

RECONSTRUCTION DU SEIN PAR LAMBEAU ABDOMINAL (DIEP)

Cette fiche d'information a été conçue par les chirurgiens du service de Chirurgie, Plastique et Reconstructrice du CHU de TOURS comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez une reconstruction du sein par lambeau abdominal sans prélèvement de muscle (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.

• DEFINITION

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 abdominal de DIEP utilise uniquement la peau et la graisse de l'abdomen préservant ainsi le muscle et son aponévrose.

Cette chirurgie reconstructrice est prise en charge par l'Assurance maladie.

• OBJECTIFS

L'intervention a pour but de reconstituer le volume et les contours du sein par un fuseau de peau et de graisse prélevé sur l'abdomen.

Il s'agit d'une technique délicate où l'on utilise la peau et la graisse du ventre mais sans le muscle, ceci permettant d'éviter les séquelles abdominales.

Cette intervention ne constitue le premier temps de la reconstruction mammaire complète qui demandera 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 ; elle reste un choix personnel.

L'utilisation d'une prothèse externe peut être suffisante pour certaines femmes.

Il existe cependant d'autres techniques apportant des tissus d'une autre partie de votre corps (grand dorsal, muscle grand droit de l'abdomen).

Ces techniques ont leurs avantages et leurs inconvénients propres.

• CONTRE-INDICATIONS

- Le tabagisme actif non sevré est une contre-indication formelle à cette intervention.

- De même, si vous avez déjà bénéficié d'une abdominoplastie ou que vous avez une cicatrice abdominale sous-ombilicale, les vaisseaux nourriciers du lambeau ne sont plus présents ce qui contre-indique la réalisation de ce dernier.

La réalisation du lambeau de DIEP passe par la réalisation d'une abdominoplastie ; il est donc nécessaire d'avoir un excès cutanéograsseux sous-ombilical.

• 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.

C'est de la microchirurgie : le lambeau de peau et de graisse est prélevé au niveau du ventre avec une artère et une veine, puis les vaisseaux sont « rebranchés » sur d'autres au niveau du sein ou de l'aisselle.

Ce lambeau est alors inséré entre la cicatrice de mastectomie et le sillon sous-mammaire comme « une pièce rapportée ».

Compte tenu de la consistance et du volume du lambeau rapporté, il ne nécessite pas la mise en place d'une prothèse interne.

Au niveau de la zone prélevée, la cicatrice résiduelle sera le plus souvent horizontale et dissimulable par l'élastique du sous-vêtement.

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 modifiera en rien la surveillance carcinologique.

• 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.

Le chirurgien vous prescrira des bas anti-thrombose (prévention de la phlébite), ainsi qu'une gaine de contention abdominale qu'il vous faudra porter plusieurs semaines.

Le tabagisme est une contre-indication formelle à ce type de chirurgie. Il pourrait être à l'origine d'une nécrose du lambeau de DIEP par obstruction des micro-vaisseaux.

• TYPE D'ANESTHESIE ET MODALITES 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 nécessaire (en moyenne 10 à 15 jours).

Les cinq premiers jours étant la période « critique », il vous sera demandé de vous reposer au lit dans une chambre légèrement surchauffée.

La sortie sera conditionnée par l'ablation des flacons de redons.

• L'INTERVENTION

C'est une chirurgie longue et délicate.

L'intervention peut donc durer de six à dix heures.

En fin d'intervention, un pansement modelant en forme de soutien-gorge, est réalisé et une gaine de contention abdominale vous sera posée.

• LES SUITES OPERATOIRES

Les suites opératoires sont en général modérément douloureuses.

Bien entendu, des antalgiques adaptés à votre douleur seront prescrits.

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

Le port de la gaine abdominale (nuit et jour) est nécessaire pendant quatre semaines.

Les pansements seront réalisés régulièrement.

Il convient d'envisager une convalescence d'au moins quatre semaines.

On conseille d'attendre trois mois pour reprendre une activité sportive.

• LE RESULTAT

La reconstruction par lambeau de DIEP restaure immédiatement un volume et une forme permettant à la patiente de s'habiller.

L'intérêt majeur de cette intervention réside dans l'évolution naturelle du sein reconstruit. En effet, du fait de sa consistance uniquement grasseuse, le sein ne paraît pas fixé comme lors d'une reconstruction par prothèse. Le sein

évolue alors naturellement comme le sein controlatéral tout au long de la vie.

Le résultat final n'est cependant pas acquis d'emblée.

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.

• LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT

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

Cependant, à la différence d'une reconstruction par muscle grand dorsal et prothèse, l'asymétrie des deux seins est limitée, notamment concernant :

- le volume : la base du sein ne sera jamais parfaitement identique, mais les variations de poids influent peu cette différence à l'instar des reconstructions par muscle grand dorsal et prothèse.

- la forme : en position allongée, le sein reconstruit s'étale quasiment comme le sein normal.

- la hauteur : le sein reconstruit subira normalement l'évolution vers la ptôse, tout comme le sein controlatéral ; dans la mesure où il est de consistance grasseuse.

- la couleur : il existe fréquemment une petite différence donnant un aspect de « pièce rapportée ».

- la palpation : la peau du ventre étant d'épaisseur et de consistance similaire à celle d'un sein ; la sensation à la palpation est très proche.

Cependant 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 (hyperpigmentation, 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 DIEP est une intervention chirurgicale assez lourde, ce qui implique les risques liés à tout acte de ce type. 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 lambeau.

Il faut distinguer les risques de complications liées à l'anesthésie de celles liées à l'acte 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 présentera 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, mais non négligeables lors d'une reconstruction mammaire par lambeau de DIEP (10% d'échec).

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 :

- La nécrose cutanée : Le succès du lambeau abdominal de DIEP est lié en partie à la bonne perméabilité des vaisseaux nourriciers du lambeau.

Ces vaisseaux peuvent se thromboser (se boucher) notamment suite à leur manipulation pendant l'intervention ; Une thrombose peut aussi survenir suite à une infection, un hématome, une anémie, une intoxication tabagique.

Une thrombose des vaisseaux engendre une nécrose du lambeau.

- 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 et peut engendrer une thrombose des anastomoses du lambeau et donc à sa nécrose.

- 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 la dépose du lambeau de DIEP.

- Un épanchement séreux (lymphorrhée) : il s'agit de la complication la plus fréquente. Une poche liquidienne se forme au niveau du site mammaire ou encore au niveau du site de prélèvement abdominal. En fonction de son importance, elle peut se résorber

spontanément ou bien nécessiter une ponction, voire une reprise chirurgicale.

Au total malgré ces risques, dans la très grande majorité des cas, cette intervention de chirurgie reconstructrice, 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 limiter les risques de complications, et les traiter efficacement le cas échéant.

- 2008 -

