

# RECONSTRUCTION DU SEIN

Les informations contenues dans ce document ont pour objet de vous donner des informations sur différentes techniques de reconstruction.

Ce document est non exhaustif.

Document rédigé par

le Dr Marion Delbaere  
Chirurgie Plastique et Reconstructrice  
75, avenue G Péri 38400 Saint Martin d'Hères

[www.mariondelbaere.com](http://www.mariondelbaere.com)

**Presque toutes les femmes peuvent bénéficier d'une reconstruction mammaire** sans limite d'âge, de traitement initial ou de nombre d'années écoulées depuis l'ablation du sein.

En cas de radiothérapie sur la paroi, un délai d'environ un an est recommandé avant de réaliser la reconstruction (reconstruction mammaire différée).

En l'absence de radiothérapie et pour certains types de tumeurs, la reconstruction est possible dans le même temps opératoire que l'ablation du sein (reconstruction mammaire immédiate).

**Le but d'une reconstruction mammaire est de restituer une symétrie des seins dans le soutien-gorge, mais nu, il existera toujours une différence entre le sein reconstruit et le sein restant.**

Cette différence est plus ou moins importante en fonction de la situation de départ (notamment si la peau est fine, très tendue et a été irradiée) et suivant le type de technique choisie.

Une reconstruction peut être qualifiée de réussie lorsque la patiente est satisfaite, et retrouve son équilibre physique ET psychologique.

On dispose actuellement de toute une palette de techniques chirurgicales permettant d'offrir une solution adaptée à chaque patiente : il y a deux grands types d'interventions :

- celles qui utilisent une prothèse mammaire et
- celles qui utilisent les propres tissus de la patiente (reconstructions autologues).

En fonction de nombreux facteurs (désir de la patiente, état local, contre-indications générales, statut cancérologique, sein opposé) **la technique la plus adaptée sera choisie.**

Deux interventions sous anesthésie générale sont souvent nécessaires pour permettre un résultat esthétique optimal et pour limiter les complications et les échecs de reconstruction.

La première opération d'une reconstruction consiste à poser les bases du futur sein avec l'une des deux techniques (avec ou sans prothèse), et la deuxième opération complète le travail de finition du sein reconstruit (contours, volume, ...) et assure la symétrie optimale entre les deux seins (remontée de l'autre sein si besoin,...).

## Le sein

Pour reconstruire un sein, il faut recréer tous les éléments qui constituent le sein : la peau (l'extérieur), le volume (l'intérieur), les contours (les côtés), et la plaque aréolo-mamelonnaire . Ces éléments communs à toutes les femmes sont pourtant différents chez chacune et représentent autant de défis que l'expérience du chirurgien permet d'appréhender.

Ainsi, les techniques proposées dépendent :

### - De la peau :

La qualité de la peau est un critère majeur pour la réalisation d'une reconstruction et peut conditionner le choix d'une technique par rapport à une autre. Les paramètres essentiels de qualité sont l'épaisseur et la souplesse. La radiothérapie et/ou le tabagisme altèrent ces qualités de façon importante. **L'arrêt du tabac (notamment depuis deux mois) est impératif pour éviter de nombreuses complications** pouvant entraîner la perte d'une reconstruction.

#### *Prothèse mammaire seule*

#### Description :

C'est la solution qui apparaît la plus simple techniquement.

Elle consiste à introduire une prothèse sous le muscle grand pectoral (on repasse par la cicatrice de mastectomie). L'enveloppe de cette prothèse est en silicone et le contenu est composé de sérum physiologique ou plus souvent de gel de silicone (texture plus proche du naturel).

Un lambeau d'avancement abdominal (cf § sur la peau) est toujours associé, pour contenir ce nouveau volume.

La forme et le volume de la prothèse sont dictés par la morphologie de la patiente, le volume de l'autre sein et surtout les possibilités d'étirement de la peau (une peau trop fine peut « craquer »).

Lors de la première opération, on opte pour une petite prothèse ou une prothèse gonflable (expandeur) pour sécuriser la cicatrisation du sein (car la peau du sein (déjà fragile) peut mal tolérer la distension brutale).

Après l'intervention, on augmente le volume de l'expandeur par des gonflages\* permettant de s'approcher du volume final souhaité. Le résultat transitoire est assez rigide.

*\* Gonflages : deux à trois semaines après la pose de l'expandeur, le chirurgien injecte du sérum physiologique avec une aiguille à travers une petite valve placée dans l'expandeur, au cabinet, à raison d'une ou deux séances hebdomadaire.*

*3 à 6 gonflages sont souvent nécessaires.  
Ce n'est pas douloureux.*

Lors d'un second temps opératoire (4-5 mois après), sous anesthésie générale, on remplace la petite prothèse ou l'expandeur, par la prothèse « définitive » plus idéale en forme (prothèse en goutte par exemple) et en volume.

En fonction de la forme, et du volume de l'autre sein (sein controlatéral), la quantité de peau à restituer est également variable.

Pour restituer cette peau manquante, on réalise très souvent un Lambeau d'Avancement Abdominal (LAA) : il s'agit de remonter la peau juste sous le sein (peau du haut de ventre). On reprend la cicatrice de mastectomie et on décolle la peau vers le bas. On remonte l'ensemble et on fixe cette avancée par des points (ce qui permet de dessiner le sillon sous le sein).

Quand ce n'est pas possible (rare), on amènera de la peau d'ailleurs (bas du ventre ou du dos).

#### - **Du volume :**

Il est dicté par le sein controlatéral, le désir de la patiente, et les possibilités locales (notamment l'importance du gain de peau).

La restitution du volume fait appel à différents procédés : une prothèse (qui rend d'emblée le volume souhaité), ou des tissus « autologues » (qui veut dire qu'ils viennent de son propre corps : le volume final ne peut pas être garanti d'avance). Parfois, on associe la prothèse et des tissus autologues (cas devenus rares)

#### - **Des contours :**

Les techniques de reconstruction donnent dans la majorité des cas des seins assez ronds. Ainsi, une symétrisation de l'autre sein est souvent souhaitable pour harmoniser les deux seins.

#### - **De la plaque aréolo-mamelonnaire :**

**(Ou PAM)** Ce terme désigne le « bout » du sein : aréole et mamelon. Sa restitution constitue la touche finale d'une reconstruction. Il est important de la réaliser, pour mieux intégrer l'image de ce nouveau sein.

Des techniques simples ou plus compliquées peuvent être proposées en fonction du souhait de chacune et des possibilités locales.

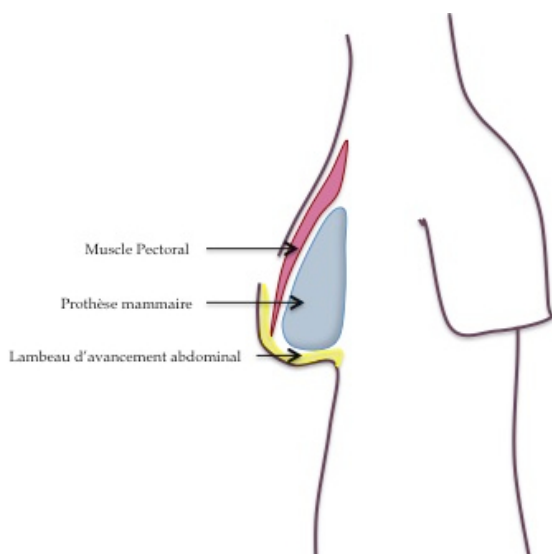
Il est souvent souhaitable de retoucher l'autre sein (pour le remonter, l'arrondir ou le diminuer). Pour les patientes ayant des petites poitrines (un peu en poire), il faut parfois mettre une prothèse au niveau du sein non atteint pour l'augmenter et lui donner une forme plus ronde, plus ressemblante du sein reconstruit.

### En pratique :

- L'hospitalisation est de 3 à 7 jours (temps du drain).
- La durée de l'arrêt de travail est d'environ 4 semaines.
- La limitation des mouvements du bras est d'environ un mois.
- La reprise du sport se fait progressivement (après 6 semaines pour le vélo, et 3 mois pour le jogging).

### **Avantages**

- Technique rapide, relativement simple
- Une seule zone opératoire (une seule cicatrice),
- Résultat satisfaisant habillé, avec un sein assez rond et « jeune ».
- Choix plus précis du volume voulu



### **Inconvénients**

#### - Précoces:

La moindre complication chirurgicale classique (infection, désunion de la cicatrice notamment en cas de radiothérapie, hématome,...) peut compromettre la reconstruction (retrait de la prothèse au bloc opératoire).

Les suites doivent être aussi simples que possibles, car il y a peu de tolérance aux problèmes de cicatrisation.

#### - Tardifs :

- Résultat moins naturel

- Evolution vers le durcissement et la déformation du sein (coque) :

Après la pose de la prothèse mammaire, le corps va synthétiser une membrane autour de l'implant (en 4 à 6 semaines): c'est la capsule. Avec le temps, et surtout s'il y a eu radiothérapie, cette capsule va s'épaissir ou se contracter, empêchant la prothèse de s'étaler correctement: c'est la coque. Elle devient de plus en plus dure, finit par déformer le sein et par faire mal (stade ultime). La coque se produit chez toutes mais dans un délai très variable et non prédictible (5 à 15 ans).

- Vieillesse différent des deux seins :

Le sein prothétique reste de forme ronde, non tombant, et de consistance ferme.

- Risque de rupture de la prothèse

Il faut retenir que les prothèses actuelles ont une durée de vie plus longue que celles d'avant 2001 (qu'il était conseillé de changer tous les 10 ans). Le taux de rupture est faible actuellement et intervient notamment quand il y a une coque sévère. L'échographie permet de la déceler.

- Rotation de la prothèse

S'il s'agit d'une prothèse anatomique (en forme de goutte), le sein sera déformé.

- Changements de prothèse :

Après la reconstruction, et dans un délai inconnu (qui dépendra de tous les items cités ci-dessus, et notamment de la coque), la prothèse devra être changée sous anesthésie générale.

**Ce n'est pas une reconstruction DÉFINITIVE.**

## Indications : POUR QUI ?

- Plutôt adaptée pour un sein:
  - De volume moyen,
  - Peu tombant, assez rond (plus difficile si forme étalée en largeur (« banane ») ou très creusée en haut (en « poire »)),
  - Avec une peau de bonne qualité (à éviter si peau fine ou avec anciennes cicatrices supplémentaires).
- Très déconseillée voire **contre-indiquée chez la fumeuse** ayant eu de la radiothérapie.
- Conseillée pour les reconstructions bilatérales
- Pour une patiente fragile, qui veut un geste simple (éventuellement en un temps) moins exigeante sur l'esthétique de la reconstruction.
- Pour une patiente désirant une augmentation du volume des deux seins (pose d'une prothèse plus petite de l'autre côté : geste pouvant être pris en charge).

### *Prothèse mammaire associée à un lambeau*

Un lambeau est un ensemble de tissus (c'est-à-dire d'éléments constitutifs du corps), qui est nourri par un ou des vaisseaux, que l'on va conserver, pour lui assurer sa survie. Un lambeau musculo-cutané est un muscle avec la peau en regard.

Lorsque la souplesse de la peau de la patiente au niveau du sein et en-dessous n'est pas suffisante, il faut amener de la peau « d'ailleurs ». Ce peut être la peau du dos par exemple. Le lambeau peut alors servir à apporter la peau manquante, nourrie par le muscle, en étant amené vers le site mammaire. Le volume du sein peut lui, être créé par une prothèse placée sous ce lambeau.

Cette intervention combine deux techniques (et donc leurs avantages mais aussi leurs inconvénients). La peau apportée crée une deuxième cicatrice sous le sein, et fait parfois l'impression d'une « pièce rapportée ». La prothèse est moins palpable que lorsqu'elle est utilisée seule.

Néanmoins, cette procédure, devenue rare, rend des services chez les patientes très minces, ou lorsque la peau est très abîmée.

**Autologue** signifie que seuls des éléments du corps sont utilisés (pas de corps étranger comme une prothèse).

Les techniques autologues donnent les résultats esthétiques les meilleurs (notamment lorsqu'elles sont associées à un lambeau d'avancement abdominal (remontée de la peau sous le sein vers le haut)).

### *Les lambeaux pédiculés et libres*

**Les lambeaux** sont des parties du corps (dites accessoires), choisies pour apporter la peau, et/ou le volume partiel ou complet du sein à reconstruire.

- Soit pédiculés : c'est-à-dire que le vaisseau qui nourrit le lambeau n'est pas coupé : on tourne le lambeau autour de l'axe de rotation de ce vaisseau (lambeau de grand dorsal, TRAM)

- Soit libres : le vaisseau principal est coupé et rebranché près du sein (techniques de microchirurgie) comme le DIEP, le lambeau fessier inférieur, le lambeau de gracilis.

**Les lambeaux libres** sont souvent pratiqués dans des centres spécialisés car ils nécessitent souvent deux équipes de chirurgiens. Les inconvénients de ces lambeaux libres sont un temps opératoire plus long (de 5 à 12 heures) car la technique est très délicate, et le taux d'échec total est plus important (jusqu'à 20%) que pour les lambeaux pédiculés.

- **Le DIEP** est un lambeau qui emporte la peau et la graisse du bas-ventre (il faut avoir un ventre épais). Les avantages sont ceux de reconstruire un sein parfois volumineux (parfois en un temps), avec amélioration de la zone du bas-ventre. Le DIEP est le lambeau libre le plus réalisé pour les reconstructions mammaires. Suivant la morphologie de la patiente, il peut être intéressant d'en discuter.

- **Deux plus rares :**

**Le lambeau de gracilis** utilise le muscle au niveau de la face interne de la cuisse.

**Le lambeau fessier inférieur** (glutéal inférieur) est un lambeau musculo-cutané, qui emporte la partie basse de la fesse.

Les avantages de ces 2 lambeaux sont la discrétion de la cicatrice du lambeau et de faibles séquelles du site donneur. Mais ils ne sont pas réalisés couramment.

Les lambeaux pédiculés sont plus fiables et sont au nombre de deux essentiellement.

**Le TRAM** emporte la même zone que celle du DIEP (peau et graisse du bas-ventre) mais cette fois, on déplace le muscle qui contient le vaisseau nourricier. C'est un lambeau musculo-cutané : «l' ancêtre » du DIEP.

Son avantage est qu'il est plus rapide et plus fiable que le DIEP. En revanche, le gros inconvénient est qu'il sacrifie un des deux muscles abdominaux, ce qui peut entraîner des séquelles plus ou moins invalidantes au quotidien (dans 30% des cas), comme l'éventration (qui peut nécessiter des réinterventions chirurgicales). Le risque de phlébite est assez important.

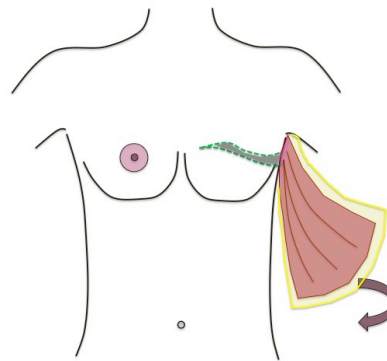
Il est peu pratiqué depuis l'avènement du DIEP.

**Le lambeau de grand dorsal** peut être musculo-cutané ou musculaire pur. Le muscle grand dorsal est un muscle fin qui s'étale sur la moitié inférieure de l'hémi-dos. Il est accessoire : son absence gêne la pratique de l'escalade et la marche avec béquilles. Il est à noter que le lambeau de grand dorsal pédiculé est le plus réalisé en reconstruction car est le meilleur compromis entre service rendu et complications possibles.

La cicatrice de mastectomie est prolongée vers le dos (en vert sur le schéma), permettant de soulever l'ensemble du muscle et la graisse attenante, de le faire tourner sous le bras et de le placer dans l'ancienne loge du sein.

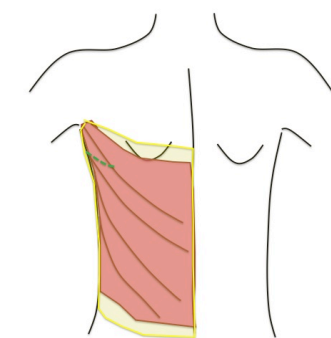
Le volume du sein reconstruit dépend de celui du muscle et de la graisse qui le surplombe.

Souvent, il faut augmenter le sein secondairement par des greffes graisseuses (2 à 5 mois après).



### Indications : Pour qui ?

- Pour toutes les patientes:
  - ne souhaitant pas de prothèse ("corps étranger"),
  - dont la priorité est l'aspect naturel (au regard et au toucher),
  - qui ne veulent pas d'intervention plus tard,
  - qui ne souhaitent pas que l'autre sein soit retouché,
  - qui ne sont pas trop maigres.
- Pour des seins:
  - De tout type (un petit sein est plus facile à reconstruire par lambeau que par prothèse parfois),
  - Notamment les seins tombants ou étalés avec une sorte de prolongement sous le bras.
    - En rattrapage d'autres techniques ou en cas de contre-indication de la prothèse.
    - En reconstruction immédiate :  
Technique idéale esthétiquement et permet de refaire l'aréole dans le même temps (cicatrice du dos plus longue).
      - Pour les reconstructions bilatérales :  
Les lambeaux de grand dorsal partiels sont une bonne alternative aux prothèses, et vont donner des résultats plus naturels et fiables. On réalise un lambeau puis l'autre (pas les 2 en même temps).



*Empreinte du muscle grand dorsal et de sa graisse au niveau du dos.*

### Avantages

- Technique très fiable (taux d'échec faible)
- Résultat plus naturel visuellement et en palpation (notamment par rapport aux implants) : meilleure acceptation et réintégration du sein reconstruit dans le schéma corporel.
- Moins de geste de retouche de l'autre sein.
- Reconstruction **DEFINITIVE et PERENNE** : Pas de retouche sur le long terme sauf grandes variations de poids.

## Inconvénients

- Précoces:

- Complications chirurgicales classiques : possibles mais rares (infection, désunion de la cicatrice notamment en cas de radiothérapie, hématome,...) mais sans remise en cause de la reconstruction.

- Lymphocèles:

Des ponctions de lymphocèle (poche de lympho dans le dos) sont parfois nécessaires après le retour à domicile (ponction au cabinet, non douloureuse)

- Insensibilité de la zone dorsale :

Sensations de carton ou de corset de l'hémi-dos. La sensibilité peut mettre de 12 à 24 mois à revenir et parfois partiellement.

- Plus douloureux que pour une prothèse (les antalgiques usuels sont efficaces)

- Tardifs :

- Cicatrice :

Cicatrice plus longue, se prolongeant dans le dos, avec asymétrie parfois des hémi-dos.

- Troubles de la sensibilité du dos pouvant persister après 18 mois.

- Troubles de l'élévation du bras : très rares (rééducation efficace).

- Douleurs chroniques du dos (rares)

### En pratique :

- Durée d'hospitalisation entre 4 et 8 jours (correspond au temps du drainage).

- Arrêt de travail de 6 à 8 semaines : conseils de ne faire que le strict minimum pendant un mois (avec le bras qui ne doit pas se lever au-delà de la hauteur de l'épaule) et reprise des activités du quotidien sur les 2 à 4 semaines qui suivent.

- Normalement pas de kinésithérapie spécifique.

- Reprise des sports doux (natation, vélo) à 6 semaines et sports plus violents (3 mois).

*L'absence de grand dorsal n'empêche pas la pratique de nombreuses activités telles que le skating, le tennis, le jardinage.*

## *Reconstruction exclusive par graisse*

Parmi les techniques autologues, on distingue celle sans lambeau et notamment par déposes successives de cellules graisseuses.

Cette technique est nommée **greffes graisseuses** (lipofilling ou lipomodélage parfois).

Ces cellules sont prélevées sur la patiente, par aspiration à la seringue (même technique que la lipoaspiration), et réinjectées comme de fins fils dans le sein.

Après mastectomie, il y a peu d'épaisseurs dans lesquelles injecter (muscle pectoral surtout). Ainsi, après la première opération, il y a très peu de volume visible. Mais petit à petit, on peut injecter de plus en plus. Il faut être patient.

Il faut entre 3 et 5 opérations sous anesthésie générale pour arriver à un volume de sein (bonnet A à B maximum).

## Avantages

- Technique simple, avec très peu de complications et pas de séquelles fonctionnelles.

- Résultat très naturel visuellement et en palpation (comme les lambeaux).

- Reconstruction **DEFINITIVE et PERENNE** : mais le poids doit rester stable après la reconstruction.

- Quelques petites cicatrices au niveau des zones graisseuses à prélever, avec au final le bénéfice d'une lipoaspiration de ces zones.

## Inconvénients

- 2 à 5 opérations : dépendra de la prise graisseuse et du volume à atteindre.

- Prise graisseuse aléatoire (tout ce qui est injecté ne prend pas). En cas de prise insuffisante, il est parfois nécessaire de mettre un implant pour « finir » la reconstruction (rare mais possible). Le résultat sera néanmoins plus naturel qu'une pose d'implant seul.

- Nécessité d'une stabilité de poids sur le long terme. Les variations de poids feront varier le volume du sein.

- Technique peu adaptée aux bonnets >B et aux formes de seins « pointus ».

## En pratique :

- Hospitalisation de 24 à 48 H.
- Douleurs de courbatures 10 j.
- Arrêt de travail de 2 à 3 semaines.
- Mobilité complète préservée et reprise du sport selon la fatigue.
- Les interventions sont espacées de 3 à 4 mois (temps de prise de la graisse).

---

## *Les complications des reconstructions*

La reconstruction mammaire peut exposer, comme toute chirurgie sous anesthésie générale, à des complications comme une hémorragie, un **hématome**, une **infection**, ou des **complications de l'anesthésie**.

**Les complications de l'anesthésie** générale, potentiellement graves, sont devenues exceptionnelles actuellement.

**Les complications opératoires** sont rares mais peuvent compromettre le résultat voir même la reconstruction complète. Les plus fréquentes sont :

- Le retard de cicatrisation : désunion ou nécrose<sup>7</sup> cutanée principalement chez les patientes fumeuses et les patientes irradiées. Cette complication peut entraîner la dépose d'une prothèse.
- L'infection : peut survenir lors des premières semaines postopératoires. Une antibiothérapie pourra être nécessaire et parfois la dépose de la prothèse.
- L'hématome : en fonction de son importance et de rapidité de constitution, une reprise chirurgicale peut être nécessaire en urgence rarement associée à une transfusion.

S'ajoutent à ces complications « classiques », les **complications spécifiques de chaque technique** détaillées dans les « inconvénients » de chacune.

---

## La seconde opération

Le premier temps opératoire permet d'établir les bases du sein et d'apporter un premier volume (choisi parmi les techniques énoncées plus haut). Il faut 4 à 5 mois pour obtenir un résultat stable de ce premier temps (fonte de l'œdème, et musculaire, stabilisation de la loge prothétique).

La deuxième opération consiste à harmoniser les deux seins en agissant sur

- **le sein reconstruit**

Si reconstruction par prothèse :

- Dépose de l'expandeur pour une prothèse souple,
- Greffes graisseuses pour améliorer le décolleté,
- Amélioration des contours du sein.

Si reconstruction autologue

- Augmentation du volume par greffes graisseuses (une ou deux séances)
- Amélioration des contours.

- **le sein controlatéral :**

En fonction du désir de la patiente et de l'asymétrie des seins (en forme et en volume) : Réalisation d'une remontée, d'une réduction du sein ou d'une augmentation par prothèse (si trop petit ou forme très différente).

## En pratique :

- La durée d'hospitalisation est de 1 à 4 jours.
- La convalescence est plus rapide et moins douloureuse que lors du 1<sup>o</sup> temps.
- L'arrêt de travail est de 3 à 4 semaines.

---

## La plaque aréolo-mamelonnaire

### **La plaque aréolo-mamelonnaire**

est préférentiellement réalisée 4-5 mois après de deuxième temps, sous anesthésie locale au cabinet ou parfois à la clinique.

C'est la « touche finale », et il est important d'attendre la cicatrisation et le placement définitif des deux seins pour être le plus juste.

- **L'aréole** est réalisée par tatouage, ou par greffe de peau plus ou moins tatouée.

- **Le mamelon** est reconstruit soit en prélevant une petite partie du mamelon du sein restant, soit par une greffe ou un lambeau de peau prélevé près d'une cicatrice.

Ce geste est simple, rapide, non douloureux, et ne nécessite pas d'arrêt de travail.