

Les paradoxes de la mastectomie prophylactique

The Paradoxes of Prophylactic Mastectomy

Frédéric Bodin

Hôpital Civil - 1, place de l'Hôpital - BP 426 - 67091 Strasbourg cedex.

Mots clés

- ◆ Mastectomie prophylactique
- ◆ Prédilection génétique au cancer du sein
- ◆ Mutation BRCA
- ◆ Prévention
- ◆ Reconstruction du sein

Résumé

Les femmes porteuses d'une mutation sur les gènes BRCA 1 ou BRCA 2 ont un risque très élevé de développer un cancer du sein durant leur vie. La surveillance intensive n'empêche pas l'apparition du cancer, elle permet seulement une détection plus précoce du phénomène pathologique. C'est pourquoi, l'ablation préventive des deux seins, encore appelée mastectomie prophylactique est un choix radical consenti puisque c'est à ce jour, le seul moyen de prévention réellement efficace contre la maladie. Cette option génère cependant un certain nombre de paradoxes pour la sénologie moderne.

Le choix préventif de la patiente est généralement validé par une réunion de concertation pluridisciplinaire où les préférences personnelles sont relativement peu prises en compte. Pour éviter l'apparition de la maladie carcinologique, la chirurgie de prévention peut engendrer, à des degrés divers, une autre forme de maladie : les séquelles esthétiques. Le traitement chirurgical curatif d'un cancer du sein invasif est généralement moins lourd qu'une double mastectomie préventive associée à une double reconstruction mammaire, surtout si la technique de reconstruction utilise les lambeaux libres microchirurgicaux. Au décours de la chirurgie prophylactique, une surveillance clinique et radiologique sera maintenue pour détecter les risques carcinologiques résiduels et pour surveiller les éventuelles complications des implants mammaires.

Aujourd'hui, la chirurgie prophylactique du sein est une option préventive extrême qui peut se justifier pour un certain nombre de patientes génétiquement prédisposées. Grâce au progrès médicaux, cette pratique devra un jour céder sa place à des moyens de prévention moins invasifs et plus adaptés.

Keywords

- ◆ Prophylactic mastectomy
- ◆ Genetic predisposition to breast cancer
- ◆ BRCA mutation
- ◆ Prevention
- ◆ Breast reconstruction

Abstract

Women with BRCA1 and BRCA2 mutation have a very high risk to develop breast cancer during their life. Intensive clinical surveillance does not prevent the cancer development. It only allows an earlier detection of the disease. Therefore, preventive bilateral breast removal, named prophylactic mastectomy, is an accepted radical choice since it is the only effective way against cancer development. However this procedure generates some paradoxes of the modern senology.

The woman's choice is usually validated by a tumor board meeting where personal preferences are hardly taken into account. To avoid the emergence of the cancer disease, the preventive surgery may create a new form of disease to a variable extent: aesthetic sequelae. The curative surgical procedure for invasive breast cancer is often less physically demanding for patients than a bilateral mastectomy associated with a double breast reconstruction, especially if the reconstruction is performed using free flaps. After the prophylactic surgery, a clinical and radiological follow-up has to be established to detect residual cancer risk and to prevent potential breast implant complications.

Breast prophylactic mastectomy is today an extreme but justified preventive option for some genetically predisposed patients. Thanks to medical advances, this practice might be replaced one day by more appropriate and less aggressive means.

Les moyens de prévention pour le cancer du sein sont principalement le dépistage radiologique organisé (prévention secondaire) et les traitements antihormonaux (prévention tertiaire) qui diminuent de moitié le risque de récurrence quand l'histologie a mis en évidence l'expression de récepteurs hormonaux à la surface des cellules tumorales. Mais depuis une quinzaine d'années, la prévention du cancer du sein fait aussi appel à la chirurgie, et de nombreuses femmes ont pu bénéficier, en France, d'une mastectomie bilatérale prophylactique.

La chirurgie prophylactique est définie par l'utilisation d'un moyen chirurgical comme prévention primaire. Elle s'adresse à des personnes saines qui ont un risque identifié de maladie très élevé. L'exérèse de l'organe à risque va permettre de diminuer ou si possible de faire disparaître totalement le danger pathologique. Elle est proposée avant tout aux patientes génétiquement prédisposées : celles chez qui une mutation constitutionnelle délétère de type BRCA 1 ou 2 a été retrouvée, et celles qui présentent un haut péril individuel calculé en raison d'antécédents personnels et familiaux. Ces pa-

Correspondance :

Frédéric Bodin

Hôpital Civil - 1, place de l'Hôpital - BP 426 - 67091 Strasbourg cedex.

Tél : +33 (0) 3.88.11.61.97 - E-mail : frederic.bodin@chru-strasbourg.fr

Disponible en ligne sur www.academie-chirurgie.fr

1634-0647 - © 2016 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2016.1.034

tientes à risque sont dans une situation difficile puisqu'elles doivent choisir entre une surveillance qui n'empêche pas le développement de la maladie et une chirurgie d'exérèse radicale et mutilante.

Les recommandations de l'Institut national du Cancer (INCA 2009) sur les indications de mastectomie prophylactique sont claires et seront bientôt renouvelées. La mastectomie prophylactique fait partie des options de prise en charge qui doivent être discutées pour les patientes avec une mutation BRCA et peut être envisagée sur demande pour les patientes à risque génétique probable.

Les paradoxes de la mastectomie prophylactique

Même si la mastectomie prophylactique est une option préventive envisageable, admise par la plupart des soignants et proposée par les experts dans leurs recommandations, elle reste une pratique limitée qui génère un certain nombre de paradoxes pour la sénologie moderne.

L'exérèse de la glande

Le risque de cancer du sein étant uniforme en tout point du tissu glandulaire, la seule technique chirurgicale qui prévaut est l'ablation de la totalité des deux glandes mammaires. Pour atteindre cet objectif, plusieurs options existent : la mastectomie totale, plus délabrante d'un point de vue esthétique, la mastectomie qui préserve l'étui cutané et fait sacrifice des plaques aréolo-mamelonnaires et enfin, la mastectomie qui préserve la peau, l'aréole et le mamelon. Il n'a, jusqu'à présent, jamais été prouvé scientifiquement qu'une de ces trois techniques était meilleure ou moins bonne en terme de prévention carcinologique (1). La seconde et la troisième option, que nous venons de citer, sont donc privilégiées parce qu'elles laissent moins de séquelles esthétiques et facilitent les conditions de reconstruction mammaire.

Pour autant, ces trois options chirurgicales préventives sont plus invasives que la plupart des traitements curatifs du cancer du sein, ce qui constitue aujourd'hui un paradoxe de poids pour la sénologie moderne. En effet 70 % des actes chirurgicaux pratiqués pour le cancer du sein déclaré font appel à des traitements « conservateurs » qui associent une exérèse glandulaire unilatérale partielle à une radiothérapie alors que la mastectomie prophylactique est un geste d'exérèse glandulaire totale et bilatérale.

La reconstruction mammaire

Pour limiter les séquelles esthétiques d'une double mastectomie, la reconstruction mammaire immédiate sera toujours proposée, bien qu'elle ne soit pas imposée. Elle permet de limiter considérablement les effets négatifs de l'ablation chirurgicale, mais elle va aussi alourdir le geste prophylactique et les contraintes qu'il génère, quelle que soit la technique opératoire choisie.

La reconstruction bilatérale par prothèse est une opération simple et efficace après une mastectomie conservatrice de l'étui cutané, mais elle offre à la patiente des seins de forme ronde et relativement fermes à la palpation. Les implants mammaires sont des corps étrangers qui vont s'user et qui peuvent amener des complications spécifiques comme les coques péri-prothétiques, les infections et des ruptures de l'enveloppe (2). Cette procédure va donc imposer une surveillance radiologique régulière au cours de la vie pour détecter les signes de ruptures. Des reprises chirurgicales itératives seront nécessaires pour procéder au renouvellement des implants et corriger les éventuelles dégradations des résultats esthétiques. Les patientes doivent être correctement infor-

mées de ces contraintes qui s'opposent quelque peu à leur désir de fuir l'emprise de la surveillance et de la chirurgie par le biais de la mastectomie prophylactique.

Afin d'éviter les inconvénients des prothèses, les techniques de reconstructions mammaires autologues, en particulier les lambeaux perforateurs comme le DIEP (deep inferior epigastric perforator flap) qui préservent la fonction musculaire, sont très prisées. Elles permettent d'obtenir un résultat naturel et définitif, sans réinterventions. Mais le geste chirurgical qui associe la mastectomie bilatérale à la reconstruction par lambeaux libres dure en moyenne huit heures lorsqu'il est réalisé par une équipe entraînée (3). Le risque d'échec est de 3,8 % pour chaque lambeau microchirurgical et le prélèvement au niveau du site donneur laissera au minimum des séquelles cicatricielles. Au total, si cette procédure donne d'excellents résultats esthétiques, elle augmente la lourdeur de l'intervention.

Risque résiduel et surveillance après mastectomie prophylactique

L'acte chirurgical préventif impose donc des contraintes qui méritent d'être mises en balance avec le niveau de prévention obtenu. En effet, il est important de rappeler que la réduction du risque conférée par la mastectomie prophylactique n'est pas totale. Selon Rebbeck et al., elle serait de 90 % pour les patientes qui ont des ovaires intacts et de 95 % pour les patientes qui ont aussi bénéficié d'une annexectomie bilatérale (4). L'exérèse de la totalité du tissu glandulaire n'est donc pas garantie par la mastectomie et il existe un risque résiduel de cancer du sein à partir des quelques cellules glandulaires persistantes.

Dans ces conditions, la surveillance à mettre en place face au risque résiduel n'est pas consensuelle. La logique voudrait qu'après un geste prophylactique aussi lourd, aucune surveillance radiologique ne soit nécessaire. Mais la prévention des patientes serait alors moins bonne que celle du reste de la population notamment au-delà de 50 ans. Il faudrait donc proposer une surveillance clinique et radiologique annuelle ou biennale afin de détecter une rare mais possible apparition du cancer. Le suivi serait alors en contradiction avec les aspirations de ces femmes qui ont choisi la chirurgie préventive en partie dans le but d'éviter le stress de la surveillance à vie.

Conditions de réflexion et âge de réalisation

Le choix de la mastectomie prophylactique est un processus décisionnel complexe qui fait appel à de nombreux intervenants au centre duquel se trouve la patiente. Les médecins les plus directement concernés sont l'oncogénéticien et les chirurgiens oncologue et/ou plasticien. Mais le médecin de famille et l'oncologue médical peuvent aussi bien être impliqués. Les psychologues pourront apporter un soutien complémentaire de poids si la patiente en fait la demande. L'avis du conjoint, les considérations des membres de la famille et les amis peuvent également jouer un rôle déterminant dans le processus décisionnel.

Le choix de la mastectomie prophylactique implique dès lors de nombreux paramètres qui sont d'une part les éléments médicotechniques, scientifiques, statistiques, exprimés par les règles de bonnes pratiques ; et d'autre part, des paramètres, psychologiques et socio-culturels qui sont propres à chaque patiente. Face au choix de vie qui s'impose, ce sont bien les préférences des patientes qui auront le plus d'impact sur la décision finale avec une importance considérable des représentations du risque et de l'image du corps (5).

Si la décision d'engager une mastectomie prophylactique est difficile à prendre, les conditions de sa réalisation amènent aussi des questions très pratiques comme l'âge le plus adapté pour sa réalisation. Faut-il effectuer le geste le plus tôt pos-

sible pour éviter l'apparition du cancer ou tardivement pour minimiser les séquelles de l'ablation mammaire chez une femme jeune ? Certains repères chiffrés peuvent aider à trouver le moment le plus approprié. Le risque annuel de cancer du sein pour les patientes génétiquement prédisposées varie en fonction de l'âge. A titre d'exemple, le risque annuel de cancer pour une patiente porteuse d'une mutation BRCA1 est estimé à 0,02 % entre 20 et 24 ans, alors qu'il serait de 2,92 % entre 40 et 44 ans. Mais les paramètres les plus décisifs pour déterminer l'âge de réalisation proviennent sans conteste des préférences individuelles. Certaines femmes voudront stabiliser leur vie familiale et avoir des enfants, voire même allaiter avant d'envisager une mastectomie bilatérale prophylactique quand d'autres préféreront éliminer le risque de cancer au plus vite. L'âge de la mastectomie dépend aussi de l'âge de survenue du cancer dans la famille.

Avantages et inconvénients des RCP de cancérologie

Pour prendre des décisions difficiles, le modèle carcinologique de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est aujourd'hui recommandé. Mais est-il judicieux de transposer cette organisation pour la prévention génétique et en particulier pour valider les indications de mastectomie prophylactique ?

La plupart des soignants sont favorables à la RCP car elle améliore la prise en charge des patients. Elle offre une expertise de haut niveau et gomme les subjectivités individuelles. Elle améliore aussi les conditions de travail des soignants en allégeant le poids de décisions lourdes de conséquences et permet un partage des responsabilités. Mais en contrepartie le principal reproche qui est fait à la RCP est qu'elle constitue un lieu de discussions médicotéchniques où le souhait des patientes est difficilement pris en compte. Il est vrai qu'aucune femme n'est obligée de se soumettre à la proposition d'une RCP mais en pratique peu de chirurgiens prennent le risque d'opérer ce type d'intervention sans l'aval d'une RCP. Dans la pratique, le choix de la mastectomie prophylactique, est souvent validé par une RCP de cancérologie sans que les préférences individuelles ne soient abordées. Il faudrait donc adapter le modèle pluridisciplinaire des RCP de cancérologie pour organiser des RCP spécifiques de chirurgie prophylactique (6). La désignation d'un médecin référent qui connaît les préférences personnelles de la patiente pourrait permettre d'apporter à la discussion collégiale un certain nombre de considérations individuelles décisives.

Conclusion

En l'état actuel des connaissances, la mastectomie prophylactique représente la solution la plus adaptée pour un certain nombre de patientes génétiquement prédisposées au cancer du sein. Sa prise en charge pluridisciplinaire mérite une adaptation par rapport au traitement du cancer. La mastectomie prophylactique et ses conséquences nous semblent disproportionnées par rapport aux objectifs préventifs, le terme de chirurgie prophylactique étant lui-même paradoxal. Il faudra donc un jour qu'elle disparaisse au profit de moyens préventifs innovants tout aussi efficaces mais qui occasionnent moins d'effets secondaires.

Discussion en séance

Question de J Milliez

Quand proposez-vous une ovariectomie associée ?

Réponse

L'annexectomie bilatérale prophylactique est proposée à partir de 40 ans aux femmes porteuses d'une mutation BRCA.

Cette procédure permet de réduire le risque de cancer des annexes et du péritoine de 70 à 80 % et le risque de cancer du sein de 51 %.

Question de B Lobel

Combien de cas y-a-t-il de femmes mutées en France ?

Réponse

Le nombre de cancers du sein en rapport avec une prédisposition génétique majeure est estimé à 5 %. Chaque année en France, entre 2 000 et 3 000 nouveaux cas de cancers du sein seraient liés à une mutation BRCA 1 ou 2. Le nombre de femmes mutées entre 30 et 69 ans pourrait être de 35 000.

Références

1. Yao K, Liederbach E, Tang R, Lei L, Czechura T, Sisco M, et al. Nipple-sparing mastectomy in BRCA1/2 mutation carriers: an interim analysis and review of the literature. *Ann Surg Oncol*. 2015;22:370-6.
2. Bodin F, Jung C, Dieval F, Chakfe N, Wisniewski S, Bruant Rodier C, et al. Aging of retrieved gel breast implants: a comparison between two product generations. *J Mech Behav Biomed Mater*. 2015;46:11-22.
3. Bodin F, Dissaux C, Lutz JC, Hendriks S, Fiquet C, Bruant-Rodier C. The DIEP flap breast reconstruction: Starting from scratch in a university hospital. *Ann Chir Plast Esthét*. 2015;60:171-8.
4. Rebbeck TR, Friebel T, Lynch HT, Neuhausen SL, van't Veer L, Garber JE, et al. Bilateral prophylactic mastectomy reduces breast cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: the PROSE Study Group. *J Clin Oncol*. 2004;22:1055-62.
5. Bodin F. La mastectomie prophylactique, un prisme pour interroger la médecine contemporaine [Thèse de Doctorat en Ethique Médicale]. [Strasbourg]: Université de Strasbourg; 2011.
6. Bodin F, Weber JC. La réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie pour valider la mastectomie prophylactique: atouts et faiblesses. *Bull Cancer*. 2012;99:1107-15.