



Europa Donna Forum France  
Coalition européenne contre le cancer du sein  
**Délégation Alsace**

**Reconstruction mammaire : méthodes et choix d'une technique**  
**Conférence par le Docteur FYAD,**  
**Chirurgien plasticien au Centre Régional de Lutte contre le Cancer**  
**de Nancy**

*Strasbourg, le 13 octobre 2006*  
*Amphithéâtre de Chirurgie A de l'Hôpital Civil*

La conférence du Dr. Fyad sur la reconstruction mammaire a réuni quarante personnes environ. Après les mots de bienvenue de Sylvie Dantec au nom d'Europa Donna, le Dr Fyad a présenté sa conférence – diaporama qui a été suivie par un débat co-animé par les Docteurs C. Mathelin, spécialiste en maladies du sein et P. Quetin, radiothérapeute.

Le diaporama<sup>1</sup> est disponible pour consultation auprès d'Europa Donna.

### **En introduction**

Le Dr. Fyad a d'emblée averti que la reconstruction mammaire n'est pas obligatoire. Il n'est pas dans son propos de promouvoir la reconstruction mais bien de présenter les différentes méthodes de la reconstruction. Sa philosophie est de ne pas refuser la reconstruction sauf s'il y a des problèmes de santé. La reconstruction est possible même en présence de métastases. Il insiste sur le devoir d'accéder à la demande de la patiente.

### **Les bénéfices**

Les objectifs de la reconstruction sont d'apporter

- un confort vestimentaire : ne plus avoir à mettre une prothèse ; porter un maillot sans avoir peur que la prothèse ne sorte ;
- la confiance en soi, en ce qui concerne : la féminité ; le rapport aux autres, le conjoint, les collègues ; l'estime de soi ; la sexualité.

### **Les risques**

La reconstruction mammaire est une procédure chirurgicale qui expose à des risques. C'est une intervention qui demeure éprouvante physiquement et moralement.

En revanche, il n'y a pas de risque **supplémentaire** de récurrence, ni de gêne pour la surveillance. Ainsi, les oncologues n'ont plus de retenue par rapport à la reconstruction ; ils la recommandent souvent.

Concernant les prothèses, il y a le problème de la formation d'une coque. Le corps « sécrète » toujours une **membrane** autour de la prothèse. Chez certaines femmes, elle s'épaissit ce qui génère un durcissement et de l'inconfort. Cela arrive entre 5 et 15 % des cas lorsqu'il n'y a pas de radiothérapie, entre 20 et 30 % avec radiothérapie.

---

<sup>1</sup> Le diaporama comprend de nombreuses photographies de reconstructions. Europa Donna remercie les femmes, anonymes, qui s'y sont prêtées.



Concernant le procédé par «lambeau» (prélèvement de peau du ventre ou du dos pour l'amener au sein), il y a des risques plus ou moins importants de séquelles sur le lieu de prélèvement.

Le plus grand risque est celui de l'insatisfaction. Il y a toujours une différence entre le résultat obtenu et le résultat attendu par la patiente, quelque soit la technique de reconstruction. La satisfaction n'est pas proportionnelle à la qualité du résultat.

### **Les temps de la reconstruction**

Il y a deux grands schémas opératoires :

- la reconstruction immédiate effectuée en même temps que la mammectomie. Les indications idéales sont, selon le consensus actuel, celles où il n'y a pas de radiothérapie après l'ablation (5% des cas). Il s'agit des carcinomes intra-canalaires étendus, à savoir un pré-cancer qui ne créera pas de métastases ; une récurrence suite à un traitement conservateur ; un traitement prophylactique.
- la reconstruction différée, qui est la plus classique et la plus fréquente. Elle est effectuée entre 6 et 12 mois après la fin des traitements, ce qui est le temps nécessaire pour que la peau soit plus souple. Par ailleurs, des rayons effectués sur une reconstruction abiment la reconstruction. En particulier, en cas de prothèse, le sein devient ferme et une contracture se développe dans 75% des cas.

Il n'est pas nécessaire d'attendre plus de douze mois. Mais, il est surtout important de faire la reconstruction quand la femme se sent prête.

### **Critères pour choisir une technique**

Les points suivants sont pris en compte pour décider d'une technique ou d'une autre :

- la qualité et la quantité de peau restant après la mammectomie : quelle souplesse, quelle épaisseur de la peau, y a-t-il assez de place pour une prothèse ? S'il n'y a pas assez de peau, si la cicatrice est adhérente, si elle est brûlée, il est nécessaire de prendre la peau ailleurs.
- le devenir à long terme : quel sera le meilleur résultat pour le plus longtemps ? La reconstruction par prothèse vieillit moins bien que celle par lambeau.
- la physiologie de la patiente : y a-t-il un 'bon petit ventre' pour pouvoir utiliser la peau et la graisse pour refaire le sein ?
- l'expérience du chirurgien et son environnement technique, certaines interventions étant lourdes.



## **Les trois grandes méthodes**

### **1. la prothèse seule**

La prothèse peut être posée d'emblée s'il y a suffisamment de peau.

Sinon, une expansion cutanée est effectuée : une prothèse gonflable est posée provisoirement et gonflée tous les quinze jours pour étirer la peau. La prothèse définitive est posée lors d'une deuxième opération.

Ce type de reconstruction nécessite deux ou trois interventions. Il est nécessaire de veiller à la bonne symétrie des seins. Avec la prothèse, on ne sait pas faire un sein qui tombe. Il est donc souvent nécessaire de refaire l'autre sein pour le remonter et équilibrer les deux seins et le décolleté. Des femmes profitent de la reconstruction pour refaire le deuxième sein. Il convient ensuite de créer une forme assez harmonieuse du sillon grâce auquel le sein se détache du ventre. Il est difficile d'assurer un sillon de qualité, symétrique du deuxième sein, à la bonne hauteur. Enfin, une aréole symétrique doit être créée.

Dans cette approche, la cicatrice de mammectomie ne change pas. Si elle est visible, elle reste visible.

Les *avantages* de cette technique sont : sa simplicité (reprendre la cicatrice, décoller la peau) ; le fait qu'il n'y ait pas de cicatrice supplémentaire.

Les *inconvénients* sont : le manque de naturel (le sein ne bouge pas) ; l'apparition de coques ; les ré-interventions fréquentes.

### **2. Le lambeau du grand dorsal (latissimus dorsi)**

Cette technique utilise le muscle grand dorsal et la peau du dos attenante.

Elle peut être combinée avec la technique de la prothèse. On la choisit lorsqu'il n'y a pas assez de peau sur le sein pour permettre de poser une prothèse.

Elle peut être effectuée sous forme de lambeau autologue : on ne pose pas de prothèse car la graisse du dos est assez abondante pour recréer le volume du sein. S'il n'y a pas assez de graisse dans le dos, elle peut être combinée avec la technique de Coleman qui correspond à une greffe de graisse prélevée du ventre par liposuction.

Concernant la cicatrice dorsale, la douleur est intense les trois ou quatre premiers jours, il peut y avoir des difficultés pour se retourner dans le lit. Mais il existe des moyens pour contrer la douleur.

Concernant la mobilité du bras, il y a une raideur pendant quelques semaines, comme après un curage axillaire. Il y a aussi une perte légère de la force du bras en cas d'effort, des tensions dans le dos (ça tire dans le dos) ainsi que de la gêne pour certains sports tels que le tennis ou l'escalade. Mais les femmes qui se plaignent de douleurs après un an sont rares.

Les *avantages* de cette technique sont la qualité de l'étoffe et les jolis résultats. C'est une technique fiable (très peu d'échecs). Les séquelles sont légères à modérées.



Ses *inconvénients* sont le besoin de correction éventuelle de l'autre sein qui sera effectuée entre quatre et six mois après la reconstruction. Les autres inconvénients sont ceux des prothèses.

### **3. Le lambeau de l'abdomen (TRAM)<sup>2</sup>**

Cette méthode utilise le muscle grand droit de l'abdomen. Elle n'a jamais besoin de prothèse, la peau et la graisse du ventre suffisent pour recréer le volume du sein. Elle occasionne une grande cicatrice au bas du ventre et au nombril.

Ses *avantages* sont qu'elle permet d'obtenir les meilleurs résultats parmi les trois grandes méthodes. C'est également la seule technique qui permet de faire un 'sein qui tombe'. L'aspect est naturel au touché, le sein bouge naturellement, la reconstruction vieillit bien, il n'y a pas de formation de coque.

Ses *inconvénients* sont qu'il s'agit d'une intervention lourde, de quatre à cinq heures. De ce fait, la perte de sang et la fatigue sont plus importantes. Les séquelles sont potentiellement sévères. La solidité du ventre est amoindrie car on enlève le muscle. La paroi interne du ventre est souvent renforcée par un filet. La peau supporte moins bien le transport du ventre au sein, en particulier s'il s'agit de patientes fumeuses ou obèses. Cette méthode est douloureuse et laisse une grande cicatrice.

#### **La reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire**

La reconstruction mammaire comprend aussi la reconstruction de l'aréole et du mamelon.

D'une part, il s'agit de retrouver la juste couleur de l'aréole, soit par une greffe de peau prise dans le pli de l'aîne, soit par un tatouage qui utilise des pigments médicaux.

Pour le mamelon, il s'agit de créer du relief, soit par un pliage de peau, soit par la greffe de la moitié du deuxième mamelon, si celui-ci est assez gros.

#### **La reconstruction des traitements conservateurs**

Le champ de la reconstruction mammaire comprend enfin la correction du sein suite à une chirurgie conservatrice. Dans 30% des cas, celle-ci laisse des séquelles d'importance modérée à sévère, en particulier une asymétrie de volume entre les deux seins, des déformations ou rétractions.

---

<sup>2</sup> TRAM = **T**ransverse **R**ectus **A**bdominis **M**uscle

## LA DISCUSSION

La discussion qui a suivi la présentation du Dr Fyad, et à laquelle ont également participé le Dr. Mathelin et le Dr. Quetin, a permis de préciser les points suivants :

- l'irradiation sur une prothèse ne pose pas de difficulté. Faire suivre une reconstruction immédiate par une radiothérapie peut atteindre la qualité de la reconstruction, avec davantage de risque de coques. Une reconstruction en deux temps peut être préconisée : d'abord l'irradiation suite à la pose de la prothèse d'expansion, ensuite la pose de la prothèse définitive, entre trois et six mois après la radiothérapie. Cependant les seins irradiés sont plus fragiles, la cicatrisation risque d'être plus difficile. D'un autre côté, suite à la radiothérapie, la peau est souvent toute rigide et difficilement extensible. C'est pourquoi, il convient d'attendre entre six et douze mois après la radiothérapie pour que la peau soit de nouveau de bonne qualité. Une kinésithérapie active locale aide à améliorer la peau. Un massage de la cicatrice, à savoir des mouvements circulaires avec une crème (Madecassol) ou de l'huile d'amande douce, tous les jours pendant vingt minutes, aide non seulement à apprendre à toucher cet endroit, mais rend aussi la peau plus souple et plus lisse.
- les rejets éventuels de la reconstruction sont soit l'apparition de coques, soit une infection, dans 5% des cas. Les complications sont plus fréquentes avec la reconstruction immédiate.
- les prothèses sont constituées soit de silicone, soit de sérum. La texture de la prothèse en silicone est plus naturelle et plus souple. Son utilisation a fait l'objet d'un moratoire de cinq ans du fait de risques de maladies inflammatoires. Elle est de nouveau utilisée depuis 2001. Une prothèse en silicone doit être changée après 10 - 15 ans. Parmi les prothèses remplies de sérum, 3% se dégonflent chaque année.
- la reconstruction d'une patiente présentant le récepteur CRB2 et en traitement d'Herceptin (20 % des cas de cancer du sein) nécessite un encadrement du geste opératoire, avec une perfusion d'Herceptin respectivement avant et après l'intervention. En effet, il existe un risque de réactivation de la maladie. Mais c'est une thérapie coûteuse<sup>3</sup>.
- le plus souvent, la mammectomie comprend l'optique de l'esthétique. Ceci concerne surtout la pose de la cicatrice pour qu'elle ne soit pas trop haute, donc visible. Cependant, l'opération a pour premier but de guérir, l'objectif cancérologique est de ne pas laisser de cancer. La cicatrice dépend de la place de la tumeur. Le type de cicatrice n'a pas d'incidence sur la reconstruction. En plus de la qualité de la peau, la reconstruction dépend davantage de la quantité de peau qui reste, s'il a été nécessaire d'en enlever un maximum suivant le type et le lieu de la tumeur.
- une mammectomie prophylactique peut être envisagée en cas de mutation génétique. La première mammectomie sera suivie par la reconstruction de ce sein, et ensuite par la deuxième mammectomie et la deuxième reconstruction.

---

<sup>3</sup> Cette pratique ne fait pas l'objet de recommandations au niveau national.



- les traitements conservateurs (tumorectomie) se développent. Ils sont effectués pour des tumeurs jusqu'à cinq centimètres (y compris la zone de protection autour de la tumeur). Ils utilisent des techniques onco-plastiques. On note une désescalade thérapeutique, notamment avec la technique du ganglion sentinelle, qui permet de détecter et supprimer le premier ganglion recevant la lymphe de la tumeur, et ainsi d'éviter le curage axillaire. Une chimiothérapie peut être préconisée avant la chirurgie pour réduire la taille de la tumeur, mais dans ce cas la technique du ganglion sentinelle n'est pas utilisée et le curage axillaire est systématique.

- 30 % de femmes demandent la reconstruction. Cette proportion relativement peu importante s'explique par

- \* la communication et la culture : la reconstruction est acceptée depuis 20 ans environ
- \* l'offre de soins pas très importante, les chirurgiens reconstructeurs ne sont pas très nombreux
- \* le fait que les oncologues sont plus à l'aise de proposer la reconstruction aux femmes jeunes
- \* le sentiment d'excès des femmes, leur 'ras-le-bol' de tous les traitements
- \* la peur de réactiver la maladie
- \* le fait que de nombreuses femmes ne ressentent pas le besoin d'une reconstruction.

- il est important que la femme ait confiance en son chirurgien, elle doit aller vers celui / celle avec lequel / laquelle elle se sent bien. Le dialogue est essentiel. Le choix de reconstruction sera aussi guidé par le fait de se faire confiance et d'être claire par rapport aux sacrifices que la patiente est prête à faire.

- toutes les étapes de la reconstruction mammaires sont prises en charge par la sécurité sociale, sauf les dépassements d'honoraires si l'opération est effectuée en libéral. Le chirurgien doit en parler lors de la consultation.

- une évaluation des chirurgiens cancérologues a été effectuée par la CPAM. Les résultats, disponibles auprès de la CPAM, sont organisés selon les lieux et non selon les personnes. Pour les CHU de Strasbourg, les délais de prise en charge n'étaient pas bons. Des actions d'amélioration ont été mises en place et une deuxième vérification est en cours.

### **En conclusion**

Cette conférence avait pour objectif d'apporter une information d'ensemble sur la reconstruction mammaire. Cette information doit pouvoir servir à poser les bonnes questions. Des informations supplémentaires sont disponibles auprès:

- des sites internet suivants : [www.cancer-sein.net](http://www.cancer-sein.net) (le site du Centre anti-cancereux de Nancy) ; [www.essentielles.net](http://www.essentielles.net) (un forum de femmes) ; [www.oncolor.org](http://www.oncolor.org) (réseau de santé en cancérologie de la région lorraine)
- des fiches d'information élaborées par la société française des chirurgiens esthétiques et plasticiens, [www.sofcep.org](http://www.sofcep.org)
- du site internet professionnel du Dr. Fyad, [www.acanthes.net](http://www.acanthes.net).