

Reconstruction mammaire

Ce document a été rédigé comme un complément d'informations à celles reçues lors des consultations. Ce texte n'est pas exhaustif, il peut répondre à certaines questions et en suscitera d'autres. Chaque cas individuel est un cas particulier. Interrogez votre chirurgien sur chaque point qui n'est pas clair pour vous. Cette fiche n'a qu'un caractère informatif. Vous pouvez également consulter la page des questions fréquemment posées (FAQ)

Définition :

La reconstruction mammaire est l'opération qui reconstitue un « sein » chez les patientes qui ont subi une mammectomie, c'est-à-dire l'ablation d'un sein, le plus souvent après cancer. Il s'agit ici de chirurgie réparatrice, donc couverte par la sécurité sociale et les éventuelles assurances « hospitalisation ».

Principes et objectifs:

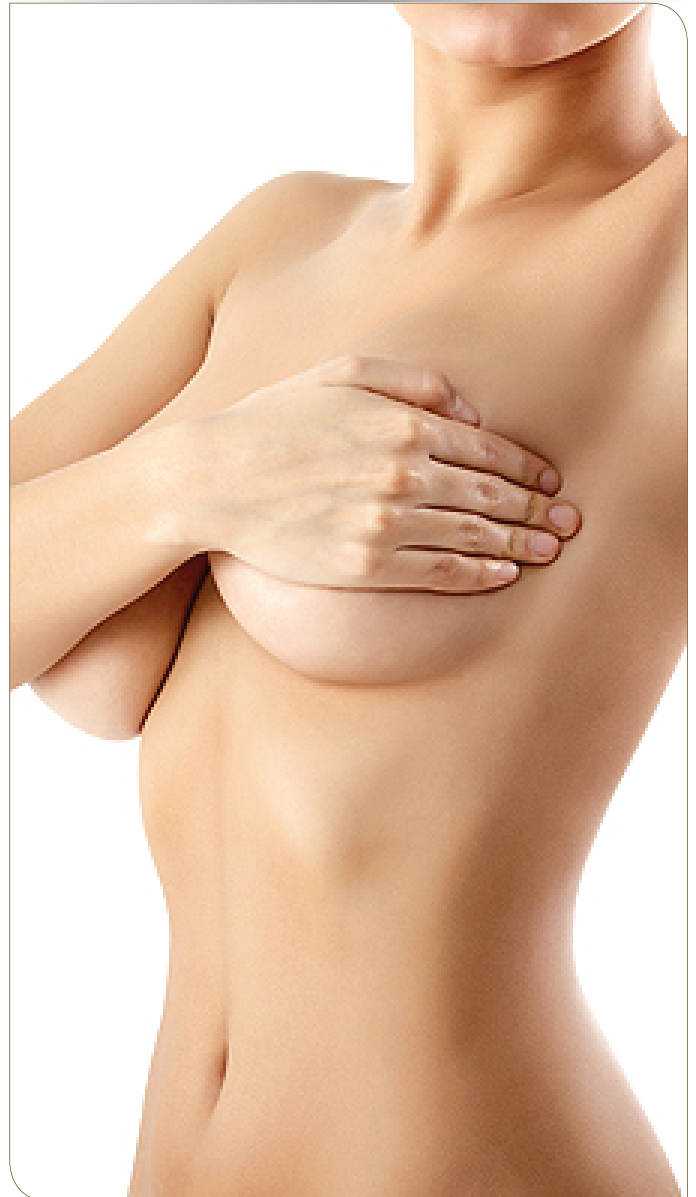
L'objectif est de permettre à ces femmes de retrouver une morphologie proche de ce qu'elles avaient connu avant leur mutilation. Avec un sein reconstruit, elles pourront vivre sans une prothèse externe (ou épithèse) placée dans un soutien-gorge. Elles pourront ainsi retrouver une vie sociale et affective optimale.

Il existe deux grands principes :

Une reconstruction avec un implant interne ou prothèse mammaire. Les prothèses utilisées sont très semblables à celles utilisées en chirurgie esthétique : remplies de gel de silicone ou d'eau stérile (sérum physiologique).

Ce principe de reconstitution du sein a l'avantage d'être plus léger que les modalités suivantes. Par contre, le résultat (palpation, galbe, et symétrie) peut être moins naturel et l'évolution à long terme est parfois moins bonne (déformation du sein qui, au lieu de s'affaisser naturellement, peut se rétracter sur lui-même et quelquefois durcir).

Elle sera donc surtout proposée aux patientes plus fragiles, plus âgées ou demandeuses d'une solution « simple ». Cette technique nécessite parfois une « expansion de la peau » préalable à la mise en place de la prothèse. Elle est parfois rendue délicate si la patiente a eu de la radiothérapie car la peau est alors plus fragile et moins élastique. Dans cette situation, la couverture de la prothèse peut être alors assurée par un lambeau prélevé au niveau du dos (voir ci-dessous).



Une reconstruction par “tissus vivants” : véritable auto-transplantation de tissus venant de la patiente, prélevés à un endroit où ils sont disponibles ou en excès. Le résultat est beaucoup plus naturel et durable. Le sein « vit » avec la patiente : il est souple, chaud et mobile. Il grossit ou maigrit au rythme de la patiente. Cependant, cette chirurgie est un peu plus lourde, avec parfois des petits soucis possibles (retard de cicatrisation, collection de liquide, ...).

Chacune de ces opérations a donc ses avantages et ses inconvénients, ainsi que ses indications très spécifiques.

Avant l'opération :

A l'exception des rares indications de reconstructions « immédiates », c'est-à-dire dans le même temps opératoire que la mammectomie, un laps de temps est nécessaire entre l'ablation du sein et sa reconstruction. Ce délai est justifié par la convalescence de la patiente, la fin du processus de cicatrisation et le rétablissement après une éventuelle chimiothérapie et/ou radiothérapie adjuvante(s).

Si une reconstruction par prothèse est la technique qui est retenue, une demande de prise en charge par la mutuelle est introduite auprès du Médecin Conseil.

Outre les éventuels examens préopératoires communs à toute intervention (tests de coagulation, ...), un bilan oncologique récent sera souvent justifié.

Lors de la seconde consultation, des photographies préopératoires seront effectuées et jointes au dossier médical.

Le chirurgien devra détecter des éventuelles contre-indications. Une mauvaise santé générale ne permettra pas de prendre des risques anesthésiques ou chirurgicaux inconsidérés pour une intervention qui n'est pas indispensable. Pour les patientes plus fragiles, on optera pour une technique simple.

Généralement, la patiente rentre à la clinique la veille de l'intervention et rencontrera à ce moment l'anesthésiste.

Description de l'opération :

Une reconstruction avec un implant interne ou prothèse. Généralement la partie latérale de la cicatrice de mammectomie est utilisée sur quelques centimètres. Un décollement cutané est réalisé et une loge est confectionnée derrière le muscle grand pectoral. La prothèse aux dimensions adéquates est alors mise en place. Parfois un gain de peau préalable a été obtenu en mettant d'abord et de la même manière un « expandeur » ou « ballon » qui est rempli de semaines en semaines par de l'eau stérile. En le gonflant progressivement, une loge avec une peau en suffisance permet de remplacer aisément cet « expandeur » par la prothèse. Parfois, c'est la prothèse elle-même qui, gonflée progressivement, joue ces deux rôles à la fois.

Une reconstruction par “tissus vivants”. L'excès de peau et de graisse, du ventre ou du dos, est prélevé sous forme d'un fuseau, éventuellement avec le muscle sous-jacent. Ces tissus sont transférés vers la région pectorale, une partie est enfouie sous la peau restante et le reste est interposé dans la cicatrice de la mammectomie pour redonner la peau manquante. Le sein est alors modelé pour avoir un galbe adéquat. Le site donneur est refermé sur lui-même.

L'utilisation du lambeau de grand droit de l'abdomen. Celui-ci utilise la peau et la graisse fréquemment en excès au niveau du ventre. Ici encore, deux possibilités :

La technique classique utilise un muscle de la paroi abdominale comme « porte vaisseaux » qui nourrira les tissus transférés (TRAM). La paroi musculaire sera alors réparée comme pour le traitement d'une « hernie ».

- La technique micro-chirurgicale (DIEP) prend de manière sélective les vaisseaux sanguins principaux qui nourrissent la graisse et la peau du ventre. Le chirurgien suit leur arborescence en préservant au mieux le muscle abdominal. Les tissus sont alors transférés et l'artère et la veine sont branchées au niveau de vaisseaux receveurs du thorax grâce à des instruments de microchirurgie et un microscope. Il s'agit d'une véritable autotransplantation. Cette technique est plus pointue et allonge la durée opératoire mais offre l'énorme avantage de ne pas sacrifier le muscle grand droit abdominal.

- Le lambeau de grand dorsal. Ce muscle plat du dos ne nous est pas indispensable et peut donc être transféré, nourri par des vaisseaux issus du creux du bras, entouré de sa graisse et d'un excès de peau du dos. Le transfert se fait ici par rotation au niveau du creux

axillaire. Si le volume qui peut être créé est insuffisant, on peut y adjoindre une prothèse (voir ci-dessus). Parfois, seule la palette de peau qui couvre ce muscle et qui est vascularisée par des vaisseaux qui le traversent est utilisée pour la reconstruction.

Hospitalisation et type d'anesthésie :

la durée de l'hospitalisation est fonction de la technique choisie. Elle va de deux ou trois jours à environ une semaine. Ces opérations se font toujours sous anesthésie générale.

Incisions et cicatrices :

elles sont fonction de la technique choisie. Pour la reconstruction par implant, il n'y a en principe pas d'autre cicatrice ajoutée à celle de la mammectomie. Pour la reconstruction par tissus vivants, souvent une cicatrice supplémentaire sera dissimulée dans le sillon du sein, celle-ci est justifiée par l'interposition de la peau manquante au sein de la cicatrice de la mammectomie. Il y aura également la cicatrice de la fermeture du site donneur (ventre ou dos).

Pansements :

Des pansements sont renouvelés régulièrement durant les 2 ou 3 premières semaines. Ils couvrent les zones des incisions décrites ci-dessus.

Après l'opération :

Le port d'un soutien-gorge adapté, et éventuellement d'une gaine abdominale si le ventre a servi de site donneur, est recommandé durant les premières semaines postopératoires. Durant la même période, la patiente évitera les efforts physiques importants. Le sein reconstruit a souvent une forme particulière durant les premiers mois. En effet, l'œdème postopératoire associé à un certain degré d'hypercorrection précède le galbe naturel attendu.

Ultérieurement, une symétrisation entre les deux seins est parfois nécessaire. Un remodelage du sein controlatéral souvent plus affaissé et la reconstruction du mamelon et de l'aréole, seront souvent réalisés quelques mois plus tard. Parfois, c'est le sein reconstruit qui doit être remodelé par une petite lipoaspiration ou un lipofilling (injection de graisse autologue) Il ne s'agit pas de procédures très lourdes.

Effets secondaires et éventuelles complications :

Comme pour toute chirurgie : il pourrait y avoir la formation d'un hématome collecté qu'il faudra éventuellement drainer ; on pourrait assister à un défaut ou un excès de cicatrisation qui devra être traité ; une contamination de la plaie opératoire pourrait donner lieu à une infection qui devra être soignée.

Plus spécifique à l'opération :

Pour la reconstruction mammaire par implant : celui-ci peut dans de rares cas se déplacer et justifier un repositionnement.

Pour la reconstruction par tissus vivants ou « lambeau » : il peut y avoir parfois une mauvaise vascularisation de la périphérie du lambeau, menant à un retard de cicatrisation et des soins locaux plus longs. Si la technique microchirurgicale (DIEP) est choisie, les vaisseaux nourriciers pourraient, dans de rares cas, se boucher par la formation d'un petit caillot lors des premiers jours de l'opération. Lorsque cela est détecté à temps, la connexion microchirurgicale est reprise et le lambeau peut être sauvé.

En conclusion :

La reconstruction mammaire est l'intervention de chirurgie réparatrice la plus fréquente. Nous disposons actuellement de nombreuses techniques qui se sont encore affinées tout récemment pour améliorer les résultats et alléger les suites opératoires. Chacune d'entre-elles comporte avantages et inconvénients. La patiente choisira une modalité plutôt qu'une autre en fonction de ce qu'elle attend de la reconstruction de son sein. Parfois seule une technique pourra être proposée chez une patiente donnée.

Source : Société Royale Belge de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique | www.bspras.org



Cabinets médicaux - Dr Jean De Wan

GEMBLoux (Pégase)

Rue des Fabriques 6

Secrétariat : 081 60 06 00

CHARLEROI

Rue Dagnelies 5

Secrétariat : 071 32 97 42

WATERLOO

Rue du Gaz 1

Secrétariat : 02 354 05 52