

## But d'une reconstruction mammaire :

Reconstituer un « semblant » du sein, n'ayant qu'un rôle esthétique (le nouveau sein sera insensible et ne permettra pas l'allaitement). Il ne s'agit nullement d'une obligation (le port d'une prothèse externe peut être suffisant). Néanmoins, cette reconstruction contribue grandement à l'amélioration de la qualité de vie des patientes et à leur confort moral.

## A quel moment peut on faire la reconstruction mammaire ?

- Dans le même temps que l'ablation du sein
- Quelques mois après la fin du traitement du cancer du sein

Ce choix dépend de la demande de la patiente et des traitements prévus après la chirurgie. Il se discutera au cas par cas. Dans le cas où une reconstruction immédiate n'est pas conseillée, une prothèse externe permet de patienter en gardant une silhouette normale.

## Les différentes étapes de la reconstruction mammaire :

- Création du volume qui remplira le soutien gorge
- Retouches du sein reconstruit et/ou Symétrisation du sein normal (cf document spécifique)
- Création de l'aréole et du mamelon (cf document spécifique)

## Les préalables à la chirurgie :

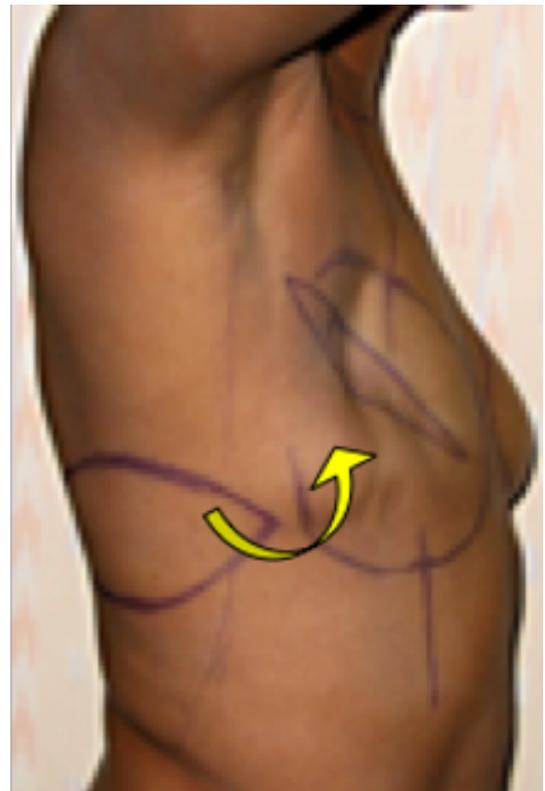
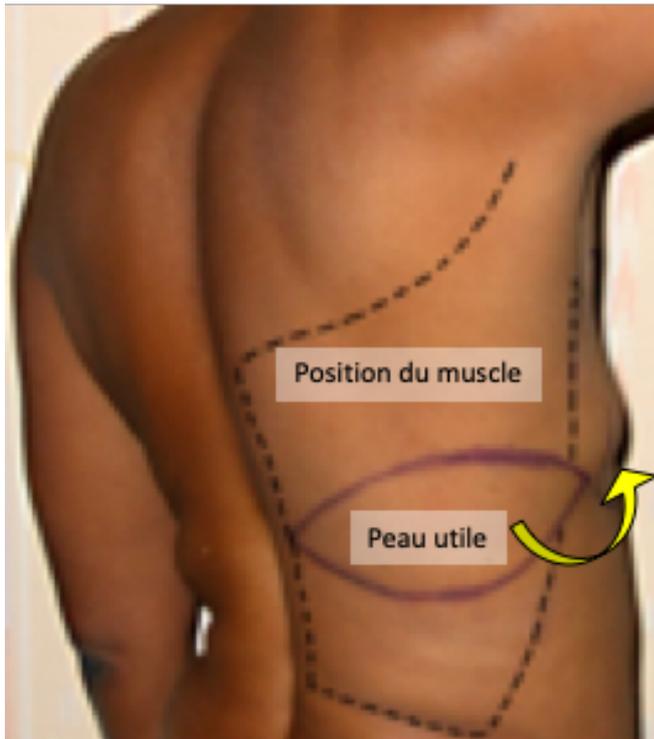
- **Consultation d'anesthésie :** dans les 15 jours précédents la chirurgie. (y apporter les résultats de la prise de sang demandée par le chirurgien)
- **Bilan imagerique du sein restant :** elle doit dater de moins de 1 an et comporter une mammographie et une échographie (parfois une IRM)
- **Arrêt complet du tabac :** au minimum 1-3 mois avant cette reconstruction. Le tabac est le facteur principal de complications post opératoires, voire échec de la reconstruction. Il retarde la cicatrisation et favorise les infections.
- **Eviter de prendre de l'Aspirine :** au moins 15 jours avant la chirurgie car cela favorise les saignements.

- **Achat d'un soutien gorge médical** (il vous servira dès la sortie du bloc opératoire et ce pendant le mois qui suit l'intervention. Il permettra de bien mouler la nouvelle poitrine et lui donner un bon aspect) et **de bas de contention** (pour le jour de l'opération uniquement).

## Technique de lambeau et prothèse mammaire :

- L'intervention est le plus souvent réalisée à distance des traitements complémentaires qui ont été nécessaires, on parle alors de reconstruction secondaire. La cicatrice de mastectomie est réutilisée en cas de reconstruction; si elle peut parfois être améliorée, il est impossible de la faire disparaître.
- L'intervention consiste à mettre en place au niveau thoracique un fuseau de peau et de muscle grand dorsal prélevé au niveau du dos. Le muscle grand dorsal est un muscle mince et étendu de la région du dos, dont la fonction n'est pas indispensable pour les gestes de la vie courante. Le fuseau de peau est gardé vivant par l'intermédiaire du fuseau musculaire auquel il adhère et l'ensemble est transféré, en avant, au niveau de la région thoracique.
- Elle est indiquée lorsque la peau thoracique n'est pas de bonne qualité (*en particulier après une radiothérapie*) et doit être remplacée. Elle peut être également utile quand la patiente possède un sein restant un peu gros et tombant, et qu'elle souhaite obtenir un sein reconstruit de même aspect pour ne pas avoir à faire une chirurgie de symétrisation. Enfin, cette technique est également très utile en cas d'échec de reconstruction par prothèse seule.





### Evolution post opératoire :

- Les suites opératoires sont souvent douloureuses pendant quelques jours, nécessitant la prise d'antalgiques.
- Le nouveau sein présentera des bleus et gonflements (œdème) qui disparaîtront en 1-2 mois.
- Un arrêt de travail de 1.5 mois sera établi par le chirurgien.
- La reconstruction permet immédiatement à la patiente (sauf lorsqu'une expansion est prévue) de s'habiller normalement avec un décolleté. Mais au début, ce sein semblera un peu figé. Il faut attendre 2-3 mois pour qu'il se rassouplisse et prenne sa forme.
- Il faut porter le soutien gorge médical pendant une période de 4-6 semaines.
- Les cicatrices seront rouges pendant environ 6 mois. Elles finiront par blanchir au bout de 1 an environ. Elles ne disparaîtront jamais mais seront souvent peu visibles.
- Chez certaines patientes, l'intégration psychique de la reconstruction peut être difficile et peut nécessiter un délai de 6 mois. L'entourage médical et familial joue un rôle important dans cette période durant laquelle la patiente a besoin d'être rassurée.

### L'étape de la symétrisation :

Elle n'est souvent envisagée que s'il n'y a pas de retouches à faire sur le sein reconstruit. Il s'agit d'une étape souvent nécessaire pour retrouver la symétrie de la poitrine. En effet, le sein reconstruit est souvent **plus haut et plus ferme**. Plusieurs situations peuvent se présenter :

- Sein restant est plus gros et tombant : il faut alors le réduire et le remonter.
- Sein restant est plus petit et vide : il faut mettre en place une prothèse.
- Sein restant est de même volume, mais il est tombant : on doit simplement le remonter.
- Sein restant est vide et tombe : il faut remonter le sein et redonner du volume par prothèse ou injection de graisse.

Il faut préciser que la symétrie parfaite est souvent difficile à obtenir (d'autant que spontanément, elle n'existe pas dans la nature !!). Quand elle est obtenue au départ, il ne faut pas oublier que les seins vont évoluer de façon différente : le sein naturel aura tendance de retomber plus rapidement (en conséquence des retouches chirurgicales).

## L'étape de la reconstruction de la plaque aérolo-mamelonnaire :

- Par tatouage pour l'aréole,
- Pour le mamelon : soit tatouage trompe l'œil, soit création de volume par différentes méthodes (cf document spécifique)



Avant

Après la reconstruction du sein D par lambeau grand dorsal et pose de prothèse

Après la correction du sein G



Cicatrice à 1 an, horizontale, dissimulable dans la bretelle du soutien gorge



Reconstruction du sein droit par lambeau de grand dorsal, puis correction de la forme du sein gauche, ensuite injection de graisse dans le sein droit, et enfin création de la plaque aréolo-mamelonnaire par tatouage 3D

## Quelques notions sur les prothèses

- Il existe plusieurs fabricants ainsi que plusieurs types de prothèses mammaires. Les prothèses sont toutes constituées d'une enveloppe en élastomère de silicone lisse.
- La prothèse peut être remplie, soit de sérum physiologique (eau salée), soit de gel de silicone dont la consistance est plus proche de celle de la glande mammaire.
- Elles sont rondes, plus ou moins projetées

## Risques spécifiquement liés aux implants

• **Formation de «plis» ou aspect de «vagues»** : Les implants étant souples, il est possible que leur enveloppe se plisse et que cela soit perceptible sous la peau dans certaines positions, donnant alors un aspect de vagues. Cela concerne particulièrement les patientes maigres, qui n'ont pas assez de graisse sous la peau permettant de camoufler ces vagues. Parfois, une greffe de graisse (permettant d'épaissir les tissus en avant des prothèses) peut résoudre le problème.

• **« Coques »** : La réaction physiologique normale et constante du corps humain en présence d'un corps étranger est de l'isoler en créant une enveloppe hermétique qui va l'entourer et qu'on appelle « **capsule péri prothétique** ». Normalement, cette membrane est fine, souple ...mais il arrive que la réaction s'amplifie et que la capsule s'épaississe et se rétracte en comprimant l'implant, prenant alors le nom de « **coque** ». Selon l'intensité du phénomène, il peut en résulter : un simple raffermissement du sein, voire une déformation visible avec déformation de la prothèse aboutissant à l'extrême à une sphère dure, douloureuse, plus ou moins excentrée. Cette évolution est parfois secondaire à un hématome ou une infection, mais la plupart du temps sa survenue reste imprévisible, résultant de réactions organiques aléatoires.

De gros progrès ont été réalisés ces dernières années en matière de techniques chirurgicales, mais surtout de conception et de constitution des implants, aboutissant à une diminution très sensible du taux de coque et de leur intensité. Le cas échéant, une ré intervention peut parfois résoudre ce problème.

• **Rupture** : Les implants ne peuvent être considérés comme définitifs. Une perte d'étanchéité de l'enveloppe peut donc survenir à terme. Il peut s'agir d'une simple porosité, d'ouvertures punctiformes, de microfissurations, voire de véritables brèches. Cela peut être, très rarement, la conséquence d'un traumatisme violent ou d'une piqûre accidentelle et, beaucoup plus

souvent, le résultat d'une usure progressive de la paroi due à l'ancienneté. Dans tous les cas, il en résulte une issue possible du produit de remplissage de la prothèse, avec des conséquences différentes selon la nature de ce contenu :

- avec le sérum physiologique ou l'hydrogel résorbables, on assiste à un dégonflement partiel ou total, rapide ou lent ;

- avec le gel de silicone (non résorbable), celui-ci va rester contenu au sein de la membrane qui isole la prothèse. Cela peut alors favoriser l'apparition d'une coque, mais peut aussi rester sans conséquence et passer totalement inaperçu. Dans certains cas devenus beaucoup plus rares (notamment du fait de la meilleure « cohésivité » des gels actuels), on peut toutefois assister à une pénétration progressive du gel dans les tissus environnants. La rupture prothétique impose une intervention visant à changer les implants.

• **Malposition** : Un mauvais positionnement initial ou plus souvent un déplacement secondaire des implants, peut parfois justifier une correction chirurgicale.

• **Déformation de la paroi thoracique** : Dans de rares cas, des prothèses avec coques fibreuses, laissées longtemps en place, peuvent « s'imprimer » dans les tissus, laissant lors de leur ablation une déformation de la paroi thoracique délicate à corriger.

• **Sérome tardif**: Dans de très rares cas, une accumulation liquidienne peut survenir autour des prothèses. Il faut alors une ponction avec analyse pour éliminer un lymphome.

## Questions fréquentes :

• **Y a t' il un âge pour la faire ?** Il n'existe pas de limite d'âge physique : il faut pouvoir supporter une anesthésie générale sans risque déraisonnable.

• **Combien de temps doit-on attendre après une mammectomie avant de bénéficier d'une reconstruction ?** En générale, si la reconstruction immédiate n'a pas été possible, il convient d'attendre au moins 6 mois après la fin des traitements afin de permettre à la peau de récupérer.

• **La reconstruction immédiate est-elle toujours possible ?** Très souvent, on peut réaliser l'ablation du sein et le reconstruire en même temps, à condition que cette reconstruction ne retarde pas le reste du traitement du cancer. La nécessité d'une radiothérapie post opératoire impose de temporiser la reconstruction car le

risque de « rejet » augmente après ce traitement. Les résultats de reconstruction immédiate sont objectivement les meilleurs, mais la patiente, ne passant pas par la phase d'absence du sein, aura plus de mal à se faire à son nouveau sein (*qui sera en permanence comparé à l'ancien*). Par contre, le traumatisme psychologique de l'ablation du sein sera moindre.

- **Quelle est la durée de vie de la prothèse ?** Il est impossible de donner une réponse claire. La nouvelle génération de prothèse en gel ultra cohésif est faite pour durer. Cela pourrait atteindre 20 ou 30 ans. La surveillance du sein reconstruit par votre chirurgien une fois tous les 2 ans permettra de déceler le plus tôt possible les signes imposant son changement.

- **Quel est le coût d'une reconstruction mammaire ?**

Lors du diagnostic d'un cancer du sein, une demande de prise en charge en **ALD 30** est réalisée. Cela couvre les frais de séjour et d'implant mammaire. Il reste à votre charge les dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste. Ces derniers peuvent être pris en charge **partiellement** par votre mutuelle (suivant les termes de votre contrat).

Pour le chirurgien, ils s'échelonnent entre **2500 à 3500 euros** en fonction des difficultés techniques.. À cela il faut ajouter également les honoraires de l'anesthésiste allant de **500 à 800 euros** en fonction de votre état de santé ainsi que la durée de l'opération.

Il faut rajouter également les frais de l'assistante du bloc opératoire allant de **300 à 500 euros**, **non-pris en charge par la Sécu ou une mutuelle**.

Enfin, il vous sera également proposé en option l'utilisation du **laser Urgotouch** (réduisant le risque d'une trop grande visibilité de la cicatrice) ainsi qu'une **fermeture sans Zipline** (permettant d'éviter les cicatrices en barreaux d'échelle de perroquet). Ces options ne peuvent pas donner lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie ou les Mutuelles.

## **Conclusion :**

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée ». Cette réflexion suscitera peut être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation ou bien par téléphone.