

Chirurgie plastique et reconstructive

Un nouveau sein pour se reconstruire

Enlever un sein conquis par le cancer, et en reconstruire directement un nouveau à sa place: l'enchaînement des deux interventions, hier déconseillé, est de plus en plus fréquent. Eclairage du **Dr Marie-Christine Gailloud-Matthieu**, chef de clinique au Service de chirurgie plastique et reconstructive du CHUV.

Qui dit cancer du sein n'ajoute pas forcément ablation. La tendance actuelle est de limiter l'intervention du bistouri et de prélever le plus petit tribut possible.

Le cancer du sein n'en touche pas moins une femme sur dix, dont près d'un tiers subira une ablation.

Toutes ne le vivent pas de la même façon. Mais toutes sont atteintes bien au-delà de leur chair. Une mastectomie a des répercussions psychologiques, sociales et sexuelles. Déficit d'image corporelle, dépression, renvoi du travail, rupture du couple, le pire est parfois à venir.

Face à ces épreuves, une reconstruction n'est pas une baguette magique. Mais son nom le dit: elle est un outil qui peut aider la personne à se reconstruire.

Il y a une poignée d'années, il n'était pas question de la pratiquer dans la foulée de l'ablation. On craignait d'augmenter les risques de récurrence du cancer, tout en limitant la possibilité de détecter cette nouvelle attaque.

Ces craintes s'étant révélées



Geminal Roaux

«On vit mieux l'épreuve d'un cancer du sein en sachant qu'on peut être reconstruite» affirme le Dr Gailloud-Matthieu.

infondées, la reconstruction immédiate est aujourd'hui proposée de plus en plus souvent. Dans certains cas, une nouvelle technique de mastectomie peut même être pratiquée, qui revient à enlever la glande en préservant sa peau, et garantit un résultat meilleur que jamais.

Celles qui optent pour l'aventure doivent toutefois s'armer de courage et de patience: jusqu'à la touche finale du tatouage de l'aréole, il faut souvent compter au moins un an. Un an de montagnes russes, de crainte en espoir.

Une reconstruction est-elle toujours possible?

Pratiquement, oui. Ainsi, il n'y a pas de limite d'âge. Cependant, on ne peut pas toujours proposer une reconstruction immédiate. Si le traitement comprend une radiothérapie, il est souvent judicieux de différer la reconstruction, puisque les rayons diminuent l'élasticité et la vitalité de la peau. De même, lors de cancer avancé ou qui touche la peau, une reconstruction

différée s'impose. C'est une décision qui doit être prise de conserve avec l'oncologue, le radiothérapeute, le gynécologue, le chirurgien, tous les spécialistes concernés. Du traitement à la reconstruction, il s'agit d'un travail d'équipe. Une équipe qui doit inclure le médecin traitant et, bien sûr, la patiente. A nous de l'informer clairement des possibilités existantes et de leurs conséquences, à elle de choisir.

Toutes les femmes veulent-elles être reconstruites?

Non. Certaines refusent la reconstruction immédiate parce qu'elles préfèrent mûrir leur décision, ou qu'elles ont des obligations, des enfants, un travail qui prend tout leur temps, par exemple. D'autres n'ont même pas envie d'une reconstruction différée, car elles vivent bien avec l'une de ces prothèses externes à mettre dans le soutien-gorge. Ou alors elles ne peuvent affronter l'idée d'une nouvelle hospitalisation... L'âge, l'entourage, le métier, la perception qu'une femme a de sa féminité, le fait qu'elle ait des enfants ou non, un mari ou non, de très nombreux facteurs entrent en ligne de compte.

Ne doit-on pas faire d'abord le deuil du sein perdu?

On l'a longtemps répété, mais il n'y a pas de règle. Une reconstruction immédiate a la vertu d'atténuer le choc émotionnel d'une ablation du sein. En 2002, 32% des patientes ayant eu une mastectomie à la maternité du CHUV ont opté pour cette solution. Elle permet en général de mieux vivre la maladie et son traitement, car elle ouvre sur quelque chose qui se construit.

Pour que tout se passe bien, il faut cependant que la patiente ait été bien préparée, bien informée de tout ce qui l'attend.

Entre les trois techniques principales, comment choisir?

Cela dépend notamment de l'état général de la patiente, de ses facteurs de risque, d'une éventuelle radiothérapie, des caractéristiques de l'autre sein...

L'autre sein?

Bien sûr. Reconstruire un sein implique en général de retoucher l'autre pour retrouver une symétrie. Question d'esthétique, mais aussi pour éviter des problèmes de dos et de posture, liés au déséquilibre de poids et de volume des deux seins.

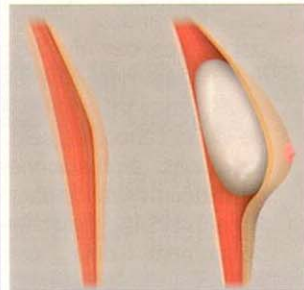
Qu'est-ce qui s'oppose au choix, le plus simple, d'un implant?

Surtout une radiothérapie passée ou à venir, car ce traitement augmente notablement les risques de problèmes liés à une pose d'implant. Sinon, les meilleurs cas de figure sont des femmes minces, avec un autre sein petit à moyen, ou un désir de faire réduire ou remonter cet autre sein. On ne peut en effet pas construire un sein un peu tombant, de femme mûre, avec un implant.

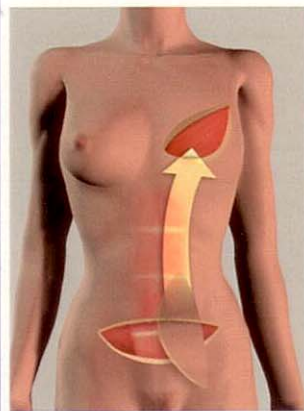
Cet implant est en silicone?

En général, oui. Après les procès des années 80 et 90 aux Etats-Unis, la silicone a en effet été réhabilitée. Je rappelle d'ailleurs qu'en dépit de toutes les attaques sur les implants mammaires, on n'a jamais remis en cause la silicone dans d'autres prothèses, ni interdit son usage pour les reconstructions mammaires! Cela dit, si la patiente le souhaite, on peut recourir à un implant au sérum physiologique (mais la consistance est moins proche de celle d'un vrai sein), voire laisser en place l'expandeur, ce «ballonnet» gonflable qui sert à étirer peau et muscle pour faire la place à l'implant.

Avec ou sans implant



1 Lors de la mastectomie, un expandeur est mis en place. Au fil d'un gonflage progressif, il fait le nid d'un implant qui sera placé sous le muscle pectoral au bout de quelques mois.



2 Un lambeau est découpé dans l'abdomen, remonté par-dessous la peau et ressorti à l'emplacement de la cicatrice de la mastectomie. Son irrigation sanguine est assurée par le système artériel d'un muscle abdominal, sectionné dans sa partie basse et prélevé avec le lambeau.



3 Le lambeau est prélevé dans le dos, alimenté par le muscle grand dorsal, et acheminé sous la peau jusqu'à l'incision de la mastectomie. Une prothèse doit souvent être ajoutée pour compléter le volume du sein.

Infographies: Cyb

Quels sont les atouts respectifs des deux autres techniques?

Le grand dorsal est le muscle le plus utilisé pour faire des reconstructions en tout genre. Son grand atout est d'être un lambeau très sûr, qui ne souffre jamais. Mais la peau du dos étant un peu plus épaisse que celle du torse, et d'une couleur légèrement différente, on préfère souvent, pour un sein, le lambeau abdominal, même si ce dernier est un peu plus exposé à une nécrose et si l'intervention est plus considérable. De plus, ce lambeau est assez important pour suffire à la reconstruction,

tandis que celui du dos doit souvent être complété par la pose d'une petite prothèse. Cela dit, le choix n'est pas libre: ainsi, il faut notamment avoir un peu de graisse pour qu'une reconstruction par lambeau abdominal soit possible – ce qui permet dans la foulée de retrouver un ventre plat; en revanche, la présence de cicatrices dans cette région peut être une contre-indication.

Prélever un segment de muscle affaiblit-il le dos?

Pour la vie quotidienne, ce n'est pas un problème, d'autres muscles font le travail à sa place. En revanche, pour les sportives, il faut y réfléchir à deux fois.

Et le mamelon, l'aréole, comment s'y prend-on?

Ici, au CHUV, nous faisons sous anesthésie locale une découpe en demi-Lune au bout du sein puis ce lambeau de peau est plié en deux et redressé, comme un aileron de requin; il se ratatine au fil des mois jusqu'à ressembler vraiment à un mamelon. On peut alors passer à l'aréole, qui est tatouée, et qui finit vraiment le sein.

Le nouveau sein est-il facile à accepter?

Même s'il est très réussi du point de vue esthétique, ce sein n'est jamais identique à celui qu'on a perdu, il porte des cicatrices, il n'a pas la sensibilité de l'autre... Chaque femme doit faire un travail d'appropriation, et c'est à nous de le lui enseigner. Très tôt, elle doit essayer de parler de sein et pas de lambeau ni de prothèse, regarder ce sein, le toucher, le crémier, le masser, l'intégrer à son image corporelle.

Le jeu en vaut-il vraiment la chandelle?

D'après mon expérience, oui! Une reconstruction bien adaptée permet de mieux vivre sa féminité et sa sexualité, elle aide à se reconstruire psychiquement, à boucler la boucle, à affirmer la vie face au cancer. ■