

Reconstruction mammaire

Docteur Jean Masson

Service de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

Clinique Internationale du Parc Monceau

Chirurgie réparatrice & esthétique

Hôpital Saint-Louis

La reconstruction mammaire fait, actuellement, partie intégrante du traitement du cancer du sein. Elle doit être réalisée idéalement par des chirurgiens plasticiens connaissant tout particulièrement la chirurgie cancérologique du sein ainsi que tous les traitements médicaux carcinologiques. La reconstruction mammaire doit être évoquée dès la première consultation du cancérologue et doit être proposée à toutes les patientes. La reconstruction mammaire permet de reconstruire le volume du sein manquant, de symétriser le sein contro-latéral et de reconstruire l'aréole et le mamelon. Dans la majorité des cas, deux interventions sont nécessaires avec un délai de trois mois entre les deux temps opératoires.

Reconstruction par prothèses

Pour reconstruire le volume mammaire, lorsque la peau est de bonne qualité, la méthode la plus simple est l'utilisation d'une prothèse. Depuis janvier 2001, les prothèses utilisées sont des prothèses en gel de Silicone, anatomiques, à bases larges et adaptées au volume du sein contro-latéral. Les prothèses disponibles sur le marché, tant dans leur projection que dans leur bas et leur hauteur, permettent actuellement de s'adapter au mieux au volume du sein contro-latéral. Ces prothèses sont positionnées idéalement en arrière du muscle grand pectoral. Pour les mettre en place, on utilisera toujours la cicatrice de mastectomie dans sa partie externe. Un drainage de courte durée est mis en place pour éviter la formation d'un hématome. Des douleurs post-opératoires pouvant durer plusieurs semaines dues à la position rétro-musculaire de la prothèse, s'atténuent progressivement grâce à l'aide d'antalgiques. Un soutien-gorge et une bande de contention sont prescrits pendant un mois pour maintenir la position idéale de l'implant et éviter son déplacement lors de la contraction du muscle grand pectoral. La radiothérapie antérieure n'est pas une contre-indication à la mise en place d'un implant si la peau est de bonne qualité.

Un délai de six mois à un an après la fin de la radiothérapie est considéré comme raisonnable avant toute reconstruction mammaire. Une rétraction péri-prothétique ou coque peut survenir dans un délai imprévisible post-opératoire pouvant aller d'un mois à 5 ou 10 ans après l'intervention chirurgicale. Lorsque la rétraction est importante, le sein reconstruit devient dur, sphérique ou douloureux. Cette rétraction, ou coque péri-prothétique, est gênante dans 20 à 30 % des cas, pouvant justifier une reprise chirurgicale avec capsulotomie et éventuellement changement de prothèse. Les prothèses texturées, utilisées en reconstruction mammaire

semblent diminuer le nombre de coques. Les ruptures de prothèse sont devenues rares, car les enveloppes des prothèses sont plus épaisses et les gels utilisés sont plus cohésifs. En cas de rupture d'une prothèse à forte cohésivité, la silicone reste in situ et ne diffuse pas en dehors du sein reconstruit. Après la mise en place d'une prothèse, une fossette interne peut être décrite avec un coup de hache inesthétique à l'union des quadrants internes du sein reconstruit lors de la contraction du muscle grand pectoral. Cette fossette interne peut être évitée en conservant les fibres les plus internes du muscle grand pectoral. La mise en place d'une prothèse est la méthode la plus simple et la plus fréquemment pratiquée en reconstruction mammaire. Elle nécessite une information pré-opératoire rigoureuse, un suivi clinique et radiologique régulier, la patiente étant informée que les prothèses ne sont jamais définitives et doivent être raisonnablement changées après un délai de 12 à 15 ans.

Lambeau de grand dorsal

Voir la galerie photo des reconstructions grand dorsal-

Lorsque la peau est abîmée par la radiothérapie et que sa souplesse est insuffisante pour l'introduction d'une prothèse, un lambeau musculo-cutané de grand dorsal est le plus souvent utilisé. Il peut être utilisé seul ou le plus souvent associé à une prothèse. Ce lambeau de réalisation simple est très utilisé en chirurgie plastique. Une cicatrice verticale est cachée sous le bras ou une cicatrice horizontale cachée dans le soutien-gorge est réalisée pour prélever ce lambeau de grand dorsal. Cette cicatrice de prélèvement du muscle grand dorsal peut être de mauvaise qualité et notablement élargie lorsque la quantité de peau prélevée au niveau du dos est supérieure à 10 cm de large. Les séquelles au niveau de la mobilité de l'épaule sont minimales voire inexistantes. Le retentissement sur la vie professionnelle est négligeable, l'activité sportive est conservée. Le lambeau de grand dorsal, avec ou sans prothèse, permet d'apporter des tissus bien vascularisés au niveau de la zone de mastectomie et permet une reconstruction de bonne qualité. Ce lambeau, dont le prélèvement est techniquement facile et rapide, est largement utilisé en reconstruction mammaire. Dans certains cas, pour reconstruire le volume mammaire, lorsqu'une prothèse ne peut être utilisée seule et que le sein controlatéral est d'un volume important avec une base large et ptosé, un lambeau de grand dorsal ne pourrait suffire à reconstruire le sein amputé. Dans ce cas, si les conditions anatomiques abdominales le permettent, un lambeau de grand droit de l'abdomen peut être proposé.-

Lambeau de grand droit de l'abdomen

Un excès cutanéograsseux abdominal sous-ombilical, ou un véritable abdomen en besace débordant le pubis, représente les meilleures conditions pour réaliser un tel lambeau. Le sein reconstruit avec des tissus autologues sans prothèse, présente l'avantage de vieillir de la même façon que le sein controlatéral. La cicatrice du prélèvement du lambeau de grand droit de l'abdomen (TRAM FLAP : Transverse Rectus Abdominis Muscle) se trouve idéalement dans la région sus-pubienne comme lors de la réalisation d'une plastie abdominale. Une cicatrice péri-ombilicale est associée. L'intervention reste longue et lourde avec des risques thromboemboliques non négligeables. Les séquelles au niveau de la paroi abdominale existent avec des risques d'éventration ou de voussure pariétale, malgré l'utilisation systématique d'une plaque synthétique de renfort musculaire abdominale. Une nécrose partielle du lambeau est décrite dans certains cas, avec possibilité de réintervention chirurgicale vers le 10ème jour post-opératoire. Pour diminuer ces risques au niveau de la paroi abdominale et les nécroses localisées du lambeau, un lambeau micro-chirurgical type DIEP (Deep Epigastric Inferior

Perforator) peut être proposé. Il s'agit d'un lambeau identique avec la même palette cutanéograsseuse mais sans aucun sacrifice musculaire abdominal, avec anastomose micro-chirurgicale des vaisseaux épigastriques inférieurs assurant la vascularisation de ce lambeau au niveau des vaisseaux de l'aisselle. Si dans ce cas, la paroi abdominale est solide, sans utilisation de plaque synthétique et avec des risques de nécrose nettement diminués au niveau du lambeau, cette intervention est longue et peut durer entre 6 et 8 heures. Elle doit être réservée à des équipes chirurgicales entraînées, maîtrisant les techniques de micro-chirurgie.-

Plasties mammaires de symétrisation

Trois mois après la reconstruction du sein amputé par l'une des trois techniques précédemment décrites, la reconstruction de la plaque aréolaire mamelonnaire peut être réalisée avec dans le même temps, si besoin, la plastie mammaire de symétrisation du sein contro-latéral. La plastie mammaire de symétrisation utilise toutes les techniques habituelles de plastie mammaire de réduction et de cure de ptose. Des mammographies pré-opératoires du sein contro-latéral sont réalisées de façon systématique et les tissus glandulaires retirés sont adressés systématiquement en anatomopathologie.-

Reconstruction aréole et mamelon

La reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire est idéalement réalisée à l'aide d'une greffe de peau totale prélevée au niveau du sillon génito-crural au niveau de la face interne de la cuisse, avec une cicatrice placée idéalement dans le pli génito-crural. Le mamelon est réalisé avec un lambeau local cutané ou une greffe de mamelon contro-latéral si celui-ci est d'un volume suffisant. Pour les patientes souhaitant une reconstruction simple de l'aréole et du mamelon sans prise de greffe, un tatouage peut être proposé. Celui-ci peut être réalisé en externe sans anesthésie avec un aspect moins naturel et une tendance à s'éclaircir plus ou moins rapidement.

Si les traitements conservateurs ont beaucoup augmenté ces 10 dernières années, les indications de mastectomie restent encore fréquentes. Les reconstructions après mastectomie sont de mieux en mieux codifiées. Les reconstructions par prothèse, représentant 80% des reconstructions mammaires, donnent actuellement d'excellents résultats grâce au large choix de prothèses disponibles sur le marché. Les lambeaux musculo-cutanés, réalisés dans 20% des cas, sont réservés au cas ne pouvant bénéficier de prothèse.

Texte extrait, avec son aimable autorisation, du site du Docteur Jean Masson.