



pour la vie

Recherche
Information - Prévention - Dépistage
Actions pour les malades et leurs proches

PROTHÈSE RÉTRO-PECTORALE
LAMBEAU GRAND DORSAL
LAMBEAU ABDOMINAL

la reconstruction du sein après un cancer

GRAND PUBLIC



SIS est un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé indépendants, réunis à l'initiative de la **Ligue contre le Cancer** dans un but de recherche et de propositions autour de la reconstruction mammaire. C'est dans ce cadre que cette brochure pour le grand public a été rédigée par les professionnels suivants :

Nadine **BLACHET**
Infirmière *Montpellier*

Jean François **BOURGEOIS**
Kinésithérapeute *Montpellier*

Kerstin **FARAVEL**
Kinésithérapeute *Montpellier*

Marie Christine **GIBERT**
Infirmière *Montpellier*

Docteur Dominique **MAISTRE**
Médecin psychanalyste *Montpellier*

Docteur Isabelle **NICKLES**
Médecine esthétique non chirurgicale
Hypnose thérapeutique *Montpellier*

Docteur Marion **PELISSIER**
Oncologue radiothérapeute
Ligue Contre le Cancer *Montpellier*

Christina **PICCOLI**
Kinésithérapeute *Montpellier*

Docteur Maryvonne **SOULIER**
Docteur en psychologie clinique
Sénologue *Montpellier*

Docteur Cécile **ZINZINDOHOUE**
Chirurgien sénologue *Montpellier*



BRD046 - MAI 2008

Design maquette > Catherine **PRIVAT**

Illustrations > Didier **PETIT**

SOMMAIRE

▮ A qui s'adresse la reconstruction mammaire ? 5

▮ A quel moment pourrais-je avoir une reconstruction mammaire ? 5

▮ Où et par qui ma reconstruction mammaire peut-elle être réalisée ? 6

▮ Combien ça coûte ? 6

▮ Comment puis-je me préparer au mieux à la reconstruction de mon sein ? 7

▮ Quelles sont les méthodes possibles ?

> PROTHÈSE RÉTRO-PECTORALE 10

> LAMBEAU GRAND DORSAL 17

> LAMBEAU ABDOMINAL 23

>> RECONSTRUCTION DE LA PLAQUE ARÉOLO-MAMELONNAIRE 26

▮ La chirurgie de reconstruction mammaire est-elle douloureuse ? 28

▮ L'apport des autres techniques médicales pour améliorer la reconstruction mammaire 28

▮ Que peuvent m'apporter les soins de kinésithérapie ? 29

▮ De quel soutien psychologique aurais-je besoin ? 30

▮ La reconstruction mammaire a-t-elle un impact sur le risque de récurrence ? 32

▮ De quelle surveillance aurais-je besoin après la reconstruction mammaire ? 32

▮ Pourrais-je reprendre une activité professionnelle après la reconstruction mammaire ? 33

▮ Pourrais-je reprendre des activités sportives après la reconstruction mammaire ? 33

▮ Retrouverais-je la sensibilité du sein après la reconstruction mammaire ? 33

▮ Qu'arrive-t-il si je grossis ou si je maigris après la reconstruction mammaire 33

▮ Paroles et témoignages de femmes 34

▮ Le cancer 36

▮ Découvrez la LIGUE 38

Réparer la perte physique d'un sein

Les progrès des techniques chirurgicales permettent 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.

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.

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.

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 pas vocation à répondre à toutes les questions, mais il peut aider à cheminer et accompagner une réflexion sur ce sujet.

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

*Brochure rédigée
par le collectif ISIS
regroupant
des professionnels
de santé indépendants
et multidisciplinaires
en janvier 2008*

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 de nouvelles interventions chirurgicales.

A quel moment pourrais-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 et dépend donc du type de cancer du sein traité.

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 "différée" ou "secondaire". 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.

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



La reconstruction mammaire peut être proposée 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.

Combien ça coûte ?



La 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 dépassement d'honoraires. Cette part

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

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 des compléments d'honoraires par une mutuelle.

Comment puis-je me préparer au mieux à la reconstruction de mon sein ?

Le tabagisme est néfaste car il est susceptible d'interférer avec les processus de cicatrisation. Il augmente les risques de complications post-opératoires, multipliant par exemple par deux le risque de nécroses cutanées.

Il est donc recommandé de s'arrêter de fumer 2 mois avant et 2 mois après la reconstruction mammaire pour prévenir les risques de retard de cicatrisation et les risques infectieux associés.

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

Par ailleurs, une préparation de la peau peut être envisagée. Elle consiste à rendre la peau la plus souple et 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 techniques

de massages réalisées par un kinésithérapeute.

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

7

Quelles sont les méthodes possibles



Généralités

Le processus de reconstruction mammaire s'étale en général sur plusieurs mois et nécessite plusieurs interventions successives.

Le plus souvent, la 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 envisager la reconstruction de l'aréole et du mamelon lors de cette deuxième intervention ou ultérieurement selon les cas.

Il existe plusieurs méthodes pour reconstruire un sein. Les plus

couramment proposées font appel à la mise en place d'une prothèse derrière le muscle pectoral ou à l'utilisation d'un muscle et de la peau du ventre (TRAM), ou à l'utilisation d'un muscle du dos (grand dorsal).

Ces différentes solutions reposent sur des techniques chirurgicales différentes. Leurs conditions de réalisation, leurs avantages et leurs inconvénients diffèrent. C'est le type de traitement reçu ou envisagé, l'état de la peau, la morphologie de chaque femme, et autant que possible le désir de chacune, qui seront pris en compte par le chirurgien pour choisir la technique la mieux adaptée à chaque cas.

Toutes ces méthodes de reconstruction d'un sein peuvent être proposées pour les reconstructions mammaires "immédiates" comme pour les reconstructions "différées".

Reconstruction mammaire par prothèse rétro-pectorale

Cette méthode consiste à utiliser une prothèse ou implant qui est glissé sous 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.

Une première intervention permet dans ces cas-là 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.

Lorsque le volume souhaité est atteint, une nouvelle intervention permet le retrait de la prothèse gonflable qui est remplacée par l'implant mammaire définitif .

La technique

Les implants mammaires

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.

Elle donne aux implants une consistance plus souple et un aspect plus naturel que le 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 .

Reconstruction mammaire par prothèse rétro-pectorale



► La cicatrice
de l'ablation du sein
est ré-ouverte
pour permettre
de passer sous le
muscle pectoral



10

Reconstruction mammaire par prothèse rétro-pectorale



► On crée
sous le muscle
un espace suffisant
pour y glisser
une prothèse
correspondant au
volume 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 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 « contracture capsulaire ». Cette

complication peut rendre le sein dur, rond, fixé et parfois douloureux. Elle survient dans moins de 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'année. Au-delà, il peut être nécessaire de le changer s'il paraît défectueux. Les ruptures peuvent se dépister par des examens radiologiques (mammographie, IRM).

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

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

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

Les suites et les résultats

La reconstruction mammaire par prothèse rétro-pectorale nécessite des temps d'intervention et des durées d'hospitalisation courts.

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

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.

Un kinésithérapeute pourra à la demande réaliser du drainage lymphatique manuel pour aider la résorption des oedèmes et des hématomes. Il pourra mobiliser la prothèse pour lui permettre de prendre sa place. Ces mobilisations permettent également d'agir sur la capacité de distension de la peau et d'obtenir ainsi un sein reconstruit le plus souple possible.

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 par un kinésithérapeute des massages mécaniques .

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.

Reconstruction mammaire
par prothèse rétro-pectorale

13

Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal

► *La technique de reconstruction par lambeau de grand dorsal consiste à utiliser ce muscle en le faisant pivoter vers la poitrine.*

La technique

Le muscle grand dorsal est un muscle du dos qui n'est pas indispensable sur le plan fonctionnel. S'il disparaît au niveau du dos, la mobilité de l'épaule et du tronc reste intacte. Ce muscle est alimenté prioritairement par une artère et une veine qui viennent du creux de l'aisselle.

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.

On distingue les reconstructions du sein par lambeau de grand dorsal avec prothèse et les reconstructions du sein par lambeau de grand dorsal autologue, c'est à dire sans prothèse.

Lorsqu'on réalise un lambeau de grand dorsal avec prothèse, le muscle du dos va servir 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

14

Reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal

semaines le sein prend son aspect définitif.

Lorsqu'on réalise un lambeau de grand dorsal autologue, c'est à dire sans prothèse, 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 quatre 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.

Après quelques semaines, le volume se stabilise définitivement. 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 le volume du sein à reconstruire est important plusieurs séances de lipomodelage peuvent être nécessaires.

15

Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal



► On utilise un muscle du dos avec une petite partie de la peau le recouvrant. Le muscle, dont on conserve les vaisseaux nourriciers venant du creux de l'aisselle, pivote vers l'avant en passant sous la peau de l'aisselle



16

Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal



► *Sur la poitrine
le muscle grand dorsal
est utilisé
avec ou sans prothèse
pour reconstruire
le sein.
Il en résulte une
cicatrice dans le dos*

17

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.

Dans le cas d'un lambeau de grand dorsal avec prothèse, les complications liées aux implants mammaires peuvent se rencontrer (cf. § b.). 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 rare, elle peut amener à ré-intervenir pour pratiquer l'ablation de la partie abîmée 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 peut se former une poche de liquide nécessitant parfois d'être ponctionnée à plusieurs reprises. Ces ponctions sont indolores et pratiquées en consultation. Il existe différents moyens pour réduire les risques de séromes (port d'un vêtement compressif, injection de corticoïde dans le dos...).

Les suites et les résultats

Reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal

L'intervention et l'hospitalisation sont un peu plus longues que pour la technique précédente. Parfois il sera nécessaire de conserver un drain dorsal quelques jours après le retour à domicile.

Il n'y a en général pas de répercussion importante 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 bien que les suites opératoires soient parfois douloureuses les premiers jours, en particulier au niveau du dos.

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. Le kinésithérapeute peut également réaliser du drainage lymphatique manuel pour aider la résorption des œdèmes et des hématomes. Les objectifs du kinésithérapeute

seront également d'obtenir un sein reconstruit aussi souple que possible. S'il s'agit d'un lambeau de grand dorsal avec prothèse il cherchera à mobiliser cette prothèse et montrera comment le faire soi-même. S'il s'agit d'un lambeau de grand dorsal autologue il réalisera des massages manuels essentiellement pour assouplir le sein.

Dans le même temps il cherchera à lutter contre les adhérences cicatricielles. 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 de permettre une liposuction parfois avantageuse. 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.

Reconstruction mammaire par lambeau abdominal

► *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.*

La technique

Ce procédé de reconstruction 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 amputé. 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.

Lorsque les vaisseaux du muscle grand droit sont sectionnés puis resuturés et « ré-abouchés » à d'autres vaisseaux sur le thorax, on parle de TRAM libre ou de Turbo TRAM.

Enfin, lorsque seuls les vaisseaux sont utilisés mais que le muscle grand droit est conservé en place sur la paroi abdominale, on parle de DIEP. Le DIEP constitue l'un des plus récents développements techniques du lambeau abdominal.

20

lambeau abdominal. Il consiste à ne prélever sur le bas ventre que la peau et la graisse avec les vaisseaux qui les alimentent, en gardant intact le muscle grand droit. Les vaisseaux sont réabouchés à d'autres vaisseaux sur la poitrine. Cela permet ainsi de préserver la paroi abdominale et de minimiser les séquelles fonctionnelles de ce type de lambeau.

Reconstruction mammaire par lambeau abdominal

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.

importantes, phlébites ou embolies pulmonaires, nécroses du lambeau ou de la paroi abdominale...), ou elles peuvent être tardives (affaiblissement de la paroi abdominale, voussure et éventration, douleurs abdominales, diminution de la force musculaire...).

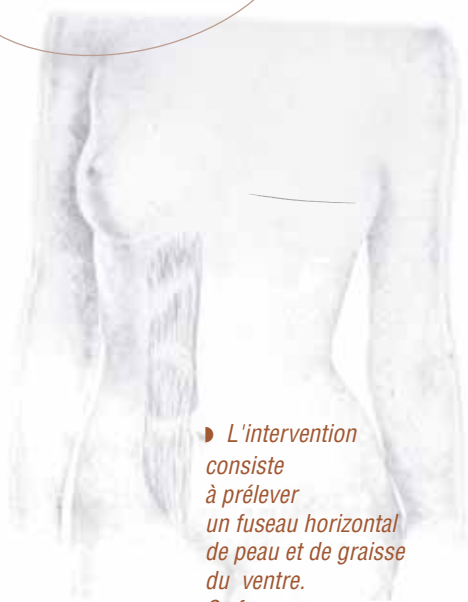
Les reconstructions par lambeau de grand droit sont des interventions longues et délicates qui peuvent occasionner des complications spécifiques. Ces complications tous types confondus, concernent environ un tiers des femmes opérées. Elles peuvent être précoces (pertes sanguines

Ces risques de complications sont majorés par l'obésité, le diabète, le tabac et l'âge.

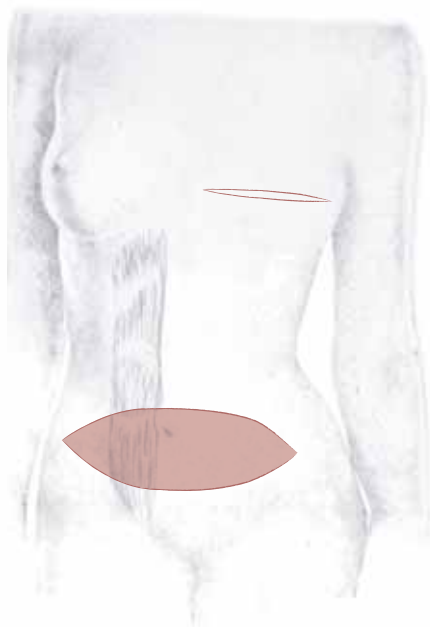
Le chirurgien évalue au mieux les risques de complication liés à chaque femme afin de ne proposer ces techniques que lorsque ces risques sont minimes.

21

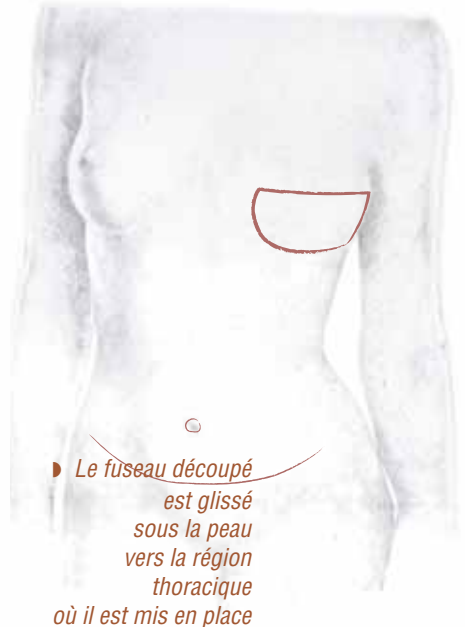
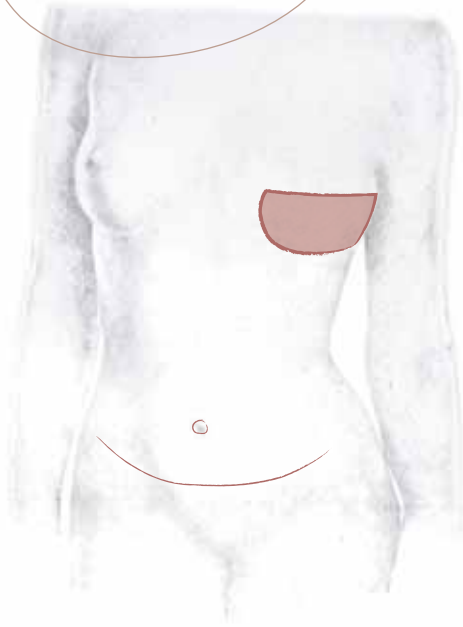
Reconstruction mammaire par lambeau abdominal



► L'intervention consiste à prélever un fuseau horizontal de peau et de graisse du ventre. Ce fuseau est alimenté par les vaisseaux du muscle grand droit de l'abdomen.



Reconstruction mammaire par lambeau abdominal



- *Le fuseau découpé est glissé sous la peau vers la région thoracique où il est mis en place pour reconstruire le volume du sein. Il en résulte une cicatrice sur le bas du ventre*



Reconstruction mammaire par lambeau abdominal

Les suites et les résultats

L'opération et l'hospitalisation sont plus longues que pour une reconstruction mammaire par prothèse.

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 kinésithérapique 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 progressivement 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 oedèmes et des hématomes pourront être utiles.

L'objectif du kinésithérapeute 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.

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 le lambeau de grand dorsal autologue, 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.

Symétrisation

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", augmenter ou réduire un sein. Cela générera des cicatrices aussi réduites que possible au niveau du sein à modifier.

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.



Reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire

La méthode par chirurgie

Pour le mamelon, la méthode par greffe peut consister

► à prélever la moitié du mamelon du sein restant pour la greffer sur le sein reconstruit.

► à découper une petite zone de peau du sein reconstruit qui repliée sur elle même va recréer un volume.

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 très ressemblant mais souvent de petit volume. Il peut 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 reconstruit est dépourvu de sensibilité notamment érogène.

La reconstruction chirurgicale de l'aréole, c'est à dire du disque de peau colorée qui entoure le mamelon, peut se faire par greffe de peau en prélevant 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.



Reconstruction de la plaque areolo-mamelonnaire

Quelques jours de pansements simples sont ensuite nécessaires. Elle peut aboutir à un résultat satisfaisant avec un très léger relief irrégulier associé à une pigmentation, mais parfois cette pigmentation s'atténue ou se déforme après quelques mois et des retouches par dermo-pigmentation peuvent être nécessaires.

► Pour l'aréole, la reconstruction peut se faire par greffe de peau en prélevant un disque de peau pour le greffer autour du mamelon.

La méthode par dermo-pigmentation

La technique de dermo-pigmentation ou dermatographie médicale remboursée par les organismes de sécurité sociale est un acte médical, ce qui la différencie du tatouage artistique 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. Les suites sont simples. Un

pansement est gardé bien au sec pendant quelques jours et les petites croûtes tombent toutes seules. Le risque d'infection locale bénigne est très rare, il y a parfois une petite rougeur d'irritation qui disparaîtra vite. Le résultat final sera obtenu au bout d'un mois.

Cette technique permet d'améliorer le résultat esthétique en camouflant certaines imperfections et en harmonisant les deux côtés. Il faut éventuellement refaire cet acte au bout de quelques années car les couleurs de ces pigments médicaux s'éclaircissent avec le temps.

27

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

L'apport des autres techniques médicales 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 esthétique peuvent être améliorés par différents traitements locaux de prescription médicale ainsi que par des techniques utilisant certains lasers médicaux.
 - ▮ 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 les organismes de sécurité sociale.

28

Que peuvent m'apporter les soins de kinésithérapie



Que soit le type de reconstruction mammaire, par prothèse ou par lambeau les objectifs du kinésithérapeute sont :

- ▮ de récupérer la mobilité normale de l'épaule et une bonne souplesse du dos ;
- ▮ d'aider la résorption des oedèmes 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, beaucoup plus volumineux qu'il ne le sera par la suite. En cas de reconstruction par lambeau, à la résorption des oedèmes et des hématomes vont s'ajouter une détente des tissus et une fonte musculaire et le temps nécessaire à la stabilisation du volume du lambeau est de 4 à 6 mois.

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.

Il est recommandé de masser régulièrement le sein reconstruit avec une émulsion hydratante afin de l'aider à retrouver puis à préserver sa souplesse.



De quel soutien psychologique aurais-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 question de 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.

Dans ce cheminement psychologique qui conduit de l'acceptation à l'appropriation du sein reconstruit, chaque femme chemine selon son rythme. Suivant leur rôle dans la filière de soins, les soignants sont les médiateurs de ce processus et au travers des gestes techniques, chacun assure une forme d'accompagnement psychologique.

Quand on vit en couple, la présence attentive du compagnon à chaque étape de la reconstruction est une aide précieuse et il faut préserver le dialogue 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

30

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 recevables.

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

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.

De quelle surveillance aurais-je besoin après ?

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.

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

Oui, et la reprise d'une activité professionnelle est une étape importante. Il faut simplement

prendre en compte la prévention du lymphoedème (gros bras), si des ganglions ont été enlevés au niveau de l'aisselle.

Pourrais-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 activités 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.

Retrouverais-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.

Qu'arrive-t-il si je grossis ou si je 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, mais parfois dans des proportions différentes du sein naturel.

En cas de reconstruction utilisant une prothèse, les variations de poids induisent un déséquilibre et une asymétrie plus importantes.

33

“

PAROLES ET
TÉMOIGNAGES
DE FEMMES”

► **Martine 38 ans**

J'ai eu une mastectomie en 2004. Après l'ablation, j'avais peur de découvrir seule, mon nouveau corps. J'ai demandé à l'infirmière qu'elle m'accompagne pour prendre une douche. Il m'a fallu du temps pour m'accepter et apprivoiser ma cicatrice.

Peu à peu l'idée d'une reconstruction se présentait à moi et je considérais que l'ablation n'était qu'une étape provisoire.

► **Françoise 65 ans**

Etre reconstruite, c'était pour moi la seule façon d'accepter l'idée de l'ablation. La reconstruction, je l'ai faite 2 ans après car au début, je ne me sentais pas le courage de repasser sur la table d'opération après tout ce que je venais de passer.

► **Claude 52 ans**

Ce qui est important pour une reconstruction, c'est d'être bien informée sur toutes les techniques existantes et de faire son choix en fonction de ce que l'on ressent au fond de soi. C'est un choix très personnel et intime. Le chirurgien qui m'a accompagnée m'a offert temps, considération, écoute et savoir faire.

► **Danielle 58 ans**

J'aurais eu beaucoup de mal à m'accepter "sans rien". La reconstruction immédiate dans le même temps opératoire a été une bonne chose pour moi. En fait j'avais déjà accepté cette prothèse avant que l'on ne m'opère. Il n'y a pas eu de vraie mutilation mais il y a eu un "remplacement" par cette chose qui n'est pas moi mais qui n'est pas dangereuse et que j'ai adoptée.

34

“
PAROLES ET
TÉMOIGNAGES
DE FEMMES”

▮ Claire 39 ans

Il était pour moi hors de question de ne pas envisager la reconstruction, je pense effectivement que ce geste permet de tourner la page par rapport à la maladie. Je considère ce qui m'est arrivé comme une expérience et j'utilise "l'après maladie" comme un renouveau à tous les niveaux.

▮ Monique 42 ans

Il y a un an, j'ai fait une reconstruction par grand dorsal suivie après quelques mois d'une injection de graisse. Le résultat est satisfaisant, personne ne peut deviner que j'ai perdu un sein même en maillot de bain. Aujourd'hui je me sens bien dans mon corps et dans ma tête même s'il reste malgré tout la vision d'un changement qui me fait repenser à la maladie.

▮ Francine 34 ans

A l'annonce de mon cancer, je venais d'accoucher d'un petit garçon que j'allais. L'ablation du sein m'a privée de cette joie mais mon enfant a été le moteur de mon combat contre la maladie et dès que cela a été possible j'ai demandé à être reconstruite. L'épreuve a été longue et contraignante, mais je ne regrette rien.

35

LE CANCER

Le cancer se caractérise par un développement anarchique et ininterrompu de cellules « anormales » dans l'organisme qui aboutit à la formation d'une tumeur ou « grosseur ». Cette population de cellules agresse et détruit l'organe dans lequel elle est implantée et peut migrer dans d'autres parties du corps (on parle alors de métastases). Si la prolifération n'est pas stoppée, le cancer se généralise plus ou moins rapidement.

Quelques chiffres

- ▮ En France, le cancer est depuis 2004 la première cause de mortalité générale et prématurée (avant 65 ans) avant les maladies cardiovasculaires, et 146 000 décès lui sont imputables chaque année.
- ▮ Environ 320 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année.
- ▮ Actuellement, un cancer sur deux en moyenne (toutes localisations confondues) peut être guéri.

Le cancer n'est pas contagieux. Le cancer n'est pas héréditaire, sauf dans de très rares cas, mais il existe des terrains (prédispositions familiales) qui fragilisent le sujet vis-à-vis des facteurs toxiques, notamment ceux liés au mode de vie, qui peuvent le favoriser. Environ 70 % des cancers (plus de 85 % des cancers du poumon) sont attribuables à des modes de vie et aux comportements. La prévention et le dépistage sont donc essentiels.

LE RÔLE DU MÉDECIN

Le médecin généraliste a un rôle fondamental dans les stratégies de prévention et de dépistage. N'hésitez pas à le consulter. Il est là pour vous informer sur les facteurs de risque, les moyens de prévention et de dépistage. En général, plus un cancer sera décelé tôt, plus vite il sera soigné et aura des chances de guérir.

36

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

La prévention des cancers tend à diminuer ou supprimer l'exposition à des «facteurs de risque». Les actions de prévention ont souvent un caractère éducatif et collectif comme par exemple la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ; la promotion d'une alimentation saine, d'un exercice physique régulier ; la réduction de l'exposition solaire ou aux cancérogènes lors des activités professionnelles...

Le dépistage consiste à détecter des lésions précancéreuses ou cancéreuses à un stade très précoce, avant même que le patient n'en ressente les premiers symptômes. Par exemple, le cancer du sein peut être dépisté au moyen d'examens tels que la mammographie ; le cancer du col de l'utérus par le frottis cervical ; le cancer colorectal par la recherche de sang dans les selles. Plus le diagnostic est précoce, moins les traitements sont lourds et plus les chances de guérison sont grandes.

Les connaissances s'améliorent en permanence, il faut donc s'informer régulièrement auprès d'un médecin, en consultant des brochures, le site www.ligue-cancer.net ou Cancer Info Service, sur les facteurs de risque, les examens à pratiquer, les signes d'alarme qui peuvent révéler la maladie.

LES SIGNES D'ALARME

- 1** La peau : apparition ou modification de forme, de couleur, d'épaisseur d'un grain de beauté ou d'une tache ocrée.
- 2** Changements dans le fonctionnement des intestins (constipation, diarrhée) ou de la vessie (fréquente envie d'uriner).
- 3** Persistance d'une voix enrouée ou de toux.
- 4** Troubles permanents pour avaler de la nourriture.
- 5** Une enflure ou une boule non douloureuse et qui ne disparaît pas (dans le sein, au cou, dans l'aîne, dans les testicules).
- 6** Apparition de sang dans les urines, les selles, en dehors des règles chez les femmes.
- 7** Perte de poids, anémie, fatigue inhabituelle.

37

DÉCOUVREZ LA LIGUE LE CANCER

QU'EST-CE QUE LA LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER ?

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901 à but non lucratif et reconnue d'utilité publique. Elle est une ONG indépendante reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants. Forte de plus de 728.000 adhérents, la Ligue est un mouvement organisé en une fédération de 103 Comités départementaux qui, ensemble, luttent dans trois directions :

- ▮ la recherche,
- ▮ l'information, la prévention, le dépistage
- ▮ et les actions pour les malades et leurs proches.

LA RECHERCHE

La Ligue est le premier financeur associatif de la recherche sur le cancer en France. Cette dernière s'organise autour de différents pôles : la recherche fondamentale, la recherche clinique (amélioration des traitements), recherche épidémiologique (étude des facteurs de risque pour l'amélioration des conditions de prévention et de dépistage) et la recherche en sciences humaines et psycho-sociales (étude de la qualité de vie des malades pendant et après les traitements du cancer). Elle est pilotée en toute indépendance et transparence par un conseil scientifique national et des conseils scientifiques régionaux et interrégionaux. En labellisant des équipes rigoureusement sélectionnées pour leur excellence par des commissions d'expertise, la Ligue assure le financement de programmes de recherche et suscite des avancées très importantes dans le traitement et la qualité de vie des malades.

L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

L'objectif est triple. Sensibiliser chacun au danger de certaines pratiques (consommations de tabac et d'alcool, exposition prolongée au soleil, etc.), alerter sur les facteurs de risque, communiquer sur les avantages du dépistage et informer sur l'identification de certains symptômes.

Pour répondre aux publics concernés, de nombreux moyens de communication adaptés sont régulièrement actualisés et disponibles au siège de la Ligue ou auprès des Comités départementaux.

38

LES ACTIONS POUR LES PERSONNES MALADES ET LEURS PROCHES

Les Comités de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux personnes malades, aux anciens malades et à leurs proches.

En organisant, en 1998, en 2000 et en 2004, en présence du Président de la République, les Etats généraux des malades du cancer et de leurs proches, la Ligue a donné une très forte impulsion pour que les malades soient mieux pris en charge. En leur donnant la parole, la Ligue a mis en lumière, pris en compte et traduit en actes leurs attentes et leurs besoins pour l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie. Les moyens donnés pour le dispositif d'annonce, les groupes de parole institués, les espaces d'information installés dans les lieux de soins et dans les lieux de vie pour soutenir et rompre l'isolement des personnes malades et de leurs proches, en sont des exemples. La Ligue leur dédie également un espace d'expression et d'information avec le journal «Les proches». Enfin, la Ligue soutient les patients dans leurs difficultés rencontrées pour défendre leurs droits, retrouver un emploi, bénéficier d'un prêt bancaire...

AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

Parce que le cancer est un problème de santé mais aussi une question de société, la Ligue intervient en communiquant activement sur la nécessité de modifier l'image sociale du cancer. Par le biais de son Ecole de formation, la Ligue facilite l'engagement militant en s'appuyant sur des connaissances validées.

Parce que la Ligue nationale contre le cancer est un acteur reconnu et sérieux, elle a créé et développé le numéro de téléphone Cancer Info Service (0.810.810.821) et le gère désormais en collaboration avec l'Institut national du cancer (INCA). Ce numéro azur est à la disposition du public, tous les jours, sauf le dimanche, de 8 h à 20 h. Elle édite également une revue trimestrielle «Vivre», vendue en kiosque, informant ses adhérents et le grand public, sur ses actions et celles de ses Comités départementaux et sur les dernières avancées thérapeutiques contre le cancer.

Contre le cancer, nous avons tous un rôle à jouer !

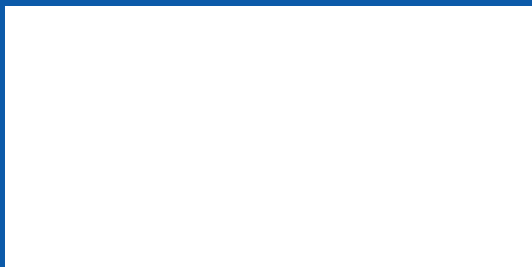


la reconstruction
du sein
après un cancer

LA LIGUE VOUS AIDE ET VOUS INFORME



VOTRE COMITÉ DÉPARTEMENTAL



LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

14 rue Corvisart 75013 Paris
tél. 01 53 55 24 00

www.ligue-cancer.net

La Ligue tient à votre disposition
les coordonnées de Comités départementaux



BRD046 - MAI 2008



pour la vie

Recherche
Information - Prévention - Dépistage
Actions pour les malades et leurs proches