

**RETENTISSEMENT PSYCHOSEXUEL  
SUITE À UNE RECONSTRUCTION  
MAMMAIRE IMMÉDIATE OU DIFFÉRÉE**

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 6 DÉCEMBRE 2006

PAR

**Magali HILMI-LE ROUX**

---

PRÉSIDENT DU JURY :	Monsieur le Professeur BOULANGER
JUGES :	Monsieur le Professeur GONDRY
	Madame le Professeur TESTELIN
	Monsieur le Professeur MERVIEL
	Monsieur le Docteur NAEPELS
DIRECTEUR DE THÈSE :	Monsieur le Docteur LEUILLET

À mon père,

Pour le regard qu'il a posé sur moi depuis le premier jour et qui me porte au quotidien.

À mon mari Olivier,

Pour son amour, son soutien, sa patience et sa gentillesse.

À nos aventures futures...

À mon frère Bernard,

Pour sa disponibilité et son aide constante.

Pour avoir, à maintes reprises de mon parcours, su m'orienter et me rassurer avec beaucoup d'intelligence et de subtilité.

À ma sœur Nathalie et mon beau-frère Mohammed,

Pour leurs encouragements, leur soutien, pour les réussites et les échecs qu'ils ont fêté et supporté avec moi.

Pour les tupperwares laissés dans mon frigo en période d'examen... c'est sûrement ce qui a fait la différence !

À mon neveu Marc et à ma nièce Aurélie,

Pour la récréation qu'ils m'offrent à chaque moment que l'on partage.

À ma mère.

À mes beaux parents, Sophie et Hervé,

Pour leur gentillesse et leur soutien.

Pour la délicatesse et l'intelligence de leurs relations aux autres.

À l'ensemble de ma famille et de ma belle-famille,

Pour le plaisir des relations simples.

À mes amis « azuréens » :

Valérie, Jeanne, Séverine, Alex, Nico, Jacques, Jean-François, Nicole, Fred et à l'ensemble de ma promotion niçoise.

À nos discussions qui ont changé le monde.

À nos révisions d'exams devant la photocopieuse.

À nos après-midi « studieuses » à la BU.

Aux expériences que l'on a vécues ensemble et qui nous ont rendu plus mature, plus sérieux, plus respon... bon d'accord, alors juste au plaisir que l'on a partagé et c'est déjà beaucoup.

À mes amis « picards » :

Tifenn et Lolo : la force tranquille... sauf en voiture.

Vincent : mais oui, ma voiture qui a explosé juste après que tu ais changé la batterie, c'était un hasard... depuis, j'ai appris la règle N°1.

Fred : il paraît qu'à Montdidier, le maire a organisé une grande battue pour arrêter le conducteur de la BMW qui roule à 150 dans son village... t'as pas des infos ?

Guy : c'est quoi ton boulot à toi, c'est de faire que même au CGO on peut attraper un fou rire...

Najib : ...ah oui ?!

Afif : ... walla, c'est vrai.

Clémence, Anabelle, Alain, Johanna, Audrey, Virginie, Abdel, Charlotte, Nadia, et les autres.

Vous avez fait de cette expérience picarde une tranche de vie inoubliable. J'ai trouvé à l'autre bout de la France une nouvelle famille de cœur.

À mon président de jury,

**Monsieur le professeur J. Ch. BOULANGER**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier (gynécologie obstétrique)

Officier de l'ordre des palmes académiques

Chevalier de l'ordre national du mérite

Nous sommes honorés de votre présidence à ce jury de thèse.

Vos qualités pédagogiques et votre rigueur professionnelle constituent un exemple pour nous.

Veillez trouver dans ce travail l'assurance de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

À mon chef de service,

**Monsieur le professeur J. GONDRY**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier (gynécologie obstétrique)

Chef de service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction

L'attention que vous portez à vos patients, la qualité de votre enseignement et la passion que vous portez à la discipline vous honorent.

Pour m'avoir guidée et encadrée tout au long de mon internat, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

**Madame le professeur S. TESTELIN**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier (chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.



**Monsieur le professeur P. MERVIEL**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier (gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction)

Votre dynamisme et votre enthousiasme pour ce métier vous honorent.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

**Monsieur le docteur P. NAEPELS**

Praticien Hospitalier (gynécologie obstétrique)

Sénologue au CHU d'Amiens

Echographiste référent du centre de diagnostic prénatal du CHU d'Amiens

Vos compétences multiples, votre disponibilité et votre sympathie vous honorent.

Vous avez accepté avec bienveillance de juger ce travail.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère considération.

À mon directeur de thèse,

**Monsieur le docteur P. LEUILLET**

Docteur en médecine (gynécologie obstétrique)

Sexologue attaché au Centre de Gynécologie-Obstétrique au CHU d'Amiens

Vous avez accepté avec beaucoup d'enthousiasme et d'encouragements de diriger ces travaux de thèse.

Vous avez participé à ma formation en sexologie et largement contribué à l'intérêt que je porte à la discipline.

Veillez recevoir le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Je voulais également remercier l'ensemble des personnes qui ont participé à la réalisation de ce travail :

Le Dr LE ROUX Olivier, pour ses relectures, l'amélioration des schémas de ce document et les idées de fond que nos discussions ont fait émerger.

Le Dr ROSE Jean-Christophe, pour la pertinence de ses commentaires concernant les aspects chirurgicaux de la reconstruction et pour les photographies qui illustrent ce mémoire. Avec toute ma reconnaissance pour votre disponibilité et votre gentillesse.

Le Dr TRAMIER Blaise, pour sa patience et sa disponibilité concernant l'analyse statistique des résultats.

Le Pr ROBBE Micheline, pour avoir favorablement accueilli mon projet d'étude et m'avoir facilité l'accès aux dossiers de chirurgie réparatrice.

Le Dr DEY Nicolas, pour sa relecture obsessionnelle : tu as définitivement validé ton surnom « d'œil de lynx ».

Le Dr HILMI Nathalie, pour ses commentaires. Certaines erreurs ne pouvaient être repérées que par la rigueur d'une grande sœur.

Le Dr DELABY Béatrice, pour avoir participé à l'élaboration du questionnaire.

À Claudie DUPONT, pour avoir recueilli les références informatiques des 152 patientes de cette étude.

Aux médecins gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes et chirurgiens digestifs du CHU d'Amiens, de l'hôpital de Beauvais, de l'hôpital de Compiègne et de l'hôpital de Saint-Quentin, pour leurs enseignements et leur confiance.

À mes co-internes,  
On a partagé des hauts, on a partagé des bas, mais c'est finalement la bonne humeur et le plaisir de travailler ensemble qui resteront. Merci à vous tous.

À l'ensemble des sages-femmes, panseuses, infirmières, ASH, puéricultrices, et secrétaires des différents services qui m'ont accueillie. Pour votre enseignement, pour la délicatesse de vos « suggestions » lorsque vous m'avez sentie perdue, pour les difficultés et les satisfactions que nous avons partagé dans nos activités quotidiennes, enfin et surtout, pour le réconfort de vos sourires et de vos mots d'encouragement.

Je voulais, pour finir, remercier tout particulièrement l'ensemble des externes, des étudiants sages-femmes et infirmières avec qui j'ai travaillé. Vous êtes la force vive de cet hôpital. Que rien n'affecte votre enthousiasme, votre curiosité et votre dynamisme. Même si parfois cela peut sembler difficile, rien de ce qui en vaut la peine ne s'obtient sans effort.

# SOMMAIRE

# Table des matières

I. Introduction .....	2
II. Généralités .....	5
1. Le cancer du sein.....	5
1.1. Le cancer du sein : une réalité objective .....	5
1.2. Le cancer du sein : une réalité fantasmatique.....	27
2. La valeur symbolique du sein .....	31
3. L'atteinte de la sexualité .....	33
III. Matériel et méthode.....	36
1. Présentation de notre questionnaire .....	36
1.1. Généralités.....	36
1.2. Traitement .....	37
1.3. Aspect physique .....	37
1.4. Aspect psychosomatique .....	37
1.5. Aspect psychosexuel .....	37
1.6. Questionnaire.....	39
4. Recueil des données .....	45
5. Critique méthodologique.....	46
IV. Résultats.....	49
1. Généralités.....	49
1.1. Origine géographique .....	49
1.2. Âge .....	49
1.3. Catégories socioprofessionnelles.....	50
1.4. Situation maritale .....	51
1.5. Degré de satisfaction quant à la qualité de l'information.....	52
2. Traitement .....	53
2.1. Mammectomie uni ou bilatérale.....	53
2.2. Reconstruction immédiate ou différée .....	53
2.3. Épisode de récurrence .....	53
2.4. Radiothérapie.....	53

2.5. Lymphœdème .....	54
3. Aspect physique .....	54
3.1. Gênes fonctionnelles et douleurs.....	54
3.2. Résultat esthétique.....	57
4. Aspect psychosomatique.....	58
4.1. Vécu.....	58
4.2. Soutien.....	59
4.3. Concernant les réponses aux questions intimes .....	59
4.4. Féminité après l'opération.....	60
4.5. Sentiment d'être désirable après l'intervention.....	61
5. Aspect psychosexuel .....	61
5.1. Importance du sein dans leur sexualité avant l'opération .....	61
5.2. Satisfaction par rapport à la sexualité avant l'opération .....	62
5.3. Évolution de l'intérêt sexuel après l'opération.....	63
5.4. Évolution de la fréquence des rapports sexuels.....	64
5.5. Évolution de la qualité des rapports sexuels .....	65
5.6. Rôle de l'information sur la sexualité .....	66
5.7. Présence du partenaire.....	66
5.8. Modification dans le comportement sexuel du partenaire.....	66
5.9. Parler de ses difficultés sexuelles.....	67
5.10. Consultation de sexologie .....	67
V. Discussion.....	69
1. Origine géographique.....	70
2. Âge : période ménopausique.....	70
3. Situation maritale : stabilité des couples.....	73
4. Information.....	74
5. Risque de récurrence.....	75
6. Gênes fonctionnelles et douleurs .....	76
7. Vécu de l'annonce du diagnostic .....	76
7.1. Angoisse .....	77
7.2. Dépression .....	78
7.3. Atteinte de l'image corporelle.....	79



8. Résultat esthétique .....	81
9. Qualité de la sexualité antérieure au cancer.....	83
10. Sentiment d’être désirable et féminine .....	84
11. Sexualité : sujet tabou .....	85
12. Parler de ses difficultés sexuelles .....	85
13. Soutien.....	87
14. Intérêt sexuel .....	89
15. Fréquence et qualité des rapports sexuels.....	89
16. Réaction du partenaire .....	91
17. Suivi par un sexologue.....	92
VI. Conclusion.....	94
Annexes .....	97
1. Paroles de femmes.....	97
2. Classification TNM.....	100
3. Classification histo-pronostique de Scarff-Bloom et Richardson modifiée.....	102
4. Classification histologique des carcinomes mammaires par l’OMS	103
Bibliographie .....	105

# Table des illustrations

Figure 1. Photographie. Résultat d'une mammectomie .....	21
Figure 2. Photographies. A gauche : après la mammectomie ; à droite : à 3 mois d'une reconstruction différée par lambeau de grand dorsal + prothèse. En attente de la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire .....	21
Figure 3. Photographies. En haut : après mammectomie (face et profil). Au centre : après radiothérapie, reconstruction différée par prothèse (face et profil). En bas : reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire. ....	22
Figure 4. Photographies. En haut : avant la mammectomie. Au centre : reconstruction immédiate par lambeau de grand dorsal (sans prothèse). En bas : cicatrices au niveau du dos.....	23
Figure 5. Photographies. Illustration de la symétrisation. En haut: reconstruction immédiate par lambeau de grand dorsal à 3 mois. En bas : résultat après symétrisation droite et lipomodelage. ....	24
Figure 6. Gabrielle d'Estrées et une de ses sœurs – Fontainebleau XVIIe (vers 1584) .....	31
Figure 7. Répartition par tranche d'âge des 105 patientes ayant répondu .....	49
Figure 8. Répartition par catégories socioprofessionnelles.....	50
Figure 9. Situation maritale des patientes avant l'opération, puis 6 mois et 1 an après l'opération : globalement la situation des patientes est restée stable .....	51
Figure 10. Durée des relations de couple en fonction de l'âge des patientes avant la mammectomie (89 patientes) .....	52
Figure 11. Degré de satisfaction concernant la qualité de l'information.....	52
Figure 12. Gênes fonctionnelles dans les mouvements de la vie au quotidien (deux groupes confondus).....	54
Figure 13. Échelles visuelles de la douleur à 1 an et 2 ans (deux groupes confondus). Les résultats ont été normalisés pour pouvoir être comparés (toutes les femmes n'avaient pas 2 ans de recul pour pouvoir répondre à la deuxième question) .....	56
Figure 14. Degré de satisfaction du résultat esthétique après une reconstruction immédiate ou différée .....	57
Figure 15. « Vous sentiez-vous toujours aussi féminine après la mammectomie ? ».....	60
Figure 16. « Vous sentiez-vous moins désirable après la mammectomie ? » .....	61
Figure 17. Importance du sein dans la sexualité (8 patientes n'ont pas souhaité répondre) ....	62
Figure 18. Satisfaction sexuelle avant l'intervention.....	62

Figure 19. Intérêt pour la sexualité juste après l'intervention et 1 an après.....	63
Figure 20. Nombre de rapports sexuels mensuels avant l'intervention, 6 mois après puis 1 an après .....	64
Figure 21. Synthèse de l'évolution globale de la fréquence des rapports sexuels 6 mois et à 1 an après la mastectomie (statistiques sur 92 patientes, sans différence significative entre les deux groupes).....	65
Figure 22. Évolution de la qualité des rapports sexuels des patientes après la mastectomie. ....	66

## Liste des tableaux

Tableau 1. Risque relatif de cancer du sein suivant l'apparenté atteint. Tiré de [49]. ....	11
Tableau 2. Synthèse des techniques de reconstruction mammaires suite à un cancer du sein (inspiré des travaux de Devauchelle [25] et complété à partir de [40] et [42]).....	20
Tableau 3. Réponse ou non des 152 patientes concernées par l'étude.....	45
Tableau 4. Influence de la profession sur le ressenti de la gêne fonctionnelle .....	55
Tableau 5. Résultat esthétique suivant la technique opératoire.....	57
Tableau 6. Vécu des patientes .....	58
Tableau 7. Nature du soutien reçu par les patientes .....	59
Tableau 8. Évolution de la fréquence des rapports sexuels en fonction de l'âge.....	65
Tableau 9. Influence des troubles du climatère sur la fonction sexuelle. Adapté de [16]. ....	71
Tableau 10. Classification histologique des carcinomes mammaires de l'OMS [91].....	103

# INTRODUCTION

# I. Introduction

En France, en 2006, près d'une femme sur dix sera touchée par un cancer du sein. Selon l'institut de veille sanitaire, le nombre de nouveaux cas par an est estimé à environ 42 000, ce qui fait de cette pathologie le cancer le plus fréquent chez la femme (35 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme).

L'amélioration de la survie, conséquence d'un dépistage de masse précoce et d'une prise en charge pluridisciplinaire en progression constante, nous amène naturellement vers de nouvelles préoccupations dans le but de renforcer une démarche thérapeutique globalisée.

Dans ce contexte, notre étude aborde la problématique du retentissement psychosexuel d'une mammectomie suivie d'une reconstruction immédiate ou différée. En particulier, nous nous attachons à dégager les principales caractéristiques des répercussions de cette atteinte corporelle et tentons d'évaluer les aspects les plus significatifs et les plus quantifiables. Notre étude cherche également à confirmer l'hypothèse d'un bénéfice de la reconstruction immédiate sur l'approche différée et à caractériser les différences de retentissement de ces deux approches.

Pour atteindre ces objectifs, notre réflexion s'appuie principalement sur l'analyse rétrospective du témoignage de 105 patientes, toutes opérées au CHU d'Amiens entre 2000 et 2005. Ces témoignages ont été recueillis début 2006 à partir d'une enquête de 48 questions, essentiellement sur la base d'entretiens téléphoniques. À partir de ces données, nous étudions les différences qui peuvent exister entre les patientes ayant subi une reconstruction immédiate et celles ayant eu une reconstruction différée, deux groupes a priori homogènes.

Le document est structuré de la façon suivante :

- La **partie II** présente le contexte de l'étude et aborde les généralités concernant le cancer du sein, la valeur symbolique du sein et l'atteinte de la sexualité.
- La **partie III** concerne la méthodologie. Elle décrit la démarche et le matériel que nous avons utilisés pour réaliser ce travail. En particulier, elle présente le questionnaire qui a servi de base aux entretiens et a permis de recueillir les réponses et les témoignages des patientes.

- La **partie IV** est consacrée à la synthèse des résultats statistiques, essentiellement présentés sous la forme de diagrammes et de tableaux pour en faciliter l'appréhension.
- La **partie V** constitue le cœur de la discussion. Elle aborde la problématique du retentissement psychosexuel, discute des éléments que nous avons recueillis et remet ces informations en perspective avec d'autres études de la littérature.

Plusieurs annexes complètent ce travail, parmi lesquelles des « paroles de femmes », recueillis durant nos entretiens et dont l'authenticité témoigne du vécu de l'épreuve que représentent la mammectomie et la reconstruction.

# GÉNÉRALITÉS

## II. Généralités

Dans cette partie consacrée aux généralités, nous abordons les trois thèmes suivants :

1. Le cancer du sein, séparé en deux sous-parties : « réalité objective » et « réalité fantasmatique »
2. La valeur symbolique du sein
3. L'atteinte de la sexualité

Le développement de ces trois thèmes contribue à présenter le contexte de notre étude.

### 1. Le cancer du sein

« C'est un choc sérieux pour nous qui nous pensons un tout inviolable, impérissable, digne d'être aimée, que de s'apercevoir soit brutalement, soit progressivement qu'à cause de la maladie, notre corps est pour le moment incapable et ne sera peut-être plus jamais capable de nous assurer que nos espoirs pourront encore se réaliser dans un quelconque avenir », Balint [43].

Le cancer est une maladie qui s'inscrit à la fois dans le réel et dans le mythique avec une constante interpénétration de la *réalité objective* d'une maladie fréquente au pronostic sévère et de la *réalité fantasmatique* d'un mal mystérieux, entouré de tabous et de croyances archaïques : contagion, hérédité, châtement, etc.

#### 1.1. Le cancer du sein : une réalité objective

##### 1.1.1. Épidémiologie

Le cancer du sein présente un véritable problème de santé publique. En effet, il est le cancer le plus fréquent de la femme occidentale.

En France en 2000, selon l'institut de veille sanitaire (InVS), le nombre de nouveaux cas par an est estimé à environ 42 000, ce qui représente à peu près 35 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme [44]. Son incidence n'a cessé d'augmenter pendant les deux



dernières décennies (environ 2,4 % par an, qui englobent l'effet du dépistage de masse sur l'incidence). La tendance actuelle est une stabilisation du taux [45].

Dans notre pays, 1 femme sur 10 développera ce cancer.

L'âge médian du diagnostic est évalué à 61 ans (en 2000), le cancer du sein restant très rare avant 30 ans. L'incidence croît avec l'âge et atteint un maximum entre 60 et 69 ans [44].

Le cancer du sein constitue, par ailleurs, la première cause de décès par cancer chez la femme. Elle représente 20 % de la mortalité imputable à cette pathologie [44]. Cependant si cette mortalité a augmenté depuis les 30 dernières années, on assiste à un net ralentissement depuis la dernière décennie [46]. L'amélioration de la survie notée dans les pays occidentaux est probablement liée à plusieurs facteurs : stade précoce au diagnostic grâce au dépistage de masse, meilleure prise en charge multidisciplinaire, etc. [47, 48].

### 1.1.2. Facteurs de risque

On distingue plusieurs types de facteurs de risque du cancer du sein, souvent intriqués :

- **L'âge**

L'âge est le facteur de risque le plus important du cancer du sein : son risque de survenue est d'autant plus important que l'on est âgé. Il existe malgré tout des cancers du sein survenant à un âge jeune (souvent dus à une mutation chromosomique de type BRCA<sub>1</sub> ou BRCA<sub>2</sub>) [50].

- **Le sexe**

Le cancer du sein est un cancer quasi exclusif de la femme. Il est 100 fois moins fréquent chez l'homme.

Le pronostic est identique à celui des cancers de la femme à stade et âge égal.

Un homme apparenté à une femme ayant un cancer du sein voit son risque multiplié par 2,8 [49] (souvent dû à une mutation BRCA<sub>2</sub>).

- **Géographie**

Les chiffres d'incidence varient avec la situation géographique : l'incidence la plus élevée est notée en Amérique du nord et en Europe du nord, la plus basse dans les pays en voie de développement et au Japon.

Les migrations géographiques ont permis de montrer le rôle des facteurs de l'environnement dans l'incidence des cancers du sein, notamment en début de vie : les Japonaises aux États-Unis finissent au bout de 2 à 3 générations par avoir le même profil épidémiologique que le reste de la population. Cela se retrouve également chez les personnes ayant émigré jeunes vers un pays à bas risque [51].

- **Âge des premières règles**

Plusieurs études incriminent l'âge des premières règles comme facteur de risque : plus les règles sont survenues tôt, plus le risque est augmenté [52, 53].

Toutefois, ce facteur semble relativement marginal, si l'on ne tient pas compte des extrêmes. L'agent responsable semble être la durée d'exposition de la glande mammaire au taux d'œstrogène circulant.

- **Âge de la ménopause**

Un âge avancé à la ménopause ressort souvent aussi comme facteur de risque de développer un cancer du sein. Là encore, il semble s'agir d'un facteur relativement peu important [49, 52, 55].

- **Traitement hormonal substitutif (THS) à la ménopause**

Le risque de cancer du sein chez la femme ménopausée sous THS a fait l'objet de nombreuses publications ces dernières années, notamment rapportées dans [54] (étude de HERS<sup>1</sup>, WEST, PEPI<sup>2</sup>, WHI<sup>3</sup>, MWS<sup>4</sup>, méta analyse de Beral et al, méta analyse de Nelson et al ainsi que la publication de Fournier et al sur la cohorte E<sub>3</sub>N et l'étude MISSION<sup>5</sup> en cours).

Il ressort de ces études que :

- L'utilisation des œstrogènes seuls ne fait pas augmenter le risque de cancer du sein, de même que l'utilisation d'œstrogènes (cutanés) associés à la progestérone naturelle.

---

<sup>1</sup> HERS : and Estrogen/progestin Replacement Study

<sup>2</sup> PEPI : Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions

<sup>3</sup> WHI : Women Health Initiative

<sup>4</sup> MWH : Million Women Study

<sup>5</sup> MISSION : Ménopause, rISque de cancer di SeIn, mOrbidité et prévaleNce

- Il semblerait que l'association œstrogène et progestatif de synthèse augmente le risque du cancer du sein à partir d'une durée de prise de 5 ans et avec un effet croissant de la durée sur le risque.

- **Âge de la première grossesse et parité**

Les données de la littérature s'accordent sur le rôle important que jouent l'âge de la première grossesse et le nombre d'enfants dans la genèse du cancer du sein [49, 56, 57].

Alors que le risque de cancer du sein augmente lors d'une première grossesse tardive (après 35 ans : risque supérieur par rapport aux nullipares), il semble diminuer si cette première grossesse est menée avant 30 ans [55, 58, 59].

Le nombre d'enfants, et ce d'autant que la patiente les a eus jeune, semble également avoir un rôle protecteur [49, 56, 58].

Cependant, certaines études retrouvent comme facteur de risque le fait d'avoir un enfant après 38 ans, et ce, quel que soit le nombre d'enfants antérieurs [60, 61].

La grossesse exercerait un effet protecteur à long terme en raison de la différenciation qu'elle entraîne au niveau de la glande mammaire, la rendant moins sensible à l'action des carcinogènes [62, 63].

Cette protection ne semble pas confirmée en cas d'antécédent familial de cancer du sein [64, 65, 66].

- **Allaitement**

L'allaitement a souvent été présenté comme facteur protecteur. Ceci ne semble cependant pas démontré de façon absolue et notable [49, 67] en dehors peut-être d'un allaitement long de plus de 2 ans [68, 69].

Plusieurs hypothèses ont été émises sur l'effet possible de la lactation [49] :

- L'allaitement diminue la durée d'exposition globale aux œstrogènes et ainsi leur effet promoteur au niveau des mécanismes de la carcinogenèse mammaire.
- L'allaitement diffère, donc réduit le nombre de cycles ovulatoires.
- L'allaitement entraîne une différenciation complète de la glande mammaire qui la mettrait à l'abri des carcinogènes.

- **Contraception orale**

La pilule œstroprogestative a fait l'objet de nombreuses études et le rôle de la pilule en temps que facteur de risque est largement controversé [49, 70]. Cependant, il semble que la pilule

agit en temps que facteur de croissance ayant un rôle un promoteur dans la croissance d'un cancer infraclinique préexistant et non en tant qu'agent initiateur de la carcinogenèse [92].

- **Traitements inducteurs de l'ovulation**

Il n'a pas été trouvé de risque augmenté de survenue de cancer du sein chez les femmes suivies pour des problèmes de fertilité [71].

Il existe par contre, dans la première année après les traitements, une élévation transitoire du risque de cancer du sein, probablement par un effet promoteur sur des cancers préexistants [72].

- **Surcharge pondérale**

La surcharge pondérale semble jouer un rôle différent en fonction du statut ménopausique. En effet, les femmes ménopausées présentant une surcharge pondérale ont un risque accru de cancer du sein à l'inverse des femmes non ménopausées [73].

L'explication la plus classique est une hyperœstrogénie liée à la conversion des androgènes en œstrogènes par l'aromatase au niveau des tissus graisseux, essentiellement lorsqu'il existe une surcharge pondérale de type masculin localisée au niveau abdominal.

Outre les phénomènes d'aromatation, il est possible d'évoquer :

- Une élévation de l'œstradiol libre liée à une diminution des taux de SHBG souvent retrouvée en cas d'obésité de type abdominal.
- Une stimulation androgénique directe du tissu mammaire qui entraînerait une sélection clonale à potentiel malin, lors d'une période (ménopause) où les cellules ont une sensibilité hormonale différente [49].
- Un effet synergique entre les hormones sexuelles et l'IFG<sub>1</sub> entraînant une stimulation de l'activité proliférative de l'épithélium mammaire chez certaines femmes [74].

- **Alimentation**

### **Les graisses**

S'il existe une corrélation entre la consommation de graisses (saturées et polyinsaturées) et le cancer du sein, elle est probablement limitée.

Toutefois, une méta analyse [75] ne portant que sur des études prospectives ne retrouve pas de rôle significatif de la consommation de graisse.

## **L'alcool**

Il existe vraisemblablement un effet dose entre consommation d'alcool et incidence du cancer du sein. Cette association semble toutefois modeste [76].

Le rôle de l'alcool est probablement différent suivant les périodes de la vie et/ou du cycle. Nous ne savons pas actuellement quelle est la dose qui augmente le risque, de même que nous ne savons pas si une petite dose quotidienne a un effet identique à une même dose totale prise en une fois. Nous ignorons également si les différents types de boissons alcoolisées jouent le même rôle.

- **Tabac**

Les études sont contradictoires et ne permettent pas d'obtenir de certitudes.

Cependant, à ce jour, il ne semble pas exister de corrélation entre cancer du sein et intoxication tabagique [77].

- **Radiations**

Le rôle des radiations ionisantes a été clairement établi [78]. Le rôle néfaste des radiations semble surtout important lorsque l'irradiation a été effectuée dans l'enfance ou l'adolescence. Le risque de survenue du cancer du sein est proportionnel à la dose d'irradiation reçue.

- **Antécédent de pathologie mammaire bénigne**

Ce sont essentiellement les hyperplasies atypiques qui majorent le risque ultérieur de cancer du sein avec un risque relatif variable suivant les séries publiées, mais toujours significatif [49].

- **Antécédents familiaux**

Un antécédent familial de cancer du sein augmente le risque ultérieur de faire un cancer du sein, d'autant plus que l'antécédent familial est apparu jeune ou qu'il est bilatéral.

On évoque une « famille à cancer du sein », s'il existe 3 antécédents du premier degré de cancer du sein.

Ainsi 5 à 10 % des cancers du sein sont probablement d'origine familiale [49].

La localisation du gène BRCA<sub>1</sub> sur le chromosome 17 et la localisation de BRCA<sub>2</sub> sur le chromosome 13 ont ouvert des perspectives pour la prédiction du risque de survenue de cancer du sein chez les membres des familles concernées.

Le Tableau 1 ci-après classe le risque relatif en fonction du degré de parenté, de la bilatéralité, du caractère pré- ou post-ménopausique et de l'âge d'apparition chez le parent atteint.

Apparenté atteint	Risque relatif
Mère	1,7 – 4
Sœur	2 – 3
Sœur avant la ménopause	3,6 – 5
Sœur après la ménopause	2
Sœur, bilatéral avant 40 ans	11
Sœur et mère	2,5 – 14
Sœur et mère, avant la ménopause, bilatéral	39
Apparenté du 2 <sup>e</sup> degré	1,4 – 2
Apparenté du 3 <sup>e</sup> degré	1,35

**Tableau 1.** Risque relatif de cancer du sein suivant l'apparenté atteint. Tiré de [49].

Afin de conclure l'énumération de ces facteurs, il est bon de souligner que la grande majorité des patientes qui développent un cancer du sein n'ont pas de facteur de risque actuellement connu.

### 1.1.3. Histologie

La glande mammaire est constituée de lobes et de canaux galactophores entourés de tissu conjonctif dense dans lequel cheminent les vaisseaux.

Les acini sont regroupés autour d'un canal alvéolaire (canal de 3<sup>e</sup> ordre) ; ces différents canaux alvéolaires se réunissent et se jettent dans un canal lobulaire (de 2<sup>e</sup> ordre) drainant ainsi le lobule. Plusieurs canaux lobulaires se réunissent à leur tour pour former le canal galactophore de premier ordre ; l'ensemble des lobules qu'il draine forme un lobe glandulaire. Chaque canal galactophore converge vers le mamelon sous lequel il présente une dilatation, le sinus lactifère [92].

D'un point de vue histologique, le cancer du sein est :

- Dans 98,5 % des cas, un adénocarcinome plus ou moins différencié, développé à partir du revêtement épithélial des canaux ou des lobules.
- Dans 1,5 % des cas, un sarcome, un mélanome, un lymphome malin ou exceptionnellement une métastase de cancer rénal, gastrique, osseux, etc.

Parmi les adénocarcinomes, on distingue [92] :

- Des formes in situ :
  - o Soit lobulaires (près de 6 % des cancers du sein)
  - o Soit canaux (10 à 15 % des cancers du sein), fréquemment révélés par des microcalcifications ou des écoulements sanglants
- Des formes infiltrantes :
  - o Soit lobulaires (4 % des cancers du sein) : souvent multifocales
  - o Soit canaux (environ 80 % des cancers du sein) dont le degré de différenciation est variable
  - o Soit pour mémoire les formes mucineuses (1 %), médullaires à stroma lymphoïde prédominant)

Pour plus de détails, voir Tableau 10, annexe 4, p103.

Les modes d'extension sont de 3 types, localement tout d'abord avec un envahissement des plans superficiels (peau) et profonds (paroi thoracique), mais aussi ganglionnaires et métastatiques.

*« Le cancer du sein, naguère considéré comme une maladie locale à dissémination ultérieure, apparaît de plus en plus comme une maladie générale d'organisme, révélée par la tumeur mammaire et ses adénopathies satellites », Datchary.*

Ainsi, lors du diagnostic de cancer du sein apparemment localisé, il existe fréquemment une dissémination métastatique précoce, infraclinique de ce cancer, expliquant l'insuffisance des traitements locorégionaux classiques.

L'envahissement ganglionnaire est donc d'un intérêt primordial pour fonder le pronostic, ainsi que l'envahissement métastatique dont les localisations les plus fréquentes sont l'os, le foie, le poumon, le sein controlatéral et le cerveau.

Les facteurs pronostiques vont reposer sur un faisceau de constatations cliniques et histologiques :

- L'âge de la patiente
- Son statut hormonal
- La taille clinique et anatomique de la tumeur
- Le nombre de ganglions envahis
- L'existence de métastases

Ces 3 derniers critères sont pris en compte dans la classification TNM, cf. annexe 1, p100.

- L'existence de signes inflammatoires locaux
- Le type histologique de la tumeur
- La composante intracanaulaire associée
- La classification histo-pronostique de Scarff-Bloom-Richarson, cf. annexe 3, p102
- L'existence de récepteurs hormonaux au niveau de la tumeur

#### 1.1.4. Objectifs de la prise en charge

Les objectifs de la prise en charge du cancer du sein s'énoncent en 4 points [45] :

1. Le **contrôle locorégional** afin d'éviter la rechute au niveau du siège tumoral initial ou au niveau de la glande mammaire adjacente, ainsi qu'au niveau régional. La lymphophilie des cancers du sein favorise une extension ganglionnaire dans les territoires de drainage axillaire, mammaire interne et sus claviculaire [83].
2. Le **contrôle de la maladie générale** qui a pour but d'éviter les rechutes métastatiques.
3. Le **contrôle des résultats fonctionnels et esthétiques**, d'autant plus important qu'il s'adresse souvent à des femmes dont l'espérance de vie est longue, malgré leur cancer (la survie des femmes ayant eu une tumeur non métastatique étant de 50 % à 10 ans) [84].
4. Le **contrôle des effets secondaires** des différents traitements proposés (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie) qui doit être assuré pour permettre une réinsertion de qualité des femmes traitées.



### 1.1.5. Chirurgie

Après affirmation du diagnostic de malignité de la tumeur mammaire, après avoir recherché les facteurs pronostiques de l'évolution locorégionale ou métastatique et les facteurs prédictifs de la réponse au traitement, une stratégie thérapeutique est décidée dans un contexte pluridisciplinaire associant la patiente.

La tendance actuelle est au traitement chirurgical de plus en plus conservateur (tumorectomie + radiothérapie) [85].

Néanmoins, la mastectomie est encore nécessaire dans environ 30 % des cas de traitements du cancer du sein. Elle doit être réalisée lorsqu'une exérèse carcinologique suivie d'un résultat esthétique satisfaisant ne peut être garantie par l'association tumorectomie + radiothérapie [41].

Ses indications sont les suivantes [40] :

- **Taille de la tumeur**

Si la tumeur fait 3 cm ou plus d'emblée, ou pour certains après chimiothérapie ou radiothérapie néo-adjuvante, son exérèse carcinologique ne permettra pas un bon résultat esthétique. Toutefois, il est souhaitable de nuancer cette indication en tenant compte du rapport volume tumoral / volume mammaire : alors qu'un sein volumineux permet l'exérèse d'une tumeur de plus de 3 cm, un petit sein ne supportera pas l'ablation d'une tumeur de 2 cm [41].

- **Tumeur multifocale**

Ceci concerne aussi bien la multifocalité clinique que mammographique.

Elle se définit par au moins 1 cm de tissu sain entre 2 nodules tumoraux [86].

Le risque de récurrence est d'autant plus important qu'il existe une forte composante intracanalalaire [41].

- **Type histologique**

Le carcinome canalaire in situ est une forme histologique avec un fort potentiel de multifocalité et de bilatéralité.

Dans cette indication, lorsque les lésions sont multifocales ou > 3 cm, la mastectomie permet une guérison dans près de 100 % des cas [87].

Le carcinome lobaire in situ présente également un fort potentiel de multifocalité et de bilatéralité [88]. En cas de lésion diffuse ou multifocale, on peut proposer une mastectomie.

- **Formes particulières**

- La maladie de Paget du mamelon est souvent associée à des formes disséminées de carcinome intra-galactophorique.
- Le sarcome pour lequel l'ablation du fascia pré pectoral sera réalisée lors de la mastectomie, en prévision d'une récurrence (risque de récurrence de 67 % dans cette forme de cancer).
- Les tumeurs centrales du sein, rétro-mamelonnaires, pour lesquelles il sera impossible d'obtenir un bon contrôle local de la tumeur en l'absence de l'ablation de la plaque aréolo-mamelonnaire.
- Les récurrences locales après un traitement conservateur.  
Une mastectomie sera réalisée par l'impossibilité d'instaurer une radiothérapie sur un sein déjà irradié.
- La contre-indication de la radiothérapie.  
Dans un contexte d'altération de l'état général ou d'invalidité (impossibilité de venir aux séances de radiothérapie).
- La mastectomie prophylactique.
- Rarement, il peut s'agir d'un choix de la patiente qui préférera un traitement radical.

La technique chirurgicale de la mastectomie a connu, au fil des ans, une évolution parallèle au niveau de connaissance.

Pendant près d'un siècle, le traitement du cancer du sein fut fondé sur les bases d'une évolution mécaniste de cette atteinte. On admettait que c'était une maladie locale dont la seule sanction possible était l'ablation chirurgicale du sein. C'est en 1894 que Sir Halsted exécuta l'intervention radicale à laquelle est rattachée son nom, comprenant par une exérèse en un

seul bloc, le sein, les deux muscles pectoraux et la totalité des ganglions axillaires. La constatation que cette intervention radicale pouvait laisser évoluer l'envahissement d'autres sites ganglionnaires souligna la gravité de ce cancer par son potentiel métastatique.

De nouvelles attitudes chirurgicales se dessinèrent alors entre 1950 et 1960 : certains élargissant l'intervention de Halsted par un curage mammaire interne voire médiastinal, d'autres au contraire préconisant une chirurgie moins mutilante, appelée mastectomie radicale modifiée.

Citons Patey en 1948 qui codifia une exérèse moins agressive, conservant le muscle grand pectoral et le nerf du grand dorsal.

Beaucoup moins mutilante, cette mastectomie fut préférée à celle d'Halsted puisque le préjudice esthétique et fonctionnel était bien moindre, tout en respectant les règles de la chirurgie carcinologique. Cette intervention était devenue dans les années 60, l'intervention de référence dans la mesure où elle obtenait, en termes de survie globale et de survie sans récurrence, les mêmes résultats que la mastectomie d'Halsted.

L'abandon définitif de la mammectomie radicale de Halsted date seulement de 1984.

De nos jours, les mastectomies radicales selon Halsted et Patey ne sont plus pratiquées. L'intervention actuellement effectuée est un « Patey modifié », qui correspond à la réalisation d'une mastectomie conservant les deux muscles pectoraux telle qu'elle a été décrite par Madden [45].

La première reconstruction mammaire (lambeau de grand droit) a été réalisée par l'italien Tansini en 1896. Cette chirurgie n'a cessé d'évoluer depuis, permettant d'obtenir des résultats satisfaisants dans la majorité des cas.

Actuellement, elle fait partie intégrante du traitement du cancer du sein afin de restaurer ce dernier après une mastectomie [90]. Il est donc licite de la proposer chaque fois que la patiente, informée, le désire.

La reconstruction mammaire a pour objectif de :

- Restaurer le volume mammaire
- Rétablir une symétrie avec le sein opposé
- Recréer l'aréole et le mamelon

La reconstruction du sein après mastectomie se fait le plus souvent en deux ou trois temps opératoires : le premier temps permet la reconstruction du volume mammaire ; le second, voire le troisième temps, réalisé 3 à 6 mois plus tard, permet la reconstruction de la plaque

aréolo-mamelonnaire, d'éventuelles retouches du sein reconstruit et une symétrisation du sein controlatéral si nécessaire.

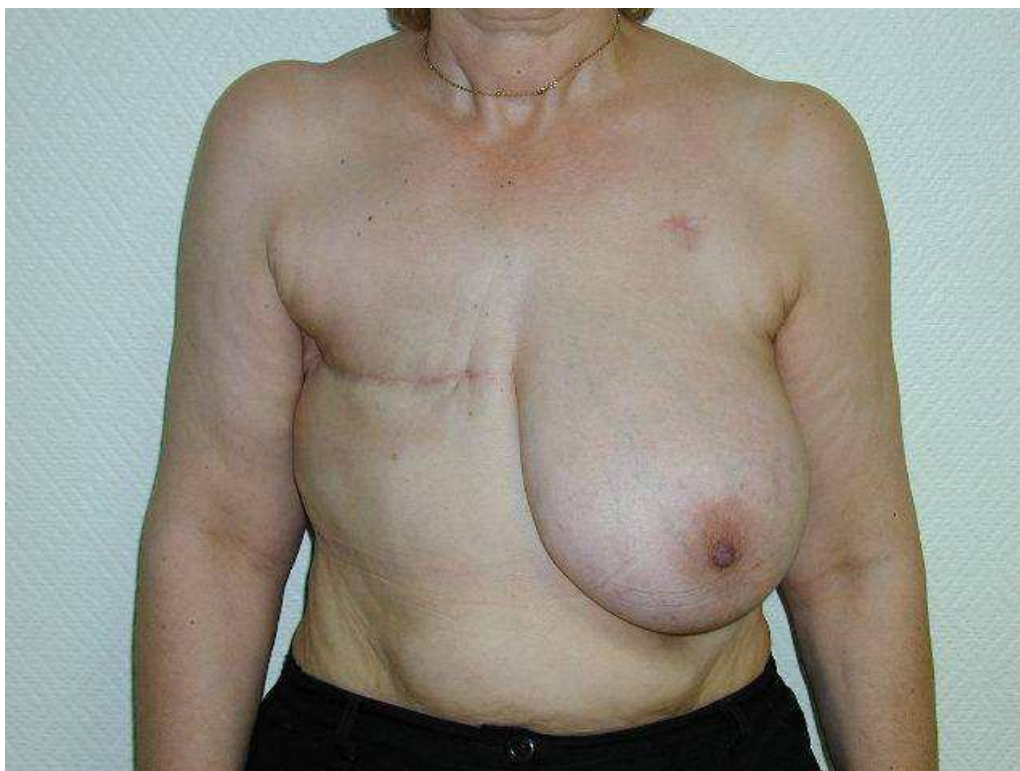
Le Tableau 2, page suivante, fait la synthèse des différentes techniques et temps opératoires d'une reconstruction mammaire :

	Technique	Description	Indications	Contre-indications et risques	Avantages	Inconvénients
<b>Prothèse</b>	<b>Prothèse simple</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enveloppe en silicone souple, au contenu variable :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sérum physiologique</li> <li>- Gel de silicone (plus souple)</li> </ul>               Remis à disposition depuis 2002 (Levée du moratoire)             </li> <li>• Existe en différentes tailles et différentes formes (rondes, anatomiques)</li> <li>• À l'ablation du premier pansement, mise en place d'un soutien gorge de maintien 1 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possible si faible quantité de peau retirée et peau de bonne qualité</li> <li>• ou Associée à un lambeau d'avancement abdominal (recrutement cutané) en reconstruction différée (permet d'éviter l'expansion cutanée)</li> <li>• Volume prothétique limité</li> <li>• Technique simple / rapide:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si peau non abîmée et souple</li> <li>- Si le muscle grand pectoral est intact</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rétraction capsulaire : principale complication (gênante, voire douloureuse, nécessitant l'ablation ou le changement de prothèse ; moins fréquente depuis l'utilisation de prothèses texturées)</li> <li>• Défauts esthétiques : malposition de la prothèse ou ascension lors d'une coque (trop haut située ou latérale ; le chirurgien veillera à placer la prothèse plus bas par rapport à l'autre sein)</li> <li>• Infection avec l'ablation de la prothèse (attente un minimum de 3 à 6 mois est avant une réintervention pour une nouvelle reconstruction)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de cicatrice supplémentaire</li> <li>• Résistance</li> <li>• Plusieurs tailles possibles</li> <li>• Technique simple, rapide</li> <li>• Durée d'hospitalisation courte (3 à 5 jours)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forme arrondie : aspect de seins figés très arrondis (coques ++)</li> <li>• Asymétrie par rapport au sein controlatéral</li> <li>• Durée de vie (Usure de la prothèse inévitable : surveillance régulière à long terme)</li> <li>• Risque de diffusion du silicone à travers la membrane prothétique (quasi nul actuellement car gel de haute cohésivité)</li> <li>• Complications auto immunes infirmées</li> </ul>
	<b>Prothèse par expansion cutanée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distension progressive et dirigée de la peau en 2 interventions</li> <li>• Mise en place d'une prothèse d'expansion (enveloppe vide en silicone)</li> <li>• Gonflage peropératoire de la prothèse</li> <li>• Une fois par semaine (à travers la peau par injection de sérum physiologique dans la valve)</li> <li>• Volume important est obtenu en 4 à 8 semaines (pouvant dépasser le volume de l'autre sein)</li> <li>• 4 à 6 mois après la première intervention : remplacement de la prothèse d'expansion par la définitive de forme plus naturelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situation où les tissus sont de bonne qualité mais en quantité apparemment insuffisante</li> <li>• Les techniques chirurgicales modernes de mastectomie radicale modifiée sont des indications idéales pour l'expansion tissulaire (la peau restante est insuffisante en quantité, mais de bonne qualité et le plan musculaire a été préservé).</li> </ul> <p>Largement proposé en cas de RMI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposition de la prothèse : liée à une nécrose cutanée apparaissant surtout après radiothérapie</li> <li>• Épanchements séreux : assez fréquents (utilisation de drains aspiratifs ou ponction échoguidée)</li> <li>• Défauts esthétiques mineurs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Segment supérieur trop bombé (coques)</li> <li>- Manque de projection au niveau de la plaque aréolo-mamelonnaire</li> <li>- Sillon sous-mammaire peu défini</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de cicatrice supplémentaire</li> <li>• Aspect naturel du sein reconstruit</li> <li>• Intervention chirurgicale simple et courte</li> <li>• Peu de complications cicatricielles</li> <li>• Choix varié de volume (en cas de chirurgie correctrice concomitante du sein controlatéral)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moins 2 interventions</li> <li>• Séances hebdomadaires de gonflage</li> <li>• Traitement long</li> <li>• Massage et hydratation de peau pour l'aider à se distendre</li> <li>• Risque esthétique : sein qui « tombe », rétractation secondaire</li> </ul>

	Technique	Description	Indications	Contre-indications et risques	Avantages	Inconvénients
<b>Transfert de tissus autologues</b>	<b>Généralités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconstruction mammaire :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Lambeau musculocutané de grand dorsal</li> <li>Lambeau musculocutané de grand droit (avec ou sans prothèse)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Largement proposé en cas de RMI</li> <li>Résection cutanée très importante avec résection musculaire</li> <li>Présence d'un revêtement de mauvaise qualité ; greffe cutanée, radiodermite</li> <li>Reconstruction d'un sein ptosé et volumineux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ré-irradiation pariétale secondaire : la radiothérapie altère la qualité esthétique de la reconstruction ; responsable d'une coque périprothétique dans 50 à 70 % des cas → asymétrie entre les deux seins</li> <li>Risque d'apparition de foyers de cytotéanécrose, compromettant la vitalité du lambeau</li> </ul>		
	<b>Lambeau de grand dorsal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prélèvement au niveau du dos de la totalité du muscle grand dorsal avec un fuseau de peau et transfert dans la loge mammaire par un tunnel axillaire</li> <li>Le volume est obtenu par le muscle et la graisse dorsale (grand dorsal autologue) ou par l'adjonction d'un implant</li> <li>Cette intervention dure environ deux heures. L'hospitalisation est d'environ une semaine. Dans certains cas, la patiente regagne son domicile avec un drain dorsal</li> <li>À l'ablation du premier pansement, mise en place d'une gaine dorsal pour 1 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Largement proposé en cas de RMI</li> <li>Possible même avant radiothérapie</li> <li>Texture proche du sein controlatéral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lésion du pédicule vasculaire thoraco-dorsal ou scapulaire inférieur</li> <li>Patient sollicitant le muscle grand dorsal dans son activité professionnelle ou sportive (varape / béquillage / paraplégie)</li> <li>Tabagisme (relative)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Méthode fiable et éprouvée, peu contraignante</li> <li>Peu de complications : moins de 1 % de nécrose totale ; peu hémorragique</li> <li>Bon résultat esthétique : cicatrice de la zone prélevée le plus souvent horizontale, dissimulée par la bretelle du soutien-gorge</li> <li>Pas de handicap au niveau de la fonction du bras</li> <li>Peut être proposé à toutes les patientes : diabétiques, fumeuses, obèses</li> <li>Intervention relativement courte</li> <li>Sein souple, consistance naturelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Création d'une cicatrice supplémentaire dans le dos</li> <li>Sérome dorsal dans plus de 80 % des cas, vidé par simple ponction</li> <li>Trouble de la statique dorsale / des cas de scolioses sont décrits lors de larges prélèvements musculaires chez des sujets de moins de 20 ans</li> <li>Perte de la sensibilité dorsale</li> <li>Aspect en coup de hache à la partie basse et postérieure du dos</li> <li>Sclérose dorsale souvent prolongée avec gêne parfois importante nécessitant une longue rééducation</li> </ul>
	<b>Lambeau de grand droit de l'abdomen (TRAM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de prothèse</li> <li>Prélèvement d'un ou des 2 muscles grands droits de avec un croissant cutané sous-ombilical et le pédicule épigastrique profond, basculé dans la loge mammaire par un tunnel épigastrique</li> <li>Réparation de la paroi abdominale par une plaque synthétique de renfort (idem éventrations) laissant une longue cicatrice horizontale (type plastic abdominale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas pendulum abdominal</li> <li>Permet de reconstruire des zones très abîmées et de seins de gros volume</li> <li>Méthode utilisable sur une peau très abîmée et en cas d'échec d'autres moyens de reconstruction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tabagisme</li> <li>Diabète</li> <li>Antécédents d'irradiation de la paroi abdominale antérieure</li> <li>Patiente fragile</li> <li>Risques thromboemboliques accrus</li> <li>Femmes en âge de procréer</li> <li>Abdomen multicicatriciel</li> <li>Silhouette abdominale parfaite à préserver</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résultat naturel, surtout pour les seins volumineux</li> <li>Amélioration de la silhouette au niveau du ventre</li> <li>Aspect de la peau abdominale identique à celui de la peau thoracique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervention longue (jusqu'à 4h) et hospitalisation peut durer de 10 à 15 jours</li> <li>Difficulté de cicatrisation (déconseillé aux fumeuses), par trouble de la vascularisation du lambeau</li> <li>Fréquence des cytotéanécroses</li> <li>Importance de la gêne abdominale initiale obligeant la patiente à se tenir courbée → rééducation</li> <li>Risque de faiblesse de la sangle abdominale, voire éventration</li> </ul>

Technique	Description	Indications	Contre-indications et risques	Avantages	Inconvénients
<b>Dans un 2<sup>e</sup> temps (pas systématique)</b>					
<b>Symétrisation des deux seins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Différents cas sont à envisager :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Plastie mammaire de réduction du sein restant</li> <li>Mammopexie (correction d'une ptose)</li> <li>Correction de la forme (moins ronde et moins ferme)</li> <li>Augmentation de volume du sein restant</li> <li>Augmentation du sein reconstruit (par lipomodélage en cas de reconstruction par lambeau de grand dorsal autologue)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geste à visée esthétique faisant partie du traitement (pris en charge par la sécurité sociale)</li> <li>Lipoaspiration sur autre site et réinjection dans le lambeau sur le sein reconstruit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refus de la patiente</li> <li>Etat général précaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Symétriser les deux seins dans la mesure</li> <li>Lipoaspiration sur autre site et réinjection dans le lambeau sur le sein reconstruit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour les mammoplasties de réduction ou mammopexie (cicatrices : périoréolaire/ verticale (2cicatrices) ou en ancre de marine (3cicatrices))</li> <li>Pour les augmentations : Inconvénients des implants</li> </ul>
<b>Dans un 3<sup>e</sup> temps (pas systématique)</b>					
<b>Création du mamelon et de l'aréole</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le mamelon peut être reconstruit par:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Prélèvement d'une partie de l'autre mamelon si celui-ci est suffisant</li> <li>Utilisation de la peau du sein reconstruit par un petit lambeau cutané</li> <li>Grefe d'un fragment d'oreille, de pulpe d'orteil ou de petite lèvre</li> </ul> </li> <li>L'aréole :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Grefe de peau prélevée sur l'aréole de l'autre sein</li> <li>Grefe de peau prélevée à la racine de la cuisse ou dans la région génitale (zones naturellement pigmentées et apparaissant brunes)</li> <li>Tatouage seul ou pour améliorer l'aspect des greffes</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La création de l'aréole et du mamelon constitue la dernière étape de la reconstruction (quelle que soit la méthode)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ces méthodes sont simples, peu douloureuses et permettent de donner un aspect naturel et « achevé » du sein reconstruit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mamelon sans sensibilité</li> </ul>

**Tableau 2.** Synthèse des techniques de reconstruction mammaires suite à un cancer du sein (inspiré des travaux de Devauchelle [25] et complété à partir de [40] et [42])

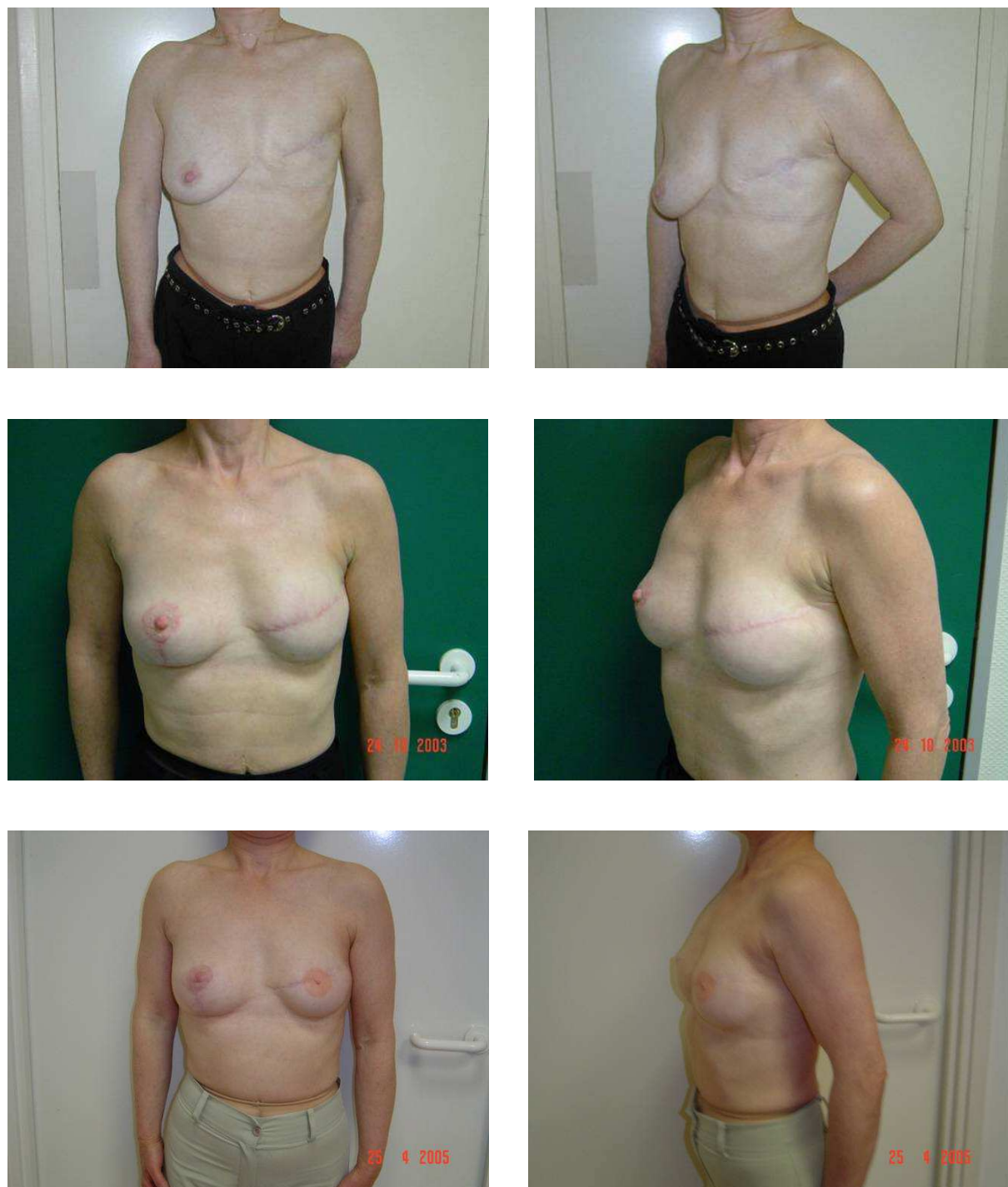


**Figure 1.** Photographie. Résultat d'une mastectomie



**Figure 2.** Photographies. A gauche : après la mastectomie ; à droite : à 3 mois d'une reconstruction différée par lambeau de grand dorsal + prothèse. En attente de la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire





**Figure 3.** Photographies. En haut : après mammectomie (face et profil). Au centre : après radiothérapie, reconstruction différée par prothèse (face et profil). En bas : reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire.



**Figure 4.** Photographies. En haut : avant la mammectomie. Au centre : reconstruction immédiate par lambeau de grand dorsal (sans prothèse). En bas : cicatrices au niveau du dos.



**Figure 5.** Photographies. Illustration de la symétrisation. En haut: reconstruction immédiate par lambeau de grand dorsal à 3 mois. En bas : résultat après symétrisation droite et lipomodélage.

Le choix de la technique de reconstruction se fera selon [40] :

- L'âge de la patiente (le lambeau de grand droit sera à proscrire chez une femme jeune avec un désir de grossesse, chez une femme sportive ou encore chez une femme âgée, afin de lui éviter une chirurgie trop lourde)
- L'importance de la substance à réparer
- L'état de la peau lorsqu'elle a été irradiée, de sa trophicité, sa souplesse, sa laxité
- La morphologie de la patiente (sa corpulence, le volume de ptose du sein controlatéral)
- Les antécédents de la patiente (contre-indication d'un lambeau de grand droit devant un abdomen multicicatriciel)
- Le souhait de la patiente

Le chirurgien plasticien pourra proposer une reconstruction immédiate devant les indications médicales suivantes :

- Récidive locale après traitement conservateur
- Carcinome in situ ou multifocal et/ou étendu
- Carcinome infiltrant diffus
- Carcinome invasif de grande taille (association à la radiothérapie)
- Maladie de Paget
- Tumeur phyllode
- Hyperplasie atypique sévère
- Mastectomie prophylactique (BRCA)
- Tumeur T1-T2 (selon la classification TNM, cf. Annexe 2, p100)

En revanche, elle sera contre-indiquée dans les situations suivantes :

- Cancer évolutif
- Tumeur  $\geq$  T3 (selon la classification TNM, cf. Annexe 2, p100)
- Cancer inflammatoire
- Traitement néo-adjuvant par radiothérapie

Le chirurgien plasticien impliqué en reconstruction mammaire après cancer du sein doit avoir de bonnes connaissances de l'histoire naturelle, du pronostic, des facteurs de risque et du

traitement du cancer du sein. Il doit de même être familiarisé avec les facteurs psychologiques associés au cancer du sein et à son traitement.

## 1.2. Le cancer du sein : une réalité fantasmatique

Toute maladie grave provoque une rupture qui modifie le somatique, le psychisme et l'aspect social de l'individu. Le sujet a le sentiment de ne plus pouvoir se réaliser, ne plus pouvoir tendre vers son idéal du « Moi » et, face à cette agression, il met en place des mécanismes de défense psychologique (travail de deuil) ou tombe dans la dépression (échec des mécanismes de défense).

Mais le cancer n'est pas une maladie grave semblable aux autres. Elle s'entoure d'une ambiance menaçante, elle est liée à une crainte magique, la crainte de la souffrance, de l'isolement, du chaos. Elle renvoie (aussi bien le patient que son soignant) à l'angoisse de la culpabilité, de l'abandon et de la mort [3].

Le cancer du sein occupe une place d'autant plus singulière que l'atteinte est visible et porte sur une partie du corps symboliquement investie, étroitement liée à la vie dans tous les sens du terme. C'est pourquoi, les retentissements physiques sont indissociables des retentissements psychiques et réciproquement [15].

L'annonce du diagnostic ne met pas seulement en question la survie du corps mais aussi la femme dans son identité. Elle entraîne une atteinte narcissique importante qui renvoie la patiente dans sa petite enfance où, démunie, elle dépendait d'autrui pour satisfaire ses besoins [15].

À ce moment, la patiente est dans un état de choc qu'il faut respecter car cet état va lui permettre de mobiliser des moyens d'adaptation psychique par rapport à cette situation traumatique.

Les mécanismes de défense les plus fréquemment rencontrés [14, 15] sont :

- Le déni de la réalité qui l'éloigne de la prise en charge.
- La passivité qui la rend docile à toutes les directives du médecin (cet état, souvent passager, ne dispense pas le soignant d'informer sa patiente, s'il veut lui éviter un réveil douloureux).
- L'hyperactivité de la patiente qui aborde de front son traitement tout en poursuivant ses activités habituelles. Il est important de se méfier de cette fuite en avant qui risque à terme d'entraîner un effondrement.

En toile de fond, existe une anxiété très fréquemment présente, parfois masquée, qui se traduit par une peur impossible à fuir puisque son origine est intérieure. Son expression est variable : trouble du sommeil, trouble de l'alimentation, désarroi, inhibition, crise de larmes, idées obsessionnelles, révolte face à son sort, somatisation de l'angoisse (céphalée, trouble digestif, douleur thoraco-abdominale, ...), etc. [12, 14, 15]

Toutes ces réactions dépendent de la personnalité de la patiente, de son histoire, de son équilibre familial et personnel, de son environnement, de la stabilité de sa situation professionnelle. Cela dépend également de la relation avec son médecin, de la qualité de l'écoute et de l'information adaptée qu'il apporte [8, 15].

Si ces mécanismes de défense sont dépassés ou n'ont pas pu être mobilisés, la patiente peut présenter un syndrome dépressif plus ou moins typique, allant jusqu'à des idées suicidaires. Le soignant doit être vigilant sans pour autant poser le diagnostic trop rapidement ; il doit laisser le temps de la réparation.

Mais la plupart de ces mécanismes trouvent plutôt leur origine dans l'imagination que dans la réalité : crainte de la mort, crainte d'être incurable, crainte d'une transformation du corps avec le sentiment d'atteinte possible à l'identité propre par une intervention chirurgicale mutilante, sensation d'héberger en son « sein » un élément étranger hostile [14].

Les conséquences sont d'autant plus lourdes que l'imagination est toujours plus anxiogène que la réalité. En effet, alors qu'il est toujours possible de s'adapter à la réalité (compromis, aide extérieure), il existe peu de possibilités concernant l'imaginaire [14].

Mais comme tous mécanismes de défense, ils sont transitoires. La femme devra sortir de cet état. Les événements extérieurs l'y contraindront, notamment les traitements.

Dans l'esprit de la patiente, la mise en place des traitements confirme définitivement la réalité de sa maladie.

Qu'il s'agisse de chirurgie, de radiothérapie, de chimiothérapie ou d'hormonothérapie, les traitements marquent le corps et l'entame. Ils entraînent des dégradations plus ou moins importantes, transitoires ou définitives au niveau physique comme au niveau psychique.

Les femmes redoutent le caractère mutilant et invalidant des traitements, mais également l'hospitalisation et la séparation des proches [8, 15].

Elles devront faire face à une série de pertes qui les renverront aux différentes pertes de leur histoire et qui seront vécues comme une déconstruction de leur identité d'être vivant et de femme.

Elles devront effectuer tout un travail de deuil puis de reconstruction afin de résoudre leurs problèmes existentiels. Sans cela, elles se trouveront dans une situation de déséquilibre.

De ce travail de réparation, réalisé seul, avec l'aide de ses proches ou une aide spécialisée, il en résultera un nouveau rapport de la femme à elle-même et à l'ensemble de son histoire. Chacune le mène plus ou moins loin et à son rythme afin d'arriver à une réunification de soi [15].

La chirurgie réparatrice joue un rôle déterminant dans le travail de reconstruction psychique qu'effectue la femme après une mammectomie [34].

La reconstruction mammaire peut être soit immédiate, dans le même temps opératoire, soit différée, réalisée quelques mois ou quelques années après la mammectomie.

Le temps qui s'écoule entre la mammectomie et la reconstruction différée va permettre à la femme de réaliser ce travail douloureux sur la perte et ainsi décider du moment opportun d'une reconstruction.

Malgré le secret espoir de se retrouver comme avant, elle sait qu'un sein reconstruit ne sera jamais comme son sein. Et bien qu'il restituera une image entière et une nouvelle confiance en elle, la femme devra de nouveau l'intégrer dans son image corporelle et poursuivre ainsi le temps des remaniements psychiques et ce travail de restauration [13].

Quant à la reconstruction immédiate, elle sera proposée par le médecin afin d'éviter à la femme d'être confrontée à la mutilation et à ses effets [1, 5, 19].

L'intégrité de l'apparence est préservée par une masse qui n'est pas le sein d'avant, mais qui permet de masquer la mutilation et ainsi la réalité du cancer et ses remises en question. Même si le temps de la perte ne semble pas respecté, il n'est en réalité que décalé. La patiente va dans un premier temps reporter son angoisse sur l'aspect esthétique, les cicatrices. Mais à un moment ou à un autre, la réalité va de nouveau s'imposer à elle et la confronter à une autre représentation d'elle-même l'obligeant ainsi à construire une nouvelle identité : compromis entre ses représentations antérieures et la prise en compte du caractère inéluctable de la perte [13].



Les reconstructions somatiques et psychologiques sont donc étroitement liées dans le travail de restauration, même si elles sont décalées dans le temps.

La reconstruction immédiate permet uniquement d'être épargnée de l'aspect le plus ouvertement dramatique des répercussions psychiques du cancer sans éviter sa réalité ni ses remaniements psychiques [15].

Certaines patientes attendent la fin des traitements comme une libération, espérant un retour instantané à la vie antérieure, d'autres redoutent ce moment, vécu comme un nouvel abandon. Quelle que soit l'attente, le vécu est souvent ambivalent. Il passe par un véritable travail d'intégration de l'expérience vécue et de la perte du sentiment d'immortalité.

En effet, même si la réalité de notre propre mort est connue, l'idée est souvent abstraite et projetée dans un avenir lointain.

Avoir un cancer oblige à y penser d'autant que le mot « *guérison* » est rarement prononcé par le médecin. Les patientes prennent pleinement conscience de leur finitude et se rendent compte de l'insouciance dans laquelle elles vivaient jusqu'à présent et dans laquelle les autres vivent encore. Elles se sentent souvent différentes, exclues de ce mode de pensées léger, avec l'impossibilité de partager avec leur entourage l'idée d'un avenir. Une distance, voire une vraie cassure peut se créer entre elles et les autres [12, 14].

Plus les patientes s'éloignent du temps du diagnostic, plus elles arrivent à se projeter de nouveau dans l'avenir, même si cette projection est très progressive.

Puis chaque consultation de suivi sera vécue comme une épreuve insupportable ; elle s'accompagnera souvent d'une réémergence de l'angoisse de la récurrence. Au fil du temps, le traumatisme s'effacera, les consultations s'espaceront. La vie reprendra ses droits [14, 17].

## 2. La valeur symbolique du sein



**Figure 6.** Gabrielle d'Estrees et une de ses sœurs – Fontainebleau XVIe (vers 1584)

De tout temps, le sein a été une source d'inspiration de l'art (cf. Figure 6), qu'il s'agisse de peinture, de sculpture, de littérature, de photographie ou de cinéma [5, 18].

Très chargé fantasmatiquement de sens et de fonctions, tant chez la femme que chez l'homme, il a été représenté sous toutes ses formes.

Il est le symbole à la fois de la féminité, de la maternité et de l'érotisme [13, 18, 39].

Il est, pour la jeune fille, l'organe contribuant à intégrer son image corporelle de femme ; il agit comme premier signal sexuel bien plus fort que la ménarche et tient un rôle relationnel capital dans son rapport aux autres [3].

Dans nos sociétés occidentales, le sein n'échappe pas pour autant aux lois normatives de la médiatisation : *« voilà comment se présentent les seins en santé d'une femme accomplie dans sa féminité et dans sa sexualité. »*

*« Le sein réel, quant à lui, obéit aux lois de la pesanteur, à celles de la génétique, de l'anatomie, de la physiologie, de la maladie. Il vieillit, s'abîme, s'affaisse » Gros [105].*

Et si les seins attestent symboliquement de la double identité de la femme et de la mère, leur atteinte met en danger cette double identification qui fonde la légitimité symbolique de l'existence de la femme [13].

En effet, le cancer du sein entraîne une atteinte narcissique. La femme va se sentir comme différente d'avant, dévalorisée en tant que femme. L'atteinte somatique de son sein ne remet pas en question que la survie du corps mais aussi la femme dans son être de femme.

Son identité sexuelle, tout au long de son développement, s'est mise en place et s'est renforcée à travers le regard de l'autre. Elle est intimement liée à son image corporelle, à sa relation aux autres et à elle-même [5, 8, 12]. On comprend donc que le vécu des transformations corporelles provoque une remise en question de l'identité globale, sexuelle et sociale [12].

Après une mammectomie, la femme découvre la nouvelle image de son corps qui lui sera longtemps insupportable et entraînera un état de grande souffrance.

Cette souffrance liée à la perte d'une partie du corps tellement investie, la renvoie comme par un effet de résonance à toutes les pertes antérieures, plus ou moins bien assumées, aux angoisses liées à ces pertes, aux conflits non résolus de son histoire [15].

La femme devra créer un nouvel équilibre entre l'ancienne représentation qu'elle avait d'elle-même et sa nouvelle image ; il en résultera un autre rapport à la femme qu'elle est devenue [5].

### **3. L'atteinte de la sexualité**

« *La sexualité humaine se fabrique dans un univers culturel de devoirs et d'interdictions, se structure au sein de l'institution familiale et s'intègre enfin en sa propre existence comme mémoire et projet* » [3].

Le sein concrétise l'attribut sexuel le plus visible. Organe de jouissance, il est lieu et source de plaisir. Cette capacité érogène est variable d'une femme à une autre, et même d'une relation à une autre.

C'est pourquoi le cancer du sein peut entraîner des dysfonctions sexuelles par plusieurs mécanismes [2].

Le soignant doit avec tact et au bon moment l'évoquer avec sa patiente qui souvent recevra l'information avec soulagement. Des conseils pratiques pourront être utiles comme celui d'adapter la position si les cicatrices sont douloureuses ou d'utiliser des lubrifiants locaux en cas de sécheresse vaginale [3, 8].

Tout d'abord, la maladie peut intervenir sur l'acte sexuel par ses propres symptômes : l'asthénie, l'altération de l'état général et les douleurs entraînent une diminution du désir [3].

De plus, les traitements anticancéreux qu'elle subira auront, eux aussi, des effets secondaires sur sa sexualité [8, 11, 19, 35].

La chimiothérapie génère inconstamment, et parfois de façon réversible, une ménopause précoce avec des bouffées de chaleur, aménorrhée, sécheresse vaginale et dyspareunie ainsi qu'une modification de l'apparence (alopécie, pâleur et prise de poids brutale) [3].

Le tamoxifène ne semble pas entraîner de trouble sexuel en plus de la ménopause elle-même, d'autant plus qu'il a un effet pro œstrogénique sur le vagin. Mais certaines études montrent son action sur l'augmentation de la « Sex Hormon Binding Globulin » qui, de ce fait, ferait diminuer le taux d'androgène libre circulant et diminuer le désir sexuel [3, 19, 23].

En revanche les anti-aromatases, en réduisant sensiblement le taux des oestrogènes circulants, peuvent entraîner des difficultés à type de dyspareunie [3, 23].

La radiothérapie peut se compliquer de fatigue importante, de brûlure locale, de cicatrice inesthétique, de lymphoedème en inadéquation avec le climat de séduction et l'aspect sthénique de la sexualité.

Mais le cancer du sein et ses traitements entraînent également des dysfonctions sexuelles d'origine psychologique.

L'anxiété ressentie par la patiente aura pour conséquence une démotivation sexuelle et une diminution relationnelle aux dépens d'un auto-centrage.

Elle favorisera également un arrêt des projections avec perte des scénarii sexuels et un appauvrissement des fantasmes avec, en lien direct, une diminution de la libido [3, 10]. La perte de l'élan sexuel entrave le passage de l'acte et quand il existe encore, le comportement sexuel est jugé par la patiente comme inefficace.

Mais la maladie peut également fournir un prétexte pour interrompre une sexualité vécue jusque-là comme peu satisfaisante. En effet, les réactions du conjoint et la qualité de la sexualité du couple antérieur au cancer prennent ici une importance primordiale.

Le partenaire sexuel, par son attitude, peut renforcer la distance prise par sa femme : crainte de provoquer des douleurs, crainte de la contagion, rejet, incompréhension de l'épreuve traversée, abandon, indifférence...

Ou, inversement par son attitude hyperprotectrice, il inhibera sa femme, entraînant une véritable régression chez elle et une relation de dépendance [3].

Certains couples toutefois arrivent à trouver dans leur histoire, les moyens de s'adapter à cette épreuve et de renforcer leur relation.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

## III. Matériel et méthode

Entre 2000 et 2005, au CHU d'Amiens, dans les services de gynécologie et de chirurgie plastique confondus, 152 patientes ont été opérées d'une reconstruction mammaire.

Les dossiers de ces patientes nous apprennent que pour 98 d'entre elles (64 %), la reconstruction a été réalisée dans le même temps opératoire que la mammectomie, et pour 54 d'entre elles (36 %) elle a été différée.

Dans cette partie, nous décrivons la démarche que nous avons suivie pour recueillir les informations à l'origine de cette étude.

Dans une première partie, nous présentons le questionnaire que nous avons établi et fait parvenir à chacune des 152 patientes. Nous décrivons ensuite la façon dont nous avons collecté les informations. Pour clore cette présentation, nous proposons une critique méthodologique de notre approche.

### **1. Présentation de notre questionnaire**

Les travaux présentés dans cette étude reposent sur un questionnaire que nous avons établi début 2006, inspiré des travaux de J.M. Hannoun-Levi [8] et en accord avec le sexologue du Centre de Gynécologie-Obstétrique du CHU d'Amiens. Il totalise 48 questions qui sont réparties en 5 thèmes que nous présentons plus en détail ci-après :

1. Généralités (7 questions)
2. Traitement (7 questions)
3. Aspect physique (4 questions)
4. Aspect psychosomatique (5 questions)
5. Aspect psychosexuel (25 questions qui représentent le cœur de l'étude)

#### **1.1. Généralités**

Les questions générales visent à définir les caractéristiques de la population étudiée (âge, origine, catégorie socioprofessionnelle, etc.) et à savoir si l'expérience vécue a modifié l'état marital des patientes, avec en ligne de mire l'évaluation de la stabilité des couples face à l'épreuve.

## 1.2. Traitement

La partie « traitement » du questionnaire nous permet d'identifier nos deux groupes : celui des femmes ayant bénéficié d'une reconstruction immédiate après la mastectomie et celui des femmes qui ont eu une reconstruction différée.

Précisons que les autres questions, notamment celles concernant la radiothérapie, s'inscrivent dans une démarche relativement annexe à cette étude, qui se focalise principalement sur les conséquences et l'impact de l'atteinte corporelle. Elles visent à élargir le cadre de nos travaux en jugeant de l'influence d'autres facteurs (non exhaustifs) et en permettant d'éliminer certains biais.

Pour un approfondissement des autres causes du retentissement psychosexuel des traitements du cancer du sein (chimiothérapie, hormonothérapie, etc.), le lecteur peut se référer aux travaux connexes de [3] et [81].

Concernant la question sur la technique de reconstruction, précisons que les réponses ont volontairement été limitées à « lambeau du dos » et « prothèse » en raison des interventions classiquement pratiquées au CHU d'Amiens. Aucune de nos 105 patientes n'a bénéficié de la technique de lambeau de grand droit dont nous faisons état dans le Tableau 2 p20.

## 1.3. Aspect physique

Les questions concernant cette partie sont destinées à affiner les résultats sur le ressenti en fonction d'éléments comme la gêne fonctionnelle ou les douleurs. Elles abordent également le thème du résultat esthétique en proposant de quantifier le degré de satisfaction des patientes.

## 1.4. Aspect psychosomatique

L'aspect psychosomatique est analysé grâce à des questions sur la difficulté du vécu, l'aide reçue et l'idée que les patientes se faisaient de leur féminité restante.

## 1.5. Aspect psychosexuel

La dernière partie du questionnaire correspond au cœur de notre étude. Elle est essentiellement constituée de questions à réponses fermées<sup>6</sup> afin de permettre une exploitation statistique des résultats. En revanche, la réponse « autre », proposée dans certaines questions, a permis des commentaires ou une réponse non envisagée initialement et ainsi de recueillir

---

<sup>6</sup> La patiente interrogée doit choisir parmi un nombre défini de réponses.



une information aussi pertinente et exhaustive que possible. Dans le même ordre d'idées, la réponse « *ne sait pas* », laissait la possibilité aux patientes, au-delà de ne pas avoir d'avis, de ne pas répondre à une question embarrassante, sans pour autant avoir à nous l'avouer.

Parmi les 25 questions, 8 étaient à réponse libre. Si la diversité des réponses n'a pas permis d'analyse statistique, soulignons qu'elle a largement contribué à la richesse des entretiens. En particulier, ces questions ont permis aux femmes interrogées de témoigner de leur histoire personnelle et de se livrer à quelques confidences.

## 1.6. Questionnaire

Les cinq prochaines pages présentent le questionnaire, tel qu'il a été envoyé aux patientes.

### Généralités

Quel est votre **âge** ?

De quelle **origine** géographique êtes-vous ?

Quelle est votre **profession** ?

À l'époque de votre opération, étiez-vous :

1. Mariée ou en concubinage ? Depuis combien de temps ?
2. En couple, mais vivant séparément ? Depuis combien de temps ?
3. Célibataire ?

**Six mois après** votre opération, étiez-vous :

1. Mariée ou en concubinage ?
2. En couple, mais vivant séparément ?
3. Célibataire ?

**Un an après** votre opération, étiez-vous :

1. Mariée ou en concubinage ?
2. En couple, mais vivant séparément ?
3. Célibataire ?

Quelle est, selon vous, la **qualité de l'information** que l'on vous a donnée sur votre opération ?

1. Pas satisfaisante
2. Peu satisfaisante
3. Satisfaisante
4. Très satisfaisante

## Traitement

Avez-vous bénéficié d'une **ablation du sein** ?

1. D'un seul coté
2. Des 2 cotés

Avez-vous bénéficié ?

1. D'une reconstruction du sein **immédiate** (lors de la même intervention)
2. D'une reconstruction du sein **à distance** (lors d'une 2ème intervention)

La reconstruction était-elle par :

1. Lambeau du dos ?
2. Prothèse ?

Y'a-t-il eu une **récidive** ?

Avez-vous eu de la **radiothérapie** après votre opération ?

Si oui, existe-t-il ?

1. Douleur
2. Œdème
3. Aspect cartonné de la peau
4. Des vaisseaux dilatés au niveau de la peau
5. Atrophie
6. Ulcération
7. Rétraction

Avez-vous eu un **gros bras** après le curage axillaire ?

1. Oui
2. Non

## Aspect physique

Avez-vous eu une **gêne fonctionnelle** ?

1. Aucune
2. Gêne légère
3. Gêne modérée
4. Gestes de la vie courante très difficiles, voire impossibles

Existe-t-il des **douleurs résiduelles à 1 an** ? (note de 0 à 10)

Existe-t-il des **douleurs résiduelles à 2 ans** ? (note de 0 à 10)

Êtes-vous satisfaite du **résultat esthétique** de la reconstruction mammaire ?

1. Pas satisfaite
2. Peu satisfaite
3. Satisfaite
4. Très satisfaite

## Aspect psychosomatique

Comment avez-vous **vécu** les choses (plusieurs réponses possibles) ?

1. Angoisse
2. Dépression
3. Atteinte de l'image corporelle
4. Idées suicidaires
5. Trouble du sommeil
6. Trouble de l'alimentation

En cas de vécu difficile, la difficulté était-elle liée à :

1. La maladie en elle-même
2. À la modification de l'image de la femme
3. Autres (précisez)

Avez-vous eu besoin d'**être aidée** ?

1. Médicament (lesquels ?)
2. Médecin traitant
3. Chirurgien
4. Psychologue
5. Autres (précisez)

Vous sentiez-vous toujours aussi féminine ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

Vous sentiez-vous moins **désirable** ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

## Aspect psychosexuel

Quelle importance a pour vous le sein dans votre sexualité de femme ?

1. Pas important
2. Peu important
3. Important
4. Essentiel

Quel était le degré de satisfaction de votre sexualité avant l'intervention ?

1. Pas d'avis
2. Peu ou pas satisfaisant
3. Satisfaisant
4. Très satisfaisant

Aviez-vous toujours de l'intérêt pour la sexualité juste après votre intervention ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

Aviez-vous toujours de l'intérêt pour la sexualité un an après votre intervention ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

Quelle était, en moyenne, la fréquence de vos rapports sexuels **avant** l'opération ?

0. Pas de rapport
1. Moins d'une fois par mois
2. 1 à 5 fois par mois
3. 5 à 10 fois par mois
4. Plus de 10 fois par mois

Quelle était la fréquence de vos rapports sexuels **6 mois après** l'opération ?

0. Pas de rapport
1. Moins d'une fois par mois
2. 1 à 5 fois par mois
3. 5 à 10 fois par mois
4. Plus de 10 fois par mois

Quelle était la fréquence de vos rapports sexuels **1 an après** l'opération ?

0. Pas de rapport
1. Moins d'une fois par mois
2. 1 à 5 fois par mois
3. 5 à 10 fois par mois
4. Plus de 10 fois par mois

## Aspect psychosexuel (suite)

Si l'opération a provoqué un changement dans **la fréquence** de vos rapports :

Selon vous, quels sont les principaux **facteurs physiques** (par exemple, douleur, raideur articulaire, etc.) liés à ce changement ?

Quels sont les principaux **facteurs psychologiques** (angoisse, dépression, trouble du sommeil, etc.) liés à ce changement ?

Au final, quel est, selon vous, **le principal facteur** responsable ?

Diriez-vous que l'opération a été responsable d'une modification dans **la qualité** de vos rapports sexuels ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

**Si oui** laquelle ?

Amélioration  
Dégradation

Selon vous, quels sont les principaux **facteurs physiques** (par exemple, douleur, raideur articulaire, etc.) liés à ce changement ?

Quels sont les principaux **facteurs psychologiques** liés à ce changement ?

Au final, quel est, selon vous, **le principal facteur** responsable ?

Pensez-vous que la qualité de l'information a joué un rôle sur la reprise de vos rapports sexuels ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

Votre partenaire était-il présent aux réunions d'information ?

1. Oui
2. Non

Était-il proche de vous :

Avant l'intervention ?  
Pendant l'intervention ?  
Après l'intervention ?

## Aspect psychosexuel (suite)

Suite à votre opération, avez-vous perçu une différence du comportement sexuel de votre **partenaire** ?

1. Oui
2. Non

**Si oui**, précisez la nature de ce changement .....

Avez-vous envisagé de parler de vos difficultés sexuelles ?

Sinon, pourquoi ?

Si oui, à qui ?

1. Au chirurgien
2. Au médecin traitant
3. Au gynécologue
4. À un sexologue
5. Autres...

Avez-vous été suivi par un **sexologue** ?

1. Oui
2. Non

Sinon, pensez-vous que cela aurait été bénéfique ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

#### 4. Recueil des données

Dans un premier temps, courant mars 2006, le questionnaire a été envoyé par courrier à chacune des 152 patientes concernées par l'étude. Il était accompagné d'une lettre introduisant brièvement le thème de nos travaux et expliquant clairement le cadre médical et les clauses de confidentialité.

Le but du courrier était de permettre aux patientes de prendre connaissance des questions, de décider en toute tranquillité si elles désiraient y répondre et, le cas échéant, de prendre le temps de la réflexion.

Dans un deuxième temps, les patientes ont été recontactées par téléphone afin de recueillir les données. Cette phase a débuté une semaine après l'envoi des premiers questionnaires et s'est étalée sur un mois environ. Les entretiens téléphoniques ont duré de 7 à 52 minutes avec une moyenne de 25 minutes. Les questions étaient posées au fur et à mesure de l'entretien, dans un ordre identique à celui du questionnaire. Si certaines patientes avaient déjà réfléchi aux réponses, d'autres découvraient les questions pour la première fois.

Sur les 152 patientes initialement concernées par cette étude :

- 105 dames ont répondu dont
  - 88 par téléphone, ce qui représente environ 35 heures d'entretien
  - 17 par courrier, dont 6 ont précisé désirer uniquement ce mode de réponse
- 9 n'ont pas voulu répondre
- 38 sont perdues de vue : patientes décédées (4 retours de courrier des maris), changement d'adresse ou patientes impossibles à joindre par téléphone et par courrier

	Nombre de patientes	Pourcentage
<b>Ont répondu</b>	105	69,1 %
	88 par téléphone / 17 courriers	83,8 % / 16,2 %
<b>N'ont pas voulu répondre</b>	9	5,9 %
<b>Perdus de vue</b>	38	25 %
<b>Total</b>	152	100 %

Tableau 3. Réponse ou non des 152 patientes concernées par l'étude



Précisons que la collecte des informations a été réalisée en deux temps. En effet, compte tenu de la difficulté à joindre certaines patientes (plusieurs tentatives téléphoniques vaines), un deuxième courrier a été envoyé à 40 d'entre elles, leur demandant de bien vouloir retourner le questionnaire rempli par la poste (6 réponses recueillies).

Sur les 105 patientes pour lesquelles des données ont pu être collectées, 72 d'entre elles ont bénéficié d'une reconstruction immédiate (68,6 %) et 33 d'une reconstruction différée (31,4 %).

Ajoutons que 8 des patientes qui ont répondu (7,6 %) n'ont pas voulu aborder les questions se rapportant à leur vie intime et à leur sexualité, sans véritable différence entre les deux groupes.

### **5. Critique méthodologique**

Dans cette partie, nous mettons en avant les éléments positifs et les limites de la méthode employée dans cette étude.

En premier lieu, soulignons la taille relativement importante de l'enquête. Nous avons recueilli 105 témoignages, comprenant chacun près de 48 réponses (certaines femmes n'ont pas répondu à l'ensemble des questions), ce qui a conduit au dépouillement d'environ 4 500 informations.

Le groupe de patientes sur lequel nous basons notre analyse est relativement élevé par rapport à d'autres études qui abordent des thématiques similaires [24, 25, 26, 27]. Cela renforce la pertinence des résultats statistiques présentés dans la section IV, p49.

L'étude est uniquement focalisée sur les conséquences psychosexuelles de deux groupes de patientes (reconstruction immédiate versus différée). En aucun cas, les raisons qui motivent le choix de la reconstruction et le retentissement des traitements adjuvants ne sont pris en compte.

Dans l'ensemble, nous estimons le recul des patientes par rapport à l'intervention important ou tout du moins suffisant (entre 1 et 6 ans), ce qui permet des réponses réfléchies et une analyse souvent lucide de la situation. En revanche, il est indéniable que le facteur temps joue un rôle de filtre, à la fois en atténuant les détails, mais aussi en amoindrissant certains aspects

en raison d'oublis probables. Par ailleurs, soulignons que les patientes interrogées ne sont pas toutes au même moment de leur ressenti, étant donnée la période sur laquelle s'étale les interventions (2000 à 2005).

Si nous décrivons la nature du retentissement psychosexuel de la mammectomie et de la reconstruction sur les patientes, en revanche, nous ne proposons pas de véritable interprétation psychologique de ces faits.

Un seul et même questionnaire a été utilisé pour l'ensemble des patientes. Chaque groupe n'a pas été étudié de façon spécifique, mais l'un par rapport à l'autre en fonction des mêmes éléments.

Les réponses au questionnaire étaient confidentielles, mais pas anonymes, avec les avantages et les inconvénients que cela implique :

- Absence de témoignages redondants : compte tenu de la méthodologie retenue, nous sommes certains de l'unicité de chaque réponse ; une femme qui aurait répondu par courrier n'a pas été ré-interrogée par téléphone
- Influences possibles de l'absence d'anonymat (certaines réponses ont pu être sur- ou sous-évaluées)

Précisons toutefois que le cadre médical de cette étude et l'assurance du respect de la confidentialité permettent de penser que les informations données par les patientes sont relativement fiables.

Enfin, élément qui ne peut être négligé, il est incontestable que les confidences des patientes ont été facilitées par l'entretien avec une femme.

# RÉSULTATS

## IV. Résultats

Cette partie présente les résultats issus des réponses au questionnaire que nous avons présenté dans la section précédente.

Toutes les statistiques ont été obtenues à partir des logiciels SPSS<sup>7</sup> version 11 et MS-Excel 2003 sous Windows<sup>TM</sup>.

### 1. Généralités

#### 1.1. Origine géographique

Dans cette étude, parmi les 105 patientes qui ont répondu à une partie ou à la totalité des questions, 101 sont d'origine française.

#### 1.2. Âge

La Figure 7 présente la répartition de notre échantillon par tranche d'âge. La plus jeune des patientes a 21 ans et la plus âgée 74 ans, avec une moyenne d'âge de 50 ans.

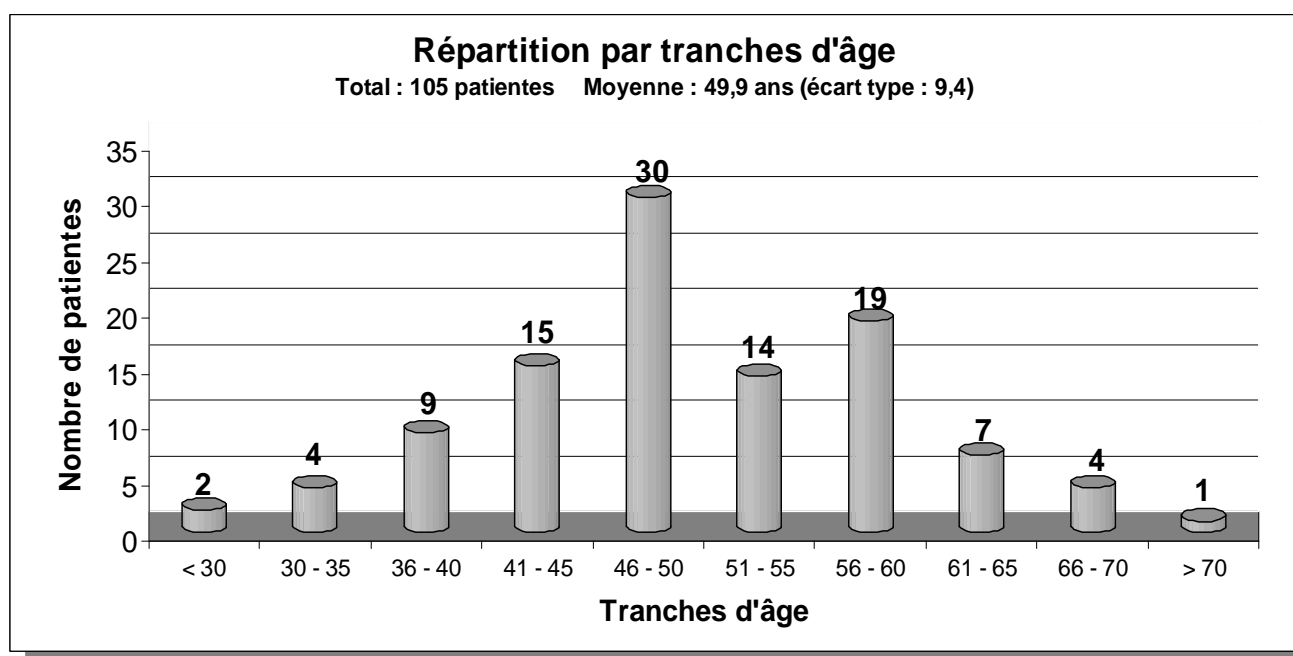


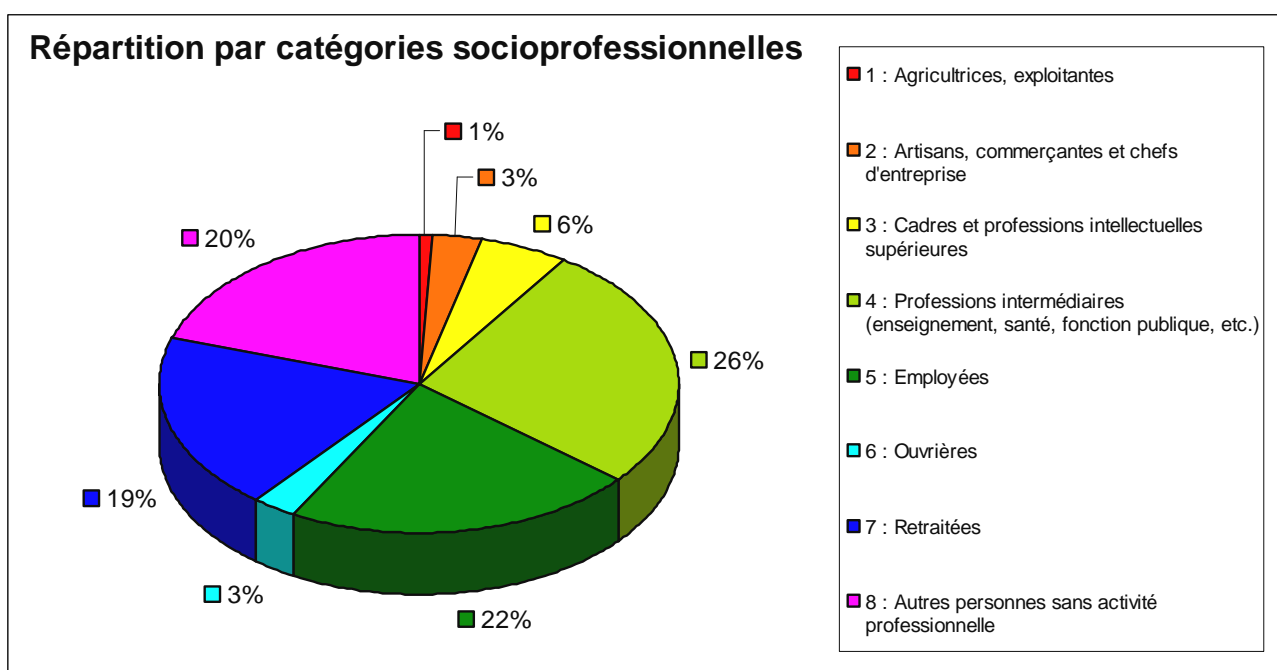
Figure 7. Répartition par tranche d'âge des 105 patientes ayant répondu

<sup>7</sup> <http://www.spss.com/fr/>

Dans la suite du document, afin d'évaluer certains paramètres en fonction de l'âge, on définit deux groupes a priori homogènes : les patientes de moins de 50 ans (au nombre de 52) et celles de 50 ans et plus (53 patientes).

### 1.3. Catégories socioprofessionnelles

La Figure 8, illustre la répartition des patientes par catégories socioprofessionnelles suivant la nomenclature de l'INSEE<sup>8</sup> PCS 2003 niveau 1.



**Figure 8.** Répartition par catégories socioprofessionnelles

Notre échantillon est représentatif de la population française et concorde à peu près avec les données nationales<sup>9</sup> de l'INSEE, à l'exception du nombre de retraitées qui est plus faible dans notre population (19 % contre 30 % dans la population générale) et se reporte principalement sur les professions intermédiaires. Notre population de retraitées, anormalement faible,

<sup>8</sup> On peut retrouver la nomenclature PCS 2003 de l'INSEE sur Internet à l'adresse suivante : [http://www.insee.fr/fr/nom\\_def\\_met/nomenclatures/pcs.htm](http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/nomenclatures/pcs.htm)

Précisons que le niveau 1 (qui définit 8 catégories socioprofessionnelles) a été retenu compte tenu de son adéquation au nombre de témoignages recueillis (105). Pour information, le niveau 2 compte 24 catégories : son utilisation aurait induit une trop grande dispersion dans la présentation des résultats et aurait nuit à la clarté de la synthèse.

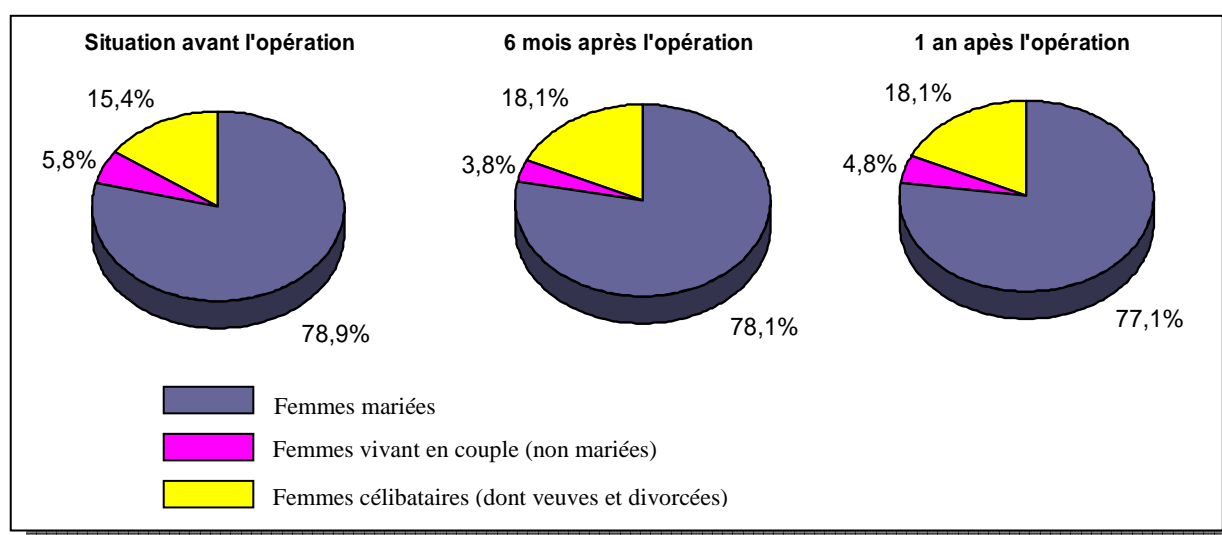
<sup>9</sup> Répartition de la population française de 15 ans et plus selon la catégorie socioprofessionnelle (source INSEE 2005) : [http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle\\_fiche.asp?ref\\_id=NATTEF02135&tab\\_id=293](http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_fiche.asp?ref_id=NATTEF02135&tab_id=293)

s'explique par l'âge des dames qui ont désiré être reconstruites après un cancer du sein, en moyenne plus jeune que celui de la retraite.

#### 1.4. Situation maritale

La Figure 9 présente la situation maritale des patientes avant l'opération, puis 6 mois et 1 an après l'intervention.

Avant la mammectomie, 78,9 % des femmes étaient mariées ou en concubinage, 5,8 % étaient en couple (mais ne partageant pas une vie commune) et 15,4 % célibataires (veuves, divorcées, non en couple). Six mois et un an après, ces taux restent globalement stables, même si l'on observe une légère augmentation du taux de femmes célibataires, aux dépens de celles en couple.



**Figure 9.** Situation maritale des patientes avant l'opération, puis 6 mois et 1 an après l'opération : globalement la situation des patientes est restée stable

La Figure 10 présente la durée des relations de couple suivant l'âge des patientes. La durée moyenne des relations est de 22,2 ans. La droite de régression linéaire montre cependant que le nuage de point présente une direction privilégiée (coefficient de détermination  $R^2=0,6$ ), ce qui traduit évidemment qu'une patiente plus âgée est généralement en couple depuis plus longtemps. Remarquons également les points très en deçà de la droite de tendance qui sont principalement la conséquence d'un changement de partenaire (divorce, séparation).

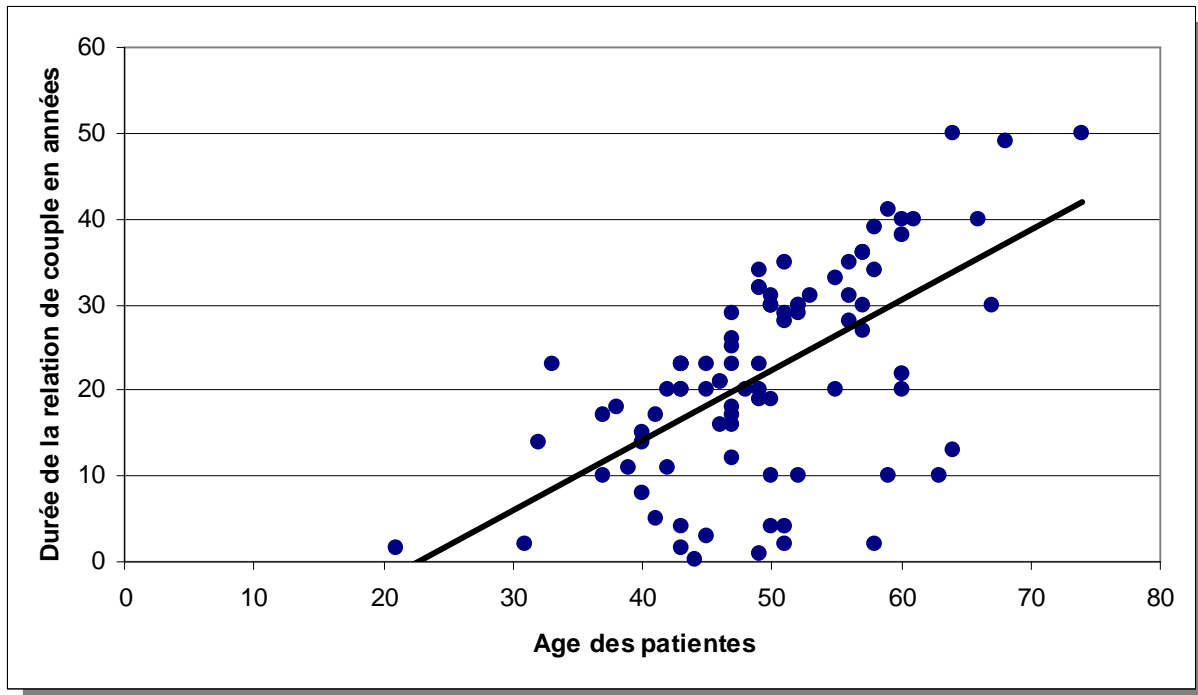


Figure 10. Durée des relations de couple en fonction de l'âge des patientes avant la mammectomie (89 patientes)

### 1.5. Degré de satisfaction quant à la qualité de l'information

À l'issue de l'intervention, les patientes disent être majoritairement satisfaites de l'information qu'elles ont reçue sur leur maladie et les traitements envisagés (cf. Figure 11).

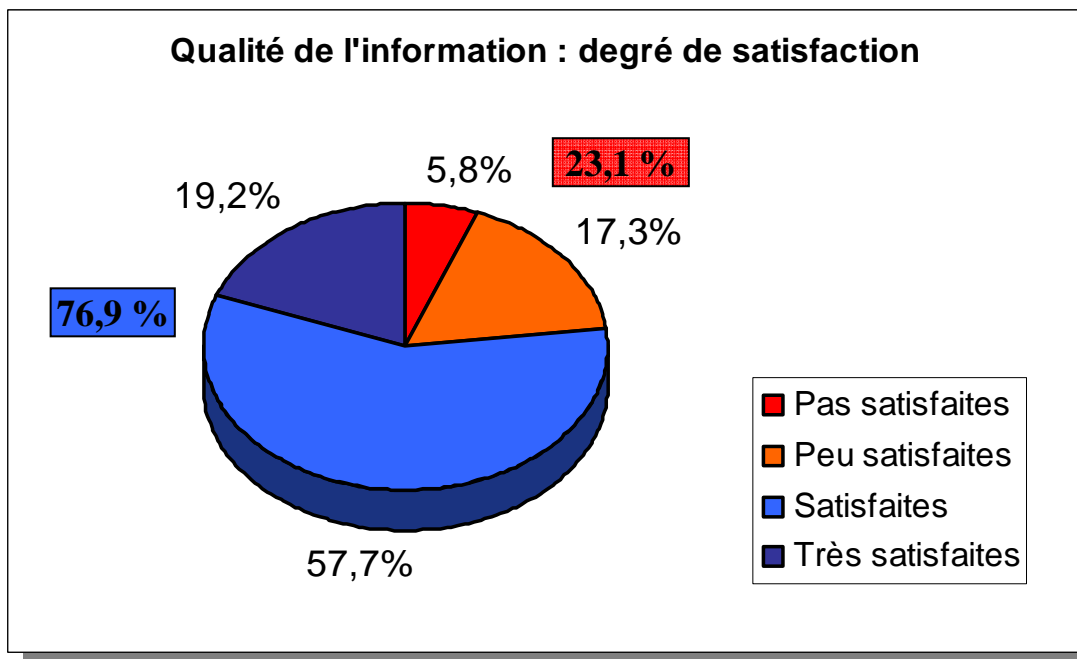


Figure 11. Degré de satisfaction concernant la qualité de l'information

## **2. Traitement**

### **2.1. Mammectomie uni ou bilatérale**

En ce qui concerne les traitements et les effets secondaires :

93,3 % des patientes ont subi une mammectomie unilatérale. Parmi les 6,7 % de mammectomies bilatérales, 1 patiente a eu une mammectomie prophylactique. Le vécu de cette patiente a été d'autant meilleur que ce fut un choix personnel, mûrement réfléchi et qu'il n'était pas question de cancer chez elle.

### **2.2. Reconstruction immédiate ou différée**

Parmi nos 105 patientes :

- 72 d'entre elles ont bénéficié d'une reconstruction immédiate (68,6 %) et
- 33 d'une reconstruction différée (31,4 %).

Les techniques de reconstruction (immédiate ou différée) qui ont été utilisées sont :

- Dans 72,4 % des cas : par lambeau dorsal
- Dans 16,2 % des cas : par prothèse
- Dans 11,4 % des cas : par les deux techniques

### **2.3. Épisode de récurrence**

10,5 % des patientes ont été confrontées à un ou plusieurs épisodes de récurrence. Nous n'avons pas de précisions sur le type ou la localisation de cette récurrence puisque le recueil des informations est uniquement basé sur les témoignages.

On observe 6,8 % de récurrences pour les patientes qui ont eu une reconstruction immédiate contre 18,8 % lors d'une reconstruction différée (à noter que la récurrence a pu survenir avant comme après la reconstruction).

### **2.4. Radiothérapie**

La radiothérapie a été proposée à 61,9 % des dames, dont 35,2 % ont signalé de légers effets secondaires au niveau cutané (légères brûlures réversibles s'apparentant à un « coup de soleil »).



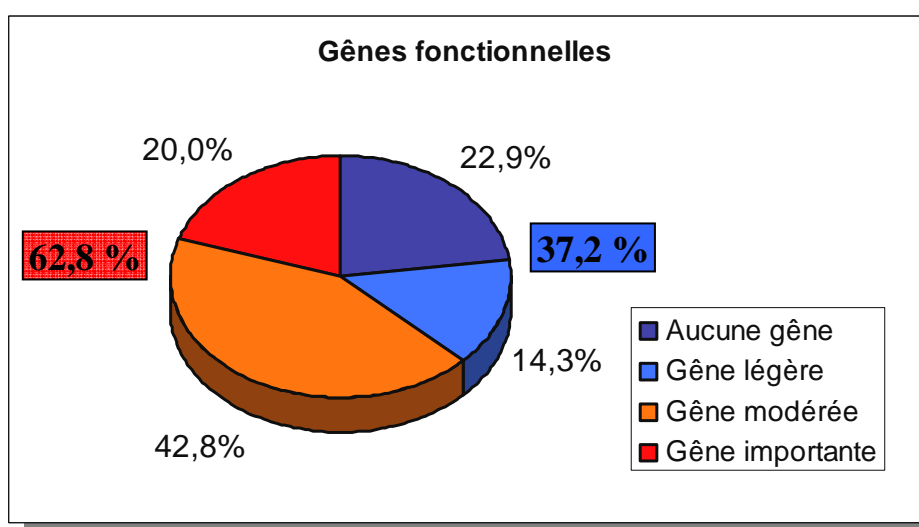
## 2.5. Lymphœdème

13,3 % des patientes qui ont eu un curage ganglionnaire (ganglion sentinelle compris) ont présenté un lymphœdème, pour la plupart léger et réversible avec de la kinésithérapie.

## 3. Aspect physique

### 3.1. Gênes fonctionnelles et douleurs

Les gênes fonctionnelles dans les mouvements de la vie quotidienne après l'intervention (cf. Figure 12) se répartissent de la façon suivante :



**Figure 12.** Gênes fonctionnelles dans les mouvements de la vie au quotidien (deux groupes confondus)

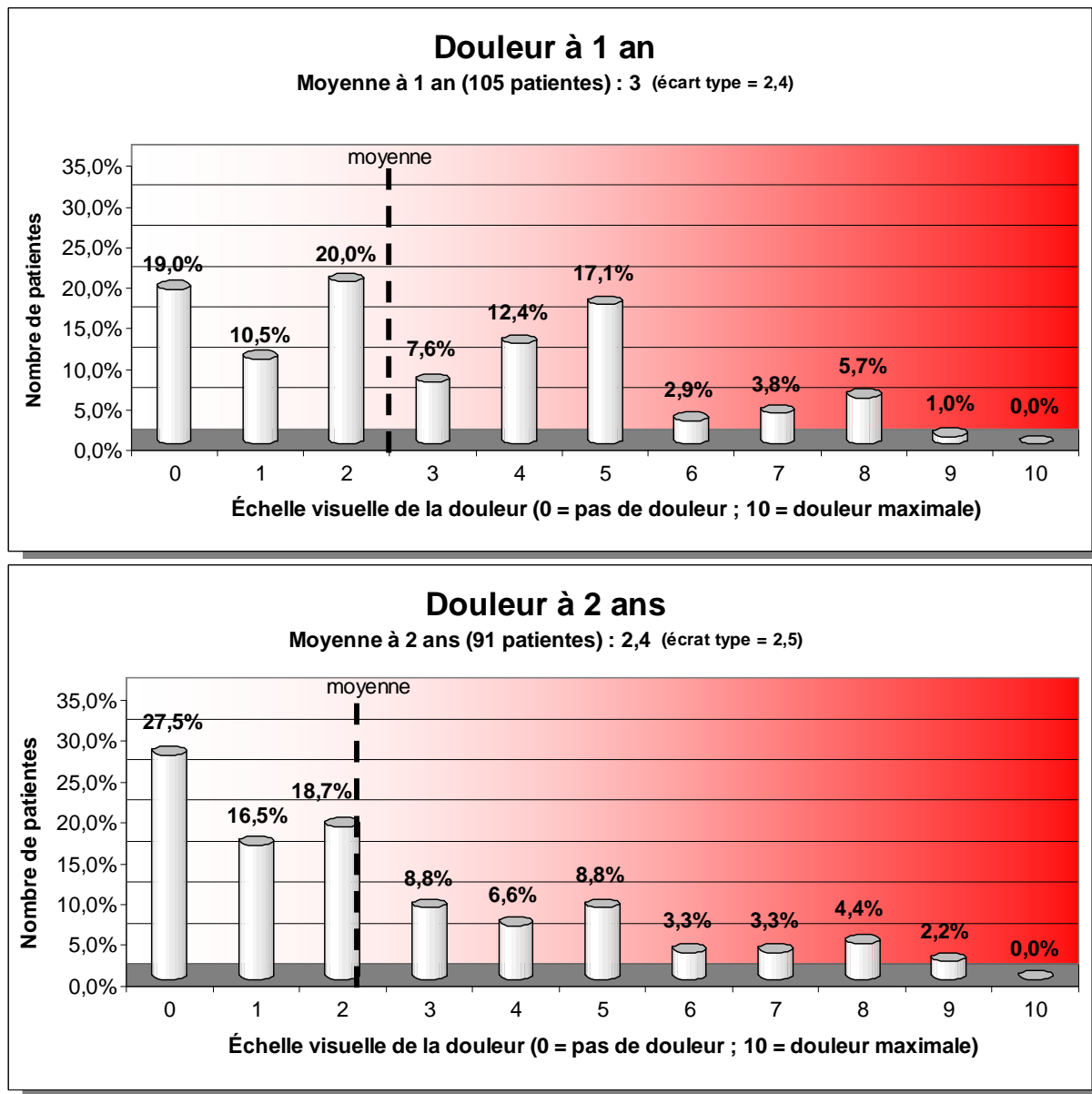
Les résultats entre reconstruction immédiate et différée sont pratiquement identiques.

Le Tableau 4 montre l'influence de l'activité professionnelle sur le ressenti de la gêne fonctionnelle. La question sous-jacente est de savoir si la gêne est plus importante chez les femmes dont l'activité quotidienne mobilise les bras.

<b>Catégorie professionnelle</b>	<b>Aucune gêne ou gêne légère</b>	<b>Gêne modérée ou importante</b>	<b>Effectif (N)</b>
<b>1.</b> Agricultrices, exploitantes	0 %	100 %	1
<b>2.</b> Artisanes, commerçantes, chefs d'entreprise	0 %	100 %	3
<b>3.</b> Cadres et professions intellectuelles supérieures	50 %	50 %	6
<b>4.</b> Professions intermédiaires	28,5 %	71,5 %	28
<b>5.</b> Employées	30,5 %	69,5 %	23
<b>6.</b> Ouvrières	33,3 %	66,7 %	3
<b>7.</b> Retraitées	55 %	45 %	20
<b>8.</b> Autres personnes sans activité professionnelle	42,9 %	57,1 %	21
<b>Toutes les catégories Confondues</b>	<b>37,2 %</b>	<b>62,8 %</b>	<b>Total : 105</b>

**Tableau 4.** Influence de la profession sur le ressenti de la gêne fonctionnelle

La Figure 13 présente la répartition de la douleur à 1 et 2 ans. Une valeur égale à 0 signifie aucune douleur tandis que 10 représente la douleur maximale.



**Figure 13.** Échelles visuelles de la douleur à 1 an et 2 ans (deux groupes confondus). Les résultats ont été normalisés pour pouvoir être comparés (toutes les femmes n'avaient pas 2 ans de recul pour pouvoir répondre à la deuxième question)

Là encore, les résultats des reconstructions immédiates et différées sont proches. De même, il n'existe pas de différences significatives du niveau de la douleur à 1 an ( $p=0,37$ ) et à 2 ans ( $p=0,18$ ), selon la technique de reconstruction utilisée (prothèse, lambeau ou les deux associées).

La gêne fonctionnelle est également indépendante de la technique chirurgicale ( $p=0,33$ ).

### 3.2. Résultat esthétique

Si des gênes et des douleurs subsistent, en revanche, une majorité de patientes sont satisfaites du résultat esthétique (75,2 % dont 39 % très satisfaites). Même si la différence n'est pas statistiquement significative ( $p=0,61$ ), on constate que 30,4 % des patientes ne sont pas ou peu satisfaites après une reconstruction différée contre 22,2 % pour une reconstruction immédiate. Inversement, 69,7% d'entre elles sont satisfaites ou très satisfaites contre 77,8 % de celles qui ont eu une reconstruction immédiate (cf. Figure 14).

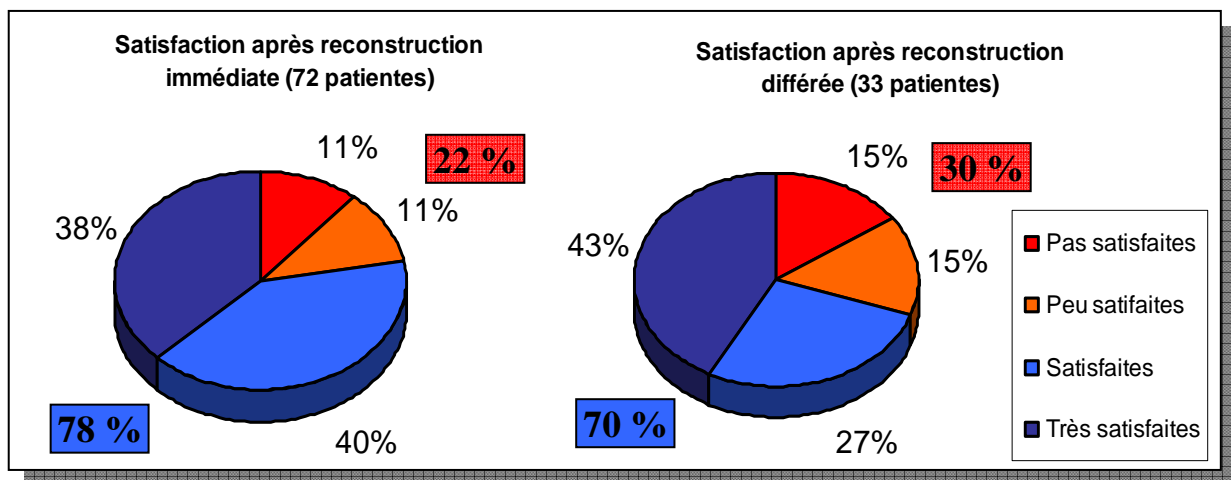


Figure 14. Degré de satisfaction du résultat esthétique après une reconstruction immédiate ou différée

Le degré de satisfaction par rapport au résultat esthétique semble meilleur avec un lambeau, ou l'association lambeau/prothèse, qu'avec une prothèse seule, même si cette différence n'est pas significative ( $p=0,15$ ), cf. Tableau 5.

Technique	Résultat esthétique			
	Peu ou pas satisfaisant		Satisfaisant ou très satisfaisant	
	%	Effectif	%	Effectif
Prothèse	41,1 %	7	58,9 %	10
Lambeau	22 %	16	78 %	60
Prothèse + Lambeau	25 %	3	75 %	9

Tableau 5. Résultat esthétique suivant la technique opératoire

En revanche, le résultat esthétique est apprécié sans différence en fonction de l'âge des patientes (résultats quasi similaires pour les moins de 50 ans et celles de 50 ans et plus).

## 4. Aspect psychosomatique

### 4.1. Vécu

Les patientes décrivent toutefois un vécu difficile au moment de l'annonce du diagnostic et de la thérapeutique, puisque :

- 66,7 % d'entre elles disent avoir été angoissées (résultats similaires dans les deux groupes)
- 53,3 % ont eu des troubles du sommeil (63,6 % pour celles à qui on avait prévu une reconstruction différée contre 48,6 % pour l'autre groupe)
- 24,8 % ont fait une dépression (33,3 % avec l'annonce d'une reconstruction différée contre 20,8 %)
- 21 % ont eu des troubles alimentaires (résultats similaires dans les deux groupes)
- 2,9 % ont eu des idées suicidaires
- 42,4 % des patientes ont vécu difficilement l'atteinte de leur image corporelle après la mammectomie, sachant que la reconstruction serait réalisée dans un deuxième temps, contre 22,2 % pour celles qui ont bénéficié des deux interventions en un temps, avec ici une différence significative entre les deux groupes ( $p=0,03$ ).

Vécu	Immédiate	%	Différée	%	p Test de Fisher	Totalité	%
Angoisse	49	68 %	21	63,6 %	0,66	67	66,7 %
Troubles du sommeil	36	50 %	20	60,6 %	0,20	56	53,3 %
Dépression	15	20,8 %	11	33,3 %	0,22	26	24,8 %
Troubles alimentaires	14	19,4 %	8	24,2 %	0,61	22	21,0 %
Idées suicidaires	3	4,2 %	0	0 %	0,55	3	2,9 %
Atteinte de l'image corporelle	16	22,2 %	14	42,4 %	<b>0,03</b>	30	28,6 %

Tableau 6. Vécu des patientes

Ce vécu est identique en fonction de l'âge, si ce n'est pour ce dernier indicateur où 36,6 % des patientes de moins de 50 ans appréhendaient l'atteinte de l'image corporelle contre 20,8 % des 50 ans et plus ( $p=0,08$ ).

On constate également que les patientes sans activité professionnelle (43 % d'entre elles) présentent un plus grand risque de faire un épisode de dépression. À l'opposé, les patientes retraitées ne signalent de dépression que dans 5 % des cas.

#### 4.2. Soutien

Sur les 105 patientes de l'étude, 84 (soit 80 %) disent avoir été aidées lors de cette épreuve. Le Tableau 7 synthétise les réponses que nous avons recueillies. Précisons que, pour la plupart des patientes, l'aide a pris plusieurs formes simultanées (c'est-à-dire les différents groupes présentés ne sont pas disjoints).

Nature de l'aide	Effectif parmi les 84 patientes qui ont reçues un soutien	Pourcentage
Médicaments (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs)	41	48,8 %
Famille	22	26,2 %
Mari	13	15,5 %
Amis	9	10,7 %
Enfants	2	2,4 %
Médecin traitant	29	34,5 %
Chirurgien	13	15,5 %
Cancérologue	1	1,2 %
Psychologue ou psychiatre	11	13,1 %
Groupe de paroles	2	2,4 %

Tableau 7. Nature du soutien reçu par les patientes

#### 4.3. Concernant les réponses aux questions intimes

La quasi-totalité des patientes qui ont accepté de répondre à ce questionnaire ont répondu facilement aux questions concernant l'état civil et médical (99 %), à l'exception de la question sur le lymphœdème où 12,4 % ne savait pas (essentiellement dans les quelques réponses par courrier, ce qui laisse à penser que cette question n'était pas formulée de façon suffisamment claire). Durant les entretiens, les dames ont répondu sans gêne et ont expliqué facilement les circonstances et les conditions dans lesquelles les choses se sont passées ainsi que les contrariétés et les difficultés qu'elles ont vécues dans ces moments.

Concernant les questions personnelles, le dialogue a été parfois plus hésitant : on sentait souvent une gêne qui pouvait se traduire par des réponses très brèves (comme pour abrégé et passer plus vite à autre chose), un changement dans le ton qui mettait plus de distance, qui se voulait désinvolte, mais quelques hésitations et certains silences trahissaient le malaise.

À la fin du questionnaire, certaines patientes ont avoué avec une certaine complicité, qu'elles n'auraient pas abordé ces sujets aussi spontanément en d'autres circonstances. Nombre d'entre elles ont tenu à préciser qu'elle avait répondu dans l'espoir que cela aide à remplir un vide thérapeutique, probablement profitable aux futures patientes.

En revanche, 7,6% des dames qui ont répondu, ont clairement prévenu au début de l'entretien (ou sur la première page du questionnaire pour les quelques réponses par courrier) qu'elles ne souhaitaient pas aborder la partie personnelle. Ce qui contrebalançait avec tous les messages enthousiastes des patientes qui désiraient pouvoir en parler avec quelqu'un, même plusieurs années après. Elles regrettaient beaucoup de ne pas avoir pu en parler avec leur médecin, que le médecin n'ait pas abordé le sujet au moment opportun, ne leur ait donné aucune information et que les seules réponses obtenues lorsqu'elles avaient trouvé le courage d'en parler furent « *ne vous inquiétez pas, c'est normal* », « *avec le temps tout redeviendra comme avant* », « *il faut vous donner du temps, on va d'abord se concentrer sur votre cancer* ».

#### 4.4. Féminité après l'opération

À la question, « *vous sentiez-vous toujours aussi féminine après votre mammectomie ?* », 53,3% des femmes répondent « oui », dont 62,1% après une reconstruction immédiate (la différence n'est pas réellement significative ( $p=0,13$ ), cf. Figure 15).

4,7% ne savent pas.

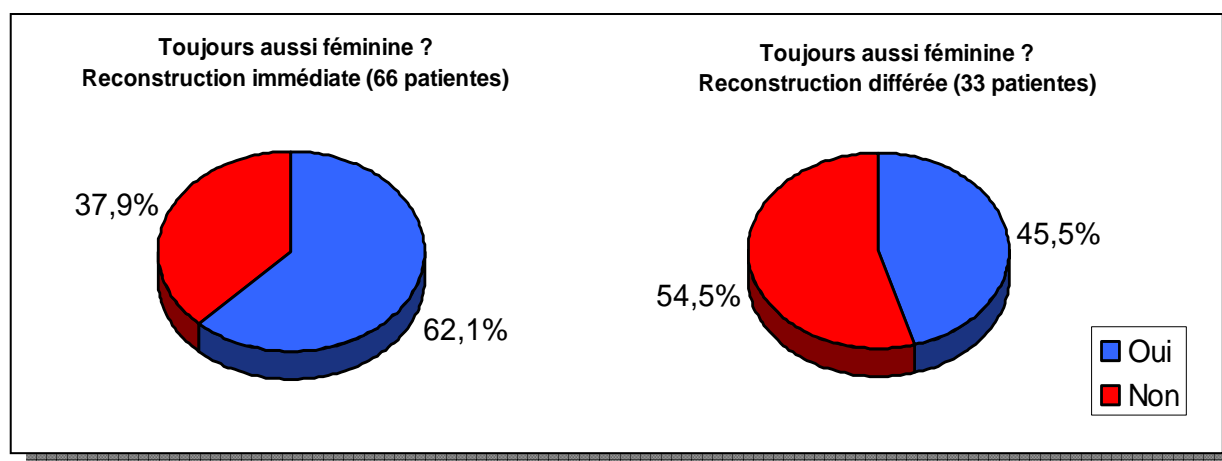


Figure 15. « *Vous sentiez-vous toujours aussi féminine après la mammectomie ?* »

#### 4.5. Sentiment d'être désirable après l'intervention

Environ la même proportion de dames (46,7%) se sont toujours senties aussi désirables après l'intervention (5,7% ont dit ne pas savoir et 1% n'ont pas répondu). Là encore, il n'y a pas de différence statistique significative ( $p=0,83$ ) entre les deux groupes (48,5% des patientes ayant subi une reconstruction immédiate se sont senties moins désirables ; elles sont 53,1% dans le groupe ayant eu une intervention différée, cf. Figure 16).

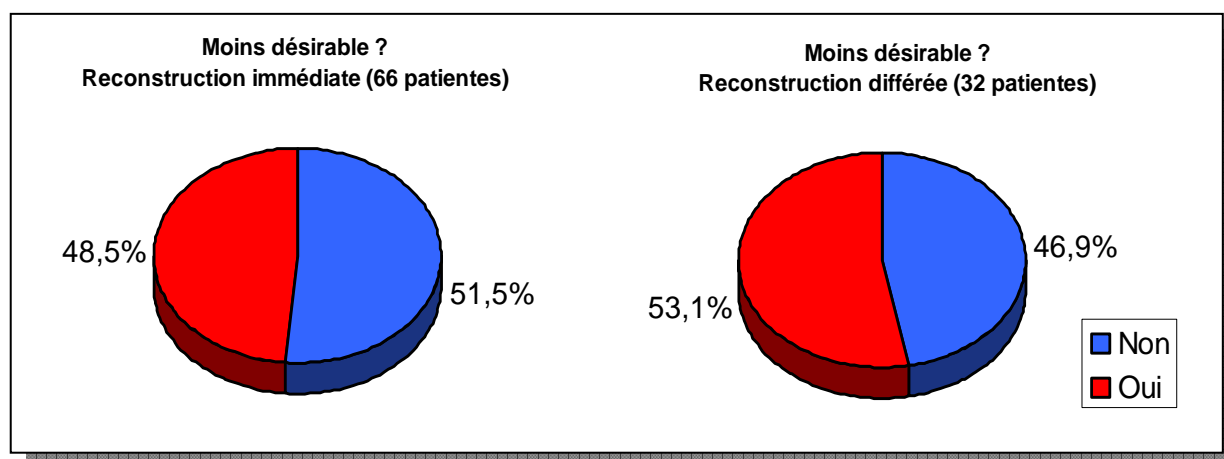


Figure 16. « Vous sentiez-vous moins désirable après la mammectomie ? »

L'âge des patientes n'influence pas leur sentiment d'être plus ou moins féminine ou désirable après l'opération.

### 5. Aspect psychosexuel

#### 5.1. Importance du sein dans leur sexualité avant l'opération

La Figure 17 synthétise le résultat de la question concernant l'importance du sein dans la sexualité des patientes avant l'opération. Sur les 97 femmes ayant répondu à cette question, elles sont 68% à déclarer que le sein occupait une place importante ou essentielle.



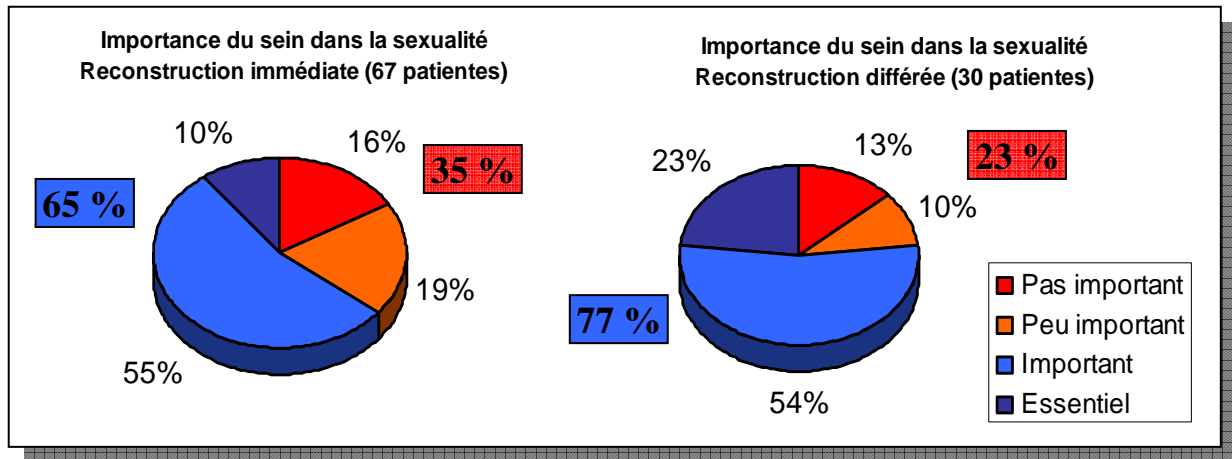


Figure 17. Importance du sein dans la sexualité (8 patientes n’ont pas souhaité répondre)

Parmi les femmes qui ne se sentaient plus aussi féminines depuis la mammectomie, 78,6% accordaient une place importante, voire essentielle à leurs seins ( $p=0,06$ ). C’est également le cas de 79,6% des patientes qui se sentaient moins désirables ( $p=0,02$ ).

### 5.2. Satisfaction par rapport à la sexualité avant l’opération

Lorsque l’on interroge les dames sur le degré de satisfaction de leur sexualité avant l’opération, 73,3% étaient satisfaites (dont 19% très satisfaites) contre 9,5% peu ou pas satisfaites. À cela, s’ajoute 2,9% sans avis et 14,3% qui n’ont pas souhaité répondre (cf. Figure 18).

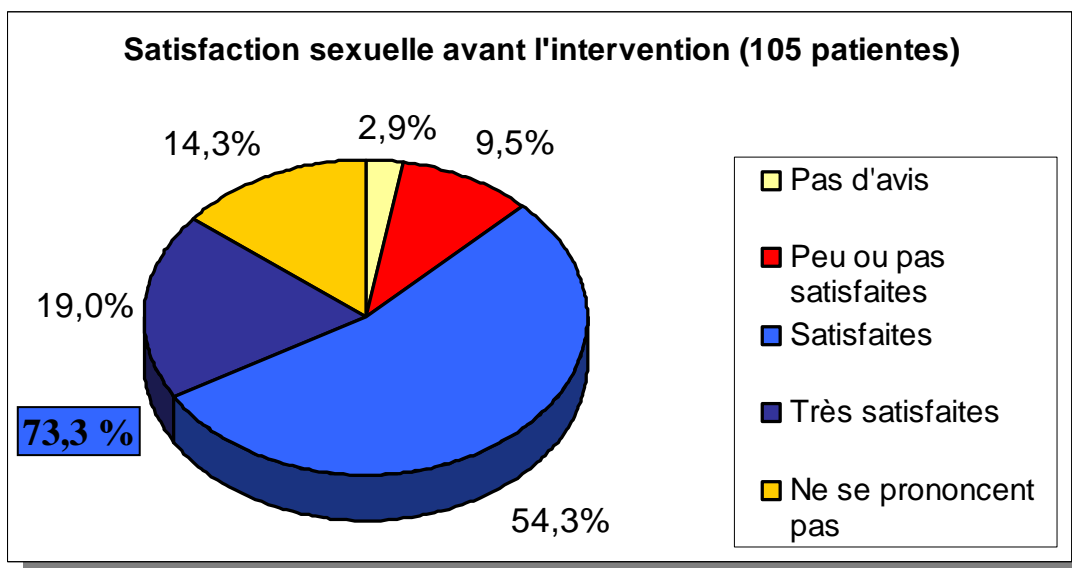
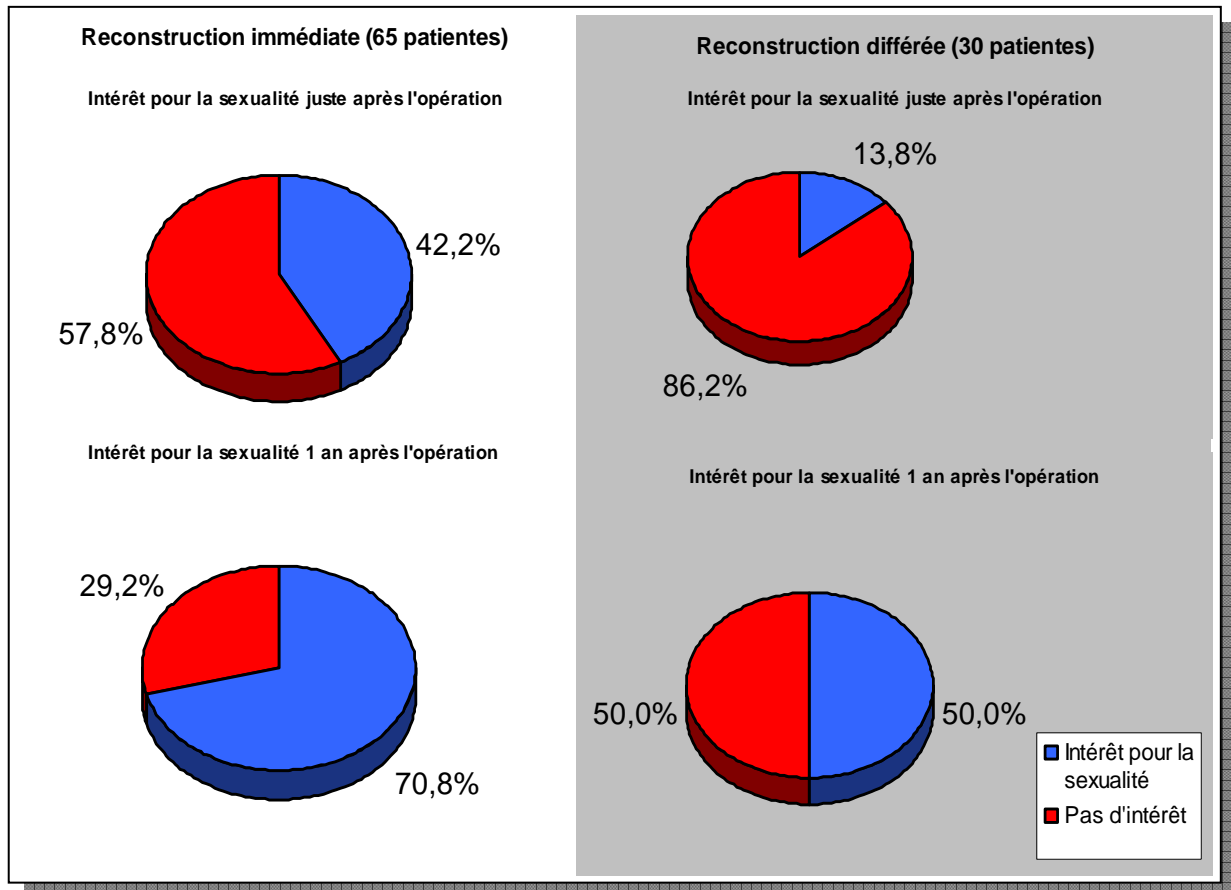


Figure 18. Satisfaction sexuelle avant l’intervention

### 5.3. Évolution de l'intérêt sexuel après l'opération

Les dames qui ont répondu avouent avoir perdu leur intérêt pour la sexualité peu de temps après la mastectomie dans 66,7% des cas, avec ici une différence significative entre les deux groupes ( $p=0,009$ ). En effet, parmi celles qui ont eu une reconstruction différée, 86,2% d'entre elles n'avaient plus d'intérêt sexuel à ce moment, contre seulement 57,8% des patientes ayant eu une reconstruction immédiate. Un an après, la différence se corrige et n'est plus vraiment significative au niveau statistique, cf. Figure 19 ( $p=0,06$ ).



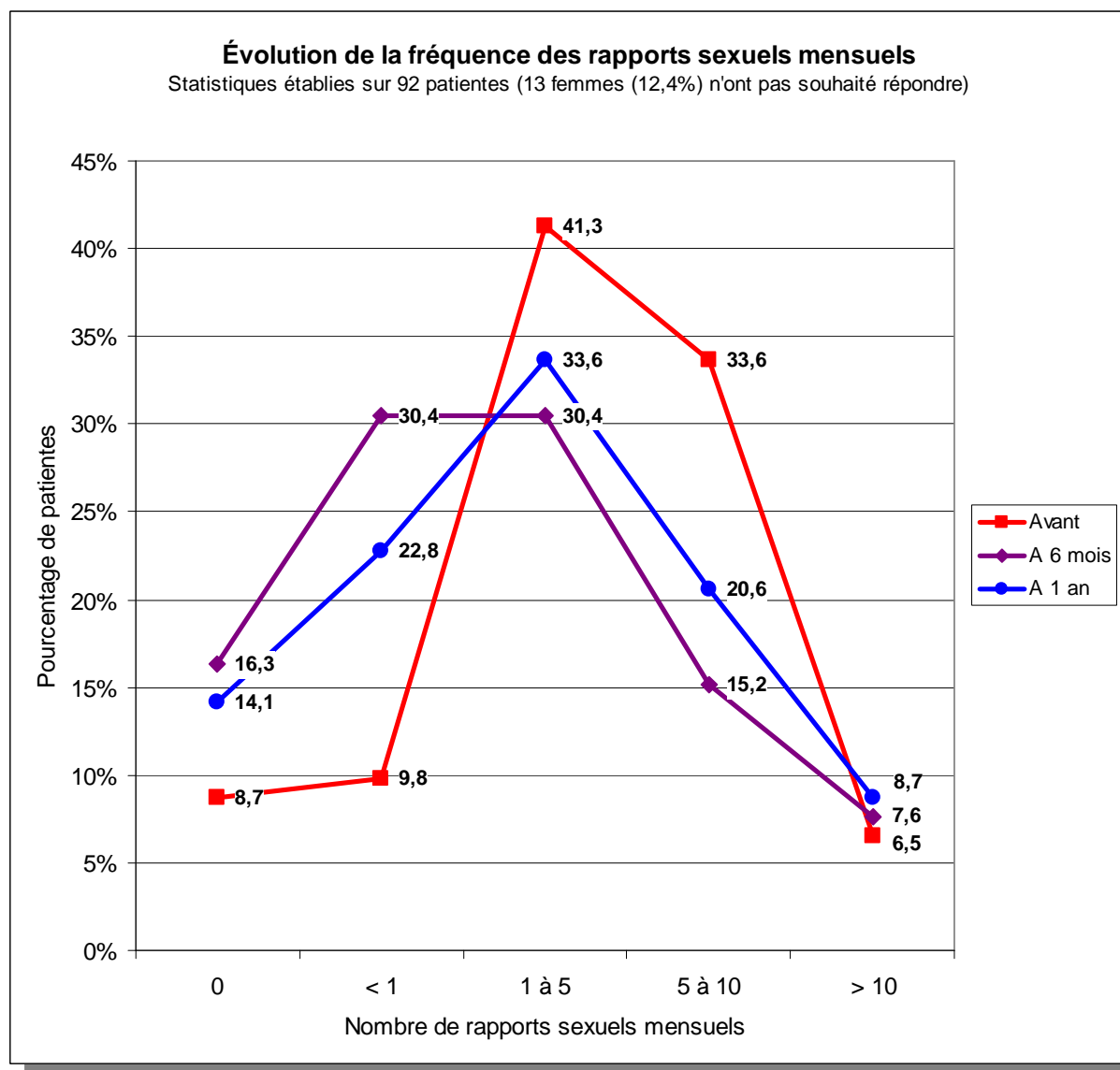
**Figure 19.** Intérêt pour la sexualité juste après l'intervention et 1 an après

En définissant deux groupes de femmes, celles qui ont moins de 50 ans (52 patientes) et celles qui ont 50 ans et plus (53 patientes), on constate que l'intérêt sexuel des plus jeunes juste après l'intervention est de 36% contre 30% ( $p=0,66$ ).

En revanche, quand on compare ces deux groupes après 1 an, les moins de 50 ans ont dans 74,5% des cas retrouvées leur intérêt sexuel contre 52,3%, avec ici une vraie différence significative ( $p=0,03$ ).

#### 5.4. Évolution de la fréquence des rapports sexuels

Le diagramme suivant (cf. Figure 20) présente l'évolution détaillée de la fréquence des rapports sexuels mensuels des patientes avant, 6 mois après et 1 an après l'opération. Comme, il n'existe pas de différences significatives entre les deux groupes, nous avons regroupé toutes les données au sein d'un même diagramme. La Figure 21 présente une synthèse de ces données.



**Figure 20.** Nombre de rapports sexuels mensuels avant l'intervention, 6 mois après puis 1 an après

En revanche, la fréquence des rapports avant la mammectomie est significativement ( $p=0,04$ ) plus importante chez la patiente de moins de 50 ans par rapport à celles de 50 ans et plus. Cette différence s'accroît de plus en plus à 6 mois ( $p=0,02$ ) et à 1 an ( $p=0,01$ ).

	Fréquence des rapports								
	Avant la mammectomie			À 6 mois			À 1 an		
	< 1 / mois	1 à 5	> 5 / mois	< 1 / mois	1 à 5	> 5 / mois	< 1 / mois	1 à 5	> 5 / mois
< 50 ans	14%	34%	<b>52%</b>	<b>40%</b>	26%	34%	32%	26%	<b>42%</b>
≥ 50 ans	23,8%	<b>50%</b>	26,2%	<b>54,8%</b>	35,7%	9,5%	<b>42,9%</b>	<b>42,9%</b>	13,3%

Tableau 8. Évolution de la fréquence des rapports sexuels en fonction de l'âge

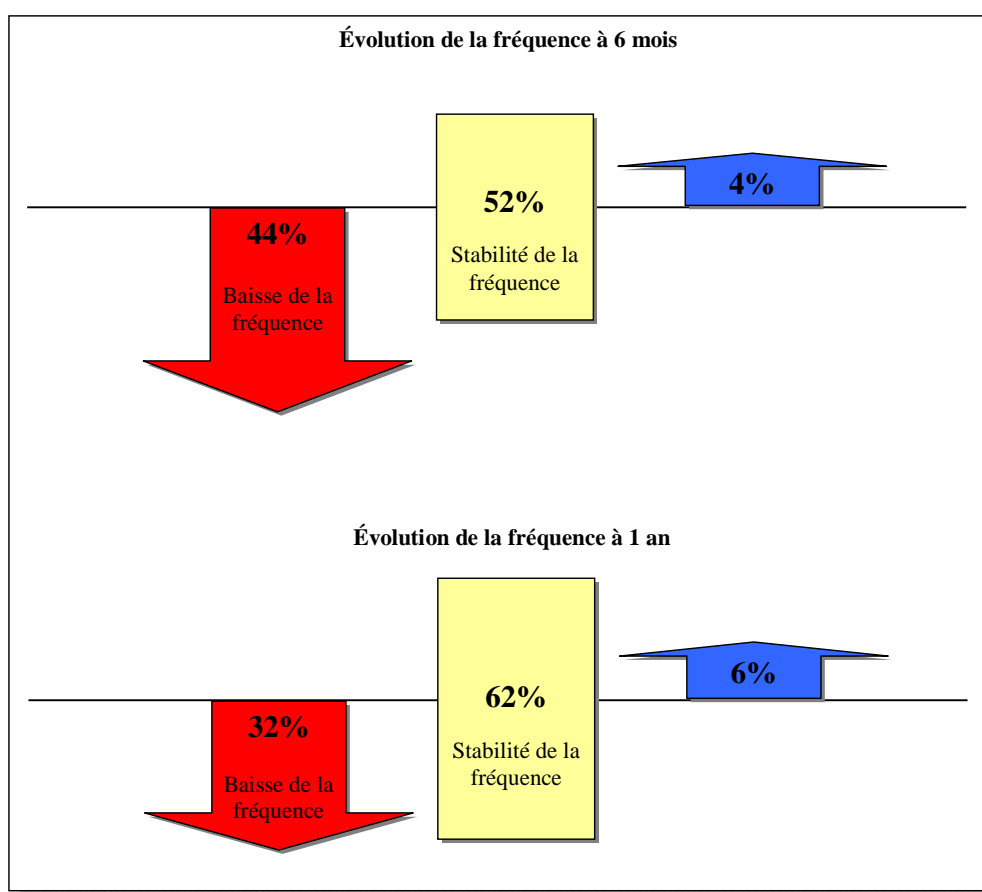
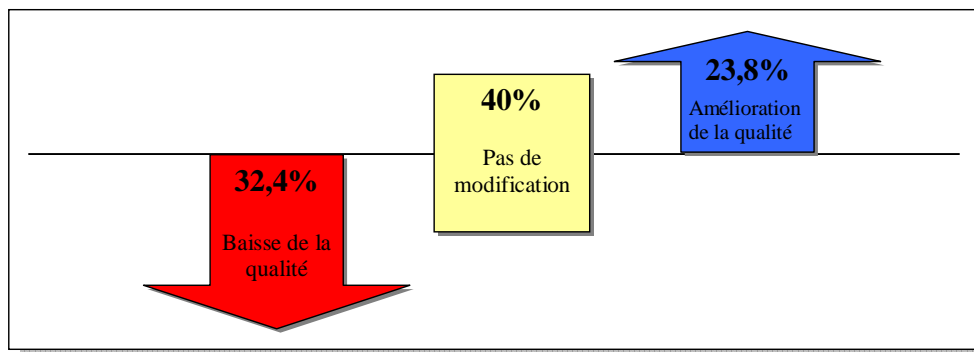


Figure 21. Synthèse de l'évolution globale de la fréquence des rapports sexuels 6 mois et à 1 an après la mammectomie (statistiques sur 92 patientes, sans différence significative entre les deux groupes)

### 5.5. Évolution de la qualité des rapports sexuels

Dans 40% des cas, les patientes n'ont pas eu l'impression d'une modification dans la qualité de leurs rapports sexuels après la mammectomie. En revanche, 32,4% d'entre elles signalent

une dégradation et 23,8% une amélioration (cf. Figure 22). 3,8% n'ont pas su répondre à cette question. Là encore, les résultats après une reconstruction immédiate ou différée sont assez semblables.



**Figure 22.** Évolution de la qualité des rapports sexuels des patientes après la mammectomie.

### 5.6. Rôle de l'information sur la sexualité

19% des patientes pensent que la qualité de l'information qu'elles ont reçue sur leur maladie et leurs traitements a pu jouer un rôle sur la reprise de leur sexualité. 22,9% n'ont pas répondu ou n'avait pas d'avis sur la question. À signaler qu'il n'était pas question d'information sur leur sexualité puisque la quasi-totalité des dames ont précisé qu'elles n'en avaient pas reçue.

### 5.7. Présence du partenaire

Une partie du questionnaire était destinée à évaluer le rôle du partenaire.

42% des patientes nous apprennent que leur partenaire était présent aux consultations d'information avec le médecin contre 39% d'absents (19% n'ont pas répondu). Elles ajoutent que leur partenaire était proche d'elle en général et au quotidien dans 63,8% des cas avant l'opération, 59% des cas pendant et 61% après l'opération.

### 5.8. Modification dans le comportement sexuel du partenaire

36,2% des femmes signalent une modification dans le comportement sexuel de leur partenaire contre 41,9% d'entre elles (21,9% n'ont pas répondu).

Cette modification est légèrement plus marquée chez les conjoints des patientes ayant bénéficié d'une reconstruction différée (55,2% contre 41,5%); toutefois, cette différence n'apparaît pas significative ( $p=0,25$ ).

### 5.9. Parler de ses difficultés sexuelles

Lorsqu'on interroge les patientes afin de savoir si elles ont parlé de leurs difficultés sexuelles à quelqu'un, 80,5% de celles qui ont répondu nous disent « *non* ».

### 5.10. Consultation de sexologie

Aucune des patientes interrogées n'a été suivie par un sexologue, ni avant, ni après l'intervention.

À la question « *pensez-vous qu'un sexologue aurait pu être utile ?* », 24,8% répondent « oui », 41% répondent « non », 20% ne savent pas et 14,2% ne répondent pas.

Beaucoup de celles qui ont répondu « *non* », ont demandé dans un deuxième temps en quoi consistait une consultation de sexologie.

Là encore, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ( $p=0,21$ ), même si 35,5% des patientes du groupe « reconstruction différée » ont répondu « *oui* », contre seulement 25,4% de celles qui ont eu une reconstruction immédiate.

# DISCUSSION

## V. Discussion

Dans cette étude, nous cherchons à évaluer le retentissement psychosexuel des patientes touchées par un cancer du sein et traitées par mammectomie avec reconstruction en comparant deux groupes : celles qui ont bénéficié d'une reconstruction immédiate et celles qui ont bénéficié d'une reconstruction différée.

De nos jours, la reconstruction mammaire fait partie intégrante de la prise en charge des patientes atteintes du cancer du sein. Elle permet à la femme de retrouver « une image acceptable, plus désirable et d'accepter son sort » [94]. Le rétablissement d'une image narcissique entraîne des répercussions positives sur la personnalité des patientes [95, 96].

Dans la littérature, les avis sur les avantages et les inconvénients psychologiques de la reconstruction du sein immédiate ou différée divergent.

Dans une étude comparative, Wellisch [97] retrouve seulement 25% de détresse psychologique lors d'une reconstruction immédiate contre 60% lors d'une reconstruction différée. Stevens [98] présente les mêmes résultats positifs.

Par ailleurs, de nombreuses études [25, 81, 95, 99, 100] voient dans la reconstruction immédiate l'intérêt d'une seule opération et d'une seule hospitalisation (avec un moindre coût pour le budget de la santé) évitant à la patiente de se voir mutilée. Ceci aura pour conséquence un travail de deuil peut-être plus progressif (donc plus long), mais moins douloureux.

Cependant, Lehmann [95] considère que la reconstruction immédiate, en évitant l'affrontement direct à la mutilation, retarde la prise de conscience facilitant le déni de la maladie.

Maillard [101] affirme : « *il faut que la patiente ait réellement subi la mutilation en tant que manque pour qu'elle puisse apprécier la reconstruction à sa juste valeur* ». De la même façon plus la durée entre la mastectomie et la reconstruction est longue, meilleure sera l'acceptation de la nouvelle situation et l'intégration de la reconstruction dans le schéma corporel.

En l'état, le sujet reste polémique, même si les partisans de la reconstruction immédiate semblent susciter l'adhésion de la majorité depuis quelques années. Dans ce contexte, ce



travail alimente le débat en présentant de nouveaux éléments. À partir des données recueillies auprès de 105 patientes, nous cherchons à la fois à préciser les bénéfices et les inconvénients d'une reconstruction mammaire immédiate par rapport à une reconstruction différée, mais aussi à mieux délimiter le périmètre du retentissement psychosexuel chez les patientes.

### **1. Origine géographique**

En préambule à cette étude, nous nous sommes intéressés à l'origine géographique des patientes afin d'éviter l'interprétation de résultats qui seraient faussés par des différences socioculturelles trop importantes.

En effet, le comportement sexuel, les valeurs qui lui sont rattachées ainsi que le rapport au corps et le vécu de certaines maladies peuvent différer dans des proportions importantes selon les valeurs véhiculées par une société et l'inconscient collectif transmis de façon transgénérationnelle.

Dans nos résultats, il apparaît que la quasi-totalité de nos patientes (102 sur 105) sont d'origine française, nous évitant ainsi des difficultés supplémentaires d'interprétation secondaires à des facteurs de confusion.

### **2. Âge : période ménopausique**

Du fait de la pathologie, l'âge moyen des patientes interrogées est de 50 ans. Cette étude ne peut pas négliger cet élément, puisque nombre de patientes ont accueilli le diagnostic et vécu les traitements du cancer à la période de la ménopause ou péri-ménopause.

Cette période, indépendamment de toute maladie organique, est une étape particulière dans la vie d'une femme, qui nécessite une adaptation aux modifications corporelles, physiologiques, relationnelles et sociales [4, 16, 19].

Elle modifie également le rapport de la femme à la sexualité, certaines se mettant en retrait devant l'accumulation des pertes à gérer. Il n'a d'ailleurs pas été rare d'entendre les dames répondre, lorsqu'il s'agissait de la qualité et de la fréquence de leurs rapports avant l'opération, « *vous savez, à nos âges...* »

D'un point de vue physiologique, la ménopause entraîne une carence œstrogénique qui influe sur la sphère génitale et la fonction sexuelle (cf. Tableau 9) en induisant une baisse du soutènement du pelvis, une perte d'élasticité du tissu de soutien et la modification de la forme du corps.

Signes cliniques	Impact sur la sexualité
État dépressif	+++
Transpiration excessive	+/-
Insomnie	+
Atrophie vaginale	++
Asthénie	+
Céphalées	+
Modification du poids	+
Altération de la chevelure	+/-
Altération de la peau	+/-
Modification de la poitrine	+

**Tableau 9.** Influence des troubles du climatère sur la fonction sexuelle. Adapté de [16]

Deux femmes sur trois estiment prendre du poids à la ménopause. Elles voient leur morphologie gynoïde se transformer en un aspect androïde avec une peau qui s'affine, s'altère, se ride et peut même se viriliser. Le tissu musculaire se raréfie aux dépens du tissu adipeux et la tonicité des seins se dégrade.

La silhouette de la femme ménopausée s'alourdit, son image corporelle se déforme entraînant une mauvaise estime de soi. Le sentiment dépressif qui envahit la femme pourra participer à une perte du désir sexuel.

Sur le plan de la physiologie sexuelle, il semble que les sécrétions surrénaliennes soient capables de suppléer la déficience ovarienne : les rêves, les pensées érotiques et les réactions aux stimulations sexuelles androgénodépendantes persistent. Il y a néanmoins un ralentissement et une baisse dans l'intensité des réponses sensorielles sécrétoires, congestives et contractiles [102].

En effet, la réponse physiologique du clitoris à la stimulation est généralement plus lente et moins intense. La vulve subit une atrophie avec raréfaction des poils pubiens. Le vagin présente également une atrophie. Il devient sec, à parois fines, décolorées, moins élastiques et de dimension réduite.

Sarrel [103] met en évidence une diminution du flux sanguin de 85% lors de la réponse sexuelle chez les femmes ménopausées au niveau des organes génitaux, entraînant une diminution des sécrétions vaginales et une sécheresse à l'origine de dyspareunies.

Les seins peuvent répondre à une excitation sexuelle jusqu'à un âge avancé. Cependant, si l'érection des mamelons persiste, la réponse vasocongestive est habituellement moins importante.

La sensibilité cutanée et la transmission neuronale peuvent être altérées, modifiant les sensations provoquées par le toucher et les caresses : elles seront atténuées, nulles, ou pire, désagréables.

En conséquence, si l'on reprend les 4 phases de la réponse sexuelle, on remarquera que :

1. Dans la première phase (excitation), le temps de réponse à une stimulation efficace s'allonge. La lubrification vaginale est moins abondante et plus longue à obtenir.
2. Au cours de la phase en plateau (tension sexuelle), l'absence de souplesse et d'expansivité vaginale rend les frottements pénibles voire douloureux.
3. Au moment de l'orgasme, l'intensité de la réponse musculaire diminue en raison de l'atrophie tissulaire. Les contractions orgasmiques peuvent garder leur rythme régulier mais leur nombre diminue.
4. La phase de détumescence (résolution) est beaucoup plus rapide.

Ces éléments peuvent expliquer que dans l'étude rapportée dans [16] : 79% des femmes ménopausées signalent une diminution d'intérêt pour la sexualité et 76% ont moins de 1 rapport par semaine. De façon globale, elles jugent leurs rapports moins satisfaisants et leurs orgasmes moins fréquents.

Toutefois N. Avis [79], dans une étude qui porte sur 427 femmes, ne retrouve de diminution significative que pour le degré de désir et d'excitation par rapport à celui qu'elles déclaraient avoir à 40 ans. Cette diminution semble davantage liée à la durée de vie maritale, à une intervention chirurgicale récente, à des difficultés psychosociales, à la fréquence des sollicitations et l'attention que lui porte son partenaire. L'environnement psychologique paraît donc plus important que les modifications physiologiques de la ménopause.

De plus si l'apprentissage sexuel et les expériences vécues ont permis à la femme d'inscrire sa sexualité dans une relation de plaisir et d'échange érotique avec l'autre, les difficultés liées au ralentissement des réactions sexuelles ne seront que provisoires ; elle s'adaptera à ces nouvelles données.

Mais la ménopause n'est pas seulement un bouleversement dans la vie de la femme. Elle apparaît également comme un tournant dans la vie du couple où le partenaire est renvoyé, comme un effet en miroir, à son propre vieillissement, ses propres difficultés sexuelles [16].

C'est toute une relation à réinventer en s'appuyant sur leur histoire commune, mais en incluant également de nouvelles réalités.

Toute cette réorganisation nécessite du temps où chacun évolue à la fois indépendamment et grâce à l'autre. C'est dans ce climat de grand bouleversement et de rétrospection que les femmes, mais également leur partenaire, reçoivent l'annonce du cancer.

### **3. Situation maritale : stabilité des couples**

Malgré certaines études [3, 10], une idée reçue (même chez les patientes interrogées) évoque le risque d'abandon et de dislocation du couple après un cancer du sein.

Les données recueillies montrent que la proportion de femmes en couple et surtout mariées (84,6 % avant l'opération) reste globalement stable à 6 mois (81,9 %) et à 1 an (81,9 %) après l'intervention : l'épreuve du cancer ne semble donc pas défaire les couples, même si elle induit un changement dans la relation, dont la nature sera précisée dans les pages suivantes. On retrouve cette stabilité des couples dans des proportions équivalentes dans l'étude de Devauchelle [25] : sur 33 patientes, 87,9 % d'entre elles n'ont pas changé de partenaire malgré l'épreuve. Cet ensemble de résultats peut s'expliquer par la collusion des couples qui après 20 ans de vie commune (durée moyenne des relations de nos patientes) ont acquis un certain équilibre.

Même si le cancer du sein est une épreuve de vérité pour le couple, si celui-ci est uni et solidaire, il s'en suit le plus souvent une cohésion renforcée malgré une sexualité, à juste titre perturbée au début de la maladie, et dans les premiers mois de la prise en charge [120].

Par rapport aux femmes en couple, les patientes célibataires avant l'opération ont plus souvent avoué aborder leur nouvelle vie de femme avec beaucoup d'appréhension et disent ne pas se sentir capables « d'imposer ça » à un homme. Les comportements d'évitement que les patientes décrivent (ne plus se regarder dans un miroir, se déshabiller dans le noir), peuvent avoir pour conséquence un isolement social volontaire, qui dans sa forme extrême est décrit par Harris [104] comme le « complexe de Quasimodo ».

Les patientes n'ayant pas établi de liens affectifs et sexuels stables se sentent diminuées et évitent les rencontres et les situations qui pourraient les confronter à leur image.

Le travail de restauration et de réintégration de la totalité de leur image corporelle semble plus long. Elles gardent plus longtemps une image morcelée d'elle-même, car l'image de soi inclut également l'image que l'on nous renvoie de nous. Dans ce contexte, le couple semble donc jouer un rôle positif sur le temps nécessaire à la réparation de l'image du corps.

#### **4. Information**

Dans notre étude, près de 77 % des patientes se disent globalement satisfaites de l'information qu'elles ont reçue sur leur maladie et les traitements proposés, taux qui est important.

Dans l'étude de Silhol-Navarro [26] qui porte sur 33 patientes, on retrouve un taux de satisfaction de 54,5 %.

Lorsque nous écoutons les patientes s'exprimer sur ce sujet, cela nous confirme qu'informer n'est pas chose facile. L'excès d'information peut générer de l'angoisse. Mais l'absence d'information crée également des situations d'incompréhension souvent pénibles. Toute la difficulté est de trouver le bon équilibre au cas par cas. Les patientes désirent être informées pour la plupart. Certaines redoutent une information qui pourrait leur apprendre le pire.

La qualité de l'information à diffuser est donc difficile à déterminer : alors que certaines désirent rencontrer d'autres patientes ou voir des photographies, d'autres ne comprennent pas qu'on les mette en relation avec de parfaites inconnues ou redoutent de se faire de fausses idées en voyant ces mêmes photographies.

De plus, nous sommes en droit de nous demander ce que les patientes attendent et comprennent dans ces moments là, car l'information fournie ne sera pas toujours assimilée. Pendant cette période de bouleversement psychologique, la réceptivité des patientes est incomplète. Les mêmes questions sont répétées à chaque visite car leurs oreilles sont sélectives. Les informations doivent donc être répétées car, mal perçues, elles pourraient être responsables d'une déception qui entraverait beaucoup et pour longtemps l'acceptation.

Il sera donc important d'expliquer à la patiente qu'une reconstruction ne lui rendra pas un sein identique à celui qu'elle a perdu, que sa forme et sa sensibilité seront différentes. La prévenir que la douleur et la gêne à l'abduction du bras peuvent persister quelque temps après l'intervention sans que cela ne soit pathologique, aborder avec elle la possibilité de complications sans l'effrayer.

Il semble important également de présenter distinctement à la patiente la mastectomie et la reconstruction ; l'une étant obligatoire, l'autre facultative, car dans la confusion qui suit le diagnostic, la patiente distingue mal l'une de l'autre.

Mais là encore, seul le temps permettra l'assimilation des informations reçues.

Souignons, pour finir, que l'information que nos patientes ont reçue, même secondairement, n'a jamais abordé la sexualité de la femme et du couple, donnant la priorité absolue à l'aspect médical.

Delfieu [3] a montré que peu de femmes osent aborder cette question spontanément avec leur médecin, mais elles sont souvent soulagées que ce dernier le fasse. Évidemment, le soignant ne doit pas se montrer intrusif dans la vie intime du couple et ses explications doivent être adaptées aux attentes et aux possibilités des patientes.

### **5. Risque de récurrence**

Dans notre étude, 10,5 % de patientes ont présenté un épisode de récurrence, sans différence significative entre reconstruction immédiate et différée.

Même si la peur de « réveiller des cellules tumorales » a longtemps fait hésiter les patientes, des études ont été réalisées afin de confirmer l'innocuité carcinologique de la reconstruction.

- Georgiade en 1984 [106] a réalisé une étude comparative de 101 reconstructions immédiates avec 377 mastectomies radicales modifiées. Il ne retrouve pas d'influence négative sur l'histoire du cancer, tous stades confondus et avec un suivi de 6 à 90 mois.
- Des études comparatives portant sur plusieurs années de reconstructions mammaires immédiates aboutissent aux mêmes conclusions [107, 108].
- Ces résultats sont également validés par une étude à propos de 120 cas de patientes reconstruites immédiatement entre 1976 et 1986 à l'institut Gustave-Roussy à Villejuif [99].
- Munoz [93] retrouve un taux de récurrences locorégionales de 7 % se présentant sous la forme de nodules sous-cutanés, cutanés ou adénopathies axillaires.
- Sandelin et al. [36] signalent un taux de récurrence locorégionale après reconstruction immédiate de 6,5 %.

En conclusion, on constate que les résultats des différentes études convergent ; la question semble faire l'objet d'un consensus. La reconstruction ne change pas l'évolution de la maladie cancéreuse et ne gêne ni ne retarde le diagnostic de récurrences locales. Ces dernières surviennent dans la majorité des cas de façon superficielle, au niveau de la peau ou du tissu sous-cutané thoracique. Elles sont donc facilement accessibles à l'examen clinique et ne nécessitent aucune exploration paraclinique systématique.

Toutefois, même si la proposition de reconstruction résonne chez les patientes comme synonyme de guérison, elle ne neutralise pas leur peur de la rechute [109, 110].

## **6. Gênes fonctionnelles et douleurs**

Grâce au Tableau 4, p55, nous avons cherché à évaluer l'influence de l'activité professionnelle sur le ressenti de la gêne fonctionnelle afin de déterminer si cette gêne est plus importante chez les femmes dont l'activité quotidienne mobilise les bras.

Compte tenu de la répartition socioprofessionnelle de la population française<sup>10</sup> et du nombre de catégories dans la classification de l'INSEE la plus grossière (8 catégories), notre effectif ne permet pas de pleinement trancher la question. Tout au plus constate-t-on cette tendance.

Munoz [92], dans une étude qui porte sur 114 cas, trouve que 55 % des patientes présentent des douleurs séquellaires rythmées par une activité intensive.

Concernant la douleur, nos résultats font ressortir les informations suivantes :

Un an après l'intervention, la douleur des patientes reconstruites est modérée dans l'ensemble (3 sur une échelle de 0 à 10). Comme on peut s'y attendre, cette douleur continue à décroître avec le temps (globalement, on constate une translation de la courbe à 2 ans). Il semblerait toutefois que les patientes qui subissent les douleurs les plus violentes constituent une catégorie à part : l'intensité de leurs douleurs semble assez persistante ; contrairement aux patientes dont la douleur rapportée varie entre 0 et 5, les femmes qui signalent une douleur d'intensité supérieure à 1 an témoignent des mêmes souffrances à 2 ans.

## **7. Vécu de l'annonce du diagnostic**

Le vécu de l'annonce du diagnostic est toujours un moment douloureux entouré de beaucoup d'angoisse [8, 15], de troubles de l'humeur et d'installation progressive de signes de dépression presque « légitimes ».

---

<sup>10</sup> En 2005, en France, selon l'INSEE : 0,7 % d'agricultrices, 1,8 % d'artisans, commerçantes ou chefs d'entreprise, 5,4 % de cadres et professions intellectuelles supérieures, 11,3 % de professions intermédiaires, 23,8 % d'employées, 5 % d'ouvrières, 33,6 % de retraitées et 18 % sans activité professionnelle.

## 7.1. Angoisse

Dans notre étude, 66,7 % des patientes se sont dites angoissées et ce, indépendamment de la proposition d'une reconstruction immédiate ou différée. Il semble donc, qu'à ce moment, la proposition d'une reconstruction immédiate n'apaise pas les craintes.

En effet, la détresse morale qu'entraîne cette annonce est souvent liée dans un premier temps, à une atteinte plus viscérale que celle du corps et de son image ; il s'agit de sa propre survie avec en toile de fond les angoisses fantasmatiques liées à ce cancer.

Selon Lanzoretti [111] : « *il n'y a pas de petit cancer. La confrontation à l'idée de sa propre mort comme possible, entraîne un choc psychologique* » qui peut être accompagné d'une « *sensation aiguë d'être exclue du monde des vivants* ».

L'appareil psychique réagit, s'oppose, résiste, se met en mouvement pour se défendre contre une agression. Pour la majorité des patientes, cet état de crise dure environ 3 mois et peut parfois s'étendre bien au-delà [118].

Les mécanismes de défense sont donc mis en place pour protéger le sujet contre le choc et le chaos psychique que le traumatisme de l'annonce a entraîné. Ils sont variés, souvent intriqués et s'édifient sur un laps de temps plus ou moins long. Dans notre étude, toutes les patientes n'étaient pas au même moment de ce processus, puisque 6 années séparaient la première opérée de la dernière.

Néanmoins, il est important d'insister sur le caractère adaptatif de ces mécanismes, au risque de devenir pathologique. Bergeret, d'après [24], disait « *un sujet n'est jamais malade parce qu'il utilise des défenses, mais parce que les défenses qu'il utilise habituellement s'avèrent soit inefficaces, soit trop exclusivement d'un même type, et que le fonctionnement mental se voit ainsi entravé dans sa souplesse, son harmonie, son adaptation.* »

On peut retrouver plusieurs types de réaction chez les patientes :

- Le déni qui consiste à éliminer une représentation gênante non pas en refusant de la reconnaître (dénégation) mais en niant la réalité même de la perception liée à cette représentation. « *Dans les heures qui ont suivi, je refusais d'entendre ce que l'on m'avait dit ; ce n'était pas possible puisque j'étais en pleine forme, puisque je ne souffrais pas, on avait dû se tromper* ».
- Le sentiment d'injustice, la colère : « *je n'avais que 30 ans et un bébé de 2 mois* ».



- La dénégation : le sujet constate et nie en même temps la réalité de sa maladie. Elle peut être partielle.
- La régression : il s'agit d'un retour à des formes antérieures du développement de la pensée et du mode relationnel du sujet avec son environnement, sans que ce retour soit complet. Comme nous le détaillerons plus loin, cette attitude touche plus particulièrement les relations avec le conjoint.
- Le refoulement qui consiste à rejeter dans l'inconscient les représentations gênantes de nos affectes.
- La rationalisation décrite par Castro [113] : « *la simple version des faits transmise par le médecin laisse persister un vide qu'il faut combler...* ». Alors la patiente justifie la survenue de la maladie : « *la maladie ne peut être que la conséquence ultime de difficultés existentielles. Pour la femme, risquer de disparaître pour rien, sous l'effet d'un déterminisme purement statistique est inacceptable* ».
- ...

Par la suite, ces réactions vont s'élaborer, se modifier, en s'intensifiant ou au contraire en s'amenuisant. L'accommodation est plus ou moins satisfaisante selon la personnalité, le soutien familial, le niveau socio économique et l'histoire personnelle. La phase d'adaptation signe la fin du travail de deuil. L'acceptation de cette nouvelle réalité lui permet de l'intégrer.

## 7.2. Dépression

Devant l'échec de ces mécanismes d'adaptation, la femme peut présenter des troubles dépressifs.

La dépression est définie selon le DSM IV<sup>11</sup> par « *une altération du fonctionnement social ou professionnel et des symptômes émotionnels exagérés par rapport à une réaction prévisible* ». En psycho-oncologie [114] on parle de « trouble de l'adaptation ».

---

<sup>11</sup> DSM IV : *Diagnostic and Statistical Manual – Revision 4*. Outil de classification qui représente le résultat actuel des efforts poursuivis depuis une trentaine d'année aux Etats-Unis pour définir de plus en plus précisément les troubles mentaux. Publié par l'association américaine de psychiatrie en 1994.

Dans notre étude, 24,8 % des femmes ont présenté un épisode dépressif. Selon Gay [114], 24 % des patients cancéreux souffrent d'un trouble dépressif, Marx et al. [115] complète en écrivant que :

- Plus de la moitié des patients cancéreux souffre de symptômes dépressifs.
- Moins de 10 % présentent un nombre suffisant de symptômes pour justifier un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé.
- Le risque dépressif est croissant dans les semaines qui suivent la découverte de la maladie.

Dans nos résultats, nous observons moins d'épisodes dépressifs chez les patientes retraitées (uniquement 5 %) que dans les autres catégories socioprofessionnelles. Coscas [89] souligne également ce résultat en mettant en évidence le faible taux de dépression chez les femmes les plus âgées.

### **7.3. Atteinte de l'image corporelle**

L'image corporelle est une perception du corps qui dérive de l'intégration des expressions sensorielles de celui-ci, et qui élabore progressivement, au cours du développement du système nerveux central et périphérique, un schéma corporel préconscient. Poids, taille, forme et mouvement y sont intégrés.

Le schéma corporel est étroitement lié à l'image du corps qui implique la notion d'attitudes et de sentiments éprouvés pour celui-ci. Le développement de l'image du corps est étroitement influencé par l'individuation, le développement de la personnalité, les relations interpersonnelles [82].

*« [Pour la femme,] le sein représente son avancée sensible, repérable, analysable ; en fait la partie la plus visible mais aussi la plus cachée de son intériorité »* [120]. C'est pourquoi le cancer du sein, en touchant un organe visible de l'extérieur, n'atteint pas seulement le corps, mais également l'image que la patiente se faisait de lui.

Par ailleurs, les seins ne sont pas comparables à deux autres organes symétriques, car leur unité réalise une même entité psychique et en perdant un sein, c'est cette représentation psychique globale qui est atteinte. Ce dont il s'agit dans ce deuil si spécifique, c'est la possibilité d'émergence du « désir unifié de sein(s) » [120].

Gros [105] écrit : *« l'image du corps et sa symétrie qui se construit lors des expériences infantiles et en particulier par un processus d'identification aux autres, est altérée par la mutilation. La femme ne se reconnaît plus dans le miroir, le regard d'autrui devient anxiogène, en particulier celui de son partenaire ».*

Il publiera, dans la revue Psychologie médicale au sujet des conséquences de la mastectomie sur l'image corporelle : *« la symétrie est symbole de l'unicité ».*

Dans notre étude, 28,6 % des patientes ont senti une atteinte de leur image corporelle après la mammectomie, avec ici une différence importante (bien que non significative,  $p=0,09$ ) entre les plus jeunes et les plus âgées.

En effet, l'atteinte de l'image de soi est d'autant plus sévère que *« l'altération du rôle et de la fonction de l'organe empêche l'individu d'accéder à un développement prévu dans une certaine programmation psychologique ou sociale »*, Razavi et al. [82].

La mastectomie aura donc un sens différent pour les patientes selon le degré de réalisation et d'épanouissement sexuels et maternels atteint, et selon l'investissement de leur féminité (que l'on verra plus loin).

De plus, les femmes plus âgées investiraient plus leur « moi intérieur » que l'image de leur corps [116].

Morris retrouve que l'atteinte du schéma corporel liée à la mammectomie se révèle être la préoccupation essentielle des femmes 3 à 12 mois après l'intervention [82].

Dans notre étude, on peut noter un bénéfice significatif ( $p=0,03$ ) de la reconstruction immédiate sur la reconstruction différée, concernant l'atteinte de l'image corporelle après la mammectomie [9].

En ce sens, on peut dire que la reconstruction immédiate répond à nos attentes.

En pratique, la reconstruction immédiate est proposée par le médecin à toutes les patientes qui le souhaitent, et pour lesquelles il ne sera probablement pas nécessaire d'utiliser de la radiothérapie (nuisible au résultat esthétique d'une reconstruction) ou de ré-intervenir.

Elle aura pour but d'épargner à la femme, au moins partiellement et dans un premier temps, la difficulté de l'atteinte corporelle et les remaniements psychiques que la mammectomie entraîne. Elle donnera le temps de la reconstruction psychique après un travail de deuil plus progressif [1, 3, 7, 13]. Les mécanismes d'adaptation se mettront en place plus lentement, mais moins brutalement.

La reconstruction différée sera, elle, plus souvent demandée par la patiente à distance des traitements complémentaires. Ces deux démarches ne sont pas identiques. Dans le premier cas, c'est le médecin qui propose et la patiente qui décide. Dans le deuxième cas, la patiente est contrainte, pour des raisons techniques, à différer la reconstruction ; c'est elle qui décidera si elle désire la réaliser et à quel moment [31]. Souvent le travail de reconstruction psychique a déjà été amorcé, ce qui explique un travail de deuil et d'acceptation plus rapide avec une plus grande satisfaction du résultat de la reconstruction.

### **8. Résultat esthétique**

Dans nos travaux, les données sur le degré de satisfaction du résultat esthétique se rejoignent pour les deux groupes puisque 78 % des patientes qui ont eu une reconstruction immédiate sont satisfaites ou très satisfaites contre 70 % pour celles qui ont eu une reconstruction différée. À noter qu'il existe un taux plus important de patientes très satisfaites dans le groupe « différées » (43 % contre 38 %). Par manque de données, ces résultats n'ont pas pu être comparés avec le sentiment du chirurgien.

On constate également que le degré de satisfaction est indépendant de l'âge des patientes. Le niveau d'attente ne diffère donc pas selon que l'on s'adresse à des patientes plus ou moins jeunes.

En revanche, le résultat semble être plus apprécié lorsqu'il s'agit d'une technique par lambeau ou par lambeau associé à une prothèse par rapport à une prothèse seule.

Cederna et al. [37], dans une étude qui compare notamment le degré de satisfaction du résultat esthétique de 8 lambeaux du grand droit avec 14 prothèses retrouvent la même tendance.

Mais rappelons que le choix de la technique dépend de critères médicaux (importance de la substance à réparer, état de la peau, etc.), qui préjugent déjà de la qualité du résultat esthétique. La réparation devra donc être adaptée à chaque cas afin de satisfaire au mieux la patiente en incluant l'ensemble des facteurs limitants.

Plusieurs études ont tenté d'évaluer le degré de satisfaction des patientes par rapport à la reconstruction mammaire :

- Devauchelle [25] retrouve 60 % de patientes satisfaites du résultat de leur reconstruction immédiate et 90 % d'entre elles conseilleraient l'intervention à une amie en cas de mastectomie.

- Munoz [92], met en évidence que 79 % de ces patientes sont satisfaites, voire très satisfaites du résultat esthétique et 90,5 % d'entre-elles choisiraient de refaire l'intervention si nécessaire.
- Silhol-Navarro [26], dans son étude portant uniquement sur la reconstruction immédiate, rapporte 70 % de satisfaction avec un bénéfice du temps sur ce ressenti. En outre, il signale que l'appréciation portée sur le résultat esthétique par le chirurgien et la patiente est souvent différente.
- Petit [117] retrouve cette discordance et émet quelques réserves sur la reconstruction immédiate dans une étude comparant 80 reconstructions immédiates et 243 reconstructions différées. Même si les 2/3 des patientes sont satisfaites du résultat des reconstructions, l'appréciation des femmes se révèle en faveur de la reconstruction différée (le recul n'est toutefois pas identique dans les deux groupes : 1 à 2 ans pour les reconstructions immédiates et 4 ans pour les différées). Et Petit de conclure à l'importance des facteurs psychologiques et du délai après l'intervention.
- Tykkä et al [32], dans une étude prospective, évalue la satisfaction de 75 patientes après une reconstruction différée et montre le bénéfice de la reconstruction sur l'image corporelle sans pour autant noter de changement concernant l'estime de soi.

En effet, le degré de satisfaction est un critère subjectif, intimement lié à l'intégration et l'acceptation de l'image au niveau psychique dans le temps.

Fresco [112] a décrit le décalage entre le réel et l'imaginaire à propos du sein absent et du sein reconstruit. Les femmes gardent l'espoir, parfois à leur insu, de retrouver ce qu'elles avaient avant.

C'est ce décalage entre ce qu'elles cherchent dans la reconstruction et ce qu'elles trouvent qui peut être responsable de difficultés d'acceptation.

La femme doit accepter de perdre son sein (travail de deuil) pour retrouver et se satisfaire d'un nouveau sein. Lors d'une reconstruction différée, la patiente a été confrontée au manque du sein, le travail de deuil est déjà en cours, le temps nécessaire à l'intégration du nouveau sein dans le schéma corporel est plus court, le degré de satisfaction du résultat esthétique est meilleur.

En revanche, la reconstruction immédiate, en épargnant la mutilation à la femme, peut dans certains cas favoriser le déni du diagnostic. Le risque est un déplacement artificiel de leurs exigences vers l'aspect purement morphologique de la reconstruction avec ici un niveau de satisfaction plus bas [28].

Toutefois, le déni ne pourra durer qu'un temps. Le sein reconstruit n'est plus celui qui a été perdu (forme et consistance différentes, sensibilité différente) et la femme devra passer par le même travail de deuil afin de l'intégrer également.

Ce temps d'intégration sera forcément plus long puisqu'il débute dès la reconstruction.

Au final, à l'issue de la reconstruction, nos travaux mettent en évidence, qu'à distance, le ressenti des deux groupes finit par converger.

### ***9. Qualité de la sexualité antérieure au cancer***

La qualité de la sexualité antérieure au cancer semble fortement influencer le retentissement secondaire à la maladie [3].

Parfois même, le cancer est l'occasion d'une prise de conscience par la femme des manques, des frustrations, des renoncements qui présidaient trop souvent à son existence antérieure [120].

En effet, 9,5 % des femmes de notre étude précisent qu'elles étaient peu ou pas satisfaites de leurs relations intimes avant la maladie.

La mastectomie à elle seule n'est donc pas responsable de toutes les difficultés, mais elle joue le rôle de révélateur. Elle fera apparaître les problèmes antérieurs comme désormais insurmontables.

Toutes les conséquences et réactions de la patiente et de son partenaire ne peuvent donc se comprendre qu'en fonction de l'histoire antérieure du couple [81].

Le sein est un organe symboliquement chargé. Sa participation dans la sexualité de la femme connaît de grandes variations interindividuelles [18].

Le pouvoir érogène des seins, dépend étroitement du développement morphologique du mamelon et de l'aréole, lui-même sous la dépendance de l'imprégnation œstrogénique.

La stimulation mammaire, même isolée, peut retentir favorablement au niveau des zones érogènes primaires pour entraîner une lubrification et une ballonnisation du vagin.

Toutefois, les réactions à la stimulation mammaire sont souvent surestimées par les partenaires qui escomptent le même effet excitant chez leur femme que chez eux.

Dans notre étude, pour 32 % des patientes interrogées, le sein occupait une place peu ou pas importante dans leur sexualité, avant leur mammectomie.

Il semble donc que l'effet de la mammectomie chez la femme soit plus préjudiciable à son image et à sa féminité, qu'à la transmission d'une sensation susceptible de provoquer une excitation sexuelle.

### **10. Sentiment d'être désirable et féminine**

Il est donc intéressant de voir, dans un deuxième temps, en quoi l'épreuve que ces femmes ont traversée a pu modifier leur image d'elle-même et la relation à leur partenaire.

Environ la moitié des patientes se sont senties toujours aussi désirables et féminines après l'opération, avec un taux légèrement supérieur dans le cas des reconstructions immédiates, même si la différence n'apparaît pas significative.

Cela s'explique peut-être par le fait que la féminité et le sentiment d'être désirable sont deux éléments complexes pour lesquelles le sein et l'image corporelle tiennent une place importante, mais peut-être pas unique [12].

On remarque toutefois que l'atteinte de ces deux critères est largement plus marquée chez les femmes qui accordent une place importante ou essentielle à leurs seins dans leur sexualité.

En effet, pour la femme, les seins sont un des éléments grâce auxquels elle se sent désirable. Ils sont l'objet du désir de l'autre et du même coup, elle se sent également désirante au désir de l'autre et par un effet boomerang, inspiratrice de son propre désir.

On comprend alors que la mastectomie soit dans l'ensemble très mal supportée par la femme, qu'elle s'en plaigne ou non [39, 81].

Dans son étude, Tordjman [80], nous apprend que plus de la moitié des femmes menacées de mastectomie craignent que l'intervention n'altère définitivement leur féminité, 18 % pensent qu'il leur sera plus difficile de s'y adapter qu'à la perte d'un membre et 9 % préféreraient mourir que de subir une telle amputation.

À ces dernières, la proposition d'une reconstruction, même différée, pourrait apaiser leur crainte et modifier leur décision.

*« Il apparaît que la mastectomie est beaucoup plus dangereuse sur le plan de l'image de soi et de la féminité que ne le serait l'ablation de n'importe quel organe génital », [80].*

Sur l'échelle de l'anxiété, l'angoisse de mort cède le pas, pour de nombreuses patientes, à celle de ne plus être désirable, et de voir s'altérer les relations sexuelles avec le partenaire [80].

L'objectif de la reconstruction pour la femme est de modifier son propre regard sur elle, celui des autres, mais aussi et surtout celui du partenaire sexuel afin de restaurer une plénitude du regard, afin de se sentir pleinement exister [120].

### **11. Sexualité : sujet tabou**

Mais ce qui attire l'attention dans les réponses que nous avons recueillies, ce sont les 2,9 % de patientes qui n'ont pas d'avis ainsi que les 14,3 % qui n'ont pas répondu à la question concernant la qualité de leur sexualité antérieure au cancer. Ce dernier chiffre comprend les 7,6 % de femmes qui ont refusé de répondre à l'ensemble des questions sur leur intimité.

Au total, ce sont donc 17,1 % de nos patientes qui n'ont pas répondu à la question, ce qui confirme que la sexualité humaine ne va pas de soi : « *la sexualité est parfaitement naturelle, mais elle n'est pas naturellement parfaite* ».

Elle nécessite un apprentissage souvent négligé. Cette négligence est renforcée par l'existence paradoxale d'un tabou autour de la sexualité, au sein d'une société de consommation qui use et abuse du sujet en le transformant en valeur marchande.

Les seins, en particulier, servent de support publicitaire majeur, ventant les vérités d'un gel douche, d'un voyage ou d'un produit alimentaire « indispensable » à une vie saine.

Ce tapage médiatique est en contradiction avec la difficulté qu'éprouvent les patientes à aborder leurs problèmes sexuels avec leur mari ou leur médecin.

La préoccupation du corps médical, jusque-là secondaire, explique le peu de données de la littérature sur les problèmes purement sexuels des patientes prises en charge pour un cancer du sein.

Ces problèmes sont pourtant générateurs d'interrogations, de perte de l'estime de soi, fragilisant la patiente dans son rapport à l'autre jusqu'à devenir pour certaines femmes une inquiétude obsessionnelle.

Il appartiendra au médecin de prendre l'initiative d'aborder le sujet et d'apporter des réponses à ses patientes.

### **12. Parler de ses difficultés sexuelles**

Dans notre étude, 80,5 % des patientes qui ont répondu déclarent n'avoir jamais parlé des problèmes liés à leur sexualité. Les raisons sont diverses :



- Sujet tabou : « *on ne parle pas de ces choses là chez nous* », « *c'est trop intime pour en parler à quelqu'un* », « *je suis réservée, ça m'aurait gênée* »
- Manque d'information : « *je ne savais pas vers qui faire la démarche et en plus je ne sais pas si j'aurais su le faire* »
- Isolement : « *je me suis renfermée, je n'avais plus d'amis, ni de confidents, je m'étais isolée et je niais l'être* », « *on ne m'aurait pas comprise, on ne peut pas se mettre à notre place* »
- Fatalisme : « *je me suis faite à l'idée que c'était fini* », « *je savais que la dégradation était irrémédiable* »
- Sujet non prioritaire : « *la priorité, c'était la guérison de cette maladie* », « *quand il y a beaucoup d'autres choses qui vous font sentir que vous êtes aimée, c'est l'essentiel* »
- Attitude passive : « *on n'a pas abordé le sujet avec moi* », « *j'ai pensé qu'avec le temps ça irait mieux d'autant que tout allait bien avant* »
- Absence de problème : « *ce n'était pas utile car il n'y avait aucun problème* »
- Difficulté du partenaire : « *... car le problème ne venait pas de moi mais de mon mari* »

Certaines nous ont répondu qu'elles ne savaient pas pourquoi elles n'en avaient jamais parlé. À l'opposé, 9 des femmes ont abordé la question avec leur gynécologue ou leur chirurgien qui leur a prescrit un lubrifiant local ou a éludé la question. Cela peut s'expliquer par un manque de formation des professionnels de la santé, souvent en difficulté face à ces problèmes.

Trois patientes en ont parlé avec une amie, deux avec un psychologue, une avec sa sœur, une avec son médecin traitant et enfin une avec son mari.

Nombre de nos patientes ont exprimé leurs difficultés à échanger sur le sujet avec leur partenaire. Gros [105] a écrit : « *le cancer est un des grands troubles de la communication, la relation sexuelle est la communication la plus intense puisque c'est une partie de la communication amoureuse, puisqu'il s'y mêle la tendresse, ces caresses de l'âme et la sensualité du corps à corps* ».

Si la prise en charge des problèmes liés à la sexualité durant la maladie n'apparaît toujours pas comme une préoccupation majeure, la récente multiplication des études sur le sujet démontre un regain d'intérêt [8, 11, 20, 92]. Cette nouvelle tendance est sans doute imputable

à l'amélioration des traitements du cancer qui aujourd'hui n'apparaît plus comme une épreuve dont l'issue est toujours tragique.

### **13. Soutien**

80 % de nos patientes disent avoir été soutenues lors de cette épreuve. L'étude de Devauchelle [25] retrouve un résultat proche du notre (70 %).

Il nous a semblé intéressant d'évaluer les soutiens qui ont pu aider les patientes sachant qu'ils n'étaient pas exclusifs.

Près de la moitié de nos patientes nous a confié l'utilisation, souvent transitoire, de psychotropes pour les aider à traverser cette épreuve. Souvent ce soutien a été évoqué bien avant les autres et parfois même de façon exclusive. Nous renvoyant à l'hypothèse que le médecin, souvent démuni face à la détresse psychologique, élude la question en prescrivant un traitement qui servira d'objet contra-phobique pour le patient (et peut-être même pour le médecin).

Près de 16 % de nos patientes ont évoqué le soutien du conjoint contre 45 % dans l'étude de Silhol-Navarro [26].

Le soutien du conjoint a toujours été considéré comme une source d'aide importante.

Cependant, comme celui-ci est lui-même affecté émotionnellement par la maladie et la détresse psychologique de sa partenaire, le soutien qu'il peut offrir à sa compagne n'est peut-être pas toujours opérant et efficace.

Des études [29, 30, 82] confirment l'impact psychologique du cancer sur le couple dans son ensemble. Les conjoints sont à la fois source de soutien et de détresse l'un par rapport à l'autre.

Par ailleurs, des échanges paradoxaux entre les patientes et leur époux peuvent être observés. En effet, une patiente peut adopter vis-à-vis de son mari un mode de relation caractérisé par une « double contrainte ». Une double contrainte se manifeste dans une relation par l'existence simultanée d'une première injonction, obligeant ou interdisant de faire quelque chose, et d'une seconde injonction, habituellement communiquée à un niveau non verbal, qui s'oppose à la première. Une troisième injonction, empêchant d'échapper à ce contexte, peut également apparaître.

Ainsi, une patiente atteinte d'un cancer du sein peut être amenée à mettre son conjoint dans une situation impossible, où celui-ci sera toujours perçu comme inadéquat, quelles que soient ses attitudes. Par exemple, l'offre de réassurances peut la rendre anxieuse et l'absence de

celles-ci peut susciter un sentiment d'abandon. La première injonction adressée au conjoint serait : « rassure-moi » (sous-entendu : « épargne-moi des mauvaises nouvelles ») tandis que la deuxième injonction, en contradiction avec la première serait : « dis-moi toute la vérité », la troisième, plus générale et incontournable étant : « aide-moi » [82].

Près de 26 % de nos patientes se sont senties soutenues par les membres de leur famille (mère, sœur(s), cousine(s), etc.).

La famille est donc une source de soutiens pour la patiente mais là encore, la famille est elle-même perturbée par ce stress et le bien-être psychologique de la patiente peut en être affecté, entraînant un sentiment de culpabilité chez cette dernière [82].

De plus, les réactions anxieuses et hyperprotectrices de l'entourage peuvent avoir un effet négatif sur la réinsertion de la femme dans sa vie au quotidien [119] et dans ses projets.

Peu de patientes évoquent leurs enfants comme soutien (2,4 %). Cela dépendra de leurs âges, leurs sexes et la relation qu'elles entretiennent avec eux.

En ce qui les concerne, la difficulté résidera plutôt dans l'annonce du diagnostic tout en essayant de les épargner de l'anxiété ambiante.

Certaines patientes tentent de leur cacher la situation. Mais « *le mensonge est une dépense d'énergie supplémentaire* » [38] en cherchant la bonne excuse face à la réalité du traitement.

Les non-dits finissent par isoler les membres de la famille.

Dans la littérature, il existe peu de documents ayant étudié l'impact d'une expérience traumatisante tel le cancer vécu par un parent sur l'adaptation psychologique d'un enfant.

Le soutien que leur apporte leur médecin, et notamment le médecin traitant (34,5 %), est souvent plus détaché de la composante émotionnelle. En cela, il permet à la patiente de se libérer de certaines angoisses sans craindre la rétroaction.

En regard du contexte, peu de patientes disent avoir été aidées par un psychologue. Bien que l'aide soit facilement proposée, souvent ce sont les patientes qui la refusent précisant qu'elles sont déjà aidées par leur entourage et qu'elles n'en n'ont pas besoin [25, 26].

Comme si accepter l'aide d'un psychologue serait reconnaître son impuissance et la perte de contrôle face à ses difficultés.

Nous avons vu précédemment les difficultés engendrées par l'aide de l'entourage. Et il est bon de rappeler aux patientes qu'être aidée ne signifie pas « ne pas être à la hauteur », « être

psychologiquement trop fragile », ou « être à risque de dépression ». Cela signifie juste que l'on sait que les étapes émotionnelles à traverser sont pénibles, ardues et peuvent être plus supportables et acceptables avec un soutien adapté.

Parmi les patientes qui n'ont pas été aidées, certaines se sont volontairement isolées par peur des réactions négatives de leur entourage (apitoiement, abandon, crainte, ...) et d'autres disent avoir cherché désespérément une aide en vain : « j'avais l'impression de devoir me battre pour être aidée ».

#### **14. Intérêt sexuel**

En ce qui concerne l'intérêt sexuel après la mammectomie, on retrouve une différence significative en faveur de la reconstruction immédiate qui tend à se corriger à un an.

Cette différence peut s'expliquer par une atteinte de l'image moins violente, plus progressive lors d'une intervention en un temps, entraînant une cassure moins brutale.

Mais, la perte de l'intérêt sexuel peut s'intégrer également dans la symptomatologie d'un état dépressif.

De plus, en étudiant l'intérêt sexuel selon l'âge des patientes, nous mettons en évidence que si les femmes sont atteintes de façon indifférenciées après la mammectomie, la récupération à 1 an est significativement plus contrainte pour celles de 50 ans et plus.

#### **15. Fréquence et qualité des rapports sexuels**

L'annonce du diagnostic et la mammectomie ont également eu un impact sur la fréquence et la qualité des rapports des patientes sans véritable différence entre les deux méthodes de reconstruction.

La diminution de la fréquence des rapports sexuels de nos patientes est de 44 % à 6 mois et de 32 % à 1 an, tandis que 4 % à 6 mois et 6 % à 1 an signalent une amélioration.

Sur la Figure 20, on observe un aplatissement et un décalage vers la gauche de la courbe à 6 mois, qui se corrige secondairement à 1 an et qui traduit la capacité des couples à s'adapter et à dépasser leurs difficultés.

Toutefois, là encore, si toutes les femmes sont atteintes sans distinction d'âge dans la fréquence de leurs rapports, la récupération à distance de l'intervention semble plus favorable pour les femmes de moins de 50 ans.

En ce qui concerne la qualité des rapports, 40 % des patientes de notre étude n'ont pas eu l'impression d'une modification et 23,8 % ont même signalé une amélioration avec le temps.

La diminution de la fréquence et de la satisfaction des rapports sexuels est rapportée par plusieurs études dont :

- Tordjman [80], qui décrit 19 % de patientes se refusant à tous rapports sexuels dans les 3 mois qui suivent la mammectomie, ainsi qu'une diminution de l'aptitude à l'orgasme.
- Dans Razavi et al. [82], la diminution de la qualité et de la fréquence des rapports concerne 23 % des femmes mammectomisées, tandis que 3 % parlent d'une amélioration.
- Devauchelle [25], nous parle d'une activité sexuelle conservée chez 30,3 % des femmes ayant bénéficié d'une reconstruction immédiate.

Classiquement, il existe une période d'adaptation où les relations sont redoutées et le contact du sein évité, puis une période de normalisation où le couple a recréé une nouvelle relation.

Lorsque nos patientes sont interrogées sur les facteurs qui ont pu porter préjudice à la fréquence et la qualité de leurs rapports, même si des facteurs physiques comme l'asthénie, les raideurs, la gêne ou les douleurs aux mouvements, la diminution de la sensibilité de la poitrine sont cités, des facteurs psychologiques sont majoritairement évoqués [3, 17, 19].

Parmi les plus cités, relevons :

- la peur de se monter nue
- la peur d'être touchée
- le sentiment d'être diminuée
- la peur de la mort
- le changement des habitudes
- la diminution de la libido
- le sentiment d'être mutilée
- le sentiment de n'être plus une femme à part entière, de n'être plus la même
- le sentiment d'être moins désirable
- la culpabilité d'être malade et de faire souffrir l'entourage
- la dégradation du comportement et de la relation avec le partenaire
- la perte de la confiance en soi, la peur de ne pas être à la hauteur

- l'angoisse et les troubles du sommeil
- la diminution de la communication dans le couple
- la peur d'avoir mal
- les rapports sexuels moins spontanés, moins naturels
- l'insatisfaction du résultat esthétique de la reconstruction
- l'alibi pour mettre fin à une sexualité qui ne les a jamais intéressées

Les patientes qui évoquent l'amélioration de la fréquence et de la qualité de leurs rapports, l'expliquent par une sorte de boulimie de la vie, une envie de profiter de l'autre et de chaque instant qui passe.

### **16. Réaction du partenaire**

L'étude de la sexualité des patientes se comprend également à travers la relation et les réactions de leur partenaire. L'étude montre une légère démobilisation des conjoints dans la période péri-opératoire, mais qui sera transitoire.

Dans 36,2 % des cas, les femmes constataient une modification du comportement sexuel de ces derniers [3, 17].

Lorsqu'on leur demande de quel ordre est ce changement, les réponses sont les suivantes :

- « *il avait peur de me toucher, de me faire mal* »
- « *il avait moins d'imagination* »
- « *il ne voulait pas m'embêter avec ça* »
- « *il avait mis une distance car la maladie fait peur* »
- « *il avait moins envie* »
- « *il voulait toujours regarder mes seins* »
- « *il était plus attentif, plus délicat, plus respectueux, plus gentil, plus câlin* »
- « *c'était déjà pas brillant avant alors après... ça ne l'intéressait plus* »
- « *il me trouvait différente* »
- « *il avait plus de retenu* »
- « *il était plus amoureux qu'avant* »
- « *il me rassurait beaucoup dans l'intimité* »
- « *il m'entourait beaucoup, il était très inquiet de mon ressenti* »
- « *il n'aimait pas sentir la prothèse, je devais le rassurer* »

Chez le partenaire, le sein est investi comme un objet de désir. De ce fait, la mutilation l'atteint également et la reprise des rapports sexuels peut lui être difficile. Toutefois, bien souvent, le comportement du conjoint est inchangé ou trop attentionné. Et, ce sont les conduites d'évitement de la femme qui rendent difficiles la reprise des relations sexuelles (refus d'être touchée, de se montrer nue).

Parfois, l'anxiété du conjoint s'exprime par une hyperprotection mettant sa partenaire dans une situation de régression qui l'empêche de garder sa place au sein du couple et de la famille. Si cette régression permet, dans un premier temps, à la femme de se ressourcer et de mobiliser une énergie nouvelle après s'être déchargée des difficultés sur son conjoint, elle peut, dans un deuxième temps, modifier la relation de couple créant un rapport de dépendance en contradiction avec une sexualité hédoniste.

Au final, l'attitude adoptée par les deux partenaires paraît être secondaire à un commun accord implicite, peut-être pour éviter d'aborder le problème.

Le temps facilitera la cicatrisation physique et psychique et permettra la mise en place d'un nouvel équilibre dans la relation de couple.

### ***17. Suivi par un sexologue***

Aucune patiente et aucun couple n'a été suivi par un sexologue, ni avant, ni après les traitements.

On constate, en interrogeant les dames, que beaucoup d'entre elles ignorent l'utilité d'un sexologue.

En effet, 20 % ne savaient pas si ce dernier aurait pu leur être utile et 14,2 % n'ont pas répondu à cette question. Signalons que dans les 41 % de dames qui ne voyaient pas l'utilité d'une consultation en sexologie, un nombre important d'entre elles ont demandé des précisions sur cette prise en charge pour laquelle elles n'avaient pas été informées.

# CONCLUSION



## VI. Conclusion

Dans cette étude rétrospective (2000-2005), qui s'attache au retentissement psychosexuel de femmes ayant subi une mammectomie suivie d'une reconstruction, nous avons présenté une synthèse des témoignages recueillis auprès de 105 patientes, réparties en deux groupes : 72 reconstructions immédiates et 33 différées.

De l'analyse et des réflexions que nous avons menées, les éléments suivants ressortent plus particulièrement :

- Le cancer du sein et sa prise en charge présentent un retentissement important sur le psychisme et la sexualité des patientes. Si, pour la majorité des femmes l'impact de cette épreuve se révèle négatif, il existe cependant quelques cas pour lesquels l'expérience remanie favorablement leur existence. En effet, il semble que la finitude des choses modifie leur rapport au temps et accroît l'intensité de leur vécu. Par ailleurs, contrairement à une croyance répandue, la maladie et son traitement engendrent peu de ruptures au sein des couples, même si l'on ne peut nier une évolution de la relation.
- Concernant la comparaison entre la reconstruction immédiate et la reconstruction différée :  
L'organe touché, le sein, entraîne une atteinte de l'image corporelle de la femme et secondairement de son identité sexuelle. À ce niveau, la reconstruction immédiate, lorsqu'elle est possible, présente un réel bénéfice. En évitant la mutilation, elle rend la perte du sein plus supportable et facilite le travail de restauration psychique. Les femmes qui bénéficient de cette approche peuvent ainsi effectuer ce travail à un rythme qui leur est plus adapté. La préservation du schéma corporel minimise également l'impact du retentissement de la maladie sur l'entourage.  
Nous mettons en évidence un deuxième élément statistiquement significatif : la reconstruction immédiate favorise la préservation de l'intérêt pour la sexualité dans la période qui suit l'intervention. Pour la patiente, ces bénéfices sont autant d'atouts supplémentaires dans la lutte contre la maladie.

Sans nuancer ce constat, ajoutons cependant, qu'avec le temps, les répercussions psychosexuelles de la reconstruction immédiate ou différée tendent à converger. L'espacement de la reconstruction n'est donc pas rédhibitoire concernant le rétablissement psychosexuel.

Pour conclure, soulignons un dernier point. L'amélioration des thérapeutiques du cancer du sein, et plus généralement l'allongement de la durée de vie, entraîne un regain d'intérêt [6, 8, 11, 20] pour des questions qui pouvaient jusque-là paraître secondaires. C'est ainsi que les troubles liés à la sexualité sont progressivement étudiés et pris en considération, même si cela reste insuffisant en 2006 : pour la majorité des patientes, la question de la sexualité n'a jamais été abordée durant le traitement ; plus significatif encore, aucune des patientes interrogées n'a consulté de sexologue. Si ces préoccupations sont émergentes, gageons qu'elles vont rapidement prendre de l'ampleur, complétant ainsi une démarche thérapeutique globalisée face à une maladie et des traitements qui restent lourds et traumatisants.

*Fin*



La Danaïde d'Auguste Rodin (exécutée vers 1885)

# ANNEXES

# Annexes

## 1. Paroles de femmes

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à toutes ces femmes qui, avec beaucoup de gentillesse et de pudeur, nous ont fait partager une partie de leur intimité.

Les confidences rapportées ci-après ont été recueillies durant nos entretiens et témoignent de la diversité des ressentis et de l'unicité de chaque histoire.

*« Quand j'étais plus jeune, j'espérais des seins moins gros alors quand on m'a annoncé le diagnostic, je n'ai pas pu m'empêcher de me dire que je l'avais bien cherché »*

*« Quand j'ai appris que j'avais un cancer et qu'on allait m'enlever le sein, j'ai eu affaire au gynécologue, au chirurgien et au chirurgien plasticien qui m'ont tous expliqué que ça irait, qu'avec le temps tout redeviendrait comme avant, mais qu'est-ce qu'ils en savent tous ces hommes. Un homme ne peut pas comprendre ce que les seins représentent pour une femme : enfant, on rêve d'en avoir, adolescente, on les voudrait différents, jeune adulte, on apprend à les aimer. Quand on est femme on les aime enfin, alors vous dire qu'on va vous en enlever un et qu'il va falloir tout recommencer... »*

*« Vous savez, pour un homme, d'avoir une femme mutilée, ça fait peur... il n'en parle jamais, il évite le sujet même quand j'essaye de lui en parler. Mon médecin m'a dit qu'il ne faut pas lui en vouloir et qu'il y a des hommes qui ne sont pas capables de nous soutenir. C'est peut-être un peu égoïste ce que je vais vous dire, mais moi je ne lui demande pas s'il en est capable ou pas... j'en ai besoin. »*

*« À vous, je peux le dire : depuis que mon mari s'est fait opérer de l'hypophyse, il n'a plus de désir, il n'a plus d'envie. Ça fait dix ans qu'on n'a plus de rapport, on ne s'entend plus très bien. Moi, je dis : à quoi ça sert nous deux ? À quoi je sers moi ? Je n'ai plus envie de vivre. Depuis qu'on n'a plus de rapport, je ne sais plus si je suis féminine ou pas, si je suis encore désirable. Mon mari a bien vu un urologue, mais il aurait dû faire des piqûres... Quand j'ai*

*eu le cancer du sein, ça n'a donc pas changé grand-chose : je me suis dit que j'avais attrapé la maladie à la mode ! »*

*« Après l'opération, je me dégoûtais, et même s'il ne me l'a jamais dit, je pense que je dégoûtais aussi mon mari... il s'est un peu éloigné de moi depuis l'intervention. »*

*« Depuis que j'ai eu ce problème, on s'est beaucoup rapproché avec mon mari. Notre relation est plus forte, y compris au niveau sexuel car on a pris conscience de la chance qu'on avait d'être à deux et du risque qu'un jour ça puisse s'arrêter. Alors maintenant on essaye de profiter de chaque instant ; on vit tout de façon plus intense. »*

*« Moi, depuis que je suis jeune et que j'ai eu mon accident, je n'ai que mes seins pour séduire et pour représenter ma féminité. Surtout que j'avais une très belle poitrine et que je savais bien comment la mettre en valeur. Vous vous rendez compte de ce que ça a été d'être opérée des seins. Même si mon mari me disait que rien n'avait changé, il fallait que je sache si je pouvais encore séduire après l'opération. Alors j'ai eu un amant rien que pour me rassurer, pour être sûre que j'étais toujours une femme et que ça marchait toujours. En revanche, je ne peux plus me mettre nue devant mon miroir, ni devant un homme ; c'est une zone qu'on ne peut plus toucher, je ne le supporte plus... c'est une zone morte. »*

*« Après l'opération, quand on a repris les rapports avec mon mari, il était plus attentionné, plus respectueux, et même quand j'essayais de le rassurer, il osait moins me toucher. Je crois qu'il avait peur de me faire mal. »*

*« Mon chirurgien a fait un excellent travail. Je ne vois pas la différence par rapport à avant. Je porte des décolletés, je me mets en maillot sur la plage l'été. Je vais vous dire : je crois même qu'ils sont plus beaux qu'avant. »*

*« En définitive, ces interventions m'ont bouleversée : perte de confiance en moi, perte de mon poste de travail, perte d'intimité sexuelle, peur d'être touchée, obsédée par ce nouveau corps meurtri. Et je ne vois personne qui pourrait m'aider à oublier. »*

« *Quand on m'a dit que j'avais le cancer, je me suis dit que c'était comme la loterie : ou on gagne, ou on perd ; moi, j'avais pas peur de mourir. Mais quand on dit aux autres qu'on a le cancer, on leur fait peur, comme si c'était contagieux. »*

« *Il y a une distance physique qui s'est installée avec mon mari car je crois que la maladie fait peur. Je n'en ai pas parlé avec lui de peur qu'il me donne une réponse que je n'aie pas envie d'entendre. »*

« *On se sent coupable d'être malade car on voit son entourage être malheureux à cause de soi. »*

« *Faire le choix d'une reconstruction dans le même temps opératoire, c'est faire le choix de la vie, au moment où on vous annonce le diagnostic et qu'on se demande si on vivra. »*

« *C'est une expérience fantastique, pleine de moments difficiles, mais aussi de moments heureux (attitude des autres). Je suis pourtant lucide sur une possible récurrence, mais je n'arrive pas à regretter cette période qui m'a apporté beaucoup. »*

« *Depuis qu'on m'a enlevé un sein, je ne suis plus que la moitié d'une femme. »*

« *Pendant les rapports, ma douleur me renvoyait au cancer et à l'idée de la mort ; pour mon mari aussi. »*

« *Mon ami me dit que je suis une belle femme, que j'ai un beau corps, une belle poitrine. Je lui réponds que j'ai UN beau sein. Il me répond, en insistant, que j'ai UNE belle poitrine. »*

## 2. Classification TNM

La classification des tumeurs mammaires s'adresse aux carcinomes. Elle contribue à déterminer le traitement et évaluer le pronostic de la maladie tumorale.

La classification TNM prend en compte la tumeur (T), les ganglions (N) et l'existence éventuelle de métastases (M).

Classification clinique TNM (1989) :

### T. Tumeur primitive

- T<sub>x</sub> Détermination de la tumeur primitive impossible
- T<sub>0</sub> Pas de signe de tumeur primitive
- T<sub>is</sub> Carcinome in situ : carcinome intra-canalair ou carcinome lobulaire in situ, ou maladie de Paget du mamelon sans tumeur décelable (une maladie de Paget avec tumeur décelable est à classer en fonction de la taille de la tumeur).

La taille de la tumeur est fondée sur la composante invasive et concerne la plus grande dimension.

- T<sub>1</sub> Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
  - T<sub>1a</sub> ≤ 0,5 cm
  - T<sub>1b</sub> > 0,5 cm et ≤ 1cm
  - T<sub>1c</sub> > 1 cm et ≤ 2 cm
- T<sub>2</sub> Tumeur > 2 cm et ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension
- T<sub>3</sub> Tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension
- T<sub>4</sub> Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique ou à la peau
  - T<sub>4a</sub> Extension à la paroi thoracique
  - T<sub>4b</sub> Œdème (y compris la « peau d'orange ») ou ulcération cutanée du sein, ou nodules de perméation cutanés limités au même sein
  - T<sub>4c</sub> À la fois T<sub>4a</sub> et T<sub>4b</sub>
  - T<sub>4d</sub> Carcinome inflammatoire

La paroi thoracique comprend les côtes, les muscles intercostaux et grand dentelé, mais ne comprend pas le muscle pectoral.

**N. Adénopathies régionales**

- N<sub>x</sub> Appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire (du fait, par exemple, d'une exérèse antérieure)
- N<sub>0</sub> Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional
- N<sub>1</sub> Ganglions axillaires homolatéraux mobiles
- N<sub>2</sub> Ganglions axillaires homolatéraux fixés entre eux ou à d'autres structures
- N<sub>3</sub> Ganglions mammaires internes homolatéraux

**M. Métastases à distance**

- M<sub>x</sub> Détermination impossible de l'extension métastatique
- M<sub>0</sub> Absence de métastases à distance
- M<sub>1</sub> Présence de métastases à distance (comprenant des métastases ganglionnaires sus-claviculaires)

**Classification pTNM :**

- pT Concerne la taille de la tumeur infiltrante (et non le contingent *in situ*)
- pN Concerne au minimum les ganglions de l'étage axillaire inférieur
- pM Correspond à la catégorie clinique M

**Classification PEV :**

La notion de tumeur en poussée évolutive repose essentiellement sur des données cliniques.

On distingue :

- PEV<sub>1</sub> Doublement de volume tumoral en moins de 6 mois
- PEV<sub>2</sub> Signes inflammatoires localisés à une partie du sein (œdème cutané péri-tumoral, erythème, augmentation de la chaleur locale), empattement de l'adénopathie axillaire
- PEV<sub>3</sub> Généralisation des signes à l'ensemble du sein

Cette classification arrive en complément de la classification TNM lorsqu'elle est appliquée au cancer du sein inflammatoire.



### **3. Classification histo-pronostique de Scarff-Bloom et Richardson modifiée**

Classification, d'après [93] :

- Formation de tubes :

- Score 1 : tubes dans moins de 75 % de la tumeur
- Score 2 : tubes entre 10 et 75 % de la tumeur
- Score 3 : tubes dans moins de 10 % de la tumeur

Plus il existe de tube dans la structure histologique de la tumeur, plus la tumeur est bien différenciée, meilleur est le pronostic.

- Pléomorphisme nucléaire :

- Score 1 : variations de taille et de forme des noyaux très discrètes
- Score 2 : variations de taille et de forme des noyaux très modérées
- Score 2 : variations de taille et de forme des noyaux très importantes

- Mitoses (comptées au niveau de la zone la plus active) :

- Score 1 : moins de 10 mitoses pour 10 champs au grossissement 400
- Score 2 : entre 10 et 20 mitoses pour 10 champs au grossissement 400
- Score 3 : plus de 20 mitoses pour 10 champs au grossissement 400

Les trois items pris en compte dans ce grading sont côté de 1 à 3. La somme des différents scores obtenus aboutie à un total compris entre 3 et 9, à partir duquel la tumeur est classée en 3 grades ayant une signification pronostique :

- Grade I (score 3, 4 ou 5) : pronostic favorable
- Grade II (score 6 ou 7) : pronostic intermédiaire
- Grade III (score 8 ou 9) : pronostic défavorable

#### 4. Classification histologique des carcinomes mammaires par l’OMS

Tumeurs épithéliales non infiltrantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carcinome canalaire <i>in situ</i> (intracanalaire) (CCIS)</li> <li>- Carcinome lobulaire <i>in situ</i> (CLIS)</li> </ul>
Tumeurs épithéliales infiltrantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carcinome canalaire infiltrant SAI (sans autre indication)</li> <li>- Carcinome canalaire infiltrant avec composante intracanalaire prédominante</li> <li>- Carcinome lobulaire infiltrant</li> <li>- Carcinome musineux (colloïde)</li> <li>- Carcinome médullaire</li> <li>- Carcinome papillaire</li> <li>- Carcinome tubuleux</li> <li>- Carcinome adénoïde kystique</li> <li>- Carcinome sécrétant juvénile</li> <li>- Carcinome apocrine</li> <li>- Carcinome métaplasique : <ul style="list-style-type: none"> <li>• De type épidermoïde</li> <li>• De type à cellules fusiformes</li> <li>• De type chondroïde et osseux</li> <li>• De type mixte</li> </ul> </li> <li>- Maladie de Paget du mamelon</li> </ul>

**Tableau 10.** Classification histologique des carcinomes mammaires de l’OMS [91].

# **BIBLIOGRAPHIE**

# Bibliographie

- [1] S.K. Al-Ghazal, L.Sully, L. Fallowfield, R.W. Blamey.  
*The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction.*  
European Journal of Surgical Oncology, 26, pp 17-19, 2000.
- [2] D. Bukovic, J. Fajdic, Z. Hrgovic, M. Kaufmann, I. Hojsak, T. Stanceric.  
*Sexual dysfunction in breast cancer survivors.*  
Onkologie, 28(1), pp 29-34, 2005.
- [3] D. Delfieu.  
*Influence du cancer du sein sur la sexualité.*  
Dans « Le sein », pp 1164-1171, Éd. ESKA, 2001.
- [4] J. Elisabeth, M.D. Kunkel, I. Emmie, M.D. Chen, B. Titus, M.D. Okunlola.  
*Psychosocial concerns of women with breast cancer.*  
Psychiatry Update, 9(4), pp 129-134, 2002.
- [5] M. Ferroul.  
*L'évolution de la féminité après chirurgie du cancer mammaire.*  
DEA de sexologie, 1989.
- [6] R. Fielding, W.W. Lam.  
*Measuring social impacts of breast carcinoma treatment in Chinese women.*  
Cancer, 100(12), pp 2500-2511, 2004.
- [7] P.A. Ganz, L. Kwan, A.L. Stanton, J.L. Krupnick, J.H. Rowland, B.E. Meyerowitz, J.E. Bower, T.R. Belin.  
*Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial.*  
J Natl Cancer Inst, 96(5), pp 376-387, 2004.
- [8] J.M. Hannoun-Levi.  
*Traitement du cancer du sein et de l'utérus : impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle.*  
Cancer/Radiothérapie, 9(3), pp 175-182, 2005.
- [9] T. Jahkola.  
*Self-perceptions of women after early breast cancer surgery.*  
European Journal of Surgical Oncology, 24, pp 9-14, 1998.
- [10] F. Joly, M. Henry-Amar.  
*Répercussions à long terme des traitements anti-cancéreux sur la qualité de la vie des femmes traitées pour un cancer du sein localisé.*  
Dans « Le sein », pp 1187-1203, Éd. ESKA, 2001.

- [11] M. Lasalandra.  
*Sexuality and breast cancer.*  
Sexuality, Reproduction & Menopause, 2(2), pp 89-91, 2004.
- [12] C. Lazarotti.  
*L'après cancer.*  
Dans « Le sein », pp 1273-1288, Éd. ESKA, 2001.
- [13] D. Le Breton.  
*Au sein de la souffrance.*  
Dans « Le sein – Images et représentation », pp 63-86, Éd. l'Harmattan, Paris, 1996.
- [14] D. Lebauvy.  
*Maladie du sein et psychisme.*  
Dans « Le sein », pp 1219-1231, Éd. ESKA, 2001.
- [15] A. Lehmann.  
*Image du corps et cancer du sein.*  
Dans « Le sein », pp 1252-1258, Éd. ESKA, 2001.
- [16] P. Lopez, F. Tremollières.  
*Guide pratique de la ménopause.*  
2<sup>e</sup> éd., Éd. Masson, 2004.
- [17] F. May-Levin.  
*L'après traitement.*  
Dans « Le sein », pp 1172-1186, Éd. ESKA, 2001.
- [18] L. Slama.  
*Sein et sexualité.*  
Dans « Le sein », pp 1259-1264, Éd. ESKA, 2001.
- [19] S. Schraub, E. Marx.  
*Sexualité et cancer.*  
Plaquette d'information de la ligue contre le cancer, 2003.
- [20] M. Takahashi, I. Kai.  
*Sexuality after breast cancer treatment: changes and coping strategies among Japanese survivors.*  
Soc Sci Med, 61(6), pp 1278-1290, 2005.
- [21] W. Yeo, W.H. Kwan, P.M. Teo, S. Nip, E. Wong, L.Y. Hin, P.J. Johnson.  
*Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses.*  
Psychooncology, 13(2), pp 132-139, 2004.
- [22] S.R. Winberly, C.S. Carver, J.P. Laurenceau, S.D. Harris, M.H. Antoni.  
*Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: impact on psychosocial and psychosexual adjustment.*  
J Consult Clin Psychol, 73(2), pp 300-311, 2005.

- [23] J.J. Beitler.  
*Tamoxifen and sexuality: let's listen to the data speak.*  
J Clin Oncol, 17(11), pp 3689-3690, 1999.
- [24] N. Tahaghoghi-Vatant.  
*Les répercussions psychologiques de la mastectomie.*  
Thèse de doctorat en médecine, Brest, 1993.
- [25] S. Devauchelle.  
*Impact psychologique de la reconstruction mammaire après un cancer du sein.*  
Thèse de doctorat en médecine, Poitiers, 2005.
- [26] C. Silhol-Navarro.  
*Reconstruction mammaire immédiate après mastectomie pour carcinome in situ : satisfaction ou déception.*  
Thèse de doctorat en médecine, Montpellier, 1992.
- [27] A. Jacquin.  
*Quel accompagnement pour les femmes mammectomisées ?*  
Mémoire de fin d'étude – École de sages femmes de Besançon, 2001.
- [28] J-P. Fyad, K.B. Clough, S. Giard.  
*Quelle reconstruction après mastectomie ?*  
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 31, pp 476-480, 2003.
- [29] M. Charavel, A. Bremond.  
*Motivations des femmes pour la reconstruction mammaire après mastectomie. Étude comparative.*  
Bulletin du cancer, 1(83), pp 46-53, 1996.
- [30] J-Y. Bobin, N. Guiochet, S. Saez.  
*Guérir d'un cancer du sein.*  
Bulletin du cancer, 6(89), pp 579-587, 2002.
- [31] L. Bily.  
*Breast reconstruction: One woman's Choice.*  
JAMA, 286(17), p 2163, 2001.
- [32] E. Tykkä, S. Asko-Seljavaara, H. Hietanen.  
*Patient Satisfaction with Delayed Breast Reconstruction: A Prospective Study.*  
Annals of Plastic Surgery, 49(3), pp 258-263, 2002.
- [33] V.F. Cocquyt, P.N. Blondeel, H.T. Depypere, K.A. Van De Sijpe, K.K. Daems, S.J. Monstrey, S. Van Belle.  
*Better cosmetic results and comparable quality of life after skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction compared to breast conservative treatment.*  
The British Association of Plastic Surgeons, 56(5), pp 462-470, 2003.

- [34] S.K. Al-Ghazal, L. Fallowfield, R.W. Blamey.  
*Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction.*  
European Journal of Cancer, 36(15), pp 1938-1943, 2000.
- [35] J.H. Rowland, K.A. Desmond, B.E. Meyerowitz, T.R. Belin, G.E. Wyatt, P.A. Ganz.  
*Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors.*  
Journal of National Cancer Institute, 92(17), pp 1422-1429, 2000.
- [36] K. Sandelin, M. Wickman, A.M. Billgren.  
*Oncological outcome after immediate breast reconstruction for invasive breast cancer: a long-term study.*  
The breast, 13(3), pp 210-218, 2004.
- [37] P.S. Cederna, W.R. Yates, P. Chang, A.E. Cram, E.J. Ricciardelli.  
*Postmastectomy Reconstruction: Comparative Analysis of the Psychosocial, Functional, and Cosmetic Effects of Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap Versus Breast Implant Reconstruction.*  
Annals of Plastic Surgery, 35(5), pp 458-468, 1995.
- [38] A.N. Ulazewski.  
*Être mère et avoir un cancer du sein.*  
Éd. Lille, 2005.
- [39] K. Walsh Spencer.  
*Significance of the Breast to the Individual and Society.*  
Plastic Surgery Nursing, 16(3), pp 131-132, 1996.
- [40] J. Lansac, G. Body, D. Magnin et al.  
*La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique.*  
Éd. Masson, 1998.
- [41] L. Cahen-Doidy.  
*Place actuelle de la chirurgie radicale dans le traitement du cancer du sein.*  
Dans « Le sein », pp 725-729, Éd. ESKA, 2001.
- [42] C. Martinaud-Deplat, M. Ledanvic, J. Masson, J-M. Servant.  
*Chirurgie plastique en pathologie mammaire.*  
Dans « Le sein », pp 740-755, Éd. ESKA, 2001.
- [43] M. Balint. Traduction de J-P. Valabrega.  
*Le médecin, son malade et la maladie.*  
7<sup>e</sup> éd., Éd. Payot, Paris 1996.

- [44] L. Remontet, A. Bueni, M. Velten, E. Jouglu, J. Estève.  
*Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000.*  
Chapitre concernant le sein, par B. Trétarre, pp 99-105.  
FRANCIM, Inserm, Hôpitaux de Lyon, InVS, 2003.  
<http://www.invs.sante.fr>
- [45] L. Mauriac, E. Luporsi, J-M. Dilhuydy et al.  
*Cancers du sein infiltrants non métastatiques.*  
Éd. John Libbey Eurotext, 2001.
- [46] M.H. Bouvier-Colle, E. Jouglu, V. Schwoebel.  
*Mortalité par cancer en France (1982-1992).*  
Rev. épidém. santé publique, pp 190-200, 1995.
- [47] F. Levi, F. Lucchini, E. Negri, C. La Vecchia.  
*The decline in cancer mortality in the European Union, 1988-1996.*  
Eur J Cancer, 36(15), pp 1965-1968, 2000.
- [48] R. Peto, J. Borehal, M. Clarke, C. Davies, V. Beral.  
*UK and USA breast cancer deaths down 25 % in year 2000 at ages 20-69 years.*  
Lancet, 355, p 1822, 2000.
- [49] M. Espié.  
*Épidémiologie du cancer du sein.*  
Dans « Le sein », pp 608-629, Éd. ESKA, 2001.
- [50] P-H. Cottu.  
*Cancers du sein de la femme jeune.*  
Dans « Le sein », pp 1074-1083, Éd. ESKA, 2001.
- [51] J-L. Stanford, L. Herrinton, S. Schwartz.  
*Breast cancer incidence in asian migrants to the United States and their descendants.*  
Epidemiology, 6(2), pp 181-183, 1995.
- [52] G. Kvale, I. Heuch.  
*Menstrual factors and breast cancer risk.*  
Cancer, 62(8), pp1625-1631, 1988.
- [53] C. Hsieh, D. Trichopoulos, K. Katsouyanni.  
*Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: associations and interactions in an international case-control study.*  
Int J Cancer, 46(5), pp 796-800, 1990.
- [54] T. Chevalier, J-P. Daurès, M-C. Micheletti, J-Y Reginster, et le groupe MISSION  
*Méthodologie de l'enquête MISSION (Ménopause, rISque de cancer du SeIn, mOrbidité, prévalence).*  
J Gynecol Obstet Biol Reprod, 34(1), pp 658-665, 2005.



- [55] E. Negri, C. La Vecchia, P. Bruzzi.  
*Risk factors for breast cancer: pooled results from three Italian case-control studies.*  
Am J Epidemiol, 128(6), pp 1207-1215, 1988.
- [56] P.M. Layde, L.A. Webster, A.L. Baughman.  
*The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer.*  
J Clin Epidemiol, 42(10), pp 963-973, 1989.
- [57] M. Ewertz S.W. Duffy, H.O. Adami.  
*Age at first birth, parity and risk of breast cancer: a meta-analysis of 8 studies from the Nordic countries.*  
Int J Cancer, 46(4), pp 597-603, 1990.
- [58] P. Bruzzi, E. Negri, C. La Vecchia et al.  
*Short term increase in risk of breast cancer after full term pregnancy.*  
Br Med J, 297(6656), pp 1096-1098, 1988.
- [59] D.A. Leon.  
*A prospective study of the independent effects of parity and age at first birth on breast cancer incidence in England and Wales.*  
Int J Cancer, 43, pp 986-991, 1989.
- [60] L.J. Vatten, S. Kvinfosland.  
*Pregnancy – related factors and risk of breast cancer in a prospective study of 29 981 Norwegian women.*  
Eur J Cancer, 28 A 6/7, pp 1148-1153, 1992.
- [61] A. Kalache, A. Maguire, W.S. Thompson.  
*Age at last full term pregnancy and risk of breast cancer.*  
Lancet, 311, pp 32-35, 1993.
- [62] M. Lambe, C. Hsieh, D. Trichopoulos.  
*Transient increase in the risk of breast cancer after giving birth.*  
N Engl J Med, 331(1), pp 5-9, 1994.
- [63] J. Russo, I.H. Russo.  
*Toward a physiological approach to breast cancer prevention.*  
Cancer Epidemiol Biomarkers Prev., 3(4), pp 353-364, 1994.
- [64] G.A. Colditz, B. Rosner, F. Speizer.  
*Risk factors for breast cancer according to family history of breast cancer.*  
J Natl Cancer Inst, 88(6), pp 365-371, 1996.
- [65] R.W. Haile, J.S. Writte, G. Ursin.  
*A case control study of reproductive variables, alcohol, and smoking in premenopausal bilateral breast cancer.*  
Breast Cancer Research and Treatment, 37(1), pp 49-56, 1996.

- [66] H. Jernström, C. Lerman, P. Ghadirian, H.T. Lynch, B. Weber, J. Garber et al.  
*Pregnancy and risk of early breast cancer in carriers of BRCA<sub>1</sub> and BRCA<sub>2</sub>.*  
Lancet, 354, pp 1846-1850, 1999.
- [67] S.J. London, G.A. Golditz, M.J. Stampfer.  
*Lactation and risk of breast cancer in a cohort of US women.*  
Am J Epidemiol, 132(1), pp 17-26, 1990.
- [68] P. Newcomb, P. Storer, M. Longnecker.  
*Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer.*  
Engl J, 330(2), pp 81-87, 1994.
- [69] S.M. Enger, R. K. Ross, B. Henderson, L. Bernstein.  
*Breastfeeding history, pregnancy experience and risk of breast cancer.*  
Br J Cancer, 76(1), pp 118-127, 1997.
- [70] K.E. Malone, J.R. Daling, N.S. Weiss.  
*Oral contraceptives in relation to breast cancer.*  
Epidemiol review, 15(1), pp 80-97, 1993.
- [71] C. Braga, E. Negri, C. La Vecchia.  
*Fertility treatment and risk of breast cancer.*  
Human reproduction, 11(2), pp 300-303, 1996.
- [72] A. Venn, L. Watson, F. Bruinsma, G. Giles, D. Healy.  
*Risk of breast cancer after use of fertility drugs with in-vitro fertilisation.*  
Lancet, 354, pp 1586-1590, 1999.
- [73] C. Swanson, R. Coates, J. Shoenberg et al.  
*Body size and breast cancer risk among women under age 45 years.*  
Am J Epidemiol, 143(7), pp 698-706, 1996.
- [74] B.A. Stoll.  
*Breast cancer: the obesity connection.*  
Br J Cancer, 69(5), pp 799-801, 1994.
- [75] W.C. Willett, D.J. Hunter.  
*Prospective studies of diet and breast cancer.*  
Cancer, 74(3), pp 1085-1089, 1994.
- [76] S. Smith-Warner, D. Spiegelman, S.S. Yaun, P. Van Den Brandt, A.R. Folsom, R.A. Goldbohm et al.  
*Alcohol and breast cancer in women. A pooled analysis of cohort studies.*  
J of the American Medical Association (JAMA), 279(7), pp 535-540, 1998.
- [77] C. Braga, E. Negri, C. La Vecchia.  
*Cigarette smoking and the risk of breast cancer.*  
European journal of cancer prevention, 5(3), pp159-164, 1996.

- [78] C.E. Land, M. Tokunaga, K. Koyama, M. Soda, D.L. Preston, I. Nishimori, S. Tokuoka.  
*Incidence of female breast cancer among atomic bomb survivors, Hiroshima and Nagasaki 1950-1990.*  
Radiation research, 160(6), pp 707-717, 2003.
- [79] V. Ringa, D. Hassoun, et al.  
*Femmes, médecins et ménopauses.*  
2<sup>e</sup> éd., Éd. Masson, 2003.
- [80] G. Tordjman.  
*Retentissement de la pathologie mammaire sur la sexualité.*  
Cahiers de sexologie clinique, 46, pp 201-206, 1982.
- [81] A. Gorins, J. Lipszyc, L. Slama.  
*Thérapeutiques agressives du cancer du sein et sexualité.*  
Cahiers de sexologie clinique, 46, pp 233-240, 1982.
- [82] D. Razavi, N. Delvaux.  
*Psycho-oncologie.*  
*La cancer, le malade et sa famille.*  
2<sup>e</sup> éd., Éd. Masson, 2002.
- [83] J.R. Harris, S. Hellman.  
*Natural history of breast cancer.*  
Dans Breast diseases, 2<sup>e</sup> ed, Éd. J.B. Lippincott Company, pp 165-181, 1991.
- [84] Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.  
*Enquête permanente cancer 1975-1986.*  
*Monographie des cancers du sein.*  
Doin Editeurs, 1991.
- [85] P. Rouanet, H. Pujol.  
*Chirurgie conservatrice des cancers du sein. Évolution des idées et des méthodes.*  
Presse Med, pp 1005-1009, 1993.
- [86] B. Fowble, I. Yeh, J. Schultz and al.  
*The role of mastectomy in patients with stage I-II breast cancer presenting with gross multifocal or multicentric disease or diffuse microcalcifications.*  
Int J Radiation Oncology Biol Phys, 27(3), pp 567-573, 1993.
- [87] J.R. Garblay, C. Pallud, S. Lasry.  
*Quand cessera-t-on les mastectomies pour carcinome intracanalair ?*  
Ann Chir, 47(5), pp 394-406, 1993.
- [88] D.L. Page, T.E. Kidd, W.D. Dupont et al.  
*Lobular neoplasia of the breast: higher risk for subsequent invasive cancer predicted by more extensive disease.*  
Hum Pathol, 22(12), pp 1232-1239, 1991.

- [89] S. Coscas.  
*Mastectomie et reconstruction mammaire chez des patientes traitées pour cancer du sein.*  
Thèse de doctorat en médecine, Lille, 2005.
- [90] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).  
Service Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé.  
*Chirurgie des lésions mammaires : prise en charge de première intention.*  
ANAES, 2002.  
<http://www.anaes.fr>
- [91] World Health Organisation.  
*Histological typing of breast cancer.*  
2<sup>e</sup> ed., Geneva, World Health Organisation, 1981.  
<http://www.who.int/topics/cancer/fr>
- [92] M. Munoz.  
*Reconstruction mammaire immédiate : série nancéenne de 114 patientes de 1994 à 2004.*  
Thèse de doctorat en médecine, Nancy, 2005.
- [93] C.W. Elston, I.O. Ellis.  
*Pathological prognosis factors in breast cancer I. The value of histologic grade in breast cancer: experience from a large study with long-term follow up.*  
Histopathology, 19, pp 403-410, 1991.
- [94] W. Wolberg, M.D. Ellen, P. Romsaas et al.  
*Psychosexual adaptation to breast cancer surgery.*  
Cancer, 63(8), pp 1645-1655, 1989.
- [95] A. Lehmann, A. Marguilis, J-Y. Petit.  
*Mutilation, reconstruction, travail de deuil.*  
Psychologie médicale, 9, pp 1581-1582, 1983.
- [96] N. Handel.  
*Reasons why mastectomy patients do not have breast reconstruction.*  
Plast Reconst Surg, 86(6), pp 1123-1125, 1990.
- [97] D.K. Wellisch.  
*Psychosocial correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast.*  
Plast Reconst Surg, 76(5), pp 713-718, 1985.
- [98] L.A. Stevens.  
*The psychological impact of immediate breast reconstruction of woman with early breast cancer.*  
Plast Reconst Surg, 73(4), pp 619-628, 1984.

- [99] L. Barreau-Pouhaer, A. Zekri, A. Lehmann et al.  
*La reconstruction mammaire immédiate : indications et techniques.*  
Ann Chir Plast Esthet, 34(2), pp 97-102, 1989.
- [100] C. Dean, U. Chetty, A.P.M. Forrest.  
*Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy.*  
Lancet, 1, pp 459-462, 1983.
- [101] G.F. Maillard.  
*Aspects chirurgicaux et psychologiques de la reconstruction du sein après mastectomie.*  
Ann Chir Plast, 27(2), pp 171-174, 1982.
- [102] B. Letombe, D. Pierre.  
*Ménopause et sexualité.*  
Cours du DIU de sexologie clinique, Lille, 2004.
- [103] P.M. Sarrel.  
*Sexuality and menopause.*  
Obstet Gynecol, 75(4), pp 26-35, 1990.
- [104] D. Harris.  
*The symptomatology of abnormal appearance: an anecdotal survey.*  
Br J Plast Surg, 35(3), pp 312-323, 1982.
- [105] C.M. Gros.  
*La relation sexuelle des cancéreuses mastectomisées.*  
Psychologie médicale, 15, pp 1583-1584, 1983.
- [106] G.S. Georgiade.  
*Long term clinical outcome of immediate reconstruction after mastectomy.*  
Plast and Reconstr Surg, 76(3), pp 415-420, 1985.
- [107] E. Hoffman.  
*Immediate reconstruction after mastectomy. Team approach.*  
M.M.J, 39(7), pp 661-665, 1990.
- [108] R.B. Noone.  
*A 6 year experience with immediate reconstruction after mastectomy for cancer.*  
Plast and Reconstr Surg, 76(2), pp 258-269, 1985.
- [109] M.J. Nissen, K.K. Swenson, L.J. Ritz, J.B. Farrell, M.L. Sladek, R.M. Lally.  
*Quality of life after breast carcinoma surgery.*  
Cancer, 91(7), pp 1238-1246, 2001.
- [110] S.G. Anderson, J. Rodin, S. Ariyan, T. Pruzinsky.  
*Treatment consideration in postmastectomy reconstruction: their relative importance and relationship to patient satisfaction.*  
Ann Plast Surg, 33(3), pp 263-271, 1994.

- [111] C. Lanzatotti.  
*L'aide psychologique que peut apporter le gynécologue de ville lors de la découverte d'un cancer du sein.*  
Rev Fr Gynecol Obstét, 5, pp 340-345, 1999.
- [112] R. Fresco.  
*Problèmes psychologiques posés par les reconstructions mammaires.*  
Senologia, 4(1), pp 66-68, 1979.
- [113] B. Castro.  
*Psychologie et cancer : place de la rationalisation dans une maladie cancéreuse de mauvais pronostic.*  
Société médico-psychologique, pp 517-523, 1991.
- [114] C. Gay.  
*Dépression et cancer : aspects thérapeutiques.*  
L'encéphale du praticien, 2, pp 72-80, 1998.
- [115] G. Marx, A. Gauvain-Piquard, P. Saltel.  
*Anxiété, dépression, cancers : aspects cliniques.*  
L'encéphale du praticien, 2, pp 66-71, 1998.
- [116] P. Sorrentino, U. Baccaglioni, M.T. Ruffatto.  
*Mastectomized women's acquired knowledge about attitude toward breast reconstruction. A prospective study on 100 cases.*  
Italian J Surg Sciences, 18(1), pp 17-23, 1988.
- [117] J.Y. Petit.  
*Cancer du sein : chirurgie diagnostique, curative et reconstructive.*  
Éd. Medsi Mc Graw Hill, 1991.
- [118] A. Bredart, E. Seigneur.  
*Quel soutien psychologique autour de l'annonce du cancer ?*  
Soins, 693, pp 36-50, 2005.
- [119] M.F. Abuerrri, P. Bataille, J.Y. Bobin, J.M. Dilhuydy, M. Feminer, P.Y. Genot et al.  
*Ensemble parlons autrement du cancer.*  
Éd. Aventis, 2001.
- [120] P. Leuillet.  
*Sexualité après cancer du sein.*  
Journées annuelles du GREGOP  
Groupement Régional des Gynécologues Obstétriciens de Picardie, 2004.

## *Serment d'Hippocrate*

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.*

*Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

# **Retentissement psychosexuel suite à une reconstruction mammaire immédiate ou différée**

Décembre 2006

## **Résumé**

Cette étude rétrospective analyse le retentissement psychosexuel de femmes ayant subi, suite à un cancer du sein, une reconstruction mammaire. L'étude porte sur 105 femmes, âgées de 21 à 74 ans (50 ans en moyenne), opérées au CHU d'Amiens entre 2000 et 2005 ; elle compare 72 reconstructions immédiates avec 33 reconstructions différées. Les données, recueillies début 2006, sont issues d'une enquête de 48 questions. L'essentiel des témoignages (84 %) provient d'entretiens téléphoniques. Au-delà du recueil d'informations statistiques, ces entretiens ont permis d'apprécier la diversité des ressentis, d'entendre les souffrances, les doutes et les gênes, mais aussi la spontanéité, la sincérité et les espérances de ces femmes transformées par l'épreuve. Plus de la moitié de ces femmes expriment une atteinte dans leur féminité, et la plupart connaissent une modification de leur rapport à la sexualité. Outre une discussion générale sur les répercussions d'ordre psychologique et sexuel, l'étude compare les conséquences des deux approches de reconstruction. Elle valide notamment le bénéfice de la reconstruction immédiate concernant l'atteinte de l'image corporelle et l'intérêt pour la sexualité. Elle montre cependant que la portée de ce bénéfice est surtout précoce : à long terme, les différences entre les deux techniques de reconstruction sur le plan psychosexuel tendent à s'atténuer.

## **Mots clés**

Sexualité – Cancer du sein – Mammectomie – Reconstruction du sein – Retentissement psychosexuel

---

## **Psychosexual adjustment after immediate or delayed breast reconstruction**

December 2006

## **Abstract**

This retrospective study is focused on psychosexual adjustment of women who had a breast reconstruction after a breast cancer. The study is about 105 women, from 21 to 74 years old (mean age 50 years), operated at the Amiens hospital (France), during the years 2000 to 2005. It compares 72 immediate reconstructions with 33 delayed ones. The data were collected at the beginning of 2006 starting from an investigation of 48 questions. Most of data (84 %) comes from phone interviews. In addition, this method allowed us to appreciate the variety of feelings like sufferings, doubts, discomfort, but also spontaneity, sincerity and hopes of these women who were transformed by the disease. More than half of them had femininity damages and most of them had a modification of their sexuality.

This study compares the consequences of both immediate and delayed breast reconstruction, in addition to a discussion about psychosexual adjustment. It validates in particular the benefit of immediate reconstruction concerning changes of the body image and interest for sexuality. However, it shows this benefit seems to be limited because, on the long range, the consequences of the two approaches about psychosexual adjustment tend to converge.

## **Keywords**

Sexuality – Breast cancer – Mastectomy – Breast reconstruction – Psychosexual adjustment