



## Les idées reçues concernant *la Mastectomie avec Reconstruction Mammaire Immédiate*

**1** *“Lors d’une mastectomie et RMI<sup>1</sup>, certaines patientes ne peuvent pas faire le deuil de leur sein amputé dans de bonnes conditions.”*

**FAUX :** Ce dogme du « deuil du sein », toujours discuté et discutable, remonte à une époque où la chirurgie plastique reconstructrice mammaire n’était pas très répandue. Aussi, la priorité était logiquement axée sur les traitements du cancer dont la durée laissait du temps aux patientes, en leur permettant d’accepter l’absence de sein. Secondairement, l’idée de reconstruire le sein était discutée après une phase de deuil imposée. Depuis, de nouvelles études ont été réalisées et il a été démontré que la RMI<sup>1</sup> améliorerait la qualité de vie et le bien être psychologique.

Les techniques de reconstruction se sont répandues et développées permettant de proposer une RMI<sup>1</sup> dans de nombreux centres, et de nombreuses situations, si la patiente le demande et l’accepte en concertation avec ses médecins et chirurgien, plus avis de la RCP<sup>2</sup>. En revanche, elle n’est jamais une obligation et c’est la décision de la patiente qui prime.

<sup>1</sup>RMI : Reconstruction Mammaire Immédiate

<sup>2</sup>RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

**2** *“Une RMI<sup>1</sup> risque de retarder la mise en oeuvre des traitements du cancer du sein avec perte de chance de guérison.”*

**FAUX,** selon des études récentes.

Historiquement, cette crainte provient du fait qu’une période de cicatrisation est nécessaire après RMI<sup>1</sup> en risquant de retarder les traitements du cancer.

Or, actuellement la RMI<sup>1</sup> ne retarde pas les traitements en comparaison à une mastectomie sans RMI<sup>1</sup>, mais évidemment elle ne doit être proposée que si elle ne modifie pas le plan de traitement global des patientes.

**3** *“La RMI<sup>1</sup> n’est possible qu’en cas de carcinome mammaire intracanaulaire ou en chirurgie prophylactique.”*

**FAUX,** pas seulement.

Dans certains cas, la RMI<sup>1</sup> est possible même si le carcinome est infiltrant (à discuter avec l’oncologue et le chirurgien + avis RCP<sup>2</sup>). Dans des situations où une radiothérapie après chirurgie peut être indiquée, seule la prothèse ou l’expandeur pourront être proposés dans un premier temps.

## 4 *“En cas de nécessité de radiothérapie mammaire, c’est mieux de faire une mastectomie totale et reconstruction secondaire et non une RMI<sup>1</sup>.”*

**FAUX**, pas forcément.

La RMI<sup>1</sup> a comme grand avantage de conserver l’étui cutané et parfois la plaque aréolo-mamelonnaire, ce qui est très précieux pour la qualité de reconstruction mammaire, même en cas de radiothérapie. Cela peut éviter l’effet « patch » que l’on retrouve souvent dans les reconstruction secondaires.

## 6 *“En cas de RMI<sup>1</sup>, le résultat esthétique sera moins joli.”*

**FAUX** : Sauf quelques exceptions, les techniques chirurgicales de RMI<sup>1</sup> sont en théorie les mêmes que celles de la RMD<sup>4</sup>.

Néanmoins, a contrario de la RMD<sup>4</sup> qui est « programmable », la mastectomie, avec RMI<sup>1</sup> ou non, reste une urgence carcinologique dont les délais courts de mise en oeuvre ne permettent pas toujours la réalisation de l’ensemble des techniques connues.

<sup>1</sup>RMI : Reconstruction Mammaire Immédiate

<sup>2</sup>RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

<sup>3</sup>PAM : Plaque Aréolo-Mamelonnaire

<sup>4</sup>RMD : Reconstruction Mammaire Différée

→ ***Au total, la mastectomie + RMI<sup>1</sup> pour être acceptable et acceptée doit associer la triade suivante :***

1. Avis favorable de la RCP<sup>2</sup>
2. Respect du plan de traitement global du cancer
3. Choix en concertation avec la patiente – analyse balance bénéfices/risques avec le chirurgien.



*Pour retrouver cette fiche et en savoir plus, flashez ce QR code.*

## 5 *“Lors d’une RMI<sup>1</sup>, il est toujours nécessaire de retirer la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM<sup>3</sup>).”*

**FAUX**, pas toujours.

C’est une notion ancienne qui n’est plus aussi absolue aujourd’hui, la PAM<sup>3</sup> doit être retirée uniquement en cas de proximité avec le cancer et /ou d’envahissement et sa conservation devra se faire en concertation avec les médecins + avis RCP<sup>2</sup>.

La conservation de la PAM<sup>3</sup> donne de bien meilleurs résultats esthétiques qu’une reconstruction de PAM<sup>3</sup>, quelle qu’elle soit. Il a également été montré que la conservation de la PAM<sup>3</sup> améliore la qualité de vie.

