

Reconstruction des seins après ablation totale

La décision d'une reconstruction mammaire est un choix personnel qui nécessite un temps de réflexion et une bonne information.

Il est important de la réaliser "au bon moment" et "de la bonne façon".

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 déshabillée, 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 ,
- 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 prothèse ou autologue),

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,...).

Avant de détailler les techniques, les différents éléments du sein sont rappelés et leur principe de reconstruction expliqué.

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 (le symbole même du sein).

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.

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 : celle sous le sein (peau du haut du ventre) peut être remontée (on repasse par la cicatrice de mastectomie). Des points à l'intérieur (au niveau du sillon inférieur du sein) fixe la remontée de la peau. Ainsi une poche de peau est créée : cette procédure s'appelle le Lambeau d'Avancement Abdominal (LAA). 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 (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. Elle est souvent réalisée au cabinet à distance des opérations sous anesthésie générale (« petite » intervention sous anesthésie locale). Des techniques simples ou plus compliquées peuvent être proposées en fonction du souhait de chacune et des possibilités locales.

Les différents procédés de reconstruction

1- Techniques avec prothèse mammaire

Prothèse mammaire seule

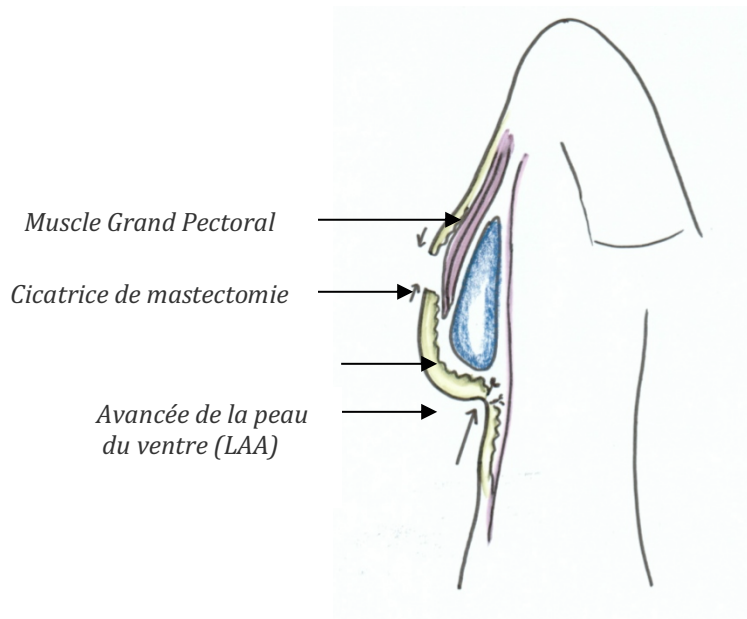
Description :

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

Elle consiste à introduire par la cicatrice de mastectomie, qui est réouverte, une prothèse sous le muscle grand pectoral . 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 (si la peau est très rigide : elle écrasera la prothèse).



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).

Puis, la peau s'assouplit naturellement, ou aidée par des gonflages* répétés de l'expandeur, permettant ensuite de soutenir une prothèse plus proche du volume final souhaité.

** 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. Il est souvent nécessaire de retoucher l'autre sein (pour le remonter, l'arrondir ou le diminuer).

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).

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 considéré esthétique).

Avantages

- Technique rapide, relativement simple (2H30)

- 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 au défaut de cicatrisation.

- Tardifs :

- Résultat moins naturel

- Risque de durcissement et de déformation

du sein (coque) :

Après la pose de la prothèse mammaire, une membrane va être synthétisée par le corps (comme un paravent) : 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).

- Vieillessement différent des deux seins :

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

- Risque de rupture de la prothèse

Avec dégonflement total en cas de prothèse gonflée au sérum physiologique et celui de siliconome en cas de rupture de la prothèse préremplie de gel de silicone. 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.

- 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.

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 fragiles.

2- Techniques autologues

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)).

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.

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 **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 pratiqués dans des centres spécialisés (CHU) 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. Suivant la morphologie de la patiente, il peut être intéressant d'en discuter (notamment du DIEP qui emporte la zone du bas ventre qui serait en excès).

- 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)

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

Le TRAM

Il emporte la même zone que celle du DIEP (peau et graisse du bas-ventre) mais cette fois, on emporte le vaisseau nourricier dans l'épaisseur du muscle abdominal

sous-jacent. C'est un lambeau musculo-cutané (la peau et le muscle). Il s'adresse aux mêmes patientes que pour le 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 de moins en moins pratiqué.

Le lambeau de grand dorsal : TOTAL ou PARTIEL

Description

Il peut être musculo-cutané ou musculaire pur (juste le muscle).

Le muscle grand dorsal est un muscle fin qui s'étale sur la moitié inférieure de l'hémidos. Il est prélevé avec une couche grasseuse « collée » au muscle et nourrie par des petits vaisseaux émanant du muscle.

Le muscle grand dorsal est accessoire : son absence totale gêne la pratique de l'escalade et la marche avec béquilles. Aucun trouble fonctionnel lorsqu'il est prélevé partiellement (technique sus-citée).

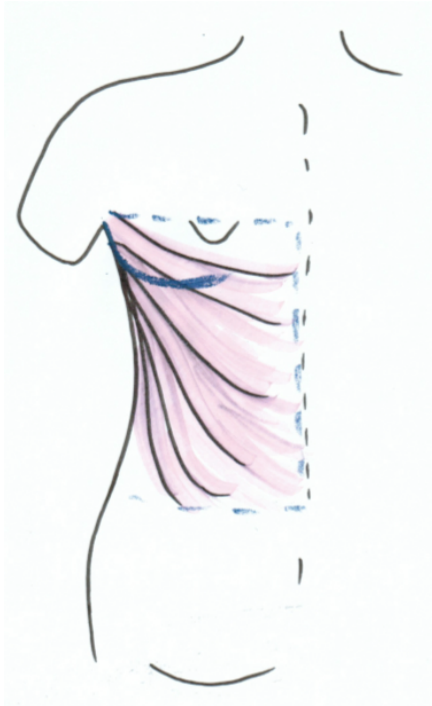
Quand on prélève un lambeau de grand dorsal COMPLET : on prélève l'ensemble du muscle.

Quand on prélève un lambeau de grand dorsal PARTIEL : on ne prend qu'une « languette » musculaire verticale de 5 cm de large avec une couche grasseuse étendue (l'avantage est la conservation quasi totale du muscle grand dorsal, l'inconvénient est la diminution du volume du lambeau).

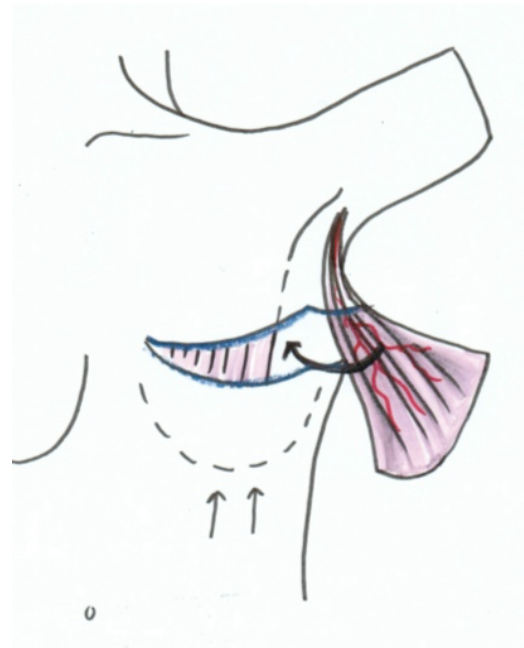
C'est un raffinement de la technique qui permet d'apporter de réduire considérablement les inconvénients du lambeau de grand dorsal complet (durée de convalescence, douleur, possibilité de le réaliser même en cas de douleurs dorsales chroniques, pas de séquelles fonctionnelles...) et d'avoir des résultats esthétiques aussi bon.

La cicatrice du prélèvement est dans le prolongement de la cicatrice de mastectomie sous le bras et s'arrête juste au bord latéral du dos.

L'ensemble (ou une partie verticale) du muscle est prélevé, basculé sous le bras (pivote autour de son point d'accroche), puis placé dans l'ancienne loge du sein.



Vue de dos (muscle en place)



*Vue de face
(muscle basculant vers le sein)*

Le volume du sein reconstruit dépend de celui du muscle et de la couche graisseuse (volume non maîtrisé).

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

En pratique :

- Durée d'hospitalisation entre 4 et 8 jours (sortie possible avec des drains).
- Arrêt de travail de deux mois.
- Reprise du sport doux (natation, vélo) : 6 semaines et sport plus violent (3 mois).

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),
 - et notamment les seins tombants ou étalés avec une sorte de prolongement sous le bras.
- 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).
- En rattrapage d'autres techniques ou en cas de contre-indication de la prothèse.
- Idéal (en résultat) dans le cadre des reconstructions immédiates.

NB : Les lambeaux de grand dorsal partiels sont de plus en plus proposés, mais la patiente ne doit pas avoir de trop gros seins ou être trop mince ; Ils peuvent être associés alors à une pose de prothèse pour donner le volume manquant. On aura alors un résultat esthétique optimal.

Avantages

- Reconstruction **DEFINITIVE et PERENNE**.
- 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 symétrisation de l'autre sein.

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 lymphe 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). A noter une convalescence plus courte et beaucoup moins de douleurs pour le lambeau de grand dorsal partiel.

- **Tardifs** :

- Cicatrice: plus longue, se prolongeant vers le dos, avec asymétrie mineure des hémi-dos.

- Troubles de la sensibilité: pouvant persister après 18 mois.

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

- Douleurs chroniques du dos (rares)

Reconstruction exclusive par graisse

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

Description

Cette technique est nommée **greffe graisseuse** (lipofilling ou lipomodelage 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). Les interventions sont espacées de 3 à 4 mois car il faut environ 3 mois pour avoir un résultat stable (10 à 30% de la graisse injectée ne survivra pas).

En pratique :

- Hospitalisation de 24 à 48 H
- Arrêt de travail de 3 semaines
- Mobilité complète préservée et reprise du sport selon la fatigue.

Indications: POUR QUI?

- Pour des patientes

- souhaitant une technique naturelle, et pérenne avec peu d'inconvénients fonctionnels ou pas de cicatrices supplémentaires,
- et n'étant pas trop minces

- Pour des seins:

- taille petite à moyenne
- en préparation d'une technique par prothèse : un ou deux temps de greffes graisseuses peuvent permettre d'épaissir la peau, d'améliorer sa vascularisation (et donc réduire le risque de « nécrose » de la peau), et d'améliorer le résultat esthétique de façon remarquable.

PS : Rares possibilités dans les reconstructions bilatérales.

Avantages

- Reconstruction **DEFINITIVE et PERENNE** : mais le poids doit rester stable après la reconstruction.
- Technique simple, avec très peu de complications et pas de séquelles fonctionnelles.
- Résultat très naturel visuellement et en palpation (comme les lambeaux).
- Quelques petites cicatrices au niveau des zones graisseuses à prélever, avec au final le bénéfice d'une lipoaspiration de ces zones.

Inconvénients

- 3 à 5 opérations (suites : fatigue et ecchymoses nombreuses).
- Prise graisseuse aléatoire, avec parfois nécessité 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 adaptée seulement pour un petit sein : peu de patientes concernées.

La seconde opération

Si le premier temps opératoire permet d'établir les bases du sein et d'apporter un premier volume (choisi parmi les techniques énoncées plus haut), la deuxième intervention est nécessaire pour améliorer la reconstruction et harmoniser les deux seins (forme et volume).

Il faut attendre 3 à 5 mois entre ces deux opérations (fonte de l'œdème, et musculaire, stabilisation de la loge prothétique).

Concernant le sein reconstruit,

Plusieurs gestes peuvent être réalisés :

• Si reconstruction par prothèse :

- Eventuel changement prothétique,
- Greffe graisseuse 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.

Concernant le sein controlatéral :

En fonction du sein et du désir de la patiente, réalisation d'une remontée, d'une réduction ou d'une augmentation par prothèse (rare).

Les complications de ces interventions restent les mêmes que pour toute opération (faibles dans l'ensemble).

En pratique :

- Ces gestes nécessitent la réalisation d'une mammographie de ce sein avant (moins de 6 mois) et un an après.
- La durée d'hospitalisation est de 1 à 4 jours.
- La convalescence est plus rapide et moins douloureuse. Cependant, si la greffe graisseuse est importante, une fatigue peut persister 3 semaines avec des courbatures désagréables.
- L'arrêt de travail est de 3 à 4 semaines.

La plaque aréolo-mamelonnaire

L'aréole et le mamelon sont préférentiellement réalisés 4-5 mois après le deuxième temps, **sous anesthésie locale au cabinet.**

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.

En conclusion

Si finalement peu de patientes se font reconstruire, c'est souvent par peur de nouvelles interventions, d'un « nouveau sein » qui ne serait pas le sien ou qui ne ressemblerait pas à l'autre. Il faut dépasser ces peurs en s'informant sur les différentes techniques.

La compréhension et l'adhésion au programme proposé sont les clés d'une reconstruction bien vécue et parfaitement intégrée.

Choisir un chirurgien expérimenté dans le domaine vous permettra de choisir parmi un éventail plus large de techniques, et de bénéficier d'un réel traitement personnalisé et sur mesure.