



SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE SÉNOLOGIE  
ET DE PATHOLOGIE  
MAMMAIRE

[www.senologie.com](http://www.senologie.com)

D  
O  
S  
S  
I  
E  
R  
  
D  
E  
  
P  
R  
E  
S  
S  
E

Congrès hybride  
Présentiel et virtuel

43<sup>ES</sup> JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE  
DU 10 AU 12 NOVEMBRE 2021



Centre de Congrès - Lyon

Comment éviter et traiter les Effets indésirables  
et les Complications du traitement du cancer  
du sein : Du diagnostic au traitement

Organisateurs : Emmanuel Delay, Anne-Christel Gratadour, Pierre-Etienne Heudel, Christophe Tourasse

Avec le soutien  
institutionnel de



[www.senologie.com](http://www.senologie.com)  
FMC : N° 42 67 04367 67



SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE SÉNOLOGIE  
ET DE PATHOLOGIE  
MAMMAIRE

PRÉ-PROGRAMME 2<sup>ème</sup> ANNONCE 43<sup>ES</sup> JOURNÉES DE LA SFSPM

PRÉ-PROGRAMME 2<sup>ème</sup> ANNONCE 1<sup>ères</sup> JOURNÉES DE LA BREAST ACADEMY OF THE SFSPM

INFORMATIONS GÉNÉRALES

### CONTACT PRESSE

**Sophie Baumont, Rose Piquante Consulting**

[sophie.baumont@rosepiquante-consulting.com](mailto:sophie.baumont@rosepiquante-consulting.com)

Mobile: +33 (0)6 27 74 74 49

# **CONFÉRENCE DE PRESSE**

## **Mardi 28 novembre 2021**

### **1K Paris – Suite Piscine**

## **SOMMAIRE**

<b>Présentation</b>	<b>3</b>
<b>Reconstruction mammaire après mastectomie</b>	<b>4</b>
<b>Prévention et traitement des effets indésirables des traitements systémiques</b>	<b>4</b>
<b>Santé sexuelle après cancer du sein : résultats de l'étude VICAN</b>	<b>7</b>
<b>Complications socio-professionnelles après un cancer du sein : l'enquête VICANS</b>	<b>9</b>
<b>Intelligence artificielle et dépistage du cancer du sein</b>	
<b>Abstracts</b>	<b>11</b>

# PRÉSENTATION

Deux ans de pandémie due au Covid-19, voilà qui oblige à quelques réflexions et qui permet de tirer des leçons. Celles-ci sont d'ores et déjà nombreuses. Nous nous limiterons à quelques-unes vues par un infectiologue impliqué dans les phénomènes épidémiques. Tout d'abord, nous vivons dans un monde d'agents infectieux, c'est ainsi ! Le pastorien Charles Nicolle l'écrivait dès 1930. L'oublier est une erreur grave ; Aujourd'hui c'est un coronavirus, demain un autre surviendra. Le futur obligera l'Homme à se confronter à de nouvelles épidémies à de nouveaux virus. Nombreuses sont les actions humaines qui facilitent l'émergence de nouveaux virus ou la réémergence de plus anciens. C'est souligner l'importance de devoir se préparer, s'organiser encore mieux que précédemment, sachant que trop souvent la politique de Santé n'est envisagée qu'en dehors d'une crise et que la Recherche n'est pas suffisamment dotée dans notre pays. On en voit les résultats en matière de découverte de vaccins !

Sur le virus lui-même force est de reconnaître qu'il a surpris, se montrant bénin mais se manifestant de façon déroutante, attaquant çà et là, pour régresser, resurgir plus intensément là où il avait été fugace, provoquer des symptômes variés, parfois inattendus et finalement à force de circuler de se modifier pour mieux se reprendre, provoquer une mortalité loin d'être négligeable. Peuvent être évoqués différents points :

- ▶ Les difficultés sur la détermination de l'origine du virus, avec d'importantes conséquences. Les diverses gestions notamment du confinement et de ses conséquences avec pour corolaire les effets négatifs des déprogrammations, en chirurgie, donc en cancérologie, les retards de prise en charge, et donc en matière de mortalité.
- ▶ La politique vaccinale, les stratégies retenues, les discussions sur l'obligation et les réactions affligeantes d'un certain nombre de Français, l'interprétation des résultats obtenus. Ici encore citons Ch.Nicolle: « Face aux maladies infectieuses, nous sommes tous frères et solidaires »
- ▶ Les traitements antiviraux et les réactions de certains scientifiques s'éloignant des bonnes règles.
- ▶ La gestion des médias dans une société difficile, où faire passer de bons messages au moment opportun se révèle pour le moins délicat.

▶

Et pour le futur proche, devra-t-on porter un masque à chaque arrivée d'un virus respiratoire, devons nous modifier durablement nos habitudes de vie au travail ou pour nous réunir ? Mais voilà qui déborde l'infectiologie...

## CLUB

# RECONSTRUCTION MAMMAIRE APRÈS MASTECTOMIE

Emmanuel DELAY, Lyon

## Introduction

Chaque année, en France, environ 58500 femmes font face au diagnostic de cancer du sein. Aujourd'hui, heureusement, les conséquences physiques et psychologiques sont bien différentes de ce qu'elles étaient dans le passé.

**Des avancées ont été réalisées dans le diagnostic, le traitement et la surveillance des patientes atteintes du cancer du sein ; et dans beaucoup de cas, un traitement conservateur peut être proposé.** Cependant la mastectomie reste indiquée dans de nombreuses situations (haut risque mammaire, lésions multifocales ou étendues, récidives après traitement conservateur, choix formel de la patiente). Associées aux progrès des techniques de la reconstruction mammaire, elles permettent aux patientes de bénéficier de nouveaux choix : **la reconstruction mammaire est maintenant une option que les femmes peuvent librement discuter avec leur médecin +++.**

La profession médicale reconnaît aujourd'hui les besoins et les droits des femmes à bénéficier d'une reconstruction du sein après mastectomie. **Les seins représentent, pour la femme, une part importante de sa féminité combinant sa symbolique maternelle à son attraction sexuelle. La signification des seins dépasse les considérations purement morphologiques, et l'importance symbolique des seins persiste d'ailleurs toute la vie +++** (j'ai réalisé une reconstruction mammaire chez une femme de 87 ans, en bonne santé générale, et pour qui la reconstruction mammaire était essentielle).

**Presque toutes les femmes peuvent bénéficier d'une reconstruction mammaire** sans limite d'âge, de traitement initial, ou de nombre d'années écoulées depuis l'ablation du sein (maximum de délai que j'ai constaté : 28 ans). En cas de radiothérapie sur la paroi, un délai de 6 mois à 1 an (en fonction des tissus locaux et de la technique utilisée) est recommandé avant de réaliser la reconstruction (reconstruction mammaire différée) ; ce délai est à adapter en plus ou en moins en fonction des tissus locaux, et principalement de la tolérance à la radiothérapie+++. **En l'absence de radiothérapie**, voire même en cas de radiothérapie en utilisant des techniques adaptées de radiothérapie, **la reconstruction est possible dans le même temps opératoire que l'ablation du sein: on parle de reconstruction mammaire immédiate, qui, si elle est possible, peut donner de meilleurs résultats esthétiques.** Si une patiente désire bénéficier d'une reconstruction immédiate, elle ne doit pas hésiter à en parler avec son chirurgien pour organiser cette prise en charge au mieux.

Le but d'une reconstruction mammaire est de retrouver une **symétrie des seins** quand la patiente porte un soutien-gorge, ou est habillée. La différence entre le sein reconstruit et le sein restant peut être remarquée lorsque la patiente est nue. **La qualité finale de la reconstruction dépend beaucoup des tissus locaux (peau et muscle)** et en particulier de la tolérance cutanée à la radiothérapie +++, et **de l'expérience du chirurgien +++**.

La décision d'avoir une reconstruction du sein doit être prise par une **patiente bien informée**. On dispose actuellement de toute une palette de techniques chirurgicales permettant d'offrir une **solution adaptée à chaque patiente**. En fonction de nombreux facteurs (désirs de la patiente, état des tissus locaux, tissus que l'on peut prélever, contre-indications générales, statut cancérologique, sein opposé), **le chirurgien plasticien choisira, en accord avec la patiente, la technique** la plus adaptée parmi les techniques actuellement disponibles pour reconstruire un sein. **Lors des consultations, la présence d'un proche (neutre, bienveillant et aimant) est une aide certaine pour la patiente +++**.

## Qu'est ce qu'une reconstruction mammaire ?

La reconstruction mammaire est un procédé chirurgical qui, après l'ablation d'un sein, restaure les contours d'un sein. Dans un deuxième temps, le chirurgien reconstruira le mamelon et l'aréole (la surface marron autour du mamelon) et réalisera, si nécessaire, une plastie du sein controlatéral pour obtenir la symétrie finale (plastie de symétrisation), ainsi que des retouches et compléments, notamment avec l'apport majeur du lipomodélage.

Il y a deux grands types d'interventions: celles qui utilisent une prothèse mammaire et celles qui utilisent les propres tissus de la patiente, que l'on appelle reconstructions mammaires autologues. Le choix dépend de la quantité et de la qualité des tissus locaux, du caractère unilatéral ou bilatéral de la reconstruction, du désir de restaurer la meilleure symétrie mammaire possible, des antécédents de radiothérapie, et des contraintes engendrées par le site de prélèvement. **Le chirurgien et la patiente discuteront du meilleur choix possible en fonction de ces critères (la technique ne peut être choisie qu'après un examen clinique attentif de la patiente ++++)**.

## Qui peut avoir une reconstruction mammaire ?

La reconstruction mammaire est le plus souvent une possibilité pour les femmes qui ont eu une ablation totale de leur sein. **La plupart des patientes peuvent bénéficier d'une reconstruction mammaire +++**. Les contre-indications sont le plus souvent relatives, temporaires, et de bon sens (tabagisme actif, lésions viscérales évolutives).

La majorité des femmes choisissent d'attendre un certain temps après la chirurgie initiale d'ablation du sein. Attendre peut être aussi proposé par le chirurgien pour diverses raisons : délai après la fin de la radiothérapie ; surpoids, hypertension artérielle ou tabagisme à corriger avant la reconstruction. De même si une radiothérapie ou une chimiothérapie doit être effectuée rapidement après l'ablation du sein, le chirurgien peut préférer différer la reconstruction du sein. **Durant cette période d'attente, nous conseillons de réaliser un assouplissement de la peau**

**thoracique par des massages concentriques partant de la région costale basse et remontant progressivement en région pariétale haute.** Ces manœuvres permettent d'améliorer la vascularisation locale et la souplesse cutanée locale contribuant ainsi à de meilleurs résultats de la reconstruction mammaire différée ++++. Ces massages doivent être réalisés par la patiente elle-même ++++.

## Les différents procédés de reconstruction mammaire

### Les techniques utilisant une prothèse mammaire

#### ***Prothèse mammaire seule***

C'est la solution réputée la plus **simple** techniquement, mais elle n'est en fait pas aussi simple que cela est habituellement annoncé, car si l'indication n'est pas bonne, les choses peuvent devenir plus compliquées, voire conduire à l'échec de la reconstruction mammaire. Elle consiste à introduire par la cicatrice de mastectomie une prothèse sous le muscle grand pectoral. L'enveloppe de cette prothèse est en silicone et le contenu est composé de gel de silicone. Cette technique ne nécessite pas de cicatrice supplémentaire, ni de prélèvement musculaire. L'hospitalisation est de 3 à 4 jours.

Les inconvénients principaux sont :

- Le risque de durcissement et de déformation du sein (c'est la **coque** péri-prothétique ++++).
- Une **symétrie mammaire durable rarement obtenue** (le sein prothétique ne " vieillit " pas de la même manière que le sein restant).

#### ***Expansion tissulaire par prothèse puis prothèse définitive***

Elle consiste à distendre progressivement la peau thoracique du muscle grand pectoral par une prothèse gonflable, appelée expandeur. Le chirurgien injecte du sérum physiologique à travers une petite valve placée sous la peau. Le rythme est en général hebdomadaire, et dure deux à trois mois. Ensuite lors d'une deuxième intervention, il remplacera cette prothèse gonflable par une prothèse définitive. Les avantages de cette technique sont de pouvoir reconstruire des seins de volume conséquent et de donner la possibilité à la patiente d'apprécier le volume souhaité. **Les inconvénients sont les mêmes qu'avec une prothèse seule** ++++ avec un temps opératoire supplémentaire et les contraintes liées au gonflage hebdomadaire. Enfin cette technique n'est utilisable que lorsque les tissus locaux sont de bonne qualité ; **elle est moins indiquée en cas d'irradiation de la paroi thoracique (radiothérapie), ce qui en réduit beaucoup les indications.** De plus, si le chirurgien maîtrise bien la technique du lambeau d'avancement abdominal (LAA), cette technique d'expansion ne trouve que peu d'indication. C'est pourquoi, nous l'utilisons très peu, et **nous préférons réaliser un lambeau d'avancement abdominal** +++, **pour obtenir une bonne couverture de la prothèse en reconstruction différée.** En reconstruction immédiate, la peau est le plus souvent conservée lors de la mastectomie (mastectomie avec conservation de l'étui cutané), et l'expansion cutanée n'est le plus souvent pas nécessaire +++.

### ***Lambeau musculo-cutané de grand dorsal avec prothèse***

Lorsqu'il existe un tissu cutané de mauvaise qualité, ou un déficit cutané quantitatif trop important pour obtenir un résultat satisfaisant par prothèse seule, il faut apporter du tissu sain bien vascularisé. Cette technique consiste à transférer sur le thorax, de la peau et du muscle provenant du dos de la patiente par un tunnel sous-cutané, et de mettre en place une prothèse sous le lambeau pour donner le volume souhaité. C'est une technique classique et bien codifiée.

**Les inconvénients sont ceux liés à l'utilisation d'une prothèse**, la présence d'une cicatrice dorsale et la gêne dorsale transitoire liée au prélèvement, la différence de couleur et de texture de la peau donnant un effet de "pièce rapportée", et la survenue de séromes dorsaux (poches de liquide dans le dos) qui peuvent nécessiter plusieurs ponctions durant la période post-opératoire. Nous préférons, le plus souvent, utiliser la technique du lambeau de grand dorsal autologue +++ (cf ce chapitre plus loin), qui est une technique plus récente et plus aboutie. **Nous utilisons le lambeau de grand dorsal avec prothèse principalement si la patiente a une prothèse controlatérale** mise en place lors d'une augmentation mammaire précédente, ou si la patiente est vraiment très mince et souhaite un volume mammaire conséquent.

## **Les techniques sans prothèse mammaire : les reconstructions mammaires autologues**

### ***Lambeau de grand dorsal sans prothèse ou LGDA***

Le lambeau de grand dorsal sans prothèse ou lambeau de grand dorsal autologue (LGDA) est une technique de plus en plus utilisée, et grâce aux différentes améliorations techniques proposées, **elle s'impose progressivement comme la technique donnant les résultats les plus naturels et les plus constants en des mains entraînées ++++**. Comme dans la technique classique du lambeau de grand dorsal, on transpose avec une partie du muscle grand dorsal différentes zones graisseuses du dos qui se servent du muscle comme vecteur pour rester vascularisées. Le volume du lambeau est ainsi considérablement augmenté, et permet de se passer de prothèse dans environ 97 % des cas (en intégrant les temps de lipomodélage). **En cas de reconstruction différée, nous combinons le plus souvent un lambeau d'avancement abdominal** qui permet de gagner du volume et de créer l'apport cutané qui recevra le lambeau qui donnera le volume souhaité. **La palette cutanée peut être alors souvent supprimée et enfouie, évitant dans ce cas l'effet de pièce rapportée +++** et cela donne des résultats beaucoup plus naturels. **En cas de reconstruction immédiate, il est très souvent possible de réaliser une mastectomie avec conservation de l'étui cutané** : le lambeau est alors enfoui dans sa plus grande partie, à l'exception d'un rond aréolaire qui servira ultérieurement à refaire la plaque aréolo-mamelonnaire (mamelon et aréole).

C'est une **technique fiable donnant une consistance et une forme naturelles au sein reconstruit**. Celui-ci s'intègre bien dans le schéma corporel de la femme. Ses inconvénients sont : la cicatrice dorsale (actuellement très limitée par la technique du Lambeau Dorsal à Cicatrice Courte), la douleur dorsale post-opératoire bien maîtrisée par la Naropéine et les morphiniques, la gêne dorsale transitoire, et la survenue de séromes dorsaux (poches de liquides dans le dos) qui peuvent nécessiter plusieurs ponctions durant la période post-opératoire. Ce dernier

inconvenient a été réduit de façon importante par la technique du capitonnage dorsal et actuellement nous avons très peu de ponctions à faire. Lors du temps de reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire, il est nécessaire d'améliorer le résultat par lipomodelage du sein reconstruit (1 à 3 séances de lipomodelage nécessaires, en fonction des cas). Cette technique de lipomodelage, dérivée de la chirurgie esthétique du visage, a été mise au point pour corriger d'éventuelles imperfections tel qu'un manque de projection, ou un manque de volume, ou un manque de plénitude de la partie haute du sein. Cette technique consiste à prélever de la graisse sur un site donneur (ventre le plus souvent ou hanches), par liposuction à la seringue, à centrifuger cette graisse, puis à la transférer dans le sein reconstruit pour améliorer le volume et le résultat. Si cela est possible, le volume du sein reconstruit doit être sur-correcté de façon à obtenir le résultat symétrique escompté à environ 3 mois post-opératoires. Dans le cas contraire, une séance complémentaire de lipomodelage sera réalisée à distance dès que les tissus seront suffisamment souples pour accueillir encore de la graisse. Le site de prélèvement est le siège d'ecchymoses et d'œdème qui mettent environ 3 mois à disparaître.

La dernière évolution de la technique du grand dorsal autologue est la reconstruction mammaire par **Lambeau Dorsal à Cicatrice Courte** (LDCC) +++ qui permet de limiter au maximum la rançon cicatricielle dorsale (on utilise l'« oreille » de la mastectomie pour faire le prélèvement dorsal. De façon systématique, une greffe de tissu graisseux est réalisée en région intra-pectorale lors du temps initial. Puis 1 à 2 séances de lipomodelage permettent d'obtenir le meilleur résultat possible. Cette technique permet de réduire la cicatrice dorsale et les contraintes dorsales, et est très appréciée des patientes. **Cette technique est, pour nous, la technique actuellement la plus avancée en reconstruction mammaire.**

### ***Lambeau de grand droit de l'abdomen (TRAM)***

Cette technique utilise la palette cutanéograsseuse sous ombilicale nourrie par le muscle grand droit de l'abdomen. Le lambeau est passé sous un tunnel cutané puis modelée. La fermeture abdominale se fait comme lors d'une abdominoplastie (intervention enlevant l'excès de peau et de graisse au niveau du ventre) et engendre donc une cicatrice abdominale inférieure sur toute la largeur de l'abdomen.

L'avantage principal est de pouvoir reconstruire un sein sans ajout de prothèse et de volume important si nécessaire. Cette technique est importante historiquement car elle nous a permis de progresser dans la qualité des résultats, et nous l'avons beaucoup utilisée dans les années 90, mais actuellement elle a été supplantée par des techniques plus récentes, sauf pour des cas particuliers assez rares. **Les inconvénients sont nombreux** : C'est une intervention délicate entraînant une perte sanguine plus importante (possibilité d'autotransfusion), une convalescence postopératoire plus longue qu'avec une reconstruction par muscle grand dorsal, un effet de pièce rapportée sur le sein reconstruit, une fragilisation de la paroi abdominale avec un risque d'éventration. Enfin il existe un petit risque de nécrose partielle de la palette transférée, qui peut conduire à réaliser une reprise chirurgicale (ce risque est plus important chez les fumeuses, les diabétiques, et en cas d'antécédents de radiothérapie). L'indication idéale de cette technique est la patiente qui présente un excès cutanéograsseux abdominal inférieur dont elle souhaite réaliser la correction par une abdominoplastie. Elle a été supplantée, dans de nombreuses équipes, par la technique du DIEP.



### ***Lambeaux libres micro-chirurgicaux type DIEP***

Il s'agit principalement des lambeaux libres utilisant l'abdomen (DIEP), il s'agit en résumé de la version récente du TRAM. Cette version a été développée afin d'éviter le prélèvement du muscle grand droit de l'abdomen. La peau, la graisse et le muscle de ces sites donneurs sont prélevés après avoir coupé les vaisseaux (l'artère et la veine) qui les nourrissent ; pour que les tissus restent vivants, les vaisseaux seront réanastomosés (recousus) à des vaisseaux proches du thorax à l'aide de lunettes grossissantes ou d'un microscope opératoire. **Cette technique présentée par certains comme une « nouveauté », n'est en fait pas nouvelle, et a été développée dans les années 90. Elle s'est développée plus récemment dans les centres spécialisés, et a remplacé progressivement le TRAM.**

Ce sont des interventions longues et délicates avec des contraintes techniques importantes (microscope, travail en double équipe) et un risque de nécrose totale du lambeau. **Les indications de cette technique sont, pour nous, limitées et réservées aux cas pour lesquels les autres techniques ne sont pas utilisables dans de bonnes conditions. Certaines équipes ayant développé une expérience importante avec cette technique, en ont fait leur technique de choix, utilisée alors en première intention.**

### ***Reconstruction mammaire par lipomodelage exclusif***

Constatant l'efficacité importante du lipomodelage en complément des reconstructions par lambeaux, nous avons proposé de reconstruire le sein par des transferts graisseux itératifs. **Les indications idéales sont les patientes ayant un petit sein et présentant un excès graisseux important au niveau des cuisses et/ou du ventre.** Elle consiste à reconstruire le sein en plusieurs étapes par des transferts itératifs de tissu graisseux (si radiothérapie, nécessité de 5 à 7 interventions ; en l'absence de radiothérapie, nécessité de 4 à 5 interventions, il faut donc un stock graisseux considérable +++). Son principe est séduisant car elle permet d'obtenir une reconstruction autologue avec peu de contraintes post-opératoires et peu de séquelles au niveau du site de prélèvement, voire dans certains cas un bénéfice secondaire sur le site de prélèvement. Si cette technique du lipomodelage exclusif est séduisante intellectuellement, **elle est concrètement actuellement d'indication très limitée (moins de 10% des reconstructions mammaires +++ pour un opérateur entraîné).**

## Reconstruction de l'aréole et du mamelon

Cette étape interviendra lorsque le sein reconstruit aura « pris sa place », c'est à dire 2 à 4 mois après la reconstruction mammaire, suivant la technique initialement utilisée.

L'aréole peut être reconstruite en prélevant une partie de l'aréole du sein restant, de la peau de la région de l'aîne, ou **le plus souvent par tatouage +++++.**

Le mamelon peut être reconstruit en prélevant une partie du mamelon de l'autre sein, ou grâce à la réalisation de petits lambeaux locaux.

Cette intervention se fait sous anesthésie locale, en ambulatoire, si seul le mamelon est à reconstruire. Le plus souvent, **une plastie de symétrisation (sous anesthésie générale)** du sein controlatéral est nécessaire, et l'aréole et le mamelon sont alors reconstruits dans le même temps, et même temps qu'un temps de lipomodelage.

# Y a-t-il un risque de récurrence du cancer après la reconstruction?

**La reconstruction mammaire n'est pas un facteur de récurrence du cancer du sein ++++. Elle ne favorise pas, ni n'empêche pas l'éventuelle récurrence. De plus, elle ne gêne pas une éventuelle chimiothérapie ou radiothérapie en cas de récurrence. Elle ne gêne habituellement pas la surveillance post-thérapeutique. Dans quelques rares cas, elle permet de faire le diagnostic de la récurrence locale ou ganglionnaire, ou de diagnostiquer un cancer du sein occulte du sein controlatéral (lors d'une éventuelle plastie mammaire de symétrisation). D'une façon générale, en cas d'apparition d'une tuméfaction augmentant de volume, même longtemps après le cancer du sein initial, une échographie sera demandée avec pratique d'une microbiopsie au moindre doute.**

## Conclusions

Après la période des **contraintes post-opératoires normales**, la **reconstruction du sein apporte beaucoup aux patientes +++** en termes de réhabilitation, de bien-être, et de qualité de vie. La reconstruction mammaire n'est pas une intervention urgente. Elle doit être considérée plus comme une **possibilité** et un **choix positif +++**, que comme une obligation. La patiente doit **prendre son temps** pour faire le meilleur choix. Le chirurgien plasticien expliquera les possibilités techniques utilisables ou indiquera **la mieux indiquée**. La **consultation avec le chirurgien plasticien** est l'étape primordiale +++++ pour avoir toutes les informations nécessaires.

**Pour les reconstructions bilatérales, la reconstruction par prothèses est habituellement la meilleure solution**, en l'absence de radiothérapie ou de facteurs de risques.

**Pour les reconstructions unilatérales, ou en présence de tissus locaux peu favorables, la reconstruction autologue est habituellement préférable.** Les reconstructions mammaires autologues représentent un de grands progrès de ces vingt dernières années en Chirurgie Plastique reconstructrice du sein. Ces reconstructions mammaires autologues sont, par contre, **techniquement plus délicates** et **devraient être réalisées préférentiellement par des chirurgiens ayant une grande expérience dans ces techniques**, car la courbe d'apprentissage est longue, et est plus marquée qu'avec les reconstructions par prothèse.

# **PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES EFFETS INDÉSIRABLES DES TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES**

## **Résultats de l'étude CANTO**

**Barbara PISTILLI**

Quatre-vingt pour cent des patientes atteintes d'un cancer du sein ont une maladie à récepteurs hormonaux positifs (HR+) et parmi elles, plus de 90 % présentent un cancer stade 1-111 et peuvent bénéficier d'un traitement curatif. Pour ces patientes, la thérapie hormonale (HT) pendant 5 à 10 ans représente l'élément central de la stratégie thérapeutique. Bien qu'elle soit associée à des améliorations majeures du pronostic du cancer du sein, l'HT est souvent associée à des effets secondaires importants et qui impactent sur la qualité de vie au quotidien : les bouffées de chaleur, le dysfonctionnement sexuel, les symptômes musculo squelettiques, la perte osseuse, la dépression, le dysfonctionnement cognitif et la fatigue.

Des études antérieures ont suggéré que la non-observance est un problème courant chez les patients atteints d'un cancer du sein précoce, avec seulement 50 % des patients ayant terminé avec succès 5 ans d'ET adjuvante. Récemment, dans une vaste analyse menée dans la cohorte française CANTO, nous avons démontré que 16,0 % des femmes non-ménopausées n'adhéraient pas correctement au tamoxifène seulement un an après le début du traitement et que la non-observance affectait précocement le pronostic du cancer du sein, indépendamment des autres facteurs. A' trois 3 ans de suivi, le risque de rechute augmente par 2,3 lorsque les femmes ne prennent pas leur traitement hormonal : 95 % des femmes qui ont suivi le traitement n'ont pas rechuté versus 89,5 % de celles qui ont moins bien adhéré ».

L'analyse de l'observance réalisée ensuite à 3 ans du début de l'HT a montré qu'une patiente sur 3 n'est pas correctement adhérent à l'hormonothérapie. Les effets secondaires liés à l'HT et la détérioration de la qualité de vie qui en résulte ont été systématiquement associés à la non-observance du traitement. L'adoption d'approches pharmacologiques et non pharmacologiques susceptibles d'atténuer les effets secondaires de l'HT et de préserver la qualité de vie reste sous-optimale et un nombre limité d'interventions structurées ont montré d'améliorer de manière significative l'observance de l'HT chez les patientes atteintes d'un cancer du sein précoce. L'analyse de la base CANTO a permis de mieux comprendre les toxicités associées aux différentes thérapies pour le cancer du sein et dans ce cas à la non observance à l'hormonothérapie. Cette connaissance représente la première étape pour une intervention personnalisée qui vise de manière plus complète les effets secondaires de l'hormonothérapie afin de permettre aux patients de continuer leur traitement.

# SANTÉ SEXUELLE APRÈS CANCER DU SEIN : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE VICAN

## Recommandations INCa 2021

Dr Fadila Farsi, Lyon

Lorsqu'en 2014 paraissent les résultats de VICAN <sup>2</sup>, un grand nombre de cancérologues impliqués dans la prise en charge des patientes atteints de cancers est surpris par les résultats : à la question du dialogue patient-équipe soignante et sur les questions de préservation de la vie intime et de la sexualité, les patientes atteintes de cancer indiquent à près de 61% qu'on ne leur a rien proposé; que lorsque le sujet a été initié c'est plus souvent par elles (6,7%) que par les soignants (4%); elles rapportent aussi qu'elles n'ont pas souhaité aborder ces sujets à près de 24%. Et pour celles atteintes d'un cancer du sein, elles sont moins de 20% à déclarer avoir pu aborder ce sujet avec les soignants.

On ne peut pas imaginer que le sujet de la vie intime et sexuelle n'ait pas été évoqué à un moment de la prise en charge de ces patientes et en particulier chez les femmes atteintes de cancer du sein ; mais même si on admet qu'il l'a été, alors il nous faut reconnaître que nous le faisons mal ou de manière non adaptée à l'attente ou aux besoins exprimés ou non.

D'autres sondages et études ont confirmés depuis ce diagnostic, dans celui d'AFSOS-ODEXA concernant l'information et l'accès aux soins oncologiques de support<sup>2</sup>, les femmes atteintes de cancer interrogées indiquent à 82% qu'on ne leur a rien proposé en matière de préservation de leur santé sexuelle.

Dans VICAN 5 (cinq années après le diagnostic du cancer)<sup>3</sup> les résultats concernant la préservation de la santé sexuelle ne font que confirmer l'importance des impacts durables sur la qualité de vie des patients et celle de mettre en place des actions pour améliorer nos compétences et actions dans ce domaine : chez près de 2200 patients éligibles tous cancers confondus, 57.3% rapportaient une détérioration significative de leur santé sexuelle (forte/30.8%; modérée/26.5%), une détérioration faible/31.2%, une stabilité/11.5%. La détérioration significative est retrouvée pour toutes les localisations tumorales (de 27.7% pour le mélanome à 83.1% pour le cancer de la prostate), les groupes d'âge et genres. La conclusion des auteurs de l'analyse est que « **la majorité des survivants rapportent une détérioration significative de**

---

<sup>1</sup> Vican 2 : L'étude VICAN 2 sur les conditions de vie des personnes atteintes, deux ans après un diagnostic de cancer, a été réalisée en 2014 par l'Institut national du cancer, en partenariat avec l'Inserm et les trois principaux régimes d'assurance maladie.

<https://lesdonnees.e-cancer.fr/index.php/Themes/vie-apres-cancer/etude-VICAN-2>

<sup>2</sup> Sondage ODOXA/AFSOS réalisé auprès d'un échantillon de 988 patients interrogés par internet les 13 au 14 février 2018

<sup>3</sup> Vican 5 réalisée en juin 2018 a porté sur 4179 personnes, parmi lesquelles 2009 ayant déjà participé à l'enquête VICAN2 et un échantillon complémentaire de 2165 personnes.

**leur santé sexuelle. Des dispositifs doivent être développés pour améliorer la santé sexuelle des survivants de cancer et ce indépendamment de la localisation tumorale, de l'âge et du genre. Une attention particulière doit être accordée à la dépression et l'anxiété, en particulier chez les jeunes patients ».**

C'est une des raisons qui ont poussés un grand nombre de cancérologues, et d'intervenants dans les parcours de soins (infirmiers, psychologues, sexologues et représentants de patients) à se mobiliser dans le cadre des réseaux de cancérologie, des sociétés savantes et des associations pour sensibiliser tous les professionnels de santé au fait que de nombreux travaux montrent que : La vie affective et sexuelle des personnes vulnérables, malades, handicapées ou âgées doit être prise en compte car elles ont les mêmes besoins et droits que celles « en bonne santé ».<sup>4</sup>

Les pistes d'amélioration existent et les attentes des patients sont documentées, ainsi dans le 7<sup>ème</sup> rapport de l'observatoire sociétal des cancers de la Ligue contre le cancer, les conclusions sont les suivantes<sup>5</sup> :

- Inscrire dans la formation des professionnels de santé un module sur les annonces qui sont faites aux personnes malades et sur les impacts des non-dits
- Préparer la période après les traitements en développant un dispositif d'information ciblée et accompagnée des personnes malades et de leurs proches afin de leur faire prendre conscience que les conséquences de la maladie et des traitements peuvent être durables et nécessiter un certain nombre de changements dans leur vie.
- Cette information devrait être personnalisée en mettant l'accent notamment sur :
  - ▶ les difficultés sexuelles, en orientant vers un spécialiste (sexologue, psychologue, etc.) qui pourra les conseiller ;
  - ▶ les possibilités de reconstruction après une chirurgie particulièrement mutilante ;
  - ▶ la fertilité, en expliquant les effets des traitements reçus sur la fonction reproductrice et en orientant les personnes vers un service spécialisé qui pourra les aider ;
  - ▶ les effets indésirables des traitements qui doivent entrer dans le cadre d'une surveillance par le médecin traitant.

Lors de ces journées 2021 de la SFPM, cette thématique comme celle de la préservation de la fertilité fera l'objet d'une présentation des avancées issues d'un travail conjoint du ministère, de l'INCa, des sociétés savantes, des associations de patients, et des réseaux régionaux de cancérologie. Et en particulier le référentiel national Inca-Afsos : Préservation de la santé sexuelle et cancer<sup>6</sup> qui vient couronner 10 ans d'initiatives et réalisations importantes dans ce domaine.

---

<sup>4</sup> Flynn KE et al.: Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. J Sex Med. 2016; 13: 1642-50

<sup>5</sup> 7<sup>ème</sup> rapport de l'observatoire sociétal des cancers de la Ligue contre le cancer. « *Après un cancer, le combat continue* », septembre 2018

<sup>6</sup> Référentiel Préservation de la santé sexuelle et cancer sept 2021 <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Accompagnement-du-patient/Sante-sexuelle>

# COMPLICATIONS SOCIO-PROFESSIONNELLES

## APRÈS UN CANCER DU SEIN : L'ENQUÊTE VICANS

En dépit des progrès thérapeutiques, ces dernières décennies ont montré que l'épreuve du cancer ne se limitait pas au seul traitement de la maladie. Le diagnostic n'est pas une parenthèse qui se refermerait après la phase de traitement, mais il s'accompagne bien souvent d'une rupture biographique dans la vie des personnes, susceptible d'entraîner des changements pérennes dans la plupart des secteurs de leur vie. Plus précisément, il est un secteur aux conséquences majeures chez les personnes les plus jeunes, celui de l'emploi. En effet, les conséquences à court, moyen et long terme des traitements du cancer, peuvent fortement influencer les opportunités liées à l'emploi, en termes d'accès et de retour à l'emploi, mais aussi de maintien d'activité dans le même emploi. C'est en particulier le cas pour le cancer du sein, qui touche environ 58500 femmes en France chaque année et qui fait l'objet d'un dépistage organisé à partir de 50 ans, âge où les femmes sont souvent en activité. L'enquête VICANS réalisée auprès d'un échantillon représentatif de personnes diagnostiquées d'un cancer en 2010/2011, 5 ans après le diagnostic, nous a permis d'analyser la question de l'emploi chez les femmes ayant eu un cancer du sein.

Parmi les femmes qui étaient en emploi au moment du diagnostic, 16,9% ne l'étaient plus 5 ans après, 30,7% l'étaient avec un nombre d'heures réduit et les 53,4% restantes avec le même nombre d'heures. Les résultats montrent un impact des traitements et des séquelles sur le non-retour en emploi ainsi que sur la réduction du temps de travail. L'étude spécifique des femmes ayant conservé leur emploi 5 ans après le diagnostic montre également que pour 20,4% d'entre elles, le revenu par unité de consommation de leur ménage a diminué de plus de 10% sur la même période. Cette baisse était notamment plus souvent rencontrée chez les femmes seules et les moins diplômées. Enfin, les 2/3 des femmes salariées au diagnostic avaient connu au moins un aménagement professionnel depuis la maladie (66,3%), que ce soit une modification de leur poste de travail (38,6%), une modification de leur emploi du temps (46,0%) ou d'une réduction de leur nombre d'heures (56,1%). Ces femmes avaient une probabilité plus importante d'être toujours en emploi 5 ans après.

Malgré les progrès thérapeutiques et les dispositifs mis en place pour favoriser le maintien en emploi, 1 femme sur 6 en emploi au moment du diagnostic ne l'est plus 5 ans après. De plus, malgré une prise en charge des coûts associés à la maladie, 20% des femmes qui se sont maintenues en emploi connaissent une baisse significative de leurs revenus, en particulier celles en situation de vulnérabilité sociale. En fin, compte-tenu de l'impact positif du recours aux aménagements professionnels dans le maintien en emploi, ce type de dispositifs doit être proposé au plus grand nombre.

# INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

L'émergence de l'intelligence artificielle et plus particulièrement, de l'apprentissage automatique (machine learning), est pressentie pour être une révolution dans le domaine de la santé en général et de la cancérologie en particulier.

Quel que soit les méthodes d'apprentissage des modèles, cette technologie informatique doit permettre le développement d'outil de traitement et d'interprétation des mégadonnées. Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, l'IA doit permettre la mise en place de systèmes d'aide à la détection et au diagnostic ayant des performances supérieures aux pratiques existantes. Aujourd'hui, les projets de recherche évaluant l'analyse automatique de l'imagerie numérique ont pour objectif d'améliorer et d'accélérer la prise en charge diagnostique en passant notamment par une optimisation de la charge de travail du radiologue. En effet, et sans vouloir établir une liste exhaustive, les apports de l'IA dans le dépistage du cancer du sein vont pouvoir être concentrés plus spécifiquement sur le contrôle qualité des clichés mammographiques, la mesure de la densité mammaire, la sélection des mammographies à lire par le radiologue ou son remplacement dans le cadre de la seconde lecture. D'autres domaines de recherche comme la prédiction du risque individuel pourraient également faire entrer le terme de « radiologue augmenté » dans la pratique clinique quotidienne.

Malgré cette complexité apparente, les récentes publications sur l'analyse automatique de l'imagerie numérique sont particulièrement excitantes. Les technologies de machine learning utilisent des méthodes probabilistes apprenant de façon autonome à partir de données numériques sans être programmées explicitement. Il faut bien comprendre qu'il s'agit de méthodes statistiques permettant de prévoir la probabilité d'événements en fonction de l'analyse d'événements passés. De nombreuses questions restent en suspens pour une utilisation de l'IA en routine clinique comme la question de la validation scientifique de l'algorithme en pratique quotidienne, de son explicabilité, de l'interprétabilité des résultats (effet « boîte noire » du Deep Learning notamment), de la responsabilité des résultats ou encore de l'éthique de l'usage de l'IA...

En conclusion, la question n'est pas de savoir si l'IA va arriver dans le domaine de la santé mais plutôt comment cette innovation technologique va modifier notre pratique clinique et s'intégrer dans nos organisations pour permettre aux médecins de consacrer plus de temps à la relation humaine. Il semble important que le système de santé et ses acteurs s'emparent, dès à présent, de ce sujet et des questions en suspens pour faire en sorte que l'IA puisse s'intégrer au plus près de nos besoins pour la prise en charge de nos patients.

# ABSTRACTS

## Abstract sur partie préservation fertilité, fertilité spontanée et grossesses non désirées

**Introduction:** The incidence of breast cancer (BC) is increasing in young women, and BC treatment may affect fertility. Fertility preservation (FP) techniques for use before chemotherapy have been developed to address this problem. Few data are available concerning fertility, FP procedures and pregnancy concerns in routine care at BC diagnosis.

**Materials and methods:** The FEERIC study (Fertility, Pregnancy, Contraception after BC in France) is a prospective, multicenter, study conducted through the Seintinelles\* collaborative research platform, including BC patients aged 18 to 43 years, all free from relapse at inclusion. Data were collected through online self-administered questionnaires.

**Results:** We included 517 patients in the study (median age: 33.6 years). Overall, 424 patients (82.0%) received chemotherapy, 330 received (63.8%) endocrinotherapy and 126 (24.4%) received trastuzumab. Information about the possible consequences of chemotherapy for fertility was delivered to 364 patients (72.1%), 236 (45.6%) patients were offered specialized oncofertility counseling, and 181 patients (35.0%) underwent one or more FP procedures (gamete retrieval n=124, 24.0% [oocytes (n=108, 20.9%); embryos (n=31, 6.0%); both (n=13, 2.5%)]); gonadotropin-releasing hormone agonist (GnRHa) treatment n=78, 18.4%; ovarian cryopreservation n=6, 1.2%). A median of 26.7 months after the end of treatment, 133 pregnancies had occurred in 85 patients, including 22 undesired pregnancies.

Patients who had an undesired pregnancy were less likely to have received fertility counseling ( $p=0.007$ ) and tended to have less contraceptive counseling ( $p=0.07$ ). The outcomes of pregnancies were mostly favorable (full-term pregnancy n=68, 51.1%; ongoing pregnancy n=20, 15.0%), while some ceased prematurely (miscarriage n=31, 23.3%; ectopic pregnancy n=6, 4.6%; elective abortion n=6, 4.5%; abortion for medical reasons n=1, 0.8%). Among the 127 patients (24.6%) tried to get pregnant; 69 patients succeeded (57.5%, including two patients making use of cryopreserved material), and the median time to pregnancy was three months.

**Discussion:** In this online survey of French BC survivors, the access to dedicated oncofertility counselling still needs to be improved. Spontaneous pregnancies after BC were very much more frequent than pregnancies resulting from the use of cryopreserved gametes. Adequate contraceptive counselling seems as important as fertility information and could prevent undesired pregnancies. Longitudinal follow-up of the FEERIC cohort for three years will make it possible to determine whether pregnancy rates differ between BC survivors and matched controls.



## Abstract contraception

**Introduction:** Breast cancer (BC) incidence in young women is increasing and treatments expose to fertility and contraception issues. Completing the parental project is often important for some patients nevertheless, for some who do not wish to become pregnant, pregnancy should be actively avoided. Moreover, chemotherapy-induced amenorrhea might be associated with an unpredictable resumption of menses, which may result in an unwanted pregnancy. Few data is available on the use of contraception in real life.

**Material and methods:** The FEERIC study (FErtilit y, PrEgnancy, contRaction after BC in France) is a prospective, multicenter, case -contrai study conducted on the Seintinelles\* collaborative platform. Women included were aged from 18 to 43 years old, had received treatment for localized BC (no relapse or metastasis at inclusion) and had no history of other cancer, hysterectomy, bilateral oophorectomy or salpingectomy. Data collection was achieved by online questionnaires filled at inclusion and every 6 months for 3 years. Women with contraceptive needs were defined by women at potential risk of becoming pregnant unintentionally. For comparison between case and contrai, we matched cases (patients) to 2 contrais (volunteers) based on age and previous parity.

**Results:** Out of 517 patients included, 383 were using a contraception at BC diagnosis, and approximately 2/3 (65.8%) were asked to change contraceptive method. The majority of patient switched to a contraceptive method at the same (n=122, 45.5%) or at a higher Tier level (n= 105, 39.2%), while only 15.3% (n=41) choose a contraception of a lower Tier efficacy. Comparisons between 431 BC survivors and 852 matched contrais with contraceptive needs at study inclusion showed that the contraception prevalence was not different between case (340/431, 78.9%) and contrais (666/852, 78.2%, p=0.823). Conversely, the methods used were significantly different, with notably a high proportion of copper IUD 59.5 % in cases versus 23.7% in contrais p<0.001. 164 patients (38.1%) thought that oral emergency contraception was contra indicated due to their previous cancer history.

**Discussion:** In this large French study, BC survivors had a contraceptive prevalence like matched contrais. However, one out of 5 patients had no contraceptive method despite contraceptive needs. The integration of dedicated consultations in cancer care center could still improve access to information and contraceptive counseling.