



BREAST
RECONSTRUCTION
AWARENESS DAY

ROYAL BELGIAN SOCIETY
FOR PLASTIC SURGERY

Se reconstruire

*Informez-vous
sur la reconstruction mammaire*

Avec le soutien de



Fondation
contre le Cancer



ROYAL BELGIAN SOCIETY
FOR PLASTIC SURGERY

| Le BRA Day en quelques mots

Le Bra Day, Breast Reconstruction Awareness Day, est une journée internationale consacrée à l'information et à la sensibilisation des femmes qui souhaitent envisager une reconstruction mammaire suite à l'ablation partielle ou totale d'un sein. À cette occasion, les chirurgiens plasticiens de la Société Royale Belge de Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique (RBSPS) souhaitent mettre en lumière leur rôle et leur responsabilité dans l'équipe multidisciplinaire qui accompagne les femmes tout au long de leur « reconstruction ».

Chaque jour en Belgique, vingt-cinq femmes en moyenne apprennent qu'elles ont un cancer du sein et que leur vie va par conséquent être sérieusement bousculée. On considère actuellement qu'une femme sur neuf court le risque d'être un jour touchée par cette maladie. Malgré cela, et alors que les chances de guérison ne vont qu'en s'améliorant, on estime qu'environ 70 % des femmes pouvant prétendre à une reconstruction mammaire ne sont pas suffisamment informées des possibilités qui s'offrent à elles.

Recourir ou non à une reconstruction après l'amputation d'un sein est un choix personnel. Cependant, il n'est pas toujours aisé d'obtenir une information complète et objective permettant de prendre cette décision en toute connaissance de cause.

Quel est le meilleur moment pour effectuer cette opération ?
Quelles sont les possibilités et les méthodes adéquates ?
Qu'entend-on par reconstruction avec une prothèse ? Quelles sont les techniques de reconstruction autologue, c'est à dire par les propres tissus de la patiente ?

Telles sont entre autres les questions que les femmes concernées se posent. Celles-ci doivent être correctement informées, accompagnées et conseillées. Chacune d'elles doit également pouvoir avoir accès à la technique la plus appropriée.

C'est pourquoi, la RBSPS a rédigé cette brochure afin de fournir des informations de base aux patientes. Il y est question de l'équipe de soin du cancer du sein, de mastectomie, des types de reconstruction et des procédures secondaires.

1. | Votre chirurgien plasticien au cœur de l'équipe de soin du cancer du sein

Lors du diagnostic de cancer du sein, il est préférable d'être assistée et accompagnée par une [équipe multidisciplinaire](#) de professionnels médicaux. Vous avez ainsi la garantie de recevoir les meilleurs soins.

Cette équipe se compose des spécialistes suivants :

- radiologue spécialisé en sénologie ;
- chirurgien général / gynécologue / chirurgien du sein ;
- chirurgien plasticien ;
- oncologue ;
- radiothérapeute ;
- infirmier de la clinique du sein / psychologue / kinésithérapeute.

Si tous ces spécialistes ne participent pas à vos soins, essayez de savoir pourquoi. Ils travailleront aussi en étroite collaboration avec votre médecin traitant.

Le chirurgien plasticien joue un rôle important dans ces équipes multidisciplinaires et les cliniques du sein. En effet, il a suivi une formation appropriée et connaît parfaitement les techniques de reconstruction mammaire les plus récentes. Il peut proposer des solutions individualisées et garantit la qualité du traitement.

Les références sont un indicateur important de qualité et de compétences. En Belgique, la RBSPS garantit que tous ses membres :

- ont suivi avec succès une formation de six ans en chirurgie, y compris un minimum de trois années de formation en chirurgie plastique ;
- sont compétents et expérimentés dans toutes les procédures de chirurgie plastique, y compris les reconstructions mammaire, corporelle et faciale ;
- respectent un code éthique strict ;
- se conforment aux exigences de formation médicale continue.

Vous retrouverez tous ces professionnels sur le site web de la RBSPS :

www.rbsps.org.

Un chirurgien plasticien agréé se reconnaît en outre par un numéro d'INAMI qui se termine par un 210.

En Belgique, vous êtes assurée d'être entre de bonnes mains, car notre pays est à l'avant-garde des progrès dans le domaine des techniques de reconstruction mammaire.



2. | Avant la reconstruction

Mastectomie

La **mastectomie** (ablation du sein) joue un rôle déterminant dans le choix du type de reconstruction et le résultat esthétique du sein qui sera reconstruit. Par conséquent, elle doit être adaptée avec soin à chaque patiente et au type de reconstruction mammaire envisagée.

Dans les cliniques du sein spécialisées, l'équipe multidisciplinaire vous accompagne tout au long de votre traitement. En concertation avec vous, le type de mastectomie le plus approprié est d'abord choisi parmi les possibilités suivantes :

- **mastectomie traditionnelle**, avec ablation totale du tissu mammaire, d'un large fuseau de peau centré sur la tumeur et la plaque aréolo-mamelonnaire (surface colorée entourant le mamelon) ;
- **mastectomie avec préservation cutanée**, préservant au mieux la peau du sein mais pas la plaque aréolo-mamelonnaire ;
- **mastectomie avec préservation aréolo-mamelonnaire**, préservant toute l'enveloppe du sein ;
- **remodelage / réduction mammaire**.

Traitement conservateur (tumorectomie)

Dans la majorité des cancers du sein, le traitement peut être conservateur : le chirurgien n'enlève pas tout le tissu mammaire, mais uniquement la tumeur avec la marge de sécurité requise. Une radiothérapie est alors obligatoire après l'opération.

Auparavant, ce type de traitement n'était utilisé que pour la prise en charge des plus petites lésions, mais il peut s'indiquer actuellement dans un plus grand nombre de cas grâce à la chirurgie oncoplastique.

Il s'agit ici de l'application de techniques telles que celles utilisées par chirurgien(s) plasticien(s) pour les plasties de réduction mammaire pour des femmes ayant une poitrine trop volumineuse. Dans les cas de larges **tumorectomies** (ablations limitées à la tumeur) ou de **quadrantectomies** (ablations d'un quart du sein), l'ablation de la tumeur peut être immédiatement suivie d'un remodelage. Celle-ci permet de préserver autant que possible le galbe du sein, tout en restant sûr du point de vue oncologique. Ces techniques de chirurgie plastique sont particulièrement indiquées pour les larges lésions pour lesquelles une ablation standard conservatrice ne peut pas être réalisée sans déformation majeure du sein et pour lesquelles une mastectomie n'est pas forcément requise.

Après l'ablation de la tumeur et la radiothérapie, les seins présentent parfois des déformations visibles. Celles-ci peuvent être une indentation du sein, une asymétrie mammaire, un excès de fermeté et des modifications de la pigmentation cutanée.

Dans une certaine mesure, la prévention par la chirurgie oncoplastique ou les corrections ultérieures de ces déformations sont possibles grâce à diverses techniques de chirurgie plastique et reconstructrice.

Les patientes sont invitées à consulter un chirurgien plasticien avant l'ablation de la tumeur afin de discuter des possibilités de reconstruction.

Test génétique et mastectomie prophylactique (ablation préventive)

Les mutations génétiques connues sous le nom de **BRCA1** et **BRCA2** comportent un risque accru de développer un cancer du sein et de l'ovaire. Chez les personnes porteuses d'une de ces mutations, l'augmentation de ce risque peut atteindre 85 %. Dans certaines situations individuelles très spécifiques, des tests génétiques peuvent être envisagés après une concertation avec un spécialiste en oncogénétique. Ces tests sont longs et fastidieux et ne donne pas de certitude absolue.

Facteurs de risque :

- fait qu'un autre membre de la famille soit porteur d'une mutation du gène BRCA ;
- cancer du sein à début précoce (diagnostiqué avant l'âge de 45 ans) ;
- antécédents familiaux de cancer du sein à début précoce ;
- antécédents familiaux de cancer de l'ovaire.

Si vous êtes porteuse d'une mutation du gène BRCA, une **mastectomie prophylactique bilatérale** (ablation préventive des deux côtés) peut être envisagée. Les femmes chez qui un cancer n'a pas été diagnostiqué mais qui sont porteuses de cette mutation génétique peuvent voir leur risque de cancer du sein diminuer jusqu'à 90 % à la suite d'une telle opération. Celles qui ne souhaitent pas y recourir peuvent se soumettre à un dépistage par résonance magnétique nucléaire (IRM), écho- et mammographie régulier.

3. | **La reconstruction mammaire**

Le but de la reconstruction mammaire est de rendre au sein sa forme, son apparence, sa symétrie et sa taille normales après une amputation ou une ablation. La reconstruction mammaire implique généralement plusieurs procédures, réalisées par phases, et peut être entamée soit au moment de l'opération visant à retirer la tumeur, soit à une date ultérieure. Elle peut se faire pour un sein uniquement ou pour les deux.

Types de reconstruction mammaire

Une des premières décisions qu'une patiente doit prendre en concertation avec son chirurgien plasticien concerne le type de reconstruction mammaire auquel elle aura recours. La reconstruction pourra être réalisée au moment de l'opération visant à retirer la tumeur ou à une date ultérieure. En général, la reconstruction se fera soit en posant une prothèse, soit en utilisant les propres tissus de la patiente. Cette dernière technique est souvent appelée **reconstruction par lambeau** ou **reconstruction par prélèvement de peau**.

Lors du choix de la procédure de reconstruction, il faut tenir compte du type d'ablation, du traitement du cancer et de la morphologie de la femme.

Reconstruction immédiate ou différée

La décision de réaliser une reconstruction au moment de l'opération visant à retirer la tumeur ou à une date ultérieure, doit être prise en concertation avec votre chirurgien plasticien, avant l'opération. Elle dépend aussi de vos facteurs de risque, des résultats de votre biopsie et des autres traitements que vous allez recevoir.

Reconstruction immédiate

Ce type de reconstruction commence au moment de l'opération visant à retirer la tumeur. Elle est d'ailleurs l'option envisagée pour la plupart des femmes.

↑ Avantages

Au réveil, la patiente présente une déformation moins importante du sein et la reconstruction est déjà bien avancée. Il s'agit donc surtout d'un avantage psychologique et esthétique.

↓ Inconvénients

Selon de nombreuses femmes, le principal inconvénient de la reconstruction immédiate est une intervention chirurgicale et une convalescence plus longues. De plus, la radiothérapie qui suit éventuellement l'ablation peut compromettre la qualité du sein reconstruit.

Reconstruction différée

Même si certaines patientes éprouvent des difficultés émotionnelles à vivre sans sein pendant une longue durée ou une durée inconnue, de nombreuses femmes estiment que la reconstruction différée leur laisse le temps de se concentrer sur les traitements et la recherche du type de reconstruction qui convient le mieux à leurs besoins. Les différentes techniques expliquées dans la suite de cette brochure peuvent aussi être utilisées chez elles, en tenant compte de certains impératifs de technique chirurgicale. Par ailleurs, certaines patientes peuvent présenter des signes de maladie avancée ou nécessiter une radiothérapie après la mastectomie dans le cadre de leur traitement, et une reconstruction différée peut dans certains cas permettre plus rapidement la mise en oeuvre de ce traitement complémentaire.

Types de reconstruction par prothèse

Prothèse d'expansion

Lors de cette approche par phases, une prothèse d'expansion tissulaire temporaire est d'abord placée. Elle va permettre de distendre petit à petit la peau et de créer ainsi une poche souple destinée à recevoir éventuellement la prothèse permanente remplie de silicone ou de solution saline.



L'expansion débutera, dans le cabinet du chirurgien, quelques semaines après l'opération, après la cicatrisation. Une fois l'expansion terminée, la prothèse temporaire est remplacée par la prothèse permanente, en chirurgie ambulatoire (sortie le même jour que l'admission).

Prothèse immédiate

La reconstruction peut parfois aussi s'effectuer au moyen d'une prothèse immédiate ou « en une étape ». Celle-ci permet une reconstruction du sein en une seule phase chez certaines patientes grâce à la pose d'une prothèse permanente immédiatement après l'ablation. Une prothèse d'expansion tissulaire n'est donc pas nécessaire. Bien que la prothèse d'expansion puisse être évitée, certaines patientes ont besoin d'une seconde intervention.



Hospitalisation: trois à quatre jours



Convalescence: plusieurs semaines

Vous pouvez recourir à l'une de ces procédures si:

- aucune possibilité de reconstruction par vos propres tissus ne s'offre à vous ;
- vous ne souhaitez pas de reconstruction par vos tissus autologues ;
- vos tissus à l'endroit de l'ablation ne sont pas altérés ;
- votre sein et votre paroi thoracique n'ont jamais été irradiés ;
- vous subissez une ablation préventive ;
- vous souhaitez une reconstruction bilatérale ;
- vous subissez une reconstruction immédiatement après une ablation préservant la zone aréolo-mamelonnaire (surface colorée entourant le mamelon) ;
- vous souhaitez que votre autre sein soit opéré pour obtenir une meilleure symétrie.

Prothèses mammaires disponibles

Une **prothèse mammaire contenant une solution saline** est une enveloppe en élastomère de silicone que l'on implante chirurgicalement sous le tissu et/ou le muscle de la poitrine, puis remplie de solution saline (solution d'eau salée) par une valve.

Les **prothèses mammaires en gel de silicone actuelles** sont, quant à elles, pré-remplies.

Types de reconstruction par les propres tissus de la patiente (les lambeaux)

Lambeau de TRAM

Un **lambeau de TRAM (transverse rectus abdominus myocutaneous)** est un prélèvement de tissus restant attachés au muscle grand droit de l'abdomen. Lors de cette approche, le muscle, la peau et la graisse abdominaux sont utilisés afin de recréer la forme du sein. Comme ce sont les propres tissus de la patiente qui sont utilisés, le sein reconstruit semble très naturel. De plus, l'abdomen devient plus plat. La cicatrice sur l'abdomen est basse et va d'une crête iliaque (haut du bassin) à l'autre.

Cette technique peut être utilisée pour reconstruire un sein uniquement ou les deux. Si une femme subit une reconstruction unilatérale, elle peut permettre d'obtenir une meilleure symétrie qu'une prothèse.



Hospitalisation : cinq à sept jours



Convalescence : plusieurs mois

Vous pouvez recourir à ce type de reconstruction si :

- Vous souhaitez que vos propres tissus soient utilisés lors de la reconstruction ;
- vous ne souhaitez pas d'une reconstruction par prothèse ou ne pouvez pas y recourir ;
- vous possédez suffisamment de tissu abdominal bas pour reconstituer un sein ou les deux ;
- Vous n'avez pas subi de chirurgie abdominale antérieure ;
- votre paroi thoracique a été irradiée ;
- la reconstruction par prothèse a échoué ;
- vous subissez une reconstruction immédiate lors d'une amputation ou ablation préservant la peau du sein ;
- vous subissez une reconstruction différée après une amputation ou ablation.

Lambeau libre abdominal

Les avancées réalisées dans le domaine de la microchirurgie au cours de la dernière décennie ont donné naissance à plusieurs nouvelles procédures telles que le lambeau DIEP (deep inferior epigastric perforator), le lambeau SIEA (superficial inferior epigastric artery) et le lambeau libre de TRAM.

Ces procédures microchirurgicales permettent de réaliser une reconstruction du sein très naturelle lors de l'utilisation de tissu abdominal. Comme elles n'utilisent pas le muscle abdominal proprement dit, ou qu'une partie très limitée de celui-ci, elles donnent lieu à moins de complications au niveau du ventre. Le choix final du lieu de prélèvement dépend de l'anatomie de la patiente.

Ces procédures sont cependant plus longues et peuvent engendrer d'autres complications potentielles. Elles doivent uniquement être réalisées par des chirurgiens plasticiens pratiquant la microchirurgie régulièrement et dans des établissements disposant d'une expérience dans la surveillance de ces lambeaux.

-  Hospitalisation : cinq à sept jours
-  Convalescence : un à trois mois

Lambeau de latissimus dorsi (lambeau de grand dorsal)

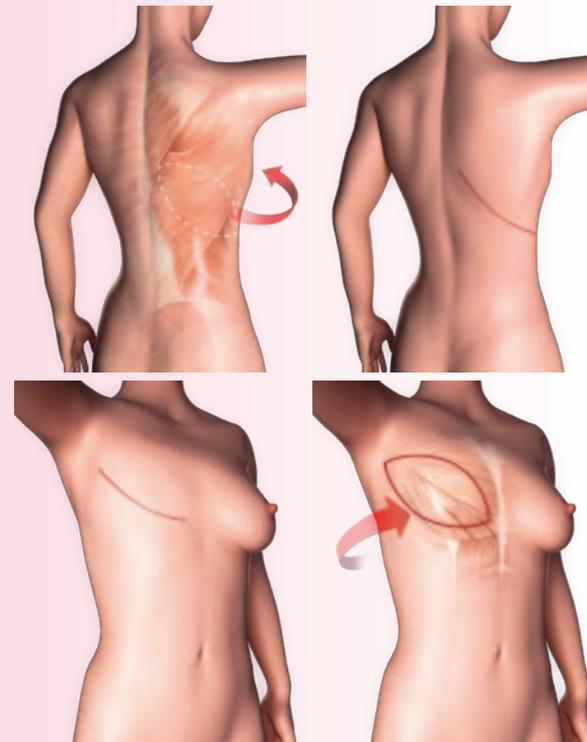
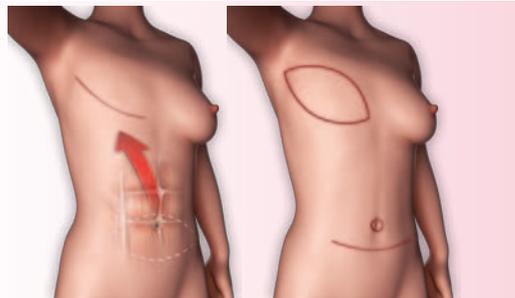
Le grand dorsal est le grand muscle recouvrant la cage thoracique. Le prélèvement réalisé à partir de ce muscle est le plus souvent associé à une prothèse d'expansion tissulaire (voir précédemment) ou à une prothèse offrant au chirurgien davantage de possibilités et un meilleur résultat esthétique. Au moment de la reconstruction mammaire, le lambeau est prélevé sur le dos de la patiente. Il est en fait une

source de tissus mous pouvant contribuer à donner au sein un aspect plus naturel, par rapport à celui obtenu par la pose d'une prothèse seule. Selon la morphologie de la femme, la cicatrice du dos peut être diagonale ou horizontale. Elle peut souvent être dissimulée sous l'élastique d'un soutien-gorge.

-  Hospitalisation : trois à sept jours
-  Convalescence : plusieurs semaines

Vous pouvez recourir à ce type de reconstruction si :

- vous êtes mince et avez des seins de petit volume ;
- vous avez un excédent de tissu dorsal ;
- vous avez subi une radiothérapie précédemment et subissez une reconstruction par prothèse ;
- vous ne pouvez pas recourir à une autre procédure utilisant vos propres tissus ;
- vous subissez une reconstruction mammaire partielle afin de corriger le résultat d'une ablation uniquement de la tumeur ;
- vous possédez une peau fine nécessitant une couverture supplémentaire de la prothèse ;
- vous souhaitez donner au sein reconstruit un aspect plus naturel que suite à la pose d'une prothèse seule.



Autres lambeaux

Lorsque les lambeaux abdominaux ne peuvent pas être envisagés en raison du manque de tissu ou d'une chirurgie abdominale antérieure telle qu'une abdominoplastie, une quantité suffisante de tissu peut être prélevée à d'autres endroits du corps.

SGAP (superior gluteal artery perforator) ou lambeau fessier

Le chirurgien prélève la peau et le tissu graisseux de la fesse. La technique de cette procédure est identique à celle utilisée pour le lambeau DIEP (voir précédemment).

La cicatrice va d'un côté de la fesse à l'autre et peut être dissimulée sous des sous-vêtements ordinaires. Cependant, il est possible que le contour de la fesse soit légèrement modifié. Le tissu graisseux des fesses est aussi légèrement plus dense que celui de l'abdomen. Cela a pour conséquence que le sein reconstruit peut être moins souple et que le chirurgien peut avoir des difficultés à lui donner une forme idéale. Par conséquent, une intervention secondaire est généralement pratiquée six mois après l'opération initiale afin de corriger la forme.

TMG (transverse myocutaneous gracilis) ou lambeau de la face interne de la cuisse

Lors de cette procédure, de la peau et du tissu graisseux sont prélevés au niveau de la face interne de la partie supérieure de la cuisse. Dans ce type de reconstruction, une partie du muscle gracilis (muscle mineur de la cuisse) est également prélevée, avec ses vaisseaux sanguins qui l'irriguent.

La cicatrice se situe à l'intérieur de la cuisse et va de l'avant de l'aîne au pli fessier. Elle peut être dissimulée sous des sous-vêtements ordinaires.

4. | **Procédures secondaires**

La reconstruction mammaire comporte toujours plusieurs phases. Elle nécessite presque toujours plus d'une intervention pour obtenir un résultat optimal, même lorsqu'elle est réalisée immédiatement après l'amputation ou l'ablation.

Chirurgie du sein opposé

Pour obtenir une symétrie avec le sein reconstruit, il est possible de recourir à une chirurgie du sein opposé au moyen d'une réduction, d'un remodelage ou d'une augmentation mammaire par prothèse.

Révisions de la reconstruction par prothèse

Couramment pratiquées, les révisions de la reconstruction par prothèse se font via une intervention afin de rectifier le contour, les plis ou l'accumulation de tissu cicatriciel autour de la prothèse chez les femmes qui ont subi une radiothérapie.

Révisions d'une reconstruction autologue

Les procédures de reconstruction par les propres tissus de la patiente nécessitent souvent une deuxième intervention afin d'obtenir le contour final du sein et de reconstruire la zone aréolo-mamelonnaire (surface colorée entourant le mamelon).

Reconstruction aréolo-mamelonnaire

La reconstruction de la zone aréolo-mamelonnaire est la dernière intervention chirurgicale dans le cadre de la reconstruction mammaire. Le mamelon est reconstruit au moyen d'un petit prélèvement de peau local ou d'une greffe.

Tatouage aréolo-mamelonnaire

La finition de la reconstruction mammaire consiste à tatouer la zone aréolo-mamelonnaire (surface colorée entourant le mamelon). Cette procédure simple et rapide ne dure que 15 minutes et est généralement réalisée dans le cabinet du chirurgien plasticien.

5. **Prise en charge de la chirurgie de reconstruction par l'assurance**

La chirurgie de reconstruction, y compris la reconstruction mammaire, est couverte par la sécurité sociale et par la plupart des assurances de soins de santé.

“Lorsque le verdict du cancer du sein, puis celui de la mastectomie tombent, je n'ai qu'une chose en tête : guérir. La mutilation n'était, à ce moment-là, qu'accessoire à mes yeux.

Pendant les mois de traitement, en attente de la déclaration tant attendue de la rémission, il faut s'accommoder de la prothèse mammaire externe. Même si elle est bien utile au départ, cela n'a rien d'agréable au quotidien.

Puis, vient le moment de la reconstruction. C'est aussi une sorte de reconstruction morale.

Il est temps de retrouver son corps « d'avant ». D'affronter ses « mutilations ». Et de franchir cette dernière étape nécessaire pour son conjoint, pour ses enfants, mais surtout, pour soi. Pour réapprendre à apprécier un corps qui nous a un peu abandonnée, qui nous a joué un très vilain tour.

Personnellement, avant de me lancer dans cette « aventure », j'ai rencontré 3 chirurgiens différents. Je leur ai posé toutes les questions qui me venaient à l'esprit afin de me sentir en totale confiance. J'ai pris le temps de réfléchir. J'ai opté pour une reconstruction par la technique du DIEP. Elle est un peu lourde, mais le résultat est très naturel.

Aujourd'hui, tout est terminé : la reconstruction par DIEP, les séances de lipofilling pour améliorer le galbe, la reconstruction et le tatouage de l'aréole. Je n'ai aucun regret. Dans ce domaine, il est essentiel, quel que soit le mode de reconstruction choisi, de se sentir en parfaite confiance avec l'équipe médicale. Le chemin de la reconstruction a été long mais, grâce à l'excellente prise en charge dont j'ai pu bénéficier, il n'a pas été difficile.”





BREAST
RECONSTRUCTION
AWARENESS DAY

ROYAL BELGIAN SOCIETY
FOR PLASTIC SURGERY

Cette brochure a été réalisée en étroite collaboration
avec l'ASPS, avec qui la RBSPS est jumelée

Plus d'informations concernant la reconstruction mammaire sur
www.rbsps.org

Plus d'informations à propos du cancer du sein sur
www.cancer.be/cancersein