La reconstruction du sein après cancer

Dr Pascal CASTUS
Chirurgie plastique

QU'EST-CE QUE LE CANCER DU SEIN ?

Dans la grande majorité des cas, le cancer du sein est une tumeur maligne de la glande mammaire. Autrement dit, c'est un cancer qui naît dans les unités cellulaires dont la fonction est de sécréter le lait, les unités ducto-lobulaires du sein, essentiellement chez la femme (le cancer du sein survient 200 fois moins souvent chez l'homme, qui possède lui aussi une glande mammaire, bien qu'atrophiée). 5 à 10 % de ces cancers ont une origine génétique héréditaire; 85 à 90 % des cas (forme dite sporadique ou non-héréditaire) ont des origines environnementales mal comprises.
Dans les pays économiquement développés, 1 femme sur 10 sera touchée par un cancer du sein.

A QUI S'ADRESSE LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE ?

Toutes les femmes confrontées à l'ablation d'un sein, partielle ou totale, peuvent bénéficier d'une reconstruction mammaire dès lors que leur état de santé leur permet de subir de nouvelles interventions chirurgicales.

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.

POURQUOI UNE RECONSTRUCTION MAMMAIRE ?

Reconstruire un sein, c'est restaurer l'intégrité 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.

Aujourd'hui, la reconstruction du sein fait partie intégrale de la prise en charge globale du cancer du sein. Elle permet à beaucoup de femmes de retrouver une identité corporelle et de masquer au mieux les stigmates de la maladie.

A QUEL MOMENT POURRAIS-JE AVOIR UNE RECONSTRUCTION MAMMAIRE ?

Le moment le plus favorable pour réaliser la reconstruction du sein varie d'une femme à l'autre. Il dépend des traitements complémentaires associés à l'ablation et donc du type de cancer traité.

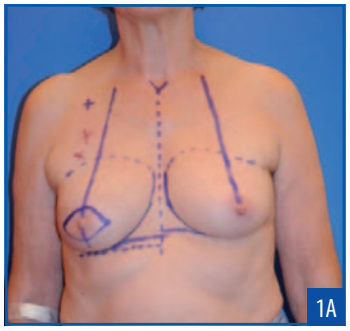
Dans certains cas, on pourra envisager une reconstruction mammaire dite "immédiate". La première étape chirurgicale de la reconstruction se fait alors en même temps que l'ablation du sein.

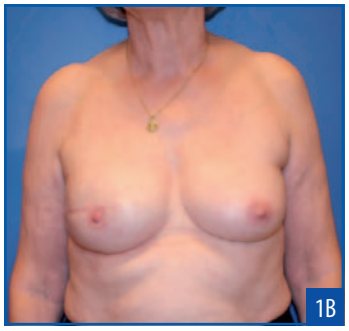
Dans d'autres cas, on devra envisager une reconstruction mammaire dite "différée" ou "secondaire". C'est le cas de patientes qui nécessitent un traitement de radiothérapie complémentaire. Il faudra attendre alors un certain temps après la fin du traitement anticancéreux avant de pouvoir commencer la reconstruction. Le délai nécessaire entre la fin du traitement 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.

COMMENT PUIS-JE ME PRÉPARER AU MIEUX À LA RECONSTRUCTION DU SEIN ?

Le tabagisme est néfaste car il est susceptible d'interférer avec les processus de cicatrisation. Il augmente les risques de complications post-opératoires (par exemple, en multipliant par deux le risque de nécroses cutanées). Il est donc recommandé d'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 par massage peut être envisagée. Elle consiste à rendre la peau la plus souple et élastique possible pour faciliter son étirement au cours de l'opération.


1A


1B

QUELLES SONT LES MÉTHODES POSSIBLES ?

Il existe plusieurs méthodes de reconstruction qui reposent sur des techniques chirurgicales différentes. La reconstruction par implant rétablit le volume par l'insertion d'une prothèse. La reconstruction autologue utilise uniquement les tissus de la patiente. Leurs conditions de réalisation, leurs avantages et leurs inconvénients diffèrent. C'est le type de traitement oncologique 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.

Ces différentes méthodes de reconstruction d'un sein peuvent généralement être proposées pour les reconstructions mammaires "immédiates" comme pour les reconstructions "différées".

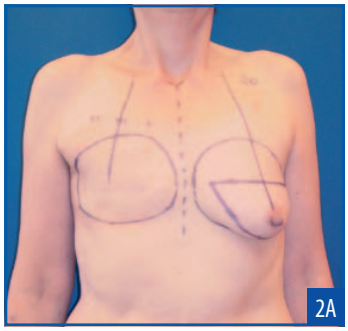
Quelle que soit la technique choisie, le processus de reconstruction mammaire s'étale en général sur plusieurs mois et nécessite plusieurs interventions successives. Le plus souvent, la première intervention permet de recréer la forme et le volume général du sein reconstruit. Il faudra plusieurs semaines pour que l'aspect de ce sein se stabilise et que l'on puisse envisager une seconde intervention pour réaliser si nécessaire un remodelage du sein reconstruit et/ou de l'autre sein afin d'obtenir une symétrie harmonieuse. Selon l'importance de ce remodelage, on pourra envisager la reconstruction de l'aréole et du mamelon lors de cette deuxième intervention ou ultérieurement.

Prothèse rétro-pectorale

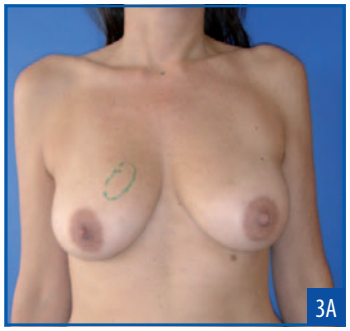
Cette méthode consiste à reconstruire le volume mammaire en insérant une prothèse (ou implant) qui est glissée sous le muscle pectoral. Cette technique ne génère pas de nouvelle cicatrice car l'implant est introduit par la cicatrice de l'ablation du sein.
La mise en place de la prothèse peut se faire d'emblée (Fig. 1A : photo pré-opératoire d'une patiente présentant un cancer du sein droit / Fig. 1B : photo après mastectomie sous-cutanée du sein droit, reconstruction immédiate par prothèse anatomique en silicone, greffes d'aréole et de mamelon). Dans certains cas, pour pouvoir recourir à cette méthode, il faudra d'abord distendre progressivement le muscle pectoral et la peau. Une première intervention permet alors de mettre en place un expandeur c'est-à-dire une prothèse temporaire gonflable. Le remplissage de cet expandeur se fait par des injections successives de sérum physiologique lors de consultations. Lorsque le volume souhaité est atteint, une nouvelle intervention permet le retrait de la prothèse gonflable, qui est alors remplacée par l'implant mammaire définitif.
Les prothèses utilisées actuellement sont constituées d'une enveloppe de silicone et 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.

Lambeau de grand-dorsal

Le muscle grand dorsal est un muscle du dos dont la fonction est également assurée par d'autres muscles. Ainsi, s'il est prélevé, 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 axillaire. La technique de reconstruction par lambeau de grand dorsal consiste à désinsérer ce muscle en passant en général par une incision du dos. Tout en conservant l'alimentation vasculaire du muscle, le lambeau est pivoté vers la région du thorax, en passant sous la peau. Une bande de peau du dos en forme de hamac ou de quartier de lune peut être prélevée avec le muscle afin de reconstruire la peau qui a été enlevée lors de l'ablation du sein.
On distingue les reconstructions par lambeau de grand dorsal avec prothèse et les reconstructions autologues par lambeau de grand dorsal uniquement, c'est-à-dire sans prothèse. Lorsqu'on réalise un lambeau de grand dorsal avec prothèse,


2A

2B


3A

3B

le muscle du dos va servir à couvrir l'implant mammaire qui assure le volume du sein, et l'apport de peau à reconstruire un étui cutané suffisant.
Lorsqu'on réalise une reconstruction autologue par lambeau de grand dorsal, c'est à dire sans prothèse, le muscle est prélevé avec les zones graisseuses qui le recouvrent dans le dos. C'est ce muscle et la graisse adjacente qui vont former la base du volume du sein. Le muscle qui ne travaille plus va s'atrophier et il faut attendre trois à six mois pour que le volume du sein se stabilise. Pour modifier son volume ou sa forme, on utilise la technique du "lipomodelage" ou "lipofilling" ou "lipostructure". Cette technique permet de remplir le sein reconstruit avec des cellules graisseuses (adipocytes) prélevées par liposuccion 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 (Fig. 2A : photo pré-opératoire d'une patiente ayant eu une mastectomie du sein droit, radiothérapie et chimiothérapie / Fig. 2B : photo après reconstruction secondaire par grand dorsal autologue, une séance de lipofilling, greffes d'aréole et de mamelon, symétrisation du sein controlatéral).
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.

Reconstruction par lambeau abdominal (DIEP)

Ce procédé de reconstruction utilise la peau et la graisse sous-cutanée du ventre situées entre l'ombilic et le pubis et nourries par les vaisseaux du muscle grand droit de l'abdomen. Le DIEP constitue l'un des plus récents développements techniques.
Il consiste à prélever uniquement la peau et la graisse avec les vaisseaux qui les alimentent, en gardant intacts les muscles grands droits. Les vaisseaux coupés sont reconnectés à d'autres vaisseaux sur le thorax par microchirurgie.
Ceci permet de préserver la paroi abdominale et de minimiser ainsi les séquelles fonctionnelles. Il en résulte une cicatrice horizontale sur le ventre et autour du nombril, comme suite à une abdominoplastie.
Dans la majorité des cas, la quantité de tissu transféré est telle qu'elle permet de recréer le volume et la forme du sein amputé sans utilisation d'implant, que ce soit une reconstruction immédiate (Fig. 3A : photo pré-opératoire d'une patiente présentant un cancer du sein droit / Fig. 3B : photo après mastectomie sous-cutanée du sein droit, reconstruction immédiate par lambeau abdominal DIEP, greffe d'aréole et plastie cutanée locale pour le mamelon) ou secondaire (Fig. 4A : photo pré-opératoire d'une patiente ayant eu une mastectomie du sein droit, radiothérapie et chimiothérapie / Fig. 4B : photo après reconstruction secondaire par DIEP, greffes d'aréole et plastie cutanée locale pour le mamelon, symétrisation du sein controlatéral).

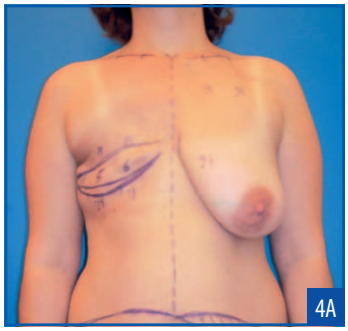
Symétrisation

Il existe souvent une différence entre le sein naturel restant et le sein reconstruit à l'issue de la première intervention de reconstruction. 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. Ces gestes vont générer des cicatrices aussi réduites que possible au niveau du sein à modifier.
Parfois, la reconstruction mammaire sera ainsi l'occasion d'une modification esthétique de la silhouette avec pour résultat final une poitrine moins tombante, plus volumineuse ou au contraire plus petite qu'auparavant, selon le désir de chacune.

Reconstruction du mamelon et de l'aréole

La reconstruction chirurgicale du mamelon 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 reconstruction chirurgicale de l'aréole, càd du disque de peau colorée qui entoure le mamelon, peut se faire par greffe, en prélevant un disque cutané 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.
La technique de dermopigmentation (ou dermographie médicale) est remboursée par les organismes de sécurité sociale et constitue un acte médical, ce qui la différencie du tatouage artistique et du maquillage permanent. Elle consiste à introduire des pigments minéraux stériles dans la peau au niveau de l'aréole.

LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE A-T-ELLE UN IMPACT SUR LE RISQUE DE RÉCIDIVE ?

Non, il n'y a pas d'augmentation du risque de récidive d'un cancer chez une femme ayant eu une reconstruction mammaire. Cette intervention ne nuit aucunement à la surveillance ni au dépistage. Toutes les techniques chirurgicales proposées sont compatibles avec les examens radiologiques actuels.

DE QUELLE SURVEILLANCE AURAIS-JE BESOIN APRÈS LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE ?

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" 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, 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 importants, alors qu'avec des reconstructions purement autologues (lambeau et lipofilling), la symétrie est généralement conservée.

Dr P. Castus
Service de Chirurgie plastique
Cliniques de l'Europe
www.drcastus.com