RECONSTRUCTION DU SEIN PAR GRAND DROIT DE L'ABDOMEN

Version 6 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 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 entrainer 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 ovtenir 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

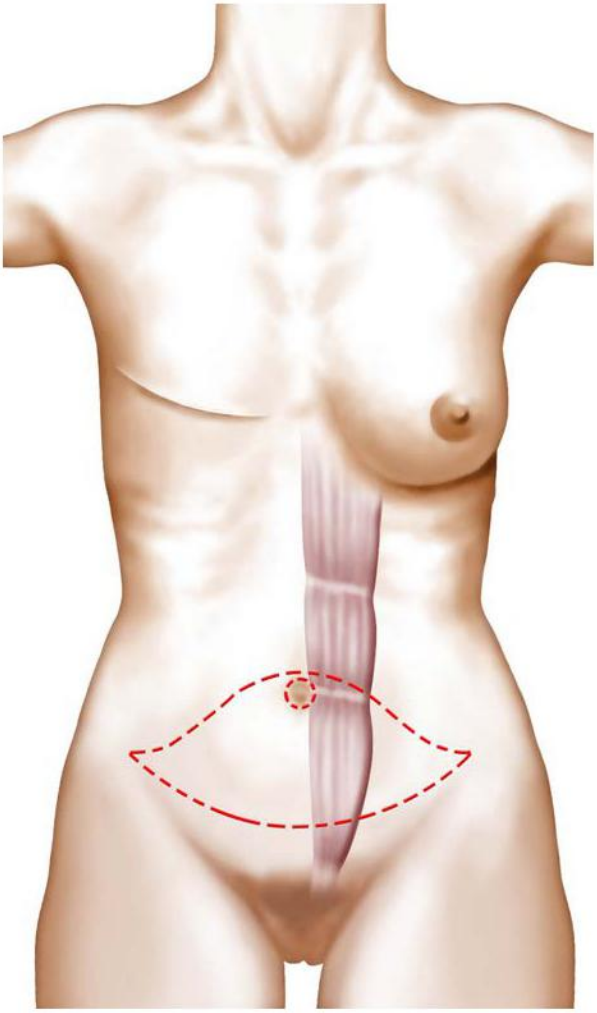
Les suites opératoires sont en général assez douloureuses pendant quelques jours, pouvant nécessiter de puissants antalgiques.

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.

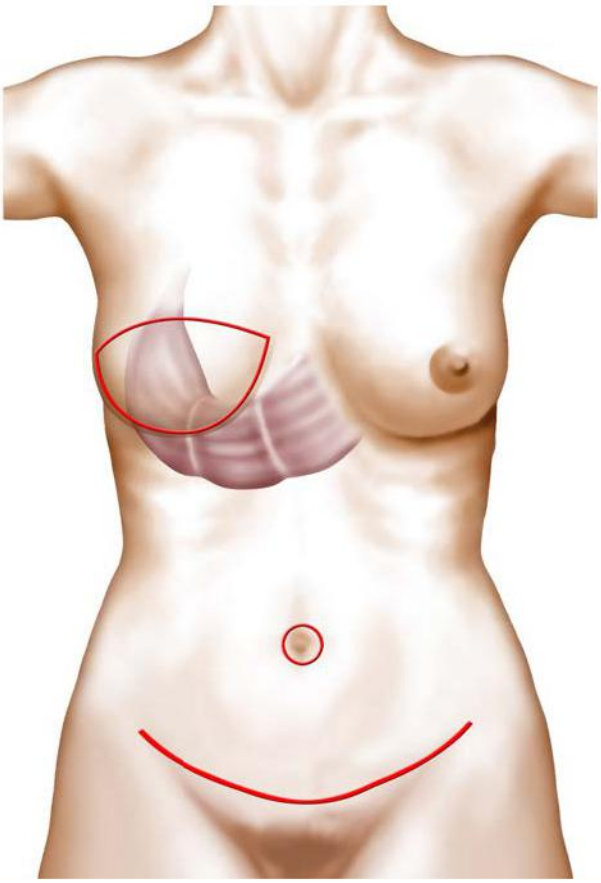
Il persistera toujours une certaine **asymétrie des deux seins**, qu'il s'agisse :

- 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, épaississement, 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 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** (lymphorrée) : 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** (lymphorrée) : 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 souhaitions 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 :