

Techniques de reconstruction mammaire suite à une mastectomie



DR. MARIE LUISE ONKEN (2 d. g.),
DR. STEPHAN KLARNER (3 d. g.),
DR. MARCUS CORSTEN (5 d. g.),
DR. SERGE SCHMITZ (4 d. g.),
DR. CHARLES WEIS (1 d. g.).

Environ 30 % des patientes atteintes d'un cancer du sein subissent une ablation du sein (mastectomie) dans le cadre de leur traitement oncologique. Les patientes voient souvent une atteinte profonde à leur féminité et à l'image de leur corps en plus de vivre la lourde épreuve d'une maladie potentiellement mortelle. La plupart des femmes se pose par conséquent, pendant et après la maladie, la question de savoir si et comment la reconstruction mammaire peut se réaliser.

Nous souhaitons fournir dans cet article un aperçu des procédés habituels de reconstruction, de leurs avantages et inconvénients, et des complications spécifiques à chacun de ces procédés. Le choix approprié dépend du stade de la maladie, des possibilités de radiothérapie et/ou de chimiothérapie, de quand intervient la reconstruction, de la condition physique autant que des souhaits de la patiente. Le but de la reconstruction est de recréer une forme aussi naturelle et symétrique que possible, d'améliorer ainsi la qualité de vie de la patiente et de rétablir un équilibre dans la perception de son corps. Pour un résultat harmonieux, une opération d'adaptation du sein non atteint peut également être nécessaire.

Planification et moment de la reconstruction

Le plus grand défi consiste dans le choix personnel du procédé de reconstruction adapté. En ce sens, informations et explications sur les différentes possibilités devraient être discutées avant même de programmer l'intervention chirurgicale de la tumeur.

En ce qui concerne le moment auquel interviendra la reconstruction mammaire, on distingue les reconstructions immédiate (primaire) et différée (secondaire).

Dans le cas de la reconstruction primaire (reconstruction immédiate), la reconstruction mammaire a lieu en même temps que la chirurgie du cancer. Il est ainsi le plus souvent possible de conserver la peau et les tissus mous et d'obtenir ainsi le meilleur résultat. Dans le cas de la reconstruction immédiate, la sensation de perte étant moins importante, la charge psychologique est atténuée.

Dans les cas où une radiothérapie post-opératoire est prévue, ou lorsqu'il existe un doute sur l'ablation de la totalité de la tumeur, une reconstruction primaire n'aura pas de sens, et l'on procèdera souvent à une reconstruction différée (environ six mois après la radiothérapie). L'avantage de la reconstruction secondaire est que la patiente peut prendre le temps nécessaire pour réfléchir et poser toutes les questions avant l'opération.

Méthodes de reconstruction mammaire

Il existe en principe trois méthodes de reconstruction mammaire :

1

La reconstruction mammaire par implant (prothèse en silicone)

Tous les examens de contrôles post-opératoires, comme la mammographie, restent possibles après une reconstruction.

Il vaudrait mieux renoncer à une reconstruction mammaire lorsque la patiente souffre d'autres maladies (par ex. diabète mellitus, troubles circulatoires) ou si elle est une grande fumeuse.

1

La reconstruction mammaire avec implant

La reconstruction primaire après une mastectomie avec préservation de la peau et implant est la meilleure option dans le cas d'une mastectomie prophylactique (*BRCA1/2-Mutation*) et d'une mastectomie des deux seins. Ce procédé permet d'obtenir un très bon résultat, visuellement très proche de la poitrine préexistante. Comme pour tout procédé de reconstruction, cela entraîne une diminution importante de la sensibilité.

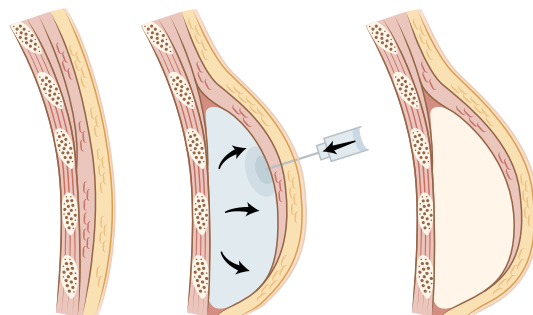
2

La reconstruction mammaire par prélèvement de tissu

3

Une combinaison des deux méthodes

La première étape de la reconstruction secondaire avec implant consiste dans l'implantation de ce qu'il convient d'appeler l'expandeur tissulaire. Celui-ci va être ensuite progressivement rempli d'une solution aqueuse, jusqu'à ce que la peau soit assez tendue pour y positionner l'implant. Cette méthode ne convient le plus souvent pas pour les femmes ayant de fortes poitrines. Dans le cas où une radiothérapie est prévue ou déjà terminée, l'implant de prothèses n'est souvent pas possible du fait des cicatrisations dues aux radiations.



+ Avantages:

- moins lourd du fait de la courte durée et de la simplicité de l'intervention
- pas de cicatrices supplémentaires

- Inconvénients:

- deux ou trois opérations sont souvent nécessaires
- risque de réaction fibreuse avec contracture capsulaire (durcissement du tissu conjonctif du sein opéré, accompagné de troubles tels que des douleurs et une dégradation de la forme extérieure du sein)
- l'implant ne s'adapte pas aux changements de poids ou aux changements corporels dus à l'âge → éventuel remplacement de l'implant nécessaire après quelques années
- reconstitution définitive du sein seulement après six à neuf mois
- contrairement à la reconstruction par prélèvement de tissus, perte de sensibilité

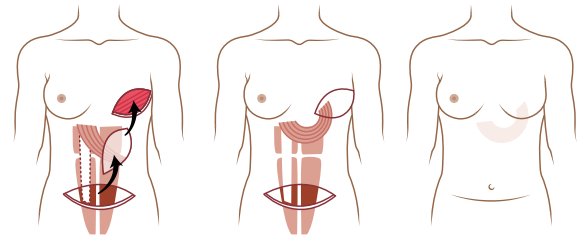
2 La reconstruction mammaire par prélèvement de tissus

Le principe de la reconstruction mammaire au moyen de prélèvement de tissus repose sur la transplantation de peau, d'hypoderme, de graisse et éventuellement de muscles. Ils sont prélevés sur d'autres parties du corps, comme par ex. le ventre, le dos ou les fesses. L'utilisation de tissus de l'organisme évite le risque de réaction aux corps étrangers, outre le fait que le sein recréé s'adapte naturellement aux changements du corps.

Mais les méthodes de reconstruction par prélèvement de tissus présentent un risque de diminution de l'irrigation sanguine qui peut conduire à la perte totale des tissus. L'existence d'une deuxième plaie chirurgicale augmente le risque de complications post-opératoires.

2.1. La plastie de lambeau TRAM

Avec la plastie par lambeau TRAM (*Transversus rectus abdominis musculocutaneus*) la peau située entre le nombril et le pubis, y compris la graisse et les muscles sous-jacents, est déplacée pour reconstruire le sein. La cicatrice sur le ventre pourra être cachée par le sous-vêtement. Les femmes qui ont déjà subi une abdominoplastie, une lipoaspiration, ou une autre opération du ventre, ne peuvent pas se soumettre à cette opération.



+ Avantages:

- opération pas très compliquée et relativement courte
- raffermissement du ventre comme effet secondaire positif

- Inconvénients:

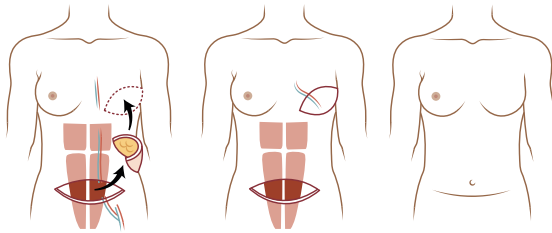
- affaiblissement de la musculature de la paroi abdominale avec danger de rupture de la paroi abdominale, du nombril et de la cicatrice
- possibles troubles post-opératoires partiels de la cicatrisation
- longue phase de récupération après l'opération
- seule une pratique limitée des sports intensifs est possible après l'opération
- inappropriée lorsque des interventions chirurgicales du ventre ont déjà été pratiquées

Du fait de l'affaiblissement de la musculature de la paroi abdominale et des possibles troubles post-opératoires partiels de la cicatrisation, c'est la plastie de lambeau DIEP qui est la plus fréquemment pratiquée actuellement.

2.2. La plastie de lambeau DIEP

La plastie de lambeau DIEP (*Deep inferior epigastric perforator*) est ainsi le premier choix de reconstruction mammaire par prélèvement de tissus. Comme pour

la plastie de lambeau TRAM, on utilise la peau et les tissus adipeux situés entre le nombril et le pubis. A la différence de la plastie de lambeau TRAM, il n'y a pas prélèvement de muscles et les vaisseaux sanguins sont raccordés au sternum ou à l'aisselle à l'aide de la microchirurgie. Cette technique permet également de dissimuler la cicatrice au ventre par le sous-vêtement. Une abdominoplastie, une lipoaspiration ou une autre opération du ventre peuvent également être une contre-indication.



+ Avantages:

- abandon du prélèvement de la musculature abdominale et donc moins de complications post-opératoires (voir plastie par lambeau TRAM)
- meilleure technique pour créer un sein symétrique, doux et le plus naturel possible
- raffermissement du ventre comme effet secondaire positif

- Inconvénients:

- opération de longue durée
- nécessite une équipe chirurgicale expérimentée
- longue durée de rétablissement
- risque de perte totale de la plastie par lambeau (environ 2%)

2.3. La plastie par lambeau Latissimus-Dorsi

Pour cette opération, le muscle grand dorsal (*Musculus latissimus dorsi*), avec la peau et les tissus adipeux qui le recouvrent, est déplacé sur la paroi thoracique à travers l'aisselle. Lorsque c'est possible, la cicatrice est placée de façon à pouvoir être cachée par le soutien-gorge. La fonction du grand dorsal sera avec le temps assurée par les autres muscles du dos.

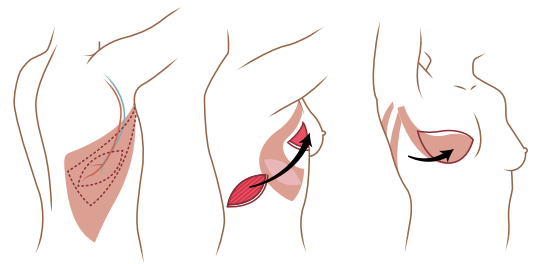
+ Avantages:

- opération rapide, simple et sûre
- bonne guérison des zones opérées

- Inconvénients:

- l'implant additionnel d'une prothèse est presque toujours nécessaire (voir inconvénients de l'implant de prothèse)
- changement éventuel de la silhouette
- réduction éventuelle de la mobilité

La plastie par lambeau Latissimus-dorsi est considérée comme une bonne plastie par lambeau lorsque les autres méthodes ne sont plus possibles (plastie par lambeau DIEP).



2.4. La plastie par lambeau SGAP-/IGAP

Par cette méthode, soit la partie supérieure (S=supérieure) soit la partie inférieure (I=inférieure) de la fesse, incluant la peau et les tissus adipeux, sont prélevés et utilisés pour la constitution du sein.

Un raccordement des vaisseaux sanguins est effectué par microchirurgie. La zone chirurgicale étant très délicate, cette méthode n'est généralement utilisée que lorsque le prélèvement sur les tissus du ventre ou du dos n'est pas possible.

+ Avantages:

- les patientes actives ne ressentent presque pas de contraintes

- Inconvénients:

- opération délicate et longue
- risque plus élevé de perte de la plastie par lambeau
- symétrie des fesses généralement non rétablie après l'opération
- possible engourdissement sur l'arrière de la cuisse
- tissus plus rigides qu'avec la plastie par lambeau DIEP

2.5. La transplantation de graisse (Lipofilling)

L'autogreffe de tissu adipeux est une méthode de reconstitution du sein facile à réaliser et douce. La graisse est prélevée en plusieurs endroits du corps et ensuite injectée dans le sein grâce à une aiguille. Les cellules de graisse ne prennent que partiellement (60-70%); les autres étant détruites par le corps, plusieurs interventions sont nécessaires dans un intervalle de trois mois pour atteindre le volume souhaité. C'est la raison pour laquelle une reconstitution complète du sein n'est réalisée que dans peu de cas, essentiellement pour les petites poitrines. Cette procédure est plutôt utilisée pour apporter des corrections mineures à une reconstruction déjà réalisée.

3 La reconstruction du mamelon et de l'aréole

Ce n'est qu'après la reconstitution de la forme du sein et une guérison complète (environ six mois après l'opération) que la reconstruction du mamelon peut être effectuée. Le nouveau mamelon est insensible et ne réagit pas à la température ou au toucher. Plusieurs méthodes sont possibles pour la reconstruction du mamelon et de l'aréole.

Le mamelon peut soit être formé à partir de la peau du sein nouvellement créé soit à partir de l'autre mamelon sain. Ces interventions présentent un faible

risque de complications et peuvent être rapidement réalisées sous anesthésie locale. Pour que le nouveau mamelon ait un aspect aussi naturel que possible, une coloration de la peau est possible. Cette coloration est sans risque pour la santé et est similaire à un tatouage. Une nouvelle coloration peut être nécessaire après quelques années.

3.1. L'utilisation de prothèses externes

Les patientes qui auraient décidé de ne pas choisir une reconstitution du sein ont la possibilité de rétablir la symétrie de leur corps au moyen d'une prothèse externe. Cela permet également d'éviter un déséquilibre dans les zones des épaules et de la nuque. Les fournisseurs d'équipements médicaux proposent toute une série de solutions personnalisées et adaptées aux différentes situations quotidiennes. ●

