

RECONSTRUCTION MAMMAIRE PAR PROTHÈSE

Chirurgie du sein — reconstruction après mastectomie

FICHE D'INFORMATION PATIENT

INFORMATION À LA PATIENTE

Ce document complète les informations délivrées au cours de votre consultation avec le chirurgien.

Il a pour objectif de vous apporter les éléments nécessaires à la compréhension de l'intervention envisagée, de son déroulement, des bénéfices attendus, de ses limites et des risques qu'elle comporte.

Il ne remplace ni l'examen clinique ni le dialogue avec votre chirurgien. Il est important de le lire attentivement, de le conserver et de prendre le temps de réfléchir aux informations qu'il contient.

N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles, notamment si certains éléments nécessitent des explications complémentaires.

DÉFINITION, OBJECTIFS ET PRINCIPES

La reconstruction mammaire par prothèse recrée le volume d'un sein après une mastectomie à l'aide d'un implant, généralement en silicone. Elle évite de prélever des tissus dans une autre région du corps, mais nécessite une quantité et une qualité suffisantes de peau et de tissus pour recouvrir l'implant.

Elle peut être réalisée au cours de la même intervention que la mastectomie (reconstruction immédiate), lorsque la situation oncologique et les conditions médicales le permettent, ou à distance, parfois plusieurs années après le traitement (reconstruction différée).

Une reconstruction, pas une augmentation

La reconstruction mammaire s'inscrit dans le parcours de soins du cancer du sein. Son calendrier et la technique retenue tiennent compte de la situation oncologique et des traitements réalisés ou prévus, en coordination avec l'équipe qui vous suit. Il n'existe pas de technique idéale pour toutes les patientes : une reconstruction par vos propres tissus (lambeau, lipofilling) ou mixte peut aussi être discutée.

Implant direct ou prothèse d'expansion

Dans certaines situations, l'implant définitif peut être mis en place directement. Dans d'autres, une prothèse d'expansion temporaire est d'abord posée : son volume est augmenté progressivement pour préparer les tissus, avant son remplacement par l'implant définitif lors d'une seconde intervention. Le choix dépend de la peau, des tissus restants et des traitements associés.

L'influence de la radiothérapie

Une reconstruction reste possible après une radiothérapie, mais celle-ci modifie la qualité des tissus. Elle peut influencer le choix de la technique et augmente certains risques, en particulier celui de coque (voir les complications).

Les limites de la reconstruction

Le sein reconstruit ne retrouve pas l'aspect ni la sensibilité d'un sein naturel : sa sensibilité est généralement différente, et une récupération partielle avec le temps reste variable et non garantie. Une symétrie parfaite avec l'autre sein ne peut pas être promise. Plusieurs interventions sont souvent nécessaires ; le parcours s'étend fréquemment sur environ un an, parfois davantage.

La reconstruction mammaire après un cancer du sein bénéficie d'une prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé (via votre mutualité). Les modalités vous sont précisées lors de la consultation.

AVANT L'INTERVENTION

La consultation évalue la peau et les tissus disponibles, la morphologie, les traitements déjà réalisés ou prévus (chimiothérapie, radiothérapie) et vos attentes. Elle permet de définir avec vous la technique, le calendrier et les éventuelles étapes complémentaires. Des photographies médicales peuvent être réalisées.

Il est important de signaler vos antécédents médicaux et chirurgicaux, les traitements en cours, y compris les médicaments pris occasionnellement et les compléments alimentaires, vos allergies et les antécédents de phlébite ou d'embolie. Une consultation d'anesthésie est organisée.

Ne suspendez jamais de votre propre initiative un traitement anticoagulant, antiagrégant ou tout autre médicament prescrit.

La question du tabac

Le tabac fumé diminue l'oxygénation des tissus et augmente les risques de complications, notamment d'infection, de troubles de cicatrisation et de souffrance de la peau recouvrant l'implant, ainsi que certaines complications liées à l'anesthésie.

Un arrêt complet du tabac est recommandé au moins quatre semaines avant l'intervention et pendant au moins quatre semaines après celle-ci. Le délai adapté à votre situation vous sera précisé lors de la consultation.

L'utilisation de cigarettes électroniques et de produits contenant de la nicotine doit également être signalée au chirurgien.

TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Sa durée et la durée de l'hospitalisation dépendent du type de reconstruction (immédiate ou différée, implant direct ou expansion) et des gestes associés ; elles vous seront précisées lors de la consultation.

L'INTERVENTION

Le chirurgien crée une loge adaptée, puis met en place l'implant ou la prothèse d'expansion. Selon la peau, les tissus restants et les traitements associés, l'implant est placé :

- devant le muscle grand pectoral (prépectoral), sous les tissus cutanés restants, ce qui évite de mobiliser le muscle mais nécessite une couverture tissulaire adaptée ;
- en partie ou en totalité derrière le muscle grand pectoral (rétropectoral), selon la morphologie et les caractéristiques des tissus.

En cas de reconstruction immédiate, la cicatrice est généralement celle de la mastectomie ; en reconstruction différée, l'ancienne cicatrice est le plus souvent réutilisée.

Les étapes complémentaires

- symétrisation du sein opposé (réduction, mastopexie ou augmentation), pour améliorer l'harmonie entre les deux seins ;
- reconstruction de l'aréole et du mamelon, par chirurgie et/ou dermopigmentation ;
- séances de lipofilling pour corriger des irrégularités ou adoucir les contours.

APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites associent douleurs, soulagées par un traitement adapté, gonflement, ecchymoses et sensation de tension. Le recours à des drains dépend de la technique et des constatations opératoires. En cas de prothèse d'expansion, des séances de remplissage sont programmées en consultation. Les soins, le soutien-gorge éventuel et la reprise des activités vous sont précisés individuellement.

Une carte d'implant, indiquant les références de la prothèse, vous est remise : conservez-la. Un suivi médical régulier est recommandé.

Une fièvre, une rougeur qui s'étend, un écoulement anormal, une ouverture de la cicatrice, une peau qui s'amincit, devient sombre ou laisse apparaître l'implant, ou un sein qui gonfle brutalement doivent être signalés sans attendre à l'équipe chirurgicale.

LE RÉSULTAT

Le volume est restauré dès l'intervention, ou à la fin de l'expansion. Le résultat évolue pendant plusieurs mois et peut être complété par les étapes complémentaires. Les implants ne sont pas des dispositifs définitifs : une nouvelle intervention peut être nécessaire au cours de la vie.

Une reconstruction par prothèse peut, dans certaines situations, être remplacée par une reconstruction utilisant vos propres tissus (lambeau DIEP ou de grand dorsal), notamment en cas de complications liées à l'implant, après une radiothérapie ou à votre demande.

LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Les principaux risques sont l'infection de l'implant et la coque. D'autres complications sont possibles :

- hématome ou sérome (accumulation de liquide), pouvant nécessiter une ponction ou une nouvelle intervention ;
- retard de cicatrisation ou souffrance de la peau, pouvant aller jusqu'à l'exposition de l'implant ;
- déplacement, rotation ou rupture de l'implant, plis visibles ;
- asymétrie ou résultat jugé insuffisant ;
- risques liés à l'anesthésie.

Infection

Une infection peut survenir précocement ou plus tardivement. Sa fréquence dépend notamment de la situation médicale, des traitements associés et de la technique utilisée. Une infection importante peut nécessiter une nouvelle intervention et parfois le retrait de la prothèse.

Coque périprothétique

La capsule fibreuse qui entoure naturellement l'implant peut se rétracter, entraînant une rigidité, une déformation et parfois des douleurs. La radiothérapie augmente significativement ce risque.

Risques rares liés aux implants

Un lymphome rare, appelé lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM), peut se développer autour d'un implant, souvent plusieurs années après sa mise en place, le plus souvent sous forme d'un gonflement tardif ou d'une masse. D'autres cancers très rares ont été rapportés au niveau de la capsule, notamment des carcinomes épidermoïdes et d'autres types de lymphomes ; leur fréquence exacte et leurs facteurs de risque restent mal connus. Tout gonflement tardif, douleur persistante ou apparition d'une masse doit conduire à consulter.

Phlébite et embolie pulmonaire

Un caillot peut se former dans une veine des jambes et migrer vers les poumons, une complication rare mais grave. Le risque est évalué individuellement, notamment dans le contexte du traitement du cancer ; la mobilisation précoce est encouragée et des mesures de prévention adaptées peuvent être prescrites. Un essoufflement brutal, une douleur thoracique ou des crachats de sang nécessitent une prise en charge urgente : appelez le 112.

POUR TERMINER

Cette fiche vous a été remise afin de compléter les explications données lors de votre consultation.

La reconstruction par prothèse permet de recréer un sein sans prélever d'autres tissus. Elle demande souvent plusieurs étapes et un suivi au long cours, et son choix se discute en fonction de votre parcours de soins.

Il est conseillé de la conserver, de la relire tranquillement et de noter les questions que vous souhaiteriez aborder avant l'intervention.

Votre chirurgien reste votre interlocuteur privilégié pour toute information concernant votre situation personnelle.

Information délivrée le :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cachet du médecin :

