



La reconstruction du sein après un cancer



PROTHÈSE RÉTRO-PECTORALE
LAMBEAU GRAND DORSAL
L'AMBEAU ABDOMINAL

pour la vie

Edition actualisée
Mars 2016



La reconstruction du sein après un cancer

SOMMAIRE

Ce texte a été rédigé sous la direction du Dr Cécile Zinzindohoué, chirurgien sénologue, à partir du document créé par le Groupe ISIS, et avec la collaboration du Dr Pierre Bertrand, chirurgien sénologue, et du Pr Aude Michel, psychologue clinicienne.

Composition du groupe ISIS :

Nadine BLACHET
Infirmière

Jean-François BOURGEOIS
Kinésithérapeute

Kerstin FARAVEL
Kinésithérapeute

Marie-Christine GIBERT
Infirmière

Dr Dominique MAISTRE
Médecin psychanalyste

Dr Isabelle NICKLES
Médecine esthétique non chirurgicale
Hypnose thérapeutique

Dr Marion PELISSIER
Oncologue
radiothérapeute

Ligue Contre le Cancer

Christina PICCOLI
Kinésithérapeute

Dr Maryvonne SOULIER
Docteur en psychologie clinique, Sénologue

Dr Cécile Zinzindohoué
Chirurgien sénologue

Coordination :
Marie LANTA

| | | |
|---|---|----|
| ① | A qui s'adresse la reconstruction mammaire ? | 4 |
| ② | À quel moment pourrai-je avoir une reconstruction mammaire ? | 4 |
| ③ | Où et par qui la reconstruction mammaire peut-elle être réalisée ? | 5 |
| ④ | Combien ça coûte ? | 5 |
| ⑤ | Comment puis-je me préparer « physiquement » à la reconstruction mammaire ? | 6 |
| ⑥ | Puis-je me préparer « psychologiquement » à la reconstruction de mon sein ? | 7 |
| ⑦ | Reconstruction immédiate ou reconstruction différée, est-ce plus facile ? | 7 |
| ⑧ | Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ? | 8 |
| | a. Les principes techniques généraux | 8 |
| | b. Les techniques de reconstruction « autologue » | 9 |
| | Reconstruction par grand dorsal autologue | 9 |
| | Reconstruction par TRAM | 13 |
| | Reconstruction par DIEP | 16 |
| | Reconstruction par lipomodélage exclusif et BRAVA | 19 |
| | c. Les techniques de reconstruction avec implant | 22 |
| | Généralités sur les prothèses | 22 |
| | Reconstruction par implant rétropectoral | 25 |
| | Reconstruction par grand dorsal avec implant | 28 |
| | Que sait-on des « matrices acellulaires » ? | 31 |
| | d. La chirurgie de symétrisation | 32 |

| | |
|--|-----------|
| e. La reconstruction de l'aréole et du mamelon | 33 |
| f. Les « retouches et finitions » | 35 |
| 9 La chirurgie de reconstruction mammaire est-elle douloureuse ? | 36 |
| 10 Quelle rééducation et quels soins de kinésithérapie envisager après reconstruction mammaire ? | 36 |
| 11 L'apport des autres techniques médicales pour améliorer la reconstruction mammaire | 37 |
| 12 Que faire si je suis insatisfaite après la reconstruction de mon sein ? | 38 |
| 13 De quel soutien psychologique aurai-je besoin ? | 38 |
| 14 La reconstruction mammaire a-t-elle un impact sur le risque de récurrence ? | 40 |
| 15 De quelle surveillance aurai-je besoin après la reconstruction mammaire ? | 41 |
| 16 Pourrai-je reprendre une activité professionnelle après la reconstruction mammaire ? | 41 |
| 17 Pourrai-je reprendre des activités sportives après la reconstruction mammaire ? | 41 |
| 18 Retrouverai-je la sensibilité du sein après la reconstruction mammaire ? | 42 |
| 19 Qu'arrivera-t-il avec le vieillissement et si je grossis ou maigris après la reconstruction mammaire ? | 42 |
| 20 Liens utiles et où trouver des informations complémentaires | 43 |



Introduction

Réparer la perte physique d'un sein.

Reconstruire un sein c'est toucher à un lieu du corps grâce auquel une femme exprime une part de son identité, un lieu étroitement associé à la fonction maternelle et érotique, un lieu où la société laisse sa marque par les valeurs culturelles et les codes esthétiques qu'elle lui associe.

Si la reconstruction permet de restituer aux femmes qui le souhaitent une silhouette harmonieuse, elle n'est jamais obligatoire et l'utilisation d'une prothèse externe peut être suffisamment satisfaisante pour certaines.

Les progrès des techniques chirurgicales permettent aujourd'hui d'obtenir un résultat final de plus en plus naturel : un sein reconstruit, ressemblant de plus en plus, par son galbe et sa souplesse, au sein originel.

Les informations rassemblées dans ce livret ont pour objet de répondre aux questions que les femmes se posent le plus fréquemment concernant la reconstruction après ablation d'un sein. Il faut toutefois souligner que la démarche conduisant à une reconstruction mammaire est personnelle et singulière à chaque femme. Aussi, ce livret n'a-t-il pas vocation à répondre à toutes les questions, mais peut aider à accompagner une réflexion sur ce sujet.

C'est auprès des chirurgiens et des équipes soignantes qui pratiquent la reconstruction mammaire que vous trouverez les précisions indispensables à une décision. N'hésitez jamais à leur poser toutes les questions qui vous viennent à l'esprit.

1 A qui s'adresse la reconstruction mammaire ?

Toutes les femmes confrontées à l'ablation d'un sein peuvent bénéficier d'une reconstruction mammaire dès lors que leur état de santé leur permet de subir une intervention chirurgicale.

2 A quel moment pourrai-je avoir une reconstruction mammaire ?

Le moment le plus favorable pour réaliser la reconstruction du sein dépend des traitements complémentaires associés à l'ablation du sein, car la reconstruction ne doit en aucun cas gêner le déroulement de ces traitements.

Dans certains cas, on pourra envisager une reconstruction mammaire dite « immédiate ». La première étape chirurgicale de la reconstruction se fait alors en même temps que l'ablation du sein.

Dans d'autres cas, on devra envisager une reconstruction mammaire dite « secondaire » ou « différée ». Cela

signifie qu'il faudra attendre un certain temps après la fin du traitement anticancéreux avant de pouvoir commencer la reconstruction du sein.

Le délai nécessaire entre la fin des traitements et le début de la reconstruction mammaire dépend notamment de la qualité de la peau après traitement. Ce délai peut être précisé par le chirurgien qui pratiquera la reconstruction mammaire.

Il n'y a pas de délai « limite » pour envisager la reconstruction qui peut intervenir même plusieurs années après les traitements.

3

Où et par qui la reconstruction mammaire peut-elle être réalisée ?

La reconstruction mammaire peut être réalisée dans des établissements chirurgicaux publics ou privés.

Elle fait appel à des techniques chirurgicales qui nécessitent une formation particulière.

Elle peut être réalisée par un chirurgien diplômé en chirurgie générale ou en chirurgie gynécologique ou en chirurgie viscérale et digestive ou en chirurgie

plastique et reconstructrice, si ce chirurgien a reçu cette formation spécifique.

Il est important d'interroger le chirurgien consulté pour savoir s'il pratique régulièrement ce type de chirurgie et de lui demander des informations sur les différentes techniques possibles.

Un deuxième avis est toujours possible et parfois aidera à prendre une décision éclairée.

4

Combien ça coûte ?

La totalité d'un processus de reconstruction d'un sein, nécessite différents actes de chirurgie et d'anesthésie. Le tarif conventionnel de ces actes est pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale.

Certains praticiens dits à « honoraires libres » ou « secteur II » ont le droit d'appliquer des tarifs avec des compléments ou dépassements d'honoraires.

Cette part complémentaire de leurs honoraires peut être prise en charge par une mutuelle.

Le cas échéant, le praticien a le devoir d'établir un devis précis avant chaque intervention et une facture détaillée, après chaque intervention pour permettre l'éventuel remboursement par une mutuelle.

5

5

Comment puis-je me préparer « physiquement » à la reconstruction mammaire ?

Le **tabagisme** est néfaste car il est susceptible d'interférer avec les processus de cicatrisation. Il augmente les risques de complications postopératoires, multipliant par exemple par deux le risque de nécrose cutanée. Il augmente également de manière significative les risques d'infection.

Il est donc recommandé de s'arrêter de fumer deux mois avant et deux mois après la reconstruction mammaire pour prévenir les risques de retard de cicatrisation et les risques infectieux associés.

Le tabac peut aussi constituer une contre-indication à certaines techniques chirurgicales. Il faut donc dans tous les cas en parler au chirurgien pour qu'il puisse le prendre en compte dans ses choix techniques.

Envisager un sevrage tabagique peut parfois être difficile, et il ne faut pas hésiter alors à se faire aider. Votre médecin traitant ou l'équipe soignante peuvent vous conseiller ou vous orienter vers un tabacologue qui saura vous accompagner dans cette démarche, ou

en appelant Tabac info service au 3989 qui propose un accompagnement par des tabacologues et/ou en accédant à un coaching personnalisé sur tabac-info-service.fr

Une préparation de la peau peut être par ailleurs envisagée. Elle consiste à rendre la peau la plus souple et la plus élastique possible pour faciliter son étirement au cours de l'opération. Le massage avec une émulsion hydratante est conseillé ainsi que le recours à des massages réalisés par un kinésithérapeute.

Une préparation musculaire est toujours utile. Le muscle grand pectoral, qui recouvre le haut de la poitrine, peut être préparé aux étirements qu'il risque de subir lors de la reconstruction mammaire. Il convient de faire des exercices et des étirements, si nécessaire avec les conseils d'un kinésithérapeute.

6

6

Puis-je me préparer « psychologiquement » à la reconstruction de mon sein ?

Au cours de l'évolution psychologique qui conduit de l'acceptation à l'appropriation du sein reconstruit, chaque femme avance selon son rythme. Suivant leur rôle dans la filière de soins, les soignants sont les médiateurs de ce processus et chacun assure une forme d'accompagnement psychologique.

La décision de procéder à une reconstruction mammaire est toujours difficile. Seule une information claire, complète, faisant état des différentes étapes et difficultés potentielles, peut permettre à chacune de se décider et/ou de se préparer efficacement à cette reconstruction. La reformulation de ces informations nombreuses et parfois

complexes sera nécessaire afin de s'assurer de leur bonne compréhension par la patiente. Durant ce processus de décision difficile, le chirurgien peut proposer de rencontrer des femmes disposées à témoigner de leur vécu de l'intervention. Ces rencontres sont généralement très bénéfiques.

Dans tous les cas, même lorsque les délais sont courts comme cela peut arriver en cas de reconstruction immédiate, il est indispensable de se laisser le temps de peser sa décision afin d'adhérer ensuite, pleinement, à ce qui sera réalisé.

7

Reconstruction immédiate ou reconstruction différée, est-ce plus facile ?

Lorsqu'une femme est désireuse d'une reconstruction mammaire, une reconstruction immédiate est souvent moins douloureuse à vivre qu'une intervention différée car elle ne confronte pas physiquement à l'ablation. Elle n'économise cependant pas le travail de deuil du sein perdu qui, un jour ou l'autre, devra être abordé.

Ce travail de deuil du sein perdu consiste à renoncer au sein «d'avant» pour pouvoir investir une nouvelle image de sa poitrine devenue «différente».



Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

a Les principes techniques généraux

Le processus chirurgical de reconstruction mammaire nécessite de la concertation, de la confiance et souvent de la patience. Le chirurgien et la patiente choisissent ensemble la meilleure solution au cas par cas en prenant en compte de multiples facteurs et notamment les préférences de chacune.

Toutes les techniques peuvent être utilisées en reconstruction immédiate et en reconstruction secondaire ou différée.

La reconstruction mammaire, pour être finalisée, comporte toujours plusieurs étapes qui s'étalent en général sur plusieurs mois, et nécessite donc plusieurs interventions quelle que soit la technique choisie.

Le plus souvent, une **première intervention** permet de recréer la forme et le volume général du sein reconstruit. Il faudra plusieurs semaines pour que l'aspect de ce sein se stabilise et que l'on puisse alors envisager une **seconde intervention** pour réaliser si nécessaire des retouches sur le sein reconstruit et/ ou sur l'autre sein afin

d'obtenir une **symétrie** harmonieuse. On pourra également envisager la **reconstruction de l'aréole et du mamelon** lors de cette deuxième intervention ou ultérieurement selon les cas. Enfin parfois des « **retouches** » permettront d'optimiser le résultat final.

Lorsqu'il s'agit d'une reconstruction secondaire, la cicatrice par laquelle le sein a été enlevé est réutilisée comme voie d'abord chirurgical pour la reconstruction. Si cette cicatrice peut parfois être améliorée, il est en revanche impossible de la faire disparaître totalement.

Il existe plusieurs méthodes pour reconstruire un sein. On peut distinguer des **méthodes dites « autologues »** qui vont permettre de reconstruire un sein uniquement avec les propres tissus de la personne, et les **techniques avec mise en place d'une prothèse ou implant**.

Ces différentes solutions reposent sur des techniques chirurgicales différentes et sont abordées successivement dans ce document.





Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

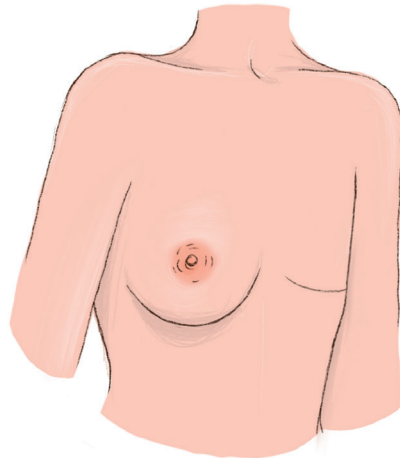
b Les techniques de reconstruction « autologues »

Reconstruction par grand dorsal autologue

→ LA TECHNIQUE

Le muscle grand dorsal est un muscle du dos qui n'est pas indispensable sur le plan fonctionnel et pour les gestes de la vie courante. Si ce muscle est utilisé pour reconstruire le sein, d'autres muscles peuvent être renforcés pour compenser sa disparition, et la mobilité de l'épaule et du tronc reste intacte. Ce muscle est alimenté prioritairement par un pédicule vasculaire (une artère et une veine) qui viennent du creux de l'aisselle. Si ce pédicule vasculaire a été endommagé par les traitements antérieurs, cette technique de reconstruction ne peut pas être utilisée. Mais ce pédicule vasculaire est habituellement de bon calibre et cela rend le lambeau de grand dorsal généralement très « fiable » sur le plan vasculaire.

La technique de reconstruction par lambeau de grand dorsal consiste à décrocher ce muscle en passant en général par une incision de la peau du



1 Mastectomie avant reconstruction.

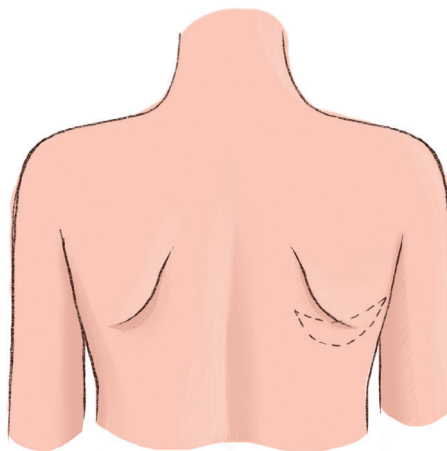
dos. On peut alors, tout en conservant l'alimentation vasculaire du muscle, le faire pivoter vers la poitrine, en passant sous la peau de l'aisselle, afin de l'utiliser pour reconstruire le sein.

Une bande de peau du dos en forme de hamac ou de quartier de lune peut être mobilisée avec le muscle afin de remplacer la peau qui a été enlevée sur la poitrine lors de l'ablation du sein. Au niveau du dos, sur la zone où la peau

a été prélevée, la cicatrice résiduelle sera le plus souvent dissimulable par le bandeau du soutien-gorge.

Lorsqu'on réalise un lambeau de grand dorsal autologue, le muscle est prélevé avec les quelques zones graisseuses qui le recouvrent dans le dos. C'est ce muscle un peu "enrobé" qui va former la base du volume du sein. Ce volume est parfois insuffisant car après l'intervention, le muscle ne travaillant plus va s'atrophier. Il faut attendre trois à six mois pour que le volume du sein se stabilise. On va ensuite sculpter le sein pour modifier son volume ou sa forme par la technique du "lipomodelage" ou "lipofilling" ou "lipostructure". Cette technique permet de remplir le sein reconstruit avec des cellules graisseuses (adipocytes) prélevées par liposuction douce. Ces adipocytes, une fois injectés, se greffent dans le muscle. On injecte un volume supérieur au volume souhaité car une partie de la graisse injectée ne se fixera pas et s'éliminera spontanément.

Lorsqu'on réalise une reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal autologue, un lipomodelage est presque toujours nécessaire et il peut intervenir lors de la deuxième intervention de reconstruction. Lorsque



2 Ouverture du dos avec prélèvement de peau.

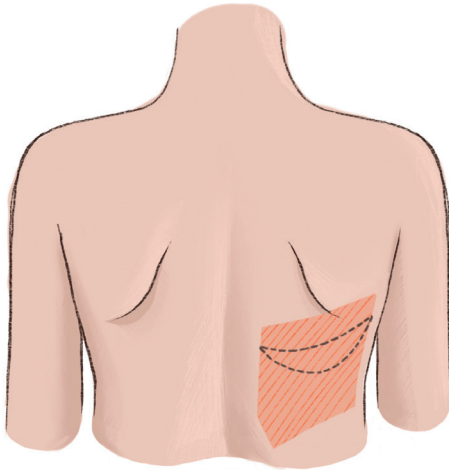
le volume du sein à reconstruire est important, plusieurs séances de lipomodelage peuvent être nécessaires.

Après quelques semaines, le volume se stabilise définitivement et évolue en général de manière très naturelle avec le vieillissement du sein.

→ LES COMPLICATIONS

Comme pour toute intervention chirurgicale, il existe des risques d'infection, d'hémorragie, d'hématome, de douleurs post-opératoires, de troubles de la cicatrisation et de complications de l'anesthésie générale.

10



3 Décollement du muscle.

Les complications spécifiques d'un lambeau de grand dorsal sont les nécroses et les séromes dorsaux.

La nécrose correspond à la souffrance de tout ou d'une partie du muscle. Cette souffrance est due à un défaut de vascularisation du muscle. Cette complication est exceptionnelle et elle peut amener à réintervenir pour pratiquer l'ablation de la partie abimée du lambeau.

Les séromes dorsaux ou lymphocèles dorsales correspondent à une accumulation de lymphes, c'est à dire de liquide dans le dos à l'endroit où le muscle a été prélevé. Il s'agit en fait plus d'un inconvénient que d'une véritable complication. En fonction de son importance, elle peut se résorber spontanément ou bien nécessiter une ponction

ou plusieurs ponctions. Ces ponctions sont indolores et pratiquées en consultation.

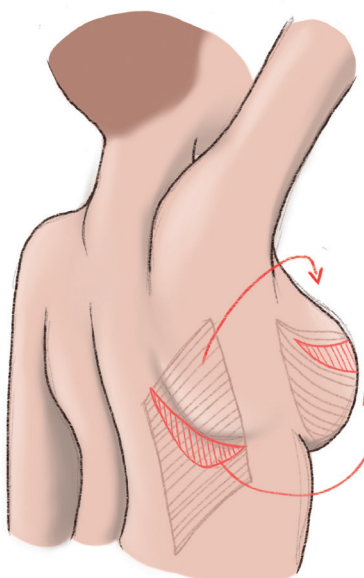
→ LES SUITES

L'hospitalisation n'est que de quelques jours. Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites immédiates mais s'estompent rapidement.

Une diminution de la sensibilité de la peau, une impression de « carton » au niveau du dos est fréquemment décrite dans les semaines qui suivent la chirurgie. Une récupération, le plus souvent partielle, est possible à moyen terme.

Une contraction du muscle peut apparaître sur le sein après quelques semaines. Cela ne constitue pas une complication mais peut devenir inesthétique et parfois inconfortable. Si tel est le cas, un geste consistant à sectionner le nerf qui commande le mouvement du muscle peut s'envisager lors de la seconde opération de reconstruction.

Il n'y a en général pas de répercussion au niveau de l'épaule, du bras ou du dos. Il est toutefois utile pour une récupération optimale de bénéficier d'une

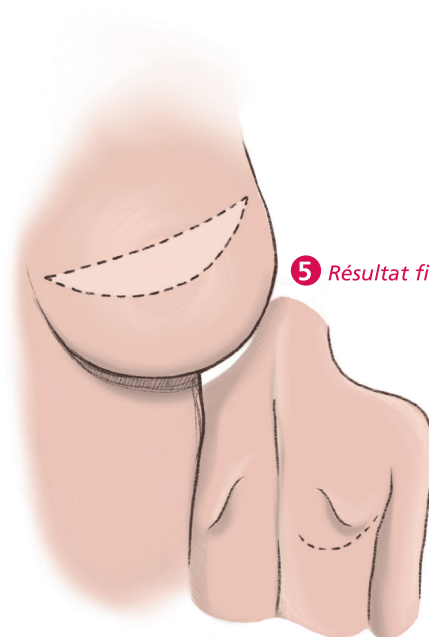


4 *Passage du muscle sous l'aisselle.*

rééducation soignée avec un kinésithérapeute habitué à ce type de prise en charge.

La prise en charge par un kinésithérapeute peut débuter rapidement après l'intervention chirurgicale.

Afin de prévenir une éventuelle raideur de l'épaule et d'aider à retrouver le plein usage du bras tout en conservant un bon maintien du dos, il est conseillé de réaliser quelques exercices gymniques de l'épaule et du dos. Les séances de kinésithérapie peuvent aider à la résorption des œdèmes et des hématomes par du drainage lymphatique manuel. Les objectifs de la kinésithérapie seront également d'obtenir un sein reconstruit aussi souple que possible et de lutter contre les adhérences cicatricielles.



5 *Résultat final.*

→ LES RÉSULTATS

Cette technique de reconstruction génère une cicatrice dans le dos mais elle permet d'obtenir un sein dont l'aspect est souvent très naturel même si la peau a été abîmée par les rayons, et cela même si on souhaite recréer un sein volumineux. La technique du grand dorsal autologue offre l'avantage de ne pas introduire de corps étranger, et permet une liposuction sur une autre partie du corps, ce qui peut parfois être esthétiquement avantageux. Un sein reconstruit selon cette méthode présente souvent un aspect esthétique, une souplesse et une chaleur au toucher ainsi qu'une évolution dans le temps très proches de celles d'un sein naturel.





Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

Reconstruction par TRAM

→ LA TECHNIQUE

Historiquement, la technique de reconstruction par lambeau de muscle grand droit de l'abdomen ou lambeau TRAM (« Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous ») a été la toute première technique autologue. Elle utilise la peau et la graisse sous-cutanée du bas du ventre, nourries par les vaisseaux du muscle grand droit de l'abdomen. L'intervention consiste à transférer, au niveau du thorax, un fuseau horizontal de peau et de graisse de la région abdominale sous-ombilicale gardé vivant grâce aux vaisseaux portés par le muscle grand droit. Ce lambeau est positionné dans la cicatrice de l'ablation du sein, ce qui permet de recréer le volume et la forme du sein. Il en résulte une cicatrice horizontale sur le ventre. Le volume apporté est tel qu'il permet de ne pas utiliser de prothèse.

Lorsque les vaisseaux du muscle grand droit sont conservés intacts et qu'on réalise une simple rotation du muscle et du lambeau vers le haut, en le passant sous la peau, on parle de TRAM uni-pédiculé si un seul muscle grand droit

est utilisé et bi-pédiculé lorsque les deux muscles grands droits sont utilisés. Le caractère uni- ou bipédiculé dépend des exigences de reconstruction, en particulier du volume requis.

La technique impose une section et un prélèvement du muscle grand droit de l'abdomen. Un prélèvement bilatéral augmente donc de manière importante les risques de séquelles en fragilisant fortement la paroi abdominale. L'insertion d'une plaque prothétique, est présentée comme une précaution pour limiter les conséquences abdominales de ce prélèvement musculaire.

→ LES COMPLICATIONS

Comme pour toute intervention chirurgicale, il existe des risques d'infection, d'hémorragie, d'hématome, de douleurs post-opératoires, de troubles de la cicatrisation et de complication de l'anesthésie générale.

Les reconstructions par lambeau de grand droit sont des interventions délicates qui peuvent occasionner des complications spécifiques. Ces

13

complications tous types confondus, concernent environ un tiers des femmes opérées. Elles peuvent être précoces (pertes sanguines importantes, phlébites ou embolies pulmonaires, nécroses du lambeau ou de la paroi abdominale...), ou être tardives (affaiblissement de la paroi abdominale, voussure et éventration, douleurs abdominales, diminution de la force musculaire...). Ces risques de complications sont majorés par l'obésité, le diabète, le tabac et l'âge. Le chirurgien évalue au mieux les risques de complication liés à chaque femme afin de ne proposer ces techniques que lorsque ces risques sont minimes.

→ LES SUITES

Le prélèvement du muscle grand droit induit une fragilité au niveau de la paroi abdominale qu'il faut prendre en compte en évitant les efforts brusques ou le port de charges lourdes. La prise en charge par un kinésithérapeute peut commencer très tôt. Pour éviter une compression des vaisseaux sanguins et favoriser le drainage du lambeau, la position demi-assise est recommandée les premiers jours.

Le kinésithérapeute montrera comment passer de la position allongée à la position assise au bord du lit, sans forcer sur la sangle abdominale, il proposera une rééducation de l'épaule et progres-

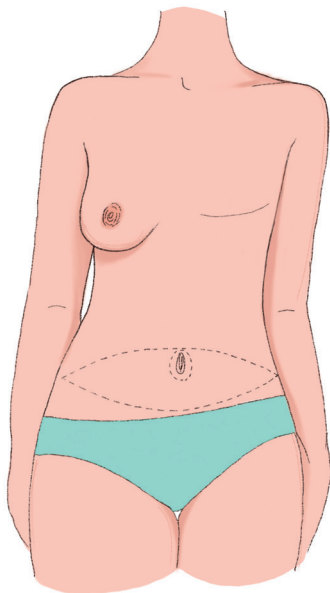
sivement au fil des jours, des exercices d'assouplissement du tronc en rotations et inclinaisons latérales douces. Une station debout correcte est généralement obtenue au bout de quelques jours. Des manœuvres de drainage lymphatique pour aider la résorption des œdèmes et des hématomes pourront être utiles.

L'objectif des séances de kinésithérapie sera d'obtenir un sein reconstruit aussi souple que possible en réalisant des massages manuels pour lutter contre les zones indurées et les zones d'adhérences cicatricielles.

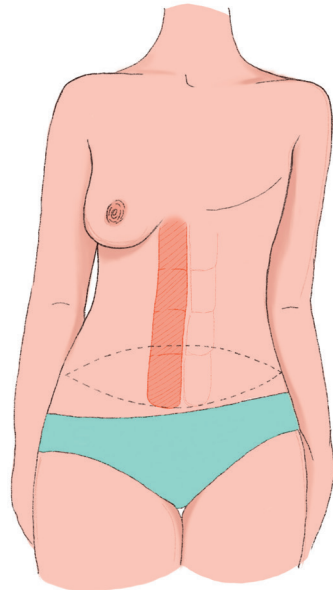
→ LES RÉSULTATS

La technique de reconstruction par lambeau abdominal permet par son volume d'obtenir un sein d'aspect naturel et harmonieux. L'absence de prothèse favorise, comme pour toutes les techniques autologues, des résultats esthétiques particulièrement stables dans le temps. Le lambeau de grand droit peut être une technique avantageuse pour les femmes qui présentent un excédent graisseux sur le ventre, particulièrement si le sein restant est volumineux. Les risques de séquelles au niveau de la paroi abdominale sont responsables de l'abandon progressif de cette technique par un certain nombre d'équipes, au bénéfice du DIEP.

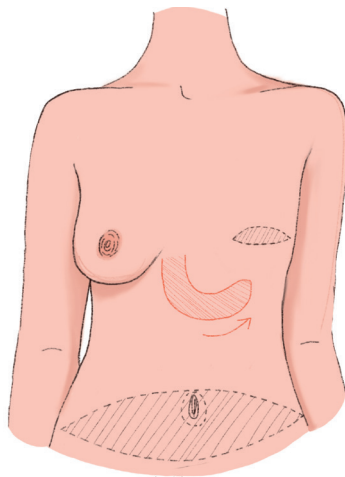
14



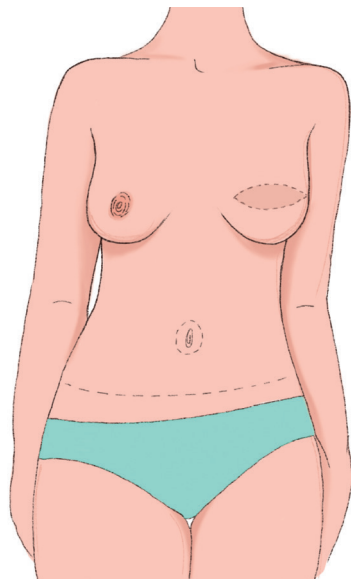
1 Ouverture sur le ventre.



2 Découpage du muscle avec la peau et la graisse du bas du ventre.



3 Passage du lambeau sur la poitrine.



4 Résultat final.

15



Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

Reconstruction par DIEP

→ LA TECHNIQUE

Le lambeau DIEP, pour Deep Inferior Epigastric Perforator Flap, est une technique originale qui peut être proposée aux femmes présentant un ventre favorable, c'est-à-dire présentant un excédent de volume que l'on aimerait faire disparaître au moyen d'une plastie abdominale. L'excès de peau et de graisse à ce niveau est transféré au niveau du thorax. L'intervention consiste à prélever un lambeau, fuseau horizontal de peau et de graisse du bas ventre (comme dans la technique du TRAM) avec une artère et une veine mais sans le muscle grand droit, pour le transférer au niveau du thorax en le gardant vivant grâce à la reconnexion des vaisseaux avec des vaisseaux de l'aisselle ou du thorax. Cette méthode fait appel à la microchirurgie.

Il en résulte une cicatrice horizontale sur le ventre. Le volume apporté est tel qu'il permet de ne pas utiliser de prothèse. L'amélioration de la silhouette au niveau du ventre est souvent perçue favorablement. Par contre, à la diffé-

rence du TRAM, aucun renfort synthétique n'est nécessaire pour consolider la paroi abdominale, car le fait de ne pas emporter le muscle grand droit évite de fragiliser la paroi.

→ LES COMPLICATIONS

Comme pour toute intervention chirurgicale, il existe des risques d'infection, d'hémorragie, d'hématome, de douleurs post-opératoires, de troubles de la cicatrisation et de complication de l'anesthésie générale.

La reconstruction mammaire par lambeau DIEP est toutefois une intervention chirurgicale assez lourde, avec des risques de complications spécifiques.

Les complications pouvant survenir sont : *Une nécrose du lambeau* par thrombose des microanastomoses vasculaires (sutures des petits vaisseaux nourriciers) : la relative précarité de la vascularisation du fuseau de graisse et de peau par des vaisseaux rebranchés à l'aide d'un microscope explique ce risque. Un bilan



Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ? (reconstruction par DIEP)

pré-opératoire très précis est habituellement demandé avec notamment des examens qui vérifient le bon état des vaisseaux qui alimenteront le lambeau. Une thrombose conduit inévitablement à la nécrose et nécessite une réintervention pour enlever le lambeau. C'est un échec de la reconstruction. Cette complication survient selon les équipes 1 à 2 fois sur 10.

L'hématome : l'hématome est un risque inhérent à tout geste chirurgical. Cette complication peut nécessiter une ré-intervention précoce. Il s'agit d'une intervention pour laquelle les pertes sanguines sont parfois importantes. L'état général de la patiente doit être bon.

Les risques thromboemboliques, c'est-à-dire notamment de phlébite, sont importants et imposent systématiquement de porter des bas de contention et d'avoir recours à des traitements anti-coagulants.

→ LES SUITES

L'intervention, qui dure 5 à 10h, et l'hospitalisation sont plus longues que pour les autres techniques de reconstruction. La technique DIEP nécessite des compétences et une expérience avancées, non seulement en chirurgie

de reconstruction mammaire, mais aussi en microchirurgie et la surveillance postopératoire requiert une équipe paramédicale rompue à cette pratique particulière. Pour des équipes entraînées, les suites opératoires sont en général assez simples.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites ainsi qu'au niveau du ventre. Une gaine de contention abdominale est portée en continu, pendant plusieurs semaines.

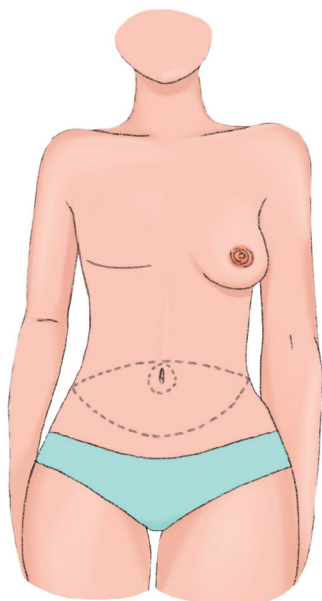
→ LES RÉSULTATS

La reconstruction par DIEP permet d'obtenir rapidement un volume et une forme harmonieuse. Le résultat final n'est cependant pas acquis d'emblée.

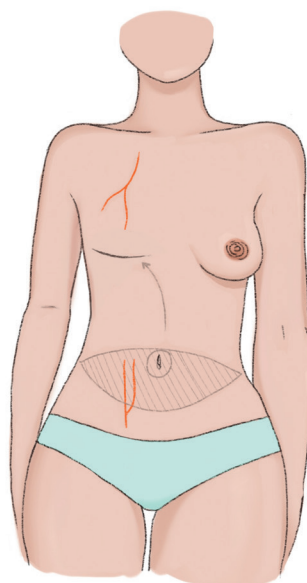
Au début, le sein peut apparaître un peu trop figé et il peut être ressenti un inconfort temporaire au niveau du ventre.

Comme toutes les reconstructions autologues, cette technique permet de restituer un sein « vivant » d'aspect naturel, dont le vieillissement sera souvent très symétrique à celui du sein restant. Comme pour le TRAM il existe un bénéfice appréciable sur la silhouette, par contre dans le cas du DIEP, les séquelles musculaires sont pratiquement inexistantes.

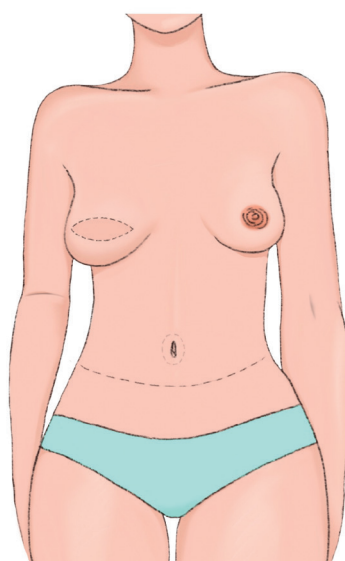
17



1 Ouverture sur le ventre



2 Prélèvement des tissus avec veine et artère reconnectés aux vaisseaux sur la poitrine, ou thorax.



3 Greffe de tissu + résultat final.



Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

Reconstruction par lipomodélage exclusif et Brava®

→ LA TECHNIQUE

Le lipomodélage, aussi appelé lipofilling ou lipostructure. Le lipomodélage peut être proposé dans plusieurs situations en reconstruction mammaire : soit en complément d'une autre technique de reconstruction pour en améliorer le résultat, soit en tant que technique propre et on parle alors de reconstruction par lipomodélage exclusif.

Le principe repose sur le transfert de graisse d'un site donneur où il existe un excédent (variable selon les patientes : ventre, hanches, fesses, cuisses...) vers une zone où il manque du volume. La graisse est prélevée par liposuction douce, en préservant au mieux les cellules graisseuses afin qu'elles puissent être réinjectées et se fixer sur le site receveur. Il s'agit d'une autogreffe. Les réinjections se font en déposant de petites « lignes » d'adipocytes grâce à des canules très fines dans toute l'épaisseur des tissus.

Une partie du volume injecté ne se fixe pas et est éliminé naturellement par l'organisme. Dans la mesure du

possible, le volume transféré anticipe cette résorption partielle, estimée entre 20 à 30 % selon la « qualité » de la graisse, en réalisant une sur-correction. Le volume résiduel, évalué entre 1 et 2 mois après l'intervention est définitif, stable et « vivant ». Habituellement, pour reconstruire un sein, plusieurs séances de lipomodélage sont nécessaires. Il faut bien sûr disposer de zones donneuses suffisantes. Chaque séance est espacée d'au moins 3 mois. Ces séances se font sous anesthésie générale et habituellement en ambulatoire.

→ LES COMPLICATIONS

Comme pour toute intervention chirurgicale, il existe des risques d'infection, d'hémorragie, d'hématome, de douleurs post-opératoires, de troubles de la cicatrisation et de complication de l'anesthésie générale. Des kystes huileux ou de cystostéatonecrose peuvent apparaître. Les *kystes huileux* se manifestent par de petits nodules ronds, indurés, mobiles et non doulou-

19



Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

reux. La *cytotéatonécrose* correspond à un amas de cellules graisseuses non vascularisées pouvant former un nodule de taille variable et dur. Ils peuvent se résorber grâce à des séances de kinésithérapie. Sur le plan radiologique, les transferts de graisse peuvent parfois se traduire par des images de calcifications. Les calcifications sont différentes de celles observées dans les cancers du sein et ne posent généralement pas de problème diagnostique pour les radiologues expérimentés. En cas de doute radiologique, des microbiopsies seront réalisées.

→ LES SUITES

Un œdème et des ecchymoses (bleus) peuvent être assez marqués sur les zones de prélèvement et peuvent persister jusqu'à 1 mois. En général il est proposé de porter un vêtement compressif (gaine, panty...) pendant plusieurs semaines pour optimiser le résultat esthétique de la liposuction. Le volume définitif est apprécié dans un délai de 2 à 3 mois après l'intervention. Une amélioration de la qualité de la peau, peut apparaître à terme (amélioration de la coloration et de la

souplesse de la peau, atténuation voire disparition des éventuelles séquelles cutanées de la radiothérapie).

→ LES RÉSULTATS

La cicatrice est inexistante avec cette technique et le sein reconstruit par lipomodélage exclusif présente en général un vieillissement très harmonieux évoluant avec les variations de poids (diminution en cas d'amaigrissement, augmentation en cas de prise de poids). Il existe un bénéfice esthétique souvent appréciable sur les zones donneuses.

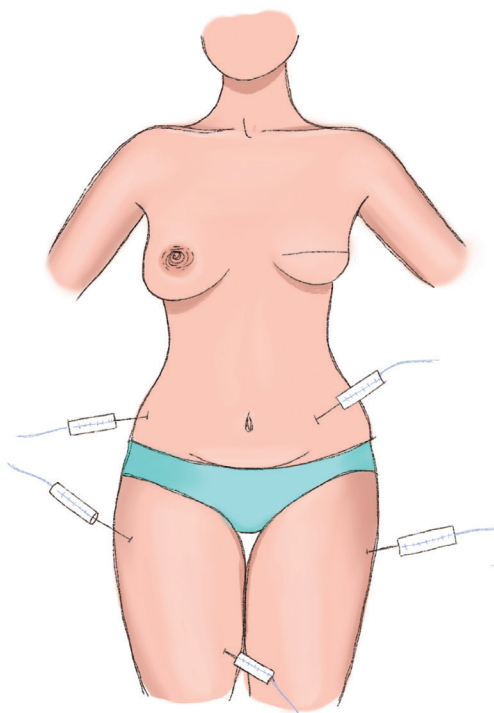
Le système Brava® est un dispositif mécanique externe qui permet de créer une cavité grâce à une expansion des tissus par pression négative pour faciliter les injections de graisse. L'adhésion totale et entière de la patiente est indispensable car il faut appliquer un dôme sur le site du sein à reconstruire avec une aspiration douce, de façon continue 11 à 12h / 24h sans interruption. La patiente met en place le système pendant la nuit grâce à un soutien-gorge spécial qui le maintient. L'extension des tissus se fait en général pendant les 4 semaines qui précèdent l'injection de graisse et pendant les



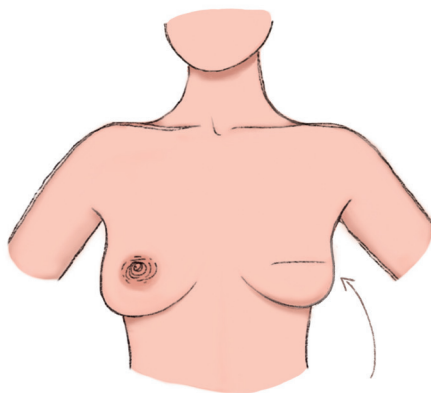
Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

4 semaines qui suivent. Ce dispositif n'est pas pris en charge par l'assurance maladie et coûte environ 1500 €.

Son intérêt est controversé, car il ne réduit pas nécessairement le nombre de séances de lipomodélage nécessaires à la reconstruction complète du sein.



1 Prélèvement de graisse par liposuction sur zones concernées (en fonction de la patiente).



2 Injection des cellules grasses dans le sein.

21



Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

C Les techniques de reconstruction avec implant

Généralités sur les prothèses

Les prothèses utilisées actuellement sont pré-remplies de gel de silicone ou plus rarement de sérum physiologique. La silicone est utilisée depuis 1950 comme matériau implantable et elle est considérée comme le biomatériau le mieux toléré, car inerte et non allergisant. La plupart des prothèses utilisées aujourd'hui en reconstruction sont en gel cohésif de silicone, dont la consistance est plus proche de celle du sein naturel que les prothèses au sérum physiologique. Les implants pré-remplis de gel de silicone sont soumis à des normes de qualité très strictes qui garantissent leur innocuité pour l'organisme.

Les implants ont une durée de vie limitée dans le temps. Après une dizaine d'années, leur enveloppe peut se fragiliser et leur intégrité doit donc être surveillée par échographie ou IRM. Il est usuel d'envisager de changer un implant environ tous les 10 ans et cela implique une nouvelle interven-

tion chirurgicale. Un implant jugé en bon état sur les examens radiologiques peut toutefois être maintenu en place au-delà de 10 ans.

Il existe plusieurs fabricants ainsi que plusieurs types de prothèses mammaires. Il existe notamment plusieurs formes de prothèses : ronde, comme une demi sphère plus ou moins épaisse ou projetée, ou «anatomique», qui reproduit la forme de la glande mammaire pour simuler le profil d'un sein naturel.

La survenue d'une pathologie rare, le lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC) lié aux implants mammaires, a fait l'objet d'une information publique en Mars 2015.

Les experts de la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire ont établi une synthèse des connaissances et des recommandations à cette date :
- Le LAGC sur prothèses est très exceptionnel. A ce jour, après de nombreuses





Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ? (généralités sur les prothèses)

années de suivi, seuls 18 cas ont été répertoriés en France sur 400 000 femmes porteuses de prothèses, et 173 cas au niveau mondial. Leur apparition est tardive, plusieurs années après l'implantation de la prothèse.

- Le mode de révélation le plus fréquent est une augmentation de volume progressive ou brusque du sein, l'apparition d'une masse, d'une inflammation ou d'une rougeur sur le sein

- Une consultation médicale auprès d'un spécialiste est recommandée en cas de modification d'un sein porteur d'un implant, afin de réaliser des examens adaptés (échographie, IRM).

- La découverte d'un LAGC conduit le plus souvent à l'ablation des tissus entourant la prothèse puis à une simple surveillance.

- Le suivi des personnes porteuses d'implants mammaires doit être identique à celui de la population générale, à savoir adapté au risque personnel et familial. La présence d'un épanchement de faible abondance autour d'une prothèse est quasi systématique et ne doit pas entraîner d'examen complémentaire ou de tentative de ponction.

- Les bénéfices apportés aux patientes par les prothèses mammaires sont infiniment supérieurs au risque de déve-

lopper un exceptionnel LAGC.

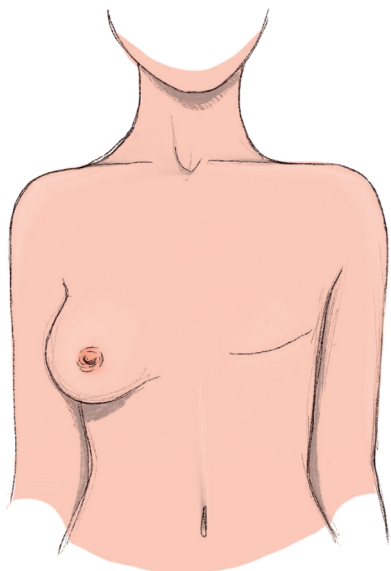
Pour plus d'information sur cette question :

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/37721674385b06d5ddf73502089764b4.pdf

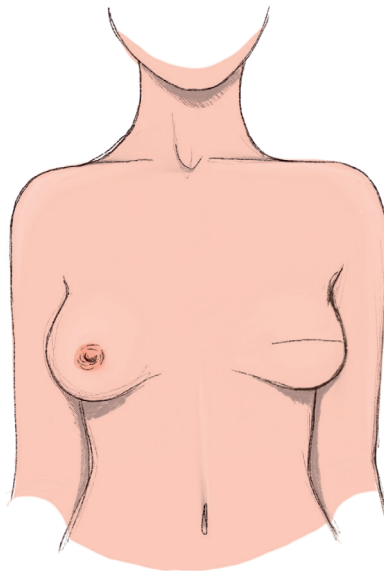
<http://www.sante.gouv.fr/questions-reponses-implants-mammaires-et-lymphomes-anaplasiques-a-grandes-cellules.html>

NB : un fabricant d'implants (PIP) a été condamné en 2013 pour avoir utilisé pour la fabrication de ses prothèses mammaires un autre gel que celui indiqué sur les lots de fabrication et déclaré aux autorités sanitaires. Ce gel suintait parfois à travers l'enveloppe des prothèses, la fragilisant jusqu'à la faire rompre. Il n'a toutefois pas été mis en évidence de risque accru de cancer ou d'autres pathologies chez les femmes ayant porté des implants PIP. Tous ces implants ont été retirés du marché. Les femmes chez qui ces implants ont été placés doivent par sécurité envisager leur retrait.





1 Sein après mastectomie,
avant opération.



2 Sein après opération.



Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

Reconstruction par implant retropectoral

→ LA TECHNIQUE

Cette méthode consiste à utiliser une prothèse ou implant interne qui est glissé sous la peau et le muscle pectoral. Cela ne génère pas de nouvelle cicatrice car l'implant est en général introduit en passant par la cicatrice de l'ablation du sein.

Parfois la mise en place de la prothèse pourra se faire d'emblée.

D'autres fois, pour pouvoir recourir à cette méthode il faudra d'abord distendre progressivement le muscle pectoral et la peau. Dans ces cas-là, une première intervention permet de mettre en place un expandeur c'est-à-dire une prothèse temporaire gonflable. Le remplissage de cet expandeur se fait par des injections de sérum physiologique en consultation jusqu'à l'obtention de suffisamment de peau et de muscle pour recouvrir la prothèse permanente. Lorsque le volume souhaité est atteint, une nouvelle intervention permet le retrait de la prothèse gonflable qui est remplacée par l'implant mammaire définitif. L'expansion tissulaire a l'inconvénient de nécessiter deux temps opératoires.

→ LES COMPLICATIONS

Comme pour toute intervention chirurgicale, il existe des risques d'infection, d'hémorragie, d'hématome, de douleurs post-opératoires, de troubles de la cicatrisation et de complication de l'anesthésie générale.

Un antécédent de radiothérapie peut accentuer les risques de souffrance de la peau.

Les complications spécifiques à l'utilisation d'implants mammaires sont : les risques de formation d'une "coque contractile", les risques de rupture pour les implants pré-remplis de gel de silicone et de dégonflement pour les implants remplis de sérum physiologique, les risques de formation de vagues ou de plis et les risques de déplacement ou de migration de la prothèse.

L'organisme réagit toujours au contact d'un corps étranger en formant une membrane ou capsule. Si cette capsule qui se forme normalement autour de l'implant devient épaisse et rigide, on parle alors de "coque contractile" ou de





Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

"contracture capsulaire". Cette complication peut rendre le sein dur, rond, fixé et parfois douloureux. Elle survient dans environ 10% des cas. Il peut alors être nécessaire de ré-intervenir pour enlever la coque ou parfois pour retirer la prothèse.

Les ruptures de prothèses pré-remplies de gel de silicone sont très rares. Elles sont liées à l'usure et concernent surtout des prothèses anciennes. La durée de vie théorique d'un implant est d'une dizaine d'années. Au-delà, il peut être nécessaire de le changer s'il paraît défectueux. Les ruptures peuvent se dépister par des examens radiologiques (échographie, IRM).

Les implants gonflables au sérum physiologique peuvent se dégonfler partiellement ou complètement. Il faut alors simplement les changer.

Le risque de rupture d'un implant par traumatisme est pratiquement nul et ne survient qu'en cas de choc direct et violent (accident).

Des vagues ou des plis peuvent apparaître notamment chez les femmes très minces. Un lipomodélage s'il est envisageable permet de les atténuer.

En cas de *migration de la prothèse*, une nouvelle intervention permet de la repositionner correctement.

→ LES SUITES

Une hospitalisation de plusieurs jours est habituellement nécessaire. La sortie est conditionnée par le retrait des drains (redons).

Après l'intervention chirurgicale la poitrine est transitoirement gonflée avec une sensation de tension et une sensibilité au toucher qui s'atténue en quelques jours ou semaines.

La prise en charge par un kinésithérapeute peut commencer rapidement après l'intervention chirurgicale bien que les suites opératoires soient parfois douloureuses les premiers jours. En effet, même s'il n'y a pratiquement aucune gêne persistante après cette intervention, afin de prévenir une éventuelle raideur de l'épaule et d'aider à retrouver le plein usage du bras, il est conseillé de réaliser quelques exercices gymniques. Les séances de kinésithérapie aideront aussi à la résorption des œdèmes et des hématomes.

En cas d'utilisation d'un expandeur, pour faciliter l'expansion, il est conseillé de pratiquer des massages manuels de la peau avec une émulsion hydratante et, à la demande, de faire réaliser des massages mécaniques par un kinésithérapeute.





Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

(Reconstruction par implant rétropectoral)

Il est préférable d'attendre au moins un mois pour reprendre le sport et en particulier les sports sollicitant les muscles pectoraux.

→ LES RÉSULTATS

Le résultat final n'est pas acquis d'emblée. Au début, le sein peut apparaître un peu trop figé. Son aspect va progressivement évoluer. Il faut attendre deux à trois mois pour apprécier le résultat et en particulier la symétrie. Il peut

persister une **asymétrie entre les deux seins**, en terme de **volume**, de **forme**, et notamment en position allongée où la prothèse ne s'étale pas comme le sein naturel.

L'obtention d'un résultat symétrique impose souvent d'intervenir sur le sein restant. La symétrie peut toutefois s'altérer avec le temps et cela nécessite alors de ré-intervenir. Même si le sein reconstruit reste toujours un peu plus "figé", cette technique permet en général d'obtenir un résultat esthétique harmonieux.





Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

Reconstruction par grand dorsal avec implant

→ LA TECHNIQUE

Le muscle grand dorsal est un muscle du dos qui n'est pas indispensable sur le plan fonctionnel et pour les gestes de la vie courante. Si ce muscle est utilisé pour reconstruire le sein, d'autres muscles peuvent être renforcés pour compenser sa disparition, et la mobilité de l'épaule et du tronc reste intacte. Ce muscle est alimenté prioritairement par un pédicule vasculaire (une artère et une veine) qui viennent du creux de l'aisselle. Si ce pédicule vasculaire a été endommagé par les traitements antérieurs, cette technique de reconstruction ne peut pas être utilisée. Mais ce pédicule vasculaire est habituellement de bon calibre et cela rend le lambeau de grand dorsal généralement très « fiable » sur le plan vasculaire.

La technique de reconstruction par lambeau de grand dorsal consiste à décrocher ce muscle en passant en général par une incision de la peau du dos. On peut alors, tout en conservant l'alimentation vasculaire du muscle, le

faire pivoter vers la poitrine, en passant sous la peau de l'aisselle, afin de l'utiliser pour reconstruire le sein.

Une bande de peau du dos en forme de hamac ou de quartier de lune peut être mobilisée avec le muscle afin de remplacer la peau qui a été enlevée sur la poitrine lors de l'ablation du sein. Au niveau du dos, sur la zone où la peau a été prélevée, la cicatrice résiduelle sera le plus souvent dissimulable par le bandeau du soutien-gorge.

Lorsqu'on réalise un lambeau de grand dorsal avec prothèse, le muscle du dos va servir, associé au muscle grand pectoral partiellement désinséré, à couvrir un implant mammaire. Cette couverture musculaire et l'apport de peau supplémentaire permettent de former un sein de n'importe quel volume d'emblée, en réalisant un aspect si nécessaire un peu ptosé c'est-à-dire "tombant" et naturel. Le volume du sein reconstruit est obtenu grâce à la prothèse et après quelques semaines le sein prend son aspect définitif.

28



Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

(reconstruction par grand dorsal avec implant)

→ LES COMPLICATIONS

Comme pour toute intervention chirurgicale, il existe des risques d'infection, d'hémorragie, d'hématome, de douleurs post-opératoires, de troubles de la cicatrisation et de complications de l'anesthésie générale.

Les complications spécifiques d'un lambeau de grand dorsal sont : les nécroses et les séromes dorsaux (cf lambeau de grand dorsal autologue).

Les complications spécifiques à l'utilisation d'implants mammaires sont : les risques de formation d'une "coque contractile", les risques de rupture pour les implants pré-remplis de gel de silicone et de dégonflement pour les implants remplis de sérum physiologique, les risques de formation de vagues ou de plis et les risques de déplacement ou de migration de la prothèse (cf reconstruction mammaire par implants).

→ LES SUITES

L'hospitalisation n'est que de quelques jours. Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites immé-

diates mais s'estompent rapidement.

Une diminution de la sensibilité de la peau, une impression de « carton » au niveau du dos est fréquemment décrite dans les semaines qui suivent la chirurgie. Une récupération, le plus souvent partielle, est possible à moyen terme.

Une contraction du muscle peut apparaître sur le sein après quelques semaines. Cela ne constitue pas une complication mais peut devenir inesthétique et parfois inconfortable. Si tel est le cas, un geste consistant à sectionner le nerf qui commande le mouvement du muscle peut s'envisager lors de la seconde opération de reconstruction.

Il n'y a en général pas de répercussion au niveau de l'épaule, du bras ou du dos. Il est toutefois utile pour une récupération optimale de bénéficier d'une rééducation soignée avec un kinésithérapeute habitué à ce type de prise en charge.

La prise en charge par un kinésithérapeute peut débuter rapidement après l'intervention chirurgicale.

Afin de prévenir une éventuelle raideur de l'épaule et d'aider à retrouver le plein usage du bras tout en conservant un bon maintien du dos, il est conseillé de réaliser quelques exercices gymniques



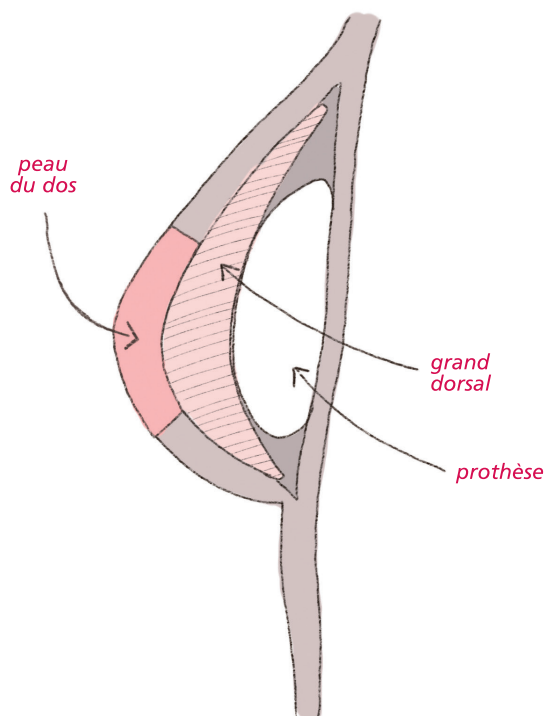


Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

de l'épaule et du dos. Les séances de kinésithérapie peuvent aider à la résorption des œdèmes et des hématomes par du drainage lymphatique manuel. Les objectifs de la kinésithérapie seront également d'obtenir un sein reconstruit aussi souple que possible, et de lutter contre les adhérences cicatricielles.

→ LES RÉSULTATS

Cette technique de reconstruction génère une cicatrice dans le dos mais elle permet d'obtenir un sein dont l'aspect est volontiers naturel même si la peau a été abîmée par les rayons. Elle permet de reconstruire un sein plus volumineux ou « pigeonnant » y compris chez des femmes qui n'ont pas de zones donneuses pour un lipomodélage. L'introduction d'un implant amènera souvent à proposer la mise en place d'une prothèse d'augmentation du côté du sein restant par souci de symétrie.





Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?



Que sait-on des « matrices acellulaires » ?

Il s'agit de membranes tissulaires synthétiques ou d'origine animale qui peuvent être utilisées pour couvrir un implant lorsque le muscle pectoral ne peut le couvrir totalement.

Différents types de produits et de « matrices » sont apparus sur le marché ces dernières années.

Leur prix varie mais aucune n'est à ce jour remboursée par l'assurance maladie.

Des études sont encore nécessaires pour cerner précisément les conditions dans lesquelles elles doivent être utilisées. Les bénéfices que les patientes peuvent en attendre sur la qualité des résultats esthétiques obtenus, et sur les risques de complications spécifiques ne sont pas encore bien établis.

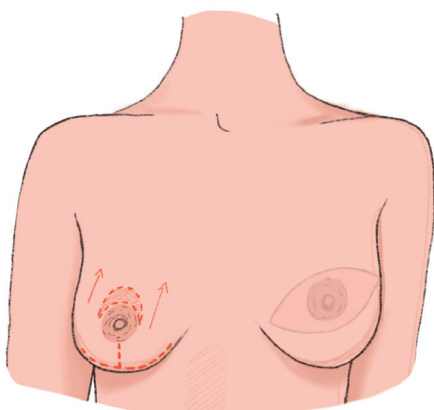
En juillet 2015 les matrices acellulaires de la marque Strattice* ont été interdites en France, en raison de la survenue trop fréquente de complications de type infections ou troubles de la cicatrisation.

31

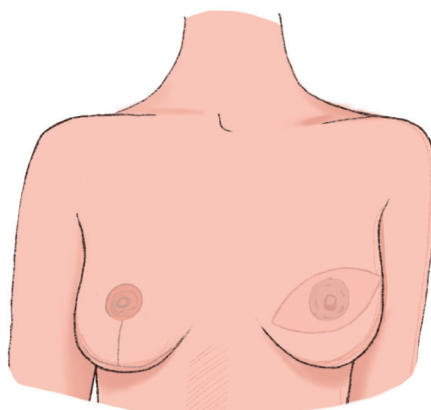


Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

d La chirurgie de symétrisation



1 Symétrisation (en fonction de la patiente).



2 Résultat final.

Il existe souvent une différence entre le sein naturel restant et le sein reconstruit à l'issue de la première intervention de reconstruction mammaire. On propose alors habituellement une chirurgie de "symétrisation", qui va permettre de modifier la forme et/ou le volume du sein restant pour que son aspect se rapproche le plus possible de l'aspect du sein reconstruit.

On a recours aux mêmes techniques que celles utilisées en chirurgie esthétique

pour "remonter" un sein (en réduisant la ptose), l'augmenter (par mise en place d'une prothèse d'augmentation) ou le réduire (par réduction mammaire). Cela générera des cicatrices aussi réduites que possible au niveau du sein. Parfois la reconstruction mammaire sera ainsi l'occasion d'une modification de la silhouette avec pour résultat final une poitrine moins tombante ou plus volumineuse ou au contraire plus petite qu'auparavant, selon le désir de chacune.





Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

e La reconstruction de l'aréole et du mamelon

La reconstruction du mamelon

La reconstruction chirurgicale du mamelon, c'est-à-dire du bout du sein, se fait principalement par deux méthodes : la greffe ou le lambeau local.

La méthode par greffe consiste à prélever la moitié du mamelon du sein restant pour la greffer sur le sein reconstruit. La méthode par lambeau local consiste à découper une petite zone de peau du sein reconstruit qui repliée sur elle-même va recréer un volume. La greffe permet d'obtenir un résultat ressemblant mais souvent de petit volume. Il peut en résulter une altération de la sensibilité du mamelon sur lequel le prélèvement a été fait.

Le lambeau local peut permettre d'obtenir un mamelon d'autant plus proéminent qu'il sera volumineux au départ car on note souvent un affaissement dans les mois qui suivent sa reconstruction.

Quelle que soit la méthode choisie, le mamelon et le sein reconstruits sont dépourvus de sensibilité notamment érogène.

La reconstruction de l'aréole

La reconstruction de l'aréole se fait principalement par deux méthodes : la greffe ou la dermo-pigmentation.

La reconstruction de l'aréole par greffe, consiste à prélever un disque de peau pour le greffer autour du mamelon. Le prélèvement de peau à greffer concerne, soit une zone où la peau est naturellement teintée (à la face interne de la cuisse), soit une zone de peau préalablement pigmentée par tatouage. Cette méthode de reconstruction chirurgicale peut être pratiquée sous anesthésie locale et en ambulatoire. Quelques jours de pansements simples sont ensuite nécessaires. Elle aboutit généralement à un résultat satisfaisant, mais parfois la pigmentation s'atténue ou se déforme après quelques mois et des retouches par dermo-pigmentation peuvent alors être nécessaires.

La reconstruction de l'aréole par dermo-pigmentation ou dermatographie médicale remboursée par les organismes de sécurité sociale est un acte médical, ce qui la différencie du tatouage artis-

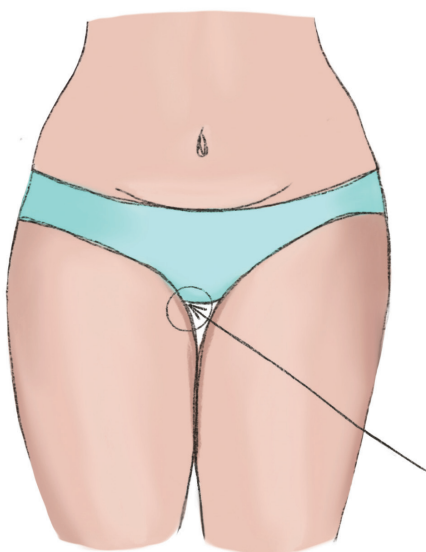
33



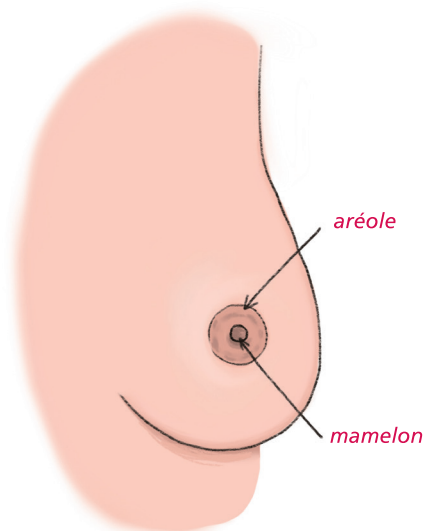
Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

tique et du maquillage permanent. Elle consiste à introduire dans la peau au niveau de l'aréole des pigments minéraux stériles. Cette implantation se fait après dessin, sous anesthésie locale à l'aide d'une aiguille spéciale stérile et à usage unique. Le résultat est obtenu en une ou deux séances. Un pansement est gardé pendant quelques jours et les petites croûtes tombent toutes seules. Le résultat final sera obtenu au bout

d'un mois. Il faut éventuellement refaire cet acte au bout de quelques années, car les couleurs de ces pigments médicaux s'éclaircissent avec le temps.



1 Prélèvement de tissu dans le pli de l'entrejambe pour l'aréole.



2 Création d'un nouveau mamelon et greffe de peau pour l'aréole.



Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire possibles ?

f Les « retouches et finitions »

Selon le niveau d'exigence de chacune et la qualité du résultat esthétique désiré, des gestes complémentaires peuvent être proposés pour optimiser et améliorer le naturel et la symétrie d'une reconstruction mammaire.

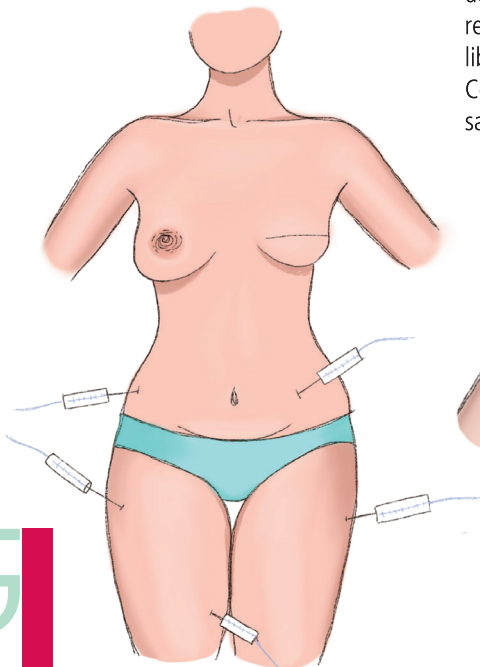
Ces gestes de « finition » sont en général pratiqués en même temps que le second temps de reconstruction.

Ils peuvent faire appel au lipomodélage, par exemple lorsqu'un implant a été posé pour donner plus de naturel ou de « moelleux » notamment à la zone du décolleté.

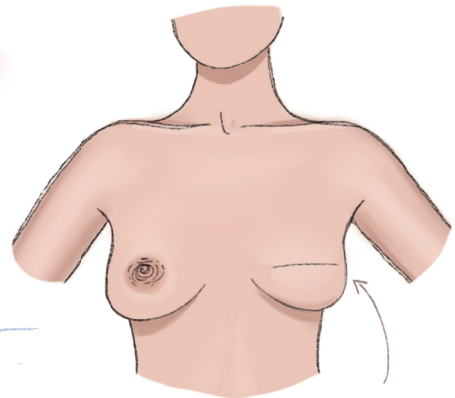
Ils peuvent faire appel à la liposuction, lorsqu'il existe des excédents de volume localisés.

Ils peuvent consister à « reprendre » des cicatrices disgracieuses, à retirer et redraper de la peau excédentaire ou à libérer des adhérences.

Ces « finitions », lorsqu'elles sont nécessaires, sont envisagées au cas par cas.



1 Prélèvement graisse sur zones concernées (en fonction de la patiente).



2 Injection des tissus graisseux dans le sein reconstruit.

35

9

La chirurgie de reconstruction mammaire est-elle douloureuse ?

Toute chirurgie déclenche des douleurs dans les jours ou les semaines qui suivent l'intervention. La douleur post-opératoire est un phénomène habituel et bien connu, qui se traite facilement par des traitements adaptés à chaque cas. Quelle que soit la technique utilisée, la

chirurgie de reconstruction mammaire n'est en général pas particulièrement douloureuse.

Il ne faut toutefois pas hésiter à solliciter l'équipe soignante si la douleur n'est pas correctement calmée, car il existe toujours des solutions efficaces à proposer.

10

Quelle rééducation et quels soins de kinésithérapie envisager après reconstruction mammaire ?

Quel que soit le type de reconstruction mammaire, les objectifs des séances de rééducation et de kinésithérapie sont :

→ De récupérer la mobilité normale de l'épaule et une bonne souplesse du dos ;

→ D'aider à la résorption des œdèmes et des hématomes par la réalisation de manœuvres de drainage lymphatique manuel ;

→ De renforcer les muscles du dos pour prévenir l'apparition de douleurs ;

→ D'optimiser les résultats esthétiques en réalisant des manœuvres de massage, manuelles ou mécaniques sur les zones indurées afin d'améliorer la souplesse du sein reconstruit et des cicatrices ;

→ D'encourager les femmes à reprendre des activités sportives et de loisirs, tout en rappelant si nécessaire les conseils de prévention du lymphoedème du bras (en cas de curage ganglionnaire axillaire).

Pendant les premiers jours post-opératoires, le volume mammaire est, à cause de l'œdème, toujours plus volumineux qu'il ne le sera par la suite. En cas de reconstruction autologue, notamment par lambeau, à la résorption des œdèmes et des hématomes va s'ajouter une détente des tissus. Le temps nécessaire à la stabilisation du volume du sein reconstruit est en général de 3 à 6 mois. Il est recommandé de masser régulièrement le sein reconstruit avec une

36

10

Quelle rééducation et quels soins de kinésithérapie envisager après reconstruction mammaire ?

émulsion hydratante ,afin de l'aider à retrouver puis à préserver sa souplesse.

En ce qui concerne la reconstruction par lambeau musculo-cutané de grand droit abdominal (TRAM) il est préférable

d'éviter de réaliser pendant les trois premiers mois des exercices gymniques visant à renforcer la sangle abdominale, d'éviter le port de charges, de faire des mouvements brusques du tronc et de prendre du poids.

11

L'apport des autres techniques pour améliorer la reconstruction mammaire

→ Les points de tatouage pour le repérage des séances de radiothérapie sur le décolleté peuvent être enlevés par un geste simple de petite chirurgie ou par laser médical de "dé-tatouage".

→ Lorsque la reconstruction aréolaire a fait appel à une greffe de peau, il peut repousser quelques poils sur l'aréole. On peut alors envisager un traitement médical d'épilation définitive.

→ Les sensations de douleur et d'inconfort des cicatrices ainsi que leur aspect peuvent être améliorés par différents traitements locaux sur prescription médicale ainsi que par des techniques utilisant certains lasers médicaux.

→ Un aspect rosé des cicatrices au cours des premiers mois post-opéra-

toires est fréquent. Au-delà, elles s'estompent et blanchissent en général pour devenir, avec le temps, peu visibles. Cette évolution peut facilement prendre 8 à 12 mois. Les cicatrices restent dans certains cas un peu trop visibles (hyperpigmentation, épaissement, rétraction, adhérence ou élargissement) et peuvent alors nécessiter un traitement spécifique. En cas de cicatrices disgracieuses, diverses solutions peuvent être proposées selon les cas, depuis l'application de crèmes à base de cortisone, en passant par l'application de pansements en silicone ou la prescription de massages. Il est utile de demander un avis médical.

Ces traitements ne sont pas toujours remboursés par l'assurance maladie.

37



Que faire si je suis insatisfaite après la reconstruction de mon sein ?

Il arrive parfois que le résultat d'une reconstruction mammaire soit décevant ou qu'un résultat initialement satisfaisant se détériore avec le temps. Cela peut induire un vécu douloureux. Lorsque c'est le cas, un avis spécialisé est toujours souhaitable pour guider une réflexion personnelle.

Parfois, cela conduira à une « reprise » chirurgicale de la reconstruction mammaire utilisant la même technique ou une autre technique de reconstruction. Ce nouveau processus chirurgical est pris en charge par l'assurance maladie dans les mêmes conditions qu'initialement.



De quel soutien psychologique aurai-je besoin ?

En fonction de son histoire personnelle et familiale, en fonction de ce que représente son sein, chaque femme va vivre la reconstruction mammaire d'une façon qui lui est propre. Il n'y a pas de cancer du sein mais des femmes avec un sein atteint de cancer. C'est la singularité de la personne traitée, que l'on doit chaque fois prendre en compte. Certaines auront besoin d'un soutien psychologique à un moment de leur parcours tandis que d'autres n'en ressentiront pas la nécessité.

Toutes les étapes de la reconstruction mammaire peuvent s'accompagner de difficultés.

Certaines sont plus fréquentes que

d'autres, aucune n'est une fatalité.

La reconstruction mammaire résulte toujours du choix personnel de la patiente. En effet, sur le plan médical, rien ne contraint à de nouvelles interventions chirurgicales. Aussi l'une des premières difficultés réside dans la décision de ré-intervenir et dans l'incompréhension que peut manifester l'entourage qui ne voit pas toujours la nécessité de la reconstruction mammaire. Après l'intervention, les difficultés résident essentiellement dans le travail d'élaboration nécessaire autour de la perte du sein et de l'appropriation physique et psychique du sein reconstruit.

Le résultat de l'intervention peut ne pas correspondre aux attentes de la

38

13

De quel soutien psychologique aurai-je besoin ?

patiente (volume, forme, perte de la sensibilité). Bien souvent, des solutions chirurgicales existent et permettent de corriger certaines de ces imperfections. Néanmoins, vient un moment où aucune amélioration supplémentaire ne peut être envisagée et un travail d'élaboration avec le psychologue peut alors aider à accepter le sein reconstruit tel qu'il est et à s'adapter progressivement à ces imperfections.

Dans tous les cas, la qualité du résultat esthétique est importante mais l'acceptation de la maladie -et de ses effets- est également fondamentale pour que ce travail d'appropriation du sein reconstruit se fasse harmonieusement.

Quand on vit en couple, la présence attentive du compagnon à chaque étape de la reconstruction est une aide pour éviter que chacun ne s'enferme dans le silence par ignorance de ce que l'autre éprouve ou par peur de blesser par ses paroles ou son attitude.

Il est par exemple important d'aborder explicitement l'impact de la disparition de la sensibilité érogène du sein sur la sexualité.

Ce dialogue dans le couple est particulièrement important s'il y a des enfants car

ils sont souvent les premiers à détecter les tensions et les non-dits familiaux.

Le retour au domicile est souvent un moment crucial sur le plan psychologique. Loin du cadre thérapeutique rassurant, on peut ressentir le "creux de la vague". C'est un état réactionnel fréquent mais habituellement transitoire, qui associe des sentiments d'anxiété et de dépression. Si cet état de mal-être se prolonge, il est judicieux d'en parler avec son médecin traitant, car une transition médicamenteuse ou une autre forme de prise en charge psychologique peut s'avérer nécessaire.

Quelle que soit l'étape de la reconstruction où l'on se trouve, demander une aide psychologique est légitime.

Cette aide est quelquefois indispensable pour :

- ▶ Faciliter la prise de décision quand on envisage une reconstruction mammaire : le choix de la reconstruction est un choix personnel. On peut ne pas en ressentir la nécessité, estimer que l'on n'est pas encore prête, et tous les choix sont légitimes.

- ▶ Décoder les malentendus possibles entre ce qui est demandé et ce qui est proposé ; sans le vouloir le chirurgien

39

13 De quel soutien psychologique aurai-je besoin ?

peut projeter ses propres représentations.

- ▶ Exprimer ses émotions, ses difficultés y compris celles concernant les aspects les plus intimes (la sexualité).
- ▶ Reprendre confiance.

Lorsqu'on recherche un soutien psychologique, on peut se trouver désemparée face à la multitude de méthodes de prise en charge et à la diversité de l'offre de soins: thérapies d'inspiration

psychanalytique, thérapies à médiation corporelle, hypnose médicale, groupes de parole, thérapies comportementales et cognitives...

Un entretien avec un professionnel est donc conseillé. Il permettra de trouver des points de repère et de se prémunir contre des propositions d'aide qui peuvent être faites par des mouvements sectaires.

14 La reconstruction mammaire a-t-elle un impact sur le risque de récurrence ?

Non, il n'y a pas d'augmentation du risque de récurrence d'un cancer chez une femme ayant eu une reconstruction mammaire. La reconstruction ne nuit aucunement à la

surveillance et au dépistage. Toutes les techniques chirurgicales proposées sont compatibles avec les examens radiologiques modernes.

15

De quelle surveillance aurais-je besoin après la reconstruction mammaire ?

En post-opératoire, la surveillance concerne essentiellement l'évolution de la cicatrisation.

La surveillance carcinologique se déroule exactement dans les mêmes conditions qu'avant la reconstruction mammaire.

16

Pourrai-je reprendre une activité professionnelle après la reconstruction mammaire ?

Oui, et la reprise d'une activité professionnelle est une étape importante du retour à la « vie

normale » auquel la reconstruction mammaire peut contribuer.

17

Pourrai-je reprendre des activités sportives après la reconstruction mammaire ?

Après l'intervention, la zone opérée peut être sensible, tendue, gonflée, voire douloureuse. Il est recommandé de reprendre progressivement des acti-

vités sportives de "manière douce". Certaines activités peuvent d'ailleurs faciliter la mobilisation active et donc la récupération d'une meilleure mobilité de l'épaule et du bras.

41

18

Retrouverai-je la sensibilité du sein après la reconstruction mammaire ?

La sensibilité au niveau de ce "nouveau sein" reconstruit est toujours "différente" pour soi et pour le partenaire. L'aréole et le

mamelon reconstruits n'ont jamais de sensibilité érogène. La gêne occasionnée par ces changements s'atténue le plus souvent avec le temps.

19

Qu'arrivera-t-il avec le vieillissement ou si je grossis ou maigris après la reconstruction mammaire ?

En cas de reconstruction autologue, c'est-à-dire n'utilisant pas de prothèse, les variations de poids peuvent faire varier le volume du sein reconstruit, souvent dans des proportions peu différentes du sein naturel. Ce sont des techniques qui subissent un vieillissement en général

très harmonieux et volontiers symétrique du sein reconstruit.

En cas de reconstruction utilisant une prothèse, les variations de poids et le vieillissement plus important du sein naturel induisent un déséquilibre et une asymétrie plus importants.

20

Liens utiles et où trouver des informations complémentaires ?

Site de l'INCa : <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancer-du-sein/reconstruction-mammaire>

Webdoc d'information : Guerirleregard.fr

Un film documentaire :

http://www.europadonna.fr/Documents/nouvelles_edff_20.pdf

La Ligue contre le cancer

1^{er} financeur associatif indépendant de la recherche contre le cancer, la Ligue est une organisation non gouvernementale indépendante reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants. Forte de près de 64 000 adhérents et 13 000 bénévoles, la ligue est un mouvement populaire organisé en une fédération de 103 comités départementaux. Ensemble, ils luttent dans trois directions complémentaires : **chercher pour guérir, prévenir pour protéger, accompagner pour aider, mobiliser pour agir.**

Aujourd'hui, la Ligue fait de la lutte contre le cancer un enjeu sociétal rassemblant le plus grand nombre possible d'acteurs sanitaires, mais aussi économiques, sociaux ou politiques, sur tous les territoires. En brisant les tabous et les peurs, la ligue contribue au changement de l'image du cancer et de ceux qui en sont atteints.



43

Cet ouvrage a été réalisé sous la direction du Dr Cécile Zinzindohoué, chirurgien (Montpellier) à partir du document créé par le Groupe ISIS et avec la collaboration du Dr Pierre BERTRAND, chirurgien sénélogue, du Dr Emilie Monrigal, chirurgien à Montpellier, et du Pr Aude Michel, psychologue clinicienne, université Montpellier III.

Composition du groupe ISIS :

Nadine BLACHET - Infirmière

Jean-François BOURGEOIS - Kinésithérapeute

Kerstin FARAVEL- Kinésithérapeute

Marie-Christine GIBERT - Infirmière

Docteur Dominique MAISTRE - Médecin psychanalyste

Docteur Isabelle NICKLES - Médecine esthétique non chirurgicale,
Hypnose thérapeutique

Docteur Marion PELISSIER - Oncologue radiothérapeute

Ligue Contre le Cancer

Christina PICCOLI - Kinésithérapeute

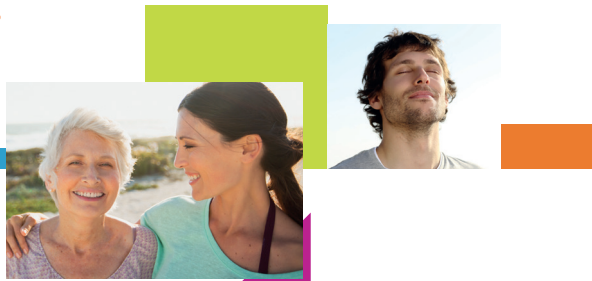
Docteur Maryvonne SOULIER - Docteur en psychologie clinique, Sénologue

Docteur Cécile Zinzindohoué - Chirurgien sénélogue

Dessins de Mélanie Marasse
pour Minime! (minimelshop@hotmail.fr).








**Chercher pour guérir,
prévenir pour protéger,
accompagner pour aider,
mobiliser pour agir**



Votre comité départemental

La Ligue contre le cancer :

-  Ecrire au siège de la fédération :
Ligue contre le cancer, 14 rue Corvisart 75013 PARIS
-  0 800 940 939 (numéro gratuit) : Soutien psychologique –
Aide et conseil pour emprunter – Conseil juridique
-  www.ligue-cancer.net : Toutes les informations sur les cancer –
Forum de discussion, actualités de la Ligue – faire un don
-  [Facebook.com/laliguecontrecancer](https://www.facebook.com/laliguecontrecancer)
-  [Twitter.com/laliguecancer](https://twitter.com/laliguecancer)

BRD046 - Edition actualisée Mars 2016 - Design maquette > C. Privat, V. Lefebvre.
Achevé d'imprimer sur les presses de PRINTCORP - N° : 1603496

