***Reconstruire la confiance : options chirurgicales pour le cancer du sein***

**Orateur 1** 00:02

Bill, vous écoutez le podcast « Cancer Assist » , animé par le Dr Bill Evans et proposé par le Programme d'aide aux personnes atteintes de cancer. Quel que soit votre niveau d'expérience, nous sommes là pour vous apporter soutien et espoir dans la prévention, le traitement et les soins du cancer, et vous aider quand vous en avez vraiment besoin.

**Dr Bill Evans** 00:20

Bienvenue au podcast « Cancer Assist ». Je suis votre hôte, le Dr Bill Evans, professeur émérite à l'Université McMaster, ici à Hamilton, en Ontario, au Canada. J'ai mentionné notre emplacement car nous attirons de nombreux auditeurs et téléspectateurs sur YouTube du monde entier. Nous avons constaté une augmentation du nombre d'auditeurs en provenance d'Allemagne, des États-Unis et de Hong Kong. Et bien sûr, grâce aux podcasts, on peut toucher des personnes partout dans le monde. Où que vous soyez, bienvenue à l'émission. Le podcast d'aujourd'hui porte sur la reconstruction mammaire et les autres chirurgies de reconstruction possibles pour les patients atteints de cancer. Je suis accompagné d'un expert, le Dr Christopher Coronius, professeur agrégé à l'Université McMaster. Avant d'en dire un peu plus sur Chris, j'aimerais faire quelques commentaires sur le podcast « Cancer Assist », proposé par le Cancer Assistance Program, ici à Hamilton. CAP est un organisme caritatif qui offre diverses aides gratuites aux patients atteints de cancer suivis au Centre de cancérologie Jurbinsky. Ces services comprennent un soutien nutritionnel, des fournitures pour l'incontinence , des perruques et autres couvre-chefs, des soutiens-gorge pour mastectomie et, surtout, des trajets gratuits vers et depuis le centre de cancérologie pour les traitements ou les rendez-vous. L'un des aspects les plus particuliers du programme CAP, que je ne connais pas d'autre organisme de bienfaisance, est le prêt de matériel, comme des fauteuils roulants, des déambulateurs, des déambulateurs à roulettes, des chaises percées et d'autres équipements permettant aux patients de rester à domicile et en sécurité. C'est donc un service vraiment exceptionnel, rendu possible grâce aux généreux dons du public et à l'organisation d'événements spéciaux. Si vous vous sentez charitable après avoir écouté ce podcast, vous pourriez envisager de faire un don au Programme d'aide aux personnes atteintes de cancer. Je tiens à remercier chaleureusement la famille Hutton. Le Hutton Family Trust soutient le podcast d'aide aux personnes atteintes de cancer depuis le début, et nous lui en sommes très reconnaissants. Permettez-moi de vous présenter notre invité du jour, Christopher Coronius. Comme je l'ai dit, il est professeur agrégé à McMaster. Il travaille au Centre de cancérologie Jurvinsky et y pratique diverses interventions de reconstruction oncologique. Vous pratiquez également la chirurgie traumatologique à l'Hôpital général de Hamilton.

**Orateur 2** 02:41

C'est vrai, oui, une partie de notre rôle en tant que chirurgiens plasticiens reconstructeurs, en dehors de mon rôle principal au centre de cancérologie, est de couvrir les chirurgies reconstructives majeures dans les hôpitaux de traumatologie, ainsi que la couverture pédiatrique.

**Dr Bill Evans** 02:56

McMaster aussi. Vous avez effectué votre formation, votre internat ici à McMaster, puis votre stage de microchirurgie au MD Anderson Cancer Center, un formidable centre de cancérologie à Houston, au Texas. De plus, vous êtes , je pense, une chirurgienne unique, ayant obtenu un master en méthodologie de la recherche en santé à McMaster, vous êtes donc manifestement très investie dans la recherche, ainsi que dans la chirurgie elle-même. Bienvenue. Bienvenue à l'émission. Merci de m'avoir invitée. C'est formidable. Nous souhaitons d' abord parler de reconstruction mammaire, et je suis frappée par le fait que vous en entendez de plus en plus parler, et je suppose que le nombre de femmes qui cherchent à la faire augmenter. Les raisons, je suppose, sont évidentes : les femmes souhaitent paraître aussi féminines que possible et, après un diagnostic de cancer du sein, éviter de se retrouver avec un sein manquant et déséquilibré, pour ainsi dire. Alors, que voyez-vous maintenant ? Qu'est-ce qui motive les femmes à venir et comment ont-elles été orientées vers vous ? Oui,

**Orateur 2** 04:15

Excellente question. Beaucoup de mes patientes sont orientées par des chirurgiens oncologues, des chirurgiens du sein et des chirurgiens généralistes pratiquant des mastectomies. Beaucoup de patientes que nous voyons sont au stade du diagnostic de cancer, n'ont donc reçu aucun traitement initial et décident du moment de leur reconstruction. Il s'agit donc d'une première population. La deuxième population de femmes que nous voyons est celle qui bénéficierait d'une reconstruction différée, c'est-à-dire celles qui ont subi une tumorectomie, une chirurgie mammaire conservatrice et/ou une mastectomie, et qui ont suivi leurs traitements complémentaires. Elles n'étaient peut-être pas candidates à la reconstruction initiale en raison de la gravité de la maladie, ou n'ont pas envisagé de la poursuivre à ce moment-là. On parle alors de reconstruction différée, donc indépendante du moment de l'apparition du cancer. Dans les centres anticancéreux , nous pratiquons évidemment beaucoup de reconstruction immédiate, mais nous pratiquons également la reconstruction différée pour des patientes, issues de notre propre centre et d'autres centres.

**Dr Bill Evans** 05:27

Donc, la tendance en matière de chirurgie pour le cancer du sein, me semble-t-il, a été de recourir à des interventions moins fréquentes, à la fois en raison de la compréhension de la biologie et de l'utilisation de thérapies adjuvantes efficaces, mais aussi parce que nous avons un programme de dépistage efficace et que nous détectons les choses à un stade précoce, de sorte que ces personnes n'ont vraisemblablement pas besoin de reconstruction, ou ont rarement besoin de reconstruction, alors vous êtes

**Orateur 2** 05:51

Vous avez tout à fait raison concernant la proportion croissante de cancers du sein pouvant être traités par conservation mammaire, c'est-à-dire tumorectomie, radiothérapie, traitement néoadjuvant, chimiothérapie, immunothérapie et tumeurs plus petites. Cette population est cependant généralement une excellente candidate à ce que l'on appelle la chirurgie oncoplastique. Ainsi, si la tumeur et la résection sont petites et que le sein est volumineux, afin de prévenir certaines déformations du contour qui surviendraient avec une tumorectomie et une radiothérapie, ou pour améliorer l'équilibre et la satisfaction de la patiente quant à l'esthétique, le contour et l'apparence, nous pouvons réaliser des interventions très similaires à une réduction ou un lifting mammaire, en même temps que la tumorectomie. Cette intervention est réalisée dans un tissu qui est également retiré lors d'une réduction mammaire. Le sein peut être réduit, des deux côtés. Il s'agit d'une opportunité nouvelle et unique, avant la radiothérapie, de modifier l' empreinte, l'enveloppe cutanée et le volume du sein.

**Dr Bill Evans** 07:17

Cela paraît très compliqué, car il me semble que la prise de décision implique de nombreux acteurs, notamment lorsque vous avez évoqué la chimiothérapie néoadjuvante. Pour vous, il s'agit d'administrer la chimiothérapie avant toute intervention chirurgicale ou radiothérapie. Il s'agit donc d'une intervention immédiate visant à réduire la taille du cancer grâce aux médicaments. Il y a ensuite le rôle des radio-oncologues, généralement après l'intervention, mais il faut également tenir compte du moment de l'intervention pour obtenir un équilibre et des contours aussi normaux que possible.

**Orateur 2** 07:57

Droit aux deux seins. Vous avez tout à fait raison . Des recherches sur le sujet montrent que la prise de décision en amont peut être lourde pour les patientes diagnostiquées d'un cancer du sein. Elles sont contraintes de prendre plusieurs décisions simultanément, comme : dois-je subir une tumorectomie ou une mastectomie ? Suis-je sous chimiothérapie ? Suis-je sous radiothérapie ? Dois-je opérer un seul sein ou les deux ? Ai-je une prédisposition génétique à ce problème ? Dois-je faire des tests génétiques ? Combien de temps cela prend-il ? Ai-je des enfants ? En veux-je ? Suis-je assez jeune pour que ma fertilité soit préservée ? Est-ce que je travaille ? Comment vais-je payer mes factures ? Combien de temps puis-je m'absenter du travail ? Quels sont mes avantages sociaux ? Je ne sais même pas quels sont mes avantages. Je ne sais pas combien de temps il faut pour qu'ils entrent en vigueur, ni comment cela fonctionne.

**Dr Bill Evans** 08:51

Une myriade de questions et de défis. Et

**Orateur 2** 08:54

Le Centre de cancérologie est un endroit formidable grâce à la diversité de nos spécialistes. Mais chacun de nos patients vous donne une balle différente à jongler, comme on dit, et vous essayez de comprendre chaque élément. Il existe des programmes, des assistants et des personnes qui aident les patients à prendre des décisions à ce sujet. Une initiative de Jervins Gospels, appelée le programme rose, cible spécifiquement les jeunes femmes atteintes d'un cancer du sein. En effet, certaines de ces décisions et de ces soutiens doivent être externes, par exemple aux oncologues de l'hôpital, et les jeunes femmes ont des besoins spécifiques.

**Dr Bill Evans** 09:40

Compte tenu des multiples disciplines impliquées dans la prise de décision médicale, est-ce que cela se fait en groupe, comme je sais que nous avons des conférences de cas multidisciplinaires ? Est-ce là que se dérouleront une grande partie de ces discussions en mammographie ?

**Orateur 2** 09:54

Groupe ? Oui, vous avez tout à fait raison . Les conférences multidisciplinaires sont l'occasion de discuter des cas et de proposer une meilleure prise en charge pour les cas limites. Pour certains cas plus courants, ces discussions se déroulent en tête-à-tête, avec le patient ou avec d'autres professionnels de santé, afin de déterminer les éléments de soins à mettre en place.

**Dr Bill Evans** 10:24

Les demandes de reconstruction sont-elles plus fréquentes chez les femmes plus jeunes ? Si je pose cette question, c'est en partie parce que, lorsque je travaillais à Ottawa, j'ai été choquée d'entendre une femme dire qu'elle voulait simplement se faire enlever le sein, et qu'elle se disait « en finir ». C'était une femme plus âgée, et je pouvais comprendre, mais j'ai été un peu choquée d'entendre cela. Imaginez que les femmes plus jeunes souhaitent avoir l'air aussi normales que possible, parce qu'elles sont jeunes, mariées, en couple. Oui.

**Orateur 2** 10:59

C'est intéressant, car certaines données indiquent que les femmes plus jeunes apprécient tout. Il se pourrait que ce soit une distribution normale, et que les femmes du milieu soient celles qui recherchent et subissent le plus souvent une reconstruction mammaire. Chez les femmes plus jeunes, la mastectomie est une option plus populaire qu'auparavant. Ce sujet, vous savez, les tendances sur les réseaux sociaux, concernant la mastectomie et la fermeture esthétique, signifie que l'esthétique et le contour ont toujours leur place pour les femmes qui choisissent cette option. Cependant, si l'on considère les femmes plus jeunes et les femmes plus âgées, ces femmes sont plus susceptibles de ne pas recourir à la reconstruction que, par exemple, les femmes du milieu, toujours au Canada. La majorité des femmes ayant subi une mastectomie ne recourent à aucune forme de reconstruction, et ce, pour plusieurs raisons. Il y a des problèmes d'accès, des préoccupations concernant les complications, la surveillance, etc. Du côté des patients, lorsque vous regardez les régions d'Amérique du Nord, disons aux États-Unis, où la reconstruction est probablement pratiquée autant que possible, le chiffre est probablement encore d'environ 50 % dans de nombreuses études qui porteront sur la reconstruction, au Canada, il sera plus faible, vous savez, dans les villes, il peut approcher les 30 %, mais sinon, dans différents contextes, il est probablement de 10 à 20 % et

**Dr Bill Evans** 12:37

Certains de ces problèmes , selon vous, sont liés à l'accès. J'imagine qu'il n'y a pas beaucoup de personnes comme vous, possédant la formation nécessaire pour faire ce genre de travail au Canada à l'heure actuelle. Est-ce exact ?

**Orateur 2** 12:46

Tout est relatif. Je pense donc que tout dépend de la formation des personnes, et du travail en milieu hospitalier, où il est facile de coordonner un oncologue et un chirurgien reconstructeur. Vous avez raison. Il existe moins d'établissements qui mettent tout en œuvre ensemble, mais de nombreux établissements, autres que des centres régionaux de cancérologie, y parviennent également très bien. Par exemple, Oakville, au niveau local, réalise un excellent travail en réalisant un volume important de reconstructions mammaires, même si ce n'était pas un centre régional de cancérologie, principalement soutenu par le Dr Roger Short à ses débuts, pour des reconstructions tissulaires plus complexes. Et maintenant, l'une de mes collaboratrices, la Dre Lauren Willoughby, y travaille. Elle est également très active sur les réseaux sociaux et répond aux nombreuses questions des patients, mais ils pratiquent un volume très élevé d'interventions reconstructives. Et ce, uniquement dans cette région.

**Dr Bill Evans** 13:47

J'ai mentionné que certains patients s'inquiéteraient des complications. Certaines caractéristiques individuelles, comme l'âge ou le poids, les exposent-elles à un risque accru de complications ?

**Orateur 2** 14:01

Ouais, c'est une excellente question aussi. Ce sujet est toujours abordé dans nos recommandations et dans nos discussions. Les facteurs qui augmentent le risque de complications, par exemple, après une intervention chirurgicale, sont généralement les mêmes que d'autres comorbidités, comme une maladie cardiaque ou pulmonaire, ou un trouble de la coagulation. Pour certaines de nos interventions par lambeau, le tabagisme peut compliquer ou rendre les patients non candidats à certaines opérations. Le poids du patient, selon le type d'intervention envisagé, peut augmenter le risque de complications. De plus, certains traitements anticancéreux peuvent augmenter le risque de complications après une intervention antérieure, notamment en cas de multiples tentatives, ou en cas de récidive, ou encore de radiothérapie. Voici quelques facteurs qui augmentent le risque de complications.

**Dr Bill Evans** 15:04

Je pensais particulièrement à ce que vous avez dit, lorsque vous avez mentionné les traitements antérieurs, selon lesquels la radiothérapie, qui tend à cicatriser les tissus , doit rendre beaucoup plus difficile la réalisation d'une chirurgie reconstructive appropriée. Or, je ne connais pas grand-chose aux différents types de chirurgie reconstructive. Dans mon esprit simple, Ce sont des implants. Et puis, il y a l'utilisation des propres tissus de la personne, une sorte de transfert autologue de tissus. Donc, 100 %

**Orateur 2** 15:33

N'est-ce pas ? C'est simple, comme je le dis souvent : il existe deux principales méthodes de reconstruction mammaire. La première, comme vous l'avez dit, consiste à utiliser un implant à la fin de la reconstruction, et l'autre, inversement , à utiliser les propres tissus de la patiente pour les deux. Et il existe des façons d' utiliser les deux. Dans certains cas, les propres tissus de la patiente peuvent être utilisés pour refaire surface là où la radiothérapie a été administrée, puis un implant est placé en dessous pour augmenter le volume du sein. Mais dans une véritable reconstruction autologue, les propres tissus de la patiente sont également utilisés pour augmenter le volume du sein.

**Dr Bill Evans** 16:13

Et d'où vient-elle ? Ce volume de tissu, le

**Orateur 2** 16:16

La zone la plus couramment pratiquée en Amérique du Nord est le bas-ventre. Imaginez donc toute la peau entre le nombril et le pli au-dessus du bassin, là où se trouve la cicatrice d'une césarienne, ou cette incision en éventail, ou le pli que nous avons tous, tout ce tissu peut être utilisé pour reconstruire un sein s'il est divisé en deux. Il existe des moyens d'utiliser tout ce tissu pour un seul sein, si nécessaire. Ça commence à devenir plus compliqué, mais c'est la zone. D'autres zones plus courantes sont le milieu de la cuisse, l'entrejambe , etc. Mais plus on s'éloigne de tissus d'apparence similaire, plus les choses changent. Le bas du dos est une autre zone. Évidemment, la peau de l'abdomen est différente de celle du bas du dos et des flancs, par exemple . Mais ce sont toutes des options.

**Dr Bill Evans** 17:21

Maintenant. Doit-il être relié à sa propre source de sang ? Comment reste-t-il viable ?

**Orateur 2** 17:27

Oui, bonne question. Beaucoup de gens viennent me voir et me demandent si, comme pour une greffe de graisse esthétique, où l'on pratique une liposuccion et où la graisse est simplement injectée, ce n'est pas la méthode pour reconstruire un sein entier. Donc, déplacer un morceau de tissu n'est pas aussi simple qu'une greffe de peau, où l'on rase un morceau de tissu, puis on le réimplante à un nouvel endroit, comme de l'herbe, et on s'attend à ce qu'il se nourrisse des nutriments de la plaie. Lorsqu'on déplace un gros morceau de tissu, il faut un flux sanguin entrant et sortant, vous avez tout à fait raison. Dans le bas-ventre, il faut pratiquer une incision à travers le fascia, à travers le tissu conjonctif, comme à travers le corset que nous portons tous pour maintenir la paroi abdominale et la séparer de l'extérieur. Une incision est pratiquée pour que le sang, les vaisseaux sanguins, soit acheminé à travers les muscles abdominaux. La méthode moderne consiste à prélever des fragments de muscle, du mieux que l'on peut, avec le tissu sus-jacent. Ce vaisseau sanguin est ensuite dirigé vers le bassin afin d'obtenir une longueur et un calibre adéquats pour sa mobilité. Une fois ce fragment de tissu prélevé de l'abdomen ou de toute autre source, l'artère et la veine, le flux sanguin entrant et sortant sont suturés à une artère et une veine sous un microscope. Nous connectons ces artères et ces veines ensemble dans la zone où nous souhaitons placer le tissu, puis nous nous attendons à ce que le tissu survive, et c'est le cas dans la grande majorité des cas. Le taux d'échec en Amérique du Nord est donc de 1,5 %.

**Dr Bill Evans** 19:17

Vraiment si bas ? Ouais, je trouve ça assez incroyable que tu puisses me faire ça aussi,

**Orateur 2** 19:21

À chaque fois que je fais ça, comme à chaque fois qu'on prend une artère ou une veine d'environ deux ou trois millimètres , qu'on la suture à une autre, qu'on enlève les pinces, et ça marche. C'est comme si on capturait à nouveau la foudre. C'est incroyable, oui.

**Dr Bill Evans** 19:39

Je trouve ça vraiment incroyable. Oui. Aujourd'hui, pour poser un implant, on prend un corps étranger et on l' insère dans une poche qu'on crée. Et parfois, si on tarde, il faut créer la poche, si j'ai bien compris. Pouvez-vous m'expliquer cela ? C'est exact ?

**Orateur 2** 19:58

Oui, vous avez tout à fait raison . Vous comprenez. L'essentiel est que, lorsqu'une intervention est réalisée immédiatement, comme après une mastectomie lors de la même intervention, les bords et le tissu mammaire sont encore présents même après une mastectomie et une période de cicatrisation. La paroi thoracique est plus plate et la zone ou la poche où l'implant doit être placé doit être créée. Pour cela, nous utilisons un expanseur tissulaire. C'est un dispositif temporaire. Il ressemble beaucoup à un implant mammaire. Il est doté d'une chambre magnétique. Un expanseur tissulaire peut être placé là où une mastectomie a été réalisée, par la même incision. La fermeture est effectuée toutes les deux semaines. Vous voyez quelqu'un comme moi au centre de cancérologie et en clinique, et cette chambre est trouvée grâce à un aimant. Une aiguille est insérée comme n'importe quelle autre chambre, et ce dispositif est rempli une fois que le patient est satisfait de la taille et du volume du dispositif en place. Une deuxième intervention est nécessaire pour retirer l'expanseur et placer un implant. Ce processus prend environ six à sept mois. Combien de temps cela prend-il ?

**Dr Bill Evans** 21:19

J'avais une idée de comment ça fonctionnait, mais cette explication est vraiment utile . Je comprends maintenant, et j'espère que les personnes qui nous écoutent le comprennent aussi, que je trouve cette conversation très intéressante . Nous allons faire une petite pause, puis nous reviendrons et discuterons davantage avec le Dr Kronius.

**Orateur 1** 21:35

Nous tenons à remercier chaleureusement nos généreux donateurs, le Fonds familial Hatton et le studio de création Banco, qui rendent possible le balado « Assistance cancer ». Le Programme d'aide aux personnes atteintes de cancer est toujours aussi actif et offre un soutien essentiel aux patients et à leurs familles. Nous maintenons notre engagement à offrir des services gratuits aux patients de notre communauté, notamment le transport et l'équipement, les prêts, les articles de soins personnels et de confort, le stationnement et la formation pratique. Ces services sont rendus possibles grâce à la générosité de nos donateurs, par le biais de dons ponctuels , de dons mensuels, de collectes de fonds auprès de tiers, de commandites d'entreprises et d'activités de bénévolat. Visitez cancerassist.ca pour découvrir comment vous pouvez faire une différence dans la vie des patients atteints de cancer et de leurs familles.

**Dr Bill Evans** 22:18

Nous sommes de retour avec le Dr Chris Coronius, et nous parlons actuellement de reconstruction mammaire, et nous avons reçu quelques questions supplémentaires, notamment sur la préservation du mamelon, ou la sensation du mamelon, etc., et peut-être quelques questions sur la façon dont vous faites votre incision pour préserver autant de sensation que possible au niveau du sein.

**Orateur 2** 22:41

Oui, ce sont des sujets nouveaux et passionnants. La capacité à préserver autant de tissu lors d'une mastectomie est entièrement due à l'amélioration des techniques de nos collègues oncologues chirurgicaux, chirurgiens généralistes, chirurgiens mammaires et oncologues chirurgicaux, à leur capacité à laisser une peau viable, une enveloppe cutanée viable, tout en réalisant une mastectomie en toute sécurité. Je dirais qu'avec le temps, ils sont devenus bien meilleurs que nous en reconstruction. Cependant, le fait de fournir et de laisser une peau bien irriguée et abondante, capable de survivre à l'opération, nous a permis de réaliser plusieurs avancées. Ainsi, chez un sous-groupe de patientes, lorsque cela est sûr, du point de vue du cancer, il est possible de pratiquer une mastectomie tout en préservant le mamelon et l'aréole. Cette technique est le plus souvent pratiquée avec une cicatrice . La cicatrice est généralement réalisée dans le pli mammaire, appelé pli sous-mammaire. Il s'agit du pli sous-mammaire, où une incision peut être pratiquée, puis prolongée légèrement vers la paroi latérale, et où tout le tissu mammaire peut être retiré. Cette cicatrice est généralement la plus esthétique et permet de préserver le mamelon. La sélection des patientes est essentielle. Suis-je la patiente idéale pour une opération de préservation du mamelon ? En général, il s'agit d'une patiente n'ayant jamais subi d'intervention chirurgicale, de radiothérapie ou de procédure, car cela diminuerait l'irrigation sanguine du mamelon et de l'aréole. D' un point de vue esthétique , un lifting ou une réduction mammaire ne serait pas bénéfique. Il est essentiel d' être satisfaite de l'enveloppe cutanée de votre sein et de son volume, car une fois la glande mammaire interne retirée, il est très difficile de modifier la forme externe. À l'inverse, lors d'une réduction mammaire, il est facile de modifier la forme externe, car une grande partie de la peau repose sur la glande interne. Tout cela pour dire qu'il y a beaucoup de choix, mais ces interventions sont efficaces et peuvent réduire le nombre d'interventions chez les femmes. En général, comme pour les traitements conservateurs du sein, comme les tumorectomies, plus l'anatomie et le corps de la patiente sont préservés, et plus elle conserve de parties visibles après l'opération, plus elle sera satisfaite à long terme, ce qui est logique, et cela vaut pour de nombreux types de chirurgie. La possibilité de pratiquer des interventions conservatrices du mamelon chez certaines patientes, en raison de leur cancer et de leur anatomie , est importante pour les patientes qui ne peuvent pas subir de mastectomie conservatrice du mamelon. La nature des cicatrices est également un élément important et à prendre en compte. En général, une mastectomie est une incision horizontale pratiquée à peu près au niveau du mamelon et de l'aréole. Si le mamelon et l'aréole sont retirés , une incision est pratiquée à cet endroit pour une mastectomie fermée. Il s'agit souvent d'une intervention horizontale dans les reconstructions immédiates. On peut la transformer en une intervention ressemblant davantage à une réduction ou un lifting mammaire, avec une zone ronde au milieu, et si un morceau de tissu est utilisé, c'est la fenêtre qui permet de le voir. Le reste de la compression peut ensuite être ajusté, comme pour une réduction, avec un motif en T inversé ou en ancre en dessous. Cependant, pour la majorité des mastectomies et des reconstructions avec implants, on observe une cicatrice horizontale ou verticale qui intègre la zone du mamelon et de l'aréole où elle se trouvait auparavant.

**Dr Bill Evans** 26:58

il existe un type d'incision préféré pour préserver la sensation sur le sein,

**Orateur 2** 27:04

Pour les opérations de préservation du mamelon, le pli sous-mammaire est généralement suggéré, car il présente le moins de complications. Cependant, la sensibilité du mamelon et de l'aréole, et sa reconstruction, constituent une nouvelle approche. Une greffe nerveuse (un fragment de votre propre anatomie) est disséquée et transférée jusqu'au sein, puis une branche du nerf reliant le mamelon et l'aréole est reliée à une branche de la paroi thoracique, soit par greffe de votre propre corps, soit par un conduit nerveux. Ces résultats sont nouveaux et prometteurs, même s'ils ne sont pas parfaits, améliorent la sensibilité des patients à long terme.

**Dr Bill Evans** 27:55

Je trouve cela assez étonnant, car à un moment donné, j'ai envisagé de devenir chirurgienne et je pensais que la situation resterait inchangée, quasiment la même qu'il y a 40 ans, mais la situation a clairement beaucoup évolué. Passons maintenant à un sujet peu courant, mais qui peut inquiéter les femmes qui ont entendu parler des implants : le développement d'une tumeur maligne suite à la pose d'un implant, un type particulier de tumeur maligne appelé lymphome. Je pense que c'est assez rare . Vous connaissez les statistiques, pas moi, mais parlez-nous un peu de ce problème.

**Orateur 2** 28:29

Oui, le lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires est un sujet émergent, et les patientes en sont parfaitement conscientes : il est associé aux implants mammaires texturés, et plus encore aux implants mammaires macro-texturés. Cela signifie donc des implants mammaires plus texturés. Plus rugueux, exactement. Quand on voit ces implants, on dirait qu'ils ont une finition sablée . On suppose que l'inflammation créée par ces implants texturés provoque une dégénérescence du système, entraînant la formation d'un lymphome à cellules T. Et c'est ce qu'est le lymphome anaplasique à grandes cellules. C'est un lymphome à cellules T. Il ne s'agit donc pas d'un cancer du sein solide. C'est un problème lié à un liquide que les patientes présentent généralement entre 7 et 10 ans après leur intervention . Leur reconstruction comportera soit une importante accumulation de liquide dans cette zone, soit une nouvelle masse. Ce problème est presque exclusivement lié aux implants mammaires texturés, ou les registres d'implants existant dans d'autres pays n'ont jusqu'à présent pas réussi à démontrer qu'un implant lisse en était la cause isolée.

**Dr Bill Evans** 30:00

C'est un type particulier d'implant ou probablement plus utilisé, oui,

**Orateur 2** 30:04

donc Ils existent encore sur le marché chez certains fournisseurs, mais ceux d'Allergan, dit-on, ont été rappelés et retirés du marché. La situation est donc toujours contrastée. Le risque de cancer du sein dans la population est d'un sur huit, d'un sur neuf, selon la façon dont on le divise. Le risque de lymphome chez les patientes porteuses d'implants macrotexturés est probablement de l'ordre d'un sur 300, voire d'un sur 350, selon les articles consultés. Certains l'ont estimé à un sur 100, mais en termes d'ordre de grandeur, il est de un sur des centaines. Ce n'est pas un sur des milliers, ni un sur des dizaines de milliers, mais un sur des centaines de milliers. Comme l' estimation initiale, lorsque j'étais interne, comme pour tout, plus on cherche quelque chose et plus on en sait, plus on le trouve.

**Dr Bill Evans** 31:02

Mais le trouver doit être un peu difficile, car trouver quelque chose autour de l'implant, comme vous l'avez mentionné, une masse ou une formation plus importante de liquide doit être un véritable casse-tête diagnostique. Et quand on y parvient,

**Orateur 2** 31:17

On détermine un lymphome, probablement par biopsie, je suppose, après le retrait des implants. Ensuite, selon la bonne approche, ces patients sont diagnostiqués avec une aspiration du liquide. Le liquide est ensuite analysé pour des marqueurs cellulaires. On effectue une cytométrie et une cytologie, et le liquide est analysé pour des marqueurs spécifiques. Si le résultat est positif, le traitement consiste à retirer non seulement l'implant, mais aussi toute la capsule environnante, c'est-à-dire tous les tissus environnants. L'implant est retiré par une technique dite « on block » pour retirer toutes les parties anatomiques en contact avec l'implant. La survie est très élevée, elle dépasse 95 % à long terme. Donc , si la maladie est identifiée et traitée correctement, elle est traitable. Cela dit, elle n'est pas traitable pour tout le monde. Santé Canada recueillera des données sur ce diagnostic, et Internet en fera état. Il y a trois décès confirmés liés à ce problème au Canada. Il existe un désaccord sur ce qui est publié en ligne, comme le disent d'autres chirurgiens plasticiens à qui je parle et qui participent à des réunions canadiennes. Prenons l'exemple d'un autre patient, mais cela illustre bien la nécessité d'un registre, dont j'ai déjà parlé.

**Dr Bill Evans** 32:46

D'accord ? J'ai aussi découvert en lisant cette maladie liée aux implants mammaires, mais je ne l'ai pas vraiment comprise. Pourriez-vous l'expliquer aussi ? Est-ce une maladie rare ?

**Orateur 2** 32:56

N'est-ce pas ? Concernant les maladies liées aux implants mammaires, une proportion croissante de femmes signalent des symptômes inflammatoires. L'ensemble de ces symptômes est appelé « maladie des implants mammaires », et comprend des douleurs musculaires et articulaires, un brouillard cérébral ou des difficultés cognitives, de la fatigue, de l'anxiété, ainsi que des symptômes inflammatoires comme des éruptions cutanées, une sécheresse buccale et oculaire, et divers autres symptômes évoquant un dysfonctionnement autonome, des palpitations cardiaques, des sueurs, des troubles du sommeil, qui peuvent également coïncider avec les symptômes de la ménopause, ce qui complique la situation. L'hypothèse, encore une fois, est que les implants mammaires de longue date présentent une certaine dégradation de leur paroi et de leurs particules. Il est donc logique que le même processus, qui implique une dégénérescence du système immunitaire et entraîne la formation d'un lymphome à cellules T, puisse entraîner d'autres problèmes. Nous savons donc que le LCL est vrai, et nous essayons de comprendre ce que cet autre diagnostic signifie pour les patientes. J'ai rédigé un article sur le sujet lorsque j'étais chercheuse au MD Anderson. Nous avons analysé la base de données de la FDA sur les implants mammaires, qui concernait près de 100 000 femmes. Cette analyse a démontré une augmentation des maladies auto-immunes et inflammatoires chez les femmes porteuses d'implants mammaires. Le traitement consiste à retirer l' implant. Il existe également des désaccords entre les associations professionnelles et la recherche sur la prise en charge de la capsule, et des tissus qui l'entourent. Dans de nombreux cas, cette capsule est également retirée lors d'une capsulectomie complète, similaire à la prise en charge du LAGC. La différence réside dans le fait qu'il ne s'agit pas d'un cancer . Dans ce cas précis, il s'agit d'une maladie, mais de tous les tissus.

**Dr Bill Evans** 35:01

Ce sont des cas très intéressants et, heureusement, relativement rares, je suppose, de reconstruction mammaire. Parlons un peu d'autres chirurgies reconstructives, et celle qui intéressera peut-être le plus nos auditeurs, celle de Terry Fox, a fait le tour du monde grâce à ce qu'il a tenté au Canada et à son succès. Mais son opération n'était pas reconstructive. Mais peut-être que si on lui avait diagnostiqué une tumeur aujourd'hui, il aurait été pris en charge différemment et aurait pu conserver son membre, n'est-ce pas ? Comment est-ce devenu possible ?

**Orateur 2** 35:39

Excellente question. Comme pour d'autres formes de chirurgie reconstructive, les progrès réalisés dans d'autres spécialités nous ont permis d'atteindre des niveaux de reconstruction plus élevés. La prise en charge moderne d'un sarcome des tissus mous ou des os repose sur la radiothérapie, puis, si elle est efficace, la chirurgie et la radiothérapie peuvent souvent réduire ces masses et les rendre résécables, permettant ainsi de sauver le membre. Les techniques de reconstruction se sont également améliorées, permettant le transfert de tissus, qui consiste à disséquer un fragment du corps du patient sans provoquer de problème secondaire au niveau d'une artère ou d'une veine. On déplace ce fragment de tissu, qu'il s'agisse de peau, de graisse, de muscle ou même d'os, pour reconstruire la lésion existante, là où le sarcome a été retiré. Et dans de nombreux cas, comme dans votre exemple, Terry Fox, en cas de résection osseuse, le péroné du patient peut être retiré par la veine artérielle. Voilà donc l'os à l'extérieur de la partie inférieure de la jambe . On peut l'enlever, évidemment, en laissant les connexions au niveau de la cheville et du genou pour la stabilité articulaire. La partie médiane peut ensuite être retirée et utilisée pour reconstruire les membres, et c'est encore incroyable. Incroyable à chaque fois . Incroyable d'avoir vraiment l'impression d'avoir fait quelque chose qui, au fond de notre tête, ne devrait pas être possible. C'est incroyable à chaque fois.

**Dr Bill Evans** 37:17

C'est un travail formidable, et c'est formidable que les personnes puissent en bénéficier. C'est donc énorme. Et la microchirurgie, qui fait partie de votre formation, pourriez-vous nous en dire un peu plus ? Cela rejoint évidemment ce dont nous venons de parler, mais pour que les auditeurs comprennent la terminologie et son application.

**Orateur 2** 37:38

Oui, la microchirurgie est un domaine très vaste, mais tout cela est lié à la chirurgie au microscope. En général, la microchirurgie consiste à suturer ou à relier des artères et des veines pour assurer la circulation sanguine. Il existe la chirurgie lymphatique, qui permet de ponter les vaisseaux lymphatiques en cas de lymphœdème, par exemple. Il existe également la chirurgie de la main et des nerfs. On a recours à la microchirurgie si on se coupe un doigt. J'espère que ce n'est pas le cas, mais si un doigt est sectionné, on peut tenter de le reconnecter. Si une main entière est sectionnée, on peut tenter de la reconnecter. On peut reconstruire les nerfs, réaliser des greffes nerveuses ou des transferts nerveux.

**Dr Bill Evans** 38:30

Donc tout

**Orateur 2** 38:32

Cela relèverait de ma compétence… Oui, tout ce qui implique une intervention chirurgicale sous grossissement, que ce soit avec des lunettes ou un microscope opératoire. Ce sont toutes des facettes de la microchirurgie. Et la compétence en microchirurgie fait partie intégrante du métier de chirurgien plasticien et reconstructeur. Maintenant, je dirais que l'expérience acquise lors d'une résidence en chirurgie plastique… Les résidents sont compétents pour réaliser certaines de ces opérations, alors qu'il y a quelques décennies, ce n'était pas le cas. Il fallait donc être un microchirurgien spécialisé pour les réaliser. Les chirurgiens à fort volume, comme moi, ont suivi une formation postdoctorale dans des hôpitaux, au Canada, aux États-Unis ou ailleurs dans le monde. Et une grande partie de cette formation provient de centres spécialisés dans la main et le cancer.

**Dr Bill Evans** 39:34

Les robots ont-ils un rôle à jouer dans tout cela ?

**Orateur 2** 39:37

Oui, bonne question. L'un de mes mentors chez MD Anderson travaille maintenant à Beaumont Health, dans le Michigan, le Dr Jesse Selber. Il est un fervent défenseur de la chirurgie robotique pour le prélèvement de tissus, comme ceux de la partie inférieure de l'abdomen, par exemple, pour la reconstruction mammaire. Il permet de pratiquer une incision moins profonde dans le fascia abdominal. On peut utiliser le robot. En général, une chirurgie robotique permet d'accéder à certaines parties du corps par une incision moins invasive que celle habituellement nécessaire, et il est capable de disséquer l'artère et la veine nécessaires au tissu sus-jacent par un orifice beaucoup plus petit et une dissection musculaire beaucoup plus petite. Et c'est là le but de la chirurgie reconstructive : reconstituer quelque chose avec les propres tissus du patient tout en créant le moins de problèmes possible, voire une amélioration esthétique, parfois dans la zone d'origine. Sa position était toujours la suivante : « Tout cela semble lointain, on est dans l'esprit des gens, mais il soutenait que l'avenir est là, comme il est déjà là, tout autour de nous. Il n'est simplement pas réparti équitablement, comme une partie de ce que vous voyez se produire dans votre vie et une partie de ce que vous voyez possible en chirurgie, par exemple. Ou, vous savez, peut-être que ce sera comme ça que tout le monde le fera dans 100 ans. Et c'est ainsi que c'est déjà là. Tout le monde n'y a pas accès. »

**Dr Bill Evans** 41:06

Fais-le. Donc , ma façon de penser, il y a 40 ans, à propos de la chirurgie était toujours la même : elle était très, très erronée.

**Orateur 2** 41:13

Ouais, mais, mais peut-être que c'était le cas, peut-être qu'une partie de ça était… enfin, vous savez, parce qu'une partie de ce que nous faisons aujourd'hui existait. C'est juste que ça n'existait pas pour tout le monde. Ce n'est pas une façon très large de faire les choses. Vous avez peut-être vu des choses il y a des décennies, que nous faisons encore aujourd'hui, et qui étaient…

**Dr Bill Evans** 41:30

C'est nouveau, et maintenant, ce n'est plus le cas pour tout le monde. Donc, dans votre formation, vous avez suivi une formation avec, je suppose, les gens du… j'allais dire, sur les programmes et les soins fondés sur des données probantes , mais ce n'est pas tout à fait exact, mais en termes de méthodologie de recherche…

**Orateur 2** 41:44

Ah oui, ma directrice de thèse est la Dre Melissa Brower. Elle a maintenant déménagé à l'Université d'Ottawa, mais elle était ma directrice de thèse. Elle travaillait au programme de soins fondés sur des données probantes à l'Hôpital et Centre de cancérologie Jurvensky. Ma thèse portait sur la recherche sur les lignes directrices. C'est donc un sujet qui me tient à cœur, et qui lui tient évidemment à cœur. Elle m'a été d'une aide précieuse, m'a permis de découvrir une autre facette de notre travail et de la prise en charge des patients. L'argument avancé est que, si je peux opérer une personne, l'impact qu'une personne comme elle peut avoir peut sauver des milliers de vies. Les décisions issues des lignes directrices, qui mettent tout le monde d'accord et orientent la façon dont les soins sont prodigués, peuvent potentiellement changer tout le système.

**Dr Bill Evans** 42:36

J'ai remarqué que vous avez publié beaucoup de choses. Je sais que vous intervenez lors de réunions. Quoi ? Quels sont vos centres d'intérêt en matière de recherche ?

**Orateur 2** 42:43

Ce qui m'intéresse, c'est la sécurité des patients. La sécurité des implants mammaires est probablement la recherche la plus impactante que je mène, et que je continue de mener. Je réalise de nombreuses revues systématiques et méta-analyses, ce qui me permet d'optimiser les recherches disponibles et de les présenter sous des formes plus accessibles, notamment des recherches sur les recommandations et des accords, afin de mettre les médecins sur la même longueur d'onde et de dispenser les soins. Parmi les sujets plus pointus dont j'aborde lors de réunions, on peut citer la nécessité, par exemple, d'un registre des implants mammaires qui permettrait à quelqu'un comme moi ou quelqu'un d'autre de répondre plus facilement à une question. Si nous disposions d'une base de données plus vaste et plus performante, avec des recherches plus détaillées, je pense que cela améliorerait la vie de tous. Et puis, bien sûr, le sauvetage de membre est un sujet de niche important pour moi. Beaucoup de personnes pratiquent la reconstruction mammaire, mais peu d'entre elles exercent dans un établissement disposant de tous les chirurgiens et des soins nécessaires pour la reconstruction après un sarcome ou un traumatisme des membres inférieurs. J'ai la chance d'exister dans un de ces endroits, donc je pense que c'est un sujet important. De mon côté aussi.

**Dr Bill Evans** 43:55

Je pourrais dire que Juravinski a de la chance de vous avoir dans cette équipe.

**Orateur 2** 43:59

J'apprécie. Oui, je suis à l'hôpital Gervinsky. C'est moi, et c'est le Dr Ronan Abram. Il a été mon mentor pendant ma formation. Et maintenant, j'ai la chance de l'avoir comme partenaire, et ensemble, je pense que nous pouvons aider beaucoup de gens dans des situations très particulières.

**Dr Bill Evans** 44:20

De nombreuses façons, et j'en suis totalement convaincue. Je trouve tout simplement incroyable ce que vous pouvez faire pour les gens. Pour conclure, Chris, j'aimerais que vous nous disiez quel message vous souhaiteriez transmettre aux patientes atteintes d'un cancer du sein, notamment en ce qui concerne la reconstruction. Certaines femmes qui nous écoutent ont récemment reçu un diagnostic de cancer du sein et se trouvent peut-être face à un dilemme quant à la conduite à tenir. Quels conseils donneriez-vous ?

**Orateur 2** 44:52

La reconstruction mammaire est différente pour chacun. C'est une opération de qualité de vie . Oui, et une opération de qualité de vie signifie pratiquer la bonne opération sur la bonne personne au bon moment. Donc, globalement, la réponse ne sera pas la même pour tout le monde, et ce n'est pas grave. Ne vous sentez pas obligée par vos amis, votre famille, la société, les personnes hospitalisées ou non de subir une reconstruction. Il existe de nombreuses options. Vous devriez demander l'avis de personnes et décider , en toute connaissance de cause et avec vos proches, de ce que vous voulez faire. Il y a beaucoup de choses que vous pouvez faire immédiatement. Il y a beaucoup de choses que vous pouvez faire à plus tard, et quelqu'un comme moi peut vous présenter toutes ces options et vous aider à prendre la bonne décision. Donc,

**Dr Bill Evans** 45:49

On dirait que vous avez besoin de vous retrouver, vous ou votre clone, où qu'ils se trouvent dans le monde, ou de vous permettre de vous dire : « Je suis la frontière. Je suis un clone de Ronin. » Donc, oui, oui. Eh bien, vous êtes un atout précieux pour le système de santé, et vous êtes très apprécié, j'en suis sûr, par toutes les femmes que vous avez déjà servies et celles que vous servirez à l'avenir. Ce fut un plaisir de discuter avec vous, et j'espère qu'elle a plu à ceux qui m'écoutent, et que vous en avez tiré de nouvelles informations qui pourraient vous être utiles à l'avenir. Oui.

**Orateur 2** 46:21

Merci beaucoup de m'avoir invité. Si les auditeurs souhaitent voir ce que nous faisons, beaucoup ne veulent pas le voir, mais certains le souhaitent. Mon compte Instagram présente des cas. C'est Chris Coronius, So, C, H, R, S, CO, RON, E, OS, c'est sur Instagram. Et les gens aiment voir ce qui est possible. Il y a des choses éducatives, il y a des cas moins courants. Nous, le Dr Aram et moi-même essayons de diffuser autant d'informations que possible.

**Dr Bill Evans** 46:48

On peut. Excellent. C'est une bonne conclusion. Merci encore. Merci beaucoup.

**Orateur 1** 46:56

Merci d'avoir écouté le balado d'assistance cancer. Pour plus d'épisodes, de ressources et d'informations, rendez-vous à l'adresse cancerassist.ca ou suivez le programme d'assistance cancer sur Facebook, Twitter et Instagram. Merci de votre écoute.