

LE PATIENT

LE SEUL MAGAZINE DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

SPÉCIAL

CANCER DU SEIN

LES LÉSIONS BÉNIGNES DU SEIN

L'ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE
SON RÔLE EN 2013

L'APPROCHE MÉDICAMENTEUSE
DU CANCER DU SEIN

RENCONTRE AU SOMMET
AVEC DR JACQUES LÉVESQUE
PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION
CANADIENNE DE RADIOLOGIE

LES AVANCÉES
MÉDICO-PHARMACOLOGIQUES

JUILLET 2013
VOL 7 - NO 3

5,95\$



Société canadienne des postes. Envoi de publications
canadiennes. Contrat de vente n° 40071180.



Christina Bernier
MD, FRCS
Chirurgienne Plastique,
CHUM

Illustrations :
Geneviève Landes, MD
Service de Chirurgie
plastique CHUM

MISE À JOUR SUR LES PROTHÈSES D'AUGMENTATION MAMMAIRE ET AUTRES MÉTHODES DE RECONSTRUCTION

L'ablation de l'un ou des 2 seins à la suite d'un traitement du cancer modifie significativement l'image corporelle de la femme et présente un impact très négatif sur l'état psychologique des patientes. 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. Les techniques de reconstruction mammaires sont en

constante évolution et leurs grandes variétés nous permettent aujourd'hui d'offrir une solution à la majorité des patientes.

Lors de la consultation en vue d'une reconstruction les points suivants sont abordés avec la patiente : moment de la reconstruction (immédiate versus retardée), déroulement dans le temps de la reconstruction et techniques chirurgicales avec leurs avantages et inconvénients respectifs. Nous discutons également de la durée de chirurgie, d'hospitalisation et de la convalescence. La patiente est aussi mise au courant des consignes à suivre avant et après l'opération.

LES ÉTAPES DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE

Sauf rares exceptions le processus de reconstruction se déroule sur une période d'une à deux années et nécessite 2 ou 3 interventions. La radiothérapie ou chimiothérapie post opératoire augmente l'attente entre la première et deuxième étape.

Première étape : La création du sein

Cette étape peut avoir lieu lors de la mastectomie (reconstruction immédiate) ou après la mastectomie (reconstruction tardive). La reconstruction immédiate offre des avantages esthétiques et psychologiques, mais n'est disponible que dans certains centres spécialisés. Selon la méthode de reconstruction choisie, le sein sera reconstruit avec du matériel synthétique (expanseur), avec les tissus de la patiente ou avec une combinaison de ces 2 méthodes. Le transfert d'un bloc de tissu d'un endroit à un autre est appelé lambeau.

La durée de la chirurgie et de l'hospitalisation ainsi que les complications de cette étape varient beaucoup selon la technique choisie et seront discutées dans la section suivante.

Deuxième étape : Amélioration de la symétrie

Cette étape se déroule de 3 à 6 mois après la première. Dans le cas d'une reconstruction par 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 chirurgie, 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 de 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 3 à 6 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 avec un tatouage.

TECHNIQUES DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE (PREMIÈRE ÉTAPE)

Reconstruction par implant

Ce type de reconstruction est possible si la peau résiduelle est de belle qualité.

Lors de la première étape, une prothèse d'expansion est placée 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 environ 2 semaines après et se fait graduellement lors des visites en externe chaque 2 semaines. Le remplissage est sans douleur et vise à étirer graduellement la peau.

- Durée : 1 heure
- Hospitalisation : 1 nuit si reconstruction immédiate, en externe si reconstruction retardée
- Convalescence : Environ 3 semaines pour la guérison

Lors de la deuxième étape, l'expanseur est échangé pour une prothèse définitive de silicone. Les prothèses de silicone 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 coulent pas en cas de rupture. Elles sont plus souples et font moins d'ondulations ou irrégularités que les prothèses d'eau saline.

- Durée : 1-2 heures
- Hospitalisation : Habituellement aucune
- Convalescence : Environ 3 semaines pour la guérison

Avantages

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

Inconvénients

- Nécessite des visites répétées pour le remplissage de l'expanseur
- La sensation au toucher est 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
- Rupture de l'implant
- Replis de l'implant visibles chez patientes minces
- Complications beaucoup plus élevées lorsqu'associée avec la radiothérapie
- Retrait de l'expanseur ou de la prothèse habituellement nécessaire en cas d'infection

Tissu abdominal

Cette chirurgie 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 afin de diminuer la morbidité associée au prélèvement du muscle grand droit.

TRAM (Trans-verse Rectus Abdominis Muscle) pédiculé

Le terme pédiculé indique que les vaisseaux nourriciers (épigastriques supérieurs) restent attachés au tissu abdominal pendant le transfert. Le lambeau est passé sous la peau vers le thorax (Figure 1). Comme ces vaisseaux voyagent dans le muscle grand droit ce dernier doit être sacrifié lors du prélèvement du lambeau. Dans les cas d'une reconstruction bilatérale, les 2 muscles sont donc prélevés.

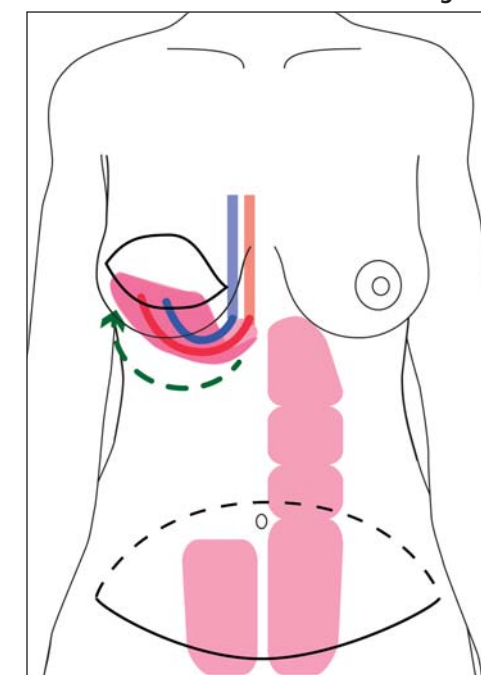
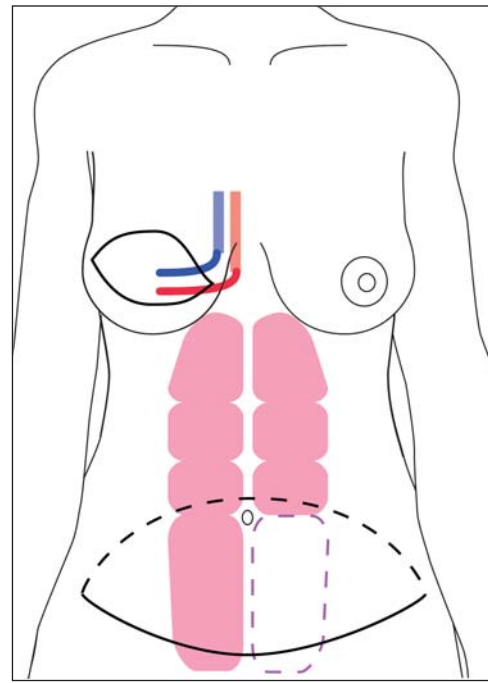


Figure 1

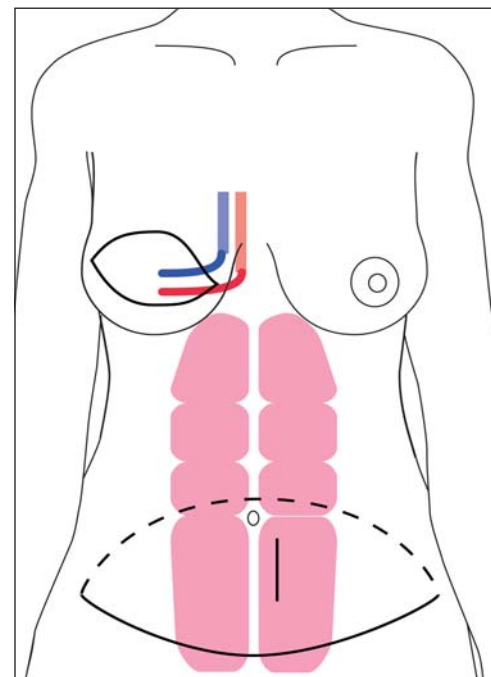
« Plusieurs études ont démontré que la reconstruction du sein permettait de diminuer la détresse psychologique et d'améliorer la qualité de vie et l'image corporelle des patientes. Les techniques de reconstruction mammaires sont en constante évolution et leurs grandes variétés nous permettent aujourd'hui d'offrir une solution à la majorité des patientes. »

Figure 2



TRAM libre

Le terme libre indique que les vaisseaux nourriciers (épigastriques inférieurs) sont divisés lors de la chirurgie et devront être reconnectés sur les vaisseaux du thorax à l'aide du microscope (Figure 2). Comme l'apport vasculaire dominant du ventre provient de l'épigastrique inférieure ce lambeau est mieux vascularisé que le TRAM pédiculé. De plus, 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 grand droit.



DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) libre

Cette technique chirurgicale plus poussée permet la préservation du muscle grand droit. Les vaisseaux épigastriques inférieurs sont séparés du muscle par une dissection minutieuse. Les vaisseaux sont ensuite reconnectés sur les vaisseaux mammaires du thorax avec le microscope (Figure 3). Cette technique est utilisée par l'équipe des chirurgiens plastiques du CHUM et permet une diminution de la douleur abdominale post opératoire ainsi que des risques de hernie et de faiblesse abdominale entraînés par le sacrifice d'un grand droit.

Figure 3

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.

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 radiothérapie

- Dans le cas de reconstruction immédiate permet la reconstruction même si radiothérapie complémentaire 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.

Inconvénients

- Chirurgie de longue durée
- Hospitalisation plus longue
- Risque de perte totale du lambeau si problèmes au niveau des vaisseaux anastomosés
- Chirurgie offerte dans les centres spécialisés seulement
- À cause de sa longue durée, cette chirurgie ne peut être offerte à des patientes avec des comorbidités importantes

- Durée : 6-8 heures
- Hospitalisation : 3-5 nuits
- Convalescence : Environ 6-8 semaines pour la guérison

Grand dorsal

Cette chirurgie est surtout utilisée chez des patientes qui ont eu ou qui auront de la radiothérapie et qui sont trop minces pour que leur tissu abdominal soit utilisé. Comme la peau irradiée ne s'étire pas bien, le grand dorsal permet d'amener du tissu sain provenant du dos pour recouvrir l'expandeur ou la prothèse afin de rendre leur utilisation plus sécuritaire et d'améliorer le résultat esthétique.

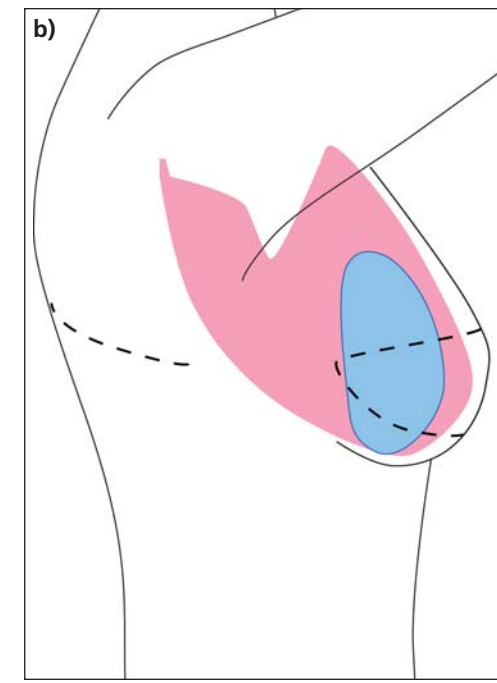
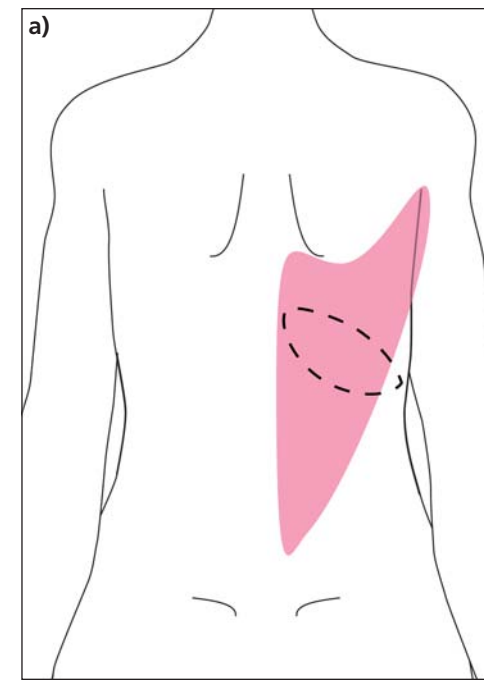
Dans les cas de reconstruction immédiate, le grand dorsal peut agir comme un bouclier afin de réduire la possibilité de coque fibreuse autour de la prothèse.

Lors de l'opération, un croissant de peau provenant du dos ainsi que le muscle grand dorsal sont transférés vers le sein par un tunnel créé au niveau de l'aisselle. Le lambeau est utilisé pour recouvrir l'expandeur ou la prothèse qui donne du volume au sein. Les vaisseaux nourriciers du grand dorsal restent intacts lors du transfert et sont simplement basculés avec le lambeau (Figures 4a & 4b).

Avantages

- Pour la reconstruction retardée : permet l'utilisation d'une prothèse en territoire irradié
- Pour la reconstruction immédiate : permet l'utilisation d'une prothèse lorsque la radiothérapie complémentaire est prévue
- Opération très fiable car les vaisseaux nourrissant le lambeau restent attachés au niveau de l'aisselle et ne nécessitent pas de microchirurgie.

Figure 4



Inconvénients

- Pas assez de tissu pour donner un volume adéquat, nécessite une prothèse
- Combinaison des inconvénients associés à la reconstruction par lambeau avec ceux de l'utilisation de prothèse
- Cicatrice au niveau du dos
- Peut causer une diminution de la force dans le bras lors des mouvements utilisés pour grimper ou pour pagayer

- Durée : 3-4 heures
- Hospitalisation : 1-2 nuits
- Convalescence : Environ 6 semaines pour la guérison

CONSIGNES GÉNÉRALES EN VUE D'UNE RECONSTRUCTION MAMMAIRE

Il est conseillé de ne pas fumer 6 semaines avant et 6 semaines après une reconstruction. Le nicotine entraîne une constriction des petits vaisseaux et peut causer des problèmes de guérison significatifs. Tous les médicaments qui éclaircissent le sang et les produits naturels doivent être cessés 10 jours avant la chirurgie 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 la chirurgie. Un minimum de 6 semaines après la chirurgie est nécessaire avant de faire des efforts soutenus.

EN RÉSUMÉ

L'avancée des techniques de reconstruction nous permet maintenant d'offrir une option raisonnable à la grande 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, au besoin, les référer vers un chirurgien plastique. ■

« Sauf rares exceptions le processus de reconstruction se déroule sur une période d'une à deux années et nécessite 2 ou 3 interventions. La radiothérapie ou chimiothérapie post opératoire augmente l'attente entre la première et deuxième étape. »



Dr Christina Bernier
Chirurgie esthétique

Rendez-vous
514 903-2903

Infirmière
438 995-8282



www.christinabernier.com

450, rue Saint-Antoine Est
Montréal, Qc H2Y 1A5
drbernier@christinabernier.com