

RECONSTRUCTION DU SEIN

Dr Sandra HOULARD

Chirurgien—Gynécologue (Centre Hospitalier de Bretagne Sud)

La reconstruction du sein peut s'envisager dans certains cas dans le même temps opératoire que la mastectomie (reconstruction immédiate) ou plus tard (reconstruction différée).

La reconstruction chirurgicale du sein a trois buts :

- apporter un volume, ce qui peut être obtenu de trois façons possibles : prothèse simple, lambeau de muscle grand dorsal, et lambeau abdominal. Le choix dépend de différents paramètres : qualité et souplesse de la peau autour de la cicatrice, forme et volume du sein restant, état des tissus utilisables
- symétriser le sein controlatéral
- reconstruire une aréole et un mamelon

Dans tous les cas, la reconstruction nécessite deux ou trois interventions séparées par plusieurs mois d'intervalle.

RECONSTRUCTION PAR PROTHÈSE

C'est la technique la plus simple, ne créant pas de cicatrice supplémentaire. Elle ne peut s'envisager que si la peau du thorax est bien souple. Sinon, il faut associer à la prothèse un lambeau de grand dorsal (voir plus loin).

La prothèse est formée d'une enveloppe de gomme de silicone, remplie d'un gel de silicone de haute densité, dont l'absence de risque pour la santé est aujourd'hui bien établie. Elle est de forme ronde ou anatomique (en goutte), et sa surface est dite « texturée », c'est-à-dire irrégulière et granuleuse pour réduire le risque de coques (voir plus loin).

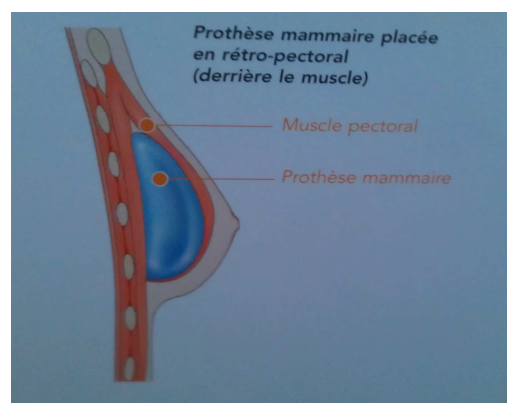
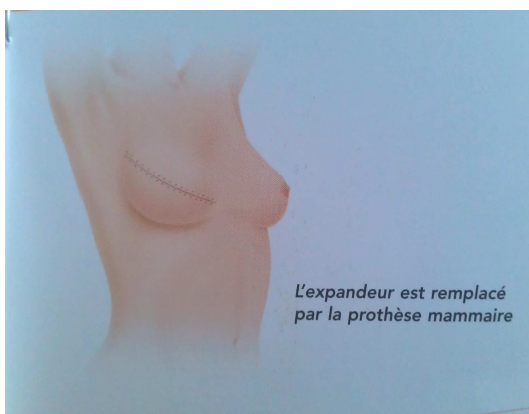
Déroulement de l'intervention

Elle est réalisée sous anesthésie générale et dure environ une à deux heures. La cicatrice de mastectomie est ouverte. La prothèse est

introduite dans une cavité créée sous le muscle grand pectoral, contre les côtes. Un drain permet d'aspirer les écoulements postopératoires et diminue le risque d'hématome.

Suites opératoires

En raison de la distension du muscle grand pectoral par la prothèse, la douleur est assez importante les premiers jours. Elle est systématiquement prise en charge de manière préventive et adaptée à votre cas. Le premier pansement est généralement enlevé le surlendemain de l'intervention et remplacé par un soutien-gorge sans armature, s'ouvrant par devant, qui sera porté jour et nuit pendant 1 mois.



Le soutien-gorge sera essayé et fourni dans le Service mais n'est malheureusement pas pris en charge. La convalescence est de 2 à 3 semaines.

Résultat

Le volume du sein reconstruit est ferme, peu mobile et haut situé, d'aspect « juvénile ».

Un deuxième, voire un troisième temps opératoire sont nécessaires à quelques mois d'intervalle pour symétriser le sein controlatéral et reconstruire l'aréole et le mamelon.

Risques

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduits dans les conditions de compétences et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et à la réglementation en vigueur, exposent à un risque de complication.

Complications précoces : les complications de tout acte chirurgical sont possibles, le tabagisme augmente les complications et doit être interrompu.

- Locales : un hématome ou un écoulement de liquide lymphatique peuvent motiver une reprise chirurgicale pour laver et drainer la loge de la prothèse. En cas d'infection, la prothèse devra être retirée et il faudra attendre plusieurs mois avant d'envisager d'en replacer une autre.
- Exceptionnellement, une hémorragie importante peut nécessiter la transfusion de sang ou de produits dérivés du sang. Il est demandé de porter des bas de contention le jour de l'intervention afin de réduire le risque de thrombose.

En général, phlébites et embolies pulmonaires font l'objet d'un traitement préventif.

Complications tardives : la prothèse comporte des risques spécifiques.

- Une fissure ou une rupture de la prothèse peuvent survenir plusieurs années après la pose de la prothèse. Elles nécessitent le changement de l'implant.
- De même, la formation toujours possible d'une coque péri-prothétique (réaction cicatricielle fibreuse autour de la prothèse) peut déformer le sein et/ou être douloureuse au point de motiver le changement de la prothèse, voire son ablation définitive, dans un délai variable.

RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU DE MUSCLE GRAND DORSAL

Ce mode de reconstruction repose sur un prélèvement de peau et de muscle (« musculo-cutané ») sur le côté du thorax et dans le dos, et il crée une **cicatrice supplémentaire** à cet endroit.

Il est indiqué quand la quantité de la peau du thorax ne permet pas de placer une prothèse seule, et lorsque la morphologie du thorax, la taille et la forme du sein controlatéral s'y prêtent.

Il est rare que la morphologie du thorax et du sein controlatéral permettent de se passer de prothèse et d'utiliser le lambeau seul. Dans l'immense majorité des cas, le volume du sein est donc reconstruit **en associant une prothèse au lambeau** musculo-cutané de grand dorsal.

Déroulement de l'intervention

Elle est réalisée sous anesthésie générale et dure 3 à 5 heures.

Une palette de peau thoraco-dorsale et le muscle grand dorsal sont prélevés par une incision horizontale ou oblique du même côté que la mastectomie. Ce lambeau est pivoté de la zone latérale et dorsale à la zone thoracique antérieure. La cicatrice de mastectomie est rouverte et le lambeau est mis en place. La prothèse est placée en arrière du muscle grand pectoral et du muscle grand dorsal. La zone donneuse du lambeau est suturée. Des drains permettent d'aspirer les écoulements post-opératoires et de diminuer le risque d'hématome

Suites opératoires

La douleur est d'intensité variable. Elle est systématiquement prise en charge de manière préventive et adaptée à votre cas.

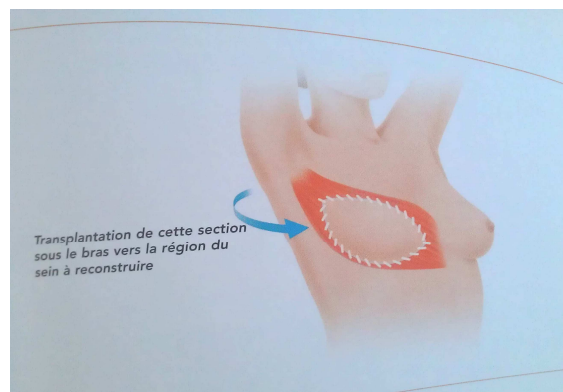
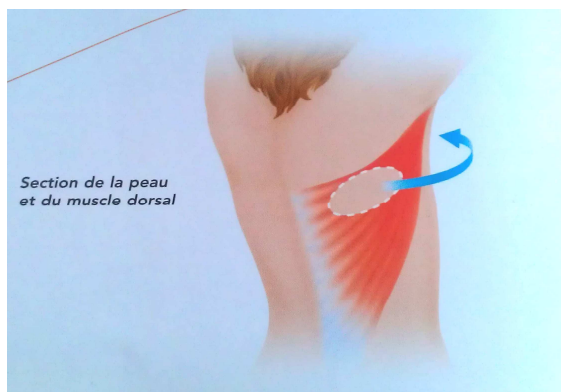
La vitalité du lambeau (sa couleur, sa chaleur, son pouls capillaire) est surveillée régulièrement.

Le pansement est refait au deuxième jour post-opératoire. Les drains sont enlevés entre le deuxième et le cinquième jour. Un soutien gorge de renfort est à porter 1 mois. La convalescence sera de 1 à 2 mois.

Résultat

Le sein reconstruit est souple, plus ou moins volumineux. Avec le temps, il aura tendance à suivre l'évolution naturelle du sein controlatéral.

Un deuxième, voire un troisième temps opératoire, seront nécessaires à quelques mois d'intervalle pour symétriser le sein.



Risques

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans les conditions de compétences et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et à la réglementation en vigueur, expose à un risque de complication.

Complications précoces :

- Au niveau du sein reconstruit : le lambeau peut souffrir en raison d'un apport insuffisant de sang (ischémie), surtout s'il est de taille importante ou si vous fumez ; une nécrose plus ou moins étendue peut alors survenir, et nécessiter une ré-intervention ou des pansements prolongés, qui peuvent être faits à domicile. La perte complète du lambeau est très rare mais possible.
- Un hématome, une infection, un écoulement de liquide lymphatique peuvent également motiver une reprise chirurgicale. En cas d'infection, la prothèse devra être retirée et il faudra attendre plusieurs mois avant d'envisager d'en replacer une autre.
- Au niveau du dos : la production de lymphes peut se poursuivre après ablation des drains et former une poche de liquide sous la peau (sérome). Des ponctions répétées sont parfois nécessaires.

Complications générales : phlébites et embolies pulmonaires font l'objet d'un traitement préventif. Exceptionnellement, une hémorragie importante peut nécessiter la transfusion de sang ou de produits dérivés du sang.

Complications tardives : déjà vues, elles sont essentiellement liées à la prothèse (rupture, coque, ascension).

Le prélèvement unilatéral du muscle grand dorsal n'entraîne pas de gêne fonctionnelle notable dans la vie quotidienne. Une limitation temporaire de la mobilité de l'épaule peut faire l'objet de séances de kinésithérapie.

SYMÉTRISATION DU SEIN CONTROLATÉRAL

Son but est d'harmoniser le volume et la forme des deux seins. Elle est réalisée quelques mois après la reconstruction du volume pour laisser au sein reconstruit le temps de prendre sa place naturelle.

- Si le volume du sein restant est supérieur à celui du sein reconstruit, et/ou s'il tombe plus que lui, il est réduit et remonté par une des techniques classiques de plastie mammaire. La cicatrice est circulaire autour de l'aréole, et verticale depuis le pôle inférieur de l'aréole jusqu'au sillon sous-mammaire. Une cicatrice horizontale dans le sillon sous-mammaire s'y ajoute fréquemment. Si au contraire le volume du sein reconstruit est supérieur à celui du sein restant, la mise en place d'une autre prothèse peut être envisagée dans le sein restant. Cette phase de la reconstruction tiendra compte de vos désirs ainsi que des conseils et de l'expérience du chirurgien.

RECONSTRUCTION DE L'ARÉOLE ET DU MAMELON

La reconstruction de l'aréole et du mamelon est faite soit au cours de l'intervention de symétrisation du sein controlatéral, soit quelques mois après celle-ci.

Le mamelon est reconstruit par une plastie (modelage) de la peau du nouveau sein ou, lorsqu'il est volumineux, par un morceau du mamelon controlatéral.

L'aréole sera obtenue par tatouage permanent.

L'aréole et le mamelon sont reconstruits 3 mois environ après la reconstruction du volume du sein. On peut mettre à profit ce temps opératoire pour symétriser le sein controlatéral et effectuer des retouches si nécessaire : amélioration du volume du sein, de la position du sillon sous-mammaire, de l'aspect des cicatrices.

GREFFE AUTOLOGUE OU LIPOMODELAGE

Cette technique améliore les défauts de la reconstruction par le transfert de graisse appartenant à la patiente vers le sein reconstruit.

Le lipomodelage prélève de la graisse par liposuction à la seringue, la centrifuge et la transfère dans le sein reconstruit pour améliorer le résultat.

Dans tous les cas,

Quelle que soit l'intervention, **les cicatrices sont constantes et inévitables**. Indélébiles, leur aspect final est imprévisible et ne doit pas être jugé avant 12 mois. Une cicatrice doit être protégée du soleil pendant environ un an. L'évolution de la cicatrisation sur un mode hypertrophique ou chéloïdien est possible pouvant nécessiter un traitement approprié (injections de corticoïdes dans la cicatrice, compression continue, douches filiformes, etc...).

Des retouches chirurgicales sont possibles pour améliorer le volume des seins, la position du sillon sous-mammaire, de la prothèse, l'aspect des cicatrices, etc...