

# RECONSTRUCTION DU SEIN PAR PROTHESE



Version 7 mise à jour janvier 2019

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 prothèse.

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.

Dans les cas où la qualité de la peau et du muscle pectoral sous-jacent le permet, le mode de reconstruction le plus simple reste la reconstruction mammaire par prothèse.

Elle peut être précédée d'une période d'expansion tissulaire si la quantité de peau est insuffisante.

L'expansion de la peau se définit comme la possibilité d'augmenter la surface de couverture par la peau de la prothèse permanente sous l'effet d'une traction exercée pendant une courte période.

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 la mise en place d'une prothèse interne au dessous du muscle pectoral.

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.

Si la reconstruction du sein par prothèse est le geste le plus simple à proposer, il existe d'autres techniques apportant des tissus d'une autre partie de votre corps (grand dorsal, grand droit de l'abdomen) qui sont des techniques plus sophistiquées qui ont leurs avantages comme leurs inconvénients propres.

## ● PRINCIPES

L'opération peut être réalisée en même temps que la mastectomie, on parle alors de **reconstruction immédiate**, ou à distance 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 consiste à mettre en place, le plus souvent sous la peau et le muscle pectoral, une prothèse interne. Cette prothèse interne est, dans les cas les plus simples, la prothèse permanente. Ce peut être dans certains cas une prothèse temporaire d'expansion tissulaire destinée à accroître la quantité des tissus de couverture (peau, muscle) de la prothèse permanente ce qui peut donner un aspect plus naturel au sein reconstruit.

Cette expansion de la peau trouve sa meilleure illustration lors de la grossesse. Sous l'effet de la poussée progressive de l'enfant, la peau abdominale se distend pour laisser persister un excès après l'accouchement. Par analogie, dans le cas de la reconstruction mammaire une prothèse temporaire est gonflée progressivement afin d'obtenir un excès de peau qui est utilisé afin de recouvrir la prothèse permanente.

L'expansion tissulaire a l'inconvénient de nécessiter deux temps opératoires.

Dans le même temps opératoire que l'implantation de la prothèse permanente, il est possible de remodeler le sein opposé si cela est nécessaire.

La plaque aréolo-mamelonnaire (aréole + mamelon) sera reconstruite le plus souvent ultérieurement, lorsque le volume du sein sera stabilisé.

La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance carcinologique.

### ● LES PROTHÈSES

Il existe plusieurs fabricants ainsi que plusieurs types de prothèses mammaires.

Les prothèses sont toutes constituées d'une enveloppe en élastomère de silicone qui peut être lisse ou plus ou moins rugueuse (texturée) pour diminuer le risque de formation de coque.

Cette prothèse peut être remplie ; soit de sérum physiologique (eau salée), soit de gel de silicone dont la consistance est plus proche de la glande mammaire.

Il existe plusieurs formes de prothèses : rondes, plus ou moins projetées, ou « **anatomiques** » dont l'épaisseur est plus importante dans la partie inférieure simulant le profil d'un sein naturel.

Quant à la prothèse temporaire d'expansion, son remplissage sera réalisé par du sérum physiologique.

Aujourd'hui, tous les implants disponibles en France sont soumis à des normes précises et rigoureuses : marquage CE (Communauté Européenne) et autorisation de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé).

De plus, les autorités administratives françaises et le Ministère de la santé ont imposé, depuis novembre 2016, la mise en place d'un registre national des prothèses mammaires.

Ce registre restera parfaitement anonyme. Son objectif est de recenser toutes les prothèses implantées sur le territoire français et d'assurer ainsi le suivi de l'ensemble des implants ce qui va dans le sens d'une plus grande sécurité pour les patientes.

### ● AVANT L'INTERVENTION

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

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.

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.

### 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 entraîner 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 obtenir 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.

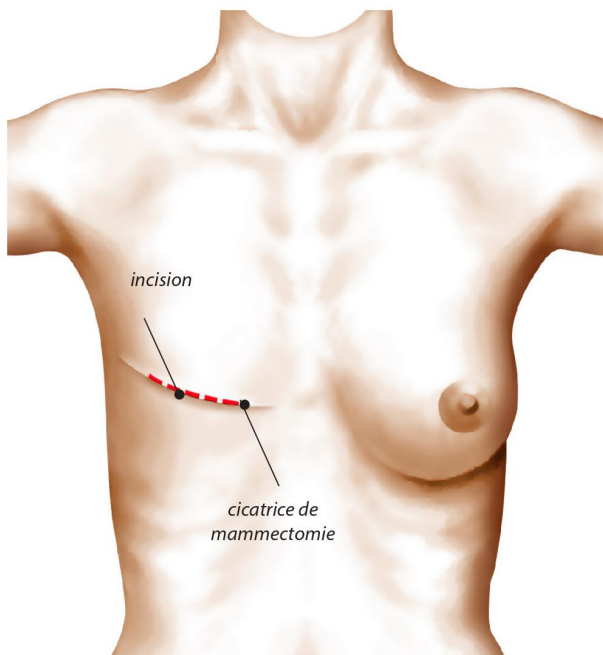
### ● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

**Type d'anesthésie :** Il s'agit d'une anesthésie générale classique durant laquelle vous dormirez complètement.

**Modalités d'hospitalisation :** Une hospitalisation de plusieurs jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée à l'ablation du drainage éventuel.

### ● L'INTERVENTION

L'intervention peut durer une à deux heures. En fin d'intervention, un pansement modelant avec des bandes élastiques en forme de soutien-gorge, 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 pendant une quinzaine de jours. Au-delà, la persistance de la douleur doit faire l'objet d'un examen par votre chirurgien.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites.

On peut observer une gêne à l'élévation du bras qui ne nécessite pas de rééducation le plus souvent (sauf réalisation d'un curage ganglionnaire dans le même temps).

Le port du soutien-gorge (nuit et jour) peut être nécessaire pendant plusieurs semaines. Les pansements seront réalisés régulièrement.

Il convient d'envisager une convalescence de deux à trois semaines. On conseille d'attendre un à deux mois pour reprendre une activité sportive.

Si le choix de l'expansion préalable a été retenu, le gonflement de la prothèse peut débuter dans certains cas au cours de l'hospitalisation.

### ● LE RÉSULTAT

#### Après implantation d'une prothèse permanente :

La reconstruction par prothèse restaure immédiatement un volume et une forme permettant à la patiente de s'habiller normalement avec un décolleté.

Cependant, le résultat final n'est pas acquis d'emblée.

Au premier pansement, le sein reconstruit aura un aspect un peu figé, et la peau qui le recouvre sera peu sensible. Des

contractures du muscle pectoral sont parfois décrites par les patientes.

Cet aspect va progressivement évoluer. Il faut attendre deux à trois mois pour pouvoir apprécier le résultat de la reconstruction et de la symétrisation éventuelle.

#### Après implantation d'une prothèse d'expansion :

Le gonflement de la prothèse est effectué, généralement une fois par semaine avec du sérum physiologique (eau salée).

En 4 à 12 semaines, un volume important est ainsi atteint, jusqu'à dépasser le volume de l'autre sein.

A la fin du gonflement, il conviendra d'attendre encore au moins 3 à 6 mois pour éviter une rétraction secondaire de la peau.

La deuxième intervention a donc lieu entre 4 et 6 mois après la première. Elle permet le remplacement de la prothèse d'expansion temporaire qui donne une allure tendue au sein par la prothèse permanente, qui confèrera une forme plus naturelle.

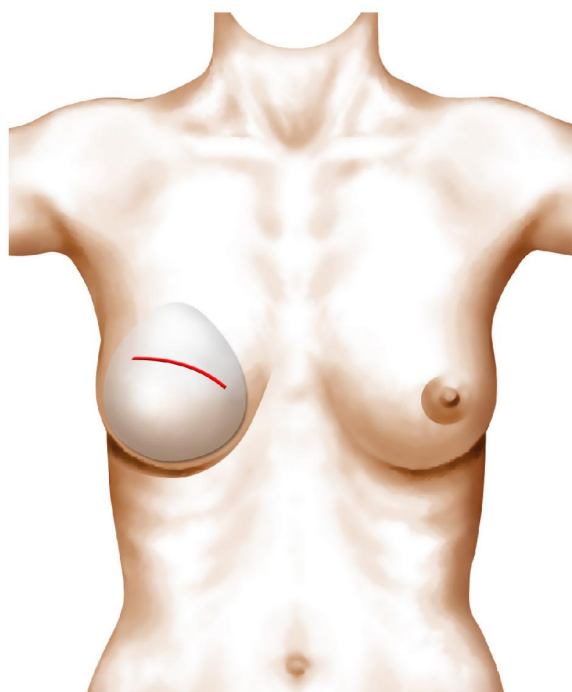
Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

### ● LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT

Il est malheureusement impossible de reconstituer un sein parfaitement symétrique à l'autre avec une prothèse.

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

- du **volume** : la base du sein ne sera jamais parfaitement identique. Les variations de poids peuvent accentuer cette différence.
- de la **forme** : en position allongée, la prothèse ne s'étale pas comme le sein normal.



- de la **hauteur** : le sein non opéré subira normalement l'évolution vers la ptôse accentuant l'asymétrie.
- et de la **palpation** : la patiente pouvant percevoir la prothèse, du fait de la faible épaisseur des tissus de recouvrement.

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, épaissement, 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 prothèse est une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte médical, aussi minime soit-il.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Les suites opératoires sont en général simples. Toutefois, des complications peuvent survenir, certaines d'ordre général, inhérentes à tout acte chirurgical, d'autres loco-régionales plus spécifiques à la reconstruction du sein par prothèse.

Il convient de 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 peu fréquentes à la suite d'une reconstruction mammaire par prothèse. En pratique, l'immense majorité des interventions se passe sans aucun problème.

Les complications pouvant survenir dans les suites de la reconstruction mammaire par prothèse sont :

- **L'infection** : qui nécessite un traitement antibiotique, et parfois une réintervention pouvant aller jusqu'à l'ablation provisoire de l'implant.
- **L'hématome** : qui peut nécessiter un geste d'évacuation chirurgicale.
- **La nécrose de la peau** : dont le risque est surtout élevé après radiothérapie, peut conduire à une exposition de la prothèse et imposer l'ablation de celle-ci. Le tabagisme majore égale-

ment ce risque.

- **La formation d'une coque contractile** : la formation d'une capsule autour de l'implant est constante. Dans certains cas, cette capsule se contracte entraînant une sensation de durcissement parfois douloureux. Cette contraction peut parfois entraîner une déformation visible du sein qui se « globulise » en même temps qu'il devient plus ferme. Ce risque a diminué depuis quelques années notamment par l'utilisation de nouvelles prothèses mais reste totalement imprévisible pour chaque patiente. Il est majoré si une radiothérapie doit être administrée sur la prothèse elle-même.

- **Les vagues et les plis** : lorsque la peau recouvrant la prothèse est fine, elle peut laisser deviner la déformation de l'enveloppe sous forme de vagues ou de plis.

- **Le déplacement de l'implant** : un déplacement de l'implant est toujours possible sous l'effet des contractions musculaires. Il est déconseillé de pratiquer la musculation excessive des pectoraux dans les suites opératoire. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.

- **La rupture ou le dégonflement traumatique par manœuvre externe** : le risque est réel lors d'un traumatisme intense, ou lors d'une compression excessive au cours d'un examen mammographique. Le remplacement de la prothèse est alors nécessaire.

- **« Usure » et « vieillissement » de l'implant** : il est indispensable de bien comprendre qu'aucune prothèse ne peut être considérée comme implantée à vie. En effet, une prothèse vieillit progressivement et sa durée de vie est forcément limitée.

Avec le temps, l'enveloppe s'use progressivement, pouvant entraîner une fuite du contenu avec des conséquences variables :

- Avec une **prothèse remplie de sérum**, on observe, en cas de rupture, un affaissement du sein, survenant généralement en quelques heures ou quelques jours, correspondant à un dégonflement de la prothèse.

- Avec une **prothèse pré-remplie de gel de silicone**, le diagnostic clinique est moins évident. Avec les gels à cohésivité importante, aujourd'hui les plus couramment utilisés, vous êtes à l'abri d'une diffusion rapide du gel de silicone en dehors de la prothèse.

Du fait du caractère très progressif de la migration du gel en dehors de la prothèse les signes cliniques correspondant à une usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone sont le plus souvent tardifs sous la forme d'une déformation du sein ou bien de l'apparition d'une coque.

Le délai de survenue est imprévisible.

La mammographie numérisée fait le diagnostic d'une telle rupture.

Le caractère tardif des signes cliniques témoignant de l'usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone rend compte du caractère obligatoire d'une surveillance clinique régulière du sein reconstruit par votre chirurgien.

Que l'usure concerne une prothèse en sérum ou bien remplie de gel, dans les deux cas, il faut procéder au remplacement de la prothèse.

- Il n'existe aucun risque quantifiable de **maladie auto-immune** avec le gel de silicone.

- La présence de la prothèse peut dans certains cas **compliquer l'interprétation des clichés mammographiques**. Il est nécessaire de le préciser au radiologue afin que la technique soit adaptée.

- **Sérome tardif péri-prothétique**

Dans de très rares cas peut survenir, autour de la prothèse, un épanchement tardif.

Un tel épanchement tardif, a fortiori s'il est associé à d'autres anomalies cliniques du sein, impose de faire réaliser un bilan sénologique auprès d'un radiologue sénologue. Le bilan de base comportera une échographie avec ponction de l'épanchement. Le liquide ainsi ramené fera l'objet d'une étude avec recherche de cellules lymphomateuses. Une mammographie numérisée et/ou une IRM peuvent s'avérer nécessaires selon les résultats des premiers examens.

En cas de masse mammaire ou d'épanchement récidivant après ponction sous échographie, une exploration chirurgicale pourra être proposée par le chirurgien avec une ablation de la capsule fibreuse péri-prothétique (capsulectomie) permettant des biopsies à la recherche d'un très exceptionnel Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM).

Cette entité, observée en France depuis janvier 2011, concerne principalement les implants à surface macro-texturée.

Au total il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'un acte médico-chirurgical même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas.

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 souhaitons 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 :

# RECONSTRUCTION DU SEIN PAR GRAND DORSAL



Version 7 mise à jour janvier 2019

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 dorsal.

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.

La reconstruction par lambeau de grand dorsal utilise de la peau prélevée au niveau du dos, le muscle grand dorsal (muscle du dos mince et étendu) et de la graisse attenante. Une prothèse peut être nécessaire afin de recréer le volume mammaire.

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 un fuseau de peau et de muscle prélevé dans la région du dos. Une prothèse interne doit compléter la reconstruction chaque fois que le volume transféré est insuffisant.

Cette technique est très utile dans les cas où la peau résiduelle du thorax est insuffisante ou fragilisée par les rayons et ne peut, à elle seule, protéger une prothèse interne.

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 (grand droit de l'abdomen). Ces techniques ont leurs avantages comme leurs inconvénients propres.

## ● PRINCIPES

L'intervention est le plus souvent réalisée à distance 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 consiste à mettre en place au niveau thoracique un fuseau de peau et de muscle grand dorsal prélevé au niveau du dos.

Le muscle grand dorsal est un muscle mince et étendu de la région du dos, dont la fonction n'est pas indispensable pour les gestes de la vie courante. Le fuseau de peau est gardé vivant par l'intermédiaire du fuseau musculaire auquel il adhère et l'ensemble est transféré, en avant, au niveau de la région thoracique.

Ce lambeau est glissé sous la peau de la paroi latérale du thorax et inséré entre la cicatrice de mastectomie et le sillon sous-mammaire comme « une pièce rapportée ».

La mise en place d'une prothèse interne sous le fuseau de peau et de muscle peut être utilisée pour obtenir la restauration d'un volume suffisant.

Au niveau de la zone où la peau a été prélevée, la cicatrice résiduelle sera le plus souvent horizontale et dissimulable par la bretelle du soutien-gorge.

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.

### ● LES PROTHÈSES

Il existe plusieurs fabricants ainsi que plusieurs types de prothèses mammaires.

Les prothèses sont toutes constituées d'une enveloppe en élastomère de silicone qui peut être lisse ou plus ou moins rugueuse (texturée) pour diminuer le risque de formation de coque.

Cette prothèse peut être remplie, soit de sérum physiologique (eau salée), soit de gel de silicone dont la consistance est plus proche de celle de la glande mammaire.

Il existe plusieurs formes de prothèses : **rondes**, plus ou moins projetées, ou « **anatomiques** » dont l'épaisseur est plus importante dans la partie inférieure simulant le profil d'un sein naturel.

### ● AVANT L'INTERVENTION

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 vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

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.

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.

### 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 entraîner 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 obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

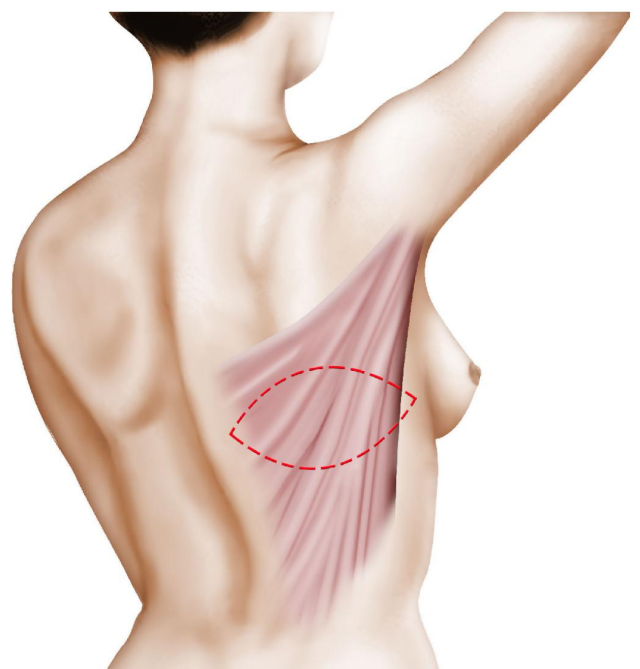
Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

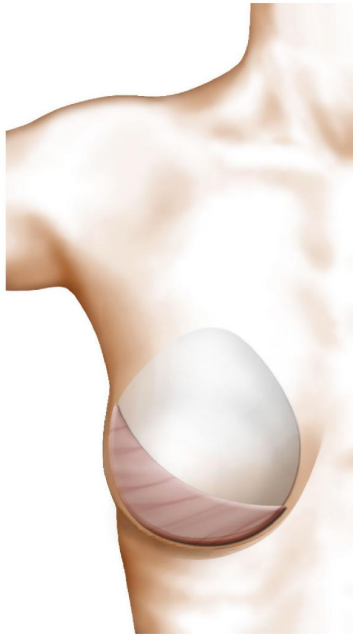
### ● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

**Type d'anesthésie :** Il s'agit d'une anesthésie générale classique durant laquelle vous dormirez complètement.

**Modalités d'hospitalisation :** Une hospitalisation de plusieurs jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée à l'ablation du drainage.

### ● L'INTERVENTION





L'intervention peut durer trois à quatre heures. En fin d'intervention, un pansement modelant en forme de soutien-gorge, est confectionné.

### ● LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont en général assez douloureuses au niveau du dos 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 dans les suites.

Les pansements seront réalisés régulièrement.

Il convient d'envisager une convalescence d'au moins quatre semaines. On conseille d'attendre un à deux mois pour reprendre une activité sportive. La natation est cependant possible et peut être démarrée plus tôt.

### ● LE RÉSULTAT

La reconstruction par lambeau de grand dorsal 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. Le sein peut apparaître un peu trop figé avec une sensation de tiraillement au niveau du dos.

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 la reconstruction 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 RESULTAT

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. Les variations de poids peuvent accentuer cette différence.
- de la **forme** : en position allongée, la prothèse ne s'étale pas comme le sein normal.
- de la **hauteur** : le sein non reconstruit subira normalement l'évolution vers la ptôse accentuant l'asymétrie.
- de la **couleur** : il existe fréquemment une petite différence donnant un aspect de « pièce rapportée ».
- et de la **palpation** : la patiente pouvant percevoir la prothèse, du fait de la faible épaisseur des tissus de recouvrement. De plus la sensibilité de la palette de peau ne sera jamais parfaite.

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, épaissement, 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 dorsal 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 prothèse et par lambeau.

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 peu fréquentes à la suite d'une reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal. En pratique, la majorité des interventions se passe sans aucun 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'on peut observer :

- **Un épanchement séreux** (lymphorrhée) : il s'agit en fait plus d'un inconvénient que d'une véritable complication. Une poche liquidienne se forme au niveau du site mammaire ou encore au niveau du site de prélèvement dorsal. En fonction de son importance, elle peut se résorber spontanément ou bien nécessiter une ponction voire, exceptionnellement une reprise chirurgicale.

- **La 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. Il est nettement plus élevé chez les patientes radiothérapées ou fumeuses. Le risque est alors 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, voire l'ablation de l'implant.

- **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.

La mise en place d'une prothèse interne ajoute à la reconstruction mammaire ses complications propres :

- **La formation d'une coque contractile** : la formation d'une capsule autour de l'implant est constante. Dans certains cas, cette capsule se contracte entraînant une sensation de durcissement parfois douloureux. Cette contraction peut parfois entraîner une déformation visible du sein qui se « globulise » en même temps qu'il devient plus ferme. Ce risque a nettement diminué depuis quelques années notamment par l'utilisation

de nouvelles prothèses mais reste totalement imprévisible pour chaque patiente. Il est majoré si une radiothérapie doit être administrée sur la prothèse elle-même.

- **Les vagues et les plis** : lorsque la peau recouvrant la prothèse est fine, elle peut laisser deviner la déformation de l'enveloppe sous forme de vagues ou de plis.

- **Le déplacement de l'implant** : un déplacement de l'implant est toujours possible sous l'effet des contractions musculaires. Il est déconseillé de pratiquer la musculation excessive des pectoraux dans les suites opératoire. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.

- **La rupture ou le dégonflement traumatique par manœuvre externe** : le risque est réel lors d'un traumatisme intense, ou lors d'une compression excessive au cours d'un examen mammographique. Le remplacement de la prothèse est alors nécessaire.

- **« Usure » et « vieillissement » de l'implant** : il est indispensable de bien comprendre qu'aucune prothèse ne peut être considérée comme implantée à vie. En effet, une prothèse vieillit progressivement et sa durée de vie est forcément limitée.

Avec le temps, l'enveloppe s'use progressivement, pouvant entraîner une fuite du contenu avec des conséquences variables :

- Avec une **prothèse remplie de sérum**, on observe, en cas de rupture, un affaissement du sein, survenant généralement en quelques heures ou quelques jours, correspondant à un dégonflement de la prothèse.

- Avec une **prothèse pré-remplie de gel de silicone**, le diagnostic clinique est moins évident. Avec les gels à cohésivité importante, aujourd'hui les plus couramment utilisés, vous êtes à l'abri d'une diffusion rapide du gel de silicone en dehors de la prothèse. Du fait du caractère très progressif de la migration du gel en dehors de la prothèse les signes cliniques correspondant à une usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone sont le plus souvent tardifs sous la forme d'une déformation du sein ou bien de l'apparition d'une coque.

Le délai de survenue est imprévisible.

La mammographie numérisée fait le diagnostic d'une telle rupture.

Le caractère tardif des signes cliniques témoignant de l'usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone rend compte du caractère obligatoire d'une surveillance clinique régulière du sein reconstruit par votre chirurgien.

Que l'usure concerne une prothèse en sérum ou bien remplie de gel, dans les deux cas, il faut procéder au remplacement de la prothèse.

- Il n'existe aucun risque quantifiable de **maladie auto-immune** avec le gel de silicone.

- La présence de la prothèse peut dans certains cas **compliquer l'interprétation des clichés mammographiques**. Il est nécessaire de le préciser au radiologue afin que la technique soit adaptée.

### • Sérome tardif péri-prothétique

Dans de très rares cas peut survenir, autour de la prothèse, un épanchement tardif.

Un tel épanchement tardif, a fortiori s'il est associé à d'autres anomalies cliniques du sein, impose de faire réaliser un bilan sénologique auprès d'un radiologue sénologue. Le bilan de base comportera une échographie avec ponction de l'épanchement. Le liquide ainsi ramené fera l'objet d'une étude avec recherche de cellules lymphomateuses. Une mammographie numérisée et/ou une IRM peuvent s'avérer nécessaires selon les résultats des premiers examens.

En cas de masse mammaire ou d'épanchement récidivant après ponction sous échographie, une exploration chirurgicale pourra être proposée par le chirurgien avec une ablation de la capsule fibreuse péri-prothétique (capsulectomie) permettant des biopsies à la recherche d'un très exceptionnel Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM).

Cette entité, observée en France depuis janvier 2011, concerne principalement les implants à surface macro-texturée.

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 souhaitons 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 :

# RECONSTRUCTION DE LA PLAQUE AREOLO-MAMELONNAIRE



Version 5 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 de la plaque aréolo-mamelonnaire.

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 mamnectomie (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.

Après avoir reconstruit le volume et la forme du sein, il est souhaitable de proposer une reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire (aréole + mamelon) afin de restaurer complètement ce symbole de féminité qu'est le sein.

Cette reconstruction est prise en charge par l'Assurance-maladie.

## ● OBJECTIFS

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstruire une aréole colorée ainsi qu'un relief central comme mamelon.

## ● ALTERNATIVES

La reconstruction aréolaire n'est jamais obligatoire et certaines femmes se satisfont de la reconstruction d'un volume. La reconstruction de l'aréole et du mamelon reste un choix personnel.

Cette reconstruction simple permet toutefois de mieux intégrer le sein reconstruit dans son schéma psychologique personnel.

## ● PRINCIPES

L'opération peut être réalisée lorsque le volume du sein reconstruit est considéré comme stabilisé.

● Il existe plusieurs techniques de reconstruction de l'aréole :

### • La greffe de peau totale

La peau est idéalement prélevée au niveau du **sillon génito-crural** (pli de l'aîne) car à ce niveau elle est naturellement pigmentée et apparaît brune quand on la greffe au niveau de la région du sein. Cette pigmentation n'est pas toujours suffisante pour reproduire la couleur de l'aréole controlatérale mais le résultat apparaît souvent durable et naturel. Une depigmentation secondaire peut aussi être observée. Cette greffe peut être secondairement tatouée si nécessaire.

On peut aussi utiliser la moitié périphérique de l'**aréole de l'autre sein** si un geste chirurgical est réalisé au niveau du sein controlatéral.

### • Le tatouage

C'est la technique la plus simple qui consiste à introduire dans le derme, un pigment stérile. Ces tatouages nécessitent une séance complémentaire s'ils s'atténuent avec le temps.

● Il existe également plusieurs techniques pour reconstruire le **mamelon** dont :

### • La greffe controlatérale

C'est la technique de choix si le mamelon est suffisamment projeté et généreux : on en prélève une partie pour la greffer de l'autre côté. Ce geste ne laisse quasiment pas de trace et n'altère pas la sensibilité aréolaire.

### • Les lambeaux locaux

Un lambeau local de peau est prélevé et enroulé sur lui-même restaurant un relief mamelonnaire central. La cicatrice de prélèvement est dissimulée sous une greffe de peau ou un tatouage qui reconstruit l'aréole.

## ● LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont simples et ne nécessitent pas d'arrêt de travail. Les douleurs sont le plus souvent modérées et rapidement calmées par les antalgiques usuels.

En cas de greffe, si un bourdonnet est réalisé (petite boule de compresses grasses appliquées fermement sur la greffe), celui-ci sera ôté par le chirurgien au bout de cinq à sept jours.

Les autres pansements peuvent être réalisés par la patiente elle-même : pansement de compresses grasses appliquées sur la greffe de peau chaque jour.

Au premier pansement, les greffes ont parfois un aspect très blanc (exsangue) ; cette coloration évolue rapidement vers un aspect violacé saignant légèrement. Des croûtes sont possibles. Un aspect plus favorable (greffe rosée) apparaît dans les semaines suivantes.

Les fils de suture seront retirés au 21<sup>ème</sup> jour.

On conseille d'attendre la cicatrisation avant de mouiller la greffe (douches prudentes).

## ● LE RÉSULTAT

Après cicatrisation une aréole rosée et bien assouplie rend au sein son aspect naturel et complet, la poitrine redevenant symbole de féminité.

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 RESULTAT

Il est malheureusement impossible de reconstituer un sein parfaitement symétrique à l'autre.

L'aréole reconstruite a perdu toute possibilité de contraction (différence de taille) et sa sensibilité érogène.

Il existe souvent une différence de couleur entre les deux aréoles. De plus, les tatouages ont souvent tendance à s'atténuer mais leur renouvellement est toujours possible.

## ● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Les complications de la reconstruction aréolaire sont en fait rares.

Cet acte reste cependant soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

L'échec de la prise de greffe est toujours possible. Dans ce cas, une nouvelle greffe de peau peut être à nouveau tentée.

Une déformation cicatricielle est parfois observée au niveau de la zone donneuse.

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.

## ● AVANT L'INTERVENTION

Il n'est pas nécessaire d'effectuer un nouveau bilan opératoire sauf si une intervention plus invasive est associée.

Une nouvelle consultation d'anesthésie, 48 heures au minimum avant l'intervention, n'est obligatoire que si l'on envisage une sédation légère ou si l'on associe à la reconstruction aréolaire un geste plus invasif nécessitant une anesthésie générale.

## 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 entraîner 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 obtenir 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.

Aucun médicament contenant de l'Aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

## ● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

**Type d'anesthésie :** Il s'agit d'une **anesthésie locale** simple, sauf si l'on réalise un geste associé. Une sédation peut être proposée aux patientes les plus inquiètes.

**Modalités d'hospitalisation :** Ce geste est réalisé le plus souvent en ambulatoire. Une hospitalisation n'est envisagée que si l'on associe à la reconstruction aréolaire un geste plus invasif nécessitant une anesthésie générale.

## ● L'INTERVENTION

L'intervention dure en général 1/2 heure. En fin d'intervention, un pansement léger est confectionné.

Le recours à un Chirurgien Plasticien qualifié vous assure que celui-ci a la formation et a 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 souhaitons 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 :**

# TRANSFERT GRAISSEUX pour RECONSTRUCTION MAMMAIRE après MASTECTOMIE TOTALE

(greffe de graisse autologue ou lipomodélage ou lipostructure)



Version 4 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 un transfert graisseux pour reconstruction mammaire après mastectomie. 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, OBJECTIFS ET PRINCIPES

De nombreux procédés de reconstruction du sein, après mastectomie, existent. On peut les présenter en trois catégories :

- **Reconstruction par implant** (ou prothèse mammaire: en général posée sous le muscle pectoral)
- **Reconstruction par lambeau et implant** (un muscle et sa peau sont transférés au niveau du sein, et le volume manquant est complété par un implant posé en arrière du muscle)
- **Reconstruction par tissus autologues**, utilisant les tissus de la patiente (il n'y a pas de matériel autre que ceux de son propre corps). Ces tissus autologues peuvent être des « lambeaux » dont les principaux sont
  - ceux du ventre :
    - Le TRAM : utilisant un des muscles grand droit avec la peau du ventre sous le nombril, transféré en le retournant à 180°, ou rebranché dans l'aisselle en microchirurgie pour sa forme libre ;
    - Le DIEP : peau du ventre sans le muscle, mais toujours branché par microchirurgie.
  - celui du dos : utilisant le muscle grand dorsal et sa graisse environnante, avec ou sans peau.

Il existe d'autres lambeaux, d'utilisation plus rare, comme celui du muscle grand fessier, du sein controlatéral ou bien prélevé au niveau d'un muscle de la face interne de la cuisse.

Les techniques sont ainsi variées et permettent de s'adapter aux différentes situations (peau fine, abîmée, ou volume du sein à reconstituer important ou non...) et aux différentes exigences des patientes. Le chirurgien peut ainsi choisir la meilleure solution à proposer au cas par cas.

Malgré toutes ces techniques raffinées, il persiste souvent des petits défauts, à type d'irrégularités, de manque de volume

ou de projection, d'asymétrie du décolleté. Pour corriger ces défauts, voire dans des cas plus rares reconstruire la totalité du sein, il est possible de transférer la graisse de la patiente selon la technique de la lipostructure.

Cette technique, dérivée de la technique des transferts graisseux au niveau de la face aussi appelée lipofilling ou lipomodélage est largement utilisée et maîtrisée en chirurgie reconstructrice des seins où elle a apporté une avancée importante.

Le transfert graisseux au niveau du sein, est actuellement une technique reconnue d'une grande efficacité. Pour être pratiquée de façon conforme aux données avérées de la science, elle doit être réalisée en milieu chirurgical, par un chirurgien plasticien ou par un chirurgien formé spécifiquement pour cette technique. La pratique de cette technique en dehors du cadre chirurgical précédemment défini est considéré comme dangereuse pour les patientes.

Le principe de cette technique est de transférer la graisse de la patiente d'un site donneur potentiel (variable chez chaque patiente : ventre, hanches, cuisses...) vers la région thoraco-mammaire où il manque de volume (défauts localisés, notamment dans le décolleté, ou défaut plus global). Cette technique est en fait une greffe de graisse: cela veut dire que la graisse doit être revascularisée par le milieu receveur. Les réinjections se font dans le muscle pectoral et sous la peau pour les reconstructions par prothèses, ou dans l'ensemble des plans tissulaires pour les reconstructions autologues.

Dans les cas des reconstructions mammaires après mastectomie totale, le transfert graisseux est considéré comme une option chirurgicale à la fois pour améliorer la qualité des tissus et participer à la reconstruction du volume du sein.

Les techniques modernes de transfert de graisse permettent une répartition harmonieuse des cellules graisseuses, rendant le risque de formation de kyste huileux ou de mauvaise prise (cystostéatonecrose) plus limité.

La cystostéatonecrose peut se manifester cliniquement par des nodules fermes et lisses, mobiles, peu douloureux dans le sein. Leur aspect clinique est en général caractéristique. Radiologiquement, ces transferts de graisse peuvent se traduire, comme dans toute chirurgie du sein, esthétique ou non (exérèse de tumeur bénigne ou maligne, chirurgie de réduction mammaire, plastie d'augmentation...) par des **calcifications** (liées à la cicatrisation tissulaire).

En revanche, si le transfert de graisse ne peut pas provoquer un cancer du sein, il n'en empêchera pas la récurrence, si celui-ci devait réapparaître sous la forme d'une récurrence locale.

Ces calcifications (macro et microcalcifications) sont différentes de celles observées dans les cancers du sein, et ne posent pas de problèmes de diagnostic pour les radiologues expérimentés, qui peuvent s'aider de l'échographie et de l'IRM.

En cas d'augmentation de volume d'une tuméfaction sur le sein reconstruit, la règle doit rester la même que sur un sein natif : en cas de doute radiologique, des microbiopsies seront réalisées.

Actuellement, on peut considérer qu'une lipostructure du sein, faite selon les règles de l'art par un chirurgien plasticien expérimenté dans ce domaine, n'entraîne pas de difficulté diagnostique particulière pour un radiologue expérimenté en imagerie du sein.

Le transfert de graisse dans le sein reconstruit est souvent réalisé lors d'un deuxième temps opératoire, associé à d'autres gestes de raffinements des deux seins. Il doit être réalisé par un Chirurgien Plasticien compétent et qualifié, formé spécifiquement à ce type de technique et exerçant dans un contexte réellement chirurgical.

Cette intervention fait partie intégrante de la reconstruction, et est prise en charge par l'assurance-maladie.

## ● AVANT L'INTERVENTION

D'une façon générale, le projet de reconstruction est élaboré conjointement entre la patiente et le chirurgien, et le choix du type de reconstruction est dépendant de multiples facteurs et de la préférence de la patiente. Les reconstructions autologues dépendent beaucoup du « capital » graisseux, estimé au préalable, et qui doit être stable dans le temps (pas de variation de poids : « bien trouver son poids d'équilibre avant l'intervention »).

Une récurrence après mastectomie étant toujours possible, le chirurgien doit réaliser un examen clinique pré-opératoire à la recherche d'irrégularités éventuelles du tissu cellulaire sous-cutané ou de nodules cutanés. Une échographie de la paroi thoracique pourra en outre être demandée avant l'intervention afin d'éliminer une lésion évolutive. En cas de

doute, une micro-biopsie préalable sera réalisée. De même, toute tuméfaction qui augmente de volume à distance du transfert graisseux devra faire l'objet d'une étude échographique avec micro-biopsie au moindre doute.

Dans le sein controlatéral, il est actuellement déconseillé d'utiliser cette technique en dehors d'équipes multidisciplinaires pouvant assurer un suivi sénologique rapproché et sécurisé.

A l'issue du choix de la reconstruction, les différentes étapes de celle-ci seront détaillées, incluant ainsi souvent lors du deuxième temps opératoire, la lipostructure associée aux autres éléments du deuxième temps de reconstruction (reconstruction de l'aréole et du mamelon, symétrisation, liposuction du sillon sous-mammaire).

A l'issue de cette consultation,

- Un bilan photographique est débuté et poursuivi tout au long de la reconstruction.
- Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.
- Le médecin-anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.
- Aucun médicament contenant de l'aspirine ou un anti-inflammatoire ne devra être pris dans les 15 jours précédant l'intervention.

## 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 entraîner 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 obtenir 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 :** la lipostructure du sein reconstruit est habituellement réalisée sous anesthésie générale, car dans le même temps opératoire, plusieurs gestes peuvent être associés et plusieurs sites anatomiques sont concernés :

- les zones de prélèvements (fesses, hanches, abdomen ou culotte de cheval, face interne des genoux)
- le ou les seins

**Modalités d'hospitalisation :** La lipostructure seule nécessite une hospitalisation courte, d'environ 12 à 24 heures. En cas de geste associé, l'hospitalisation dépend du geste associé le plus lourd.

## ● L'INTERVENTION

Chaque chirurgien adopte une technique qui lui est propre et qu'il adapte à chaque cas pour obtenir les meilleurs résultats. Toutefois, on peut retenir des principes de base communs :

- Le chirurgien commence par procéder à un repérage précis des zones de prélèvement de la graisse, ainsi que des sites receveurs. Le choix de ces zones de prélèvement est fonction des zones d'excès de graisse et des désirs de la patiente, car ce prélèvement permet une amélioration appréciable des zones considérées, en réalisant une véritable lipoaspiration

des excédents graisseux. Le choix des sites de prélèvement est également fonction de la quantité de graisse jugée nécessaire, et des sites de prélèvement disponibles.

- Le prélèvement du tissu graisseux est effectué de façon atraumatique, par de petites incisions cachées dans les plis naturels, à l'aide d'une fine canule d'aspiration (technique dérivée de celle de la lipoaspiration). On procède ensuite à une centrifugation, de manière à séparer les cellules graisseuses intactes, qui seront greffées, des éléments qui ne sont pas greffables (sérosités, huile).

- Le transfert du tissu graisseux se fait à partir d'incisions de 1 à 2 mm à l'aide de micro-canules. On procède ainsi au transfert de micro-particules de graisse dans différents plans (du plan des côtes jusqu'à la peau), selon de nombreux trajets indépendants (réalisation d'un véritable réseau tridimensionnel), afin d'augmenter la surface de

contact entre les cellules implantées et les tissus receveurs, ce qui assurera au mieux la survie des cellules adipeuses greffées et donc la « prise de la greffe ». Une surcorrection est réalisée, si elle est possible, pour tenir compte de la résorption partielle post-opératoire.

- Le transfert du tissu graisseux se fait à partir d'incisions de 1 à 2 mm à l'aide de micro-canules. On procède ainsi au transfert de micro-particules de graisse dans différents plans (du plan des côtes jusqu'à la peau), selon de nombreux trajets indépendants (réalisation d'un véritable réseau tridimensionnel), afin d'augmenter la surface de contact entre les cellules implantées et les tissus receveurs, ce qui assurera au mieux la survie des cellules adipeuses greffées et donc la « prise de la greffe ». Une surcorrection est réalisée, si elle est possible, pour tenir compte de la résorption partielle post-opératoire.

- Dans la mesure où il s'agit d'une véritable greffe de cellules vivantes (dont la prise est estimée à 60 à 70% selon les patientes), les cellules greffées resteront vivantes. La lipostructure est donc une technique définitive puisque les cellules adipeuses ainsi greffées vivront aussi longtemps que les tissus qui se trouvent autour d'elles. En revanche, l'évolution de ces cellules graisseuses se fait selon l'adiposité de la patiente (si la patiente maigrit, le volume apporté diminuera).

La durée de l'intervention est fonction du nombre de sites donneurs, de la quantité de graisse à transférer, et d'un éventuel changement de position. Elle peut varier de 1 heure à 2 heures selon les cas, parfois plus, si d'autres gestes sont associés.

## ● APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

Dans les suites opératoires, les douleurs sont en règle générale modérées, mais elles peuvent être transitoirement assez marquées au niveau des zones de prélèvement. Un gonflement des tissus (œdème) au niveau des sites de prélèvement et au niveau des seins apparaît pendant les 48 heures suivant l'intervention, et mettra en général 3 à 4 mois à se résorber. Des ecchymoses (bleus) apparaissent dans les premières heures au niveau des zones de prélèvement de graisse : elles se résorbent dans un délai de 10 à 20 jours après l'intervention.

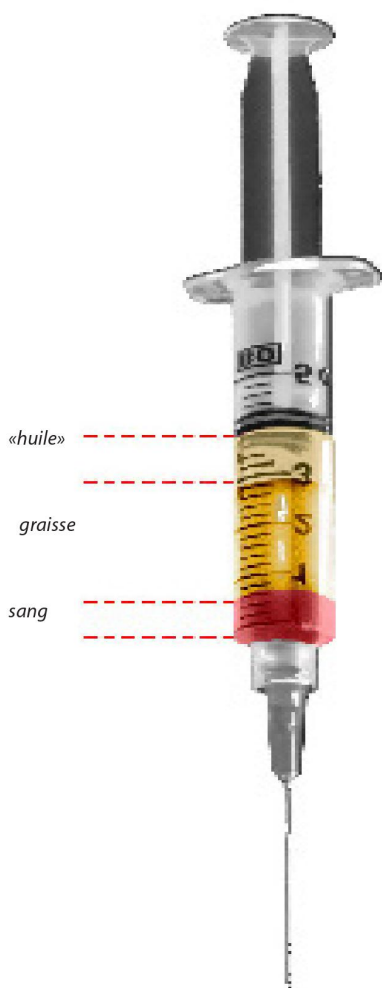
Une certaine fatigue peut être ressentie pendant une à deux semaines, surtout en cas de prélèvement graisseux et de liposuction importante.

Il convient de ne pas exposer au soleil ou aux U.V. les régions opérées avant 4 semaines au moins, ce qui impliquerait le risque de pigmentation cutanée. Après résorption des phénomènes d'œdème et d'ecchymoses, le résultat commence à apparaître dans un délai de 1 mois après l'intervention, mais le résultat final nécessite 3 à 6 mois.

## ● LE RÉSULTAT

En terme de volume, il est apprécié dans un délai de 3 à 6 mois après l'intervention.

A plus long terme, des effets positifs sur la qualité de la peau mammaire irradiée sont remarquables (amélioration de la souplesse, diminution des colorations brunes et partiellement





des télangiectasies (dilatations capillaires).

La silhouette est également améliorée grâce à la lipoaspiration des zones de prélèvement (hanches, abdomen, culotte de cheval, genoux).

La stabilité du résultat est dépendante du maintien d'un poids stable.

### ● LES IMPERFECTIONS DE RÉSULTAT

Dans certains cas difficiles, l'insuffisance de résultat est prévisible avant l'intervention et une deuxième, voire une troisième, séance de lipostructure peuvent être nécessaires, et envisageables au moins 3 à 4 mois plus tard.

Le nombre de séances n'est pas limité, sauf par le bon sens, et par les quantités de graisse disponibles pouvant faire l'objet de prélèvement.

Dans quelques cas, des imperfections localisées peuvent être observées (sans qu'elles ne constituent de réelles complications : hypo-correction localisée, asymétrie légère, irrégularités). Elles sont alors accessibles à un traitement complémentaire : lipostructure sous simple anesthésie locale, à partir du 6<sup>ème</sup> mois post-opératoire.

Si une prothèse se situe près de la zone à lipostructurer, il faut savoir qu'il peut être nécessaire de la changer, si le transfert graisseux vient près de la prothèse.

### ● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Un transfert graisseux constitue une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte médical, aussi minime soit-il.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Il faut distinguer les complications liées à l'**anesthésie** de celles liées au **geste chirurgical**.

● En ce qui concerne l'**anesthésie**, lors de la consultation, le médecin anesthésiste informera lui-même la patiente des risques anesthésiques. Il faut savoir que l'anesthésie induit dans l'organisme des réactions parfois imprévisibles, et plus ou moins faciles à maîtriser : le fait d'avoir recours à un **Anesthésiste parfaitement compétent, exerçant dans un contexte réellement chirurgical** fait que les risques encourus sont devenus statistiquement très faibles.

Il faut savoir, en effet, que les techniques, les produits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces trente dernières années, offrant une sécurité optimale, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence, et chez une personne en bonne santé.

● 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.

En fait, les vraies complications sont rares après une lipostructure de qualité : une grande rigueur dans la pose de l'indication, et dans la réalisation chirurgicale est de mise, pour assurer

en pratique, une prévention efficace et réelle.

L'infection est normalement prévenue par la prescription d'un traitement antibiotique per-opératoire. En cas de survenue (rare), elle sera traitée par antibiothérapie, glace, et en enlevant le point situé en regard de la zone enflammée. La résolution se fait alors en une dizaine de jours, habituellement sans conséquence importante sur le résultat final.

Un pneumothorax peut survenir exceptionnellement, et doit alors faire l'objet d'un traitement spécifique s'il est important (drainage). Une lésion des organes sous-jacents intra-thoraciques (cœur, vaisseaux) est en théorie possible, mais n'a jamais été constatée dans le cadre d'une pratique normale, réalisée par un chirurgien formé à cette technique.

Des zones plus fermes (dites de cyto-stéatonecrose) peuvent apparaître de façon rare. Ces zones diminuent progressivement de taille en quelques mois, et s'assouplissent lentement. Dans le cas contraire, en cas d'augmentation progressive vous devez en parler à votre chirurgien, qui jugera de l'opportunité de faire réaliser des examens complémentaires, habituellement non nécessaires avant le bilan annuel.

Puisque le tissu graisseux déposé reste vivant, il est soumis naturellement aux variations de poids. En cas d'amaigrissement très important, le volume des seins diminuera. A contrario, en cas de prise de poids importante les seins peuvent augmenter de volume. Une certaine stabilité pondérale est donc recommandée afin de pérenniser la stabilité du résultat.

Enfin, il faut savoir que seul le recul dans le temps apportera la certitude qu'un tel traitement ne peut **favoriser ou être à l'origine d'une quelconque pathologie mammaire**. A cet égard, la SOFCPRE recommande que la patiente s'engage à faire réaliser un bilan d'imagerie de référence un an après cette intervention, si possible par le même radiologue, puis à rester sous surveillance médicale régulière.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'un acte médico-chirurgical même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas.

Le recours à un praticien qualifié vous assure que celui-ci a la formation et les compétences requises pour savoir éviter ces complications, où les traiter efficacement le cas échéant.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons 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 :

# TRANSFERT GRAISSEUX pour LA CORRECTION DES SEQUELLES du TRAITEMENT CONSERVATEUR DU CANCER DU SEIN

(greffe de graisse autologue ou lipostructure ou lipomodelage pour corriger les déformations du sein conservé)



Version 4 mise à jour nov 2016

**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 un transfert graisseux autologue.

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, OBJECTIFS ET PRINCIPES

On définit le traitement « conservateur » du cancer du sein par l'association d'un geste chirurgical (exérèse de la zone glandulaire concernée par la tumeur : « tumorectomie » ou « zonectomie », associé très souvent à un curage axillaire) et d'une irradiation des tissus concernés (radiothérapie du sein). Ce traitement peut-être dans certains cas, précédé ou complété par une chimiothérapie, et parfois suivi d'une hormonothérapie (suivant le statut des récepteurs hormonaux de la tumeur).

Le traitement conservateur a connu un développement important ces 15 dernières années, du fait de l'amélioration des techniques chirurgicales, du diagnostic plus précoce des cancers du sein grâce au dépistage, et de la tendance générale à tenter de limiter les séquelles esthétiques du traitement du cancer.

Cependant, des séquelles thérapeutiques de ces traitements conservateurs peuvent survenir dans 15 à 20 % des cas, gênant la patiente dans sa vie de femme, et pouvant lui rappeler quotidiennement sa maladie. La prise en charge de ces séquelles est donc importante, pour autoriser une meilleure qualité de vie après traitement.

Les séquelles du traitement conservateur sont variées, plus ou moins bien acceptées, en fonction surtout de leur localisation (décolleté ou partie inférieure du sein), de la gêne sociale (port de vêtements hauts pour cacher), de la gêne fonctionnelle engendrée (port de soutien gorge particulier pour tricher...).

Des séquelles parfois peu visibles peuvent pourtant être mal tolérées chez les patientes pour qui la maladie reste un véritable traumatisme actif.

Les séquelles du traitement conservateur peuvent associer, à des degrés divers, les déformations élémentaires suivantes :

- Déformations mineures du sein (petit creux, asymétrie du décolleté, ...)
- Asymétrie mammaire (différence de forme et/ou de volume),
- Amputation de la plaque aréolo-mamelonnaire (lorsque l'aréole et le mamelon étaient proches de la tumeur),
- Rétraction cicatricielle (la cicatrice se colle à la profondeur et tire sur les tissus voisins)
- Altérations cutanées (perte de la qualité de la peau, due aux rayons surtout),
- Déformations et désorientations aréolo-mamelonnaires (par rétraction)
- Déformations majeures du sein (notamment dans les grandes tumeurs sur petit sein).

Chaque séquelle requiert un traitement spécifique. Le chirurgien plasticien, formé à ce type de séquelles, analysera les défauts et vous proposera les techniques de correction possibles, et notamment le transfert graisseux.

Il n'y avait, jusqu'à la technique du lipomodelage (transfert de graisse autologue), aucune technique permettant de corriger la zone du décolleté ou les autres déformations mineures du sein, car les techniques, comme les lambeaux de grands dorsaux, étaient trop lourdes ou trop contraignantes compte tenu de la déformation limitée. L'abstention thérapeutique était alors le plus souvent préconisée.

Le principe de la technique de greffe de tissu graisseux autologue, est de transférer de la graisse d'un site donneur potentiel (variable chez chaque patiente : ventre, hanches, cuisses....) vers la région mammaire où il manque de

volume (défauts localisés ou perte de volume globale).

Cette technique, dérivée de la technique des transferts graisseux au niveau de la face, aussi appelée lipostructure, lipomodélage ou lipofilling est largement utilisée et maîtrisée en chirurgie reconstructrice des seins où elle a apporté une avancée importante.

Les transferts graisseux au niveau du sein avaient été proposés il y a une vingtaine d'années, mais n'avaient pas connu une large diffusion car des éléments techniques et conceptuels manquaient, et certains avaient exprimé des doutes sur les possibilités de surveillance du sein après ces transferts graisseux.

La technique de transfert graisseux au niveau du sein, est actuellement une technique reconnue d'une grande efficacité. Pour être pratiquée de façon conforme aux données avérées de la science, elle doit être réalisée en milieu chirurgical, par un chirurgien plasticien ou par un chirurgien formé spécifiquement pour cette technique. La pratique de cette technique en dehors du cadre chirurgical précédemment défini est considérée comme dangereuse pour les patientes.

Bien qu'il soit désormais clairement établi que, comme dans toute chirurgie du sein, esthétique ou non (exérèse de tumeur bénigne ou maligne, chirurgie de réduction mammaire, plastie d'augmentation...) des calcifications peuvent apparaître (liées à la cicatrisation tissulaire), ces **calcifications** (macro et microcalcifications) sont différentes de celles observées dans les cancers du sein, et **ne posent pas de problèmes de diagnostic pour les radiologues expérimentés**. D'ailleurs, le traitement conservateur lui-même entraîne la formation de calcifications bénignes dans environ 30% des cas.

En outre, les techniques modernes de transfert de graisse permettent une répartition harmonieuse des greffons adipocytaires, rendant le risque de formation de kyste huileux ou de mauvaise prise (cytostéatonecrose) plus limité.

**Actuellement, on peut considérer qu'un lipomodélage du sein, fait selon les règles de l'art par un chirurgien plasticien expérimenté dans ce domaine, n'entraîne pas de difficulté diagnostique particulière pour un radiologue expérimenté en imagerie du sein.**

En revanche, si le transfert de graisse ne peut pas provoquer un cancer du sein, il n'en empêchera pas la survenue, si celui-ci devait apparaître.

**Le risque de récurrence locale après traitement conservateur d'un cancer du sein est d'environ 1,5 % par an.** A 5 ans, cela fait 7,5% de risque, alors que la patiente qui consulte pense être guérie. Il est important que la patiente connaisse ce risque et qu'elle sache qu'habituellement, en cas de récurrence de traitement conservateur, une mastectomie est le plus souvent nécessaire, avec ou sans reconstruction immédiate. Si une reconstruction immédiate est proposée, elle fait appel généralement à un lambeau musculaire de grand dorsal, à cause des antécédents de radiothérapie. La patiente doit ainsi comprendre que toutes les précautions doivent être prises

pour limiter le risque de coïncidence entre la survenue d'un cancer et le lipomodélage (bilan strict fait avant l'intervention de lipomodélage par un radiologue spécialisé en imagerie du sein; bilan strict à 1 an, puis répété à 2 ans, voire 3 ans). Dans cet esprit, la patiente demandant un lipomodélage des seins, **s'engage** à faire réaliser le bilan pré-opératoire d'imagerie du sein (mammographie, échographie et si besoin IRM) et surtout **s'engage à faire réaliser les examens** de référence (mammographie, échographie) à 1 an, 2 ans, voire 3 ans en fonction des recommandations du radiologue spécialisé.

La technique de lipomodélage n'est pas pratiquée si la maladie du sein est évolutive et si les images radiologiques sont trop difficiles à interpréter (microcalcifications nombreuses, sein très dense, ...). Chaque cas est à discuter, en tenant compte des recommandations du radiologue.

Le transfert de graisse dans le sein doit être considéré comme une véritable intervention chirurgicale, qui doit être réalisée par un Chirurgien Plasticien compétent et qualifié, formé spécifiquement à ce type de technique et exerçant dans un contexte réellement chirurgical. En fonction des séquelles, d'autres gestes peuvent être nécessaires et sont associés dans le même temps opératoire.

Les interventions réparatrices de ces séquelles sont prises en charge par l'assurance-maladie.

Un délai d'au moins deux ans est habituellement requis entre la fin des traitements et le transfert graisseux.

## ● AVANT L'INTERVENTION

Le projet thérapeutique est élaboré conjointement entre la patiente et le chirurgien.

En particulier sera abordé le bénéfice esthétique escompté, les limites de la technique en terme de gain de volume, les avantages, inconvénients et contre-indications.

Dans le traitement des séquelles de sein conservé, plusieurs interventions sont parfois nécessaires : notamment en cas de « creux » très prononcé, de cicatrice très « rétractée », ou de perte glandulaire importante. Successivement, les transferts graisseux seront déposés dans les zones difficiles et permettront de combler cette perte.

Une étude minutieuse clinique et photographique est réalisée.

- Un bilan radiologique précis est réalisé par un radiologue spécialisé en imagerie du sein et connaissant les particularités radiologiques des seins ayant bénéficié d'un lipomodélage. Si possible, ce sera ce même radiologue qui réalisera les examens de référence qu'il est nécessaire de faire réaliser à distance de l'intervention.

- Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.

- Le médecin-anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

- Aucun médicament contenant de l'aspirine ou un anti-inflammatoire ne devra être pris dans les 15 jours précédant l'intervention.

## 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 entraîner 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 obtenir 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 MODALITÉ D'HOSPITALISATION

### **Type d'anesthésie :**

Le lipomodelage du sein conservé est habituellement réalisé sous anesthésie générale car dans le même temps opératoire, plusieurs gestes peuvent être associés et plusieurs sites anatomiques sont concernés :

- les zones de prélèvements (fesses, hanches, abdomen ou culotte de cheval, face interne des genoux)
- le ou les seins.

### **Modalités d'hospitalisation :**

Le lipomodelage seul nécessite une hospitalisation courte, d'environ 12 à 24 heures.

## ● L'INTERVENTION

Chaque chirurgien adopte une technique qui lui est propre et qu'il adapte à chaque cas pour obtenir les meilleurs résultats. Toutefois, on peut retenir des principes de base communs :

● Le chirurgien commence par procéder à un repérage précis des zones de prélèvement de la graisse, ainsi que des sites receveurs. Le choix de ces zones de prélèvement est fonction des zones d'excès de graisse et des désirs de la patiente, car ce prélèvement permet une amélioration appréciable des zones considérées, en réalisant une véritable lipoaspiration des excédents graisseux. Le choix des sites de prélèvement est également fonction de la quantité de graisse jugée nécessaire, et des sites de prélèvement disponibles.

● Le prélèvement du tissu graisseux est effectué de façon atraumatique, par de petites incisions cachées dans les plis naturels, à l'aide d'une fine canule d'aspiration (technique dérivée de celle de la lipoaspiration). On procède ensuite à une centrifugation, de manière à séparer les cellules graisseuses intactes, qui seront greffées, des éléments qui ne sont pas greffables (sérosités, huile).

● Le transfert du tissu graisseux se fait à partir d'incisions de 1 à 2 mm à l'aide de micro-canules. On procède ainsi au transfert de micro-particules de graisse dans différents plans (du plan des côtes jusqu'à la peau), selon de nombreux trajets indépendants (réalisation d'un véritable réseau tridimensionnel), afin d'augmenter la surface de contact entre les cellules implantées et les tissus receveurs, ce qui assurera au mieux la survie des cellules adipeuses greffées et donc la « prise de la greffe ». Une surcorrection est nécessaire, si elle est possible, pour pallier cette prise partielle.

● Dans la mesure où il s'agit d'une véritable greffe de cellules vivantes (dont la prise est estimée à 60 à 70% selon les patientes), les cellules greffées resteront vivantes. Le lipomodelage est donc une technique définitive puisque les cellules adipeuses ainsi greffées vivront aussi longtemps que les tissus qui se trouvent autour d'elles. En revanche, l'évolution de ces cellules graisseuses se fait selon l'adiposité de la patiente (si la patiente maigrit, le volume apporté diminuera). Dans le cas des séquelles de traitement conservateur, il est préférable que la patiente soit d'un poids plutôt inférieur à son poids habituel.

La durée de l'intervention est fonction du nombre de sites donneurs, de la quantité de graisse à transférer, et d'un éventuel changement de position. Elle peut varier de 1 heure à 2 heures selon les cas, parfois plus, si d'autres gestes sont associés.

## ● APRES L'INTERVENTION : LES SUITES OPERATOIRES

Dans les suites opératoires, les douleurs sont en règle générale modérées, mais elles peuvent être transitoirement assez marquées au niveau des zones de prélèvement. Un gonflement des tissus (œdème) au niveau des sites de prélèvement et au niveau des seins apparaît pendant les 48 heures suivant l'intervention, et mettra en général 3 à 4 mois à se résorber. Des ecchymoses (bleus) apparaissent dans les premières heures au niveau des zones de prélèvement de graisse : elles se résorbent dans un délai de 10 à 20 jours après l'intervention.

Une certaine fatigue peut être ressentie pendant une à deux semaines, surtout en cas de prélèvement graisseux et de liposuction importante.

Il convient de ne pas exposer au soleil ou aux U.V. les régions opérées avant 4 semaines au moins, ce qui impliquerait le risque de pigmentation cutanée. Après résorption des phénomènes d'œdème et d'ecchymoses, le résultat commence à apparaître dans un délai de 1 mois après l'intervention, mais le résultat final nécessite 3 à 6 mois.

## ● LE RÉSULTAT

En terme de volume, le résultat est apprécié dans un délai de 3 à 6 mois après l'intervention. Il est d'autant plus souvent satisfaisant que la séquelle était modérée et globale.

A plus long terme, des effets positifs sur la qualité de la peau mammaire irradiée sont remarqués (amélioration de la souplesse, disparition des colorations ocres et partiellement des télangiectasies (dilatations capillaires)).

La silhouette est également améliorée grâce à la lipoaspiration des zones de prélèvement (hanches, abdomen, culotte de cheval, genoux).

La stabilité du résultat est dépendante d'un maintien pondéral strict.

## ● LES IMPERFECTIONS DE RÉSULTAT

Dans certains cas difficiles, l'insuffisance de résultat est prévisible avant l'intervention et une deuxième, voire une troisième, séance de lipomodelage sont nécessaires et envisageables au moins 3 à 4 mois plus tard.

Le nombre de séances n'est pas limité, sauf par le bon sens, et par les quantités de graisse disponibles pouvant faire l'objet de prélèvement.

Dans quelques cas, des imperfections localisées peuvent être observées (sans qu'elles ne constituent de réelles complications) : hypo-corrrection localisée, asymétrie légère, irrégularités. Elles sont alors accessibles à un traitement complémentaire : lipomodelage sous simple anesthésie locale, à partir du 6<sup>ème</sup> mois post-opératoire.

## ● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Un transfert graisseux constitue une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte médical aussi minime soit-il.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Il faut distinguer les complications liées à l'**anesthésie** de celles liées au **geste chirurgical**.

En ce qui concerne l'anesthésie, lors de la consultation, le médecin anesthésiste informera lui-même la patiente des risques anesthésiques. Il faut savoir que l'anesthésie induit dans l'organisme des réactions parfois imprévisibles, et plus ou moins faciles à maîtriser : le fait d'avoir recours à un Anesthésiste compétent, exerçant dans un contexte réellement chirurgical,

fait que les risques encourus sont devenus statistiquement presque négligeables. Il faut savoir, en effet, que les techniques, les produits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces vingt dernières années, offrant une sécurité optimale, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence et chez une personne en bonne santé.

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.

En fait, les vraies complications sont rares après un lipomodelage de qualité : une grande rigueur dans la pose de l'indication, et dans la réalisation chirurgicale est de mise, pour assurer en pratique, une prévention efficace et réelle.

L'infection est normalement prévenue par la prescription d'un traitement antibiotique per-opératoire. En cas de survenue (rare), elle sera traitée par antibiothérapie, glace, et en enlevant le point situé en regard de la zone enflammée. La résolution se fait alors en une dizaine de jours, habituellement sans conséquence importante sur le résultat final.

Un pneumothorax peut survenir exceptionnellement, et doit alors faire l'objet d'un traitement spécifique s'il est important (drainage). Une lésion des organes sous-jacents intra-thoraciques (cœur, vaisseaux) est en théorie possible, mais n'a jamais été constatée dans le cadre d'une pratique normale, réalisée par un chirurgien formé à cette technique.

Des zones plus fermes (dites de cytotéatonecrose) peuvent apparaître de façon rare. Ces zones diminuent progressivement de taille en quelques mois, et s'assouplissent lentement. Dans le cas contraire, en cas d'augmentation progressive vous devez en parler à votre chirurgien, qui jugera de l'opportunité de faire réaliser des examens complémentaires, habituellement non nécessaires avant le bilan annuel.

Puisque le tissu graisseux déposé reste vivant, il est soumis naturellement aux variations de poids. En cas d'amaigrissement très important, le volume des seins diminuera. A contrario, en cas de prise de poids importante les seins peuvent augmenter de volume. Une certaine stabilité pondérale est donc recommandée afin de pérenniser la stabilité du résultat.

Enfin, il faut savoir que seul le recul dans le temps apportera la certitude absolue qu'un tel traitement ne peut favoriser ou être à l'origine d'une quelconque pathologie mammaire. A cet égard, la SOFCPRE recommande que la patiente s'engage à faire réaliser un bilan d'imagerie de référence un an après cette intervention, si possible par le même radiologue, puis à rester sous surveillance médicale régulière.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'une intervention chirurgicale comporte toujours une petite part d'aléas.

Le recours à un Chirurgien Plasticien qualifié, formé à ce type d'interventions, vous assure que celui-ci a bien la formation et la compétence requises pour savoir éviter au maximum ces complications; et, si elles survenaient, les traiter efficacement.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons 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 :**



# RECONSTRUCTION DU SEIN PAR LAMBEAU DIEP

Version 4 mise à jour janvier 2019

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 lambeau DIEP.

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, OBJECTIFS ET PRINCIPES

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 DIEP, pour Deep Inferior Epigastric Perforator flap, est une technique originale qui peut être proposée aux patientes présentant un ventre favorable.

L'excès de peau et de graisse à ce niveau est transféré 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 naturelles puisqu'il est constitué des propres tissus de la patiente. Cette reconstruction est définitive et évolutive, elle suit les variations pondérales et les effets de la pesanteur comme le sein naturel.

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 soit immédiatement lors de la mastectomie, on parle alors de **reconstruction immédiate**, soit 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 non fumeuses sans surpoids morbide présentant un abdomen favorable, idéalement celui que l'on aimerait faire disparaître au moyen d'une plastie abdominale.

L'intervention consiste à disséquer un lambeau, fuseau horizontal de peau et de graisse prélevé dans la région abdominale sous-ombilicale avec une artère et une veine mais sans le muscle grand droit et son aponévrose, puis à le transférer au niveau du thorax et gardé vivant grâce à la reconnexion des vaisseaux avec des vaisseaux de l'aisselle ou du thorax. Cette méthode fait appel à la microchirurgie.

Ce lambeau est modelé au niveau du thorax afin de reconstruire un sein naturel, sans apport prothétique, le volume apporté étant tel qu'il permet au chirurgien de se passer de l'utilisation

de toute prothèse interne. Le sein reconstruit n'aura que peu de sensibilité au toucher.

La fermeture du site donneur engendre une cicatrice inférieure sur toute la largeur de l'abdomen.

L'amélioration de la silhouette au niveau du ventre est souvent perçue comme un agrément.

Aucun renfort synthétique n'est mis en place pour consolider la paroi abdominale car le fait de ne pas emporter le muscle grand droit et son aponévrose prévient la fragilisation de la paroi.

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 cancérologique.

### ● 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.

Un angioscanner des vaisseaux de l'abdomen doit être réalisé avant l'intervention afin de permettre la planification de celle-ci.

Le médecin anesthésiste sera alors vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

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 alors 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 entraîner 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 obtenir 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 d'au moins 7 jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée par le succès de l'intervention (absence de thrombose) et l'ablation du drainage.

### ● L'INTERVENTION

L'intervention peut durer quatre à six heures. En fin d'intervention, un pansement modelant du ventre est confectionné. Le sein reconstruit est découvert afin de faciliter la surveillance du greffon (couleur, chaleur, recoloration à la pression).

### ● LES SUITES OPERATOIRES

Les suites opératoires sont peu douloureuses. Dans tous les cas, des antalgiques vous seront prescrits.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites 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 peut persister une faiblesse au niveau des muscles abdominaux



qui peut gêner une femme sportive, mais cette perte de force est très faible : moins de 30% du côté du muscle disséqué.

### ● LE RESULTAT

La reconstruction par lambeau de grand droit de l'abdomen (DIEP) 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 RESULTAT

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 sensibilité** : 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, épaissement, 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 DIEP 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 à la reconstruction du sein par DIEP.

Il faut distinguer les risques de 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 compétent et qualifié** formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques sans toutefois les supprimer complètement.

Heureusement les vraies complications sont peu fréquentes à la suite d'une reconstruction mammaire par DIEP. En pratique, la majorité des interventions se passe sans aucun problème et les patientes sont le plus souvent satisfaites du résultat.

Les complications pouvant survenir dans les suites de la reconstruction mammaire par DIEP sont :

-**Une nécrose du lambeau** par thrombose des microanastomoses vasculaires : la relative précarité de la vascularisation du fuseau de graisse et de peau par des vaisseaux rebranchés à l'aide d'un microscope explique ce risque. Il est nettement plus élevé chez les patientes diabétiques, très fortes ou fumeuses. L'arrêt du tabac est donc obligatoire. Une thrombose aboutit inévitablement à la nécrose et nécessite une réintervention pour enlever le lambeau. C'est un échec de la reconstruction.

-**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.

-**La nécrose graisseuse tardive (cytostéatonecrose)** : elle crée des nodules fermes dans le sein reconstruit, indolores, il est aisé de les différencier d'une récurrence de la maladie.

Une **infection** bien que toujours possible n'est pas fréquente dans les suites de cette intervention.

-**Une éventration** : l'intervention fragilise la paroi abdominale mais le risque d'éventration est minime car on n'emporte pas le muscle et son aponévrose. Il arrive parfois que l'abdomen présente une petite voussure sous-ombilicale au niveau du site de prélèvement des vaisseaux. Ceci n'a aucune conséquence pour votre santé ni pour votre confort.

-**Une hernie** : elle est également exceptionnelle.

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 souhaitons 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 :**