

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DE TOUS LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

SPÉCIAL

CANCER DU SEIN

LA FONDATION DU CANCER DU SEIN
DU QUÉBEC, ENGAGÉE PLUS QUE JAMAIS

L'INNOVATION EN CANCER DU SEIN
AU SERVICE DU PATIENT

LA RECONSTRUCTION DU SEIN

PRINCIPALES TECHNIQUES CHIRURGICALES
POUR LE CANCER DU SEIN ET
L'ÉVALUATION AXILLAIRE

LE GROUPE MCPEAK-SIROIS
DE RECHERCHE CLINIQUE
EN CANCER DU SEIN

OCTOBRE 2018
VOL 12 • NO 3

5,95\$



Société canadienne des postes. Envoi de publications
canadiennes. Contrat de vente n° 40011180.

LES AVANCÉES
MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES



Dre Christina Bernier
MD, FRCSC
Chirurgienne Plastique,
CHUM



LA RECONSTRUCTION DU SEIN

L'ablation d'un ou des deux seins pour le traitement ou la prévention du cancer modifie significativement l'image corporelle de la femme. Par ailleurs, plusieurs études ont démontré que la reconstruction du sein permettait de diminuer la détresse psychologique, et d'améliorer la qualité de vie et l'image corporelle des patientes.

Pour la plupart des patientes, la reconstruction peut être effectuée le jour de la mastectomie. Ces reconstructions sont appelées « immédiates ». Elles nécessitent une grande collaboration entre l'équipe de chirurgiens oncologues et l'équipe de chirurgiens plasticiens, et ne sont offertes que dans certains centres spécialisés comme le CHUM.

Les techniques de reconstruction mammaire sont en constante évolution et leurs grandes variétés nous permettent aujourd'hui d'offrir une reconstruction immédiate à la majorité de nos patientes.

Le choix de la technique de reconstruction est surtout influencé par l'anatomie de la patiente, ses préférences, la qualité et la quantité de peau du sein, et les traitements de radiothérapie passés ou à venir.

« Plusieurs études ont démontré que la reconstruction du sein permettait de diminuer la détresse psychologique, et d'améliorer la qualité de vie et l'image corporelle des patientes. »

ÉTAPES DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE TOTALE

La durée et le nombre d'étapes nécessaires à la reconstruction sont principalement influencés par le type de mastectomie. La patiente qui subit une mastectomie bilatérale préventive avec préservation de l'aréole et du mamelon pourrait n'avoir besoin que de la première étape de reconstruction. La patiente qui subit une mastectomie unilatérale sans préservation de l'aréole et du mamelon pour le traitement d'un cancer aura besoin, en général, de trois interventions sur une période de un à deux ans. La radiothérapie et la chimiothérapie postopératoires augmentent l'attente entre la première et la deuxième étape.

Première étape : création du sein

Selon la méthode de reconstruction choisie, le sein est reconstruit avec du matériel synthétique (expanseur ou prothèse), avec les tissus de la patiente ou avec une combinaison de ces deux méthodes. Le transfert de tissu d'un endroit à un autre sur une patiente est appelé « lambeau ».

La durée de l'opération et de l'hospitalisation, ainsi que les complications de cette étape, varient beaucoup selon la technique choisie et seront expliquées à la section suivante.

Deuxième étape : amélioration de la symétrie

Cette étape se déroule de trois à six mois après la première. Dans le cas d'une reconstruction avec expanseur, ce délai est nécessaire à l'expansion des tissus. Lorsque le sein est reconstruit avec les tissus de la patiente, ce délai permet au sein reconstruit de s'assouplir et de prendre sa position et sa forme définitive. Lors de cette intervention, le sein contralatéral est modifié, s'il y a lieu, afin d'obtenir la meilleure symétrie possible. Le sein contralatéral peut être diminué, remonté ou augmenté. Le sein reconstruit peut lui aussi être retouché, si nécessaire. Dans le cas d'une reconstruction par expanseur, cette étape permet le changement de l'expanseur pour la prothèse définitive.

Troisième étape : reconstruction de l'aréole et du mamelon

Cette étape se déroule de trois à six mois après la deuxième. Elle peut parfois constituer la deuxième étape si aucune procédure d'amélioration de la symétrie n'est nécessaire. La reconstruction du mamelon est faite sous anesthésie locale, en utilisant la peau du sein reconstruit ou une portion du mamelon contralatéral. L'aréole est recrée par tatouage.

TECHNIQUES DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE (PREMIÈRE ÉTAPE)

Reconstruction par implant : deux scénarios possibles

1) Si la peau du sein est saine et en quantité suffisante
Le sein est reconstruit par une prothèse placée sous le muscle pectoral. Pour ces reconstructions par implant immédiat, une matrice dermique est ajoutée par-dessus la prothèse pour permettre une couverture complète de l'implant par le muscle et la matrice. L'implant peut aussi être placé par-dessus le muscle et recouvert d'une matrice dermique seulement. Le choix de la localisation de l'implant est fait après discussion avec la patiente relativement aux avantages et inconvénients de chaque technique. Les prothèses

utilisées de nos jours sont en gel cohésif. Ces prothèses en gel sont sécuritaires, car le silicone a une texture comparable à celle d'un jujube et ne coule pas en cas de rupture. Elles sont plus souples et font moins d'ondulations ou d'irrégularités que les prothèses d'eau saline. (Photo 1)

2) Si la peau du sein est mince ou en quantité insuffisante

Le sein sera reconstruit avec un expanseur placé sous le muscle pectoral. Cet expanseur est déjà partiellement rempli d'une quantité d'eau saline lors de sa mise en place. Le reste du remplissage débute après environ deux ou trois semaines, et se fait graduellement lors des visites en consultation externe toutes les semaines ou les deux semaines. Le remplissage est sans douleur et vise à étirer graduellement la peau. Lors de la deuxième étape, l'expanseur est échangé pour une prothèse définitive de silicone.

Durée : de une à deux heures par sein
Hospitalisation : une nuit
Convalescence : de quatre à six semaines

Lors de la deuxième étape, l'expanseur est échangé pour une prothèse définitive de silicone.

Durée : de une à deux heures
Hospitalisation : habituellement aucune
Convalescence : Environ trois semaines pour la guérison

Avantages

- Procédure simple et courte;
- Pas de cicatrice additionnelle;
- Courte période de convalescence;
- Possibilité d'avoir une belle symétrie, si reconstruction bilatérale.

Inconvénients

- Nécessite des visites répétées pour le remplissage, si reconstruction avec expanseur;
- Sensation au toucher plus ferme qu'un sein naturel;
- Impossible d'obtenir une symétrie parfaite avec le sein contralatéral;
- La grosseur et la forme du sein ne changent pas avec les années et les variations de poids;
- Contracture capsulaire (coque fibreuse) possible autour de l'implant. Cette coque est formée par le corps de la patiente en réaction au corps étranger, et peut causer un durcissement et une modification de la forme du sein;
- Possibilité de rupture de l'implant;
- Replis de l'implant visibles chez les patientes minces;
- Complications beaucoup plus élevées lorsque la reconstruction est associée avec la radiothérapie;
- Retrait de l'expanseur ou de la prothèse habituellement nécessaire en cas d'infection.



Tissu abdominal

Cette intervention est surtout utilisée chez la patiente qui recherche un résultat naturel et durable. Il s'agit d'une excellente option pour la reconstruction totale du sein, car il y a généralement assez de volume pour reconstruire un ou deux seins sans avoir à utiliser des implants. La peau et la graisse situées entre l'ombilic et le pubis sont utilisées pour recréer le sein. L'abdomen est ensuite refermé en tirant vers le bas la peau située au-dessus de l'ombilic. Les techniques chirurgicales permettant l'utilisation du tissu abdominal ont évolué au cours des années dans le but de diminuer la morbidité associée au prélèvement d'un muscle grand droit.

Le lambeau TRAM libre

Le terme libre indique que les vaisseaux nourriciers (épigastriques inférieurs) sont divisés lors de l'intervention et doivent être reconnectés aux vaisseaux du thorax à l'aide du microscope. La division des vaisseaux permet une meilleure liberté dans le positionnement du lambeau et un meilleur résultat esthétique. Ce lambeau implique également le sacrifice d'un muscle grand droit.

Le DIEP libre

Cette technique chirurgicale plus poussée permet la préservation d'un muscle grand droit. Les vaisseaux épigastriques inférieurs sont séparés du muscle par une dissection minutieuse. Les vaisseaux sont ensuite

« Pour la plupart des patientes, la reconstruction peut être effectuée le jour de la mastectomie. Ces reconstructions sont appelées « immédiates ». Elles nécessitent une grande collaboration entre l'équipe de chirurgiens oncologues et l'équipe de chirurgiens plasticiens, et ne sont offertes que dans certains centres spécialisés comme le CHUM. »



Photo 1 : Reconstruction immédiate par implant et matrice dermique. Mastectomie avec préservation de l'aréole et du mamelon.



reconnectés aux vaisseaux mammaires du thorax avec le microscope. Cette technique est utilisée par l'équipe des chirurgiens plastiques du CHUM et permet une diminution de la douleur abdominale postopératoire ainsi que des risques de hernie et de faiblesse abdominale causée par le sacrifice d'un muscle grand droit. L'inconvénient principal de ce lambeau est que sa survie est dépendante des vaisseaux reconnectés par microchirurgie. Cette circulation est insuffisante chez 2-3 % des patientes, et peut causer la perte totale ou partielle du lambeau. (Photo 2)

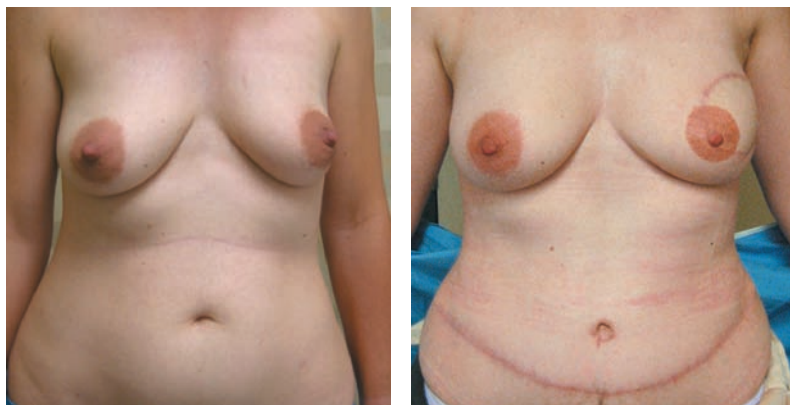


Photo 2 : Reconstruction par DIEP du sein gauche avec reconstruction du mamelon et tatouage de l'aréole

Avantages

- Résultat d'apparence naturelle, texture semblable au vrai sein ;
- Reconstruction durable ;
- Varie avec le changement de poids ;
- Permet d'éviter le recours aux prothèses ;
- Permet la reconstruction après la radiothérapie ;
- Dans le cas d'une reconstruction immédiate, permet la reconstruction ; même si une radiothérapie complémentaire est prévue ;
- Permet d'améliorer l'apparence de l'abdomen en éliminant l'excès de peau et de graisse ;
- Évite de sacrifier un muscle de la paroi abdominale.

Désavantages

- Intervention chirurgicale de longue durée ;
- Hospitalisation plus longue ;
- Risque de perte totale du lambeau si des problèmes surviennent dans les vaisseaux anastomosés ;
- Intervention offerte dans les centres spécialisés seulement ;
- À cause de sa longue durée, cette intervention ne peut être offerte à des patientes ayant des comorbidités importantes.

Durée : de six à huit heures

Hospitalisation : de trois à cinq nuits

Convalescence : de six à huit semaines pour la guérison

Grand dorsal

Cette intervention est surtout utilisée chez les patientes qui n'ont pas suffisamment de peau pour recouvrir un expanseur ou une prothèse et qui sont trop minces pour que leur tissu abdominal soit utilisé.

Lors de l'opération, un croissant de peau provenant du dos ainsi que le muscle grand dorsal sont transférés dans le sein par un tunnel créé au niveau de l'aisselle. Le lambeau est utilisé pour recouvrir l'expanseur ou la prothèse qui donne du volume au sein. Les vaisseaux nourriciers du grand dorsal restent intacts lors du transfert et sont simplement renversés avec le lambeau.

Avantages

- Opération très fiable, car les vaisseaux nourrissant le lambeau restent attachés au niveau de l'aisselle et ne nécessitent pas de microchirurgie.

Inconvénients

- Pas assez de tissu pour donner un volume adéquat ; nécessite une prothèse ;



Photo 3 : Cancer au sein droit avec mastectomie partielle, oncoplastie et radiothérapie au sein droit et redrapage du sein gauche.

- Combinaison des inconvénients associés à la reconstruction par lambeau avec ceux de l'utilisation de prothèse ;
- Cicatrice au dos ;
- Peut causer une diminution de la force dans le bras lors des mouvements utilisés pour grimper ou pour payer.

Durée : de trois à quatre heures

Hospitalisation : de une à deux nuits

Convalescence : Environ six semaines pour la guérison

TECHNIQUE COMPLÉMENTAIRE À LA RECONSTRUCTION IMMÉDIATE : LIPOGREFFE

L'injection de cellules graisseuses prélevées par liposuction permet d'améliorer certaines imperfections présentes à la suite d'une reconstruction. Cette technique est surtout utilisée pour améliorer le contour des reconstructions et camoufler les irrégularités. Cette technique simple peut être effectuée lors de la deuxième ou troisième étape de la reconstruction.

RECONSTRUCTION MAMMAIRE LORS D'UNE MASTECTOMIE PARTIELLE

Le chirurgien plastique peut intervenir lors d'une mastectomie partielle pour remodeler le sein à l'aide des techniques de redrapage mammaire et de réduction mammaire. Ces techniques d'oncoplastie permettent de diminuer la déformation du sein. Le sein contralatéral est souvent remonté et/ou réduit lors de la même intervention pour obtenir une meilleure symétrie. (Photo 3)

Durée : de deux à trois heures pour les deux seins

Hospitalisation : habituellement aucune

Convalescence : de trois à quatre semaines pour la guérison

CONSIGNES GÉNÉRALES EN VUE D'UNE RECONSTRUCTION MAMMAIRE

Il est conseillé de ne pas fumer six semaines avant et six semaines après une reconstruction. La nicotine entraîne la constriction des petits vaisseaux et peut causer des problèmes de guérison significatifs. Tous les médicaments qui éclaircissent le sang et les produits de santé naturels doivent être cessés 10 jours avant l'intervention pour diminuer le risque de saignement. Les consignes au sujet des vêtements compressifs (gaine ou brassière) doivent être suivies à la lettre. Pour diminuer le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire, les patientes doivent éviter de rester inactives après l'intervention. Un minimum de six semaines après l'opération est nécessaire avant de faire des efforts soutenus.

EN RÉSUMÉ

Les progrès des techniques de reconstruction nous permettent maintenant d'offrir une option raisonnable à la majorité des patientes atteintes de cancer du sein. Compte tenu des bénéfices psychologiques connus de la reconstruction mammaire, les médecins qui accompagnent les femmes atteintes de cancer du sein devraient informer leurs patientes des possibilités de reconstruction et les diriger, au besoin, vers un centre spécialisé où des équipes de chirurgiens oncologues et plastiques offrent la reconstruction immédiate. ■

« Les techniques de reconstruction mammaire sont en constante évolution et leurs grandes variétés nous permettent aujourd'hui d'offrir une reconstruction immédiate à la majorité de nos patientes. »

« Le choix de la technique de reconstruction est surtout influencé par l'anatomie de la patiente, ses préférences, la qualité et la quantité de peau du sein, et les traitements de radiothérapie passés ou à venir. »