

RECONSTRUCTION MAMMAIRE

De façon concertée, les spécialistes (radiologues, oncologues médicaux, oncologues radiothérapeutes, médecins pathologistes et chirurgiens) vous ont proposé une mastectomie afin de vous offrir une prise en charge optimale. Une reconstruction mammaire peut être réalisée soit au moment de la mastectomie, il s'agit alors d'une reconstruction mammaire immédiate, soit ultérieurement, on parle alors de reconstruction mammaire secondaire. Ces possibilités vous sont expliquées par votre chirurgien et tout particulièrement celle appropriée à votre histoire médicale.

QUELLE RECONSTRUCTION MAMMAIRE ENVISAGER ?

> La reconstruction mammaire immédiate

Ce choix est une démarche souvent délicate puisque cette décision doit être prise à un moment particulièrement difficile de l'annonce du diagnostic de cancer. La reconstruction immédiate, qui permet effectivement de ne pas avoir de période « sans sein », n'est pas sans difficulté nécessitant deux ou trois interventions chirurgicales.

- Le premier temps consiste à effectuer la mastectomie et un geste axillaire (ganglion sentinelle ou simple exploration axillaire ou curage axillaire) puis à recréer un volume mammaire et une forme proche de votre autre sein.
- Une deuxième intervention est souvent consacrée à la symétrisation de l'autre sein et aux retouches esthétiques sur le sein reconstruit.
- Pour finaliser la reconstruction de l'aréole et du mamelon, une troisième opération est parfois nécessaire.

> La reconstruction mammaire secondaire

En fonction de votre histoire médicale et de votre choix, vous envisagerez peut-être une reconstruction mammaire secondaire.

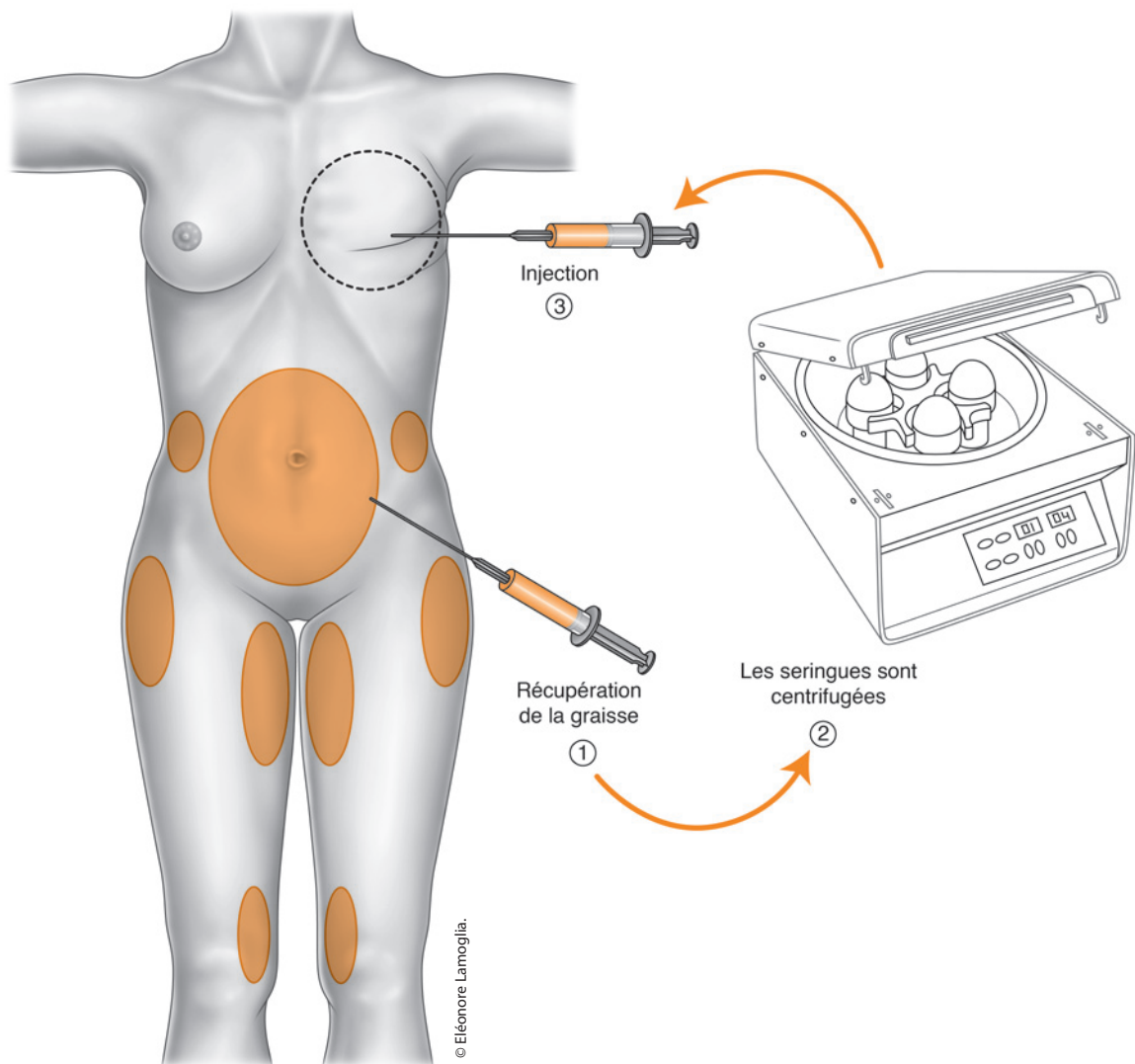
Le délai entre la mastectomie et la reconstruction mammaire secondaire est de 6 à 12 mois du fait de la fragilité de votre peau et du risque de complications induites par les traitements que vous avez reçus au cours de la phase initiale de la maladie (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie...). Cette reconstruction nécessite en général deux, voire trois interventions chirurgicales.

D'abord, on recrée un volume mammaire et une forme proche de l'autre sein, avant de se consacrer à la symétrisation de l'autre sein et aux retouches esthétiques sur le sein reconstruit. Avec la reconstruction de l'aréole et du mamelon, une troisième intervention est parfois nécessaire pour finaliser la reconstruction.

QUELLES SONT LES TECHNIQUES DE RECONSTRUCTION DU SEIN PROPOSÉES ?

> Lipo-filling ou autogreffe de tissu graisseux

Il s'agit de recréer un sein à partir de graisse prélevée par liposuction notamment au niveau de la paroi abdominale. Cette graisse est isolée d'autres composants, tels que le sang, par centrifugation ou lavage, avant d'être réinjectée dans la zone à reconstruire. Il est souvent nécessaire d'effectuer plusieurs injections pour obtenir un volume et une forme satisfaisante. Cette technique particulièrement adaptée à la reconstruction de seins de petit volume apporte un complément de volume lors des reconstructions par lambeau et permet des retouches pour améliorer la forme d'une reconstruction par prothèse.

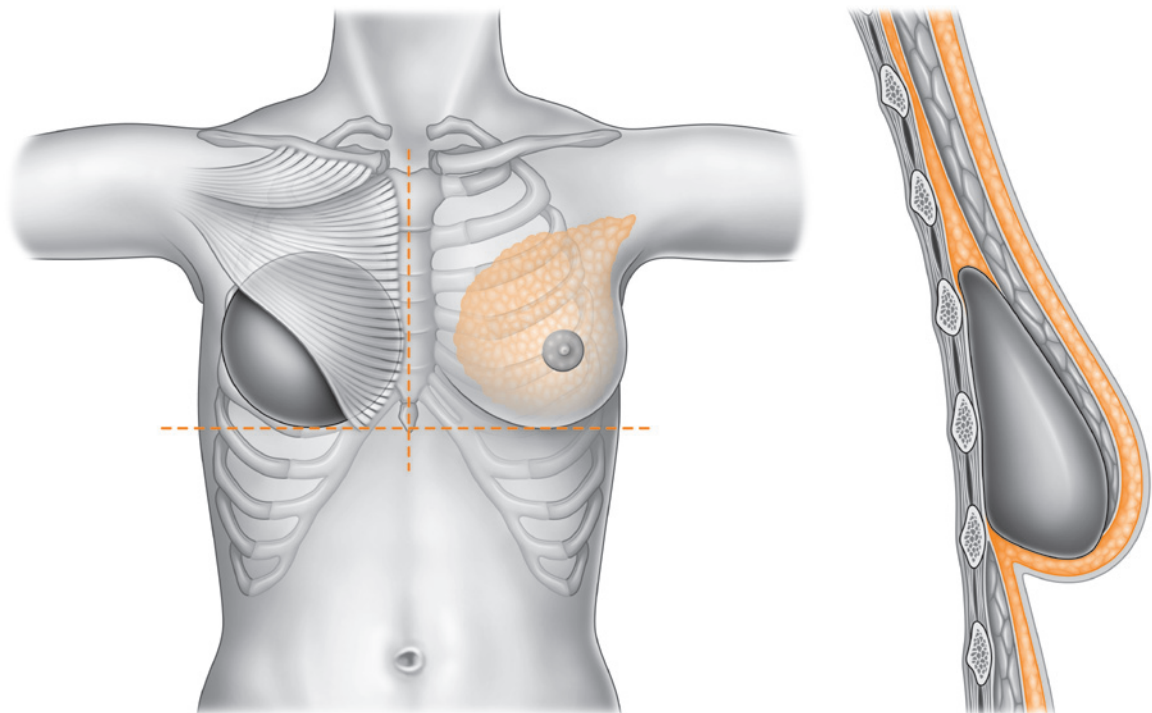


> Implant ou prothèse mammaire

Cette approche est privilégiée lorsque la peau est suffisamment souple pour recouvrir une prothèse. Elle peut être utilisée en reconstruction mammaire immédiate ou en reconstruction mammaire secondaire.

Les prothèses sont composées d'une membrane externe dont la surface est texturée et d'une solution de remplissage qui est le plus souvent un gel de silicone. Ce dernier apporte une forme et une consistance de

meilleure qualité que les prothèses remplies de sérum physiologique. La forme de ces prothèses est adaptée à votre morphologie.



© Eleonore Lamoglia.

Des prothèses particulières dites « *d'expansion* » permettent d'obtenir une augmentation progressive du volume mammaire. Elles sont en effet composées d'une double enveloppe. La plus externe contient du gel de silicone, la plus interne est remplie progressivement de sérum physiologique. Après l'intervention, on augmente ainsi progressivement le volume mammaire grâce à une petite valve placée sous la peau dans laquelle on injecte du sérum physiologique. Ce remplissage peut se faire en consultation.

Dans tous les cas, ces implants mammaires sont introduits par la cicatrice de mastectomie, placés sous la peau et les muscles du thorax (muscle grand pectoral, muscle petit pectoral, muscle dentelé). Un drainage est mis en place afin de protéger votre prothèse après votre opération.

Quelles sont les complications possibles ?

Bien que rares des complications peuvent survenir. La nécrose de la peau recouvrant la prothèse ainsi que l'infection de la prothèse restent les complications les plus redoutées. En effet, elles peuvent nécessiter le retrait de l'implant mammaire et l'arrêt transitoire du projet de reconstruction mammaire, le temps d'obtenir une cicatrisation de qualité. Un délai de 6 mois est raisonnable avant de pouvoir reprendre la reconstruction.

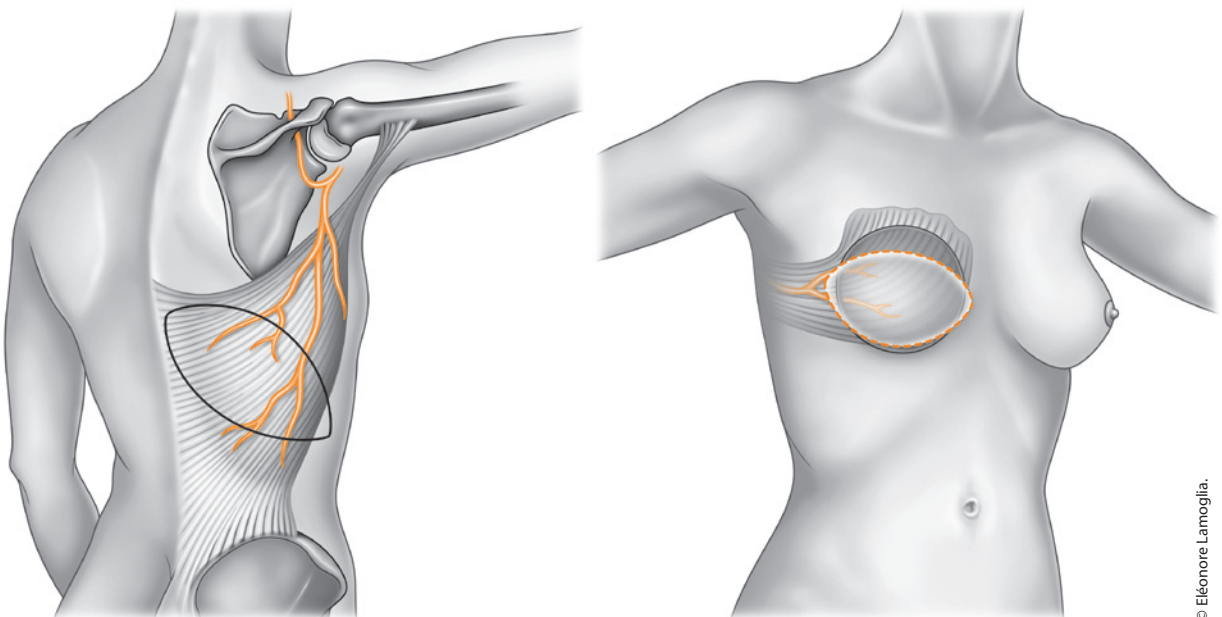
Une complication plus tardive est l'apparition d'une coque fibreuse autour de la prothèse qui peut rigidifier, écraser ou déformer l'implant mammaire. L'apparition de cette coque est une réaction normale de l'organisme à la présence d'un corps étranger comme une prothèse.

L'aspect final d'une reconstruction par prothèse est différent de celui d'une chirurgie esthétique avec augmentation par prothèse. En effet, dans le premier cas, la prothèse n'est séparée de la surface que par le muscle pectoral puis la peau. Dans le second cas, la prothèse est séparée de la surface par éventuellement le muscle pectoral, puis la glande mammaire et la peau ce qui explique l'aspect beaucoup plus naturel de ce type d'augmentation.

Il n'y a pas de règle fixe concernant le changement d'une prothèse mammaire, mais il est certain qu'après une durée de 10 ans, les implants mammaires ont une plus forte probabilité de s'abîmer, justifiant leur remplacement en cas d'anomalie. Une surveillance clinique et échographique régulière permet de diagnostiquer une déchirure voire une rupture de la prothèse.

> Lambeau de muscle grand dorsal

Cette intervention consiste à prélever, du côté du sein à reconstruire, peau et graisse attachées au muscle du dos. L'ensemble est déplacé du dos vers la face antérieure du thorax afin de recréer un sein. Le muscle sert à la fois à apporter un volume de tissu et les vaisseaux (artères et veines) nécessaires. Ce prélèvement laisse une cicatrice horizontale ou oblique dans le dos.



© Éléonore Lamoglia.

Il peut être nécessaire d'ajouter une prothèse mammaire placée en arrière du lambeau afin d'améliorer l'aspect, la forme et le volume du sein reconstruit ou de pratiquer un lipofilling. Un drainage est mis en place dans le décollement du dos et dans la loge en arrière du sein reconstruit afin de protéger votre reconstruction en post-opératoire. Après l'intervention, la reconstruction par muscle grand dorsal n'a pas ou peu d'impact sur la mobilité du bras du côté opéré.

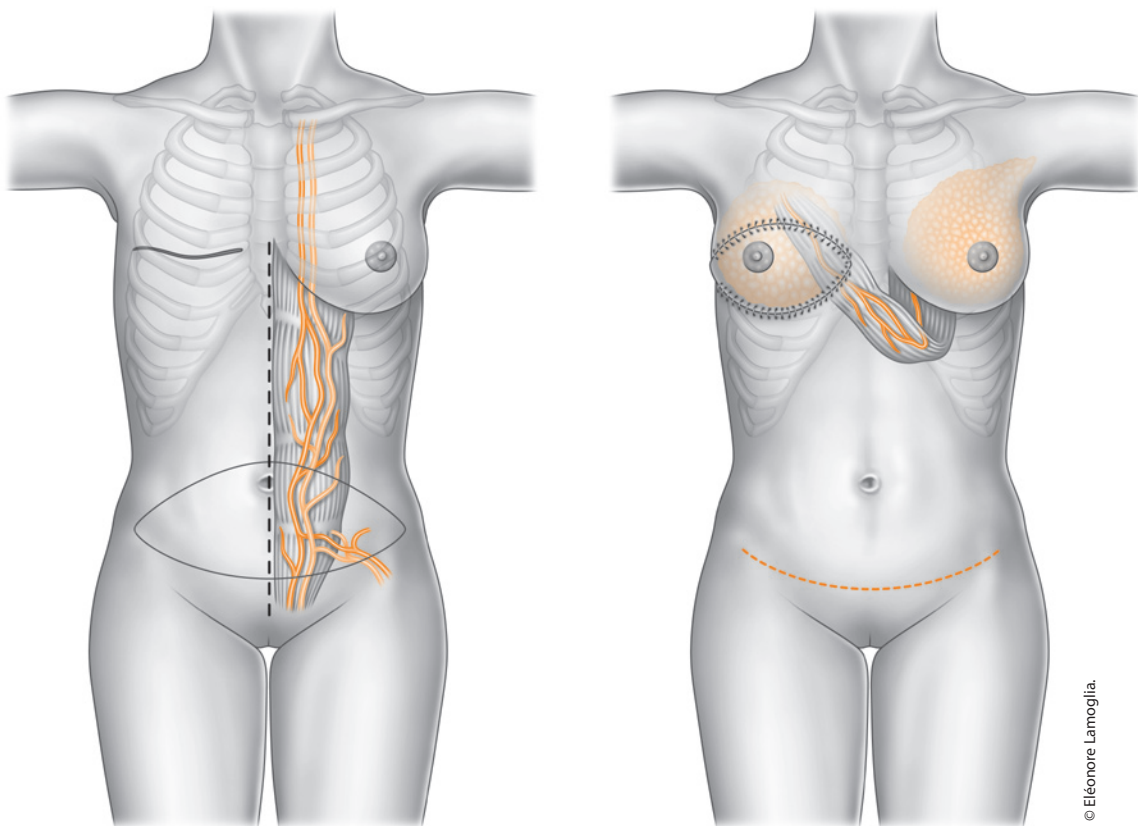
Proposée en reconstruction mammaire immédiate ou secondaire, cette technique offre de bons résultats esthétiques du fait de la consistance très naturelle du sein reconstruit.

Quelles sont les complications possibles ?

La complication la plus sévère est la nécrose partielle ou totale du lambeau. Cet événement exceptionnel peut être favorisé par les traitements que vous avez reçus et par votre état général (surpoids, diabète, tabagisme, hypertension, cholestérol). Un retard de cicatrisation au niveau de la cicatrice dorsale est plus fréquent mais souvent sans grande conséquence. Enfin des ponctions de la lymphe qui s'accumule au niveau du décollement dorsal peuvent être nécessaires de manière répétée. Cette intervention peut créer des douleurs dorsales qui s'amenuisent avec le temps, toutefois les patientes qui présentent des douleurs chroniques de la colonne vertébrale peuvent être plus concernées par ces douleurs.

> Lambeau de muscle grand droit (TRAM: *Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous*)

Cette solution est privilégiée pour des seins volumineux chez les femmes ayant un excès graisseux au niveau du ventre situé entre le nombril et le pubis. Peau, graisse et muscle, notamment le grand droit de l'abdomen sont prélevés et utilisés pour reconstruire le sein. Le muscle sert à apporter les vaisseaux (artères et veines) nécessaires. L'ensemble est déplacé du ventre vers la face antérieure du thorax afin de recréer un sein. La cicatrice laissée, semblable à n'importe quelle autre intervention de chirurgie esthétique du ventre, est située horizontalement au niveau du bord supérieur d'une culotte et autour de l'ombilic. Pour renforcer votre paroi abdominale, il peut être nécessaire de remplacer ce muscle par un tissu non résorbable. Un drainage est mis en place dans le décollement du ventre et dans la loge en arrière du sein reconstruit afin de protéger votre reconstruction à l'issue de votre opération.



© Éléonore Lamoglia.

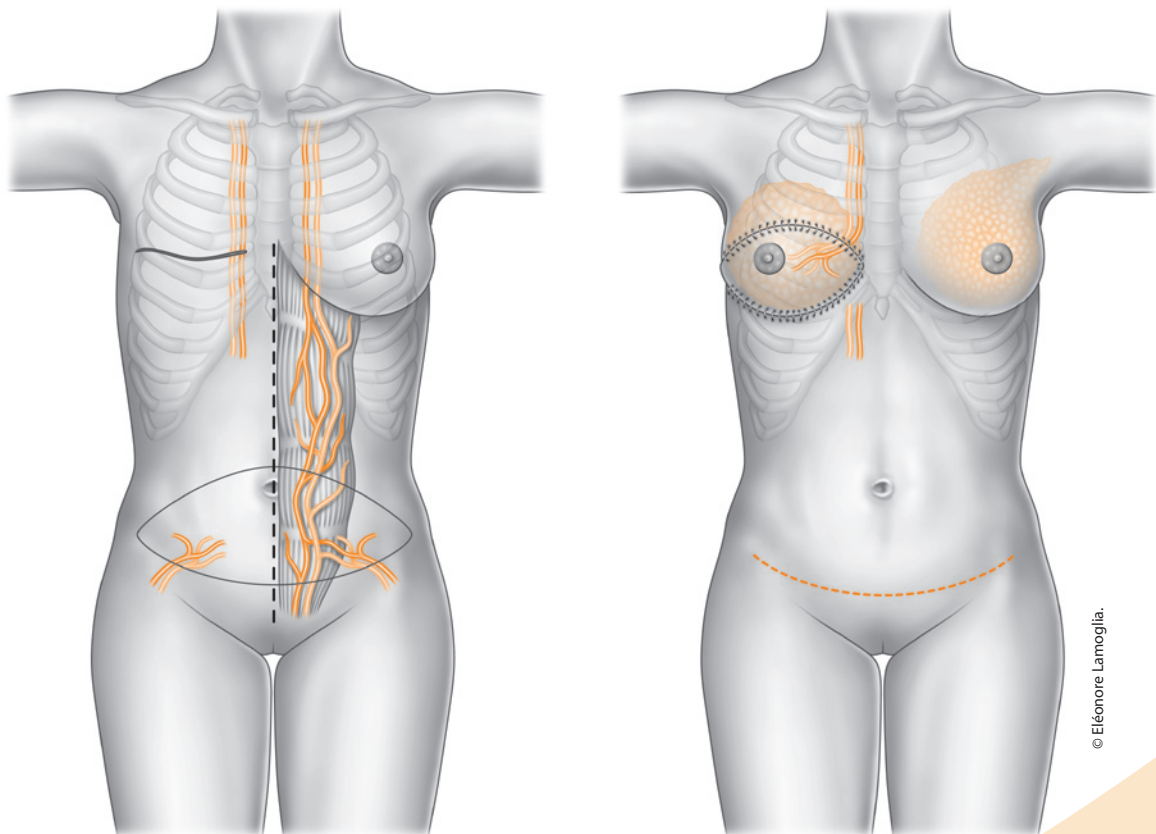
Proposée en reconstruction mammaire immédiate ou secondaire, cette technique offre de bons résultats esthétiques du fait de la consistance très naturelle du sein reconstruit.

Quelles sont les complications possibles ?

Les complications les plus sévères sont des complications thrombo-emboliques (phlébite et embolie pulmonaire) et la nécrose partielle ou totale du lambeau, liée au risque que la suture des petits vaisseaux n'est pas toujours fiable et peut nécessiter une réintervention en urgence. Cet événement rare peut être favorisé par les traitements que vous avez reçus et par votre état général (surpoids, diabète, tabagisme, hypertension, cholestérol). Un retard de cicatrisation au niveau de la cicatrice abdominale, du nombril ou de la paroi abdominale est possible. Enfin des ponctions de la lymphe qui s'accumule au niveau du décollement ventral peuvent être nécessaires de manière répétée. La reconstruction par muscle grand droit peut avoir un impact limité sur la flexion du tronc et sur la solidité de la paroi abdominale. Des douleurs abdominales modérées peuvent apparaître après cette intervention et disparaître progressivement.

> Lambeau libre de peau abdominale vascularisée par les perforantes épigastriques inférieures (DIEP : *Deep Inferior Epigastric Perforator*)

Cette solution est privilégiée pour des seins volumineux chez les femmes ayant un excès de graisse au niveau du ventre situé entre le nombril et le pubis. Seules la peau et de la graisse sont prélevées au niveau de l'abdomen et utilisées pour reconstruire le sein. L'ensemble est déplacé du ventre vers la face antérieure du thorax afin de recréer un sein. Le volume de tissu est constitué par la seule graisse qui survit grâce à deux vaisseaux (artère et veine) branchés (anastomosés) à deux vaisseaux identiques de la paroi thoracique. Cette intervention se fait par microchirurgie sous microscope. Au niveau du ventre, cette intervention est équivalente à une plastie abdominale. La cicatrice laissée, semblable à n'importe quelles autres interventions de chirurgie esthétique du ventre, est située horizontalement au niveau du bord supérieur d'une culotte. Un drainage est mis en place dans le décollement du ventre et dans la loge en arrière du sein reconstruit afin de protéger votre reconstruction après l'intervention.



© Éléonore Lamoglia.

Proposée en reconstruction mammaire immédiate ou secondaire, cette technique offre un bon résultat esthétique du fait de la consistance très naturelle du sein reconstruit.

Quelles sont les complications possibles ?

Les complications les plus sévères sont des complications thrombo-emboliques (phlébite et embolie pulmonaire) et la nécrose partielle ou totale du lambeau, liée au risque que la suture des petits vaisseaux n'est pas toujours fiable et peut nécessiter une réintervention en urgence. Cet événement est rare mais peut être favorisé par les traitements que vous avez reçus et par votre état général (obésité, diabète, tabagisme, hypertension, cholestérol). Un retard de cicatrisation au niveau de la cicatrice abdominale, du nombril ou de la paroi abdominale est possible. Enfin des ponctions de la lymphe qui s'accumule au niveau du décollement ventral peuvent être nécessaires de manière répétée. Des douleurs abdominales modérées peuvent apparaître après cette intervention et disparaître progressivement.

> Lambeau libre de peau, de graisse et de muscle de la face interne de la cuisse (TMG : Transverse Myocutaneous Gracilis)

Cette solution est privilégiée pour les seins de volume moyen chez des femmes ayant un excès de graisse de la face interne haute des cuisses. De la peau est prélevée en haut de la cuisse avec la graisse et un petit muscle. L'ensemble est déplacé de la cuisse vers la face antérieure du thorax afin de recréer un sein. L'artère et la veine permettant la survie des tissus déplacés sont branchées sous microscope à deux vaisseaux identiques de la paroi thoracique. Au niveau de la cuisse, cette intervention est identique à un lifting de face interne de la cuisse. La cicatrice laissée, semblable à n'importe quelle autre intervention de chirurgie esthétique de la face interne de la cuisse, est située dans l'aîne à la racine de la cuisse, cachée par la culotte. Un drainage est mis en place dans le décollement de la cuisse et dans la loge en arrière du sein reconstruit afin de protéger votre reconstruction après l'opération.

Proposée en reconstruction mammaire immédiate ou secondaire, cette technique offre un bon résultat esthétique du fait de la consistance très naturelle du sein reconstruit.

Quelles sont les complications possibles ?

La complication la plus sévère est la nécrose partielle ou totale du lambeau, liée au risque que la suture de très petits vaisseaux pas toujours fiable peut nécessiter une réintervention en urgence. Cet événement rare peut être favorisé par les traitements que vous avez reçus et par votre état général (surpoids, diabète, tabagisme, hypertension, cholestérol). Un retard de cicatrisation au niveau de la cuisse est possible ainsi que la nécessité de ponctions de lymphe qui s'accumule au niveau du décollement de la cuisse.

> Lambeaux libres de peau et de graisse de la fesse (IGAP et SGAP : Inferior Gluteal Artery Perforator et Superior Gluteal Artery Perforator).

Cette solution est privilégiée pour les seins volumineux chez des femmes ayant un excès de graisse de la face inférieure ou supérieure des fesses. De la peau est prélevée au niveau de la fesse avec la graisse. L'ensemble est déplacé de la fesse vers la face antérieure du thorax afin de recréer un sein. L'artère et la veine permettant la survie du volume des tissus déplacés sont branchées sous microscope à deux vaisseaux identiques de la paroi thoracique. Au niveau de la fesse, cette intervention est identique à un lifting de fesse. La cicatrice laissée, semblable à n'importe quelle autre intervention de chirurgie esthétique de la fesse, est située en dessous ou au dessus de la fesse, cachée par la culotte. Un drainage est mis en place dans le

décollement de la cuisse et dans la loge en arrière du sein reconstruit afin de protéger votre reconstruction après l'intervention.

Proposée en reconstruction mammaire immédiate ou secondaire, cette technique offre un bon résultat esthétique du fait de la consistance très naturelle du sein reconstruit.

Quelles sont les complications possibles ?

La complication la plus sévère reste la nécrose partielle ou totale du lambeau, liée au risque que la suture de très petits vaisseaux pas toujours fiable peut nécessiter une réintervention en urgence. Cet événement rare peut être favorisé par les traitements que vous avez reçus et par votre état général (surpoids, diabète, tabagisme, hypertension, cholestérol). Un retard de cicatrisation au niveau de la fesse est possible ainsi que la nécessité de ponctions de lymphes qui s'accumulent au niveau du décollement de la fesse.

QU'EST-CE QUE LA RECONSTRUCTION DE L'ARÉOLE ET DU MAMELON ?

Cette dernière étape de reconstruction a généralement lieu entre 4 et 12 mois après la première intervention. Elle est généralement pratiquée après reconstruction des volumes et stabilisation du résultat esthétique. Cette reconstruction peut parfois être réalisée en même temps que la symétrisation de l'autre sein, sous anesthésie générale ou le plus souvent sous anesthésie locale, en hôpital de jour.

Pour reconstruire l'aréole, le chirurgien réalise soit une greffe de peau prélevée ailleurs soit un tatouage avec des colorants naturels.

La reconstruction du mamelon se fait par un lambeau cutané local, la greffe de la moitié du mamelon opposé ou bien celle d'un fragment de petite lèvre génitale.

COMMENT SE DÉROULE VOTRE HOSPITALISATION ?

Votre hospitalisation est programmée la veille de l'opération et vous devrez rester sans manger, boire, ni fumer à partir de minuit jusqu'à l'heure de l'opération. Vous serez accueillie par une infirmière avec laquelle vous pourrez rediscuter de votre intervention.

Vous verrez également un membre des équipes de chirurgie et d'anesthésie auprès duquel vous pourrez poser les questions que vous souhaitez.

L'hospitalisation est globalement de 3 à 6 jours en cas de reconstruction par prothèse et de 5 à 10 jours en cas de reconstruction par lambeau.

QUELS SONT LES RISQUES ÉVENTUELS COMMUNS À CES INTERVENTIONS ?

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans les conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, comporte un risque de complication qui peut engager le pronostic vital.

Dans le cas exceptionnel d'une hémorragie, une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang peut être nécessaire.

