

Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à une reconstruction du sein par prothèse.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

### ● DÉFINITION

La mastectomie ou mammectomie (les termes sont synonymes) correspond à l'ablation de la glande mammaire, d'un fuseau de peau et de l'aréole. Elle reste malheureusement nécessaire dans certaines formes de cancer du sein.

Une demande de reconstruction mammaire est tout à fait légitime après mastectomie.

Dans les cas où la qualité de la peau et du muscle pectoral sous-jacent le permet, le mode de reconstruction le plus simple reste la reconstruction mammaire par prothèse.

Elle peut être précédée d'une période d'expansion tissulaire si la quantité de peau est insuffisante.

L'expansion de la peau se définit comme la possibilité d'augmenter la surface de couverture par la peau de la prothèse permanente sous l'effet d'une traction exercée pendant une courte période.

Cette reconstruction est prise en charge par l'Assurance-maladie.

### ● OBJECTIFS

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer le volume et les contours du sein par la mise en place d'une prothèse interne au dessous du muscle pectoral.

Elle ne constitue que l'un des temps de la reconstruction mammaire complète qui comporte en outre selon les désirs de la patiente, une reconstruction de l'aréole et du mamelon et éventuellement une intervention sur le sein controlatéral pour améliorer la symétrie.

### ● ALTERNATIVES

La reconstruction mammaire n'est jamais obligatoire.

L'utilisation d'une prothèse externe peut être suffisamment satisfaisante pour certaines femmes. La reconstruction reste un choix personnel.

Si la reconstruction du sein par prothèse est le geste le plus simple à proposer, il existe d'autres techniques apportant des tissus d'une autre partie de votre corps (grand dorsal, grand droit de l'abdomen) qui sont des techniques plus sophistiquées qui ont leurs avantages comme leurs inconvénients propres.

### ● PRINCIPES

L'opération peut être réalisée en même temps que la mastectomie, on parle alors de **reconstruction immédiate**, ou à distance des traitements complémentaires qui ont été nécessaires, on parle alors de **reconstruction secondaire**.

La cicatrice de mastectomie est réutilisée comme voie d'abord en cas de reconstruction ; si elle peut parfois être améliorée, il est impossible de la faire disparaître.

L'intervention consiste à mettre en place, le plus souvent sous la peau et le muscle pectoral, une prothèse interne. Cette prothèse interne est, dans les cas les plus simples, la prothèse permanente. Ce peut être dans certains cas une prothèse temporaire d'expansion tissulaire destinée à accroître la quantité des tissus de couverture (peau, muscle) de la prothèse permanente ce qui peut donner un aspect plus naturel au sein reconstruit.



Cette expansion de la peau trouve sa meilleure illustration lors de la grossesse. Sous l'effet de la poussée progressive de l'enfant, la peau abdominale se distend pour laisser persister un excès après l'accouchement. Par analogie, dans le cas de la reconstruction mammaire une prothèse temporaire est gonflée progressivement afin d'obtenir un excès de peau qui est utilisé afin de recouvrir la prothèse permanente.

L'expansion tissulaire a l'inconvénient de nécessiter deux temps opératoires.

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.

La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance carcinologique.

### ● 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 qui peut être lisse ou plus ou moins rugueuse (texturée) pour diminuer le risque de formation de coque.

Cette prothèse peut être remplie ; soit de sérum physiologique (eau salée), soit de gel de silicone dont la consistance est plus proche de la glande mammaire.

Il existe plusieurs formes de prothèses : rondes, plus ou moins projetées, ou « **anatomiques** » dont l'épaisseur est plus importante dans la partie inférieure simulant le profil d'un sein naturel.

Quant à la prothèse temporaire d'expansion, son remplissage sera réalisé par du sérum physiologique.

Aujourd'hui, tous les implants disponibles en France sont soumis à des normes précises et rigoureuses : marquage CE (Communauté Européenne) et autorisation de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé).

De plus, les autorités administratives françaises et le Ministère de la santé ont imposé, depuis novembre 2016, la mise en place d'un registre national des prothèses mammaires.

Ce registre restera parfaitement anonyme. Son objectif est de recenser toutes les prothèses implantées sur le territoire français et d'assurer ainsi le suivi de l'ensemble des implants ce qui va dans le sens d'une plus grande sécurité pour les patientes.

### ● AVANT L'INTERVENTION

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

Dans tous les cas, le praticien devra vérifier l'imagerie mammaire (mammographie, échographie) de l'autre sein, si le dernier

examen de contrôle n'est pas assez récent.

Aucun médicament contenant de l'Aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

Il est possible que le médecin-anesthésiste vous prescrive des bas anti-thrombose (prévention de la phlébite) qu'il vous faudra porter avant même l'intervention jusqu'à votre sortie de l'établissement.

### LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

### ● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

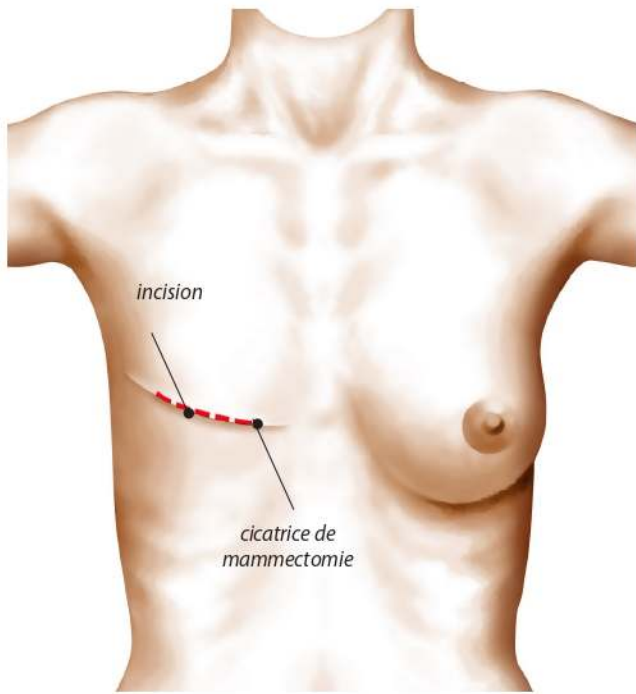
**Type d'anesthésie :** Il s'agit d'une anesthésie générale classique durant laquelle vous dormirez complètement.

**Modalités d'hospitalisation :** Une hospitalisation de plusieurs jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée à l'ablation du drainage éventuel.

### ● L'INTERVENTION

L'intervention peut durer une à deux heures. En fin d'intervention, un pansement modelant avec des bandes élastiques en forme de soutien-gorge, est confectionné.





### ● LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont en général assez douloureuses pendant quelques jours, pouvant nécessiter de puissants antalgiques.

Ces antalgiques seront ensuite relayés par des antalgiques moins puissants prescrits à la demande pendant une quinzaine de jours. Au-delà, la persistance de la douleur doit faire l'objet d'un examen par votre chirurgien.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites.

On peut observer une gêne à l'élévation du bras qui ne nécessite pas de rééducation le plus souvent (sauf réalisation d'un curage ganglionnaire dans le même temps).

Le port du soutien-gorge (nuit et jour) peut être nécessaire pendant plusieurs semaines. Les pansements seront réalisés régulièrement.

Il convient d'envisager une convalescence de deux à trois semaines. On conseille d'attendre un à deux mois pour reprendre une activité sportive.

Si le choix de l'expansion préalable a été retenu, le gonflement de la prothèse peut débuter dans certains cas au cours de l'hospitalisation.

### ● LE RÉSULTAT

#### Après implantation d'une prothèse permanente :

La reconstruction par prothèse restaure immédiatement un volume et une forme permettant à la patiente de s'habiller normalement avec un décolleté.

Cependant, le résultat final n'est pas acquis d'emblée.

Au premier pansement, le sein reconstruit aura un aspect un peu figé, et la peau qui le recouvre sera peu sensible. Des

contractures du muscle pectoral sont parfois décrites par les patientes.

Cet aspect va progressivement évoluer. Il faut attendre deux à trois mois pour pouvoir apprécier le résultat de la reconstruction et de la symétrisation éventuelle.

#### Après implantation d'une prothèse d'expansion :

Le gonflement de la prothèse est effectué, généralement une fois par semaine avec du sérum physiologique (eau salée).

En 4 à 12 semaines, un volume important est ainsi atteint, jusqu'à dépasser le volume de l'autre sein.

A la fin du gonflement, il conviendra d'attendre encore au moins 3 à 6 mois pour éviter une rétraction secondaire de la peau.

La deuxième intervention a donc lieu entre 4 et 6 mois après la première. Elle permet le remplacement de la prothèse d'expansion temporaire qui donne une allure tendue au sein par la prothèse permanente, qui confèrera une forme plus naturelle.

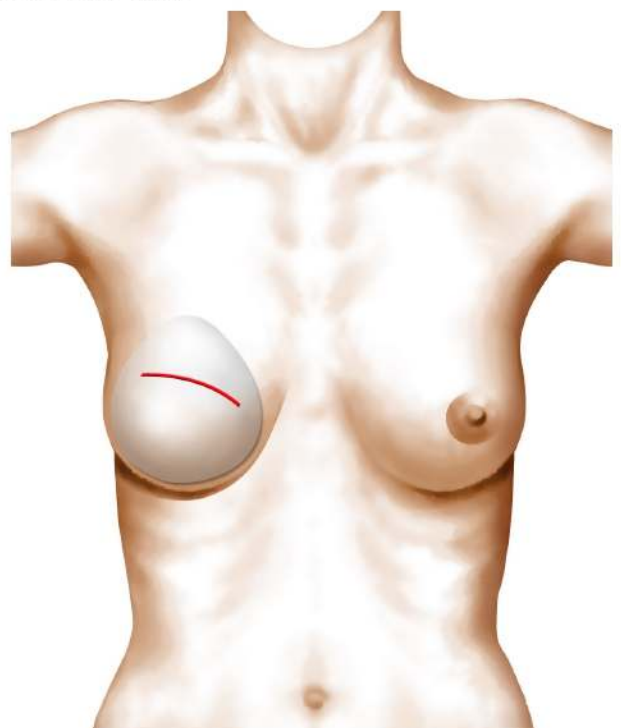
Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

### ● LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT

Il est malheureusement impossible de reconstituer un sein parfaitement symétrique à l'autre avec une prothèse.

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 opéré subira normalement l'évolution vers la ptôse 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 rosé et gonflé 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 (hyper-pigmentation, 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, la cicatrice elle, est le fait de la patiente.

### ● **LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES**

La reconstruction mammaire par prothèse est une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte médical, aussi minime soit-il.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Les suites opératoires sont en général simples. Toutefois, des complications peuvent survenir, certaines d'ordre général, inhérentes à tout acte chirurgical, d'autres loco-régionales plus spécifiques à la reconstruction du sein par prothèse.

Il convient de 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 peu fréquentes à la suite d'une reconstruction mammaire par prothèse. En pratique, l'immense majorité des interventions se passe sans aucun problème.

Les complications pouvant survenir dans les suites de la reconstruction mammaire par prothèse sont :

- **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 égale-

ment 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 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 la musculation excessive des pectoraux dans les suites opératoire. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.

- **La rupture ou le dégonflement traumatique par manœuvre externe** : le risque est réel lors d'un traumatisme intense, ou lors d'une compression excessive au cours d'un examen mammographique. Le remplacement de la prothèse est alors nécessaire.

- « **Usure** » et « **vieillesse** » 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 :

- Avec une **prothèse remplie de sérum**, on observe, en cas de rupture, un affaissement du sein, survenant généralement en quelques heures ou quelques jours, correspondant à un dégonflement de la prothèse.

- Avec une **prothèse pré-remplie de gel de silicone**, le diagnostic clinique est moins évident. Avec les gels à cohésivité importante, aujourd'hui les plus couramment utilisés, vous êtes à l'abri d'une diffusion rapide du gel de silicone en dehors de la prothèse.

Du fait du caractère très progressif de la migration du gel en dehors de la prothèse les signes cliniques correspondant à une usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone sont le plus souvent tardifs sous la forme d'une déformation du sein ou bien de l'apparition d'une coque.

Le délai de survenue est imprévisible.

La mammographie numérisée fait le diagnostic d'une telle rupture.

Le caractère tardif des signes cliniques témoignant de l'usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone rend compte du caractère obligatoire d'une surveillance clinique régulière du sein reconstruit par votre chirurgien.

Que l'usure concerne une prothèse en sérum ou bien remplie de gel, dans les deux cas, il faut procéder au remplacement de la prothèse.



- Il n'existe aucun risque quantifiable de **maladie auto-immune** avec le gel de silicone.

- La présence de la prothèse peut dans certains cas **compliquer l'interprétation des clichés mammographiques**. Il est nécessaire de le préciser au radiologue afin que la technique soit adaptée.

- **Sérome tardif péri-prothétique**

Dans de très rares cas peut survenir, autour de la prothèse, un épanchement tardif.

Un tel épanchement tardif, a fortiori s'il est associé à d'autres anomalies cliniques du sein, impose de faire réaliser un bilan sénologique auprès d'un radiologue sénologue. Le bilan de base comportera une échographie avec ponction de l'épanchement. Le liquide ainsi ramené fera l'objet d'une étude avec recherche de cellules lymphomateuses. Une mammographie numérisée et/ou une IRM peuvent s'avérer nécessaires selon les résultats des premiers examens.

En cas de masse mammaire ou d'épanchement récidivant après ponction sous échographie, une exploration chirurgicale pourra être proposée par le chirurgien avec une ablation de la capsule fibreuse péri-prothétique (capsulectomie) permettant des biopsies à la recherche d'un très exceptionnel Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM).

Cette entité, observée en France depuis janvier 2011, concerne principalement les implants à surface macro-texturée.

Au total il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'un acte médico-chirurgical même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas.

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.

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, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

## REMARQUES PERSONNELLES :



Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à une reconstruction du sein par grand dorsal.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

### ● DÉFINITION

La mastectomie ou mammectomie (les termes sont synonymes) correspond à l'ablation de la glande mammaire, d'un fuseau de peau et de l'aréole. Elle reste malheureusement nécessaire dans certaines formes de cancer du sein.

Une demande de reconstruction mammaire est tout à fait légitime après mastectomie.

La reconstruction par lambeau de grand dorsal utilise de la peau prélevée au niveau du dos, le muscle grand dorsal (muscle du dos mince et étendu) et de la graisse attenante. Une prothèse peut être nécessaire afin de recréer le volume mammaire.

Cette reconstruction est prise en charge par l'Assurance-maladie.

### ● OBJECTIFS

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer le volume et les contours du sein par un fuseau de peau et de muscle prélevé dans la région du dos. Une prothèse interne doit compléter la reconstruction chaque fois que le volume transféré est insuffisant.

Cette technique est très utile dans les cas où la peau résiduelle du thorax est insuffisante ou fragilisée par les rayons et ne peut, à elle seule, protéger une prothèse interne.

Elle ne constitue que l'un des temps de la reconstruction mammaire complète qui comporte en outre, selon les désirs de la patiente, une reconstruction de l'aréole et du mamelon, et éventuellement, une intervention sur le sein controlatéral pour améliorer la symétrie.

### ● ALTERNATIVES

La reconstruction mammaire n'est jamais obligatoire.

L'utilisation d'une prothèse externe peut être suffisamment satisfaisante pour certaines femmes. La reconstruction reste un choix personnel.

Il existe d'autres techniques apportant des tissus d'une autre partie de votre corps (grand droit de l'abdomen). Ces techniques ont leurs avantages comme leurs inconvénients propres.

### ● PRINCIPES

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 comme voie d'abord 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.

Ce lambeau est glissé sous la peau de la paroi latérale du thorax et inséré entre la cicatrice de mastectomie et le sillon sous-mammaire comme « une pièce rapportée ».



La mise en place d'une prothèse interne sous le fuseau de peau et de muscle peut être utilisée pour obtenir la restauration d'un volume suffisant.

Au niveau de la zone où la peau a été prélevée, la cicatrice résiduelle sera le plus souvent horizontale et dissimulable par la bretelle du soutien-gorge.

La symétrisation de l'autre sein et la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire (aréole + mamelon) sont le plus souvent réalisées ultérieurement, lorsque le volume du sein reconstruit sera stabilisé.

La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance carcinologique.

### ● 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 qui peut être lisse ou plus ou moins rugueuse (texturée) pour diminuer le risque de formation de coque.

Cette 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.

Il existe plusieurs formes de prothèses : **rondes**, plus ou moins projetées, ou « **anatomiques** » dont l'épaisseur est plus importante dans la partie inférieure simulant le profil d'un sein naturel.

### ● AVANT L'INTERVENTION

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.

Une auto-transfusion peut vous être proposée (prélèvement et mise en réserve de votre propre sang quelques semaines avant l'intervention) afin de limiter les risques transfusionnels.

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

Dans tous les cas, le praticien devra vérifier l'imagerie mammaire (mammographie, échographie) de l'autre sein, si le dernier examen de contrôle n'est pas assez récent.

Aucun médicament contenant de l'Aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

Il est possible que le médecin-anesthésiste vous prescrive des bas anti-thrombose (prévention de la phlébite) qu'il vous faudra porter avant même l'intervention jusqu'à votre sortie de l'établissement.

### LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané

tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

### ● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

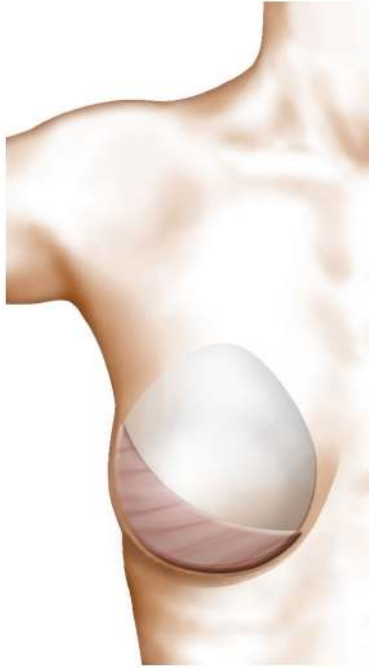
**Type d'anesthésie** : Il s'agit d'une anesthésie générale classique durant laquelle vous dormirez complètement.

**Modalités d'hospitalisation** : Une hospitalisation de plusieurs jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée à l'ablation du drainage.

### ● L'INTERVENTION







L'intervention peut durer trois à quatre heures. En fin d'intervention, un pansement modelant en forme de soutien-gorge, est confectionné.

### ● LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont en général assez douloureuses au niveau du dos pendant quelques jours, pouvant nécessiter de puissants antalgiques.

Ces antalgiques seront ensuite relayés par des antalgiques moins puissants prescrits à la demande.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites.

Les pansements seront réalisés régulièrement.

Il convient d'envisager une convalescence d'au moins quatre semaines. On conseille d'attendre un à deux mois pour reprendre une activité sportive. La natation est cependant possible et peut être démarrée plus tôt.

### ● LE RÉSULTAT

La reconstruction par lambeau de grand dorsal restaure immédiatement un volume et une forme permettant à la patiente de s'habiller normalement avec un décolleté.

Le résultat final n'est cependant pas acquis d'emblée. Le sein peut apparaître un peu trop figé avec une sensation de tiraillement au niveau du dos.

L'aspect du sein reconstruit va progressivement évoluer. Il faut attendre deux à trois mois pour que votre chirurgien puisse apprécier le résultat et en particulier la symétrie.

Ce n'est qu'à ce stade qu'une éventuelle retouche est envisageable.

Chez certaines patientes, l'intégration psychique de la reconstruction peut être difficile et une période d'ambivalence d'au moins six mois est souvent constatée. L'entourage médical et familial joue un rôle important dans cette période durant laquelle la patiente a besoin d'être rassurée.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

### ● LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT

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 ptôse accentuant l'asymétrie.
- de la **couleur** : il existe fréquemment une petite différence donnant un aspect de « pièce rapportée ».
- et de la **palpation** : la patiente pouvant percevoir la prothèse, du fait de la faible épaisseur des tissus de recouvrement. De plus la sensibilité de la palette de peau ne sera jamais parfaite.

Les cicatrices feront l'objet d'une surveillance attentive ; il est fréquent qu'elles prennent un aspect rosé et gonflé 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 (hyper-pigmentation, 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, la cicatrice elle, est le fait de la patiente.

### ● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

La reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal est une intervention chirurgicale assez lourde, ce qui implique les risques inhérents à tout acte de ce type.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.



Cependant, les suites opératoires sont en général assez simples. Toutefois, 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 et par lambeau.

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 peu fréquentes à la suite d'une reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal. 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 :

• **Un épanchement séreux** (lymphorrhée) : il s'agit en fait plus d'un inconvénient que d'une véritable complication. Une poche liquidienne se forme au niveau du site mammaire ou encore au niveau du site de prélèvement dorsal. En fonction de son importance, elle peut se résorber spontanément ou bien nécessiter une ponction voire, exceptionnellement une reprise chirurgicale.

• **La nécrose cutanée** : les décollements engendrent un risque de souffrance de la peau, lié à la finesse du réseau vasculaire. Ce risque est accru par la reconstruction en particulier si les sutures sont réalisées sous tension. Il est nettement plus élevé chez les patientes radiothérapées ou fumeuses. Le risque est alors proportionnel à l'intensité du tabagisme. Une nécrose importante peut nécessiter une réintervention pour enlever tous les tissus morts. Elle peut conduire à l'infection, et à l'extrême, à l'échec de la reconstruction.

• **L'infection** : l'infection est un risque présent lors de tout geste chirurgical. Le traitement nécessite un traitement antibiotique adapté et parfois une reprise chirurgicale pour drainage, voire l'ablation de l'implant.

• **L'hématome** : l'hématome est un risque inhérent à tout geste chirurgical. Il peut survenir malgré toute l'attention apportée par le chirurgien en per-opératoire. Cette complication peut nécessiter une reprise chirurgicale précoce.

La mise en place d'une prothèse interne ajoute à la reconstruction mammaire ses complications propres :

• **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 la musculation excessive des pectoraux dans les suites opératoire. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.

• **La rupture ou le dégonflement traumatique par manœuvre externe** : le risque est réel lors d'un traumatisme intense, ou lors d'une compression excessive au cours d'un examen mammographique. Le remplacement de la prothèse est alors 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 :

- Avec **une prothèse remplie de sérum**, on observe, en cas de rupture, un affaissement du sein, survenant généralement en quelques heures ou quelques jours, correspondant à un dégonflement de la prothèse.

- Avec **une prothèse pré-remplie de gel de silicone**, le diagnostic clinique est moins évident. Avec les gels à cohésivité importante, aujourd'hui les plus couramment utilisés, vous êtes à l'abri d'une diffusion rapide du gel de silicone en dehors de la prothèse. Du fait du caractère très progressif de la migration du gel en dehors de la prothèse les signes cliniques correspondant à une usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone sont le plus souvent tardifs sous la forme d'une déformation du sein ou bien de l'apparition d'une coque.

Le délai de survenue est imprévisible.

La mammographie numérisée fait le diagnostic d'une telle rupture.

Le caractère tardif des signes cliniques témoignant de l'usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone rend compte du caractère obligatoire d'une surveillance clinique régulière du sein reconstruit par votre chirurgien.

Que l'usure concerne une prothèse en sérum ou bien rempli de gel, dans les deux cas, il faut procéder au remplacement de la prothèse.

● Il n'existe aucun risque quantifiable de **maladie auto-immune** avec le gel de silicone.

● La présence de la prothèse peut dans certains cas **compliquer l'interprétation des clichés mammographiques**. Il est nécessaire de le préciser au radiologue afin que la technique soit adaptée.



### • Sérome tardif péri-prothétique

Dans de très rares cas peut survenir, autour de la prothèse, un épanchement tardif.

Un tel épanchement tardif, a fortiori s'il est associé à d'autres anomalies cliniques du sein, impose de faire réaliser un bilan sénologique auprès d'un radiologue sénologue. Le bilan de base comportera une échographie avec ponction de l'épanchement. Le liquide ainsi ramené fera l'objet d'une étude avec recherche de cellules lymphomateuses. Une mammographie numérisée et/ou une IRM peuvent s'avérer nécessaires selon les résultats des premiers examens.

En cas de masse mammaire ou d'épanchement récidivant après ponction sous échographie, une exploration chirurgicale pourra être proposée par le chirurgien avec une ablation de la capsule fibreuse péri-prothétique (capsulectomie) permettant des biopsies à la recherche d'un très exceptionnel Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM).

Cette entité, observée en France depuis janvier 2011, concerne principalement les implants à surface macro-texturée.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques et dans la très grande majorité des cas, cette intervention de chirurgie reconstructrice correctement réalisée, donnera un résultat très appréciable, même si la rançon cicatricielle reste inévitable.

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.

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, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

### REMARQUES PERSONNELLES :



Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à une reconstruction du sein par grand droit de l'abdomen.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

## ● DÉFINITION

La mastectomie ou mammectomie (les termes sont synonymes) correspond à l'ablation de la glande mammaire, d'un fuseau de peau et de l'aréole. Elle reste malheureusement nécessaire dans certaines formes de cancer du sein.

Une demande de reconstruction mammaire est tout à fait légitime après mastectomie.

Le lambeau de grand droit de l'abdomen est une technique originale qui peut être proposée aux patientes présentant un ventre assez généreux. L'excès de peau et de graisse à ce niveau est mobilisé au niveau du thorax afin de reconstruire le sein sans se servir de prothèse.

Cette reconstruction est prise en charge par l'Assurance-maladie.

## ● OBJECTIFS

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer le volume et les contours du sein par le transfert au niveau du thorax de l'excès de peau et de graisse de la région abdominale sous-ombilicale. La technique donne au sein reconstruit une forme et une souplesse relativement naturelles puisqu'il est constitué des propres tissus de la patiente.

Elle ne constitue que l'un des temps de la reconstruction mammaire complète qui comporte en outre, selon les désirs de la patiente, une reconstruction de l'aréole et du mamelon et éventuellement une intervention sur le sein controlatéral pour améliorer la symétrie.

## ● ALTERNATIVES

La reconstruction mammaire n'est jamais obligatoire.

L'utilisation d'une prothèse externe peut être suffisamment satisfaisante pour certaines femmes. La reconstruction reste un choix personnel.

Il existe d'autres techniques apportant des tissus d'une autre partie de votre corps (lambeau de grand dorsal). Chaque technique a ses avantages comme ses inconvénients propres.

## ● PRINCIPES

L'intervention est réalisée le plus souvent à distance de la mastectomie et des traitements complémentaires qui ont été nécessaires, on parle alors de reconstruction secondaire.

La cicatrice de mastectomie est réutilisée comme voie d'abord en cas de reconstruction ; si elle peut parfois être améliorée, il est impossible de la faire disparaître.

L'intervention s'adresse aux femmes plutôt corpulentes, peu sportives et non fumeuses.

L'intervention consiste à transférer au niveau du thorax un fuseau horizontal de peau et de graisse prélevé dans la région abdominale sous-ombilicale et gardé vivant grâce au muscle grand droit.

Ce lambeau est glissé sous la peau sus-ombilicale et inséré entre la cicatrice de mastectomie et le sillon sous-mammaire comme une pièce rapportée.

La fermeture du site donneur engendre une cicatrice inférieure sur toute la largeur de l'abdomen.



Le volume apporté est tel qu'il permet au chirurgien de se passer de l'utilisation de toute prothèse interne et l'amélioration de la silhouette au niveau du ventre est souvent perçue comme un agrément. En revanche, le sein reconstruit n'aura que peu de sensibilité au toucher puisque tous les filets nerveux de la sensibilité ont été interrompus lors du transfert.

Un renfort synthétique est mis en place pour consolider la paroi abdominale fragilisée par la perte d'une partie du muscle grand droit.

La symétrisation de l'autre sein et la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire (aréole + mamelon) sont le plus souvent réalisées ultérieurement, lorsque le volume du sein reconstruit sera stabilisé.

La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance carcinologique.

### ● AVANT L'INTERVENTION

Il s'agit d'une intervention délicate dont les pertes sanguines peuvent être importantes et qui nécessite que la patiente soit en bon état général.

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions. Une auto-transfusion peut vous être proposée (prélèvement et mise en réserve de votre propre sang quelques semaines avant l'intervention) afin de limiter les risques transfusionnels. Le médecin anesthésiste sera alors vu en consultation au moins un mois avant l'intervention et au plus tard 48 heures avant l'intervention dans les autres cas.

Dans tous les cas, le praticien devra vérifier l'imagerie mammaire (mammographie, échographie) de l'autre sein, si le dernier examen de contrôle n'est pas assez récent.

Aucun médicament contenant de l'Aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

Les risques thrombo-emboliques de ce type de reconstruction sont assez élevés et il est possible que le médecin-anesthésiste vous prescrive des bas anti-thrombose (prévention de la phlébite) qu'il vous faudra porter avant même l'intervention jusqu'à votre sortie de l'établissement. Il vous est demandé également d'acheter une gaine de contention abdominale s'agrafant sur le devant qui vous servira de maintien dès le premier pansement. Elle sera ensuite portée en continu, pendant plusieurs semaines.

### LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

### ● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

**Type d'anesthésie :** Il s'agit d'une anesthésie générale classique durant laquelle vous dormirez complètement.

**Modalités d'hospitalisation :** Une hospitalisation de 4 à 8 jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée par le succès de l'intervention (absence de nécrose secondaire) et l'ablation du drainage.

### ● L'INTERVENTION

L'intervention peut durer trois à quatre heures. En fin d'intervention, un pansement modelant du ventre est confectionné.

### ● LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont en général assez douloureuses pendant quelques jours, pouvant nécessiter de puissants antalgiques.

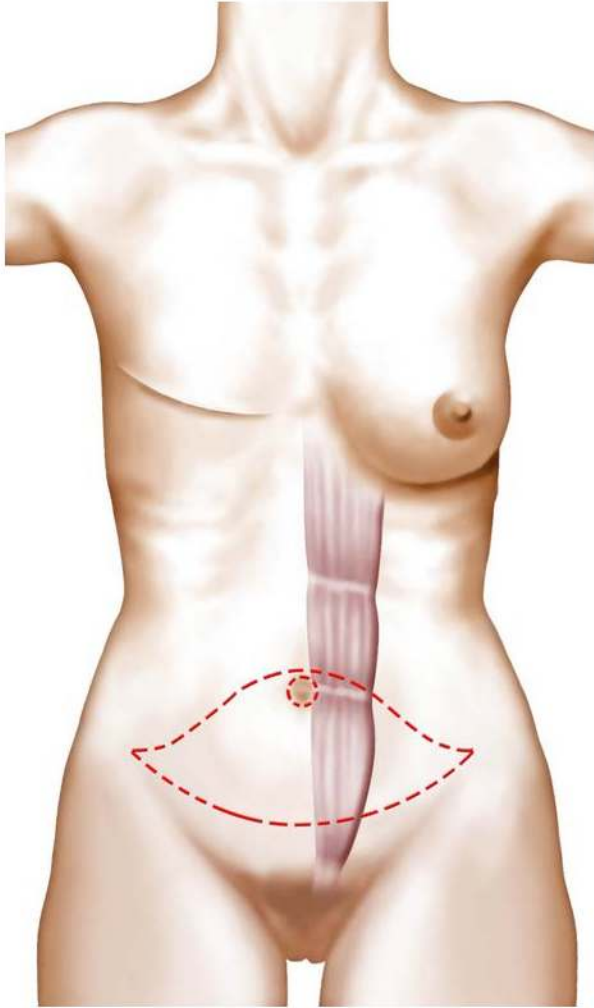
Ces antalgiques seront ensuite relayés par des antalgiques moins puissants prescrits à la demande.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles, ainsi qu'au niveau du ventre.

Les pansements seront réalisés régulièrement. Le port de la gaine (nuit et jour) est nécessaire pendant plusieurs semaines. La gêne au niveau du ventre peut être importante les premiers temps obligeant la patiente à se tenir un peu courbée.



Il convient d'envisager une convalescence d'au moins quatre semaines. Il persistera définitivement une faiblesse au niveau des muscles abdominaux qui peut gêner une femme sportive.



### ● LE RÉSULTAT

La reconstruction par lambeau de grand droit de l'abdomen (TRAM) restaure immédiatement un volume et une forme permettant à la patiente de s'habiller normalement avec un décolleté.

Le résultat final n'est cependant pas acquis d'emblée. Au début le sein peut apparaître un peu trop figé avec une sensation de tiraillement au niveau du ventre.

L'aspect du sein reconstruit va progressivement évoluer. Il faut attendre deux à trois mois pour que votre chirurgien puisse apprécier le résultat et en particulier la symétrie.

Ce n'est qu'à ce stade qu'une éventuelle retouche est envisageable.

Chez certaines patientes, l'intégration psychique de ce volume insensible peut être difficile et une période d'ambivalence d'au moins six mois est souvent constatée. L'entourage médical et familial joue un rôle important dans cette période durant laquelle la patiente a besoin d'être rassurée.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

### ● LES IMPERFECTIONS DE RÉSULTAT

Il est malheureusement impossible de reconstituer un sein parfaitement symétrique à l'autre.

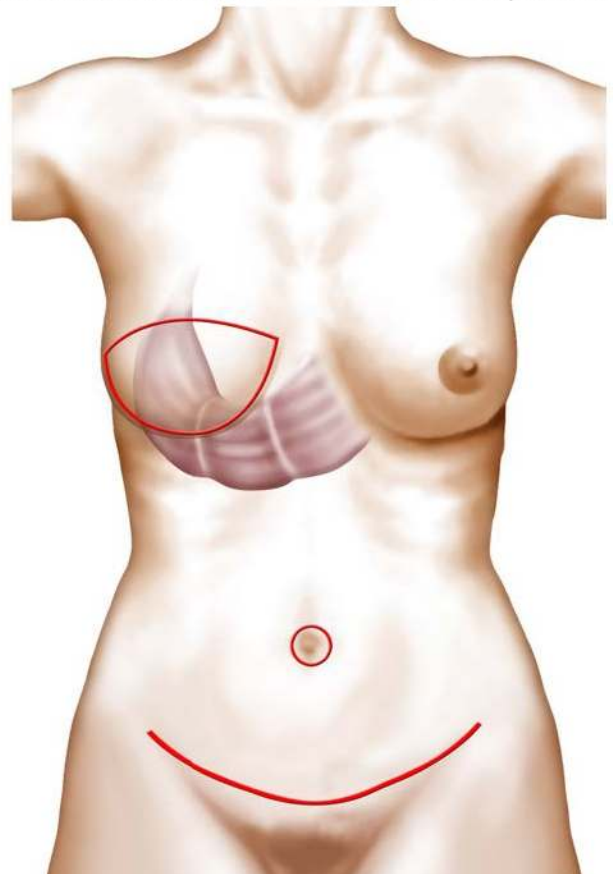
Il persistera toujours une certaine **asymétrie des deux seins**, qu'il s'agisse :

- du **volume** : la base du sein ne sera jamais parfaitement identique.
- de la **forme** : l'étalement des deux seins peut être différent.
- de la **couleur** : une petite différence est souvent présente.
- et de la **palpation** : le sein reconstruit est peu sensible.

Les cicatrices feront l'objet d'une surveillance attentive ; il est fréquent qu'elles prennent un aspect rosé et gonflé 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 (hyper-pigmentation, 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, la cicatrice elle-même, est le fait de la patiente.





## ● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

La reconstruction mammaire par lambeau de grand droit de l'abdomen est une intervention chirurgicale assez lourde, ce qui implique les risques inhérents à tout acte de ce type.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Cependant, les suites opératoires sont en général assez simples. Toutefois, 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 TRAM.

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 assez rares à la suite d'une reconstruction mammaire par TRAM. En pratique, la majorité des interventions se passe sans 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'ont peut observer :

• **Une nécrose cutanée** : les décollements engendrent un risque de souffrance de la peau, lié à la finesse du réseau vasculaire. Ce risque est accru par la reconstruction en particulier si les sutures sont réalisées sous tension. La relative précarité de la vascularisation du fuseau de graisse et de peau par un muscle peu épais accroît encore plus ce risque. Il est nettement plus élevé chez les patientes diabétiques, très fortes ou fumeuses. Dans ce cas le risque est proportionnel à l'intensité du tabagisme. Une nécrose importante peut nécessiter une réintervention pour enlever tous les tissus morts. Elle peut conduire à l'infection, et à l'extrême, à l'échec de la reconstruction.

• **L'infection** : l'infection est un risque présent lors de tout geste chirurgical. Le traitement nécessite un traitement antibiotique adapté et parfois une reprise chirurgicale pour drainage.

• **L'hématome** : l'hématome est un risque inhérent à tout geste chirurgical. Il peut survenir malgré toute l'attention apportée par le chirurgien en per-opératoire. Cette complication peut nécessiter une reprise chirurgicale précoce.

• **Un épanchement séreux (lymphorrhée)** : une poche liquidienne peut parfois se former au niveau du site mammaire ou encore au niveau du site de prélèvement abdominal. En fonction de son importance, il peut se résorber spontanément ou bien nécessiter une ponction, voire une reprise chirurgicale.

• **Un épanchement séreux (lymphorrhée)** : une poche liquidienne peut parfois se former au niveau du site mammaire ou encore au niveau du site de prélèvement abdominal. En fonction de

son importance, il peut se résorber spontanément ou bien nécessiter une ponction, voire une reprise chirurgicale.

• **Une éventration** : l'intervention fragilise la paroi abdominale et le risque d'éventration est toujours présent en particulier au décours d'un effort, même minime et ce malgré la mise en place d'un renfort synthétique pour consolider la paroi pendant l'intervention. Si elle survient, elle apparaît comme une voussure abdominale majorée lors des efforts. Une réintervention peut parfois être réalisée.

Au total il ne faut pas surévaluer les risques et dans la très grande majorité des cas, cette intervention de chirurgie reconstructrice correctement réalisée, donnera un résultat très appréciable, même si la rançon cicatricielle reste inévitable.

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.

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, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

## REMARQUES PERSONNELLES :



# RECONSTRUCTION DU SEIN PAR LAMBEAU DIEP

Version 4 mise à jour janvier 2019

Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE) comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à une reconstruction du sein par lambeau DIEP.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

## ● DÉFINITION, OBJECTIFS ET PRINCIPES

La mastectomie ou mammectomie (les termes sont synonymes) correspond à l'ablation de la glande mammaire, d'un fuseau de peau et de l'aréole.

Elle reste malheureusement nécessaire dans certaines formes de cancer du sein.

Une demande de reconstruction mammaire est tout à fait légitime après mastectomie.

Le lambeau DIEP, pour Deep Inferior Epigastric Perforator flap, est une technique originale qui peut être proposée aux patientes présentant un ventre favorable.

L'excès de peau et de graisse à ce niveau est transféré au niveau du thorax afin de reconstruire le sein sans se servir de prothèse.

Cette reconstruction est prise en charge par l'Assurance-maladie.

## ● OBJECTIFS

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer le volume et les contours du sein par le transfert au niveau du thorax de l'excès de peau et de graisse de la région abdominale sous-ombilicale. La technique donne au sein reconstruit une forme et une souplesse naturelles puisqu'il est constitué des propres tissus de la patiente. Cette reconstruction est définitive et évolutive, elle suit les variations pondérales et les effets de la pesanteur comme le sein naturel.

Elle ne constitue que l'un des temps de la reconstruction mammaire complète qui comporte en outre, selon les désirs de la patiente, une reconstruction de l'aréole et du mamelon et éventuellement une intervention sur le sein controlatéral pour améliorer la symétrie.

## ● ALTERNATIVES

La reconstruction mammaire n'est jamais obligatoire. L'utilisation d'une prothèse externe peut être suffisamment satisfaisante pour certaines femmes. La reconstruction reste un choix personnel.

Il existe d'autres techniques apportant des tissus d'une autre partie de votre corps (lambeau de grand dorsal). Chaque technique a ses avantages comme ses inconvénients propres.

## ● PRINCIPES

L'intervention est réalisée soit immédiatement lors de la mastectomie, on parle alors de **reconstruction immédiate**, soit à distance de la mastectomie et des traitements complémentaires qui ont été nécessaires, on parle alors de **reconstruction secondaire**.

La cicatrice de mastectomie est réutilisée comme voie d'abord en cas de reconstruction ; si elle peut parfois être améliorée, il est impossible de la faire disparaître.

L'intervention s'adresse aux femmes non fumeuses sans surpoids morbide présentant un abdomen favorable, idéalement celui que l'on aimerait faire disparaître au moyen d'une plastie abdominale.

L'intervention consiste à disséquer un lambeau, fuseau horizontal de peau et de graisse prélevé dans la région abdominale sous-ombilicale avec une artère et une veine mais sans le muscle grand droit et son aponévrose, puis à le transférer au niveau du thorax et gardé vivant grâce à la reconnexion des vaisseaux avec des vaisseaux de l'aisselle ou du thorax. Cette méthode fait appel à la microchirurgie.

Ce lambeau est modelé au niveau du thorax afin de reconstruire un sein naturel, sans apport prothétique, le volume apporté étant tel qu'il permet au chirurgien de se passer de l'utilisation



de toute prothèse interne. Le sein reconstruit n'aura que peu de sensibilité au toucher.

La fermeture du site donneur engendre une cicatrice inférieure sur toute la largeur de l'abdomen.

L'amélioration de la silhouette au niveau du ventre est souvent perçue comme un agrément.

Aucun renfort synthétique n'est mis en place pour consolider la paroi abdominale car le fait de ne pas emporter le muscle grand droit et son aponévrose prévient la fragilisation de la paroi.

La symétrisation de l'autre sein et la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire (aréole+mamelon) sont le plus souvent réalisées ultérieurement lorsque le volume du sein reconstruit sera stabilisé.

La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance cancérologique.

### ● AVANT L'INTERVENTION

Il s'agit d'une intervention délicate dont les pertes sanguines peuvent être importantes et qui nécessite que la patiente soit en bon état général.

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.

Un angioscanner des vaisseaux de l'abdomen doit être réalisé avant l'intervention afin de permettre la planification de celle-ci.

Le médecin anesthésiste sera alors vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

Dans tous les cas, le praticien devra vérifier l'imagerie mammaire (mammographie, échographie) de l'autre sein, si le dernier examen de contrôle n'est pas assez récent.

Aucun médicament contenant de l'Aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

Les risques thrombo-emboliques de ce type de reconstruction sont assez élevés et il est possible que le médecin-anesthésiste vous prescrive des bas anti-thrombose (prévention de la phlébite) qu'il vous faudra porter avant même l'intervention jusqu'à votre sortie de l'établissement. Il vous est demandé également d'acheter une gaine de contention abdominale s'agrafant sur le devant qui vous servira de maintien dès le premier pansement. Elle sera alors portée en continu, pendant plusieurs semaines.

### LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

### ● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

**Type d'anesthésie :** Il s'agit d'une anesthésie générale classique durant laquelle vous dormirez complètement.

**Modalités d'hospitalisation :** Une hospitalisation d'au moins 7 jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée par le succès de l'intervention (absence de thrombose) et l'ablation du drainage.

### ● L'INTERVENTION

L'intervention peut durer quatre à six heures. En fin d'intervention, un pansement modelant du ventre est confectionné. Le sein reconstruit est découvert afin de faciliter la surveillance du greffon (couleur, chaleur, recoloration à la pression).

### ● LES SUITES OPERATOIRES

Les suites opératoires sont peu douloureuses. Dans tous les cas, des antalgiques vous seront prescrits.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites ainsi qu'au niveau du ventre.

Les pansements seront réalisés régulièrement. Le port de la gaine (nuit et jour) est nécessaire pendant plusieurs semaines. La gêne au niveau du ventre peut être importante les premiers temps obligeant la patiente à se tenir un peu courbée. Il convient d'envisager une convalescence d'au moins quatre semaines. Il peut persister une faiblesse au niveau des muscles abdominaux



qui peut gêner une femme sportive, mais cette perte de force est très faible : moins de 30% du côté du muscle disséqué.

## ● LE RESULTAT

La reconstruction par lambeau de grand droit de l'abdomen (DIEP) restaure immédiatement un volume et une forme permettant à la patiente de s'habiller normalement avec un décolleté.

Le résultat final n'est cependant pas acquis d'emblée.

Au début, le sein peut apparaître un peu trop figé avec une sensation de tiraillement au niveau du ventre.

L'aspect du sein reconstruit va progressivement évoluer. Il faut attendre deux à trois mois pour que votre chirurgien puisse apprécier le résultat et en particulier la symétrie.

Ce n'est qu'à ce stade qu'une éventuelle retouche est envisageable.

Chez certaines patientes, l'intégration psychique de ce volume insensible peut être difficile et une période d'ambivalence d'au moins six mois est souvent constatée. L'entourage médical et familial joue un rôle important dans cette période durant laquelle la patiente a besoin d'être rassurée.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

## ● LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT

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.

-**de la forme** : l'étalement des deux seins peut être différent.

-**de la couleur** : une petite différence est souvent présente.

-**et de la sensibilité** : le sein reconstruit est peu sensible.

Les cicatrices feront l'objet d'une surveillance attentive. Il est fréquent qu'elles prennent un aspect rosé et gonflé 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 (hyper-pigmentation, 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, la cicatrice elle, est le fait de la patiente.

## ● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

La reconstruction mammaire par lambeau DIEP est une intervention chirurgicale assez lourde, ce qui implique les risques inhérents à tout acte de ce type.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Cependant, les suites opératoires sont en général assez simples. Toutefois, des complications peuvent survenir, certaines d'ordre général, inhérentes à tout acte chirurgical, d'autres loco-régionales plus spécifiques à la reconstruction du sein par DIEP.

Il faut distinguer les risques de 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 compétent et qualifié** formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques sans toutefois les supprimer complètement.

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

Les complications pouvant survenir dans les suites de la reconstruction mammaire par DIEP sont :

-**Une nécrose du lambeau** par thrombose des microanastomoses vasculaires : la relative précarité de la vascularisation du fuseau de graisse et de peau par des vaisseaux rebranchés à l'aide d'un microscope explique ce risque. Il est nettement plus élevé chez les patientes diabétiques, très fortes ou fumeuses. L'arrêt du tabac est donc obligatoire. Une thrombose aboutit inévitablement à la nécrose et nécessite une réintervention pour enlever le lambeau. C'est un échec de la reconstruction.

-**L'hématome** : l'hématome est un risque inhérent à tout geste chirurgical. Il peut survenir malgré toute l'attention apportée par le chirurgien en per-opératoire. Cette complication peut nécessiter une reprise chirurgicale précoce.

-**La nécrose graisseuse tardive (cytostéatonécrose)** : elle crée des nodules fermes dans le sein reconstruit, indolores, il est aisé de les différencier d'une récurrence de la maladie.

Une **infection** bien que toujours possible n'est pas fréquente dans les suites de cette intervention.

-**Une éventration** : l'intervention fragilise la paroi abdominale mais le risque d'éventration est minime car on n'emporte pas le muscle et son aponévrose. Il arrive parfois que l'abdomen présente une petite voussure sous-ombilicale au niveau du site de prélèvement des vaisseaux. Ceci n'a aucune conséquence pour votre santé ni pour votre confort.

-**Une hernie** : elle est également exceptionnelle.

Au total il ne faut pas surévaluer les risques et dans la très grande majorité des cas, cette intervention de chirurgie reconstructrice correctement réalisée, donnera un résultat très appréciable, même si la rançon cicatricielle reste inévitable.



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.

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, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

#### REMARQUES PERSONNELLES :



Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à une reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

### ● DÉFINITION

La mastectomie ou mammectomie (les termes sont synonymes) correspond à l'ablation de la glande mammaire, d'un fuseau de peau et de l'aréole. Elle reste malheureusement nécessaire dans certaines formes de cancer du sein.

Une demande de reconstruction mammaire est tout à fait légitime après mastectomie.

Après avoir reconstruit le volume et la forme du sein, il est souhaitable de proposer une reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire (aréole + mamelon) afin de restaurer complètement ce symbole de féminité qu'est le sein.

Cette reconstruction est prise en charge par l'Assurance-maladie.

### ● OBJECTIFS

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstruire une aréole colorée ainsi qu'un relief central comme mamelon.

### ● ALTERNATIVES

La reconstruction aréolaire n'est jamais obligatoire et certaines femmes se satisfont de la reconstruction d'un volume. La reconstruction de l'aréole et du mamelon reste un choix personnel.

Cette reconstruction simple permet toutefois de mieux intégrer le sein reconstruit dans son schéma psychologique personnel.

### ● PRINCIPES

L'opération peut être réalisée lorsque le volume du sein reconstruit est considéré comme stabilisé.

● Il existe plusieurs techniques de reconstruction de l'**aréole** :

#### • La greffe de peau totale

La peau est idéalement prélevée au niveau du **sillon génito-crural** (pli de l'aîne) car à ce niveau elle est naturellement pigmentée et apparaît brune quand on la greffe au niveau de la région du sein. Cette pigmentation n'est pas toujours suffisante pour reproduire la couleur de l'aréole controlatérale mais le résultat apparaît souvent durable et naturel. Une depigmentation secondaire peut aussi être observée. Cette greffe peut être secondairement tatouée si nécessaire.

On peut aussi utiliser la moitié périphérique de l'**aréole de l'autre sein** si un geste chirurgical est réalisé au niveau du sein controlatéral.

#### • Le tatouage

C'est la technique la plus simple qui consiste à introduire dans le derme, un pigment stérile. Ces tatouages nécessitent une séance complémentaire s'ils s'atténuent avec le temps.

● Il existe également plusieurs techniques pour reconstruire le **mamelon** dont :

#### • La greffe controlatérale

C'est la technique de choix si le mamelon est suffisamment projeté et généreux : on en prélève une partie pour la greffer de l'autre côté. Ce geste ne laisse quasiment pas de trace et n'altère pas la sensibilité aréolaire.

#### • Les lambeaux locaux

Un lambeau local de peau est prélevé et enroulé sur lui-même restaurant un relief mamelonnaire central. La cicatrice de prélèvement est dissimulée sous une greffe de peau ou un tatouage qui reconstruit l'aréole.



## ● LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont simples et ne nécessitent pas d'arrêt de travail. Les douleurs sont le plus souvent modérées et rapidement calmées par les antalgiques usuels.

En cas de greffe, si un bourdonnet est réalisé (petite boule de compresses grasses appliquées fermement sur la greffe), celui-ci sera ôté par le chirurgien au bout de cinq à sept jours.

Les autres pansements peuvent être réalisés par la patiente elle-même : pansement de compresses grasses appliquées sur la greffe de peau chaque jour.

Au premier pansement, les greffes ont parfois un aspect très blanc (exsangue) ; cette coloration évolue rapidement vers un aspect violacé saignant légèrement. Des croûtes sont possibles. Un aspect plus favorable (greffe rosée) apparaît dans les semaines suivantes.

Les fils de suture seront retirés au 21<sup>ème</sup> jour.

On conseille d'attendre la cicatrisation avant de mouiller la greffe (douches prudentes).

## ● LE RÉSULTAT

Après cicatrisation une aréole rosée et bien assouplie rend au sein son aspect naturel et complet, la poitrine redevenant symbole de féminité.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

## ● LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT

Il est malheureusement impossible de reconstituer un sein parfaitement symétrique à l'autre.

L'aréole reconstruite a perdu toute possibilité de contraction (différence de taille) et sa sensibilité érogène.

Il existe souvent une différence de couleur entre les deux aréoles. De plus, les tatouages ont souvent tendance à s'atténuer mais leur renouvellement est toujours possible.

## ● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Les complications de la reconstruction aréolaire sont en fait rares.

Cet acte reste cependant soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

L'échec de la prise de greffe est toujours possible. Dans ce cas, une nouvelle greffe de peau peut être à nouveau tentée.

Une déformation cicatricielle est parfois observée au niveau de la zone donneuse.

Au total il ne faut pas surévaluer les risques et dans la très grande majorité des cas, cette intervention de chirurgie reconstructrice correctement réalisée, donnera un résultat très appréciable, même si la rançon cicatricielle reste inévitable.

## ● AVANT L'INTERVENTION

Il n'est pas nécessaire d'effectuer un nouveau bilan opératoire sauf si une intervention plus invasive est associée.

Une nouvelle consultation d'anesthésie, 48 heures au minimum avant l'intervention, n'est obligatoire que si l'on envisage une sédation légère ou si l'on associe à la reconstruction aréolaire un geste plus invasif nécessitant une anesthésie générale.

## LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

Aucun médicament contenant de l'Aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

## ● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

**Type d'anesthésie :** Il s'agit d'une anesthésie locale simple, sauf si l'on réalise un geste associé. Une sédation peut être proposée aux patientes les plus inquiètes.

**Modalités d'hospitalisation :** Ce geste est réalisé le plus souvent en ambulatoire. Une hospitalisation n'est envisagée que si l'on associe à la reconstruction aréolaire un geste plus invasif nécessitant une anesthésie générale.

## ● L'INTERVENTION

L'intervention dure en général 1/2 heure. En fin d'intervention, un pansement léger est confectionné.



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

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, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

#### REMARQUES PERSONNELLES :



# TRANSFERT GRAISSEUX POUR RECONSTRUCTION MAMMAIRE APRÈS MASTECTOMIE TOTALE

(greffe de graisse autologue ou lipomodelage ou lipostructure)

Version 4 mise à jour nov 2016

Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à un transfert graisseux pour reconstruction mammaire après mastectomie. Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

## ● DÉFINITION, OBJECTIFS ET PRINCIPES

De nombreux procédés de reconstruction du sein, après mastectomie, existent. On peut les présenter en trois catégories :

- **Reconstruction par implant** (ou prothèse mammaire: en général posée sous le muscle pectoral)
- **Reconstruction par lambeau et implant** (un muscle et sa peau sont transférés au niveau du sein, et le volume manquant est complété par un implant posé en arrière du muscle)
- **Reconstruction par tissus autologues**, utilisant les tissus de la patiente (il n'y a pas de matériel autre que ceux de son propre corps). Ces tissus autologues peuvent être des « lambeaux » dont les principaux sont
  - ceux du ventre :
    - Le TRAM : utilisant un des muscles grand droit avec la peau du ventre sous le nombril, transféré en le retournant à 180°, ou rebranché dans l'aisselle en microchirurgie pour sa forme libre ;
    - Le DIEP : peau du ventre sans le muscle, mais toujours branché par microchirurgie.
  - celui du dos : utilisant le muscle grand dorsal et sa graisse environnante, avec ou sans peau.

Il existe d'autres lambeaux, d'utilisation plus rare, comme celui du muscle grand fessier, du sein controlatéral ou bien prélevé au niveau d'un muscle de la face interne de la cuisse.

Les techniques sont ainsi variées et permettent de s'adapter aux différentes situations (peau fine, abîmée, ou volume du sein à reconstituer important ou non...) et aux différentes exigences des patientes. Le chirurgien peut ainsi choisir la meilleure solution à proposer au cas par cas.

Malgré toutes ces techniques raffinées, il persiste souvent des petits défauts, à type d'irrégularités, de manque de volume

ou de projection, d'asymétrie du décolleté. Pour corriger ces défauts, voire dans des cas plus rares reconstruire la totalité du sein, il est possible de transférer la graisse de la patiente selon la technique de la lipostructure.

Cette technique, dérivée de la technique des transferts graisseux au niveau de la face aussi appelée lipofilling ou lipomodelage est largement utilisée et maîtrisée en chirurgie reconstructrice des seins où elle a apporté une avancée importante.

Le transfert graisseux au niveau du sein, est actuellement une technique reconnue d'une grande efficacité. Pour être pratiquée de façon conforme aux données avérées de la science, elle doit être réalisée en milieu chirurgical, par un chirurgien plasticien ou par un chirurgien formé spécifiquement pour cette technique. La pratique de cette technique en dehors du cadre chirurgical précédemment défini est considéré comme dangereuse pour les patientes.

Le principe de cette technique est de transférer la graisse de la patiente d'un site donneur potentiel (variable chez chaque patiente : ventre, hanches, cuisses...) vers la région thoraco-mammaire où il manque de volume (défauts localisés, notamment dans le décolleté, ou défaut plus global). Cette technique est en fait une greffe de graisse: cela veut dire que la graisse doit être revascularisée par le milieu receveur. Les réinjections se font dans le muscle pectoral et sous la peau pour les reconstructions par prothèses, ou dans l'ensemble des plans tissulaires pour les reconstructions autologues.

Dans les cas des reconstructions mammaires après mastectomie totale, le transfert graisseux est considéré comme une option chirurgicale à la fois pour améliorer la qualité des tissus et participer à la reconstruction du volume du sein.



Les techniques modernes de transfert de graisse permettent une répartition harmonieuse des cellules graisseuses, rendant le risque de formation de kyste huileux ou de mauvaise prise (cystostéatonécrose) plus limité.

La cystostéatonécrose peut se manifester cliniquement par des nodules fermes et lisses, mobiles, peu douloureux dans le sein. Leur aspect clinique est en général caractéristique. Radiologiquement, ces transferts de graisse peuvent se traduire, comme dans toute chirurgie du sein, esthétique ou non (exérèse de tumeur bénigne ou maligne, chirurgie de réduction mammaire, plastie d'augmentation...) par des **calcifications** (liées à la cicatrisation tissulaire).

En revanche, si le transfert de graisse ne peut pas provoquer un cancer du sein, il n'en empêchera pas la récurrence, si celui-ci devait réapparaître sous la forme d'une récurrence locale.

Ces calcifications (macro et microcalcifications) sont différentes de celles observées dans les cancers du sein, et ne posent pas de problèmes de diagnostic pour les radiologues expérimentés, qui peuvent s'aider de l'échographie et de l'IRM.

En cas d'augmentation de volume d'une tuméfaction sur le sein reconstruit, la règle doit rester la même que sur un sein natif : en cas de doute radiologique, des microbiopsies seront réalisées.

Actuellement, on peut considérer qu'une lipostructure du sein, faite selon les règles de l'art par un chirurgien plasticien expérimenté dans ce domaine, n'entraîne pas de difficulté diagnostique particulière pour un radiologue expérimenté en imagerie du sein.

Le transfert de graisse dans le sein reconstruit est souvent réalisé lors d'un deuxième temps opératoire, associé à d'autres gestes de raffinements des deux seins. Il doit être réalisé par un Chirurgien Plasticien compétent et qualifié, formé spécifiquement à ce type de technique et exerçant dans un contexte réellement chirurgical.

Cette intervention fait partie intégrante de la reconstruction, et est prise en charge par l'assurance-maladie.

### ● AVANT L'INTERVENTION

D'une façon générale, le projet de reconstruction est élaboré conjointement entre la patiente et le chirurgien, et le choix du type de reconstruction est dépendant de multiples facteurs et de la préférence de la patiente. Les reconstructions autologues dépendent beaucoup du « capital » graisseux, estimé au préalable, et qui doit être stable dans le temps (pas de variation de poids : « bien trouver son poids d'équilibre avant l'intervention »).

Une récurrence après mastectomie étant toujours possible, le chirurgien doit réaliser un examen clinique pré-opératoire à la recherche d'irrégularités éventuelles du tissu cellulaire sous-cutané ou de nodules cutanés. Une échographie de la paroi thoracique pourra en outre être demandée avant l'intervention afin d'éliminer une lésion évolutive. En cas de

doute, une micro-biopsie préalable sera réalisée. De même, toute tuméfaction qui augmente de volume à distance du transfert graisseux devra faire l'objet d'une étude échographique avec micro-biopsie au moindre doute.

Dans le sein controlatéral, il est actuellement déconseillé d'utiliser cette technique en dehors d'équipes multidisciplinaires pouvant assurer un suivi sénologique rapproché et sécurisé.

A l'issue du choix de la reconstruction, les différentes étapes de celle-ci seront détaillées, incluant ainsi souvent lors du deuxième temps opératoire, la lipostructure associée aux autres éléments du deuxième temps de reconstruction (reconstruction de l'aréole et du mamelon, symétrisation, liposuction du sillon sous-mammaire).

A l'issue de cette consultation,

- Un bilan photographique est débuté et poursuivi tout au long de la reconstruction.
- Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.
- Le médecin-anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.
- Aucun médicament contenant de l'aspirine ou un anti-inflammatoire ne devra être pris dans les 15 jours précédant l'intervention.

### LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.



## ● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

**Type d'anesthésie :** la lipostructure du sein reconstruit est habituellement réalisée sous anesthésie générale, car dans le même temps opératoire, plusieurs gestes peuvent être associés et plusieurs sites anatomiques sont concernés :

- les zones de prélèvements (fesses, hanches, abdomen ou culotte de cheval, face interne des genoux)
- le ou les seins

**Modalités d'hospitalisation :** La lipostructure seule nécessite une hospitalisation courte, d'environ 12 à 24 heures. En cas de geste associé, l'hospitalisation dépend du geste associé le plus lourd.

## ● L'INTERVENTION

Chaque chirurgien adopte une technique qui lui est propre et qu'il adapte à chaque cas pour obtenir les meilleurs résultats. Toutefois, on peut retenir des principes de base communs :

- Le chirurgien commence par procéder à un repérage précis des zones de prélèvement de la graisse, ainsi que des sites receveurs. Le choix de ces zones de prélèvement est fonction des zones d'excès de graisse et des désirs de la patiente, car ce prélèvement permet une amélioration appréciable des zones considérées, en réalisant une véritable lipoaspiration des excédents graisseux. Le choix des sites de prélèvement est également fonction de la quantité de graisse jugée nécessaire, et des sites de prélèvement disponibles.

Le choix des sites de prélèvement est également fonction de la quantité de graisse jugée nécessaire, et des sites de prélèvement disponibles.

- Le prélèvement du tissu graisseux est effectué de façon atraumatique, par de petites incisions cachées dans les plis naturels, à l'aide d'une fine canule d'aspiration (technique dérivée de celle de la lipoaspiration). On procède ensuite à une centrifugation, de manière à séparer les cellules graisseuses intactes, qui seront greffées, des éléments qui ne sont pas greffables (sérosités, huile).

- Le transfert du tissu graisseux se fait à partir d'incisions de 1 à 2 mm à l'aide de micro-canules. On procède ainsi au transfert de micro-particules de graisse dans différents plans (du plan des côtes jusqu'à la peau), selon de nombreux trajets indépendants (réalisation d'un véritable réseau tridimensionnel), afin d'augmenter la surface de

contact entre les cellules implantées et les tissus receveurs, ce qui assurera au mieux la survie des cellules adipeuses greffées et donc la « prise de la greffe ». Une surcorrection est réalisée, si elle est possible, pour tenir compte de la résorption partielle post-opératoire.

- Le transfert du tissu graisseux se fait à partir d'incisions de 1 à 2 mm à l'aide de micro-canules. On procède ainsi au transfert de micro-particules de graisse dans différents plans (du plan des côtes jusqu'à la peau), selon de nombreux trajets indépendants (réalisation d'un véritable réseau tridimensionnel), afin d'augmenter la surface de contact entre les cellules implantées et les tissus receveurs, ce qui assurera au mieux la survie des cellules adipeuses greffées et donc la « prise de la greffe ». Une surcorrection est réalisée, si elle est possible, pour tenir compte de la résorption partielle post-opératoire.

- Dans la mesure où il s'agit d'une véritable greffe de cellules vivantes (dont la prise est estimée à 60 à 70% selon les patientes), les cellules greffées resteront vivantes. La lipostructure est donc une technique définitive puisque les cellules adipeuses ainsi greffées vivront aussi longtemps que les tissus qui se trouvent autour d'elles. En revanche, l'évolution de ces cellules graisseuses se fait selon l'adiposité de la patiente (si la patiente maigrit, le volume apporté diminuera).

La durée de l'intervention est fonction du nombre de sites donneurs, de la quantité de graisse à transférer, et d'un éventuel changement de position. Elle peut varier de 1 heure à 2 heures selon les cas, parfois plus, si d'autres gestes sont associés.

## ● APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

Dans les suites opératoires, les douleurs sont en règle générale modérées, mais elles peuvent être transitoirement assez marquées au niveau des zones de prélèvement. Un gonflement des tissus (œdème) au niveau des sites de prélèvement et au niveau des seins apparaît pendant les 48 heures suivant l'intervention, et mettra en général 3 à 4 mois à se résorber. Des ecchymoses (bleus) apparaissent dans les premières heures au niveau des zones de prélèvement de graisse : elles se résorbent dans un délai de 10 à 20 jours après l'intervention.

Une certaine fatigue peut être ressentie pendant une à deux semaines, surtout en cas de prélèvement graisseux et de liposuction importante.

Il convient de ne pas exposer au soleil ou aux U.V. les régions opérées avant 4 semaines au moins, ce qui impliquerait le risque de pigmentation cutanée. Après résorption des phénomènes d'œdème et d'ecchymoses, le résultat commence à apparaître dans un délai de 1 mois après l'intervention, mais le résultat final nécessite 3 à 6 mois.

## ● LE RÉSULTAT

En terme de volume, il est apprécié dans un délai de 3 à 6 mois après l'intervention.

A plus long terme, des effets positifs sur la qualité de la peau mammaire irradiée sont remarquables (amélioration de la souplesse, diminution des colorations brunes et partiellement





des télangiectasies (dilatations capillaires).

La silhouette est également améliorée grâce à la lipoaspiration des zones de prélèvement (hanches, abdomen, culotte de cheval, genoux).

La stabilité du résultat est dépendante du maintien d'un poids stable.

### ● LES IMPERFECTIONS DE RÉSULTAT

Dans certains cas difficiles, l'insuffisance de résultat est prévisible avant l'intervention et une deuxième, voire une troisième, séance de lipostructure peuvent être nécessaires, et envisageables au moins 3 à 4 mois plus tard.

Le nombre de séances n'est pas limité, sauf par le bon sens, et par les quantités de graisse disponibles pouvant faire l'objet de prélèvement.

Dans quelques cas, des imperfections localisées peuvent être observées (sans qu'elles ne constituent de réelles complications : hypo-correction localisée, asymétrie légère, irrégularités). Elles sont alors accessibles à un traitement complémentaire : lipostructure sous simple anesthésie locale, à partir du 6<sup>ème</sup> mois post-opératoire.

Si une prothèse se situe près de la zone à lipostructurer, il faut savoir qu'il peut être nécessaire de la changer, si le transfert graisseux vient près de la prothèse.

### ● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Un transfert graisseux constitue une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte médical, aussi minime soit-il.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

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

● En ce qui concerne l'**anesthésie**, lors de la consultation, le médecin anesthésiste informera lui-même la patiente des risques anesthésiques. Il faut savoir que l'anesthésie induit dans l'organisme des réactions parfois imprévisibles, et plus ou moins faciles à maîtriser : le fait d'avoir recours à un **Anesthésiste parfaitement compétent, exerçant dans un contexte réellement chirurgical** fait que les risques encourus sont devenus statistiquement très faibles.

Il faut savoir, en effet, que les techniques, les produits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces trente dernières années, offrant une sécurité optimale, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence, et chez une personne en bonne santé.

● 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.

En fait, les vraies complications sont rares après une lipostructure de qualité : une grande rigueur dans la pose de l'indication, et dans la réalisation chirurgicale est de mise, pour assurer

en pratique, une prévention efficace et réelle.

L'infection est normalement prévenue par la prescription d'un traitement antibiotique per-opératoire. En cas de survenue (rare), elle sera traitée par antibiothérapie, glace, et en enlevant le point situé en regard de la zone enflammée. La résolution se fait alors en une dizaine de jours, habituellement sans conséquence importante sur le résultat final.

Un pneumothorax peut survenir exceptionnellement, et doit alors faire l'objet d'un traitement spécifique s'il est important (drainage). Une lésion des organes sous-jacents intra-thoraciques (cœur, vaisseaux) est en théorie possible, mais n'a jamais été constatée dans le cadre d'une pratique normale, réalisée par un chirurgien formé à cette technique.

Des zones plus fermes (dites de cyto-stéatonecrose) peuvent apparaître de façon rare. Ces zones diminuent progressivement de taille en quelques mois, et s'assouplissent lentement. Dans le cas contraire, en cas d'augmentation progressive vous devez en parler à votre chirurgien, qui jugera de l'opportunité de faire réaliser des examens complémentaires, habituellement non nécessaires avant le bilan annuel.

Puisque le tissu graisseux déposé reste vivant, il est soumis naturellement aux variations de poids. En cas d'amaigrissement très important, le volume des seins diminuera. A contrario, en cas de prise de poids importante les seins peuvent augmenter de volume. Une certaine stabilité pondérale est donc recommandée afin de pérenniser la stabilité du résultat.

Enfin, il faut savoir que seul le recul dans le temps apportera la certitude qu'un tel traitement ne peut **favoriser ou être à l'origine d'une quelconque pathologie mammaire**. A cet égard, la SOFCPRE recommande que la patiente s'engage à faire réaliser un bilan d'imagerie de référence un an après cette intervention, si possible par le même radiologue, puis à rester sous surveillance médicale régulière.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'un acte médico-chirurgical même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas.

Le recours à un praticien qualifié vous assure que celui-ci a la formation et les compétences requises pour savoir éviter ces complications, où les traiter efficacement le cas échéant.

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, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

### REMARQUES PERSONNELLES :



Cette fiche d'information a été conçue sous l'égide de la **Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez une mastectomie prophylactique pour haut risque de développer un cancer du sein.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

### ● DÉFINITION

Les gènes BRCA 1 et 2 tirent leur nom de l'expression anglaise Breast (BR) Cancer (CA). **Ces gènes BRCA sont des gènes anti-cancer, si bien que leur mutation entraîne un haut risque de développer un cancer du sein et de l'ovaire.** Ainsi, lorsqu'une patiente est porteuse d'une mutation BRCA1, son risque de développer un cancer du sein est très important avec un risque annuel d'environ 3% par an, et un risque estimé entre 60 et 70% au cours de la vie.

La mutation du gène BRCA est dépistée par un test oncogénétique, dans les suites d'une **consultation d'oncogénétique**, chez une patiente ayant un risque élevé d'être porteuse de cette mutation. Il s'agit de femmes qui ont un lien de parenté directe avec une patiente chez laquelle a déjà été mise en évidence une mutation BRCA, de patientes déjà traitées pour un cancer du sein ou de l'ovaire et dans la famille desquelles il existe de nombreux cas similaires, ou de patientes atteintes très jeunes de cancer du sein ou de l'ovaire et chez qui on a recherché cette mutation. **La transmission de cette mutation est autosomique dominante, c'est à dire qu'elle peut être transmise par le père ou par la mère.**

Le risque de développer un cancer du sein et de l'ovaire est très élevé si l'on est porteur d'une mutation BRCA, et il s'agit souvent de cancers survenant chez des patientes jeunes, et dont le diagnostic est plus difficile du fait de la densité mammaire. C'est pourquoi une mastectomie prophylactique peut être envisagée en cas de mutation BRCA 1 ou 2. Elle permet en effet une réduction majeure du risque de cancer du sein chez ces patientes mutées, ce risque passant de 70 % à environ 2 %.

Pour les patientes qui ont déjà été traitées pour un cancer du sein et chez lesquelles a été mise en évidence une mutation BRCA, le risque de développer un nouveau cancer du sein est d'environ 60%. Un geste chirurgical peut également leur être proposé, associant une mastectomie totalisatrice et prophylactique du côté déjà atteint, et une mastectomie prophylactique de

l'autre côté. **En cas de radiothérapie, même ancienne, le risque de complications est plus élevé et la reconstruction est considérée comme plus difficile et à plus haut risque de complications.** Les suites post-opératoires peuvent être plus difficiles avec un risque de nécrose cutanée plus élevé.

Enfin, le risque de développer un cancer des ovaires est également important dans le cadre d'une mutation BRCA. Une annexectomie bilatérale prophylactique (ablation des ovaires et des trompes), est en général proposée après 40 ans en cas de mutation BRCA 1, et après 45 ans en cas de mutation BRCA2.

### ● ALTERNATIVES

L'alternative à la chirurgie est une surveillance clinique et radiologique rapprochée, associant mammographies, échographies et IRM. Néanmoins il n'est pas rare de voir des patientes jeunes, bien suivies, qui développent un cancer du sein quelques mois après un bilan normal. **C'est pourquoi lorsque la patiente est bien informée et demandeuse d'un geste prophylactique, que l'équipe multidisciplinaire peut proposer une prise en charge adéquate, la mastectomie prophylactique bilatérale peut s'avérer la meilleure solution, si la patiente a bien compris les enjeux de ce geste.**

En pratique, **le plus souvent la surveillance rapprochée est conseillée et proposée initialement aux patientes à la suite de leur consultation oncogénétique.** Et c'est souvent au bout de plusieurs examens de surveillance, suivis par d'éventuelles alertes (avec réalisation de microbiopsies potentiellement anxiogènes) que la patiente s'oriente finalement vers la mastectomie prophylactique pour être « plus tranquille » et réduire de façon drastique son risque de développer un cancer du sein. Surtout si, dans ce délai, sont survenus d'autres cancers dans la famille de la patiente.



## ● OBJECTIFS

**Le but d'une mastectomie prophylactique est de diminuer de manière drastique le risque de cancer du sein chez une patiente à haut risque néoplasique, a fortiori si elle présente une mutation d'un gène BRCA, tout en proposant une reconstruction mammaire immédiate de qualité qui lui permettra de retrouver une vie normale ou presque normale. Il s'agit bien sûr d'une épreuve difficile et délicate pour une femme, souvent jeune, et l'accompagnement psychologique tout au long du processus est essentiel.** Par ailleurs l'acceptation de cette nouvelle poitrine dépendra beaucoup de la demande de la patiente, de ses attentes, de ses motivations, mais également de l'entourage familial et de la qualité de l'accompagnement technique et psychologique dont elle pourra bénéficier.

## ● PRINCIPES

**Concernant la mastectomie**, la mastectomie prophylactique permet de retirer la glande mammaire et la plus grande partie de l'épithélium mammaire susceptible de se canceriser. Elle peut se faire de différentes manières :

- de façon classique en retirant un fuseau de peau et la plaque aréolo-mamelonnaire
- en conservant la peau du sein
- en conservant la peau du sein et la plaque aréolo-mamelonnaire.

La conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire (mastectomie sous-cutanée ou mastectomie conservant la plaque aréolo-mamelonnaire) permet d'avoir un résultat plus satisfaisant pour les patientes, qui ont moins l'impression qu'on leur retire leur sein, et donc une partie de leur féminité. Cela est souvent possible chez des femmes jeunes, dont les seins sont de volume moyen et « tombent » peu.

Pour des patientes dont les seins sont trop volumineux ou « tombent » trop, le risque de complications en conservant la plaque aréolo-mamelonnaire peut être important, et le chirurgien peut opter pour une mastectomie classique avec alors reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire (mamelon et aréole) dans un second temps.

**Concernant la technique de reconstruction mammaire**, le volume mammaire peut être restitué de plusieurs façons en utilisant une prothèse, ou bien les propres tissus de la patiente (graisse, lambeau de grand dorsal, lambeau de DIEP, lambeau de gracilis), ou dans certains cas des techniques combinant les tissus de la patientes aux prothèses. **Un document d'information sur la technique de reconstruction mammaire utilisée vous sera également remis à la suite de la consultation.** Le choix de la technique se fera en fonction des souhaits de la patiente mais également des contraintes anatomiques et techniques. Deux consultations avec le chirurgien sont habituellement nécessaires pour **choisir la solution qui sera la plus adaptée pour la patiente, et pour permettre de donner toutes les informations nécessaires.** N'hésitez pas à **poser au chirurgien toutes les questions** qui vous viennent à l'esprit.

## ● AVANT L'INTERVENTION

**Habituellement, il faut réunir 3 avis avant d'envisager concrètement l'intervention : l'avis de l'onco-généticien, l'avis du chirurgien, et l'avis d'un onco-psychologue.** Chaque intervenant apporte une partie de l'information nécessaire pour comprendre les nombreux enjeux de l'intervention.

De plus, il faut disposer au moment de l'intervention d'un **bilan radiologique mammaire** (mammographies, échographies, IRM) datant de moins de 6 mois (idéalement 1 mois et demi avant l'intervention pour avoir le temps de s'organiser si une microbiopsie est nécessaire). Les examens doivent être normaux (ACR1 ou ACR2). En cas de découverte d'une lésion suspecte ou seulement d'apparition récente lors de ces examens, une biopsie serait réalisée pour confirmer la nature de cette lésion, et considérer le cas échéant la recherche du ganglion sentinelle lors de la mastectomie si cela s'avérait nécessaire.

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions

Le médecin anesthésiste sera vu au plus tard 48H avant l'intervention.

Aucun médicament contenant de l'Aspirine, ou des anti-inflammatoires, ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

### LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.



## ● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

**Type d'anesthésie** : il s'agit d'une anesthésie générale classique durant laquelle vous dormirez complètement

**Modalités d'hospitalisation** : la durée d'hospitalisation dépend de la technique de reconstruction utilisée. Elle varie entre 3 et 10 jours, hors complication intercurrente. Suivant les équipes, la sortie peut également être conditionnée par l'ablation du drainage (dans certains cas, la patiente peut quitter l'établissement avec un drain, qui sera enlevé quelques jours plus tard).

## ● L'INTERVENTION

La durée d'intervention dépend de la technique de reconstruction utilisée, et varie de 2H30 à 12H, selon la technique utilisée, la difficulté du cas, la dextérité et l'expérience de l'opérateur. Cela vous sera précisé par votre chirurgien.

L'intervention de mastectomie –reconstruction pour haut risque mammaire est considérée comme une intervention difficile à courbe d'apprentissage, et cette intervention est au mieux réalisée dans une équipe entraînée à ce type de prise en charge.

## ● APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont en général assez douloureuses pendant quelques jours, pouvant nécessiter la prise d'antalgiques puissants. Ces antalgiques seront ensuite relayés par des antalgiques moins puissants prescrits à la demande.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) des seins reconstruits sont habituels dans les suites post-opératoires.

On peut observer une gêne transitoire à l'élévation du bras, qui ne nécessite pas habituellement de rééducation particulière, ou une rééducation douce des épaules.

Les pansements seront réalisés régulièrement. Dans le cas de reconstruction par prothèses, le port d'un soutien-gorge peut vous être recommandé par votre chirurgien pendant plusieurs semaines.

Il convient d'envisager une convalescence d'environ quatre semaines. La reprise des activités sportives pourra être envisagée au bout de un à deux mois, selon la technique de reconstruction mammaire utilisée.

## ● LE RÉSULTAT

**Le résultat carcinologique** montre, sur de grandes séries de patientes, **une réduction très importante** du risque de développer un cancer du sein de 70% à 2%. **Ce risque devient donc très faible mais n'est pas nul.** En cas d'apparition d'une boule sur le sein reconstruit à distance de l'intervention, il est conseillé de consulter. Dans tous les cas, une **échographie annuelle** est recommandée dans la surveillance de ces mastectomies prophylactiques.

**Concernant le résultat morphologique**, la mastectomie prophylactique associée à une reconstruction mammaire

immédiate permet de restaurer d'emblée le volume et la forme des seins, autorisant la patiente à s'habiller normalement avec un décolleté.

Cependant **le résultat final n'est pas acquis d'emblée.** Quelque soit la technique de reconstruction utilisée, il faut attendre deux à trois mois pour pouvoir apprécier le résultat de la reconstruction. Ce n'est qu'à ce stade qu'une retouche ou plutôt un complément de reconstruction peuvent être envisagés et **font partie du programme thérapeutique et de leur prise en charge par l'assurance maladie et par les mutuelles.** Concernant cette prise en charge, la mise en place des prothèses mammaires, et leurs éventuels changements sont soumis à entente préalable pour accord de l'assurance maladie avant l'intervention (à envoyer au médecin conseil avec accusé de réception), mais sont heureusement toujours acceptés dans ces circonstances impératives.

L'intégration de cette nouvelle poitrine dans le schéma corporel de la patiente peut, dans certains cas, être difficile. **L'entourage médical et familial joue un rôle important dans cette période durant laquelle la patiente a besoin d'être rassurée.**

Le but de cette chirurgie est de **réduire de façon très nette le risque de cancer du sein** tout en offrant une reconstruction de qualité, sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection.

**Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner satisfaction** (une morphologie mammaire acceptable). Attention cependant à ne pas confondre les résultats esthétiques d'une chirurgie esthétique d'augmentation par prothèses (en plus du sein normal) avec une reconstruction mammaire bilatérale par prothèses (le sein n'est plus là pour cacher les éventuelles petites vagues des prothèses).

## ● LES IMPERFECTIONS DE RÉSULTAT

Il est malheureusement impossible de reconstituer les seins d'origine. Il persistera toujours une différence de volume, de forme, de sensation, par rapport aux seins natifs.

Un travail **d'auto-rééducation sensitive** (caresses du sein face au miroir) est fondamental pour bien intégrer les nouveaux seins reconstruits. **La patiente doit faire un travail personnel important pour intégrer sa nouvelle poitrine.**

Les cicatrices feront l'objet d'une surveillance attentive, il est fréquent qu'elles prennent un aspect rosé et gonflé 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 (hyper-pigmentation, 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, la cicatrice elle, est le fait de la patiente.

## ● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

**La mastectomie prophylactique avec reconstruction mammaire immédiate est une véritable intervention chirurgicale.**



Les suites opératoires sont en général simples. Toutefois, des complications peuvent survenir, certaines d'ordre général, inhérentes à tout acte chirurgical, d'autres locorégionales, plus spécifiques à la reconstruction des seins.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

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 l'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 peu fréquentes à la suite d'une mastectomie prophylactique associée à une reconstruction mammaire immédiate. En pratique, la majorité des interventions se passe sans aucun problème particulier.

**Cependant, il faut savoir que des problèmes peuvent survenir afin de les diagnostiquer et les régler le mieux possible s'ils survenaient chez vous.** Un bon chirurgien est non seulement celui qui peut réaliser une bonne intervention, mais aussi celui qui sait gérer les complications en cas de survenue.

**Les complications pouvant survenir dans les suites d'une mastectomie prophylactique associée à une reconstruction mammaire immédiate par prothèses sont :**

- **L'infection** : qui nécessite un traitement antibiotique, et parfois une ré-intervention 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** : qui peut conduire à l'exposition de la prothèse, et imposer l'ablation de celle-ci. Le tabagisme majore 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 diminué depuis quelques années notamment par l'utilisation de nouvelles prothèses, mais reste totalement imprévisible pour chaque patiente.

- **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 et 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 la musculation excessive des pectoraux dans les suites opératoires. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.

- **La rupture ou le dégonflement** traumatique par manœuvre externe : le risque est réel lors d'un traumatisme intense, ou lors d'une compression excessive au cours d'un examen de mammographie. Le remplacement de la prothèse est alors nécessaire

- « **usure** » et « **vieillesse** » 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. Globalement, à partir de 10 ans, en cas d'anomalie de consistance d'une prothèse la question du changement éventuel devra être posée. L'échographie annuelle pratiquée dans le cadre de la surveillance habituelle permet de vérifier l'intégrité des prothèses. Avec le temps, l'enveloppe s'use progressivement, pouvant entraîner une fuite du contenu avec des conséquences variables :

. avec une prothèse pré-remplie de sérum, on observe, en cas de rupture, un affaissement du sein, survenant généralement en quelques heures ou quelques jours, correspondant à un dégonflement de la prothèse

. avec une prothèse pré-remplie de gel de silicone, le diagnostic clinique est moins évident. Avec les gels à cohésivité importante, aujourd'hui les plus couramment utilisés, vous êtes à l'abri d'une diffusion rapide du gel de silicone en dehors de la prothèse.

Du fait du caractère très progressif de la migration du gel en dehors de la prothèse, les signes cliniques correspondant à une usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone sont le plus souvent tardifs sous la forme d'une déformation du sein ou bien de l'apparition d'une coque.

Que l'usure concerne une prothèse en sérum ou bien remplie de gel de silicone, dans les deux cas, il faut procéder au remplacement de la prothèse.

Il n'existe aucun risque quantifiable de maladie auto-immune avec le gel de silicone.

**Les complications pouvant survenir dans les suites d'une mastectomie prophylactique associée à une reconstruction mammaire immédiate autologue sont :**

- **Une nécrose cutanée** au niveau de la peau du sein, mettant à nu le lambeau sous-jacent. Cette complication va entraîner une cicatrisation plus longue mais en général le lambeau va aider à la cicatrisation. C'est pourquoi la reconstruction par lambeau est choisie préférentiellement en cas de risque élevé de nécrose de la peau du sein, favorisé par l'association de facteurs de risques comme la radiothérapie, les antécédents de tabagisme, les seins



volumineux et/ou ptôvés, les seins ayant déjà des cicatrices qui diminuent la vascularisation locale.

- **Une nécrose du lambeau** : par thrombose des micro-anastomoses vasculaires dans le cadre d'une reconstruction par lambeau libre (DIEP, gracilis). La relative précarité de la vascularisation du fuseau de graisse et de peau par des vaisseaux rebranchés à l'aide d'un microscope explique ce risque. Il est nettement plus élevé chez les patientes diabétiques, très fortes ou fumeuses. L'arrêt du tabac est donc bien sûr obligatoire. Une thrombose aboutit inévitablement à la nécrose et nécessite une ré-intervention pour enlever le lambeau. C'est alors un échec de la reconstruction et une autre solution de reconstruction doit alors être proposée.

- **L'hématome** : l'hématome est un risque inhérent à tout geste chirurgical. Il peut survenir malgré toute l'attention portée par le chirurgien pendant l'intervention. Cette complication peut nécessiter une reprise chirurgicale précoce.

- **L'infection** : l'infection est un risque présent lors de tout geste chirurgical. Le traitement nécessite un traitement antibiotique adapté et parfois une reprise chirurgicale pour drainage.

- **Un épanchement séreux (lymphorrhée ou sérome)** : une poche liquidienne peut parfois se former au niveau du site de prélèvement dorsal ou abdominal. En fonction de son importance, il peut se résorber spontanément ou bien nécessiter une ponction, voire une reprise chirurgicale.

- **La cytotéatonecrose, ou nécrose graisseuse tardive** : elle crée des nodules fermes dans le sein reconstruit. Ces nodules apparaissent dans les mois suivant l'intervention et il est habituellement aisé de les différencier d'une lésion cancéreuse. En cas d'apparition tardive, si le radiologue ne peut affirmer la cytotéatonecrose, il réalisera une microbiopsie pour confirmer la bénignité de la lésion.

#### - **Sérome tardif péri-prothétique**

Dans de très rares cas peut survenir, autour de la prothèse, un épanchement tardif.

Un tel épanchement tardif, a fortiori s'il est associé à d'autres anomalies cliniques du sein, impose de faire réaliser un bilan sénologique auprès d'un radiologue sénologue. Le bilan de base comportera une échographie avec ponction de l'épanchement. Le liquide ainsi ramené fera l'objet d'une étude avec recherche de cellules lymphomateuses. Une mammographie numérisée et/ou une IRM peuvent s'avérer nécessaires selon les résultats des premiers examens.

En cas de masse mammaire ou d'épanchement récidivant après ponction sous échographie, une exploration chirurgicale pourra être proposée par le chirurgien avec une ablation de la capsule fibreuse péri-prothétique (capsulectomie) permettant des biopsies à la recherche d'un très exceptionnel Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM).

Cette entité, observée en France depuis janvier 2011, concerne principalement les implants à surface macro-texturée.

**Au total il ne faut pas surévaluer les risques et dans la très grande majorité des cas, cette intervention de chirurgie reconstructrice correctement réalisée, donnera un résultat très appréciable, même si la rançon cicatricielle reste inévitable.**

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, les traiter efficacement le cas échéant, et vous offrir le meilleur résultat morphologique et esthétique possible.

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, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

#### REMARQUES PERSONNELLES :