

**UNIVERSITE MOHAMMED V-SOUISSI-
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE-RABAT-**

ANNEE : 2013

THESE N° : 38

**LAMBEAU MUSCULOCUTANE DE GRAND DORSAL,
ALTERNATIVE A LA MASTECTOMIE DANS LE CANCER DU SEIN
CHEZ LA FEMME JEUNE (A PROPOS DE 05 CAS)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : 10 AVRIL 2013

PAR

Mr. Youssef CHAOUCH

NÉ LE 25 NOVEMBRE 1983 À CHEFCHAOUEN

DE L'ECOLE ROYALE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, RABAT

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Cancer du sein, lambeau musculocutané du grand dorsal, reconstruction du sein

JURY

Mr. TIJAMI Fouad

Professeur agrégé de Chirurgie générale

Mr. HACHI Hafid

Professeur agrégé de Chirurgie générale

Mme. JROUNDI Laila

Professeur agrégé de Radiologie

Mr. KEBDANI Tayeb

Professeur agrégé de Radiothérapie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

: الآية: 32

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur AbdelmajidBELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur NajiaHAJJAJ - HASSOUNI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mars, Avril et Septembre 1980

1. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam Neurochirurgie

Mai et Octobre 1981

2. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
3. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
4. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

5. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
6. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire
7. Pr. BENSODA Mohamed Anatomie
8. Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique
9. Pr. LAHBABI Naïma ép. AMRANI Physiologie

Novembre 1983

10. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir* Pneumo-phtisiologie
11. Pr. BELLAKHDAR Fouad Neurochirurgie
12. Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI Rhumatologie

Décembre 1984

- | | | |
|-----|----------------------------------|-------------------------|
| 13. | Pr. BOUCETTA Mohamed* | Neurochirurgie |
| 14. | Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie |
| 15. | Pr. MAAOUNI Abdelaziz | Médecine Interne |
| 16. | Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| 17. | Pr. NAJI M'Barek * | Immuno-Hématologie |
| 18. | Pr. SETTAF Abdellatif | Chirurgie |

Novembre et Décembre 1985

- | | | |
|-----|---------------------------------------|---|
| 19. | Pr. BENJELLOUN Halima | Cardiologie |
| 20. | Pr. BENSaid Younes | Pathologie Chirurgicale |
| 21. | Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa | Neurologie |
| 22. | Pr. IHRAI Hssain * | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 23. | Pr. IRAQI Ghali | Pneumo-phtisiologie |

Janvier, Février et Décembre 1987

- | | | |
|-----|-------------------------------------|------------------------------|
| 24. | Pr. AJANA Ali | Radiologie |
| 25. | Pr. AMMAR Fanid | Pathologie Chirurgicale |
| 26. | Pr. CHAHED OUZZANI Houriaép.TAOBANE | Gastro-Entérologie |
| 27. | Pr. EL FASSY FIHRI Mohamed Taoufiq | Pneumo-phtisiologie |
| 28. | Pr. EL HAITEM Naïma | Cardiologie |
| 29. | Pr. EL MANSOURI Abdellah* | Chimie-Toxicologie Expertise |
| 30. | Pr. EL YAACOUBI Moradh | Traumatologie Orthopédie |
| 31. | Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah | Gastro-Entérologie |
| 32. | Pr. LACHKAR Hassan | Médecine Interne |
| 33. | Pr. YAHYAOUI Mohamed | Neurologie |

Décembre 1988

- | | | |
|-----|---------------------------------|--------------------------|
| 34. | Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique |
| 35. | Pr. DAFIRI Rachida | Radiologie |
| 36. | Pr. FAIK Mohamed | Urologie |
| 37. | Pr. HERMAS Mohamed | Traumatologie Orthopédie |
| 38. | Pr. TOLOUNE Farida* | Médecine Interne |

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- | | | |
|-----|--------------------------------|--------------------------|
| 39. | Pr. ADNAOUI Mohamed | Médecine Interne |
| 40. | Pr. AOUNI Mohamed | Médecine Interne |
| 41. | Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali | Cardiologie |
| 42. | Pr. CHAD Bouziane | Pathologie Chirurgicale |
| 43. | Pr. CHKOFF Rachid | Pathologie Chirurgicale |
| 44. | Pr. HACHIM Mohammed* | Médecine-Interne |
| 45. | Pr. KHARBACH Aïcha | Gynécologie -Obstétrique |
| 46. | Pr. MANSOURI Fatima | Anatomie-Pathologique |
| 47. | Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda | Neurologie |

- | | | |
|-----|---------------------|------------------------|
| 48. | Pr. SEDRATI Omar* | Dermatologie |
| 49. | Pr. TAZI Saoud Anas | Anesthésie Réanimation |

Février Avril Juillet et Décembre 1991

- | | | |
|-----|--------------------------------------|--|
| 50. | Pr. AL HAMANY Zaïtounia | Anatomie-Pathologique |
| 51. | Pr. AZZOUZI Abderrahim | Anesthésie Réanimation |
| 52. | Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM | Néphrologie |
| 53. | Pr. BELKOUCHI Abdelkader | Chirurgie Générale |
| 54. | Pr. BENABDELLAH Chahrazad | Hématologie |
| 55. | Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif | Chirurgie Générale |
| 56. | Pr. BENSOU DA Yahia | Pharmacie galénique |
| 57. | Pr. BERRAHO Amina | Ophtalmologie |
| 58. | Pr. BEZZAD Rachid | Gynécologie Obstétrique |
| 59. | Pr. CHABRAOUI Layachi | Biochimie et Chimie |
| 60. | Pr. CHANA El Houssaine* | Ophtalmologie |
| 61. | Pr. CHERRAH Yahia | Pharmacologie |
| 62. | Pr. CHOKAIRI Omar | Histologie Embryologie |
| 63. | Pr. JANATI Idrissi Mohamed* | Chirurgie Générale |
| 64. | Pr. KHATTAB Mohamed | Pédiatrie |
| 65. | Pr. OUAALINE Mohammed* | Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène |
| 66. | Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH | Pharmacologie |
| 67. | Pr. TAOUFIK Jamal | Chimie thérapeutique |

Décembre 1992

- | | | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------|
| 68. | Pr. AHALLAT Mohamed | Chirurgie Générale |
| 69. | Pr. BENOUDA Amina | Microbiologie |
| 70. | Pr. BENSOU DA Adil | Anesthésie Réanimation |
| 71. | Pr. BOUJIDA Mohamed Najib | Radiologie |
| 72. | Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza | Gastro-Entérologie |
| 73. | Pr. CHRAIBI Chafiq | Gynécologie Obstétrique |
| 74. | Pr. DAOUDI Rajae | Ophtalmologie |
| 75. | Pr. DEHAYNI Mohamed* | Gynécologie Obstétrique |
| 76. | Pr. EL HADDOURY Mohamed | Anesthésie Réanimation |
| 77. | Pr. EL OUAHABI Abdessamad | Neurochirurgie |
| 78. | Pr. FELLAT Rokaya | Cardiologie |
| 79. | Pr. GHAFIR Driss* | Médecine Interne |
| 80. | Pr. JIDDANE Mohamed | Anatomie |
| 81. | Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine | Gynécologie Obstétrique |
| 82. | Pr. TAGHY Ahmed | Chirurgie Générale |
| 83. | Pr. ZOUHDI Mimoun | Microbiologie |

Mars 1994

- | | | |
|-----|---------------------|--------------------|
| 84. | Pr. AGNAOU Lahcen | Ophtalmologie |
| 85. | Pr. AL BAROUDI Saad | Chirurgie Générale |

86. Pr. BENCHERIFA Fatiha
87. Pr. BENJAAFAR Nouredine
88. Pr. BENJELLOUN Samir
89. Pr. BEN RAIS Nozha
90. Pr. CAOUI Malika
91. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
92. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
93. Pr. EL AOUDAD Rajae
94. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
95. Pr. EL HASSANI My Rachid
96. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
97. Pr. ERROUGANI Abdelkader
98. Pr. ESSAKALI Malika
99. Pr. ETTAYEBI Fouad
100. Pr. HADRI Larbi*
101. Pr. HASSAM Badredine
102. Pr. IFRINE Lahssan
103. Pr. JELTHI Ahmed
104. Pr. MAHFOUD Mustapha
105. Pr. MOUDENE Ahmed*
106. Pr. OULBACHA Said
107. Pr. RHRAB Brahim
108. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
109. Pr. SLAOUI Anas

Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Chirurgie Générale
 Biophysique
 Biophysique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

110. Pr. ABBAR Mohamed*
111. Pr. ABDELHAK M'barek
112. Pr. BELAIDI Halima
113. Pr. BRAHMI Rida Slimane
114. Pr. BENTAHILA Abdelali
115. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
116. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
117. Pr. CHAMI Ilham
118. Pr. CHERKAOUI LallaOuafae
119. Pr. EL ABBADI Najia
120. Pr. HANINE Ahmed*
121. Pr. JALIL Abdelouahed
122. Pr. LAKHDAR Amina
123. Pr. MOUANE Nezha

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Neurochirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Mars 1995

124. Pr. ABOUQUAL Redouane
125. Pr. AMRAOUI Mohamed

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale

126. Pr. BAIDADA Abdelaziz	Gynécologie Obstétrique
127. Pr. BARGACH Samir	Gynécologie Obstétrique
128. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*	Urologie
129. Pr. BENAZZOUZ Mustapha	Gastro-Entérologie
130. Pr. CHAARI Jilali*	Médecine Interne
131. Pr. DIMOU M'barek*	Anesthésie Réanimation
132. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*	Anesthésie Réanimation
133. Pr. EL MESNAOUI Abbas	Chirurgie Générale
134. Pr. ESSAKALI HOUSSEINI Leila	Oto-Rhino-Laryngologie
135. Pr. FERHATI Driss	Gynécologie Obstétrique
136. Pr. HASSOUNI Fadil	Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
137. Pr. HDA Abdelhamid*	Cardiologie
138. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed	Urologie
139. Pr. IBRAHIMY Wafaa	Ophtalmologie
140. Pr. MANSOURI Aziz	Radiothérapie
141. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia	Ophtalmologie
142. Pr. SEFIANI Abdelaziz	Génétique
143. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali	Réanimation Médicale

Décembre 1996

144. Pr. AMIL Touriya*	Radiologie
145. Pr. BELKACEM Rachid	Chirurgie Pédiatrie
146. Pr. BOULANOUEAR Abdelkrim	Ophtalmologie
147. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan	Chirurgie Générale
148. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*	Parasitologie
149. Pr. GAOUZI Ahmed	Pédiatrie
150. Pr. MAHFOUDI M'barek*	Radiologie
151. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid	Chirurgie Générale
152. Pr. MOHAMMADI Mohamed	Médecine Interne
153. Pr. MOULINE Soumaya	Pneumo-phtisiologie
154. Pr. OUADGHIRI Mohamed	Traumatologie-Orthopédie
155. Pr. OUZEDDOUN Naima	Néphrologie
156. Pr. ZBIR EL Mehdi*	Cardiologie

Novembre 1997

157. Pr. ALAMI Mohamed Hassan	Gynécologie-Obstétrique
158. Pr. BEN AMAR Abdesslem	Chirurgie Générale
159. Pr. BEN SLIMANE Lounis	Urologie
160. Pr. BIROUK Nazha	Neurologie
161. Pr. CHAOUIR Souad*	Radiologie
162. Pr. DERRAZ Said	Neurochirurgie
163. Pr. ERREIMI Naima	Pédiatrie
164. Pr. FELLAT Nadia	Cardiologie
165. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra	Radiologie

166. Pr. HAIMEUR Charki*
167. Pr. KADDOURI Nouredine
168. Pr. KANOUNI NAWAL
169. Pr. KOUTANI Abdellatif
170. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
171. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
172. Pr. NAZI M'barek*
173. Pr. OUAHABI Hamid*
174. Pr. TAOUFIQ Jallal
175. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

176. Pr. AFIFI RAJAA
177. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
178. Pr. ALOUANE Mohammed*
179. Pr. BENOMAR ALI
180. Pr. BOUGTAB Abdesslam
181. Pr. ER RIHANI Hassan
182. Pr. EZZAITOUNI Fatima
183. Pr. KABBAJ Najat
184. Pr. LAZRAK Khalid (M)

Gastro-Entérologie
Pneumo-ptisiologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

185. Pr. BENKIRANE Majid*
186. Pr. KHATOURI ALI*
187. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

188. Pr. ABID Ahmed*
189. Pr. AIT OUMAR Hassan
190. Pr. BENCHERIF My Zahid
191. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
192. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
193. Pr. CHAOUI Zineb
194. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
195. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
196. Pr. EL FTOUH Mustapha
197. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
198. Pr. EL OTMANY Azzedine
199. Pr. GHANNAM Rachid
200. Pr. HAMMANI Lahcen
201. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
202. Pr. ISMAILI Hassane*
203. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-ptisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-ptisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie

204. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
 205. Pr. TACHINANTE Rajae
 206. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Interne

Novembre 2000

207. Pr. AIDI Saadia
 208. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
 209. Pr. AJANA Fatima Zohra
 210. Pr. BENAMR Said
 211. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
 212. Pr. CHERTI Mohammed
 213. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
 214. Pr. EL HASSANI Amine
 215. Pr. EL IDGHIRI Hassan
 216. Pr. EL KHADER Khalid
 217. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
 218. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
 219. Pr. HSSAIDA Rachid*
 220. Pr. LACHKAR Azzouz
 221. Pr. LAHLOU Abdou
 222. Pr. MAFTAH Mohamed*
 223. Pr. MAHASSINI Najat
 224. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
 225. Pr. NASSIH Mohamed*
 226. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Urologie
 Rhumatologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie-Réanimation
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
 Neurologie

Décembre 2001

227. Pr. ABABOU Adil
 228. Pr. BALKHI Hicham*
 229. Pr. BELMEKKI Mohammed
 230. Pr. BENABDELJLIL Maria
 231. Pr. BENAMAR Loubna
 232. Pr. BENAMOR Jouda
 233. Pr. BENELBARHDADI Imane
 234. Pr. BENNANI Rajae
 235. Pr. BENOUACHANE Thami
 236. Pr. BENYOUSSEF Khalil
 237. Pr. BERRADA Rachid
 238. Pr. BEZZA Ahmed*
 239. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 240. Pr. BOUHOUCHE Rachida
 241. Pr. BOUMDIN El Hassane*
 242. Pr. CHAT Latifa
 243. Pr. CHELLAOUI Mounia

Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie

244. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
245. Pr. DRISSI Sidi Mourad*	Radiologie
246. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
247. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
248. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
249. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophtalmologie
250. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
251. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
252. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
253. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
254. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
255. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
256. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
257. Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
258. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
259. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
260. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
261. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
262. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
263. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
264. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
265. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
266. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
267. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie

Décembre 2002

268. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
269. Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
270. Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
271. Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie
272. Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
273. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
274. Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
275. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
276. Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
277. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
278. Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
279. Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
280. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
281. Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
282. Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
283. Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
284. Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
285. Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique

286. Pr. HADDOUR Leila
287. Pr. HAJJI Zakia
288. Pr. IKEN Ali
289. Pr. ISMAEL Farid
290. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
291. Pr. KRIOUILE Yamina
292. Pr. LAGHMARI Mina
293. Pr. MABROUK Hfid*
294. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
295. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
296. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
297. Pr. OUJILAL Abdelilah
298. Pr. RACHID Khalid *
299. Pr. RAISS Mohamed
300. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
301. Pr. RHOU Hakima
302. Pr. SIAH Samir *
303. Pr. THIMOU Amal
304. Pr. ZENTAR Aziz*

Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

305. Pr. ABDELLAH El Hassan
306. Pr. AMRANI Mariam
307. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
308. Pr. BENKIRANE Ahmed*
309. Pr. BENRAMDANE Larbi*
310. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
311. Pr. BOULAADAS Malik
312. Pr. BOURAZZA Ahmed*
313. Pr. CHAGAR Belkacem*
314. Pr. CHERRADI Nadia
315. Pr. EL FENNI Jamal*
316. Pr. EL HANCHI ZAKI
317. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
318. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
319. Pr. HACHI Hafid
320. Pr. JABOUIRIK Fatima
321. Pr. KARMANE Abdelouahed
322. Pr. KHABOUZE Samira
323. Pr. KHARMAZ Mohamed
324. Pr. LEZREK Mohammed*
325. Pr. MOUGHIL Said

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Chimie Analytique
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire

- 326. Pr. NAOUMI Asmae*
- 327. Pr. SASSENOU ISMAIL*
- 328. Pr. TARIB Abdelilah*
- 329. Pr. TIJAMI Fouad
- 330. Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

- 331. Pr. ABBASSI Abdellah
- 332. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
- 333. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
- 334. Pr. ALLALI Fadoua
- 335. Pr. AMAZOUZI Abdellah
- 336. Pr. AZIZ Nouredine*
- 337. Pr. BAHIRI Rachid
- 338. Pr. BARKAT Amina
- 339. Pr. BENHALIMA Hanane
- 340. Pr. BENHARBIT Mohamed
- 341. Pr. BENYASS Aatif
- 342. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
- 343. Pr. BOUKLATA Salwa
- 344. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
- 345. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
- 346. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
- 347. Pr. HAJJI Leila
- 348. Pr. HESSISSEN Leila
- 349. Pr. JIDAL Mohamed*
- 350. Pr. KARIM Abdelouahed
- 351. Pr. KENDOOUSSI Mohamed*
- 352. Pr. LAAROUSSI Mohamed
- 353. Pr. LYAGOUBI Mohammed
- 354. Pr. NIAMANE Radouane*
- 355. Pr. RAGALA Abdelhak
- 356. Pr. SBIHI Souad
- 357. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
- 358. Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

- 400. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
- 401. Pr. AKJOUJ Said*
- 402. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
- 403. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
- 404. Pr. BENCHEIKH Razika
- 405. Pr. BIYI Abdelhamid*
- 406. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine

Rhumatologie
Radiologie
Dermatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique

431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 432. Pr. CHEIKHAOUI Younes
 433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 434. Pr. DOGHMI Nawal
 435. Pr. ESSAMRI Wafaa
 436. Pr. FELLAT Ibtissam
 437. Pr. FAROUDY Mamoun
 438. Pr. GHADOUANE Mohammed*
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 441Pr. IDRIS LAHLOU Amine
 442. Pr. JROUNDI Laila
 443. Pr. KARMOUNI Tariq
 444. Pr. KILI Amina
 445. Pr. KISRA Hassan
 446. Pr. KISRA Mounir
 447. Pr. KHARCHAFI Aziz*
 448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 431. Pr. SEFIANI Sana
 432. Pr. SOUALHI Mouna
 434. Pr. TELLAL Saida*
 435. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

436. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 437. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 438. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *
 439. Pr. BAITE Abdelouahed *
 440. Pr. TOUATI Zakia
 441. Pr. OUZZIF Ezzohra *
 442. Pr. BALOUCH Lhousaine *
 443. Pr. SELKANE Chakir *
 467. Pr. EL BEKKALI Youssef *
 468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
 469. Pr. EL ABSI Mohamed
 470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 471. Pr. ACHOUR Abdessamad *
 472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq *

Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Anesthésie réanimation
 Anesthésier réanimation
 Anesthésie réanimation
 Anesthésie réanimation
 Cardiologie
 Biochimie
 Biochimie
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale

450. Pr. GHARIB Noureddine
 451. Pr. TABERKANET Mustafa *
 452. Pr. ISMAILI Nadia
 476. Pr. MASRAR Azlarab
 477. Pr. RABHI Monsef *
 478. Pr. MRABET Mustapha *
 479. Pr. SEKHSOKH Yessine *
 480. Pr. SEFFAR Myriame
 481. Pr. LOUZI Lhoussain *
 459. Pr. MRANI Saad *
 460. Pr. GANA Rachid
 461. Pr. ICHOU Mohamed *
 485. Pr. TACHFOUTI Samira
 486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 487. Pr. MELLAL Zakaria
 488. Pr. AMMAR Haddou *
 489. Pr. AOUI Sarra
 490. Pr. TLIGUI Houssain
 491. Pr. MOUTAJ Redouane *
 470. Pr. ACHACHI Leila
 471. Pr. MARC Karima
 494. Pr. BENZIANE Hamid *
 495. Pr. CHERKAOUI Naoual *
 496. Pr. EL OMARI Fatima
 497. Pr. MAHI Mohamed *
 498. Pr. RADOUANE Bouchaib *
 499. Pr. KEBDANI Tayeb
 478. Pr. SIFAT Hassan *
 479. Pr. HADADI Khalid *
 480. Pr. ABIDI Khalid
 481. Pr. MADANI Naoufel
 482. Pr. TANANE Mansour *
 483. Pr. AMHAJJI Larbi *

Décembre 2008

484. Pr. TAHIRI My El Hassan*
 485. Pr. ZOUBIR Mohamed*

Mars 2009

486. Pr. BJIJOU Younes
 487. Pr. AZENDOUR Hicham *
 488. Pr. BELYAMANI Lahcen *
 489. Pr. BOUHSAIN Sanae *
 490. Pr. OUKERRAJ Latifa

Chirurgie plastique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Dermatologie
 Hématologie biologique
 Médecine interne
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Virologie
 Neuro chirurgie
 Oncologie médicale
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 Parasitologie
 Parasitologie
 Parasitologie
 Pneumo phtisiologie
 Pneumo phtisiologie
 Pharmacie clinique
 Pharmacie galénique
 Psychiatrie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Réanimation médicale
 Réanimation médicale
 Traumatologie orthopédie
 Traumatologie orthopédie

Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation

Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie
 Cardiologie

491. Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
492 .Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
493. Pr. AMAHZOUNE Brahim *	Chirurgie Cardio-vasculaire
494. Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
495. Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
496. Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
497. Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
498. Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
499. Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
500 Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
501. Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
502. Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
503. Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
504. Pr. DOGHMI Kamal *	Hématologie clinique
505. Pr. ABOUZAHIR Ali *	Médecine interne
506. Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
507. Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie
508. Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie
509. Pr. L'kassimiHachemi*	Microbiologie
510. Pr. AKHADDAR Ali *	Neuro-chirurgie
511. Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
512. Pr. AGADR Aomar *	Pédiatrie
513. Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
514. Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
515. Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
516. Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
517. Pr. BASSOU Driss *	Radiologie
518. Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
519. Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
520. Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
521. Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
522. Pr. BOUSSOUGA Mostapha *	Traumatologie orthopédique
523. Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

524. Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
525. Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
526. Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
527 Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
528. Pr. KANOUNI Lamya	Radiothérapie
529. Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
530. Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
531. Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
532. Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie

533. Pr. BOUSSIF Mohamed*
534. Pr. EL MAZOUZ Samir
535. Pr. DENDANE Mohammed Anouar
536. Pr. EL SAYEGH Hachem
537. Pr. MOUJAHID Mountassir*
538. Pr. BOUAITY Brahim*
539. Pr. LEZREK Mounir
540. Pr. NAZIH Mouna*
541. Pr. LAMALMI Najat
542. Pr. ZOUAIDIA Fouad
543. Pr. BELAGUID Abdelaziz
544. Pr. DAMI Abdellah*
545. Pr. CHADLI Mariama*

Médecine aérologique
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Chirurgie pédiatrique
 Urologie
 Chirurgie générale
 ORL
 Ophtalmologie
 Hématologie
 Anatomie pathologique
 Anatomie pathologique
 Physiologie
 Biochimie chimie
 Microbiologie

*** Enseignants Militaires**

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

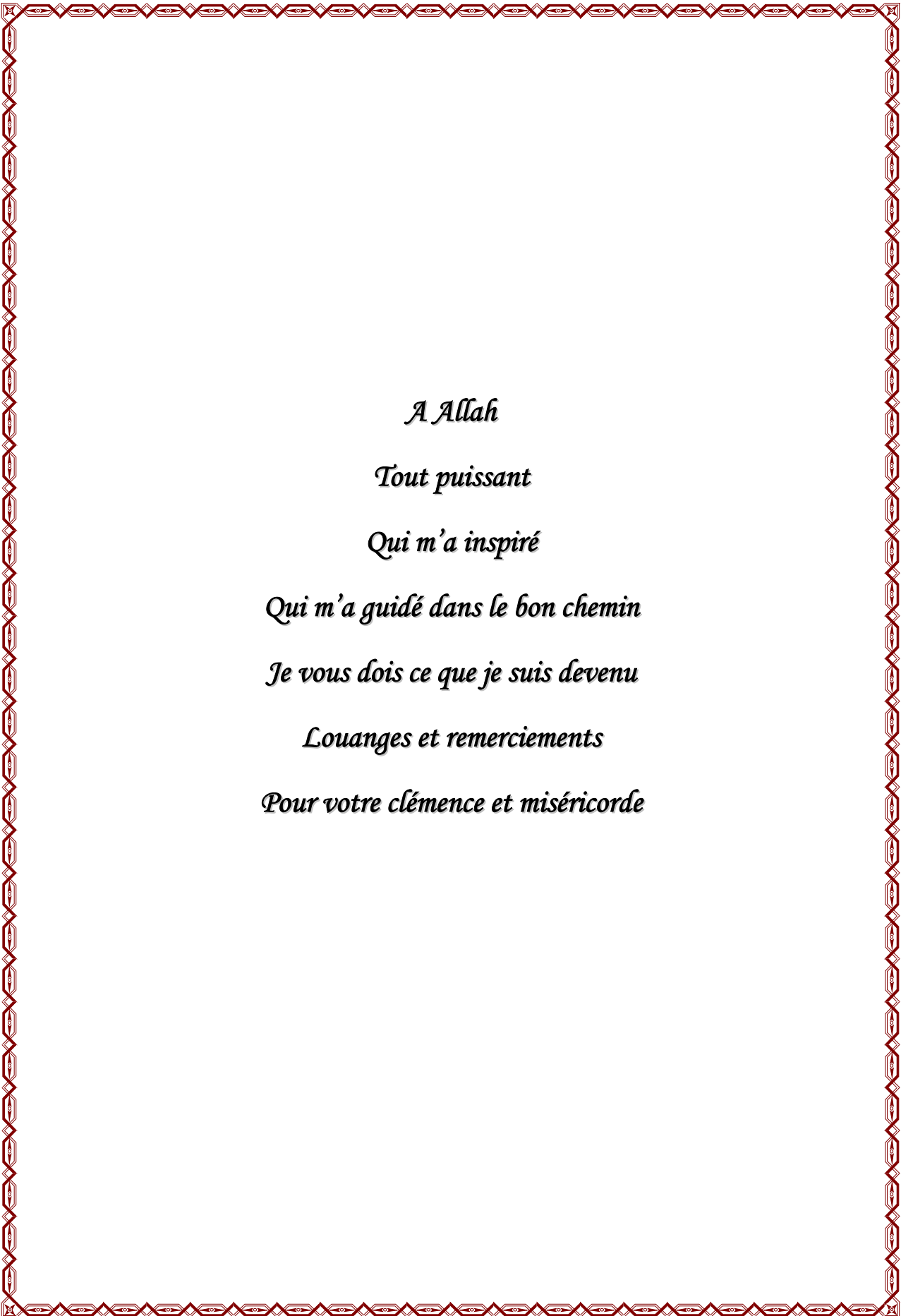
1. Pr. ABOUDRAR Saadia
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima
3. Pr. ALAOUI KATIM
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
5. Pr. ANSAR M'hammed
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed
9. Pr. CHAHED OUZZANI LallaChadia
10. Pr. DAKKA Taoufiq
11. Pr. DRAOUI Mustapha
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen
13. Pr. ETTAIB Abdelkader
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
15. Pr. HMAMOUCI Mohamed
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine
17. Pr. KABBAJ Ouafae
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine
19. Pr. REDHA Ahlam
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE M^{ed}
21. Pr. TOUATI Driss
22. Pr. ZAHIDI Ahmed
23. Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
 Biochimie
 Pharmacologie
 Histologie-Embryologie
 Chimie Organique et Pharmacie Chimique
 Applications Pharmaceutiques
 Génétique Humaine
 Microbiologie
 Biochimie
 Physiologie
 Chimie Analytique
 Pharmacognosie
 Zootechnie
 Pharmacologie
 Chimie Organique
 Biotechnologie
 Biochimie
 Biologie
 Biochimie
 Chimie Organique
 Pharmacognosie
 Pharmacologie
 Chimie Organique



Dédicaces



A decorative border in a dark red color, featuring a repeating geometric pattern of diamonds and lines, framing the entire page.

A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A

FEU SA MAJESTÉ LE ROI

HASSAN II



Que Dieu ait son âme dans son Saint Paradis

A

SA MAJESTÉ LE ROI

MOHAMED VI



*Chef suprême et chef d'état-major général
des forces armées royales.*

Que Dieu le glorifie et préserve son royaume.

A

SON ALTESSE ROYALE LE PRINCE HERITIER

MOULAY EL HASSAN



Que Dieu le garde.

A TOUTE LA FAMILLE ROYALE



A Monsieur le Médecin Général de Brigade
ALI ABROUQ

Professeur d'oto-rhino-laryngologie.

Inspecteur du Service de Santé des Forces Armées Royales.

En témoignage de notre grand respect
et notre profonde considération.

A Monsieur le Médecin Colonel Major
MOHAMMED HACHIM

Professeur de médecine interne.

Directeur de l'HMIMV –Rabat.

En témoignage de notre grand respect
et notre profonde considération

A Monsieur le Médecin Colonel Major

KHALID LAZRAK :

Professeur de Traumatologie Orthopédie.

Directeur de L'Hôpital Militaire de Meknès.

*En témoignage de notre grand respect
et notre profonde considération.*

A Monsieur le Médecin Colonel Major

MOHAMMED JANATI IDRISI

Professeur de Chirurgie viscérale.

Directeur de L'Hôpital Militaire de Marrakech.

*En témoignage de notre grand respect
et notre profonde considération.*

A Monsieur le Médecin Colonel Major

HDA ABDELHAMID:

Professeur de Cardiologie.

Directeur de l'E.R.S.S.M et de L'E.R.M.I.M.

*En témoignage de notre grand respect
et notre profonde considération*

Merci.



A ceux qui me sont les plus chers

A ceux qui ont toujours cru en moi

A ceux qui m'ont toujours encouragé

Je dédie cette thèse

A ma très chère mère NAOUR Mahjouba

Votre patience, votre bienveillance, votre dévouement et votre courage sont admirables.

Vous étiez toujours présente pour nous écouter, nous reconforter et nous montrer le droit chemin.

Vous avez déployé énormément d'efforts pour que nous ne manquions de rien.

Aucun mot, aucune phrase ne peut exprimer mes sentiments profonds d'amour, de respect et de reconnaissance.

Que ce modeste travail soit un début de mes récompenses envers toi.

Vous êtes une mère formidable.

Je t'aime et je te souhaite longue vie dans la bonne santé et le bonheur. Ce titre de Docteur en Médecine je le porterai fièrement et je te le dédie tout particulièrement.

A Mon Père CHAOUCH Salah

Le grand militant, qui m'a toujours poussé à me surpasser dans tout ce que j'entreprends, qui m'a transmis cette rage de vaincre et la faim de savoir.

Celui qui a été ma source de motivation, le moteur de mes ambitions, qui m'a appris que le savoir est une richesse que nul ne peut voler.

Je te serai cher père reconnaissant toute ma vie, pour tout le mal que tu t'es donné pour moi à chaque étape de ma vie, pour ta patience et ton amour.

J'espère être l'homme et le fils que tu as voulu que je sois, et je m'efforcerai d'être digne de ce que tu aurais souhaité que je sois.

A mes frères Hamid, Achraf, Chaouki, Abdelghafour

Et ma sœur Hind,

L'amour que je vous porte est sans égal, votre soutien et vos encouragements ont été pour moi d'un grand réconfort.

Veillez trouver dans ce travail, le témoignage de mon profond amour et de mon dévouement les plus sincères.

Puisse la fraternité et l'amour nous unissent à jamais

Que Dieu vous assiste et vous réserve une vie pleine de succès et de bonheur.

Je vous aime énormément.

A ma grand-mère maternelle Lalla Fattouma

Et

A mes oncles maternels,

My Ahmed, Abdellatif, Hammoumi et leurs épouses.

Veillez tous, chacun avec son nom, trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance, ma gratitude et mon respect le plus profond, en réponse de votre sympathie, gentillesse, votre aide et l'aimabilité avec laquelle vous m'avez entourés.

Puisse Dieu vous garder en bonne santé, et vous prêter longue vie pleine de bonheur et de succès.

A Ma Douce Et Tendre Femme

BOUCHAKOUR Hassnae

Aucun mot ne saurait exprimer

Mes sentiments les plus profonds envers toi.

*Tes sacrifices, ton soutien moral et matériel, ta gentillesse sans égale,
ton profond attachement m'ont permis de réussir mes études.*

Je t'assure que sans ton aide,

Tes conseils et tes encouragements ce travail n'aurait vu le jour.

Que ce travail soit le témoignage

De ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.

A toute la famille BOUCHAKOUR

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect

*Le plus profond et mon affection la plus sincère. Avec tous mes vœux de
bonheur et santé.*

A Monsieur Le Colonel M'ghari Abderrahmane

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect
Le plus profond et mon affection la plus sincère. Avec tous mes vœux de
bonheur et santé.*

A mes très chers amis et mes collègues Médecins lieutenants

Nous avons partagé des souvenirs agréables.

Que dieu préserve notre amitié pour qu'elle ne se dénoue jamais.

*En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs de tous les
moments que nous avons passé ensemble, où vous avez toujours fait
preuve d'une vraie amitié et d'un amour propre, je vous dédie ce travail
et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*

*Je remercie dieu de vous avoir connu, et vous savez très bien
pourquoi chers amis !*

A decorative border in a dark red color, featuring a repeating geometric pattern of diamonds and lines, framing the entire page.

A mes amis Médecins lieutenants

A toute la promotion 2005

Nous voilà arrivés à la fin d'un long et difficile parcours.

*Que vous trouvez ici, l'expression de mon grand respect et vif
attachement.*

Avec tous mes souhaits pour une vie prospère.

*À tous mes maîtres de l'enseignement primaire,
de l'enseignement secondaire, et de l'enseignement supérieur,*

En témoignage de mon affection et respect

À

*Tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement
de citer.*

À

*Tous ceux qui ont participé de près
ou de loin à la réalisation de ce travail.*



Remerciements



A notre maitre et Président de Jury :

Monsieur le Professeur TIJAMI Fouad

Professeur DE CHIRURGIE GENERALE

A L'INO -RABAT

*Je suis très touché par l'extrême courtoisie de votre accueil et par
l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de ma
thèse.*

*Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de mon respect et de
ma profonde gratitude.*

A notre maitre et Rapporteur de thèse :

Monsieur le Professeur HACHI HAFID

Professeur de Chirurgie Générale

A L'INO-RABAT.

Merci, Vous m'avez fait l'honneur de me confier ce travail ;

*Vous avez toujours su me guider avec clarté,
simplicité et gentillesse.*

Merci pour votre compétence qui n'a d'égale que votre gentillesse.

Merci pour profond humanisme.

Merci pour votre disponibilité.

Merci simplement pour être le professeur HACHI.

*Que ce travail soit l'expression de mon profond respect
et ma parfaite reconnaissance.*

A notre maitre et Jury de thèse :

Monsieur le Professeur KEBDANI TAYEB

Professeur de Radiothérapie

A l'INO

RABAT.

*Je suis très touché par la spontanéité avec laquelle vous avez
accepté de juger mon travail.*

*C'est un grand honneur pour moi de vous voir parmi mon jury de
thèse.*

*Veuillez trouver ici, cher Maître le témoignage de ma sincère
reconnaissance.*

A notre maitresse et Jury de thèse :

Madamme le Professeur JRONDI LAILA

Professeur de Radiologie

A L'INO - RABAT.

Vous me faites un grand bonheur en acceptant de juger mon travail.

*Vous m'avez reçue avec beaucoup d'amabilité, j'en ai été très
touchée...*

*Veuillez trouver ici, chère Maîtresse l'expression de mes
remerciements les plus sincères.*

À

*Tous ceux qui ont participé de près
ou de loin à la réalisation de ce travail.*

INDEX DES ABREVIATIONS

ADP : Adénopathie

ATCD : Antécédents

BRCA : BReast Cancer

CA15-3 : Carcinome antigène 15-3

CCI : Carcinome canalaire infiltrant

CIC : Composante intracanalalaire

DIEP : Deep Inferior Epigastric Perforator

EBCTCG : Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group

ER+ : Récepteurs positifs

ER- : Récepteurs négatifs

GD : Grand dorsal

GDA : Grand dorsal avec prothèse

IHC : Immunohistochimie

INO : Institut National d'Oncologie

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LGD : Lambeau Grand dorsal

M : Métastase

N : Node

NC : Non Communiqué

N+ : Ganglion envahie

N- : Ganglion non envahie

P : Taux de signification

PAM : Plaque Aréolo Mamelonnaire

QSE : Quadrant Supéro Externe

QSI : Quadrant Supéro Interne

QIE : Quadrant Inféro Externe

QII : Quadrant Inféro interne

r : récurrence

RMI : Reconstruction Mammaire Immédiate

RMS : Reconstruction Mammaire Secondaire ou Différée

SBR : Scraff Bloom Richardson

T : Taille

TDM : Tomodensitométrie

TRAM : Trans Rectus Abdominis Mus

UICC : Union International Contre le Cancer

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma du muscle grand dorsal.

Figure 2: Schéma du pédicule vasculaire du grand dorsal

Figure 3: Répartition des cas en fonction du délai de consultation

Figure 4: fréquence de cancer du sein chez la femme jeune moins de 35 ans

Figure 5: âge moyen des patientes jeunes ayant un cancer du sein

Figure 6 : fréquence du signe révélateur majeur du cancer du sein (nodule)

Figure 7 : Types d'incision utilisés pour la mastectomie avec préservation cutanée : A) péri-aréolaire ; B) en raquette de tennis ; C) en ellipse ; D) de type réduction mammaire.

Figure 8. Technique chirurgicale de mastectomie avec préservation cutanée

Figure 9 : Installation en décubitus latéral

Figure 10 : Extensions graisseuses du muscle grand dorsal. 1. Zone 1 ; 2. zone 2

. 3. zone 3 ; 4. zone 4 ; 5. zone 5

Figure 11 : Mise en place du lambeau en reconstruction mammaire immédiate : modelage en forme de U asymétrique (A, B).

Figure 12 : Taux de survenue des complications en fonction du moment de La reconstruction [143]

Figure 13: Répartition du grade SBR.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des patientes selon la parité.

Tableau 2 : Antécédents mammaires des malades

Tableau 3 : Topographie du nodule dans notre série

Tableau 4: Répartition des tumeurs mammaires selon la taille clinique

Tableau 5: Répartition des patientes selon le grade SBR de la tumeur

Tableau 6 : Taille du nodule au moment du diagnostic en mm

Tableau 7: résultats de la mammographie

Tableau 8 : Complications chirurgicales des lambeaux de grand dorsal autologue.

Tableau 9: Envahissement ganglionnaire histologique.

LIST DES PHOTOS

Photo1 : Repérage du ganglion sentinelle.

Photo 2 : Lambeau autologue : mastectomie et aspects post opératoires

Photo 3 : Tracé de l'incision periaréolaire emportant la PAM et incision axillaire séparée.(cas n° 1)

Photo 4 : Lambeau autologue : Dessin de la palette dorsale.

Photo 5 : Position de décubitus latéral pour prélèvement du lambeau de muscle grand dorsal (site donneur).

Photo 6 : Sérome dorsal ayant évolué favorablement après ponctions Itératives.

Photo 7 : La cicatrice dorsale à j +10. (Cas n° 1).

Photo 8 : Patiente âgée de 43 ans (cas n 4). Reconstruction mammaire immédiate par

lambeau de grand dorsal autologue. Résultat à un an.

Photo 9 : Incision et décollement dans le plan du fascia superficialis

Photo 10 : Décollement vers le haut dans le plan du fascia superficialis

Photo 11 : Décollement inférieur

Photo 12 : Libération du muscle grand dorsal dans sa partie mediale, inférieure et antérieure

PLAN

INTRODUCTION.....	10
I –Généralités.....	13
A. Anatomie de la glande mammaire.....	13
1- Situation.....	13
2-Forme et Volume.....	13
3-Configuration externe et interne.....	13
4-Vascularisation et innervation.....	14
B. Anatomie du lambeau de grand dorsal.....	15
1- Anatomie descriptive.....	15
2- Fonction.....	16
3- Innervation.....	17
4- Vascularisation.....	17
5- Arc de rotation.....	19
C. Historique du lambeau de grand dorsal en reconstruction Mammaire	19
II. Définition et caractéristiques cliniques du cancer du sein chez la femme jeune.....	20
III. Traitement chirurgical.....	21
A- Les différents types de mastectomie.....	21
1. La mastectomie radicale modifiée selon Patey.....	21
2. La mastectomie sous-cutanée.....	22
3. La mastectomie avec conservation de l'étui cutané.....	22
4. La lymphadénectomie.....	23
a. Le curage axillaire	23
b. Méthode du ganglion sentinelle.....	23

B- Le traitement conservateur.....	25
MATERIELS ET METHODES.....	27
I – POPULATION D’ETUDES.....	28
II – INTERVENTION.....	28
III – SUITES OPERATOIRES ET SUIVI.....	28
IV – RECEIL DES DONNEES.....	29
RESULTATS	33
I. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE :.....	34
II. ETUDE CLINIQUE :.....	36
III. ETUDE PARACLINIQUE :.....	38
IV. ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE :.....	39
V- BILAN D’EXTENSION.....	40
VI. MODALITES THERAPEUTIQUES :.....	41
VII- RESULTATS ESTHETIQUES :.....	44
VIII. SURVIE :.....	47
DISCUSSION.....	48
I. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.....	49
A. FREQUENCE	49
B. AGE	50
C. FACTEURS DE RISQUES	51
1-Antécédents familiaux de cancers du sein.....	51
2-Antécédents de tumeurs bénignes du sein.....	51
3-Parité et statut hormonal	51
4-Prise de contraceptifs oraux	52
5-Allaitement.....	52
II.CARACTERISTIQUES CLINIQUES.....	53

A. DELAI DE CONSULTATION.....	53
B. SYMPTOMATOLOGIE REVELATRICE.....	53
C. SIEGE DE LA TUMEUR	54
D. TAILLE DE LA TUMEUR.....	55
E. STADE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC.....	56
III. ETUDE PARACLINIQUE.....	57
A. MAMMOGRAPHIE	57
B. ECHOGRAPHIE MAMMAIRE.....	58
D. IRM.....	59
E. DIFFICULTE DIAGNOSTIC.....	60
IV.ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE.....	62
A. MOYENS DIAGNOSTIQUES	62
B. Anatomopathologie du cancer du sein chez la femme jeune :.....	62
• Type histologique:.....	62
• Marges d'exérèses.....	63
• Multifocailté, multicentricité, bilatéralité.....	65
V. BILAN D'EXTENSSION.....	67
VI. TRAITEMENT	68
A. MOYENS	69
1-TRAITEMENTLOCOREGIONAL (chirurgie / radiothérapie)	69
2-TRAITEMENT SYSTEMIQUE.....	110
VII.FACTEURS PRONOSTIQUE.....	112
A. FACTEURS EPIDEMIO-CLINIQUES.....	112
1-Age.....	112
2-Statut hormonal.....	112

2- Statut hormonal	112
4-Stade évolutif	112
B. FACTEURS HISTOLOGIQUES	112
1-Type histologique.....	112
2-Grade histo-pronostique	113
3-Envahissement ganglionnaire histologique.....	114
4-Récepteurs hormonaux.....	115
5-Embols vasculaires	116
C. FACTEURS BIOLOGIQUES	117
VIII. ASPECT PSYCHOLOGIQUE	118
IX. SURVIE	121
X. POINTS FORTS ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	123
CONCLUSION.....	125
RESUME.....	128
BIBLIOGRAPHIE.....	132

Introduction

Le cancer du sein est le premier cancer féminin au Maroc et dans le monde. En effet, une femme sur 10 a un cancer du sein, et 10 000 nouveaux cas sont dépistés chaque année dans notre pays [1]. La chirurgie est la pièce maitresse du traitement : La mastectomie associée au curage est le traitement historique dans les cas précoces, le traitement conservateur s'impose comme le traitement de référence lorsque ses indications sont respectées offrant ainsi les mêmes résultats carcinologiques que la mastectomie. Grâce aux campagnes de sensibilisation et la prise de conscience de ce cancer le diagnostic se fait de plus en plus à un stade précoce voire à un stade infra clinique permettant la réalisation de plus en plus de traitements conservateurs.

Quand on connaît l'importance des seins chez la femme jeune, qui représentent un signe de féminité et maternité (allaitement), et l'impact psychologique et socioprofessionnel du regard que porte la société actuelle sur le physique, il semble inconcevable de se limiter à une simple mutilation du sein sans reconstruction mammaire. En effet, dans certains pays occidentaux comme la France, la reconstruction fait partie intégrante du traitement du cancer du sein.

Parmi les différentes techniques de reconstructions mammaires, une gagne particulièrement notre préférence : Il s'agit de la reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal, qui est la méthode la plus ancienne et la plus fiable.

L'objectif de notre étude sera de montrer l'efficacité de cette technique en précisant le fait que c'est une intervention reproductible nécessitant une expertise. C'est une technique qui permet de pallier à la mutilation que représente la mastectomie et diminue considérablement son impact psychosocial et permet à ces jeunes patientes (objet de notre étude) une insertion sociale très rapide.

Après avoir annoncé quelques rappels théoriques sur le cancer du sein chez la femme jeune, nous détaillons le lambeau de grand dorsal et son utilisation dans la reconstruction mammaire, par la suite nous allons relater les résultats concernant l'aspect carcinologique, esthétique et psychologique de nos patientes qui ont catégoriquement refusé la mastectomie d'autant plus que le traitement conservateur n'est pas indiqué.

Cette étude va porter sur une série de cinq cas de reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal après mastectomie, pendant ces trois dernières années.

I –Généralités

A. Anatomie de la glande mammaire

1- Situation

La glande mammaire se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi antérolatérale du thorax avant du muscle grand pectoral, entre le sternum et une ligne verticale tangente à la limite antéro-interne de l'aisselle.

Dans le sens vertical, elle s'étend de la 3ème à la 6ème cote [1].

2- Forme et volume

Elle peut être discoïde, hémisphérique ou conique. Cette forme varie selon l'âge et l'activité génitale.

3- Configuration externe et interne

La mamelle ou le sein est constitué :

- ✓ D'une enveloppe cutanée
- ✓ De la glande mammaire
- ✓ D'une enveloppe cellulo-adipeuse

a. Le revêtement cutané

De forme hémisphérique, détermine à sa partie inférieure le sillon sous mammaire, sa partie antérieure comporte le mamelon pigmenté et parfois plissé, perforé par les orifices externes des canaux galactophores [2]. Le mamelon fait saillie au centre de l'aréole qui est à son tour pigmenté, de surface irrégulière par l'existence des tubercules de Morgagni et comporte des glandes sudoripares [2], ainsi que des fibres musculaires lisses selon une disposition caractéristique :

- ✓ Circulaire en manchon autour des terminaisons galactophoriques.
- ✓ Longitudinales ou radiées.

b. La glande mammaire

C'est une glande en grappe constituée de 10 à 20 lobes subdivisés eux-mêmes en lobules et acini. Chaque lobe possède son canal galactophore dans lequel se jettent les canaux secondaires des acini et des lobules. Les canaux galactophores se dirigent par un trajet sinueux vers la base du mamelon où il présente une dilatation appelée ampoule ou sinus lactifère. Au-delà de la quelle, les canaux galactophores se dirigent vers le sommet du mamelon où ils s'ouvrent par le pore galactophore. Entre les lobules et les canaux galactophores, existe un stroma conjonctif interstitiel constituant l'élément fondamental du tissu palléal. Il englobe la totalité du tissu épithélial [3].

c. L'enveloppe cellulo-adipeuse

Située en avant de la glande, elle est divisée en pelotons cellulo graisseux remplissant les fosses adipeuses qui sont limitées par le prolongement de la capsule fibreuse du sommet jusqu'à la face profonde glandulaire. Ce tissu graisseux forme une couche sous dermique dont l'épaisseur dépend de la morphologie féminine [3].

4- Vascularisation-innervation

a. Artères

La vascularisation artérielle de la glande mammaire est assurée par deux pédicules antérieurs, et un contingent postérieur.

Les deux pédicules principaux abordent la glande par sa face antérieure et forment le réseau pré glandulaire. On distingue : l'artère principale mammaire externe qui donne de nombreuses collatérales perforantes glandulaires et se termine en deux branches qui viennent s'anastomoser avec leurs homologues du pédicule interne. Ce dernier, est constitué par les performantes internes de l'artère mammaire interne [4].

Quant au contingent postérieur, il est constitué par des branches issues des 3ème, 4ème et 5ème artères intercostales. Il est profond et aborde la glande par sa face postérieure [4].

b. Veines

Elles constituent un réseau superposable à celui des artères.

c. Lymphatiques

Il existe deux types de drainage lymphatique :

- ✓ Un drainage purement mammaire constitué de réseaux lymphatiques superficiels cutanés, et de réseaux profonds se drainant vers la région sous aréolaire.
- ✓ Un drainage de distance, se faisant essentiellement vers les groupes ganglionnaires axillaires, mais aussi vers la chaîne mammaire interne, le creux sus-claviculaire et les ganglions situés dans la partie supérieure de la gaine du muscle grand droit homolatéral [4].

d. Nerfs

L'innervation du sein est cutanéoglandulaire à partir de trois groupes de nerfs

- ✓ Le groupe latéral provenant des 3ème, 4ème et 5ème nerfs intercostaux
- ✓ Le groupe antérieur provenant des 2ème, 3ème et 5ème nerfs intercostaux
- ✓ Le groupe central provenant des 3ème, 4ème et 5ème nerfs intercostaux [1]

B. Anatomie du lambeau de grand dorsal

1-Anatomie descriptive

Le muscle grand dorsal (m. latissimus dorsi) est un muscle très large, aplati et mince (Figure 4). Il s'insère en bas, d'une part sur la face externe des 4

dernières côtes par 4 languettes qui s'engrènent avec les digitations correspondantes du grand oblique, d'autre part sur l'aponévrose lombaire triangulaire, tendue entre les apophyses épineuses des 6 dernières vertèbres dorsales, des 5 vertèbres lombaires, des vertèbres sacrées, des ligaments interépineux correspondants et sur le tiers postérieur de la crête iliaque.

Le muscle recouvre l'angle inférieur de l'omoplate d'où se détache parfois un faisceau accessoire. Il contourne ensuite le bord inférieur du grand rond, avec lequel il forme la paroi postérieure du creux axillaire. Il se termine au fond de la coulisse bicipitale de l'humérus, entre le tendon du grand pectoral en dehors et celui du grand rond en dedans.

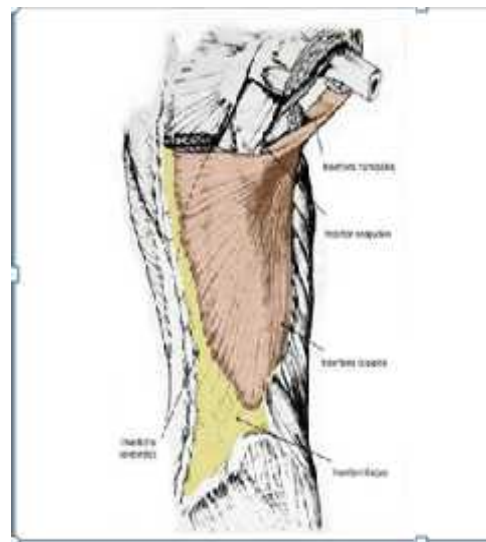


Figure 4. Schéma du muscle grand dorsal.

1- Fonction

Il sert à l'adduction, la rétro-pulsion et la rotation interne du bras. Il soulève le tronc si l'humérus est fixe. Il est donc important si le patient doit marcher avec des béquilles.

2-Innervation

Le muscle grand dorsal est innervé par le nerf du grand dorsal qui naît du tronc secondaire postérieur. Ses fibres proviennent surtout de C7, mais aussi de C5, C6, et C8.

À son origine à la partie haute du creux axillaire, il forme un triangle à base supérieure avec le pédicule vasculaire qui se trouve, en moyenne, 3 cm plus externe. Nerf et pédicule se rejoignent à une distance variable avant de pénétrer dans le muscle et de s'y ramifier.

Dans 10% des cas, quand l'artère subscapulaire naît de façon plus médiale que la veine, le nerf est retrouvé dans l'espace triangulaire formé par ces 2 vaisseaux.

2- Vascularisation

La vascularisation du grand dorsal est du type V de Mathes et Nahai (annexe 1).

Le pédicule dominant est l'artère thoraco-dorsale, issue de l'artère sous-scapulaire, née elle-même de l'artère axillaire [122]. Quelques centimètres après son origine, l'artère sous-scapulaire se bifurque en artère circonflexe scapulaire (destinée au muscle sous-scapulaire et à la peau des lambeaux scapulaire et para scapulaire) et en artère thoraco-dorsale, qui pénètre dans le muscle grand dorsal de 6 à 16 cm (en moyenne 9 cm) après l'origine de la sous-scapulaire et 1 à 4 cm en arrière du bord antérieur du muscle. Auparavant, elle donne une (54%), deux (44%), ou trois (2%) branches thoraciques pour le muscle grand dentelé. En abordant le muscle grand dorsal, le pédicule vasculo-nerveux se divise. Dans neuf cas sur dix, il s'agit d'une bifurcation en un pédicule externe, parallèle au bord antérieur du muscle qu'il suit de 1 à 4 cm en arrière, et un pédicule interne,

qui s'en détache à 45° et suit le bord supérieur du muscle. Dans un cas sur dix environ, le pédicule se divise en trois ou quatre branches.

Finalement, quel que soit le mode division, il faut remarquer d'une part la constance du pédicule vasculo-nerveux satellite du bord antérieur du muscle et d'autre part la possibilité de fragmenter le muscle en autant d'unités fonctionnelles qu'il y a de pédicules vasculo-nerveux indépendants.

Dans neuf cas sur dix, l'artère et la veine sous-scapulaire naissent au même niveau des vaisseaux axillaires. Mais dans un cas sur dix environ, l'artère naît de façon plus proximale que la veine, de 4 centimètres en moyenne et rejoint la veine au niveau de l'origine des vaisseaux circonflexes scapulaires, ou même plus bas.

Le muscle grand dorsal possède, en outre, des pédicules accessoires :

- ✓ 4 à 6 perforantes naissant des artères lombaires près de l'insertion du muscle sur les vertèbres lombaires.
- ✓ 4 à 6 perforantes naissant des vaisseaux intercostaux et destinées à la partie moyenne du muscle. Certaines de ces perforantes sont à destinée musculaire prédominante et d'autre à destinée cutanée prédominante.

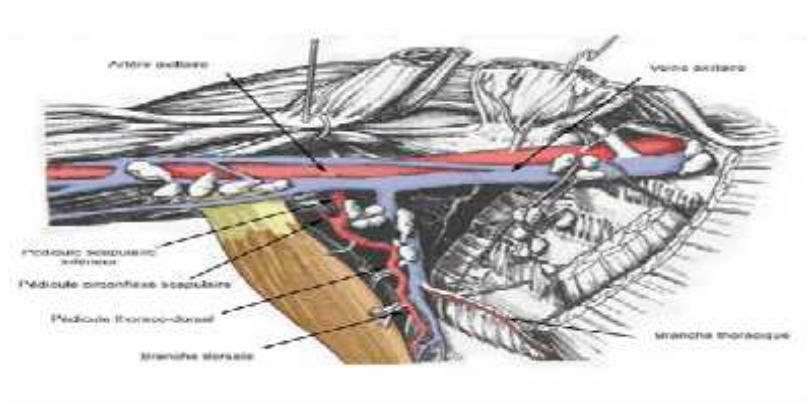


Figure 5 : Schéma du pédicule vasculaire du grand dorsal

3- Arc de rotation

C'est le lambeau à pédicule proximal (dominant) qui est utilisé en reconstruction mammaire.

Le point pivot est situé au sommet de l'aisselle, à l'origine des vaisseaux sous-scapulaires.

Le lambeau couvre toute la région thoracique homolatérale et peut dépasser la ligne médiane.

Le territoire cutané de ce lambeau est très vaste. L'extension en avant du bord antérieur du muscle permet de lever des palettes faisant jusqu'à 35 cm de long sur 25 cm de large. Il est conseillé de ne pas descendre à moins de 5 cm de la crête iliaque. La largeur maximale de la palette cutanée autorisant une fermeture directe de la zone donneuse est de 10 à 12 cm.

Au-delà, cette zone donneuse est rétrécie par des points à appui dermique, et greffée Secondairement.

C. Historique du lambeau de grand dorsal en reconstruction Mammaire :

Le lambeau de grand dorsal a été initialement décrit par Tansini en 1906 [123] dans le cadre de couvertures de pertes de substances thoraciques consécutives à une mastectomie.

Oubliée jusqu'à la fin des années 70, cette technique fut redécouverte par Olivari [124] en 1976. En 1977, McCraw décrivit le lambeau musculo-cutané en îlot puis Muhlbauer et Olbrisch (1977) l'associèrent à un implant. Bostwick [125], en 1979, publia la première grande série rapportant son expérience de 52 cas sur 2 ans. Il permit, ainsi, de populariser la technique.

Par la suite, les progrès de la chirurgie plastique et l'évolution des concepts en oncologie, amenèrent de nombreux auteurs à décrire leur expérience et à proposer des modifications des procédés chirurgicaux.

II.Définition et caractéristiques cliniques du cancer du sein chez la femme jeune

La définition du cancer du sein chez la femme jeune n'est pas univoque. Selon les différentes études, une femme "jeune" correspond à une femme de moins de 30, 35,40, 45 ans voire non ménopausée [5, 7, 8,12].

Dans la littérature, l'âge moyen est de 31-32 ans, avec moins de 20-30 % des cas avant 30 ans et une limite inférieure entre 19 et 23 ans. L'âge le plus bas rapporté dans la littérature est de 14 ans [9, 10,12]. Il est reconnu que le jeune âge au diagnostic est associé à un pronostic plus défavorable et constitue un facteur de risque indépendant [9,11]. A l'extrême, une étude sur le cancer du sein chez les jeunes de moins de 25 ans, a montré que la majorité présentait une forme d'emblée invasive, que 53 % d'entre elles ont eu une mastectomie d'emblée, et que 69 % des formes invasives ont rechuté ou sont décédées des suites de l'évolution de la maladie. La médiane de survie sans maladie était de 86 mois, sans différence significative sur la survie sans récurrence entre les femmes de moins de 25 ans et celles âgées de 26 à 35 ans. Par ailleurs, les femmes de moins de 35 ans, avaient un pronostic plus défavorable du fait de tumeur de plus haut grade et récepteurs hormonaux négatifs [11, 14,16].

Concernant les facteurs de risque, on retrouve dans la population des femmes jeunes, plus d'antécédents familiaux de cancer du sein, plus de facteurs génétiques (mutation des gènes BRCA 1, BRCA2 ou p53), une fréquence plus élevée de ménarche précoce, et de nulliparité.

La taille tumorale est plus volumineuse chez les jeunes et la lésion est le plus souvent palpable [5, 6, 12, 15,17]. Par ailleurs, on retrouve chez ces jeunes patientes, souvent associée aux formes invasives d'emblée, des ganglions axillaires positifs dans 30 à 60 % des cas [13,16].

III. Traitement chirurgical

A- Les différents types de mastectomie

La technique de la mastectomie a évolué depuis l'intervention très mutilante classique de Halstedt, décrite en 1892 [89], abandonnée de nos jours, jusqu'à la mastectomie avec conservation de l'étui cutané décrite plus récemment.

1. La mastectomie radicale modifiée selon Patey

Décrite en 1950 par Patey [90] et modifiée par Madden [91] en 1970, c'est la technique de mastectomie la plus utilisée. Elle consiste à enlever toute la glande mammaire en respectant les muscles pectoraux et permet un bon accès au creux axillaire pour pratiquer le curage ganglionnaire axillaire.

Initialement l'incision se faisait dans un fuseau cutané oblique allant du sillon sous-mammaire au pôle supérieur de la glande mammaire. Elle peut aussi être réalisée selon une incision horizontale classique enlevant suffisamment de peau ainsi que la plaque aréolo-mamelonnaire en regard et de part et d'autre de la tumeur. Lorsque la tumeur est située dans la moitié supérieure du sein, il est préférable de tracer une incision de mastectomie très oblique qui s'incurve en dehors et en haut vers le creux axillaire afin d'obtenir un galbe plus satisfaisant et d'éviter les inconvénients de la cicatrice horizontale. Si la tumeur est située dans la moitié inférieure du sein, on peut utiliser le tracé des mammoplasties de réduction aboutissant soit à une cicatrice verticale, soit à une cicatrice en T inversé tout en étant très prudent quant au risque vasculaire maximum situé à l'extrémité de ces lambeaux cutanés.

2. La mastectomie sous-cutanée

Très utilisée dans les années 70 et jusque dans les années 80, la mastectomie sous-cutané a pour intention d'enlever toute la glande mammaire en laissant cependant en place la plaque aréolo-mamelonnaire et la peau avec un minimum de tissu sous cutané afin d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant.

Cette technique est décrite pour de nombreuses raisons :

- ✓ La principale est carcinologique : en effet, on laisse en place du tissu mammaire qui peut être le siège d'évolution ou de récurrence locale de cancer du sein dans les lambeaux cutanés et surtout dans la région rétro-mamelonnaire où le plan de dissection est plus difficile à retrouver.
- ✓ La 2^{ème} raison est la qualité médiocre des résultats de reconstruction mammaire avec un taux de complication plus élevé, notamment dû à la position simple en sous-cutané de l'implant mammaire avec rétraction hétérogène de l'écou cutané.

3. La mastectomie avec conservation de l'écou cutané

Afin de combiner la « radicalité » de la mastectomie selon Patey et une partie des avantages de la mastectomie sous-cutanée, est apparue la mastectomie avec conservation de l'écou cutané en 1991 [92].

Elle consiste à réaliser une mastectomie totale en conservant le maximum de peau. L'incision passe donc à proximité de l'aréole permettant l'ablation d'un minimum de peau. Cette technique est réalisée en reconstruction immédiate utilisant le lambeau myocutané de grand dorsal : C'est la technique qui fera l'objet de la présente étude.

4. La lymphadénectomie :

Quel que soit le type de mastectomie réalisée, il est tout à fait possible de réaliser dans le même temps opératoire un curage dit « sous- pectoral ». En sachant que dans le cas particulier de la mastectomie avec conservation de l'étui cutané, il peut être nécessaire de réaliser alors une incision péri-aréolaire prolongée de façon radiaire en latéral pour favoriser l'exposition du creux axillaire, ou de réaliser une incision séparée dans le creux axillaire. C'est une technique originale que nous pratiquant permettant de garder intact l'étui cutané.

a. Le curage axillaire :

Le curage axillaire fonctionnel est une intervention chirurgicale qui consiste à prélever les ganglions de la chaîne ganglionnaire axillaire situés au niveau des 1er et 2e étages de Berg, c'est à dire en dessous du muscle petit pectoral, en respectant le nerf du grand dentelé, le nerf du grand dorsal avec le pédicule vasculaire qui l'accompagne, et si possible les 1er et 2e nerfs perforants intercostaux.

Le nombre de ganglions à retirer est en général 10 : Le curage est représentatif du statut ganglionnaire.

b. Méthode du ganglion sentinelle

La recherche du ganglion sentinelle a été développée pour éviter un curage inutile sur le plan thérapeutique à des patientes ne présentant aucun envahissement axillaire, tout en ne méconnaissant pas leur statut ganglionnaire.

D'un point de vue physiologique, les ganglions sentinelles sont les ganglions drainant directement la tumeur, ils sont donc susceptibles d'être atteints les premiers par une diffusion métastatique. Le concept est basé sur l'hypothèse d'un GS informatif du statut des autres ganglions de l'aisselle : si le GS est indemne alors les ganglions non-sentinelles, situés en aval, le sont aussi.

La mise en évidence du GS fait appel à l'injection péri tumorale ou périaréolaire d'un produit lymphotrope, colorant (bleu patenté®) et/ou

radiocolloïde marqué au technétium 99 métastable, qui va migrer des lymphatiques du sein vers le GS. Trois méthodes de détection sont donc disponibles : colorimétriques, isotopique ou combinée. Par définition, les ganglions sont sentinelles s'ils sont bleus et/ou radio détectés. La méthode colorimétrique doit être évitée en cas de terrain allergique.



Photo 3 : Repérage du ganglion sentinelle, ayant pris la coloration bleu du bleu patenté.

Les recommandations françaises - Recommandations pour la pratique clinique (RPC) de Saint Paul de Vence 2005 - précisent les indications et les conditions de réalisation de la procédure sentinelle : elle est réalisée chez des patientes informées et consentantes, présentant un carcinome infiltrant unifocal de moins de 2cm, sans envahissement ganglionnaire axillaire clinique, sans traitement néoadjuvant et n'ayant eu aucune chirurgie préalable au niveau du sein. Le nombre optimal de ganglions prélevés est compris entre 2 et 4. Un curage axillaire complémentaire devra être réalisé en cas d'échec de détection du GS et de la mise en évidence du caractère métastatique de celui-ci, il devra être discuté en cas de taille histologique supérieure à 20mm et de découverte d'une tumeur multifocale sur la pièce opératoire [29].

B- Le traitement conservateur :

Le traitement conservateur du cancer du sein associe une chirurgie mammaire conservatrice consistant en une exérèse tumorale large emportant la tumeur ainsi qu'une marge de tissu mammaire avoisinant macroscopiquement saine, à une chirurgie des ganglions axillaires et une irradiation du sein conservé. Ce traitement conservateur est actuellement le traitement de référence des cancrs du sein T1 et T2 de petite taille, non inflammatoire [95].

Ce traitement répond à trois objectifs :

- ✓ Une survie identique à celle obtenue par la mastectomie
- ✓ Un risque de récurrence locale faible
- ✓ Un résultat esthétique satisfaisant.

L'objectif carcinologique est principalement schématisé par les berges d'exérèse. Celles-ci sont définies par la distance mesurée entre le bord de la pièce opératoire et la limite la plus périphérique des cellules cancéreuses

La tumorectomie allant du tissu sous cutané au plan musculaire du pectoral, ce sont les berges latérales qui sont prises en compte pour déterminer l'atteinte ou non des berges d'exérèses. Leur atteinte, qu'il s'agisse d'un mode infiltrant ou d'un mode in situ, est un facteur important influençant le taux de récurrence locale, mais également le taux de survie des patientes.

En effet, deux études [111,112] ont montré un risque de récurrence locale multiplié par 1,5 à 3,5 lorsqu'un envahissement des berges de la pièce opératoire était constaté. Ce risque semble d'ailleurs être proportionnel à la taille de l'envahissement des berges.

Une marge de sécurité de 2 mm semble être un minimum, même si à l'heure actuelle aucun consensus ne s'est dégagé.

Régulièrement se pose la question de la nécessité de reprendre chirurgicalement les patientes pour lesquelles les berges sont atteintes ou considérées comme trop justes.

L'enjeu du traitement conservateur est de proposer aux patientes un traitement permettant un résultat esthétique le plus satisfaisant possible.

Ce traitement doit minimiser autant que possible :

- ✓ Une asymétrie de volume.
- ✓ Une asymétrie de position de l'aréole.
- ✓ Une déformation du sein par perte de substance glandulaire ou rétraction cutanée.
- ✓ Une cicatrice élargie, rétractile et inesthétique, une bride cicatricielle.

Les résultats esthétiques du traitement conservateur classique nécessitent une reprise chirurgicale à distance [113] dans 5 à 10% des cas.

Ces dernières années ont vu se développer la chirurgie onco-plastique, consistant à coupler les techniques de chirurgie plastique et de chirurgie oncologique dans le même temps opératoire.

Le traitement conservateur ne peut être valable que s'il répond aux impératifs esthétiques : dans le cas échéant, la seule alternative à la mastectomie est la reconstruction mammaire par lambeau myocutané de grand dorsal avec conservation de l'étui cutané : objet de notre présente étude.

MATERIELS ET METHODES

I - POPULATION D'ETUDES

L'étude a porté sur une série de cinq reconstructions mammaires immédiate par lambeau de grand dorsal et conservation de l'étui cutané réalisées dans le service de chirurgie de l'INO, pendant les trois dernières années.

Les patientes opérées étaient instruites et issues d'un milieu plutôt favorisé.

Le choix des patientes s'est fait selon plusieurs critères :

- ✓ Le désir de reconstruction du sein
- ✓ Les antécédents
- ✓ La qualité trophique des tissus
- ✓ Les sites donneurs potentiels
- ✓ L'aspect du sein controlatéral

II – INTERVENTION

Toute les patiente ont bénéficié d'une mastectomie sous cutanée emportant la plaque aréolo-mamelonnaire, avec conservation de l'étui cutané puis reconstruction mammaire immédiate par lambeau de grand dorsal pédiculisé, associé au curage axillaire.

III - SUITES OPERATOIRES ET SUIVI

Les patientes opérées sont transférées au service où elles ont pu bénéficier d'une surveillance clinique étroite. Une visite quotidienne permettait de juger de la qualité des deux cicatrices, de rechercher d'éventuelles complications et d'apprécier le résultat esthétique et psychologique des patientes opérées.

Les pansements étaient changés après cinq jours et le drain était retiré à J15 ou lorsque le volume de drainage était inférieur à 30millilitres par jour.

Afin d'éviter les risques de thrombophlébites, une levée précoce était préconisée. A défaut, un traitement par héparine à bas poids moléculaire était prescrit, améliorant ainsi la perfusion du lambeau.

La sortie se faisait en moyenne au bout de 15 jours, après ablation des drains. Le changement de pansement et l'ablation des fils de suture ont été assurés par le service ou par centre de santé.

IV - RECEIL DES DONNEES

Les patientes étaient revues en consultation un mois après leur sortie pour juger du résultat, puis en fonction de la survenue ou non de complications.

L'examen clinique consistait à :

- ✓ Rechercher des complications locales ou générales
- ✓ Rechercher des complications à distance
- ✓ Evaluer le résultat esthétique par le chirurgien et par la patiente
- ✓ Apprécier la qualité de vie et l'intégration du nouveau sein dans le schéma corporel de la patiente

Toutes ces données ont été reportées dans le dossier médical de chaque patiente.

Le recueil de ces données a été réalisé de façon rétrospective à partir de la fiche d'évaluation suivante

Fiche patiente

Identification :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de dossier :

Côté: ☐sein droit ☐sein gauche

Antécédents :

Personnels :-poids :

-taille

-Volume du sein avant mastectomie :

☐ Tour de poitrine

☐ Bonnet ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

Médicaux : ☐RAS ☐Tabac ☐Diabète ☐HTA

Familiaux : ☐Cancer du sein dans la famille

Diagnostic :

Anatomie pathologique :

Autres thérapeutiques : ☐Chimiothérapie préopératoire ☐Radiothérapie pré-Opératoire ☐Radiothérapie postopératoire

Si oui, date :

Intervention :

Type de mastectomie : ☐Patey ☐Halsted ☐Conservation de l'étui cutané

Type de reconstruction : ☐Reconstruction mammaire immédiate

☐Reconstruction mammaire différée

Date de la reconstruction :

Opérateur :

Type d'incision : ☐Horizontal ☐Péri-aréolaire ☐Autre

Poids du sein :

Section du nerf : ☐Oui ☐Non Section du tendant : ☐Oui ☐Non

Curage axillaire : ☐Oui ☐Non

Durée opératoire :

Le Grand Dorsal :

Technique de grand dorsal : ☐Autologue ☐Musculaire pure ☐Endoscopique
☐Associé à une prothèse ☐Libre

Incision dorsale : ☐Horizontal ☐Oblique ☐Autre

Taille de la palette (cm) : Longueur :... Hauteur :...

Drainage dorsal : ☐Redon ☐Lame

Lambeau :

Enfouissement complet :

Lambeau positionné dans le sillon sous mammaire : ☐Oui ☐Non

Geste contro-latéral : ☐Oui ☐Non

Si oui :-Délai

-☐Réduction mammaire ☐Augmentation ☐Autre

Plaque aréolo-mamelonnaire :

Mamelon : ☐Non ☐Grefe ☐Tatouage ☐Lambeau

Aréole : ☐Non ☐Grefe ☐Tatouage

Durée d'hospitalisation :

Complications per-opératoires : ☐Oui ☐Non

Si oui : ☐Lésion du pédicule ☐Souffrance du lambeau ☐Autre

Complications précoces :

Générales : ☐oui ☐Non

Si oui : - Délai d'apparition

-☐Fièvre ☐Complications thromboemboliques ☐Autre

Locales : ☐Oui ☐Non

Si oui :-Délai d'apparition :

-☐Serome dorsale ☐Nécrose cutanée dorsale ☐Abcès

☐Nécrose du lambeau ☐Hématomes ☐Nécrose cutanée thoracique

☐Autre

-Reprise chirurgicale : ☐Oui ☐Non

Si oui : ☐Cicatrisation dirigée ☐Autre

Complication à distance > 2mois : ☐Oui ☐Non

Si oui :-Délai d'apparition

-☐Retard de cicatrisation ☐Cicatrice du sein ☐Cicatrice du dos

-☐Dégonflage de prothèse ☐Fonte majeur du lambeau

☐Cytostéatonécrose

☐Hématome dorsal ☐Séquelles fonctionnelles

☐Lymphocèle ☐Coque ☐Douleurs ☐Autre

-Reprise chirurgical : ☐Oui ☐Non

Suivi résultat esthétique :

Délai d'évaluation :

Evaluation du chirurgien :

-Cicatrice dorsale : ☐Très bien ☐Bien ☐Assez bien ☐Moyen ☐Mauvais

-Cicatrice antérieure : ☐Très bien ☐Bien ☐Assez bien ☐Moyen ☐Mauvais

Evaluation de la patiente :

-Cicatrice dorsale : ☐Très bien ☐Bien ☐Assez bien ☐Moyen ☐Mauvais

-Cicatrice antérieure : ☐Très bien ☐Bien ☐Assez bien ☐Moyen ☐Mauvais

Evolution :

☐Récidive pariétale ☐Récidive ganglionnaire ☐Localisation controlatérale

☐Métastases ☐2^{ème} cancer

RESULTATS

I. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE :

1. FREQUENCE :

Durant une période de 3 ans, de Janvier 2008 à Décembre 2010, 1500 femmes atteintes de cancer du sein ont été recensés au service de chirurgie de l'INO. Parmi elles, 114 étaient âgées de 40 ans et moins; soit une fréquence de 7,60 % du nombre global de cancer du sein.

2. AGE :

L'âge de nos patientes varie entre 33 ans et 43 ans, sont généralement des patientes jeunes.

L'âge moyen de nos malades est de 38 ans.

3. ANTECEDENTS:

a-Age de la ménarche :

L'âge de la ménarche a été précisé chez la totalité des femmes, avec des extrêmes de 12 et 15 ans, ce qui représente une moyenne de 13,5 ans.

b-Statut marital :

Le nombre de femmes mariées a été de 3, 02 patientes étaient célibataires.

c- Age à la 1ère grossesse :

L'âge de la première grossesse chez les patientes non nullipares a été précisé chez 03 femmes, il était de 30 ans en moyenne.

d-Parité :

Dans notre série, on note une prédominance de la pauciparité, et son taux est de 40 % ; alors que les grandes multipares ne représentent que 20 %.

Tableau 1 : Répartition des patientes selon la parité.

	NOMBRE	POURCENTAGE (%)
Nullipare	0	0
Paucipare(1 à 2 enfants)	02	40
Multipare(3 à 4 enfants)	0	0
Grande multipare (>4enfants)	01	20
TOTAL	05	100

e-Notion d'allaitement :

L'allaitement a été pratiqué chez 02 femmes soit 40 % des femmes non nullipares, avec une durée moyenne de 2ans 1mois.

f-Contraception orale :

La prise de la contraception orale a été notée chez 02 femmes soit un pourcentage de 40%, elle comprend essentiellement les oestroprogestatifs normodosés, la durée moyenne de la prise était de 4,5 ans.

g-Antécédents de mastopathie :

En se basant sur les données anamnétiques ; l'antécédent personnel de mastopathie bénigne a été retrouvé chez une seule patiente, soit 20% des patientes ; alors qu'une patiente a un antécédent de cancer du sein traité.

Pour les antécédents familiaux on trouve 3 cas ont des antécédents familiaux du cancer du sein, soit 60% des cas.

Tableau 2 : Antécédents mammaires des malades

ANTECEDENT	NOMBRE	POURCENTAGE (%)
Antécédent personnel de mastopathie bénigne	01	20
Antécédent personnel de Cancer du sein	01	20
Antécédent familial de cancers du sein	03	60
TOTAL	05	100

II. ETUDE CLINIQUE :

A. DELAI DE CONSULTATION :

Le délai entre l'apparition des premiers signes et la date de la première consultation a été précisée chez toutes les patientes. Le délai moyen a été de 3,75 mois, il varie entre 1semaine et 6 mois.

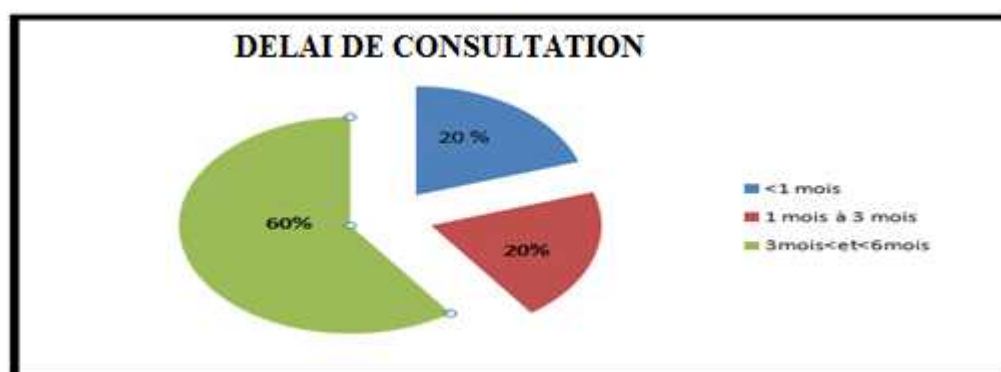


Figure 3 : répartition des cas en fonction du délai de consultation

B. SYMPTOMATOLOGIE REVELATRICE :

La découverte fortuite à l'autopalpation du nodule est le signe le plus important qui a poussé les patientes à consulter, il représente le motif de consultation de loin le plus fréquent 80% des cas(04 cas), par contre chez une seule patiente la maladie de PAGET était révélatrice.

C. EXAMEN PHYSIQUE :

1-Topographie :

L'examen des seins a permis de mettre en évidence un nodule (seul ou associé à d'autres signes) dans 100 % des cas.

Notre étude a pu montrer que :

- Le sein gauche a été atteint chez 03 patientes soit 60%.
- Le sein droit chez 02 patientes soit 40%

Ce nodule siégeait au niveau du quadrant supéro-externe (QSE) dans 40 % des cas.

Siège	QSE	QSI	QIE	Q I I
Nombre	2	0	1	2
Pourcentage	40%	0%	20%	40%

Tableau 3 : Topographie du nodule dans notre série.

2-Taille tumorale :

La taille clinique des tumeurs traitées varie entre des tumeurs classées T2 et des tumeurs classées T3, leur répartition est la suivante :

Taille	T2	T3
Nombre des cas	4	1
Pourcentage(%)	80%	20%

Tableau 4: Répartition des tumeurs mammaires selon la taille tumorale

3-Signes inflammatoires :

Aucune patiente n'avait présenté de signes inflammatoires, le sein inflammatoire est l'indication d'une chimiothérapie néoadjuvante.

4-Rétraction du mamelon :

La rétraction du mamelon était retrouvée chez une seule patiente soit 20% des cas.

5-Écoulement mammelonnaire :

L'écoulement mammelonnaire était retrouvé chez une patiente : il a été unipore et sérosanglant.

6- Adénopathies :

La palpation des aires ganglionnaires axillaires a révélé chez 4 patientes la présence d'adénopathies axillaires.

III. ETUDE PARACLINIQUE :

A. MAMMOGRAPHIE :

La totalité de nos patientes ont bénéficié d'une mammographie, celle-ci a montré :

- Une opacité suspecte isolée chez 02 patientes soit 40 %.
- Une opacité suspecte rétroaréolaire chez 02 patientes soit 40 %.
- Une opacité suspecte associée à des microcalcifications chez une patiente.

B. ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :

Réalisée chez toutes les patientes, elle a montré :

- Une formation hypoéchogène et / ou hétérogène avec des contours flous +/- signes d'atténuation, suspecte dans 03 cas soit 60%.
- Plusieurs images tissulaires dans 2 cas soit 40%.

IV. ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

A. Confirmation diagnostique :

La certitude diagnostique du cancer du sein a été fournie par l'étude histologique qui a confirmé la nature maligne de la tumeur et a permis de préciser son type histologique ainsi que son grade. Cette confirmation a été réalisée après une biopsie au trut-cut (microbiopsie) chez 04 patientes (soit 80 %).

Chez la patiente qui a présenté la maladie de Paget, la confirmation histologique était faite par Punch-biopsie en plus d'un diagnostic de malignité des tumeurs associées à la maladie de Paget par biopsie au Tru-cut.

B. Type histologique de la tumeur :

Le type histologique a été précisé chez toutes les patientes. Le carcinome canalaire infiltrant retrouvé chez toutes les patientes.

C. Grading histo-pronostique de Scarf-Bloom et Richardson (SBR) :

Il détermine le degré de différenciation de la tumeur.

SBR	Fréquence	Pourcentage
1	0	0%
2	3	60%
3	2	40%
Total	5	100%

Tableau 5: Répartition des patientes selon le grade SBR de la tumeur

D. Les marges d'exérèses

Les marges d'exérèses étaient saines dans 4 cas sur 5, soit 80%.

Chez une patiente la limite inférieure de la mastectomie était focalement envahit, ce qui a nécessité une reprise large tout en préservant le lambeau du muscle grand dorsal.

E. Les embolies vasculaires

Ils sont trouvés chez une seule patiente, soit 20% des cas

F. La composante intracanalair

Elle est observée chez toutes les patientes, soit 100% des cas.

G. Les récepteurs hormonaux

Les récepteurs aux œstrogènes : Ils sont retrouvés chez 4 patientes (80% cas).

Les récepteurs aux progestérones : Ils sont retrouvés chez 3 patientes (60%cas).

H. Hercept test (HER)

Négatif chez toutes les patientes.

I. L'envahissement ganglionnaire

L'atteinte ganglionnaire (N+) a été trouvée chez 3 patientes (60% cas), avec une effraction capsulaire dans un cas.

V- Bilan d'extension

Une fois le diagnostic est posé ou la chirurgie est proposée, un bilan d'extension est réalisé comprenant :

- ✓ Une radiographie pulmonaire
- ✓ Une échographie hépatique
- ✓ Une scintigraphie osseuse

Dans notre série, ce bilan est négatif chez toutes les patientes. De même un dosage du marqueur biologique CA15-3 est demandé pour toutes les

patientes afin de disposer d'une valeur de référence permettant le suivi par la suite.

VI. MODALITES THERAPEUTIQUES :

Le traitement du cancer du sein est multimodal, basé sur l'association d'un traitement locorégional et d'un traitement systémique.

Le traitement locorégional repose sur la chirurgie et la radiothérapie, quant au traitement général, il fait appel à la chimiothérapie et/ou l'hormonothérapie.

A. TRAITEMENT LOCOREGIONAL :

1-Chirurgie :

- **Type de chirurgie :** (Mastectomie sous cutanée / RMI)

La technique de reconstruction qui a été utilisée pour toutes ces patientes après avoir réalisé une mastectomie sous cutanée emportant la plaque aréolo-mamelonnaire avec conservation de l'étui cutané, c'est la reconstruction mammaire immédiate (RMI) par lambeau musculo-cutané de grand dorsal pédiculisé avec curage axillaire, par une incision élective arciforme, nous nous limitons à l'incision peri-aréolaire sans le refend oblique car il préserve l'intégrité de l'étui cutané mais par contre rend le curage plus difficile par une petite incision.

Au niveau du site dorsal, l'incision réalisée était de type horizontal.

Au moment du prélèvement du lambeau musculo-cutané, la section du nerf du grand dorsal et ou du tendon du grand dorsal ne se sont faites chez aucune patiente.

Le lambeau a été positionné dans le sillon sous-mammaire pour toutes les patientes, et la mise en place d'un drain de Redon a été systématique.

2-Radiothérapie (RTH) :

Fait partie du traitement locorégional et participe essentiellement au contrôle locorégional de la maladie.

- **Radiothérapie externe :**

Elle a été réalisée chez toutes les patientes soit 100 % des cas.

- Volumes cibles : Représentés par :

- Le sein et la paroi thoracique.
- Les 3 aires ganglionnaires suivantes :
- L'aire axillaire.
- Le creux sus claviculaire.
- La chaîne mammaire interne.

- Doses d'irradiation :

Une dose de base de 45 à 50 Grays a été délivrée à raison de 5 Grays par séance et 2 jours par semaine.

- Complications :

Aucune complication n'a été décelé suite à la radiothérapie.

B. TRAITEMENT SYSTEMIQUE :

1-Chimiothérapie (CTH) :

a-Modalités :

Dans notre série, toutes les patientes ont reçu un traitement par chimiothérapie soit (100%).

Cette chimiothérapie était :

o Adjuvante : 3 à 4 semaines après le traitement chirurgical.

b-Complications :

Cette chimiothérapie a engendré certaines complications d'ordre :

- Hématologiques : 0 cas.
- Digestives :
 - 1 cas de diarrhée associée à des vomissements.
- Fièvre post cure : chez 02 malades, résolutive après traitement symptomatique.
- Aucune allergie.

2-Hormonothérapie :

Indiquée chez 04 patientes, il s'agissait d'une hormonothérapie par traitement anti-ostrogénique type Tamoxifène à dose de 20mg par jour en une seule prise à poursuivre pendant 5 ans.

VII- RESULTATS ESTHETIQUES :





Photo 2 : Lambeau autologue : mastectomie et aspects post opératoires

- b.** Aspect postopératoire immédiat (cas n° 1) **c.**Aspect postopératoire : J + 10(cas n°1)
d. (cas n°1), **e)** (cas n°2) et **f.** (cas n°3) : Aspect postopératoire : à 1 mois.



Photo 8 : Patiente âgée de 43 ans (cas n 4). Reconstruction mammaire immédiate par lambeau de grand dorsal autologue. Résultat à un an.

c : vue de face à un an postopératoire ; d :vue de trois quarts à un an postopératoire ; e :vue dorsale préopératoire ; f : vue dorsale postopératoire.

VIII. SURVIE :

Dans notre étude, pour un recul allant de 5mois à 3 ans toutes nos patientes sont indemnes de récidi ves et de métastases, le contrôle était assuré par des consultations régulières dans les quatre mois pendant les deux premières années puis tous les six mois après deux ans.

DISCUSSION

I. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

A- Fréquence

Le cancer du sein est le premier cancer de la femme dans le monde. L'âge moyen se situe entre 50 et 70 ans, chez la femme de moins de 35 ans, ce cancer, représente un problème rare [18].

Pour HANKEY, aux états unis seulement 6,7% de l'ensemble des cas de cancer du sein concernent la femme jeune de moins de 35ans, et seulement 0,6% les femmes de moins de 30ans ; aux États-Unis seulement environ 1200 cas de cancer du sein surviennent chez des femmes moins de 30 ans chaque année [19] Dans les pays asiatiques, cette fréquence est estimée à 9,6% selon WONSHIK en Corée du sud [20].

Au Maghreb, cette fréquence est de 10,9 %, selon BEN AHMED en Tunisie [21], et 17% selon BOUKERCH en Algérie [22], alors qu'au Maroc cette fréquence est de 5,37% selon l'étude de LAZREQ [23]

Dans notre série, cette fréquence a été de 7,6 % de tous les cancers du sein.

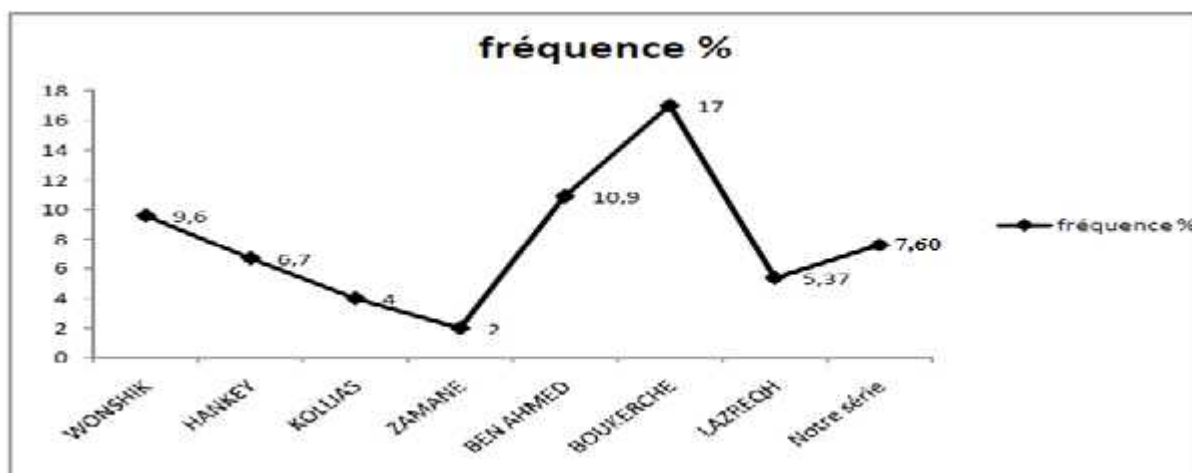


Figure 4: fréquence de cancer du sein chez la femme jeune moins de 35 ans

B. AGE :

La définition du cancer du sein de la femme jeune n'est pas univoque. Selon les différentes études, une femme « jeune » correspond à une femme de moins de 30, 35, 40, 45 ans voire simplement non ménopausée [130,131]. Dans notre étude, nous avons opté pour une limite d'âge inférieure à 45 ans [1].

Le cancer du sein de la femme jeune survient le plus fréquemment après l'âge de 30 ans soit 74,6% selon WONSHIK HAN entre 30 et 35 ans [126], 70,96 % selon NTEKIM [132] et 72% selon KOLLIAS [133] ; ce cancer survient plus rarement avant l'âge de 30 ans, et très exceptionnellement observé avant l'âge de 20 ans : 0,1 par 100000 femmes selon FOXCROFT [114].

La moyenne d'âge chez la femme jeune atteinte du cancer du sein varie selon les auteurs : 31,5 ans pour BOUKERCHE et KHANFIR [128,134], 32,1 ans pour KIM et CHAN [135,136] et 32 ans pour GUERRA et KOLLIAS [137,133]. Dans les séries Marocaine cette moyenne est de 32 ans pour BOUAMAMA [138] et 32,4 ans pour LAZREQH [129].

Dans notre série, l'âge moyen était de 38 ans.

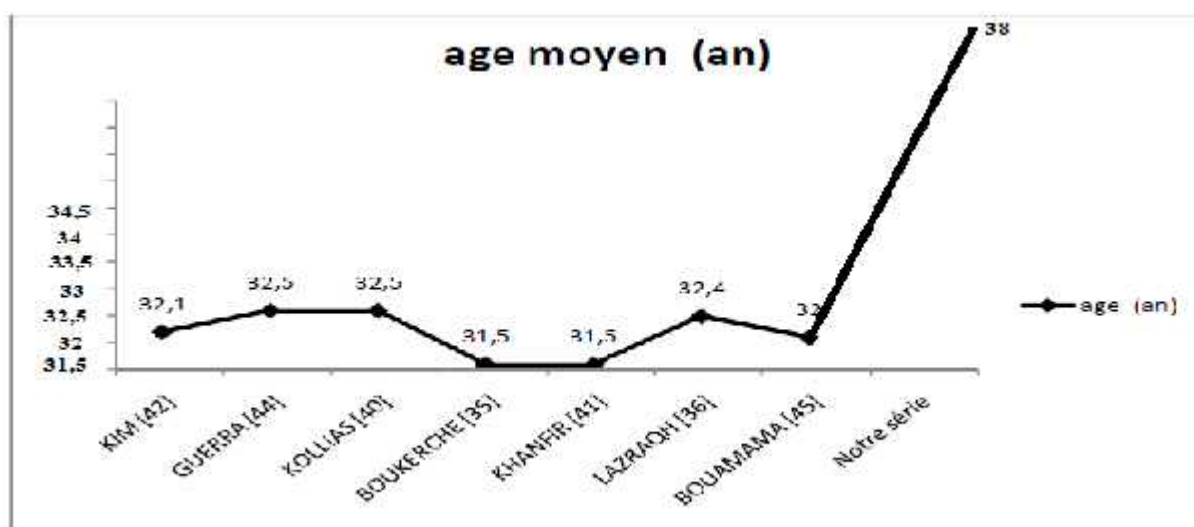


Figure 5: âge moyen des patientes jeunes ayant un cancer du sein

C. FACTEURS DE RISQUE :

1-ANTECEDENTS FAMILIAUX DE CANCER DU SEIN :

20 à 30 % des femmes ayant un cancer du sein présentent une histoire familiale [74], mais seulement 5 à 10% des cancers trouvent leur origine dans des mutations génétiques [32,33].

Pour BOUAMAMA 9% des patientes avait des antécédents familiaux de cancer du sein [138]. Pour WONSHIK et ESCOUTE [126] ce taux respectivement de 8,7% et 8,5%; alors que pour KHANFIR il est de 21% [134].

Or, dans notre série les antécédents familiaux du cancer du sein représentent 60% des cas.

2-ANTECEDENTS DE TUMEURS BENIGNES DU SEIN :

Les ATCD de pathologie bénigne du sein s'accompagnent d'une augmentation du risque de cancer chez la femme jeune de 4,4 [114]. Dans l'étude faite par BEN AHMED [127] 8,5% des patientes avaient des antécédents de mastopathie, alors que ce taux est de 9,6% pour KOLLIAS [133].

Dans notre série, ce taux est de 20%.

3-PARITE ET STATUT HORMONAL :

Les trois moments qui ont un impact important sur l'incidence du cancer du sein sont l'âge des premières règles, l'âge de la ménopause et l'âge de la première grossesse menée à terme. Selon FREUND [117], la multiparité, l'âge jeune de la première grossesse menée à terme et l'allaitement lié au nombre de mois et non au nombre d'enfants allaités, semblent constituer des facteurs protecteurs contre la survenue de cette maladie.

Selon BAKKALI [118], l'âge moyen de la ménarche était de 12 ans, l'âge de la 1ère grossesse menée à terme était de 23 ans, la nulliparité était trouvée

dans 26,7% des cas. Pour KHANFIR [130] l'âge de la ménarche était de 11ans alors que la nulliparité a été notée chez 22% des patientes.

Dans notre série, aucune patiente n'est nullipare, la moyenne d'âge de la ménarche a été de 13,5 ans, l'âge moyen de la première grossesse était de 30 ans

4-PRISE DE CONTRACEPTIFS ORAUX :

Le rôle de la contraception orale dans la survenue du cancer du sein paraît plus important chez la femme jeune que chez la femme âgée où aucune élévation du risque n'a été rapportée [118].

Le risque de survenue du cancer mammaire chez les femmes utilisant la contraception orale est d'autant plus élevé que la femme est porteuse du gène BRCA1 et BRCA2 [120].

Pour BAKKAL [18], la prise de contraceptifs oraux est présente chez 83% des patientes. Dans la série de PERSAND [139] (91%).

Dans notre série 40% des femmes avaient utilisé une contraception orale, avec durée moyenne était de 4,5 ans.

5-ALLAITEMENT :

Concernant l'allaitement, une méta-analyse de 2002 étudiant les données de 47 études réalisées dans 30 pays différents incluant 50302 femmes ayant eu un cancer du sein et 96973 femmes sans maladie, a mis en évidence que plus une femme allaite, plus elle est protégée contre le cancer du sein, et ceci quelque soit l'âge, le pays, le statut ménopausal, l'origine ethnique, l'âge de la première grossesse. Le risque diminuerait de 4,3% tous les 12mois d'allaitement [34].

Dans notre série 02 patientes soit 40% ont allaitées et la durée moyenne d'allaitement été de 2,08 ans.

II. CARACTERISTIQUES CLINIQUES :

A. DELAI DE CONSULTATION :

Le délai entre l'apparition des premiers symptômes cliniques et la première consultation peut être plus ou moins long et diffère selon les cas.

Ce délai est de 6.5 mois en moyenne pour BEN AHMED [127], 5 mois pour KHANFIR [134], et 3,5mois pour CHAN [136], 4mois pour KOLLIAS [133], et 6.5mois pour NTEKIM [132].

Quant à nos patientes, elles ont consulté dans un délai moyen de 3,75 mois, et 20 % ayant consulté avant 3 mois. Ces résultats sont concordants aux données de la littérature.

B. SYMPTOMATOLOGIE REVELATRICE :

Dans la majorité des cas, le cancer du sein est diagnostiqué par la découverte à l'auto palpation d'un nodule du sein. Le cancer peut aussi se manifester par un écoulement mammelonnaire(le cas de la maladie de Paget), une mastodynie, une déformation et/ou augmentation du volume du sein, une rétraction du mamelon ou une rougeur au niveau du sein [114].

Selon CHAN [136], 83% des patientes avaient découvert un nodule du sein à l'autopalpation, alors que la tumeur était découverte suite à l'apparition d'autres signes dans 10% des cas.

Dans l'étude effectuée par FOXCORT [131], la tumeur était découverte suite à l'autopalpation d'un nodule dans 72% ; alors que pour MINTZER [140] ce taux est de 87%.

D'après BAKKALI et BOUAMAMA [118,138], la forme nodulaire était également la plus fréquente et représentait 90% des cas. Pour BEN AHMED ce taux est de 80% [127].

L'autopalpation d'un nodule du sein a été le mode de découverte le plus important des tumeurs dans notre étude, avec 80% des cas, conformément aux données de la littérature.

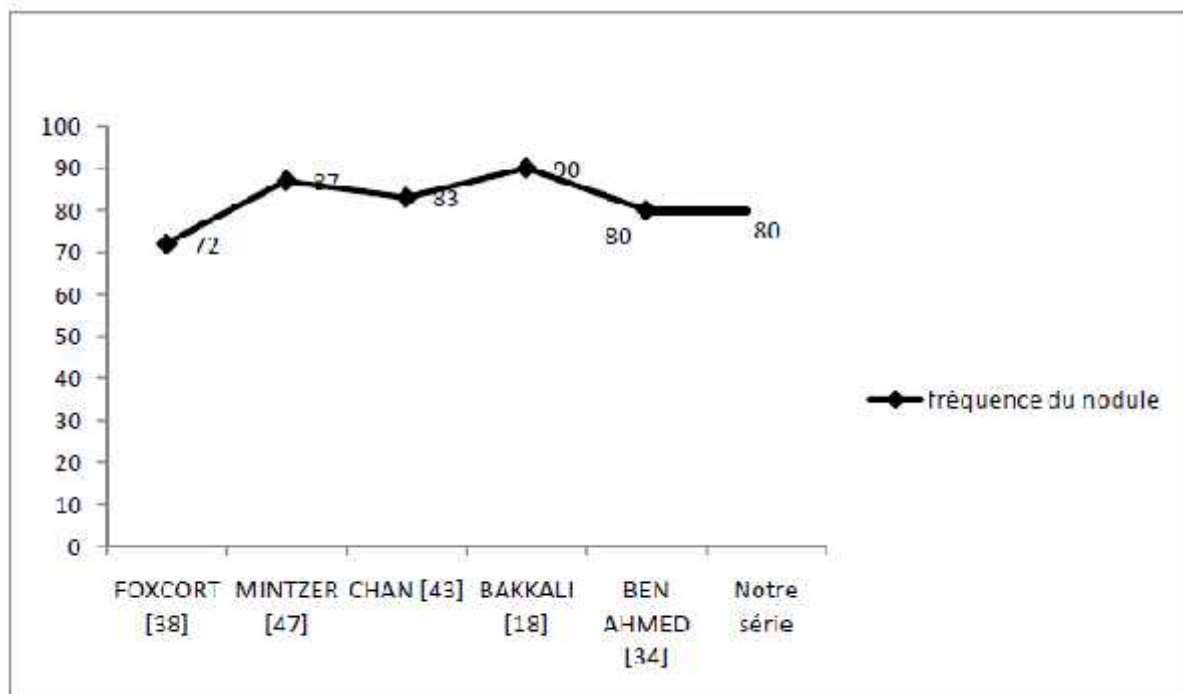


Figure 6 : fréquence du signe révélateur majeur du cancer du sein (nodule)

C. SIEGE DE LA TUMEUR :

Pour la majorité des auteurs, le cancer du sein se localise le plus souvent au niveau du sein gauche. Pour PERSAND [139] la tumeur siège au niveau du sein gauche dans 60,3%, 37,9% au niveau du sein droit et bilatéral dans 1,7%. Pour BEN AHMED [127] la tumeur siège du côté gauche dans 52%, 46,5% du côté droit et bilatérale dans 1,5%

Dans notre série le siège de la tumeur concerne le plus souvent le côté gauche dans 60%, 40% du côté droit.

Si l'on considère le siège tumoral au niveau mammaire selon les différents

quadrants pouvant être atteints, on note que le quadrant supéro-externe est le plus souvent atteint :

Pour PERSAND [139], le cancer siège dans ce quadrant dans 37,6% des cas, ce taux est de 34,5% pour BAKKAL [118]. Dans notre série le taux est de 40% des cas.

D. TAILLE DE LA TUMEUR :

La taille de la tumeur au moment du diagnostic est variable selon les auteurs. Pour CHAN [136] ; elle est inférieure ou égale à 20 mm dans 37% des cas, et supérieure à 20 mm dans 56% des cas .

Pour COLLEONI [141] ; cette taille est inférieure ou égale à 20 millimètre dans 47% des cas, et supérieure à 20mm dans 37.8% des cas ; alors que pour KOLLIAS [133] ; cette taille est inférieure ou égale à 20 mm dans 41% des cas, supérieure à 20 mm dans 59% des cas, et la taille moyenne était de 36 millimètre.

Selon BEN AHMED et KHANFIR [127,134] la taille moyenne était respectivement de 49 et 52 mm

Dans notre série on note une prédominance des tailles supérieures à 20mm et inférieures à 50 mm dans 80% des cas, et la taille moyenne était de 34 mm, ceci peut être expliqué par le fait que la majorité de nos patientes sont d'origine urbaine, et par conséquent elles consultent précocement.

Taille en mm	< 10	11<T<20	21<T<50	>51	Imprécise	Taille moyenne
COLLEONI [48]	14,6%	32,4%	37,8%	-	15,2	-

CHAN [43]	5%	32%	43%	13%	7%	-
KOLLIAS [40]	41%	41%	59%	-	-	36
BEN AHMED [34]	-	-	-	-	-	49
KHANFIR [41]	-	-	-	-	-	52
Notre série	0%	0%	80%	20%	-	34

Tableau 6 : Taille du nodule au moment du diagnostic en mm

E. STADE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC :

Le pronostic des formes localisées est meilleur par rapport à celui des formes avancées, la taille tumorale, paramètre principal de la classification TNM est directement liée à l'état métastatique au moment du diagnostic et à la survie à 5 ans.

Chez la femme jeune, le diagnostic est souvent fait à un stade localisé, 49.8% selon KHANFIR [134], 66% selon BOUKERCHE [128] ,67% selon PERSAND [139], et 89% pour WONSHIK [126]

Dans notre série, chez toutes les patientes le diagnostic était à un stade localisé.

III. ETUDE PARACLINIQUE :

A. Mammographie :

Examen essentiel, réalisé dans les 10 premiers jours du cycle, elle est bilatérale et comparative avec des clichés de face, de profil, des prolongements axillaires, et au besoin complément par des clichés centrés agrandis. Son interprétation est parfois difficile chez les femmes jeunes (seins denses) et pour les tumeurs très postérieures ou du prolongement axillaire.

Chez la femme âgée de 30 à 35ans la sensibilité et la spécificité de la mammographie avoisine les 80 % [67], alors qu'avant cet âge la sensibilité est de 60% [72]. Malgré ces limites chez la femme jeune en raison de la densité du sein en cet âge, la mammographie reste un bon moyen de diagnostic du cancer du sein.

Dans l'étude faite par KHANFIR [69], la mammographie a contribué au diagnostic en montrant, des opacités suspectes dans 50% des cas, des opacités associées à des micro-calcifications dans 31% des cas, et elle a été normale dans 13% des cas. Ces résultats sont concordants avec les résultats de ZADELIS [73] et SHAW [74] .

Dans notre série la mammographie a été réalisée pour toutes les patientes ; dans le tableau ci-dessous nos résultats sont comparés à ceux de la littérature.

	Opacité suspecte	Opacité + microcalcifications	Non concluante
ZADELIS [51]	50%	31%	19%
SHAW [52]	46%	38%	16%
KHANFIR [41]	59%	30,5%	13%
Notre série	80%	20%	0%

Tableau 7: résultats de la mammographie

B. ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :

Examen de complément indispensable de la mammographie dès lorsqu'il existe une anomalie clinique, radiologique ou une suspicion de cancer, elle permet une meilleure définition chez la femme jeune aux seins denses.

L'échographie à la même sensibilité et spécificité aussi bien chez la femme jeune que chez la femme plus âgée [75].

Les indications de l'échographie sont envisagées [75]

- ✓ en première intention : très jeune femme, femme enceinte, syndrome inflammatoire
- ✓ Après une mammographie anormale : pour mieux définir les caractéristiques d'une image
- ✓ Après une mammographie normale : pour la détection d'un cancer dans les seins denses.

L'image échographique maligne typique est celle d'une masse hypoéchogène, hétérogène, solide, à cône d'ombre postérieur, non compressible, à contours irréguliers et présentant des dimensions antéropostérieures supérieures à ses dimensions transversales (à grand axe vertical). Il existe parfois des végétations à l'intérieur d'une tumeur nécrosée d'aspect kystique [67].

L'échographie reste un bon complément à la mammographie. Ainsi, l'échographie mammaire est très recommandée dans le diagnostic du cancer du sein chez la femme jeune associée au moindre doute à une ponction cytologique.

Pour KHANFIR [69], l'échographie a montrée des images suspectes dans 75% des cas, des images sans critères de malignité dans 20% des cas, et 5% d'échographie normale. Pour MINTZER [71], l'échographie a objectivé des

images suspectes dans 60% des cas, des images sans critères de malignité dans 28% des 57 cas, et non concluante dans 12% des cas ; alors que pour PERSAND [70], l'échographie a objectivée des images suspectes dans 75% des cas.

Pour notre série, l'échographie a objectivée des images suspectes dans 80% des cas (soit 04cas), et non concluante dans 20% des cas (soit un cas).

C. IRM :

L'IRM est une technique non traumatisante et non ionisante permettant une approche physiopathologique tissulaire des tumeurs du sein [76]. Elle permet l'étude de la vascularisation tumorale, avec la mise en évidence d'une néoangiogénèse anormale [77].

L'IRM est la technique la plus sensible pour la détection d'un cancer du sein et ce, quelle que soit la densité mammaire. Plusieurs études multicentriques récentes ayant analysé l'IRM retrouvent une sensibilité et une spécificité supérieure à de 90% [78], de ce fait l'IRM est indiquée devant:

- ✓ Dépistage de cancer du sein chez les Patientes a risque génétique prouvé, il s'agit de patientes porteuses de mutations des gènes BRCA1 ou BRCA2 [80]
- ✓ Recherche d'un cancer primitif mammaire chez des patientes présentant des métastases ganglionnaires ou métastases évocatrices d'un primitif du sein, l'IRM permet dans 50% des cas de détecter un cancer du sein lorsque la mammographie est normale [81]
- ✓ L'IRM est l'examen le plus sensible pour détecter des lésions additionnelles en comparaison avec la mammographie et l'échographie [82].
- ✓ Détection d'un cancer controlatéral, occulte en imagerie standard, survenant chez 4 à 6% de la patiente [83].

- ✓ La détection d'une composante in situ intra mammaire dans la maladie de Paget du mamelon [84].
- ✓ La planification chirurgicale dans le cadre d'un cancer du sein connu. Il semble que le diamètre tumoral mesuré à l'IRM a une corrélation plus étroite que ceux mesurés sur la mammographie et l'échographie avec les mesures histologiques [85].
- ✓ Lorsqu'un traitement néo adjuvant doit être entrepris, l'IRM reste la technique d'imagerie la plus pertinente pour évaluer la taille du résidu tumoral avant la chirurgie [86].
- ✓ Enfin, l'IRM est utilisée comme moyen de surveillance, après traitement chirurgical, à la recherche de récurrence locale [85]

Malgré ses nombreuses indications et son intérêt dans le diagnostic du cancer du sein multifocaux, l'IRM reste un examen cher et peu disponible, ce qui tend à limiter ses indications, d'ailleurs aucune de nos 05 patientes n'en a bénéficié.

D. DIFFICULTES DIAGNOSTIQUE

Le diagnostic, qu'il s'agisse de l'examen clinique ou de la mammographie, est plus difficile chez la femme jeune.

L'examen mammographique se révèle régulièrement moins sensible. En comparant deux groupes de femmes âgées de moins de 30 ans et de plus de 40ans, Foxcroft et al ont conclu que la mammographie était moins sensible, moins spécifique et peu fiable pour le diagnostic des tumeurs multifocales dans le groupe des femmes jeunes. Mais, malgré ce défaut de la mammographie, il a mentionné que dans environ 10% des cas avec échographie normale, la mammographie montrait une anomalie et elle représente le seul examen satisfaisant pour visualiser les petits foyers de micro calcifications.

L'échographie reste un bon complément à la mammographie alors que les nouvelles modalités d'imagerie du sein n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité. Le bénéfice et l'intérêt des modalités du dépistage n'ont pas été établis chez les femmes de moins de 40 ans, moins de 2% des tumeurs sont découvertes radiologiquement sur indication d'examen pour une autre cause [68].

HOUSSAMI [88] a trouvé dans une étude récente que la sensibilité de l'échographie chez les femmes jeunes était significativement meilleure que la mammographie, l'échographie permet aussi d'avoir une idée fiable sur la taille de la lésion et de détecter les foyers de multifocalité (58 cas contre seulement 12 cas à la mammographie) [68].

Ainsi, l'échographie mammaire est très recommandée dans le diagnostic du cancer du sein chez la femme jeune associée au moindre doute à une ponction cytologique [68].

Enfin, pour l'IRM mammaire, la première indication pour laquelle elle fut valide était celle de la recherche d'une récidive locale. Dans ce contexte, sa sensibilité et sa spécificité sont supérieures à 90% [78]. Puis l'IRM a trouvé sa place dans l'évaluation d'extension locale du cancer du sein. Tous les travaux publiés ont conclu à la supériorité de l'IRM sur l'imagerie standard pour la détection d'une multifocalité ou multicentricité [81]. Les indications de l'IRM pré thérapeutique sont les cancers survenant chez des patientes avec d'importants facteurs de risques et avec des seins denses en mammographie et/ou échographique à type de maladie de Paget du mamelon ou de cancer lobulaire infiltrant [84], des cancers après une première exérèse chirurgicale histologiquement incomplète.

IV. ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE :

A. Moyens diagnostiques :

La certitude diagnostique du cancer du sein est apportée par l'examen histologique, pour une tumeur palpable, cet examen est effectué par la biopsie chirurgicale (l'examen extemporané) mais aussi par forage biopsique par l'emploi d'un tru-cut. Pour les lésions infra cliniques notamment localisées.

L'indication principale de l'examen extemporané est de fournir un diagnostic histologique rapide de la tumeur afin de réaliser un curage axillaire en cas de nature néoplasique et élargir éventuellement le geste mammaire [155,156]. Dans notre série, une confirmation histologique préalable à la chirurgie a été réalisée chez toutes les patientes par biopsie au tru-cut.

B-Anatomopathologie du cancer du sein chez la femme jeune :

- **Types histologiques :**

Le carcinome canalaire infiltrant est le type histologique le plus fréquent. Néanmoins, plusieurs auteurs ont signalé la fréquence d'une composante intracanaire diffuse associée chez les femmes jeunes, ce qui reflète une forme de croissance tumorale locale dépendante des hauts niveaux d'œstrogène circulant [156].

Selon plusieurs auteurs [127, 128, 118, 157, 158], le carcinome canalaire infiltrant représente plus de 90% des carcinomes mammaires ; alors que pour CHEK [156] et BOUAMAMA [138] ce taux est respectivement de 74,3% et 83%.

Les résultats de notre série répondent parfaitement aux données de la littérature à savoir que les tumeurs du sein chez nos patientes étaient sur le plan anatomopathologique des carcinomes canauxaires infiltrant dans 80% des cas.

- **Les marges d'exérèses :**

Dans la littérature, la définition des berges saines fait aujourd'hui encore l'objet de nombreuses controverses : aucun consensus ne définit de façon précise la taille optimale des marges tumorales.

L'objectif du traitement chirurgical est d'obtenir une exérèse de la tumeur avec des marges saines. La majorité des études conclut que l'absence de marges saines est un facteur favorisant de récurrence locale, et ce d'autant plus que le suivi est long (23,24).

En 2002, Singletary SE a effectué une large revue de la littérature sur la définition et l'impact pronostique des marges d'exérèse en cas de chirurgie conservatrice (23). En raison de taux de récurrences locales à 5 ans élevés (8 à 31%), l'auteur conclut que seule la présence de marges atteintes, définies par la présence de cellules tumorales au contact de la tranche de section de la pièce de tumorectomie, est un facteur de risque de récurrence locale, quelles que soient les thérapies adjuvantes associées. Cependant, le taux de récurrence locale ne paraît pas être lié à la largeur de l'exérèse tumorale en marges saines. Lorsque les marges sont de 1 mm, le taux de récurrence locale est de 0 à 7%, de 2 mm il est de 3 à 10% et en cas de marges microscopiques (pas de cellules tumorales au contact) le taux est de 2 à 4%.

En 2010, Houssami a publié une méta-analyse, regroupant 21 études, sur l'impact du statut des marges d'exérèse sur le taux de récurrence locale des patientes traitées par chirurgie conservatrice pour un cancer du sein invasif (24). L'auteur conclut que le taux de récurrence locale est statistiquement lié au statut des marges d'exérèse et non au nombre de millimètres requis pour considérer un marge comme suffisante (1 mm versus 2 mm versus 5 mm). En effet, même si le

risque de récurrence locale diminue à mesure que le nombre de millimètres de marges saines augmente, la différence n'est pas statistiquement significative (OR pour 1 mm, 2 mm et 5 mm : 1.0 ; 0.75 ; 0.51 et $p=0.97$).

Actuellement en France, les dernières recommandations de St Paul de Vence 2011 ont modifié la définition du statut des marges d'exérèse en opposant marges atteintes et marges non atteintes, sans qu'une valeur seuil ne soit précisée (25).

Concernant le carcinome in situ, les dernières recommandations publiées par l'Inca en octobre 2009 ont fixé la limite d'exérèse à 2 mm (26).

Des marges non saines impliquent une reprise chirurgicale, en fonction de l'étendue de la tumeur initiale et de la taille du sein; toujours dans le souci d'une efficacité carcinologique et d'un résultat cosmétique satisfaisant. Dans le cas de la multifocalité la mastectomie sous cutanée est une alternative sûre pour obtenir des marges saines.

Au total, il est impératif d'exiger chez ces patientes une exérèse en berges saines d'au moins 3 mm selon les SOR[22], de 5 mm selon Vicini et al. [45], voire 10 mm selon Silverstein et al.[47]. En sachant que le risque de rechute locale est très certainement lié à la taille des berges, la recommandation de Silverstein et al. (10 mm) paraît être la plus raisonnable.

Dans notre série, les limites d'exérèse sont revenues saines chez 4 patientes, soit 80% des cas, par contre chez une seule patiente la limite était inférieure à 1 mm ce qui a nécessité une reprise de la berge inférieure tout en respectant le lambeau.

- **Mulifoclaité, et multicentricité :**

Dans la littérature internationale, le terme « multifocalité » désigne le plus souvent la présence d'au moins 2 foyers tumoraux invasifs, séparés par du tissu mammaire normale, soit dans le même quadrant, soit situés à une distance, variable selon les auteurs, inférieure à 3, 4 ou 5 cm l'un de l'autre. Le terme « multicentricité » désigne le plus souvent la présence d'un au plusieurs foyers tumoraux invasifs dans au moins 2 quadrants ou situés à plus de 3, 4 ou 5cm l'un de l'autre. Certaines publications ont inclus la présence de carcinome in situ pour définir la multifocalité [44].

Si la prise en charge des tumeurs du sein uni focales est désormais bien protocolée, la première difficulté réside dans l'identification de la multifocalité clinique et radiologique lors du diagnostic initial. Celle-ci peut être relativement aisée, dans le cas de tumeurs palpables ou radiologiquement bien différenciées, mais la situation peut être plus délicate, en cas de tumeurs non palpables ou lorsque l'imagerie est d'interprétation difficile [45].

Les cancers mammaires multifocaux dérivent habituellement d'un même clone malin, mais de nombreuses études ont montré qu'il existe des cancers multiples pour 19 % des CCI, 81 % des CIC et 50% des cancers lobulaires (CLI) [46,47].

Les travaux anatomopathologiques effectués dans les années 1980 sur des pièces de mastectomie ont démontré la fréquence de lésions malignes surnuméraires alors qu'un cancer infiltrant unique avait été suspecté sur les données cliniques et radiologiques. Holland et al. ont retrouvé 19,4% de lésions malignes surnuméraires siégeant à moins de 2 cm du cancer index, mais aussi 27,4% de lésions in situ et 14,6% de lésions infiltrantes siégeant à plus de 2 cm de distances [48]. Ce taux de lésions surnuméraires varie de 30 à 70 % en

histologie selon les séries [49]. Ainsi, Tot a rapporté 35% de lésions multifocales dans 519 pièces opératoires mammaires analysées [50].

Dans notre série on a trouvé 33,3% de lésions malignes surnuméraires siégeant à moins de 2 cm du cancer index chez 2 patientes, soit 40 % des cas.

- **BILATERALITE :**

La bilatéralité est la présence d'au moins un foyer tumoral dans le sein controlatéral, Il faut distinguer parmi les cancers controlatéraux les cancers synchrones (découverts lors du bilan d'extension, ou au plus tard dans l'année qui suit le diagnostic) et les cancers métachrones découverts lors de la surveillance du cancer traité [51].

Les cancers du sein bilatéraux synchrones ne sont pas exceptionnels et leur incidence peut être estimée entre 1,5 et 3,2 % selon l'intervalle diagnostique choisi par les auteurs [52–64]. Pour la majorité d'entre eux, la deuxième tumeur doit être diagnostiquée dans les six mois. Leur fréquence est accrue en cas d'antécédent personnel de cancer du sein, la notion d'une histoire familiale de cancer du sein, et la présence d'une tumeur multifocale ou d'un carcinome lobulaire infiltrant [65,66].

Il est donc important de rechercher un cancer controlatéral lors du bilan d'extension, car un retard au diagnostic va augmenter le risque métastatique et grever le pronostic.

Dans notre série : nous n'avons révélé aucune bilatéralité chez nos patientes.

L'imagerie standard effectuée chez 100% des patientes de l'étude a permis un diagnostic de MF/MC dans 40 % (02 /05) des cas.

Chez deux patientes(40%), la multifocalité et multicentricité étaient découvertes à postériori lors de l'examen histologique définitif.

V. BILAN D'EXTENSION :

A. Extension locorégionale :

Elle est jugée sur l'examen clinique et les explorations radiologiques, permettant de classer la tumeur selon sa taille et l'existence ou non d'adénopathies satellites. Elle est complétée par l'exploration chirurgicale. L'appréciation clinique de l'évolutivité locale permet la codification Pev (poussée évolutive) de valeur pronostique [142].

B. Extension générale :

La réalisation d'un examen clinique complet et de divers examens paracliniques permet d'orienter la recherche de métastases :

- ✓ hépatiques : échographie hépatique, bilan biologique avec dosage de la gamma GT et des phosphatases alcalines, transaminases, bilirubine et échographie hépatique.
- ✓ osseuses : scintigraphie osseuse corps entier, radiographies osseuses orientées par des signes fonctionnels.
- ✓ pulmonaires et pleurales : radiographie pulmonaire de face et de profil, scanner thoracique si anomalies.
- ✓ cérébrales : examen neurologique complet et scanner sur signe d'appel
- ✓ cutanées : examen clinique.
- ✓ ovaires : examen clinique et échographie pelvienne.
- ✓ Marqueur tumoraux : La sensibilité du CA 15.3 est variable en fonction du site métastatique : c'est une notion ancienne bien connue. Elle est plus importante pour les localisations hépatiques et les épanchements pleuraux. Viennent ensuite les métastases osseuses et pulmonaires. La sensibilité du CA 15.3 est médiocre pour les métastases cérébrales [103]. Les formes métastatiques d'emblée se voient dans 2,4 à 30 % des cas,

dans les séries de la littérature ce taux est de 7% pour KHANFIR [134], 6,7% pour BAKKAL [118], 6% pour PERSAND [139] ; alors que pour HANNA [163] ce taux n'est que de 3,2%

Dans notre série ce taux est de 0%, et ceci est dû au stade précoce des cancers au moment du diagnostic.

VI. TRAITEMENT :

Le traitement du cancer du sein de la femme jeune est un traitement multidisciplinaire. Il repose souvent sur une stratégie associant plusieurs traitements : La chirurgie, La chimiothérapie, La radiothérapie et L'hormonothérapie.

Cette stratégie est décidée en fonction du stade initial de la tumeur, de son état général, du bilan d'extension de la maladie et des facteurs histopronostiques de la tumeur. La décision des modalités du traitement est une décision collégiale multidisciplinaire, associant plusieurs spécialistes. Ainsi sont décidées la séquence thérapeutique (chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie premières) et les protocoles thérapeutiques (produits, doses, durée du traitement) [164].

Le traitement du cancer du sein a deux buts : d'une part contrôler la tumeur primitive et les territoires ganglionnaires de drainage, c'est le traitement locorégional, d'autre part traiter une éventuelle dissémination infra-clinique à distance, c'est le traitement général.

A. MOYENS :

1-TRAITEMENT LOCOREGIONAL :

a-Chirurgie :

La prise en charge chirurgicale doit être faite non pas en fonction de l'âge, mais en fonction des caractéristiques cliniques de la tumeur et du rapport entre taille tumorale et volume du sein. Malgré cela, le souci esthétique important chez la femme jeune explique notre technique chirurgicale.

• INTERVENTIONS

La reconstruction a été utilisée pour toutes nos patientes. Après avoir réalisé une mastectomie sous cutanée emportant la plaque aréolo-mamelonnaire avec conservation de l'étui cutané : elle est réalisée dans le même temps opératoire, elle est dite reconstruction immédiate (RMI) par lambeau musculocutané de grand dorsal pédiculisé associée au curage axillaire. La mastectomie sous cutanée est réalisée par une incision péri aréolaire. L'originalité de notre technique réside dans le fait qu'on ne réalise pas une incision de refend vers le prolongement axillaire, certes, elle rend la mastectomie sous cutanée un peu plus difficile mais le gain est considérable dans la mesure où l'intégralité de l'étui cutané respectée permettant d'avoir un sein reconstruit bien profilé. Le curage axillaire est réalisé par une incision axillaire arciforme avec une cicatrice inapparente.



Photo 3 : Tracé de l'incision periaréolaire emportant la PAM et incision axillaire séparée.

(cas n° 1)

La mastectomie avec préservation cutanée consiste en l'ablation de la plaque aréolomamelonnaire, de la glande mammaire et des cicatrices de biopsies chirurgicales antérieures. Elle diffère des mastectomies classiques par le fait que l'enveloppe cutanée est préservée au maximum, en évitant des résections généreuses en ellipse de la peau. Différents types d'incision sont utilisés, mais sont en général plus limités que dans les mastectomies classiques. Ces incisions sont de types péri-aréolaire, en raquette (péri-aréolaire avec extension latérale pour faciliter l'accès à l'aisselle), en ellipse modifiée ou, enfin, de type réduction mammaire (*figure 1*).

Une certaine créativité peut être justifiée, voire encouragée, pour la réalisation des incisions avec préservation cutanée, le but étant d'améliorer le résultat esthétique final. Les incisions doivent être déterminées d'un commun accord entre les chirurgiens oncologues et les chirurgiens plasticiens, mais la décision finale revient au chirurgien oncologue qui doit garantir l'obtention de marges chirurgicales négatives. En particulier, il ne doit pas hésiter à enlever de la peau en regard de la tumeur (souvent si la distance est inférieure à 3 cm),

voire réséquer plus de peau si nécessaire. S'il persiste un doute durant l'intervention sur les marges chirurgicales, il ne faut pas hésiter à demander un examen extemporané de la pièce opératoire. En cas de présence de microcalcifications étendues, une radiographie de la pièce peut s'avérer utile pour évaluer leur exérèse. Les cicatrices cutanées de biopsies antérieures seront excisées, si possible avec des marges de 1-2 cm. Il convient, dans la technique décrite initialement, d'enlever les points de ponction percutanés. Toutefois, si la tumeur est située en profondeur,

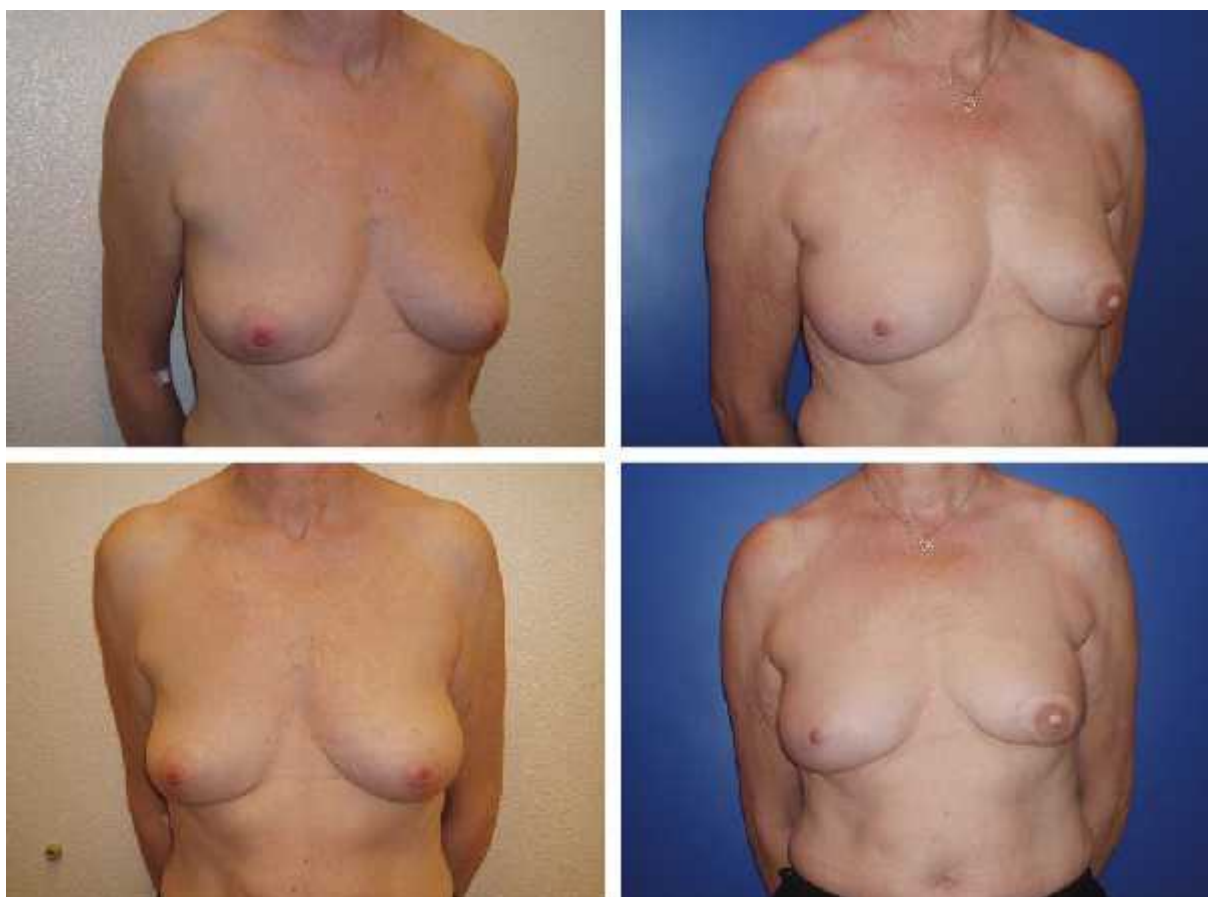


Figure 7 : Types d'incision utilisés pour la mastectomie avec préservation cutanée : A) péri-aréolaire ; B) en raquette de tennis ; C) en ellipse ; D) de type réduction mammaire.

il n'y a pas lieu vraiment d'exciser la peau et les points de ponction, car le risque d'atteinte tumorale est infime. La mastectomie avec préservation cutanée est plus difficile à réaliser car la voie d'abord est limitée, ce qui demande une certaine motivation et de la patience de la part du chirurgien oncologue. Une fois l'incision effectuée, il faut disséquer la glande mammaire du plan cutané en créant de longs lambeaux cutanés. À ce stade de l'intervention, il est très important d'assurer une excellente qualité des lambeaux cutanés en utilisant des techniques atraumatiques avec des instruments froids ou d'électrochirurgie. L'hémostase doit être méticuleuse. Il faut aussi éviter une traction trop soutenue des lambeaux, car le risque de nécrose est alors plus important. L'épaisseur cutanée doit être uniforme. Le souci principal doit être d'éviter les reprises chirurgicales et, surtout, de retarder les traitements adjuvants. Les limites classiques de la mastectomie, c'est-à-dire la clavicule dans la partie supérieure, le bord latéral du sternum en médian, le sillon sous-mammaire dans la partie inférieure et le muscle du grand dorsal latéralement, doivent être respectées.

On réalise une résection en bloc de la glande mammaire et de la plaque aréolomamelonnaire avec conservation maximale de la peau non atteinte par la tumeur. Le sillon sous-mammaire est un élément primordial à conserver pour définir la forme du sein, d'autant plus qu'il est difficile à confectionner une fois qu'il a été détruit. Cela est valable dans les cas de reconstruction immédiate par prothèse ou tissu autologue. Il est visible après la puberté et représente la limite inférieure du sein. Il est situé au bord inférieur du muscle grand pectoral au niveau de la 6e, parfois de la 7e côte. Son anatomie a été largement étudiée, mais sa composition reste peu claire. Une façon de conserver le sillon sous-mammaire est de le dessiner en préopératoire, voire de le marquer avec des agrafes.

Pour les patientes qui sont fumeuses en particulier, il faut aussi essayer de préserver les branches perforantes des artères mammaires internes vers la ligne médiane, car elles contribuent à la vascularisation au niveau du lambeau cutané dans son segment interne, ce qui va diminuer le risque de nécrose. L'évaluation de l'aisselle peut être réalisée par la même cicatrice de mastectomie ou par des cicatrices séparées. Ces deux abords doivent permettre de réaliser la recherche du ganglion sentinelle ou même le curage axillaire des niveaux I-II. Le choix doit être laissé à la discrétion du chirurgien oncologue. Certains chirurgiens préfèrent des incisions séparées, d'autres la résection en bloc de la mastectomie avec préservation cutanée et du curage axillaire, par une incision péri-aréolaire par exemple. En fonction de la morphologie du sein, de la nécessité ou des préférences du chirurgien, une incision latérale peut être ajoutée et venir prolonger l'incision centrale. Elle peut malheureusement occasionner une déviation du mamelon sur une contracture de la cicatrice.

D'autres enfin préfèrent cacher l'incision dans l'aisselle : C'est la technique que nous préconisons, elle nous permet de dissimuler l'incision sous l'aisselle et de laisser le galbe du sein intact, l'incision axillaire nous permet de réaliser le curage axillaire sans difficulté. Nous réalisons la recherche du ganglion sentinelle avec examen extemporané pour les patientes N0 en cas de mastectomie avec préservation cutanée. Si celui-ci est positif, nous complétons dans le même temps opératoire par un curage axillaire des niveaux I-II, ce qui évite une nouvelle intervention dans des conditions chirurgicales parfois difficiles (fibrose postopératoire, lambeau en place...). Pour terminer, il ne faut pas omettre d'assister l'anatomopathologiste dans l'évaluation de la pièce opératoire. Celle-ci doit être impérativement orientée par des fils, voire encrée à l'encre de chine.

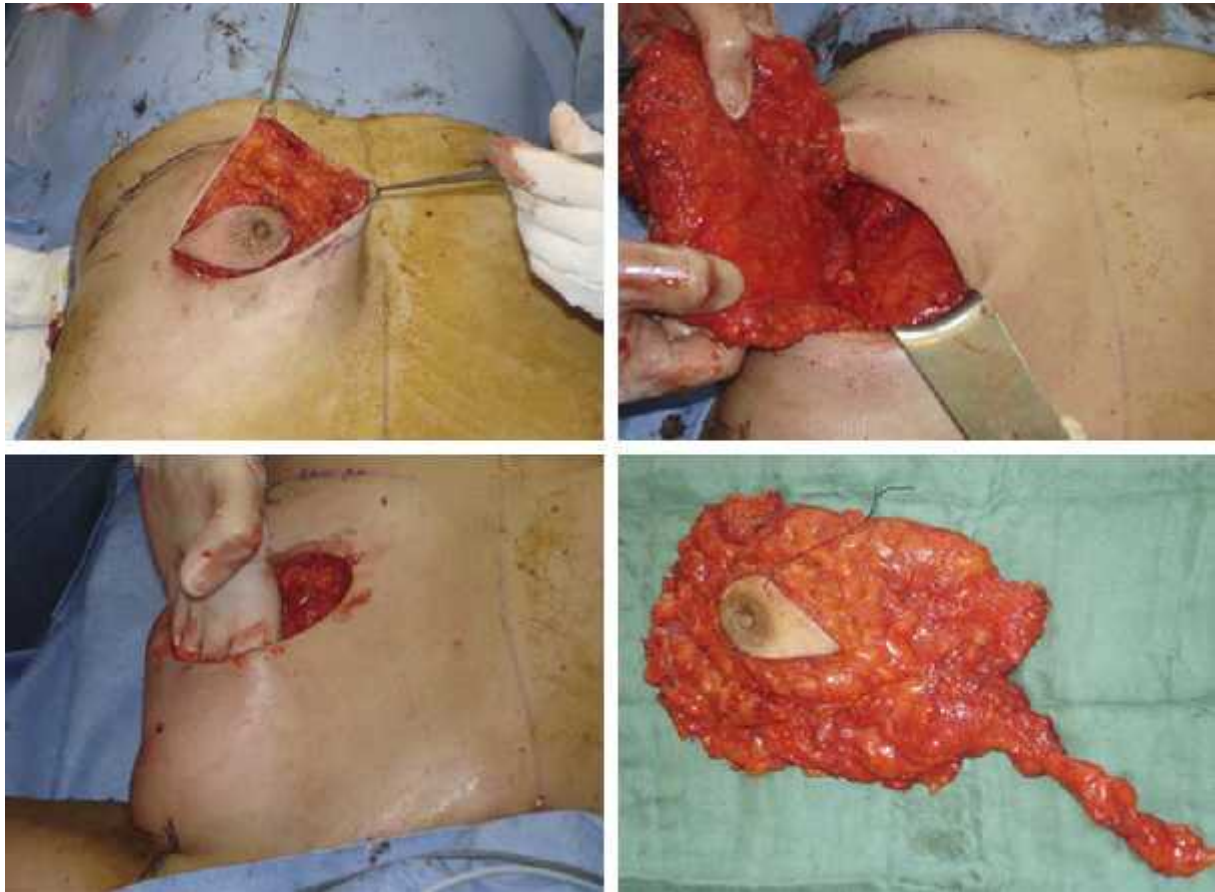


Figure 8. Technique chirurgicale de mastectomie avec préservation cutanée : **A)** incision cutanée avec conservation maximale de peau ; **B)** création de lambeaux cutanés tout en conservant le sillon sous-mammaire ; **C)** pièce opératoire avec la glande mammaire bien visible et la plaque aréolomamelonnaire.

Objectifs de la reconstruction mammaire

La reconstruction mammaire immédiate, répond à des objectifs clairs : restaurer la peau, la forme, le volume et la consistance du sein et rétablir la symétrie ainsi que l'harmonie mammaire [35].

D'un point de vue technique, le sein à reconstruire nécessite la restauration :

- Du contenant ou enveloppe cutanée à recréer.
- Du contenu ou volume à apporter

➤ Dessin :

La pointe médiale de la palette se situe entre la pointe de la scapula et le rachis dorsal tandis que la pointe externe peut dépasser de quelques centimètres (en fonction de la morphologie de la patiente) le bord antérieur du muscle.

On peut vérifier que la cicatrice résiduelle se trouve en partie cachée par le soutien gorge mais nous préférons avoir une cicatrice de bonne qualité très discrète, qu'une vilaine cicatrice potentiellement cachée par le soutien gorge. Le dessin de l'aire de projection du muscle et des différentes stéatoméries peut aider à guider les limites du décollement.



Photo 4 : Lambeau autologue : Dessin de la palette dorsale.

a. et c. Position demi-assise: le tracé des repères : pointes de l'omoplate et le muscle de grand dorsal.

- **Technique opératoire**

L'installation de la patiente s'effectue en décubitus latéral (Figure 2), le bras positionné en abduction pour dégager le creux axillaire.



Photo 5 : Position de décubitus latéral pour prélèvement du lambeau de muscle grand dorsal (site donneur).

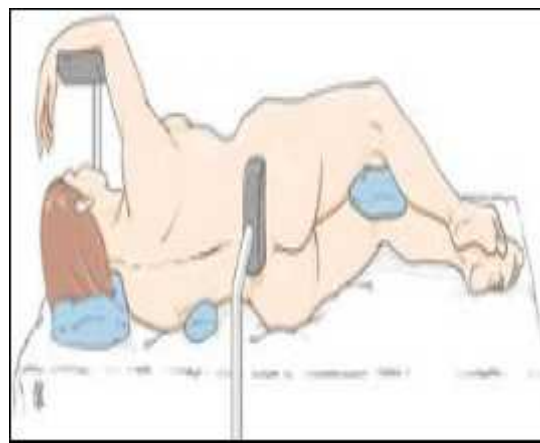


Figure 9 : Installation en décubitus latéral

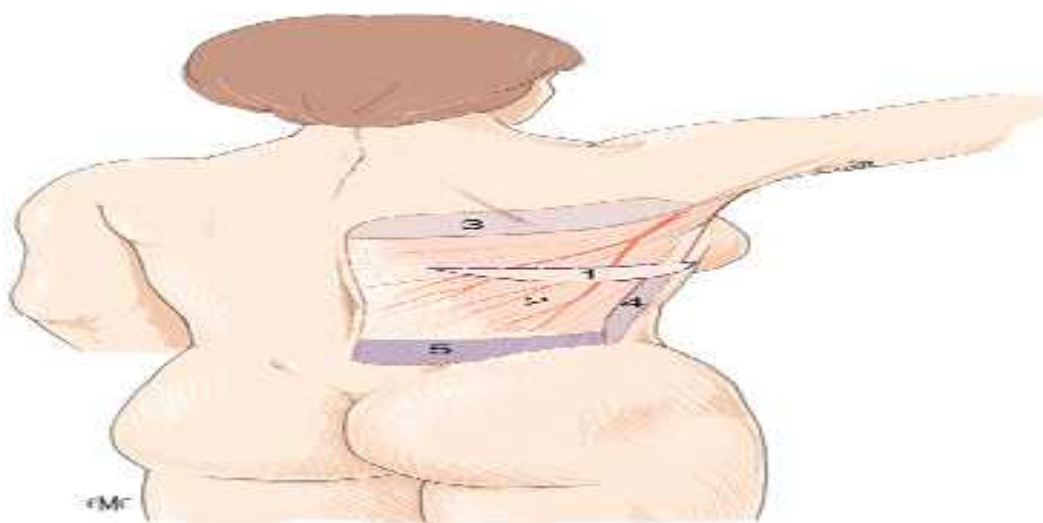


Figure 10 : Extensions graisseuses du muscle grand dorsal. 1. Zone 1 ; 2. zone 2 ; 3. zone 3 ; 4. zone 4 ; 5. zone 5.

- la zone 1 correspond à la zone adipeuse du croissant de la palette cutanée dorsale ;
- la zone 2 représente la couche de graisse profonde comprise entre le muscle et le fascia superficialis et laissée adhérente sur toute la surface du grand dorsal ;
- la zone 3 individualise le lambeau charnière scapulaire qui se poursuit au bord supérieur du muscle ;
- la zone 4 se trouve juste en avant du bord externe du muscle, constituant un lambeau charnière antérieur ;
- la zone 5 correspond à la stéatomérie sus-iliaque ou « poignée d'amour » ;
- la zone 6 est le tissu adipeux de la face profonde du muscle.



Photo 9 : Incision et décollement dans le plan du fascia superficialis

Avant toute incision, une importante infiltration de la zone de décollement au sérum physiologique (environ 500 cc) est pratiquée. Cette dernière permet de faciliter la dissection sous le fascia superficialis en le rendant plus visible d'une couleur blanc nacré.

L'incision de la palette cutanée se fait d'un trait jusqu'au fascia superficialis de manière à préserver la vascularisation sous-cutanée.

La dissection suit alors la face profonde du fascia superficialis en prenant soin de laisser contre le muscle la graisse profonde (zone 2). Le respect du fascia superficialis permet de préserver au mieux la vascularisation cutanée dorsale et d'obtenir une épaisseur restante homogène sur toute la hauteur du décollement.

Dans le décollement supérieur, on atteint en haut le niveau de l'épine scapulaire. Dans la partie interne, le décollement sous le fascia superficialis est mené jusqu'au niveau du muscle trapézius dont le bord inféro-externe est exposé sur toute sa hauteur (repère lors de la dissection postérieure). L'ensemble du tissu adipeux compris entre le bord cranial du muscle de grand dorsal, le muscle trapèze et la limite supérieure du décollement représente la surface du lambeau charnière scapulaire (zone 3). Pour le prélever, on incise tout d'abord sa limite supérieure horizontale, puis le lambeau est levé de proche en proche en débutant la dissection du bord externe du muscle trapèze. La dissection se fait alors au niveau de la syssarcose scapulaire. En atteignant le bord médial du muscle grand rond, on prend soin de coaguler le prolongement cutané du pédicule circonfléxe scapulaire. Latéralement la dissection du lambeau charnière s'arrête au niveau du bord médial du grand dorsal. Dans sa partie inféromédiale, on veille à préserver le muscle rhomboïde et le lambeau est levé en charnière sur le bord cranial du muscle grand dorsal jusqu'à libération de la pointe de la scapula.



Photo 10 : Décollement vers le haut dans le plan du fascia superficialis

Dans le décollement inférieur, le décollement doit être un peu plus large que l'aire du muscle grand dorsal pour faciliter la libération ultérieure de ce dernier. La limite inférieure se porte un peu au-dessus des crêtes iliaques pour prélever la graisse des poignées d'amour (zone 5).

Dans la partie médiane, les perforantes cutanées des artères postérieures intercostales situées à l'aplomb des processus transverses indiquent la limite. Il est nécessaire de bien individualiser sur toute sa hauteur le muscle trapézius pour le séparer des insertions paradorsales du muscle grand dorsal

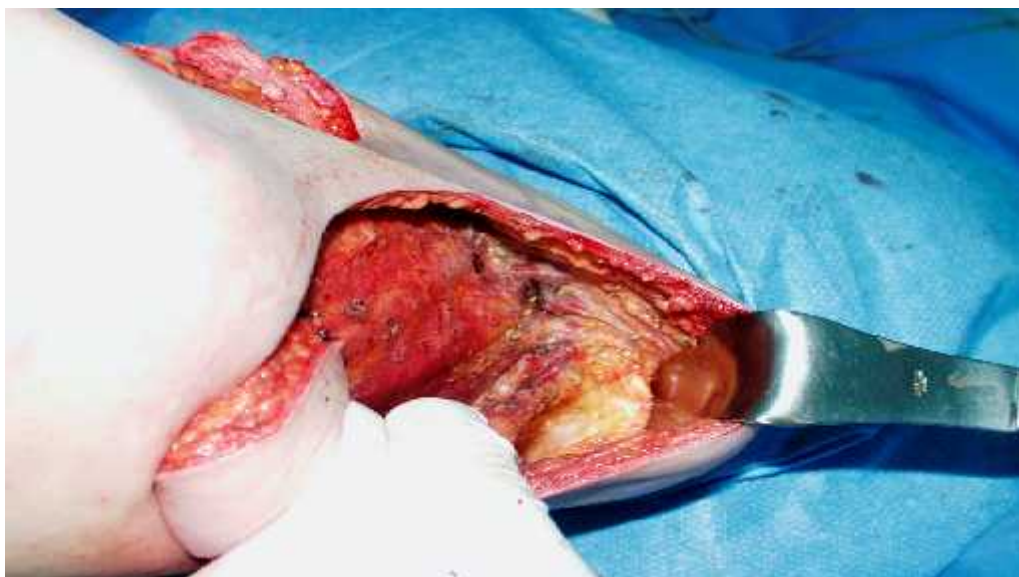


Photo 11 : Décollement inférieur

Dans la partie latérale, la dissection débute quelques centimètres en avant du bord antérieur du muscle grand dorsal de manière à emporter la zone adipeuse 4.

Le muscle est alors séparé en profondeur du muscle grand dentelé en débutant à environ 15 cm du creux axillaire car à ce niveau le clivage est aisé.

Le décollement sous-musculaire est poursuivi en emportant la graisse profonde (zone 6) et en prenant soin de ligaturer ou de coaguler soigneusement les pédicules accessoires. Le décollement après avoir dépassé les bandelettes du petit dentelé atteint la limite médiane du grand dorsal qui est incisé de la profondeur à la superficie. Une fois le muscle détaché de son bord latéral et médial, le fascia thoracolombaire est incisé horizontalement toujours de la profondeur à la superficie pour libérer la portion inférieure et la zone 5 du lambeau.



Photo 12 : Libération du muscle grand dorsal dans sa partie mediale, inférieure et antérieure.

Vers le haut, il faut libérer l'ensemble du tendon du grand dorsal au niveau du creux axillaire en passant au ras des fibres musculaires.

Le pédicule est abordé par l'arrière en libérant le muscle grand rond du grand dorsal et s'effectue de distal en proximal. Des fibres communes du grand dorsal au grand rond se rejoignant à la pointe de la scapula sont sectionnées. Le clivage des deux muscles s'effectue en restant contre le muscle grand rond jusqu'à atteindre le pédicule circonflexe scapulaire (il existe un fin périmysium qu'il faut emporter et qui facilite et sécurise la dissection).

La naissance du pédicule du grand dorsal est repérée en remontant le pédicule du grand dentelé jusqu'à sa bifurcation. On veille à préserver la branche

du muscle dentelé antérieur pour assurer un apport vasculaire au lambeau en cas de lésion du pédicule thoracodorsal.

Pour faciliter la transposition du lambeau, les vaisseaux angulaires sont liés.

Une fois le pédicule repéré, un doigt est passé sous le tendon (entre pédicule et tendon) pour protéger sa section proximale subtotale. Seul un pont musculaire de quelques millimètres de diamètre est préservé afin d'éviter toute tension sur le pédicule.

Le lambeau est alors prêt à être transposé au niveau mammaire par un tunnel sous-cutané

La fermeture de la zone donneuse s'effectue après un lavage de l'ensemble de la zone de décollement pour obtenir une hémostase parfaite. La technique du capitonnage dorsale, est décrite dans le paragraphe consacré à la prévention du sérome dorsal [36]. Un drain aspiratif est mis en place, puis la suture dorsale débute au niveau du plan du fascia superficialis, ce qui permet de réduire les forces de tractions au niveau cutané. Un plan sous-cutané est fait puis un surjet intradermique. Avant de fermer, se trouve instillé dans le décollement un anesthésique local à durée prolongée, type Naropeine[®], pour diminuer de façon importante la douleur postopératoire de la première nuit.

Mise en place du lambeau et modelage

➤ Dessin :

Au niveau thoracique, les limites des deux seins sont dessinées, ainsi que l'incision périaréolaire associée ou non à une contre-incision, supéro-externe ou verticale inférieure, si un geste de plastie mammaire de symétrisation est programmé ultérieurement sur le sein controlatéral.

➤ Technique opératoire

Contrairement aux reconstructions différées où le décollement en avant du tendon est important, ici le tunnel rejoint l'espace de la mastectomie avec conservation de l'étui cutané le plus haut possible de manière à conserver le pilier axillaire antérieur.

Le lambeau est ensuite transposé. Il est fixé sur les limites supérieures et internes du muscle grand dorsal. La palette cutanée dorsale est plicaturée en regard de l'aréole de manière à former un cône (Figure 5A).

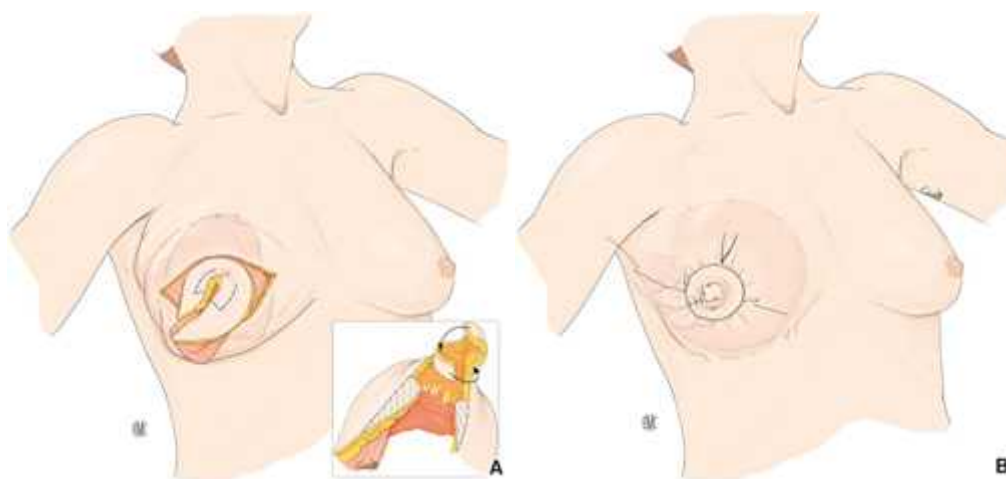


Figure 11 : Mise en place du lambeau en reconstruction mammaire immédiate : modelage en forme de U asymétrique (A, B).

➤ Soins postopératoires

Lors de la première nuit postopératoire, le *nursing* est primordial de manière à éviter une compression dorsale et on applique des poches à froid pour favoriser le vasospasme et limiter le risque d'hématome dorsal. La patiente est levée le lendemain et doit marcher. Elle sort vers le cinquième jour. La reprise d'activité sportive est autorisée au bout de six semaines postopératoires. La natation est excellente pour la récupération rapide dorsale et scapulaire.

En cas de survenue de sérome dorsal, une ponction évacuatrice est réalisée. En cas de persistance du sérome après trois ponctions et en présence d'un sérome clair, une injection de corticoïde retard peut être réalisée pour assécher ce dernier.

Pour la reconstruction aréolomamelonnaire, le premier pansement est laissé en place pendant cinq jours puis refait tous les deux jours jusqu'à cicatrisation avec du tulle gras. Au départ, le néomamelon peut prendre un aspect bleuté et turgescant qui disparaît au bout de quelques jours. Le tatouage de la PAM est réalisé à distance.

Lipomodelage chirurgical du lambeau de grand dorsal

Nous utilisons le lipomodelage chirurgical, qui consiste à transférer au niveau du sein reconstruit de la graisse prélevée sur un autre site, le plus souvent l'abdomen. Le lipomodelage chirurgical du sein reconstruit par lambeau de grand dorsal peut être utilisé chaque fois que l'on souhaite corriger un défaut localisé ou augmenter le volume du sein. Au niveau des seins reconstruits par lambeau, l'apport de graisse peut apporter un volume important et peut

contribuer à maintenir le caractère purement autologue de la reconstruction en améliorant le volume, la forme et la projection du sein reconstruit.

Le lipomodelage chirurgical [38, 39, 96] reprend les principes des greffes adipocytaires, tels qu'ils ont été définis par différents auteurs, en particulier Coleman [97], qui a appliqué les greffes de tissu graisseux à la chirurgie du rajeunissement facial. Cette technique fait l'objet d'un article particulier [98].

Le lipomodelage est programmé lors du deuxième temps de reconstruction mammaire, qui a lieu deux mois et demi à cinq mois après l'intervention. Plus le lambeau est musculaire (chez les patientes minces), plus il faut réaliser le lipomodelage précocement (vers deux mois et demi) pour profiter de l'effet de volume accepteur du lambeau, qui va ensuite s'atrophier un peu (concept de la « boîte de spaghettis »).

Le transfert graisseux se réalise par petite quantité. Il faut réaliser des microtunnels multidirectionnels [38]. Le transfert se fait du plan profond vers le plan superficiel. Il faut avoir une bonne vision dans l'espace et former une sorte de grillage tridimensionnel afin de ne pas créer de zones graisseuses en flaque qui conduiraient à une cytotéatonecrose. Au contraire, chaque microtunnel doit être conçu comme étant enveloppé de tissu bien vascularisé. Le transfert se fait sous faible pression, en retirant doucement la canule.

Il faut savoir hypercorriger la quantité à transférer car il faut escompter une résorption d'environ 30 % du volume transféré [39] ; c'est-à-dire qu'il faut injecter 140 ml de graisse lorsqu'on escompte obtenir 100 ml.

Lorsque les tissus receveurs sont saturés de graisse et qu'ils n'acceptent plus de tissu adipeux, il ne sert à rien d'insister [96]. Mieux vaut revenir pour une séance complémentaire qui est alors beaucoup plus aisée et réalisée quelques mois plus tard.

Cette technique de lipomodelage chirurgical complémentaire du lambeau de grand dorsal sans prothèse permet de parfaire le résultat en termes de volume, projection, décolleté et suppression des petites imperfections. Cette technique paraît être un des grands progrès de ces dernières années en reconstruction mammaire.

Indications du lambeau de grand dorsal autologue

La fiabilité vasculaire du lambeau de grand dorsal en fait un lambeau de choix utilisable dans l'immense majorité des situations cliniques. La morphologie de la patiente n'est pas en soi une contre-indication à cette technique, qu'elle soit mince ou en surcharge pondérale.

Dans les années 90, le TRAM était le premier choix lorsqu'une patiente souhaitait une reconstruction autologue et le lambeau de grand dorsal autologue était réservé aux contre-indications au TRAM. Avec le temps et l'expérience, le lambeau de grand dorsal autologue a progressivement supplanté le TRAM. Il a pour nous actuellement le meilleur rapport qualité-contraintes parmi les différentes techniques de reconstructions mammaires autologues.

La décision de la reconstruction mammaire repose sur trois questions que le chirurgien pose à sa patiente [99] :

- 1 - Souhaitez-vous une reconstruction mammaire ?
- 2 - Quand voulez vous en bénéficier ?
- 3 - Quel type de lambeau de grand dorsal préférez-vous ?

A la première question, la décision revient à la patiente et à son entourage. Le chirurgien qui réalise la mastectomie doit informer sa patiente d'une possibilité de reconstruction.

La réponse à la deuxième question est commune entre la patiente et son chirurgien. Cela dit, le chirurgien doit éclairer la patiente sur les différentes études qui ont été réalisées. Ainsi, les indications de la reconstruction mammaire immédiate sont les suivantes :

- ✓ Carcinome canalaire in situ(Tis) avec micro calcifications éparses (multicentriques).
- ✓ T1, T2 ne permettant pas un traitement conservateur ou tumeur multifocal.
- ✓ Tumeur centrale nécessitant le sacrifice de la PAM.

Dans d'autres cas, une reconstruction mammaire secondaire sera proposée. Certains auteurs pensent qu'il est indispensable que les patientes fassent le deuil de leur sein avant de leur proposer une reconstruction.

Enfin, la réponse à la dernière question est d'ordre technique et relève plutôt du chirurgien. Il faut savoir que le pourcentage de morbidité globale est à peu près le même entre les deux techniques. La complication la plus fréquente du lambeau de grand dorsal autologue étant le sérome dorsal ; alors que pour un lambeau de grand dorsal associé à une prothèse c'est la formation d'une coque péri prothétique.

De nombreux auteurs ont cherché à poser des indications précises quant au choix de la technique. On retiendra seulement que le lambeau de grand dorsal autologue est préféré dans le cas d'une reconstruction mammaire immédiate et lorsque le volume du sein controlatéral est peu important.

En effet, en se référant à l'étude faite à l'INO [143], entre 1992 et 2004 sur une série de 32 RM par LGD a montré que la technique la plus utilisée est celle du lambeau musculo-cutané de grand dorsal autologue : 28 patientes contre seulement 4 patientes pour la RM par LGD associé à une prothèse.

Dans notre série l'indication de ce traitement (RMI) a été posée devant :

- D'abord le souhait de la reconstruction mammaire chez ces patientes jeunes.
- La multicentricité de la tumeur.
- Les contre- indications au traitement conservateur :
 - ✓ La multifocalité de la tumeur.
 - ✓ La taille tumorale (T3), et le siège rétroaréolaire.
 - ✓ La maladie de Paget.

Contre-indications du lambeau de grand dorsal autologue

Les contre-indications du lambeau grand dorsal sans prothèse sont très rares.

Il est important de vérifier l'existence d'une contraction musculaire par adduction contrariée pour s'assurer de la présence d'un muscle grand dorsal fonctionnel, qui s'accompagne de façon pratiquement constante d'un pédicule fonctionnel. Mais une lésion nerveuse ne contre-indique ni la levée du lambeau,

ni la ligature de l'artère subscapulaire, si l'anastomose avec le pédicule du grand dentelé a été conservée. En cas de doute (situation exceptionnelle), il faut commencer la levée du lambeau en allant vérifier le pédicule.

À titre systématique, on peut retenir comme contre-indications du lambeau de grand dorsal :

- absence congénitale du lambeau de grand dorsal ;
- antécédents de thoracotomie ayant sectionné le muscle grand dorsal homolatéral ;
- lésion conjointe du pédicule du grand dorsal et du pédicule du grand dentelé (ce qui est tout à fait exceptionnel) ;
- irradiation axillaire massive qui est exceptionnellement pratiquée actuellement ;
- refus d'une cicatrice dorsale ;
- les avantages et inconvénients de l'utilisation du lambeau de grand dorsal doivent être discutés chez les patientes très sportives, qui pourraient être pénalisées dans leur pratique sportive à un haut niveau (escalade, ski de fond).

VIII- Complications du lambeau de grand dorsal autologue :

Cette technique est bien codifiée, mais nécessite un apprentissage spécifique et une expérience importante pour éviter les complications potentielles. Nous présentons les complications qui peuvent survenir avec cette intervention, les moyens de les prévenir et, enfin, les moyens de les traiter si

elles survenaient.

A. Complications immédiates

a. Nécrose du lambeau myo-cutanéograissex pédiculé de grand dorsal

Cette technique semble particulièrement fiable puisque nous n'avons pas observé cette complication dans notre série.

Survient en cas d'étirement de la veine du pédicule thoracodorsal qui conduit à sa thrombose, elle survient le deuxième jour post-opératoire, cette complication est prévenue par le fait de préserver un petit tendon de 0,4 cm qui protège le pédicule de tout étirement.

Une reprise précoce vers le sixième jour permet d'éliminer le lambeau de grand dorsal avant tout phénomène infectieux

b. Hématome dorsal :

Ce risque lié à l'importance du décollement dorsal est comparable à celui relevé dans la technique classique de prélèvement du grand dorsal . Il est actuellement de moins de 1 %, du fait des mesures préventives très strictes.

En effet, cette complication n'a pas été observée dans notre série.

➤ **Prévention :**

L'infiltration de l'ensemble de la région dorsale au sérum physiologique permet une dissection de grande qualité avec une hémostase « pas à pas » extrêmement soigneuse. Une coagulation précise de tous les pédicules segmentaires accessoires permet d'avoir aussi un bon contrôle de l'hémostase. Le pansement dorsal est compressif à l'Élastoplast® et, dès la salle de réveil, une vessie de froid est appliquée sur la région dorsale pour la première nuit (appliquer le froid avant la levée du spasme vasculaire qui a lieu vers la deuxième heure postopératoire).

➤ **Traitement :**

Si un hématome dorsal important est constitué, la reprise doit être immédiate : reprise de l'incision dorsale, lavage abondant au sérum physiologique, coagulation des saignements responsables, et rajout d'un drain de Redon supplémentaire.

c. Infection

Ce risque est exceptionnel (moins de 1 %) du fait de la nature autologue de la reconstruction et du fait que le muscle grand dorsal est très bien vascularisé. Les rares cas d'infection font habituellement suite à une nécrose cutanée marginale de la région mammaire ou de la région dorsale, se comportant alors comme une porte d'entrée microbienne.

Une infection du sérome dorsal peut survenir dans environ 1 % des cas

et correspond souvent à une surinfection lors d'une ponction évacuatrice, ce qui correspond effectivement aux résultats de notre étude.

➤ **Prévention :**

Une antiseptie et une aseptie très strictes permettent de réduire au maximum ce risque. C'est surtout l'expérience qui permet de réduire le risque de nécrose cutanée (par une adaptation précise des décollements et de l'éventuelle insertion de la palette cutanée), diminuant ainsi de façon très nette ce risque infectieux.

➤ **Traitement :**

Si l'infection est prise au tout début, une antibiothérapie à visée antistaphylococcique (staphylocoque doré et staphylocoque blanc) est prescrite après prélèvement bactériologique et permet de traiter l'infection. Si une collection est constituée, il faut réaliser un drainage déclive par lame en plus de l'antibiothérapie. L'excision de la nécrose, si elle est à l'origine du problème, est réalisée dans le même temps.

B. Complications précoces :

a. Souffrance cutanée dorsale

L'importance du décollement nécessaire au prélèvement du lambeau myo-cutané-graisseux pédiculé de grand dorsal entraîne un risque de souffrance tégumentaire dorsale. Ce risque est absent dans notre série (0 %), mais a été décrit comme important par d'autres équipes utilisant

une technique différente (12,7 % pour Germann ; 13 % pour Hokin ; 40 % pour Barnett). Il survient essentiellement si la dissection est trop proche de la peau et ne respecte pas le plan du fascia superficialis, si la palette dorsale est large, et si les mesures préventives postopératoires ne sont pas respectées. Les nécroses dorsales importantes [100], que nous n'avons jamais rencontrées dans notre pratique, correspondent à la combinaison de ces différents facteurs de risque en plus de facteurs de risque microcirculatoires (diabète, tabagisme).

➤ **Prévention :**

La peau dorsale est en effet transformée en deux grands lambeaux cutanés « au hasard » et doit être manipulée avec soin lors du prélèvement pour éviter de léser les plexus sous-dermiques. Il faut bien respecter le fascia superficialis au moins sur 5 cm de part et d'autre du tracé de la palette cutanée. La palette cutanée doit avoir une largeur limitée (5 à 6 cm) car il n'y a qu'exceptionnellement besoin de plus de peau. Dans notre technique, la largeur de la palette cutanée est très limitée et diminue ainsi la tension cicatricielle. Par la suite, la peau doit être gérée avec soin pour éviter une pression externe (mobilisation postopératoire précoce toutes les deux ou trois heures la première nuit) ou interne (surveillance attentive du drain de Redon dorsal et de son bon fonctionnement).

➤ **Traitement**

En cas de nécrose marginale (0,5 à 1 cm), il faut réaliser une excision-suture sous anesthésie locale. Sur notre série de 05 cas, nous n'avons jamais été

confrontés à une nécrose dorsale extensive nécessitant des soins prolongés ou une greffe de peau, comme certains auteurs l'ont décrit. Le respect des recommandations techniques et préventives semble bien être un point crucial.

b. Souffrance cutanée mammaire :

Il s'agit de la peau mammaire native. La dissection, surtout si elle est trop superficielle lors de la mastectomie, peut léser le réseau vasculaire sous-cutané et entraîner des nécroses partielles du revêtement cutané [34]. Lors des reconstructions mammaires immédiates, elles ne sont donc pas liées directement à la technique de reconstruction.

En cas de reconstruction mammaire différée avec réalisation d'un lambeau d'avancement abdominal, on peut observer des nécroses cutanées marginales dans environ 5 % des cas[x].

➤ Prévention

Les risques de nécrose sont facteurs des antécédents de tabagisme (arrêter le tabac complètement un mois avant l'intervention), des cicatrices mammaires préexistantes, et surtout de l'expérience de l'opérateur qui réalise la mastectomie (risque de 1 % à 20 % selon l'opérateur). La stratégie prenant en compte tous ces facteurs permet de limiter la fréquence et les conséquences de ces nécroses cutanées. Quoiqu'il en soit, le grand dorsal est le meilleur lambeau pour obtenir une cicatrisation dirigée et lorsqu'une nécrose survient, on se félicite habituellement d'avoir choisi cette technique de reconstruction.

➤ **Traitement**

Si la peau mammaire a, le lendemain de l'intervention, un aspect de souffrance veineuse qui peut conduire potentiellement à une nécrose cutanée, il est possible d'améliorer la circulation cutanée par l'application de patchs de vasodilatateurs locaux (Trinipatch® 5 mg une application quotidienne pendant huit jours), comme nous l'a montré Claude Le Louarn dans les abdominoplasties. Cela permet d'éviter une nécrose locale, ou de limiter son importance facilitant ainsi beaucoup sa gestion. En cas de nécrose marginale (0,5 à 1 cm), il faut réaliser une excision-suture sous anesthésie locale ou à l'aide d'un petit lambeau local. Habituellement, nous préférons attendre trois semaines pour que les tissus sous-jacents soient bien accolés et que la limite des tissus sains soit bien nette. Dans 1 % de l'ensemble des reconstructions, la nécrose est trop large pour obtenir la cicatrisation par cicatrisation dirigée ou par lambeau local ; il faut réaliser alors une excision locale, laisser bourgeonner, puis greffer 15 jours ou trois semaines plus tard. Nous utilisons alors une greffe de peau totale prélevée (après liposuction préalable) en région sus-pubienne. L'intégration esthétique à long terme se fait habituellement bien.

c. Sérome dorsal :

Le sérome dorsal (ou lymphocèle) est lié à l'importance du décollement dorsal et à la section extensive des microlymphatiques dorsaux. Il s'agissait de la complication la plus mineure et la plus fréquente dans cette technique (60 % des cas sans capitonnage dans la série de Delay [x]). Ce sérome était plus un inconvénient qu'une complication et il n'avait pas empêché de développer cette technique de façon importante. Cependant,

lorsqu'un opérateur gère personnellement près d'une centaine de reconstruction par an, cet inconvénient peut devenir chronophage et gênant.

Dans notre série on a eu un seul cas de sérome dorsal, évoluant favorablement après ponctions itératives.

➤ **Prévention :**

Nous utilisons systématiquement la technique du capitonnage (chippendale technique) qui consiste à mettre en place de nombreux points de capitonnage entre le fascia superficialis et la paroi thoracique (dix points sur le décollement supérieur à la cicatrice dorsale et environ 16 points sur le décollement inférieur).

Les points sont réalisés selon une tension progressive répartie sur toute la surface de décollement afin d'éviter toute traction sur la ligne de suture qui est elle-même capitonnée. Cela a permis de diminuer le taux de retard de cicatrisation dorsale.

Dans L'étude de Gisquet et Delay [36], l'efficacité du capitonnage est incontestable sur le sérome prolongé, faisant diminuer son incidence de 21 % à 9 %. De plus, le temps de drainage étant passé de 12 jours à six jours, les patientes sont satisfaites de ne plus devoir rentrer à domicile avec leur redon et de ne plus devoir organiser leur emploi du temps en fonction des ponctions.

La durée que le capitonnage ajoute à l'intervention est un inconvénient mineur comparé au temps qu'il permet de gagner sur les consultations postopératoires.

Il paraît intéressant de capitonner particulièrement les patientes à risque de sérome, comme les patientes en surcharge pondérale, d'autant plus si elles sont obèses, ou les patientes âgées de plus de 60 ans.

Cette variante technique constitue une des dernières avancées concrètes dans notre pratique quotidienne. Elle permet de réduire de moitié le temps de drainage ainsi que le taux de séromes prolongés.

➤ **Traitement :**

Si le sérome survient, il est traité par ponctions (il faut ponctionner précocement si on a utilisé la technique du capitonage, si non on risque de perdre le bénéfice du capitonage, le sérome faisant lâcher les points autour de lui et perdre ainsi une partie des avantages de la technique). Après plusieurs ponctions, il faut réaliser lors de la troisième ponction une injection de corticoïdes retard (Kenacort Retard®) dans l'espace de décollement dorsal à la fin de la ponction évacuatrice. Cette injection, réalisée immédiatement après la ponction, par le même trocart laissé en place, doit se faire strictement dans l'espace de décollement. Il faut éviter l'injection dans le plan graisseux sous-cutané, ce qui pourrait créer une atrophie tissulaire localisée responsable d'une petite dépression cupuliforme. Il faut également bien masser la zone pour bien répartir le produit.

De façon exceptionnelle actuellement, lorsque les ponctions répétées ne viennent pas à bout du sérome dorsal, un drainage par lame en position dorsale déclive (avec une poche de stomie pour recueillir le liquide) est mis en place sous anesthésie locale pour une durée de deux semaines.



Photo 6 : Sérome dorsal ayant évolué favorablement après ponctions itératives

d. Séquelles scapulaires :

Au niveau scapulaire, la perte du muscle grand dorsal est bien compensée par les autres muscles de l'épaule en particulier les muscles grand rond et petit rond, et n'entraîne habituellement pas de retentissement notable sur les activités quotidiennes et sportives. Il faut habituellement cinq mois pour revenir progressivement à son niveau sportif. Dans des cas exceptionnels (1 % des cas[x]), une raideur transitoire, voire une périarthrite scapulohumérale peuvent survenir (plus volontiers dans les cas de

reconstruction mammaire immédiate où les contraintes de la reconstruction sont intriquées avec celles de la mastectomie ou du curage). Cette périarthrite scapulohumérale a habituellement une forte participation psychosomatique, et l'expérience clinique et psychologique permet de mieux gérer cette complication, qui peut survenir également lors des mastectomies sans reconstruction. Des facteurs de stress surajoutés sont le plus souvent associés (séparation, décès, maladie du conjoint, problèmes professionnels ++, etc.) et nécessitent une prise en charge spécifique et la mise en œuvre d'un soutien psychologique, voire d'une psychothérapie au plus long cours.

En effet, on n'a pas observé cette complication chez nos 05 patientes.

➤ **Prévention :**

La meilleure prévention des troubles scapulaires consiste en une rééducation rapide : dès la cicatrisation obtenue (de trois semaines à un mois), la patiente doit aller nager ou au moins se baigner dans une piscine.

Une prise en charge psychologique doit être proposée à toute patiente en difficulté, surtout si ses antécédents de maladies psychosomatiques sont marqués (rhumatismes, fibromyalgie, allergies multiples).

➤ **Traitement :**

La récupération scapulaire se fait pratiquement toujours de façon complète si le traitement a été institué rapidement. Il combine la rééducation en piscine, la rééducation par un kinésithérapeute délicat et psychologue et, si la patiente l'accepte, une psychothérapie. L'ensemble des praticiens impliqués

dans la prise en charge de la patiente doit avoir une attitude bienveillante, empathique, et rassurante sur le fait que la récupération se fait de façon progressive et, à terme (huit à 12 mois), complète.

Nous avons sélectionné quelques articles qui traitent des complications chirurgicales des lambeaux de grand dorsal. Le détail est présenté dans le tableau(7) :

Auteur	Année	Nombre	Sérome Dorsal	Nécrose cutanée dorsale	Nécrose du lambeau
Delay(68)	1998	100	79%	10%	2%
Krishna(69)	2001	43	72%	9.3%	0%
Chang(70)	2001	75	30,6%	17%	5,3%
Menke(71)	2001	91	60%	NC	3,4%
Ait Aoudia(72)	2002	09	77,8%	0%	0%
Série de PINO	2012	05	20%	0%	0%

Tableau 8 : Complications chirurgicales des lambeaux de grand dorsal autologue.

En comparant les différentes études, nous retrouvons pratiquement les mêmes pourcentages de survenue des complications, où on observe un taux élevé du survenu du sérome dorsale. Généralement cette complication est courante et évolue favorablement grâce à des ponctions itératives.

Ce taux élevé de survenue de sérome dorsal à inciter de nombreux auteurs à se pencher sur le sujet et à proposer des techniques pour en réduire la fréquence.

Parmi ces différentes techniques, nous retiendrons :

- ✓ La corticothérapie locale.
- ✓ La sclérothérapie [157], cette technique consiste à injecter sans ml d'une préparation de tétracycline au niveau du site opératoire avant la fermeture de la paroi afin de créer une sclérose.
- ✓ Le talcage [158], Coons a mis en évidence sur une étude réalisée sur des chiens, que la mise en place de talc USP permettait de prévenir la survenue de sérome après prélèvement d'un lambeau musculocutané.
- ✓ Ou encore l'utilisation de colle biologique [159] sur des rats, au niveau du site donneur permettrait de réduire considérablement le nombre de ponctions relatif au sérome dorsal.

Randolph [160] a montré que l'apparition de sérome dorsal était plus fréquente chez les patientes en âge avancé et en cas d'envahissement ganglionnaire associé.

Parmi les facteurs de risque liés au sérome dorsal, Delay [156] a démontré que les patientes obèses étaient plus susceptibles de présenter une telle complication.

C. Complications tardives :

a. Fonte du volume mammaire ou insuffisance de volume

La fonte du volume mammaire se fait le plus souvent dans les cinq

premiers mois et doit être intégrée dans la stratégie chirurgicale, si non elle peut être cause de déception de la patiente et du chirurgien. Il est important que le chirurgien plasticien maîtrise bien l'histoire naturelle normale de ces reconstructions autologues par lambeau de grand dorsal. Suivant la fraction musculaire du lambeau par rapport à l'ensemble du volume du lambeau, il faut proposer un lipomodelage chirurgical plus important et plus précoce (plus le lambeau est musculaire, plus le lipomodelage de complément doit être réalisé précocement, vers 2,5 mois-3 mois).

Dans notre étude, on pas rencontré ce type de complication.

➤ **Prévention :**

Elle consiste à bien connaître l'histoire naturelle de ce type de reconstruction pour en attendre des résultats raisonnables et conformes à l'évolution naturelle ; l'expérience et la réalisation de nombreuses photographies en début d'expérience permettent d'intégrer ces facteurs dans la stratégie thérapeutique. De plus, comme pour toute reconstruction autologue, la patiente doit s'efforcer de garder un poids stable...

➤ **Traitement :**

Si le lambeau perd de son volume, nous réalisons un lipomodelage chirurgical thoracomammaire qui permet d'obtenir le volume souhaité au prix d'une hypercorrection transitoire. Si le manque de volume est très important, il faut parfois réaliser deux séances de lipomodelage. Il est exceptionnel actuellement, dans notre pratique, que nous ayons à mettre en place un implant

de complément, qui supprime le caractère purement autologue de la reconstruction et ajoute son propre risque de complications.

b. Douleur dorsale :

Les douleurs dorsales sont un sujet difficile à traiter car elles dépendent beaucoup des patientes, et elles peuvent aller de « complètement inexistantes », à « importantes ». La connaissance des facteurs psychologiques en cause en cas de cancer du sein, de mastectomie, et de reconstruction permet de réduire de façon drastique leur incidence et leur intensité. Il faut éviter, si possible, de réaliser cette intervention avec des patientes sujettes aux maladies psychosomatiques chroniques type fibromyalgies ou autres rhumatismes peu précis.

➤ Prévention :

Le fait de bien calmer la douleur dorsale de la première nuit (application de Naropeine® dans le site de décollement, morphine à la pompe) permet de réduire de façon importante l'incidence des douleurs dorsales tardives (phénomènes de mémorisation douloureuse).

La rééducation en piscine est fondamentale dans la récupération précoce et complète du dos et de l'épaule.

Enfin, la rééducation sensitive dorsale (caresse du dos face au miroir) permet de limiter les dysesthésies dorsales, qui peuvent faire le lit des douleurs dorsales chroniques, chez les patientes inquiètes ou soumises à des stress

répétés.

➤ **Traitement :**

L'essentiel du traitement est préventif, comme nous l'avons vu juste avant. En cas de douleurs dorsales constituées et chroniques, chaque praticien doit s'efforcer d'aider sa patiente en étant empathique et rassurant, ainsi qu'en instituant enfin les mesures préventives, qu'il aurait été préférable de mettre en place avant de façon plus complète et efficace. De nombreuses consultations sont alors nécessaires pour tenter d'aider ces patientes, avec des résultats parfois partiels, qui dépendent souvent d'autres aléas de la vie et de la qualité de la psychothérapie réalisée (lorsqu'elle est acceptée par la patiente, ce qui demande parfois des trésors de psychologie de la part du chirurgien) : aussi est-il important d'envisager les aspects préventifs avant et immédiatement après la reconstruction.

c. Sérohématome dorsal :

Un sérohématome dorsal tardif peut survenir dans 2 % des cas[x]. Il correspond à la formation d'une poche de sang dorsale, sans doute liée à une rupture d'une veine lors d'un effort brutal de grande amplitude. Pour notre série aucune de nos patientes n'a eu cette complication.

➤ **Prévention :**

La prévention consiste à reprendre progressivement l'activité sportive, en passant si possible par la pratique de la natation ou de la rééducation en

piscine. Tout sport intense à forte amplitude (ski avec chutes potentielles, golf, danses extrêmes), non pratiqué depuis l'intervention dorsale, doit faire l'objet d'une reprise douce et progressive pour recréer le plan de glissement dorsal physiologique.

Les sérohématomes dorsaux semblent plus fréquents lorsque le dos est fibreux, notamment après des séromes qui ont traîné et fait l'objet de nombreuses ponctions, et entraîné la formation d'une pseudocoque dorsale. Nous espérons que la pratique systématique du capitonnage dorsal, pour prévenir les séromes dorsaux, fera également disparaître cette complication.

➤ **Traitement :**

Le traitement immédiat est la ponction rapide de l'hématome dorsal et la mise au repos du dos. Il faut souvent ponctionner une récurrence de l'hématome quelques jours plus tard. La mise en place d'une lame dorsale décline peut régler le problème, mais est gênante car oblige à mettre une poche de stomie autour de la lame pour une douzaine de jours.

En cas d'hématome organisé et chronicisé (moins de 1 % des cas[x]), celui-ci se cloisonne et, s'il tarde à disparaître, la seule solution est d'en réaliser l'exérèse (exérèse d'une poche fibreuse dorsale contenant du vieux sang cloisonné) en mettant en place un drainage, et en réalisant un capitonnage pour éviter la survenue d'une récurrence du sérome.

La plus part des études ne font état que des complications précoces de la reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal. Ceci s'explique par la

difficulté de suivre les patientes sur le long cours. La complication tardive la plus gênante étant la fente majeure du lambeau. Elle n'a pas été identifiée dans notre série (0% des cas) ; contre 2.1 % des cas dans la série de Munhoz [161].

Au total, une patientes a développé une complication précoce au niveau de la région dorsale ou du lambeau soit 20% des patientes opérées alors que 80% ont eu une bonne évolution, cette complication était l'apparition d'un sérome dorsal ayant évolué favorablement après ponctions itératives. Le détail de ces complications est représenté dans le tableau :

Complications	Nombre	Pourcentage
Mauvaise cicatrice dorsale (large et épaisse)	0	0%
Mauvaise cicatrisation thoracique antérieure	0	0%
Fonte majeure du lambeau	0	0%
Sérome dorsal	1	20%
Aucune complication	4	80%
Total	5	100%

Tableau 6: Complications chirurgicales du LGD autologue

Pour comparer le taux de survenue de complications entre les groupes RMI et RMS deux études [143,144] ont montré un léger avantage en faveur de la reconstruction mammaire différée en post opératoire précoce, mais qui a tendance à s'équilibrer avec le temps, comme nous l'indique la figure 9 :

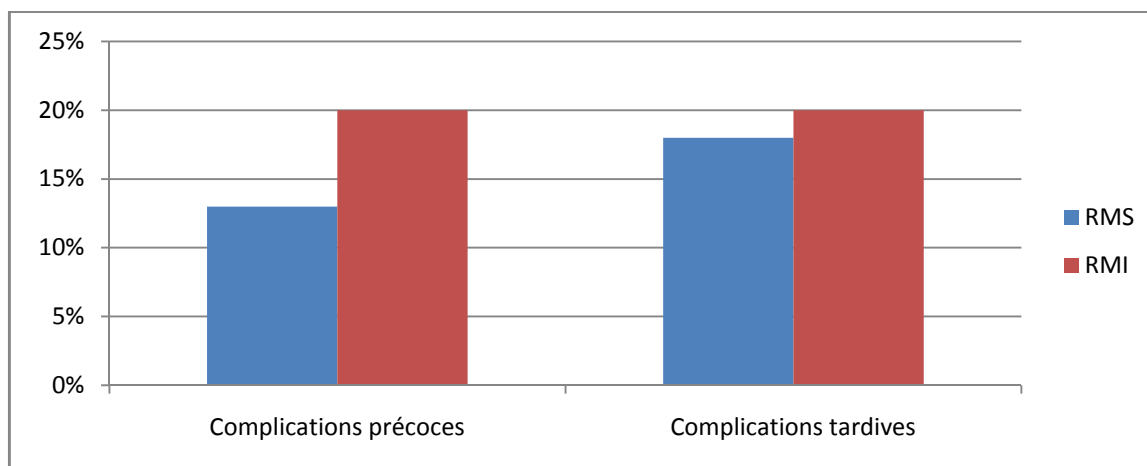


Figure 12 : Taux de survenue des complications en fonction du moment de La reconstruction [143]

Avantages du lambeau de grand dorsal autologue

Le lambeau de grand dorsal sans prothèse permet un apport de volume important du fait de sa grande surface, qui est capable de porter un volume important de graisse pour donner un volume mammaire important sans apport de prothèse. Des volumes de 1,2 à 1,5 l peuvent être amenés chez les patientes obèses, de 600 à 800 ml chez les patientes modérément en surpoids, et de 300 à 400 ml chez les patientes sans surcharge pondérale. Ce lambeau permet une reconstruction sans prothèse, qui permet d'obtenir un sein reconstruit souple de consistance très naturelle (sein de consistance légèrement mastosique), chaud, retrouvant une sensibilité profonde au bout de 5 à 20 mois [30]. Ce lambeau est très bien vascularisé et apporte un effet trophique considérable aux niveaux des tissus locaux appréciable surtout en terrain irradié. La fiabilité vasculaire autorise de nombreuses possibilités du modelage du lambeau pour recréer une forme comparable au sein controlatéral tant au niveau de sa base que de sa

projection. On peut donc obtenir plus facilement une forme du sein reconstruit proche du sein controlatéral, et la symétrisation controlatérale est moins souvent nécessaire pour obtenir une symétrie mammaire satisfaisante.

Il permet une bonne restauration du pilier axillaire antérieur et un bon comblement de la zone sous-claviculaire du sein reconstruit. Le lambeau de grand dorsal sans prothèse permet une gestion optimale des tissus locaux thoraciques. Il permet par rapport à un lambeau de grand dorsal classique utilisé avec une prothèse d'obtenir un meilleur effet de ptose ; la fermeture du sein peut se faire sous légère tension car le lambeau de grand dorsal autologue tend à développer une ptose secondaire au cours des cinq mois postopératoires (effet de ptose marqué probablement par l'effet trophique du lambeau et également par l'effet de diminution de volume lié à l'atrophie musculaire partielle). Par rapport au TRAM, il permet également une meilleure gestion des tissus locaux thoraciques car on peut le combiner à un lambeau d'avancement abdominal qui permet alors assez souvent de réaliser un enfouissement total du lambeau qui donne les meilleurs résultats en évitant le phénomène de « pièce de peau rapportée » sur le sein reconstruit.

La souplesse du sein reconstruit facilite la surveillance clinique. Comme nous l'avons montré dans les reconstructions partielles du sein par lambeau de grand dorsal [8], la surveillance mammographique n'est pas gênée par l'apport du grand dorsal. Cet intérêt est surtout marqué en cas de conversion de reconstruction prothétique en reconstruction autologue après mastectomie sous-cutanée.

Les séquelles dorsales, représentées par la cicatrice dorsale et une

modification modérée du dos sont particulièrement bien acceptées. Car la cicatrice dorsale est le plus souvent d'excellente qualité par le respect des lignes de tension du tracé curviligne et l'absence de tension cutanée lors de la fermeture. Le résultat esthétique est supérieur à celui que l'on observait avec un tracé classique. Une information claire et objective est garante d'une bonne acceptation de cette dernière d'autant plus que la zone dorsale échappe au regard.



Photo 7 : La cicatrice dorsale à j +10. (Cas n° 1)

Le lambeau de grand dorsal sans prothèse est d'utilisation large et peut être proposé à la majorité des patientes. Il peut être utilisé chez les patientes obèses, diabétiques et fumeuses qui représentent des patientes à haut risque pour une reconstruction par TRAM [36].

b-Radiothérapie :

Elle réduit la mortalité de ce cancer, mais exige une technique irréprochable afin de réduire l'irradiation des tissus sains pouvant entraîner une surmortalité par pathologie cardio-vasculaire [165].

L'irradiation des chaînes ganglionnaires (axillaire, sus claviculaire et mammaire interne), est en fonction de la localisation de la tumeur et du résultat de l'examen anatomo-pathologique des ganglions.

La radiothérapie représente une composante essentielle du traitement du cancer du sein, elle a pour but essentiel le contrôle local de la tumeur, quelle que soit la chirurgie initiale [168], dans sa pratique, il n'existe pas de particularités dépendant de l'âge des patientes,

Dans la série de WONSHIK [126] 80% des patientes ont bénéficiées d'une radiothérapie, alors que dans les séries de HANNA et BEN AHMED [163,127] ce taux été de 70%. Toutes les patientes ont bénéficié d'une radiothérapie adjuvante. Le lambeau myocutané ne contre indique jamais la radiothérapie qui n'est pas délétère pour le lambeau contrairement à la prothèse.

2-TRAITEMENT SYSTEMIQUE :

a-Chimiothérapie :

➤ Chimiothérapie adjuvante :

Réalisée après traitement chirurgicale, le nombre de cures est de 4 à 6 espacées de généralement de 3 semaines. Les avantages des chimiothérapies adjuvantes par rapport au traitement chirurgical sans chimiothérapie sont une réduction significative de la mortalité et un taux de récurrence moindre [167].

La chimiothérapie améliore le taux de survie globale à 10 ans des patientes dont le pronostic est obéré par un envahissement ganglionnaire. Le gain de survie est de l'ordre de 6 à 7 % avant la ménopause. On peut donc

admettre aujourd'hui que la chimiothérapie adjuvante est efficace pour la prévention de la récurrence locale et surtout métastatique chez toute patiente atteinte de cancer du sein, quel que soit le stade [168]

Dans la série de WONSHIK [126] la chimiothérapie adjuvante a été préconisée chez 68% des cas, 65,2% dans la série de HANNA [163] et 73% dans la série de BOUAMAMA [138] ; alors que dans notre série ce taux est de 100 %.

b-Hormonothérapie :

Dans environ deux tiers des cancers du sein, les cellules cancéreuses présentent des récepteurs hormonaux en excès. La tumeur est alors dite hormonosensible car les oestrogènes stimulent la prolifération cancéreuse par l'intermédiaire de ces récepteurs. Dans le cancer du sein les traitements hormonaux agiront soit en diminuant le taux d'oestrogènes dans le sang et donc la stimulation des récepteurs hormonaux (castration, anti-aromatases), soit en bloquant les récepteurs hormonaux (anti-oestrogènes) [158].

C'est une thérapie qui a prouvé son efficacité indépendamment de l'âge et de l'atteinte ganglionnaire, l'analyse de différentes études randomisées a montré une réduction du taux de récurrences de 6%, de même, le risque de décès a été réduit de 6,3% [158].

L'hormonothérapie a été prescrite chez 39,5% des patientes dans la série de WONSHIK [126], 40,8% dans la série de HANNA [163], et 41% dans la série de KHANFIR [134] ; alors que ce taux est de 80% dans notre étude.

VII. FACTEURS PRONOSTIQUE :

A. FACTEURS EPIDEMIO-CLINIQUES :

1-Age :

Selon plusieurs auteurs [179, 180,181], l'âge est reconnu comme un facteur pronostic indépendant dans le cancer du sein, notamment chez les patientes de moins de 40 ans.

Le jeune âge est corrélé à une prolifération tumorale plus rapide, un haut grade histologique, un envahissement ganglionnaire et des embolies vasculaires plus fréquentes, et des récepteurs oestrogéniques volontiers négatifs [181].

L'âge 40 ans et moins reste un facteur pronostique négatif altérant de 4,4 fois la survie sans rechute, de 3,2 fois le risque de métastases à distance et de 2,9 fois la survie globale [180].

Dans notre série l'âge moyen est de 38ans.

2-Statut hormonal :

Les femmes ménopausées semblent avoir un meilleur pronostic que celles en période d'activité génitale, plusieurs auteurs rapportent que l'échec à induire une aménorrhée chez les femmes jeunes a été associé avec une plus faible survie à 10 ans [158]

B. FACTEURS HISTOLOGIQUES

1-Type histologique :

Il joue un rôle faible. Cependant il est admis que certaines formes particulières (médullaire typique, mucineux, tubuleux) sont de meilleur pronostic. De plus, plus une tumeur est indifférenciée, plus elle est agressive.

La différence du pronostic entre les formes histologiques invasives et non invasives est nette, Chez la femme jeune le carcinome invasif est le plus fréquent ce qui rend le pronostic péjoratif chez cette tranche d'âge [118,157].

Dans notre série le carcinome canalaire infiltrant représente 80% des tumeurs.

2-Grade histo-pronostique :

La morphologie des cellules tumorales ainsi que le nombre de mitoses sont très variables d'une tumeur à l'autre. Ces différences de caractères morphologiques sont à la base de nombreux « grading » histo-pronostiques.

Quel que soit le système de grading utilisé, toutes les études montrent que le risque métastatique et la survie sont fortement déterminés par le grade, plus le grade est élevé, plus le pronostic est mauvais. Ainsi, le grade histo-pronostique constitue un facteur pronostic indépendant en matière de cancer du sein influence significativement la survie globale [159].

Le haut grade SBR III représente un facteur de mauvais pronostic, il est corrélé à un haut risque d'extension métastatique vers des sites de mauvais pronostic comme le foie et les poumons.

La fréquence des hauts grades SBR chez la femme jeune est une source d'agressivité de ces tumeurs dans cette tranche d'âge [131,141].

Il est noté dans la plupart des séries une plus grande fréquence des formes indifférenciées de hauts grades (SBR2 et 3) dans le groupe des femmes jeunes [160]. Selon COLLEONI [141], le haut grade histo-pronostique est l'apanage de la femme jeune, 61,5% des patientes jeunes avaient un grade III contre seulement 37,4% chez les femmes âgées.

Cette prédominance du haut grade histologique est rapportée également par d'autres auteurs, ainsi le grade III est de 51,5 % pour MELINDA [160], de 62,2 % pour FOXCORT [131], de 55% pour MORGAN [15] et de 48 % pour BAKKALI [118].

Les résultats de notre étude sont concordants aux données de la littérature,

le taux du haut grade SBR III est de 40%.

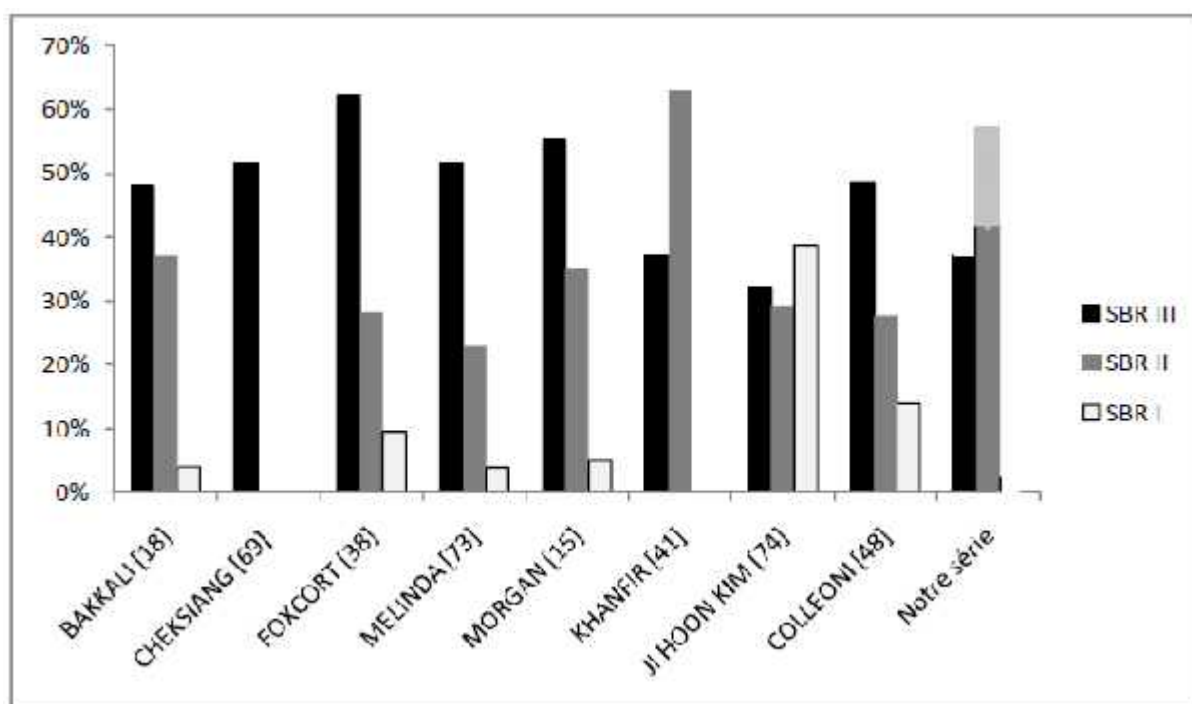


Figure 13: Répartition du grade SBR.

3-Envahissement ganglionnaire histologique :

L'envahissement ganglionnaire histologique est le facteur pronostique le plus important, ainsi la présence d'envahissement des ganglions axillaires est corrélée à un taux de survie significativement plus bas chez les femmes de moins de 35ans atteintes de cancer de sein, d'après plusieurs auteurs, la survie sans rechute, la survie sans métastases et la survie globale sont inversement proportionnelles au nombre des ganglions atteints. La plupart des auteurs admettent un seuil au delà de 3 N+ permettant de classer les patientes à pronostic péjoratif [184].

De nombreux auteurs s'accordent sur le fait que l'envahissement ganglionnaire est plus fréquemment observé chez la femme jeune, ceci explique en partie le mauvais pronostic lié à l'âge [118,131] , ainsi selon FOXCORT

[131] 45,1 % des femmes jeunes présentent un envahissement ganglionnaire versus 38,2% chez les femmes plus âgées, GAJDOS [162] quant à lui a trouvé ce taux à 37% pour les femmes de moins de 40 ans contre 25% chez leurs homologues de plus de 40 ans Pour BAKKALI [118] le taux d’envahissement ganglionnaire chez la femme jeune est de 50%, alors que pour HANNA [163] ce taux est de 43,5%.

Dans notre étude, l’atteinte ganglionnaire était présente dans 60% des cas.

Dans le tableau 20 nos résultats comparés aux données de la littérature.

Auteurs	Envahissement ganglionnaire
BAKKALI [18]	50%
Khanfir [41]	55%
CHEKSIANG [69]	52,5%
FOXCROFT [38]	45,1%
COLLEONI [48]	30%
GAJDOS [75]	37%
MORGAN [15]	54%
HANNA FREDHOLM [76]	43,5%
Notre série	60,00%

Tableau 9: Envahissement ganglionnaire histologique.

4-Récepteurs hormonaux :

Les récepteurs hormonaux sont considérés comme facteur pronostic, ces protéines intracellulaires liant l’oestrogène et la progestérone sont indispensables pour espérer que la tumeur soit hormonosensible.

L’Etude de la valeur pronostique des récepteurs aux oestrogènes (RO) retrouve un taux de rechutes supérieur pour les patientes RO- par rapport aux patientes RO+. La valeur pronostique des récepteurs de progestérone RP a été

moins étudiée mais dans plusieurs études, la survie à 5ans est meilleure pour les tumeurs qui expriment ce récepteur. Pour les tumeurs sans atteinte ganglionnaire, la présence simultanée des récepteurs des oestrogènes et de progestérone correspond à un meilleur pronostic que l'absence d'un ou des 2 récepteurs. Ils constituent également des facteurs prédictifs de la réponse aux traitements hormonaux adjuvants [185].

Les récepteurs hormonaux chez la femme jeune sont volontiers négatifs réduisant ainsi l'arsenal thérapeutique dans cette tranche d'âge et aggravant en même temps le pronostic [141].

La plupart des études s'accordent à retrouver plus de tumeurs sans récepteurs hormonaux chez les femmes âgées de moins de 35ans. COLLEONI et al. Ont rapporté 38,8% des tumeurs sans récepteurs ostrogéniques et 49,1% sans récepteurs progesteroniques chez des femmes de moins de 35 ans contre respectivement 21,6 et 35,3% chez des femmes plus âgées [141].

Dans la série de JI HOON KIM [161] 38,7% des patientes avaient des tumeurs sans récepteurs hormonaux. MEDLINA quand à elle ce taux était de 40,8% [160], alors que pour HANNA FREDHOLM [163] ce taux était de 33,1%.

Dans notre série, le taux des tumeurs qui ne présentaient pas de récepteurs aux oestrogène et aux progestatifs était respectivement de 20% et 40%.

5-Emboles vasculaires :

La présence d'emboles vasculaires constitue un facteur de mauvais pronostic dans le cancer du sein, leur positivité s'est révélé être un facteur de risque indépendant chez des patientes sans envahissement ganglionnaire, ainsi que leurs résences favorise les métastases à distance et diminue le taux de survie

[133]. Elle constitue un facteur de risque de récurrence locale [156]. De nombreux auteurs rapportent des fréquences plus importantes chez la femme jeune.

Pour KOLLIAS [133], cette fréquence est de 35% chez les jeunes patientes alors qu'il est de 21 % chez leurs homologues âgées; alors que pour JI HOON KIM [161] cette fréquence est de 32,2% chez les patientes âgées moins de 35ans et 16,1% chez les patientes de 35ans et plus.

Cette fréquence est de 26,6%, Selon BAKKALI [118], et 30% selon BOUAMAMA [138].

Dans notre série, les embolies vasculaires ont été trouvées chez 02 malades soit 40% des cas.

C. FACTEURS BIOLOGIQUES :

L'étude et l'analyse des facteurs pronostiques biologiques chez la femme jeune permettent de prédire l'évolution de la maladie, d'identifier les patientes chez lesquelles les tumeurs vont s'exprimer de façon agressive et par conséquent d'adopter la stratégie thérapeutique la plus adéquate

1-BRCA1 et BRCA2 :

Les cancers développés en cas de mutation du gène BRCA ont un phénotype particulier : une croissance rapide, un haut grade tumoral, des récepteurs hormonaux négatifs et un taux élevé de prolifération tumoral [186]

2-Cytométrie en flux :

Cette technique permet de quantifier le pourcentage de cellules dans les différentes phases de division cellulaire ainsi que l'analyse du contenu en ADN (ploïdie).

Un contenu anormal en ADN (aneuploïdie) ou une prolifération cellulaire élevée (fraction élevée en cellules en phase S) sont des facteurs de mauvais pronostic du cancer du sein.

En effet, plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que les taux de survie sans rechute, de survie sans métastases et de survie globale étaient plus bas lorsque la tumeur est aneuploïde et que la fraction cellulaire en phase S est intermédiaire ou haute [187].

3-L'oncogène C-erbB-2 (ou HER-2):

C'est un proto-oncogène situé sur le bras long du chromosome 17q21, il peut être surexprimé dans 30% des cancers du sein et s'avère être un facteur de mauvais pronostic par diminution de la survie globale et du délai de rechutes, il intervient dans la cancérogenèse mammaire par amplification et / ou surexpression de son produit la protéine HER-2 qui est utilisée comme outil de suivi des cancers du sein métastatique surexprimant HER-2 [188].

4-La protéine 53 :

C'est un produit d'anti-oncogène localisé sur le chromosome 17 en p13, 1 et codant pour une phosphoprotéine nucléaire, sa surexpression était significativement liée au risque élevé de rechutes locales chez des femmes traitées de façon conservatrice et sans irradiation [189].

L'intérêt d'une recherche systématique des anomalies biologiques et génétiques chez les femmes jeunes se montre important pour envisager très tôt un traitement préventif.

VIII. ASPECT PSYCHOLOGIQUE :

Le diagnostic et les traitements du cancer du sein représentent un traumatisme émotionnel et physique dont le retentissement psychologique et socio-familial peut s'étendre sur plusieurs années. Le réel espoir de guérison offert par l'amélioration du dépistage et des traitements n'empêche pas la confrontation à l'angoisse de mort et à la vulnérabilité .Ces difficultés sont

particulièrement importantes chez la femme jeune du fait de l'importance des investissements sociofamiliaux et professionnels à cet âge de la vie [169]

A. SYMPTOMES PSYCHIQUES :

On estime à un quart le nombre de patientes jeunes présentant des symptômes de détresse psychologique sévère [170], quel que soit le type de traitement proposé. La prévalence des symptômes émotionnels est variable selon les origines socioculturelles et ethniques, ce qui est à rapporter entre autres aux particularités culturelles des modes de soutien socio-familial [171]. À sévérité de la maladie égale, le niveau de détresse psychologique des patientes jeunes apparaît plus important que celui des patientes plus âgées [172,173].

Les symptômes d'anxiété les plus fréquemment retrouvés [174] sont à type de pensées intrusives centrées sur la maladie (pouvant aller jusqu'à des états de stress post-traumatiques), d'anxiété anticipatoire avec ou sans évitement, de préoccupations anxieuses au sujet d'une rechute éventuelle. Un syndrome dépressif majeur est mis en évidence chez environ 10 % des patientes. Il doit être systématiquement recherché devant des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, une asthénie persistante [175].

La traduction comportementale d'affects anxieux ou dépressifs est également possible, surtout chez les patientes très jeunes, avec apparition de comportements inadaptés (mauvaise compliance, difficultés relationnelles, modification du comportement sexuel, prises de risque...)

B. L'adaptation psychologique de la femme :

Le travail d'adaptation psychologique a pour but de préserver au mieux l'intégrité physique et psychologique du sujet devant la maladie. Cette adaptation semble dépendre de plusieurs facteurs :

- ✓ Facteurs médicaux : pour ceux-ci, le retentissement fonctionnel de la maladie et de son traitement compte plus que son type, d'où le risque accru durant la phase active du traitement et en cas de chimiothérapie

adjuvante. L'existence de difficultés de santé antérieures ou surajoutées est également un facteur de risque d'une moins bonne adaptation psychique [173,176].

✓ Facteurs psychologiques [177] :

➤ type et richesse des stratégies d'adaptation utilisées par la patiente ;
l'adaptation active, par recherche d'informations et de partenariat, paraît la plus favorable en termes de diminution de la détresse psychologique, mais son retentissement en termes de survie ne peut être considéré comme établi.

- antécédents psychiatriques, notamment dépressifs, qu'il faudra rechercher.

- ✓ Facteurs psychosociaux, parmi lesquels l'adaptation des ressources financières et le soutien socio-familial, dont le rôle est majeur. Chez les femmes jeunes, le support social est d'autant moins disponible que leurs époux sont actifs professionnellement, et leurs enfants trop jeunes pour acquérir leur autonomie ou leur apporter un soutien [32]. Les femmes divorcées ou vivant seules apparaissent plus vulnérables ; le nombre d'enfants à charge est également un facteur de risque.

IX. SURVIE

Pour la majorité des auteurs, l'espérance de vie de jeunes femmes ayant un cancer du sein est inférieure à leurs homologues plus âgés ayant la même pathologie, et ceci est dû à plusieurs facteurs : agressivité du cancer du sein en cet âge (type histologique, grade SBR, l'envahissement ganglionnaire qui est beaucoup plus fréquent chez la femme jeune,)[163].

Dans la série de HANNA [163] le taux de survie à 5 ans été de 71,5%, pour BAKKAL [118] ce taux été de 40% ; alors que pour BOUAMAMA [138] le taux de survie à 3 ans été de 73,5%

Dans notre étude pour un recul allant de 5 mois à 3ans, toutes nos patientes sont survivantes et bénéficient d'un suivi régulier selon un planning bien étalé : surveillance toutes les 04 mois pendant les 02 premières années et tout les 06 mois jusqu'à la cinquième année et une fois par an au-delà de cinq ans.

X – Les points forts et les faiblesses de l'étude :

- **Les points forts de l'étude :**

L'étude que nous avons réalisée au sein du service de chirurgie de l'Institut National d'Oncologie est une étude rétrospective à propos de cinq cas. La population choisie est constituée des femmes jeunes instruites acceptant facilement l'idée d'être opérée. Comme l'a souligné Caprice [145], Les femmes désireuses d'une reconstruction mammaire sont pour la plupart des femmes éduquées d'un certain niveau culturel et bénéficiant d'une couverture sociale.

Par ailleurs, nous avons décidé de prendre en compte la reconstruction mammaire par lambeau musculocutané de grand dorsal dans sa globalité, alors que la plupart des autres études ne se sont intéressées qu'un seul aspect de cette technique, que ce soit les indications, les complications ou autres. Le but de notre démarche étant de faire connaître cette technique encore méconnue dans notre pays et de la traiter sur toutes ses formes, afin de faire bénéficier ces patientes jeunes d'une technique qui peut être indiscutablement l'alternative à la mastectomie qui représente un véritable fardeau dans la vie d'une femme.

- **Les faiblesses de l'étude :**

Malgré une fiche d'exploitation des patientes très riches, nous n'avons pas toujours pu recueillir l'ensemble des informations escomptées et en particulier concernant le temps opératoire et les détails de l'intervention en elle-même.

Une des difficultés de notre étude était de faire une évaluation du résultat esthétique selon le chirurgien et selon la patiente. L'évaluation étant tout à fait subjective, généralement, toutes les patientes sont satisfaites des résultats esthétiques. D'autres études ont essayé d'évaluer le résultat esthétique en se

basant sur un questionnaire remis aux patientes avec une échelle de 0 à 4 [146]. L'étude réalisée par Cohen en 2005 [147] montre que malgré les différents critères retenus par les chirurgiens pour juger du résultat esthétique, en particulier la symétrie de taille, la symétrie de forme et la position du sillon sous-mammaire [148], l'appréciation finale revient à la patiente.

Une autre étude [150] a pu comparer de la qualité de vie chez les patientes ayant bénéficiées d'une reconstruction mammaire de celles qui se sont contentées d'une mastectomie. Une étude [151] a montré en se basant sur un questionnaire rempli par les patientes que la technique de reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal était moins douloureuse qu'une reconstruction par TRAM. En revanche l'utilisation de morphine pour calmer la douleur à la suite d'une reconstruction par DIEP flap est moins importante que lorsqu'il s'agit d'un lambeau de grand dorsal [152]. Certains auteurs comme Donal [153] préfèrent faire systématiquement une anesthésie para-vertébrale avec de la Lévobupivacaine. D'autres [154] proposent de placer un cathéter pour y injecter de la bupivacaine au niveau du site donneur et de la région mammaire.

CONCLUSION

La reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal est la méthode la plus ancienne mais la plus fiable des techniques de reconstruction. Les procédés diffèrent selon les auteurs, mais nous retiendrons que le lambeau autologue est préféré au lambeau associé à une prothèse car il permet d'éviter la formation d'une coque péri-prothétique et ne contre-indique pas une éventuelle radiothérapie postopératoire comme dans le cas d'une prothèse. C'est un procédé tout à fait adapté pour les reconstructions mammaires sans l'utilisation d'implant. Sa facilité d'utilisation, sa reproductibilité, sa fiabilité, ses contraintes acceptables et son faible taux de complication en font une réponse adaptée au besoin important de reconstructions mammaires de qualité, surtout dans les cas de reconstructions mammaires difficiles avec des séquelles radiques importantes. L'utilisation du lipomodelage chirurgical [40, 41] représente le complément idéal de cette technique et permet actuellement d'optimiser les résultats en obtenant le plus souvent un sein reconstruit de volume, de forme et de consistance proches d'un sein normal, surtout dans le cadre des reconstructions mammaires immédiates. Dans cet esprit, le lambeau de grand dorsal sans prothèse peut être considéré non seulement comme une méthode de reconstruction autologue mais aussi comme un site receveur de greffe adipocytaire.

Nous reconstruisons la PAM lors du temps de reconstruction immédiate, ce qui favorise de façon importante l'intégration du nouveau sein dans le schéma corporel. La morbidité du site donneur est faible, la récupération postopératoire est rapide et l'intégrité fonctionnelle du muscle grand dorsal est préservée à 100 %. Il n'existe pas de différences majeures dans les résultats obtenues avec une reconstruction mammaire immédiate ou différée, mais la seconde est

souvent préférée afin de permettre aux patientes d'accepter la mastectomie pour faire le deuil de leur sein, et permet de débiter rapidement le traitement adjuvant.

La morbidité globale varie entre 15 et 20 % selon les techniques utilisées, en dehors de la survenue d'un sérome dorsal qui reste très fréquente mais qu'il est facile de ponctionner et qu'on peut même éviter en prenant certaines mesures. Cette morbidité est négligeable compte tenu du bénéfice apporté. En effet, bien qu'il reste subjectif, le taux de satisfaction sur le plan esthétique reste très encourageant.

La chirurgie de reconstruction du sein est actuellement une spécialité à part entière, et l'oncoplastie tient une grande place dans la formation du chirurgien cancérologue.

Le traitement du cancer du sein repose désormais sur une prise en charge multidisciplinaire incluant le gynécologue, le chirurgien, le plasticien, le réanimateur, l'oncologue, le radiothérapeute et le psychiatre. La reconstruction mammaire devra faire partie intégrante de ce traitement vu qu'elle n'influe pas sur le pronostic à long terme et en particulier le lambeau de grand dorsal qui donne des résultats satisfaisants et stables.

RESUME

RÉSUMÉ

Titre : lambeau musculocutané du grand dorsal, alternative à la mastectomie dans le cancer du sein chez la jeune (à propos de 5 cas).

Auteur : Chaouch Youssef

Mots clés : Cancer du sein, lambeau musculocutané du grand dorsal, reconstruction du sein.

Le cancer du sein est le premier cancer de la femme dans le monde, celui de la femme jeune a des caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et également pronostiques propres .L'âge jeune est très souvent corrélés à des facteurs pronostic péjoratifs: forme familiale, multifocalite .En présence de facteurs prédictifs de récidence le traitement conservateur n'est pas indiqué et la mastectomie reste la seule option envisageable, malgré l'impact psychologique et socio-professionnel.

La reconstruction mammaire immédiate avec conservation de l'étui cutané,et lambeau myocutané du grand dorsal grasseux est une alternative au traitement mutilant permettant de satisfaire les deux impératifs carcinologique et esthétique.

La présente étude se propose d'apporter les résultats préliminaires d'une série de cinq patientes durant les trois dernières années.Toutes ces patientes ont nécessité une mastectomie. Les contre indications du traitement conservateur étaient: la multifocalite, la taille tumorale, la maladie de Paget. Toutes ces patientes ont catégoriquement refusé le traitement mutilant. La reconstruction mammaire immédiate par lambeau myocutané grasseux et pédiculisé a été réalisée. Nous relatons l'aspect technique de cette intervention en précisant le fait que c'est une intervention reproductible nécessitant une expertise .les traitements adjuvants (chimiothérapie et radiothérapie) sont réalisés dans les délais sans retard.

La reconstruction mammaire confère des résultats carcinologiques satisfaisants en terme de contrôle loco régional. Sur le plan cosmétique La reconstruction mammaire immédiate sans prothèse assure une satisfaction chez toutes nos patientes, leur permettant de préserver le schéma corporel gage d'une réintégration sociale rapide.

SUMMARY

Title: The latissimus dorsi myocutaneous flap as an alternative to mastectomy in the breast cancer in young (about 5 cases).

Author: Chaouch Youssef

Key words: Breast cancer, the latissimus dorsi myocutaneous flap, breast reconstruction.

Breast cancer is the leading cancer in women worldwide, that the young woman has epidemiological, diagnostic and prognostic own also. Younger age is often correlated with prognosis pejorative factors: familial, multifocality. in the presence of predictors of recurrence conservative treatment is not indicated and mastectomy is the only option, despite the psychological impact and socio-professional

Immediate breast reconstruction with preservation of the holster skin, and the latissimus dorsi myocutaneous flap is an alternative to greasy mutilating treatment to meet both requirements oncologic and aesthetic

This study aims to provide preliminary results of a series of five patients during the last three années. Toutes these patients required a mastectomy. Cons of conservative treatment indications were: multifocality, tumor size, Paget's disease. All these patients were categorically refused mutilating treatment. Immediate breast reconstruction with myocutaneous flap and fat to pédiculise been performed. We report the technical aspects of this procedure stating that it is reproducible intervention requiring expertise. Adjuvant therapies (chemotherapy and radiotherapy) are completed on time without delay.

Breast reconstruction gives satisfactory oncological results in terms of loco regional control. The cosmetic immediate breast reconstruction without prosthesis ensures satisfaction among our patients, enabling them to preserve the body schema guarantee of rapid social reintegration.

العنوان : إعادة تكوين الثدي بجزء الظهر الكبيرة الذهنية ببدلي الظهر الكبيرة الذهنية.

من طرف: و يو

الكلمات الأساسية: الظهر الكبيرة الذهنية, إعادة تكوين الثدي.

سرطان الثدي هو ، حيث يتميز عند المرأة الشابة بمميزات وبائية تشخيصية و كذلك تكهنية خاصة. يرتبط صغر السن في كثير من الأحيان بعوامل تكهن سلبية . بوجود عوامل مربية لظهور الورم من جديد، العلاج الإحتفاظي غير مرشح و الثدي يظل الخيار الوحيد رغم الأثر السلبي النفسي و المهني.

إعادة تكوين الثدي بجزء الظهر الكبيرة الذهنية بطريقة فورية ببدلي الظهر الكبيرة الذهنية أيضا الجانبين.

تهدف هذه الدراسة إلى تقديم النتائج الأولية مريضات ماضية، جميع المريضات (باجيت) المريضات الجلدية الذهنية العنقية. حيث تكوين

لهذه العملية مبرزين أنها عملية (الكيميائي) تأخير.

تكوين لها ورمية مرضية فيما يخص موضعيا.

العملية الفورية جميع المريضات حيث سريع.

Bibliographie

- [1] LAHLAIDI A. Anatomie topographique - volume III, p : 57-58-61.
- [2] PONSJ Y. Abrégé de sénologie – Edition Masson Paris 1995.
- [3] TRISTANT H, BENMUSSA M, BOKOBSA J, ELBAZ P. Variations du sein normal, aspects mammographiques et échographiques –EMC (Paris), 810. G15, 1994, p : 1-8.
- [4] ELBAZ JS. Prothèses mammaires – Paris : MEDSI 1982, 136p.
- [5] Bakkali H, Marchal C, Lesur-Schwander A et al. Le cancer du sein chez la femme de 30 ans et moins. Cancer Radiother 2003; 7: 153-9.
- [6] Chan A, Pintilie M, Vallis K et al. Breast cancer in women <35 ans years: review of 1002 cases from a single institution. Ann Oncol 2000; 11: 1255-62.
- [7] Espié M, Cottu PH. Cancer du sein chez la jeune femme : problèmes et questions. Pathol Biol 2003; 51: 391-2.
- [8] Foxcroft LM, Evans LB, Porter AJ. The diagnosis of breast cancer in women younger than 40 years. Breast 2004; 13: 297-306
- [9] Gadjos C, Tartter PI, Bleiweiss IJ et al. Stade 0 to stade III breast cancer in young women. J Am Coll Surg 2000; 190: 523-9.
- [10] Gelman K, Partridge AH, Manow M et al. Breast cancer in young women. ASCO 2005 congress. Educational book pp61-7.
- [11] Gonzales-Angulo AM, Brolio K, Kau SW et al. Woman age less than 35 years with primary breast carcinoma: disease features and presentation. Cancer 2005; 103:2466-72.
- [12] Khanfir A, Frikha M, Kallel F et al. Le cancer du sein chez la femme jeune dans le sud tunisien. Cancer Radiothérapie 2006; 10: 565-7.
- [13] Kothary AS. Breast carcinoma in women aged 25 years or less. Cancer 2000; 94: 606-14.
- [14] Litton JK, Eralp Y, Gonzales-Angulo A et al. Multifocal breast cancer in women<35 years old. Cancer 2007; 110: 1445-50.
- [15] Maggard MA, O'Connell JB, Lane KE et al. Do young breast cancer patients have more outcomes? J Surg Res 2003; 113: 109-13.
- [16] Paillocher N, Abadie Lacourtoisie S, Fondrinier E et al. Cancer du sein infiltrant chez les femmes de moins de 25 ans. Press med 2006 35; 1618-24.
- [17] Rochefordière A, Asselain B, Campana F at al. Age as prognostic factor in premenopausal breast carcinoma. Lancet 1993; 341: 1039-43.
- [18] Winchester DP et al. Breast cancer in young women. Surg Clin North Am 1996; 76, P: 279- 87

- [19] Hankey BF, Miller B, Curtis R et al. Trends in breast cancer in younger women in contrast to older women. J Natl Cancer Inst Monogr 1994; 16, P: 7-14.
- [20] Wonshik Han et Al , The incidence of breast cancer in young women (age < 35) BMC Cancer 2004, 4, P:82
- [21] S. Ben AHMED et Al
Pronostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes : analyse d'une série hospitalière de 729 patientes, Santé publique 2002/3, N° 14, p. 231-241.
- [22] A. Boukerche, A. Yahia, R. Madouri, C. Bechekat, N. Benaïcha, A.F. Dali-Youcef Cancer du sein de la femme jeune dans l'ouest de l'Algérie Cancer/Radiothérapie 12 (2008) p 713_753
- [23] Lazreqh, Hicham Cancer du sein de la femme jeune (1996-2000) : (A propos de 52 cas à la maternité Lalla Meryem) Thèse Méd, Casablanca, 2001 ; n°261.
- [24] 1 BRETTE J.P., MATHELIN C., GAIRARD B., BELLOCQ J.P. Cancer du sein, Elsevier Masson 2007.
- [25] TARDIVON A., MALHAIRE C. Cancer du sein (I). Epidémiologie, facteurs de risque, imagerie, Encycl Med Chir (Elsevier SAS, Paris), 2009, vol. 34-8000-A-40.
- [26] FOURNIER A., BERRINO F., CLAVEL-CHAPELON F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study, Breast Cancer Res Treat, 2008, vol. 107, n° 1, 103-111.
- [27] WWW.HAS-SANTE.FR. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Rapport d'orientation: 2004.
- [28] WWW.HAS-SANTE.FR. Place de l'IRM dans le bilan d'extension locorégionale pré thérapeutique du cancer du sein. Rapport d'évaluation technologique, 2010.
- [29] Bollet MA, Sigal-Zafrani B, Mazeau V et al. Age remains the first prognostic factor for loco-regional breast cancer recurrence in young (<40 years) women treated with breast conserving surgery first. Radiother Oncol 2007; 82: 272-80.
- [30] Claus EB, Risch N, Thomson WD et al. Autosomal dominant inheritance of early-onset breast cancer: implication for risk prediction. Cancer 1994; 73: 643-51.
- [31] Host H, Lund E. Age as a prognostic factor in breast cancer. Cancer 1986; 57: 2217-21.

- [32] Wooster R, Weber BL. Breast and ovarian cancer N Engl J Med 2003;348:2339-47
- [33] Peto J, Collins N, Barfoot R et al. Prevalence of BRCA1 and BRCA2 gene mutations in patients with early-onset breast cancer. J Natl cancer Institut, 1999; 91: 943-9.
- [34] Couch. FJ, Cerhan JR, Vierkant RA, Grabrick DM. Cigarette smoking increases risk of breast cancer in high risk breast cancer families. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2001; 4 : 327-32
- [35] Delay E., Delaporte T., Sinna R. Alternatives aux prothèses mammaires Ann. Chir. Plast. Esthet. 2005 ; 50 : 652-672 [inter-ref]
- [36] Gisquet H., Delay E., Paradol P.O., Toussoun G., Delaporte T., Perol D. Prevention of seroma by quilting suture after harvesting latissimus dorsi flap. The “Chippendale” technic Ann. Chir. Plast. Esthet. 2009 ; (Aug11 [Epub ahead of print]).
- [38] Delay E. Breast deformities Fat injection: from filling to regeneration St Louis: Quality Medical Publishing (2009). 545-586
- [39] Delay E., Gosset J., Toussoun G., Delaporte T., Delbaere M. Efficacité du lipomodelage pour la correction des séquelles du traitement conservateur du cancer du sein Ann. Chir. Plast. Esthet. 2008 ; 53 : 153-168 [cross-ref]
- [40] Kuhl CK, Schrading S, Leutner CC et al. Mammography, breast ultrasound, and magnetic resonance imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer. Journal of Clinical Oncol 2005; 23: 8469-76.
- [41] Tilanus-Linthorst MM, Obdeijn IM, Bartels KC et al. First experiences in screening women at high risk for breast cancer with MR imaging. Breast Cancer Res Treat 2000; 63: 60.
- [44] C Mathelin, B Morin, C Y Akladios. Prise en charge des cancers bifocaux de proximité: traitement conservateur ? Ganglion sentinelle ? Mise à jour du CNGOF 2011.p :421-37.
- [45] Berg WA et al. Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US, and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. Radiology 2004; 233: 830-49.

- [46] Ottinetti A, Sapino A. Morphometric evaluation of microvessels surrounding hyperplastic and neoplastic mammary lesions. *Breast Cancer Res* 1988; 11: 241-8.
- [47] Weidner N, Semple JP, Welch et al. Tumor angiogenesis and metastasis, correlation in invasive breast carcinoma. *New England J Med* 1991; 324: 1-8.
- [48] Holland R et al. Histologic multifocality of Tis, T1-2 breast carcinomas- Implications for clinical trials of breast-conserving surgery. *Cancer* 1985; 56:979-90.
- [49] Coombs NJ, Boyages J. Multifocal and multicentric breast cancer: does each focus matter? *JCO* 2005; 23: 7497-501.
- [50] Tot T, The metastatic capacity of multifocal breast carcinomas: extensive tumors versus tumors of limited extent. *Hum Pathol* 2009; 40: 199-205.
- [51] Bruno Boyer. Plaidoyer en faveur de l'IRM dans le bilan d'extension des cancers du sein. *Imagerie de la Femme* 2008;18:107-109.
- [52] Awad AT, el-Husseini G, Anwar M, et al. Bilateral primary breast cancers: a clinicopathological study of the second primary. *Int Surg* 1996;81:57-60.
- [53] Beller FK et al. Bilateral breast cancer: the frequency of undiagnosed cancers. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155:247-55.
- [54] De la Rochefordiere A, Asselain B, Scholl S, et al. Simultaneous bilateral breast carcinomas: A retrospective review of 149 cases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1994;30:35-41.
- [55] Gogas J, Markopoulos C, Skandalakis P, Gogas H. Bilateral breast cancer. *Am Surg* 1993;59:733-5.
- [56] Graham MD, Yelland A, Peacock J, et al. Bilateral carcinoma of the breast. *Eur J Surg Oncol* 1993;19:259-64.
- [57] Heron DE, Komarnicky LT, Hyslop T, et al. Bilateral breast carcinoma: risk factors and outcomes for patients with synchronous and metachronous disease. *Cancer* 2000;88:2739-50.
- [58] Hungness E S, Safa M, Shaughnessy E A, et al. Bilateral synchronous breast cancer: mode of detection and comparison of histologic features between the 2 breasts. *Surgery* 2000;128:702-7.
- [59] Intra M, Rotmensz N, Viale G, et al. Clinicopathologic characteristics of 143 patients with synchronous bilateral invasive breast carcinomas treated in a single institution. *Cancer* 2004; 101:905-12.
- [60] Jobsen JJ, van der Palen J, Ong F, Meerwaldt JH. Synchronous, bilateral breast cancer: prognostic value and incidence. *Breast* 2003; 12:83-8.

- [61] Michowitz M, Noy S, Lazebnik N, Aladjem D. Bilateral breast cancer. *J Surg Oncol* 1985;30:109–12.
- [62] Polednak AP. Bilateral synchronous breast cancer: a population-based study of characteristics, method of detection and survival. *Surgery* 2003;133:383–9.
- [63] Sears HF, Janus C, McDermott A, Grotzinger P. Bilateral breast carcinoma: prospective evaluation of factors assisting diagnosis. *J Surg Oncol* 1986;32:203–7.
- [64] Takahashi H, Watanabe K, Takahashi M, et al. The impact of bilateral breast cancer on the prognosis of breast cancer: a comparative study with unilateral breast cancer. *Breast Cancer* 2005;12:196–202.
- [65] Liberman L, Morris EA, Kim CM, et al. MR imaging findings in the contralateral breast of women with recently diagnosed breast cancer. *AJR Am J Roentgenol* 2003;180:333–41.
- [66] O. Marpeau, P.-Y. Ancel, M. Antoine, et al. Cancers du sein bilatéraux synchrones: facteurs de risque, diagnostic, histologie, traitement. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 36 (2008) 35–44.
- [67] Winchester DP et al. Breast cancer in young women. *Surg Clin North Am* 1996; 76, P: 279- 87
- [68] A. Gonçalves ,P.Viens, H. Sobol, D. Maraninchi, F. Bertucci. Altérations moléculaires des cancers du sein : applications cliniques et nouveaux outils d'analyse *La Revue de médecine interne* 26 (2005) 470–478
- [69] François Bertucci et al. Gene expression profiling of breast carcinomas Using Nylon DNA arrays *C. R. Biologies* 326 (2003) 1031–1039
- [70] Hanahan D, Weinberg RA. et al. The hallmarks of cancer. *J Cell Sci*, 2000; 100:57–70.
- [71] John EM, Miron A, Gong G et Al. Prevalence of pathogenic BRCA1 mutation carriers in 5 US racial/ethnic groups *JAMA*, 2007; 298:2869-2876
- [72] P. PUJOL et al. PRÉDISPOSITIONS FAMILIALES AUX CANCERS DU SEIN *J. Le Sein*, 2004, t. 14, n° 2, pp. 141-144
- [73] Baguet, A, et al. The exon-junction-complex-component metastatic lymph node 51 functions in stress-granule assembly. *J Cell Sci* (2007);120:, 2774-2784
- [74] C.GohfiB. et al Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58209 women with breast cancer and 101986 women without the disease. *Lancet*, 2001; 358:1389-99.

- [75] M. Boisserie-Lacroix, N. Lebiez-Michel, P. Cavigni, J. Bentolila, H. Laumonier, M. Bouzgarrou, H. Trillaud Échographie du sein : nouvelles approches Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2006 ; 34 : 1170–1177
- [76] Hylton NM, Kinkel, et al
Technical aspects of breast magnetic resonance imaging Top Magn Reson Imaging 1998;9:3-16
- [77] Weidner N, Semple JP, Welch et al
Tumor angiogenesis and metastasis, correlation in invasive breast carcinoma New England J Med 1991; 324:1-8
- [78] Schnall MD et al
Diagnostic architectural and dynamic features at breast MR imaging: multicentric study Radiology 2006; 238: 42-53
- [79] S. UZAN, R. GAUDET
Cancer du sein : Epidémiologie, anatomie pathologique, dépistage, diagnostic, évolution, principes du traitement Revue du pratitien 1998; 48 : 788-96
- [80] Kuhl CK, Scharding S, Leutner CC et al
Mammography, breast ultrasound, and magnetic resonance imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer Journal of oncol 2005; 23:8469-76
- [81] Boetes C, Strijk SP, Holland R et al.
False-negatives MR imaging of malignant breast tumors. Eur radiol 1997;7:1231-34
- [82] Drew P, et al
Dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging of the breast is superior to triple assessment for the pré-operative detection of multifocal breast cancer. Ann Surg Oncol 1999; 5:599-603
- [83] Lehman CD, Blum JD, Thickman D et al.
Added cancer yield of MRI in screening the contralateral breast of women recently diagnosed with breast cancer J Surg Oncol 2005; 92:9-15
- [84] Frei KA, Bonel HM, Pelte MF, et al.
Paget disease of the breast: findings at magnetic resonance imaging and histopathologic correlation. Invest radiol 2005; 40: 363-7
- [85] Lehman CD, Gatsonis C, Kuhl CK, et al.
MRI evaluation of the contralateral breast in women with recently diagnosed breast cancer. N Engl J Med 2007; 356, P: 1295–1305.
- [86] Balu-Maestro C, Chapellier C, Bleuse A et al.
Imaging evaluation of response to neoadjuvant breast cancer treatment benefits of MRI Breast Cancer Response Treatment 2002; 72:145-52

- [87] Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer JAMA 2005; 293(10):1245–56
- [88] Houssami, L. Irwig, M. Simpson J, M. McKessar, S. Blome Sydney breast imaging accuracy study: comparative sensitivity and specificity of mammography and sonography in young women with symptoms. Am J Roentgenol, 2003; 180 : 935–40.
- [89] Halsted (1907). « The results of radical operation for the cure of cancer of the breast ». Ann Surg 46(1) :1-19.
- [90] Pattey, D.H (1948). « The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. » Breast J Cancer 2/7-13
- [91] Madden, J .L. Kandalaft, S., et al. (1970). « Modified radical mastectomy. » Prensa Med Argent 57 (29) :1421-3
- [92] Kroll, S. S., Ames, F., et al. (1991). « The oncologic risks of skin preservation at mastectomy when combined with immediate reconstruction of the breast. » Surg Gynecol Obstet 172 (1) :17-20
- [93] Beegle, P. H., Jr. (1994). «Immediate single-stage TRAM and nipple-areola reconstruction» Clin Plast Surg 21 (2) : 321-6
- [94] Carlson, G. W., Bostwick, J., 3rd, et al. (1997). «Skin-sparing mastectomy. Oncologic and reconstructive considerations.» Ann Surg 225(5) :570-5; discussion 575-8
- [95] ARNAR V, KRICHNEMATHY A, HALADOR NAKANS MS, SRAIN R, CHINOY N. Breast conservation treatment in women with locally advanced breast cancer, experience from single center. Inter journal of surgery 2006 V 4 N3 P105-114
- [96] Delay E. Fat injections to the breast: the lipomodeling technique Breast plastic surgery New York: Elsevier (2009).
- [97] Coleman S.R. Facial recontouring with lipostructure Clin. Plast. Surg. 1997 ; 24 : 347-367 [cross-ref]
- [98] Mojallal A, Breton P, Delay E, Foyatier JL. Greffe d'adipocytes : applications en chirurgie plastique et esthétique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - chirurgie plastique, 45-125, 2004 : 21p.

- [100] Clough K.B., Louis-Sylvestre C., Fitoussi A., Couturaud B., Nos C. Donor site sequelae after autologous breast reconstruction with an extended latissimus dorsi flap *Plast. Reconstr. Surg.* 2002 ; 109 : 1904-1911
[cross-ref]
- [111] DELAY E, BOBIN JY, RIVOIRE M. Reconstructions partielles esthétiques des déformations majeurs du sein et des rechutes intra mammaires après traitement conservateur. In : Mole B, editor. *Actualités de chirurgie esthétique*. Paris : Masson ; 1993.p.41-55.
- [112] PETIT JY, MICHEL G, GENIN J, LASSER P, BARREAU-POUHAER L, TRVTAGLI JP, Traitement conservateur du cancer du sein. *Revue des techniques chirurgicales à la lumière des résultats esthétiques. Cah cancer* ; 1989 ; 1 p : 217.
- [113] GARUSI C, PETIT JY, RIETJENS M, LANFREY E, La place de la chirurgie plastique dans le traitement conservateur du cancer du sein. *Ann Chir Plast esthet* ; 1997 ; 42 pp : 168-76.
- [114] Foxcroft, E.B. Evans, C. Hirst and B.J. Hicks, Presentation and diagnosis of adolescent breast disease. *Breast*, 2001; 10: 399–404. 100
- [115] Morgan A, Osborn GD, E-Saify W, Vaughan-Williams E, Young women with breast cancer; clinical, histopathological and prognostic considerations Williams RJL. Royal Glamorgan Hospital March 2004
- [116] Higginson J MC, et al. Human cancer; epidemiology and environmental causes. *Cambridge Monographs on cancer research*. Cambridge University Press, 1992.
- [117] Freund, L. Mirabel, K. Annane, and C. Mathelin. Allaitement maternel et cancer du sein, *Breastfeeding and cancer. Gynécol Obstét Fert*, 2005 ; 33 (10) : 739-44.
- [118] Bakkali, C. Marchal, A. Lesur-Schwander and J. -L. Verhaeghe Le cancer du sein chez la femme de 30 ans et moins *Cancer/Radiothérapie* . 2003, 7(3) : 153-9.
- [119] Helena Jernström, Niklas Loman, Oskar T. Johannsson Impact of teenage oral contraceptive use in a population-based series of early onset breast cancer cases who have undergone BRCA mutation testing. *Eur J Cancer*, 2005; 41(15) : 2312-20.
- [120] Kumle, E. Weiderpass and T. Braaten. Use of oral contraceptives and breast cancer risk: the Norwegian–Swedish Women’s Lifestyle and Health Cohort Study, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2002; 11 (11) : 1375–81

- [122] Marc Revol J-MS. Manuel de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique. Paris, 1993.
- [123] Tansini I. Nouvo processo per l'amputazione della mammella per cancro. Riforma medica 1906; 12: 3.
- [124] Olivari N. The latissimus flap. Br J Plast Surg 1976; 29 (2): 126.
- [125] Bostwick J, 3rd, Nahai F, Wallace JG, Vasconez LO. Sixty latissimus dorsi flaps. Plast Reconstr Surg 1979; 63 (1): 31.
- [126] Wonshik Han et Al The incidence of breast cancer in young women (age < 35) BMC Cancer 2004, 4, P:82
- [127] S. Ben AHMED et Al Pronostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes : analyse d'une série hospitalière de 729 patientes, Santé publique 2002/3, N° 14, p. 231-241.
- [128] A. Boukerche , A. Yahia , R. Madouri , C. Bechekat , N. Benaicha , A.F. Dali-Youcef Cancer du sein de la femme jeune dans l'ouest de l'Algérie Cancer/Radiothérapie 12 (2008) p 713_753 103
- [129] Lazreqh, Hicham Cancer du sein de la femme jeune (1996-2000) : (A propos de 52 cas à la maternité Lalla Meryem) Thèse Méd, Casablanca, 2001 ; n°261.
- [130] M Boissierie-Lacroix, E Dos Santos, N Lebiez-Michel, JB Galtier, M Bouzgarrou et H Trillaud Mammographie de la femme jeune : comment interpréter une image anormale ? J Radiol 2004 ; 85 :2135-42
- [131] Foxcroft, E. B. Evans and A. J. Porter, The diagnosis of breast cancer in women younger than 40. Breast, 2004; 13 (4), P: 297-306.
- [132] Ntekim.A , Nufu. FT, Campbell. OB : Breast cancer in young women in Ibadan, Nigeria African health Sciences 2009Vol;9(4) : 242-246
- [133] J Kollias, CW Elston, 10 Ellis, JFR Robertson and RW Blamey Early-onset Breast cancer : histopathological and prognostic considerations. British Journal of Cancer (1997) 75(9), 1318-1323
- [134] A.Khanfir et al Cancer du sein de la femme jeune dans le sud tunisien. Cancer /radiothérapie 2006; 10 :565-571
- [135] Kim JK, Kwak BS, Lee JS, et al. Do very young Korean breast cancer patients have worst outcome? Annals of Surgical Oncology 2007: 14(12), P: 3385-91
- [136] A.Chan, M. Pintilie, K.Vallis, C.Girourd et P.Goss. Breast cancer in women younger than 35 years: Review of 1002 cases from a single institution. Annals of Oncology 2000; 11: 1255-62 104

- [137] I Guerra, J Algorta, R Di'az de Otazu, A Pelayo, J Farin a Immunohistochemical prognostic index for breast cancer in young women J Clin Pathol: Mol Pathol 2003; 56:323–327
- [138] I.Bouamama et al Le cancer du sein chez la femme jeune :particularités épidémiologiques, génétiques, pathologiques, biologiques et thérapeutiques Cancer/Radiothérapie 13 (2009) 644–697
- [139] Persand Busunt Sandhya Le cancer du sein chez la femme de 30 ans ou moins Thèse Med, Université Bordeaux 2, 1999 ; n°127 DAVID MINTZER, JOHN GLASSBURN, BERNARD A. MASON, DAHLIA SATALOFF Breast Cancer in the Very Young Patient: A Multidisciplinary Case Presentation The Oncologist 2002;7:547-554
- [140] Colleoni, N. Rotmensz,, C. Robertson, L. Orlando, G. Viale, G. Renne. Very young women (<35 years) with operable breast cancer: features of disease at presentation Ann Oncol, 2002 ; 13 :273-9.
- [141] Lerebours, P. Bertheau, I. Bieche, L.F. Plassa, M.H. Champeme and K. Hacene Two prognostic groups of inflammatory breast cancer have distinct genotypes Clin Can Res, 2003 ; 9(11) :4184–9.
- [143] Med Omar Berrada, La reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal,(1992-2004):(A propos de 32 cas à l'INO)thèse Mèd,Rabat, 2007 ; N°181
- [144] M. DEJODE.V.BONDES. I. JOFFRE.J. M. Classes. F. DROVET.2005 « Résultats oncologiques, fonctionnels et esthétiques, Evaluation de la qualité de vie après les reconstructions mammaires par lambeau de muscle grand dorsal » Service d'oncologie chirurgicale, centres Rêne. Ganduchau, CLCC Nantes-st-Herblaim.
- [145] Caprice K (2006), « A Multi Institutional analysis of the socioeconomic Determinants of Breast reconstruction ».Annals of Surgery, Volume 243, N° 2
- [146] William N. Antrade (2006), « Patient self-Assessment of the cosmetic results of Breast reconstruction » Plast Reconstr Surg, Volum 117, Number 1, Breast Reconstruction Results.
- [147] Michael Cohen (2005), « A Subjective Rating for Evaluating the appearance Outcome of Autologous Breast Reconstruction » Plast.Reconstr.Surg.116 : 440
- [148] Asplund O, Nilsson B. (1984), « Interobserver and cosmetic result of submuscular breast reconstruction », Plast reconstr Surg, 18 (2) : 215-220
- [149] David B.Sarwer (2006) « Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery : Clinical, Empirical, and Ethical Perspectives », Plastic Surgical Nursing, Volume 26, Number 1

- [150] Patricia A. Parker (2004), «Breast reconstruction and Psychosocial Adjustment : What Have We Learned and Where Do We Go from Here ? », Seminar in plastic surgery, Vol 18, n°2
- [151] Emmanuel Delay (2000), « Sensitivity of Breasts Reconstructed with the Autologous Latissimus Dorsi Flap », Plast Reconstr surg, Vol 106, N° 2
- [152] Alok Misra (2006), « A comparison of Postoperative Pain between DIEP and Extended Latissimus Dorsi Flaps in Breast Reconstruction », Past Reconstr Surg. Vol 117, N° 4
- [153] Donal J. Buggy (2004), « Paravertebral Analgesia with Levobupivacaine Increases Postoperative Flap Tissue Oxygen Tension after Immediate Latissimus Dorsi Breast Reconstruction Compared with Intravenous Opioid Analgesia », Anesthesiology, Vol 100, N° 2, Feb 2004
- [154] Michael Baroody (2004), « Efficacy of the Pain Pump Catheter in Immediate Autologous Reconstruction », Past Reconstr Surg, Vol 114, N° 4
- [155] Michy, G. Le Bouëdec, F. Mishellany, F. Penault-Llorca and J. Dauplat Existe-t-il encore une place pour l'examen extemporané dans le cancer du sein ? Gynécol Obstét Fert, 2006 ; 24(2) :115-9
- [156] Clough, et al. Diagnosis of breast tumours: fine needle aspiration versus microbiopsy Gynécol Obstét Fert, 2005 ; 33 : 539.
- [157] Chek Siang Foo, David Su, Chee Keong Chong, Hong Chee Chng, Khoon Hean Tay, Sze Chuan Low. Breast cancer in young Asian women: Study on survival J Surg, 2005; 75 :54-6
- [158] Jobsen, J. van der Palen and J. H. Meerwaldt, The impact of age on local control in women with pT1 breast cancer treated with conservative surgery and radiation therapy. Eur J Cancer, 2001; 37(15) :1820-7
- [159] Steve H. et al. Women 35 years of age or younger have higher locoregional relapse rates after undergoing breast conservation therapy J Am Coll Surg, 1998; 187 (1) : 1-8
- [160] Porter, A. et al. Patterns of metastatic breast carcinoma: influence of tumour histological grade. Clin Radiol, 2004; 59(12) : 1094-8.
- [161] Melinda A. Maggard M.D Do young breast cancer patients have worse outcomes? J Surg Res, 2003, 113 (1) :109-13

- [162] Ji Hoon Kim, et al Factors Affecting the Ipsilateral Breast Tumor Recurrence after Breast Conserving Therapy in Patients with T1 and T2 Tumors J Breast Cancer 2009 December; 12(4): 324–30
- [163] Gajdos, P.I. Tartter and I.J. Bleiweiss. Stage 0 to stage III breast cancer in young women. J Am Coll Surg, 2000; 190 : 523–24
- [164] Hanna Fredholm, Sonja Eaker , Jan Frisell , Lars Holmberg , Irma Fredriksson , Henrik Lindman Breast Cancer in Young Women: Poor Survival Despite Intensive Treatment PLoS ONE November 2009, Vol 4 ; Issue 11, e7695
- [165] Voogd AC, Nielsen M, Peterse JL, et al. Differences in risk factors for local and distant recurrence after breast conserving therapy or mastectomy for Stage I and Stage II breast cancer: pooled results of two large European randomized trials. J Clin Oncol 2001; 19, P: 1688–1697.
- [166] Clarke M, Collins R, Darby S et als. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15–year survival: an overview of the randomised trials Lancet, 2005;366, P: 2087–106
- [167] JP Lefranc, C. Bensaid, E. Touboul, C. Genestie, B. Lauratet, G. Janaud, S. Fournet Comment réduire le risque de récurrence locale dans le cancer du sein après traitement conservateur ? e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2004, 3 (4) : 1–7
- [168] Aron Goldhirsch, Richard D. Gelber, Greg Yothers et al Adjuvant Therapy for Very Young Women with Breast Cancer: Need for Tailored Treatments Journal of the National Cancer Institute Monographs 2001; 30:44–51
- [169] G Freyer, P Romestaing et al Places respectives de la radiothérapie et de la chimiothérapie dans le traitement adjuvant du cancer du sein : intérêt théorique et faisabilité de la chimioradiothérapie Cancer/Radiother 1998 ; 2 : 723–31
- [170] Shannon. C, Smith. IE Breast cancer in adolescents and young women. Eur J Cancer 2003,39:2632–42.
- [171] Northouse.LL et al. Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations. J Natl cancer Inst Monogr 1994;16:183–90

- [172] Baider L, Andritsch E, Uziely B et al. Effects of age on coping and psychological distress in women Diagnosed with breast cancer Critical Review in Oncology Hematology 2003;46:5–16
- [173] Bloom JR, Kessler L. Risk and timing of counseling and support interventions for younger women With breast cancer. J Natl cancer Inst Monogr 1994;16:199–206.
- [174] Schag CA, Ganz PA, Polinsky ML et al. Characteristics of women at risk for psychosocial distress In the year after breast cancer. J Clin Oncol 1993;11:783–93.
- [175] Tjemsland L, Soreide JA, Malt UF. Traumatic distress symptoms in early breast cancer. II:Outcome Six weeks post surgery. Psycho-oncology 1996;5:295–303
- [176] Jenkins V, Shilling V, Fallowfield L et al. Does hormone therapy for the treatment of breast cancer have a detrimental effect on memory and cognition? A pilot study. Psycho-oncology 2004;13:61–6.
- [177] Ganz PA, Greendale L, Petersen GA et al. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment, J Clin Oncol 2003;21(22):4184–93.
- [178] Spiegel O, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. Biol Psychiatry 2003;54:269–82
- [179] Koopman C, Hermanson K, Diamond S et al. Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. Psycho-oncology 1998;7:101–11.
- [180] Chung M, Chang HR, Bland I, Wanebo J : Younger women with breast carcinoma have a poorer prognosis than older women. Cancer 1996; 77, P: 97–103.
- [181] Colleoni M, Rotmensz N, Peruzzotti G, et al. Role of endocrine responsiveness and adjuvant therapy in very young women (below 35 years) with operable breast cancer and node negative disease. Ann Oncol 2006; 17, P: 1497–503
- [182] Maggard, J.B. O’Connell and K.E. Lane. Do young breast cancer patients have worse outcomes? J Surg Res, 2003; 113 : 109–13

- [183] Anderson, K.C. Chu and S. Chang, Inflammatory breast carcinoma and non inflammatory locally advanced breast carcinoma: distinct clinicopathologic entities? J Clin Oncol, 2003; 21 (12) : 2254-9
- [184] Winchester, R.T. Osteen and H.R. Menck
The National Cancer Data Base report on breast carcinoma characteristics and outcome in relation to age. Cancer, 1996; 78 : 1838-43.
- [185] Turner BBC, Harrold E, Matloff E, Smith T, Gumbs AA, Beinfield M, et al. BRCA1/BRCA2 germline mutations in locally recurrent breast cancer patients after lumpectomy and radiation therapy: implications for breast-conserving management in patients with BRCA1/BRCA2 mutations. J Clin Oncol, 1999; 17: 3017-24
- [186] Azria, C. et al. Hormonothérapie adjuvante concomitante des cancers du sein: état de l'art Cancer/Radiothérapie 2004 ; 8 (3) : 188-96.
- [187] Wooster R, Heuhausen SL, Mangion J, Quirk Y, Ford D, Collins N, et al. Localization of a breast cancer susceptibility gene, BRCA2, to chromosome 13q12-13. Science 1994; 265, P: 2088-91
- [188] Moureau-Zabotto, C. Bouchet, D. Cesari, S. Uzan, J.P. Lefranc M. Antoine, C L'évaluation conjointe du contenu en ADN et de la fraction de cellules en phase S est un paramètre pronostique indépendant dans les cancers du sein de stades I et II. Cancer/Radiothérapie, 2005; 9 (8) : 575-86.
- [189] Holbro, G. Civenni and N. Hynes. The erbB receptors and their role in cancer progression Exp Cell Res, 2003; 284 : 99-110
- [190] Delaloge and H. Marsiglia. Bases génétiques de la radiosensibilité des cancers du sein • short survey. Cancer/Radiothérapie, 2005; 9(2) : 77-8

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضى هدفي
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.

والله على ما أقول شهيد.

سنة: 2013

أطروحة رقم: 38

إمادة تكوين الثديي بجزء من محصلة الظهر الكبيرة الذهنية كبديل

للاستئصال في ورم الثدي عند المرأة الشابة

(5)

أطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم: 1 2013

السيد: شاوش يوسف

المزداد بشفشاون بتاريخ 25 1983

من المدرسة الملكية لمصلحة الصحة العسكرية - الرباط

لغيل شهادة الدكتوراه في الطب

الأساسية: الظهر الكبيرة الذهنية تكوين

رئيس

السيد :

السيد: حفيظ

السيدة: ليلي

السيد: الطيب

}