

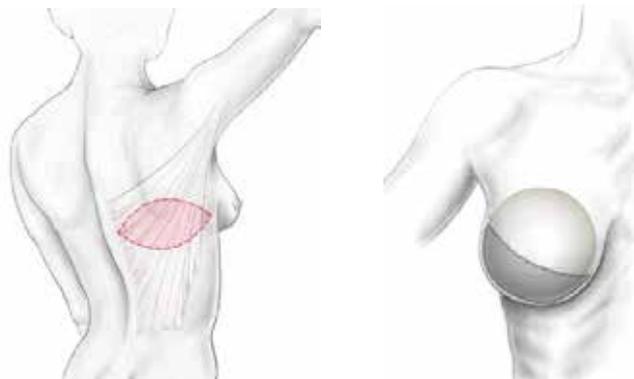
Reconstruction mammaire par LAMBEAU DE GRAND DORSAL

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables vous permettant de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi, il vous est 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 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 parfois une prothèse afin de recréer le volume mammaire.



Objectifs

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

La technique s'applique surtout aux 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 indications, 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. Il est souvent nécessaire d'attendre 6 à 12 mois après la fin de la radiothérapie avant d'envisager une reconstruction différée.

L'intervention consiste à mettre en place au niveau thoracique un fuseau de peau et le muscle grand dorsal prélevés au niveau du dos. Les tissus altérés situés au niveau thoracique seront réséqués.

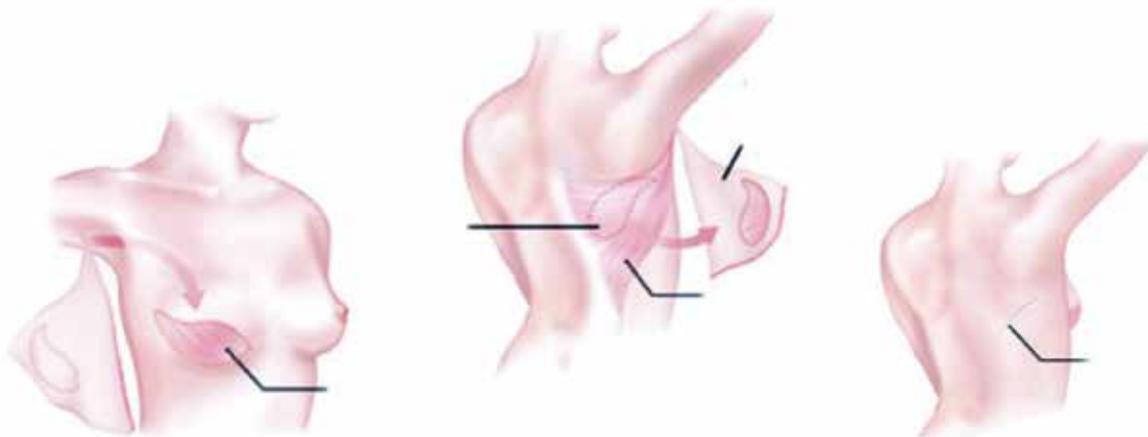
Selon la localisation initiale de la cicatrice de mastectomie celle-ci peut-être « négligée » (c'est-à-dire qu'elle est laissée en place) et le lambeau de grand dorsal est situé plus bas (il peut donc y avoir 3 cicatrices sur le sein, une étant cachée dans le sillon sous mammaire).

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 est habituellement 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 sous le 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 modifiera en rien la surveillance carcinologique ni le risque de récurrence de la maladie.

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 est remplie de gel de silicone dont la consistance est 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. 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 de contention (prévention de la phlébite) qu'il vous faudra porter avant même l'intervention jusqu'à votre sortie de l'établissement.

L'arrêt du tabac est indispensable. Il pourrait être à l'origine d'un retard ou d'une absence de cicatrisation.

Type d'anesthésie et modalités d'hospitalisation

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une hospitalisation de 5 à 7 jours est habituellement nécessaire.

L'intervention

L'intervention dure environ 3 heures. A la fin de celle-ci, un pansement modelant en forme de soutien-gorge, est confectionné ou bien un soutien-gorge de contention est mis en place.

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 (oedème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites. **Des épanchements lymphatiques au niveau du dos** peuvent nécessiter des ponctions évacuatrices.

Le port du soutien-gorge (nuit et jour) est nécessaire pendant 2 mois. Les pansements seront réalisés régulièrement. Il convient d'envisager une convalescence d'au moins quatre à six semaines. On conseille d'attendre deux mois avant de reprendre une activité sportive.

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 2 à 3 mois pour que le chirurgien puisse apprécier le résultat et en particulier la symétrie.

Ce n'est qu'à ce stade qu'une éventuelle retouche est envisageable. Il est parfois nécessaire de réaliser des séances de lipostructures complémentaires.

Chez certaines patientes, l'intégration psychique de la reconstruction peut être difficile et une période d'ambivalence d'au moins 6 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.

Les imperfections du 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. Les variations de poids peuvent accentuer cette différence.
- De la forme : en position allongée le sein reconstruit 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. Cela est moins marqué s'il n'a pas été mis de prothèse sous le lambeau.
- De la couleur : il existe fréquemment une petite différence donnant un aspect de « pièce rapportée » (la peau du dos n'étant pas exactement de la même couleur que la peau thoracique).
- De la palpation : uniquement en cas de prothèse sous-jacente. 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 (hyperpigmentation, épaissement, rétraction, adhérence ou élargissement) qui peuvent nécessiter un traitement spécifique. A cet égard, il ne faut pas oublier que si c'est le chirurgien qui réalise les sutures, 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 liés à tout acte de ce type.

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 risques de complications liées à l'anesthésie de celles liées à l'acte 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 présentera les différents moyens de lutte contre la douleur post-opératoire.

En ce qui concerne le geste chirurgical

- L'épanchement séreux (lymphorrhée) : il s'agit de la complication la plus fréquente. Une poche liquidienne se forme au niveau du site mammaire ou plus souvent au niveau du site de prélèvement dorsal. En fonction de son importance, elle peut se résorber spontanément ou bien nécessiter une ponction, voire 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 : elle est un risque présent lors de tout geste chirurgical. Le traitement nécessite un antibiotique adapté et parfois une reprise chirurgicale pour drainage, voire l'ablation de l'implant s'il en a été posé un.
- L'hématome : il 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 désunion de la cicatrice dorsale : en cas de prélèvement cutané important au niveau du dos, ou de cicatrice réalisée sous tension, il peut apparaître une désunion de la cicatrice dorsale. Ce risque est majoré par le tabagisme. Des soins locaux adaptés permettent le plus souvent une bonne évolution locale. Quelquefois des procédés plus contraignants peuvent être mis en place afin de favoriser la cicatrisation.

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.
- **Le déplacement de l'implant** : un déplacement de l'implant est toujours possible sous l'effet des contractions musculaires. Il est déconseillé de pratiquer une musculation excessive des pectoraux dans les suites opératoire. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.
- **La rupture ou le dégonflement traumatique par manoeuvre externe** : le risque est réel lors d'un traumatisme intense. Le remplacement de la prothèse est alors nécessaire.
- **« L'usure » et le « 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 entraînant une déformation du sein ou bien l'apparition d'une coque.

Le délai de survenue est imprévisible. L'IRM fait le diagnostic d'une telle rupture. Dans ces cas, il faut procéder au remplacement de la prothèse.

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 le chirurgien.

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

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au chirurgien toutes les questions qui vous viennent à l'esprit.

En cas de question ou de problème n'hésitez pas à joindre notre secrétariat au 02 28 25 58 89.