

RECONSTRUCTION MAMMAIRE PAR PROTHÈSE

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 ?

Ø Dans le même temps que l'ablation du sein

Ø 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 imagerie 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 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).

Chirurgie :

- 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, sous anesthésie générale et en ambulatoire, consiste à mettre en place, le plus souvent sous la peau et le muscle pectoral, une prothèse interne. Il existe plusieurs fabricants ainsi que plusieurs types de prothèses mammaires. Les prothèses sont toutes constituées d'une enveloppe en élastomère de silicone. Cette prothèse est remplie de gel de silicone dont la consistance est plus proche de celle de la glande mammaire. Il n'existe plus que la forme ronde.
- Elle dure 1-2H, et se termine par la pose d'un soutien gorge modelant.
- Dans le même temps opératoire que l'implantation de la prothèse permanente, il est possible de remodeler le sein opposé si cela est nécessaire.
- La plaque aréolo-mamelonnaire (aréole + mamelon) sera reconstruite le plus souvent ultérieurement, lorsque le volume du sein sera stabilisé.

Evolution post opératoire :

- o Les suites opératoires sont souvent douloureuses pendant quelques jours, nécessitant la prise d'antalgiques.
- o Le nouveau sein présentera des bleus et gonflements (œdème) qui disparaîtront en 1-2 mois.
- o Un arrêt de travail de 1.5 mois sera établi par le chirurgien.
- o 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 re-assouplisse et prenne sa

forme. Des contractions involontaires du muscle pectoral sont parfois décrites par les patientes.

o Il faut porter le soutien gorge médical pendant une période de 4-6 semaines.

o 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.

o 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.

Evolution post opératoire :

Il est malheureusement impossible de reconstituer un sein parfaitement symétrique à l'autre. Il persistera toujours une certaine asymétrie des deux seins, qu'il s'agisse :

- du volume : la base du sein ne sera jamais parfaitement identique. Les variations de poids peuvent accentuer cette différence.
- de la forme : en position allongée, la prothèse ne s'étale pas comme le sein normal.
- de la hauteur : le sein non reconstruit subira normalement l'évolution vers la ptose accentuant l'asymétrie.
- et de la palpation : la patiente pouvant percevoir la prothèse, du fait de la faible épaisseur des tissus de recouvrement.

Les cicatrices feront l'objet d'une surveillance attentive ; il est fréquent qu'elles prennent un aspect rose et gonfle au cours des premiers mois post-opératoires. Au-delà, elles s'estompent en général pour devenir, avec le temps, peu visibles. Elles ne sauraient cependant complètement disparaître.

Les cicatrices peuvent parfois rester un peu trop visibles et présenter différents aspects disgracieux (hyperpigmentation, épaissement, rétraction, adhérence ou élargissement) qui peuvent nécessiter un traitement spécifique.

A cet égard, il ne faut pas oublier que **si c'est le chirurgien qui réalise les sutures, c'est la patiente qui fait la cicatrice !**

Les complications :

La reconstruction mammaire par prothèse est une intervention chirurgicale, ce qui implique les risques liés à tout acte de ce type.

Des complications peuvent survenir, certaines d'ordre général, inhérentes à tout acte chirurgical, d'autres loco-régionales plus spécifiques de la reconstruction du sein par prothèse.

Il faut distinguer les complications liées à l'anesthésie de celles liées au geste chirurgical.

En ce qui concerne l'anesthésie, une consultation, 48 heures au moins avant votre hospitalisation, est indispensable. Lors de cette consultation, le médecin-anesthésiste vous précisera les risques de l'anesthésie générale et vous exposera les différents moyens de lutte contre la douleur post-opératoire.

En ce qui concerne le geste chirurgical : en choisissant un Chirurgien Plasticien qualifié et compétent, formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement.

Heureusement, les vraies complications sont rares à la suite d'une reconstruction mammaire par prothèse. En pratique, la majorité des interventions se passe sans aucun problème et les patientes sont le plus souvent satisfaites du résultat.

Les complications doivent cependant être connues et bien comprises. C'est ainsi que l'on peut observer :

- **L'infection** : qui nécessite un traitement antibiotique, et parfois une réintervention pouvant aller jusqu'à l'ablation provisoire de l'implant.
- **L'hématome** : qui peut nécessiter un geste d'évacuation chirurgicale.
- **La nécrose de la peau** : dont le risque est surtout élevé après radiothérapie, peut conduire à une exposition de la prothèse et imposer l'ablation de celle-ci. **Le tabagisme majore également ce risque.**
- **La formation d'une coque contractile** : la formation d'une capsule autour de l'implant est constante. Dans certains cas, cette capsule se contracte entraînant une sensation de durcissement parfois douloureux. Cette contraction peut parfois entraîner une déformation visible du sein qui se « globulise » en même temps qu'il devient plus ferme. Ce risque a nettement diminué depuis quelques années notamment par l'utilisation de nouvelles prothèses mais reste totalement imprévisible pour chaque patiente. Il est majoré si une radiothérapie doit être administrée sur la prothèse elle-même.
- **Les vagues et les plis** : lorsque la peau recouvrant la prothèse est fine, elle peut laisser deviner la déformation de l'enveloppe sous forme de vagues ou de plis.
- **Le déplacement de l'implant** : un déplacement de l'implant est toujours possible sous l'effet des contractions musculaires. Il est déconseillé de pratiquer du sport ou porter des charges lourdes pendant les 2 mois post opératoire. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.
- **« Usure » et « vieillissement » de l'implant** : il est indispensable de bien comprendre qu'aucune prothèse ne peut être considérée comme implantée à vie. En effet, une prothèse vieillit progressivement et sa durée de vie est forcément limitée. Avec le temps, l'enveloppe s'use progressivement, pouvant entraîner une fuite du

contenu avec des conséquences variables : le diagnostic clinique est peu évident. Avec les gels à cohésivité importante, vous êtes à l'abri d'une diffusion rapide du gel de silicone en dehors de la prothèse. La manifestation clinique la plus fréquente est l'apparition d'une coque. Le délai de survenue est imprévisible. L'échographie (et/ou IRM) fait le diagnostic d'une telle rupture. Il n'existe aucun risque quantifiable de maladie auto-immune avec le gel de silicone.

- **Sérum 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.

Le recours à un Chirurgien Plasticien qualifié vous assure que celui-ci a la formation et la compétence requises pour savoir limiter le risque de complications, ou les traiter efficacement le cas échéant.

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 :

o Par tatouage pour l'aréole,

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

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 8-15 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 **1000 à 3500 euros** en fonction des difficultés techniques.. À cela il faut ajouter également les honoraires de l'anesthésiste allant de **300 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 **250 à 650 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.



Avant



Après pose de la
prothèse



Après
symétrisation