

Dr. Ali MODARRESSI, PD
Spécialiste en Chirurgie plastique,
reconstructive et esthétique, FMH, EBOPRAS

SWISS
PLASTIC
SURGERY

Avenue de Champel, 24
1206 Genève
Tél. +41 22 702 25 88
Fax. +41 22 702 25 89
Email ali.modarressi@hirslanden.ch

Cette fiche d'information est une modification de celle conçue sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOFCPRE) et validée par la Société Suisse de Chirurgie plastique, Reconstructive et Esthétique (SSCPRE : www.plasticsurgery.ch). Elle prévaut comme un complément à vos consultations, 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 un lambeau abdominal 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. Vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention avant de signer le formulaire de « consentement ».

DÉFINITION ET AVANT-PROPOS

À la suite d'une mastectomie (l'ablation de la glande mammaire), une demande de reconstruction mammaire est tout à fait légitime. 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 différentes techniques de reconstruction mammaire, notamment par la mise en place d'un implant mammaire ou en apportant des tissus d'une autre partie de votre corps (lambeau de grand dorsal). Chaque technique a ses avantages comme ses inconvénients propres.

La reconstruction par un lambeau abdominal DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator flap) 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.

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.

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, puis à le transférer au niveau du thorax et gardé vivant grâce à la reconnexion des vaisseaux avec des vaisseaux du thorax. Cette méthode fait appel à la microchirurgie, une technique délicate nécessitant une expertise.

Ce lambeau est modelé au niveau du thorax afin de reconstruire un sein naturel. Le volume apporté étant

tel qu'il permet au chirurgien de se passer de l'utilisation de toute prothèse interne.

La fermeture du site donneur engendre une cicatrice inférieure, qui peut être cachée dans les sous-vêtements, 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 et la forme du sein reconstruit seront stabilisés. La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance cancérologique.

AVANT L'INTERVENTION

Il s'agit d'une intervention délicate 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 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, sans avis médical.

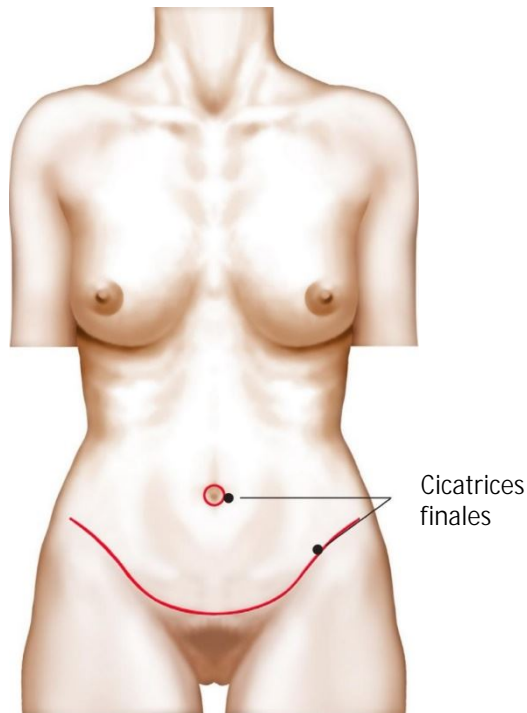
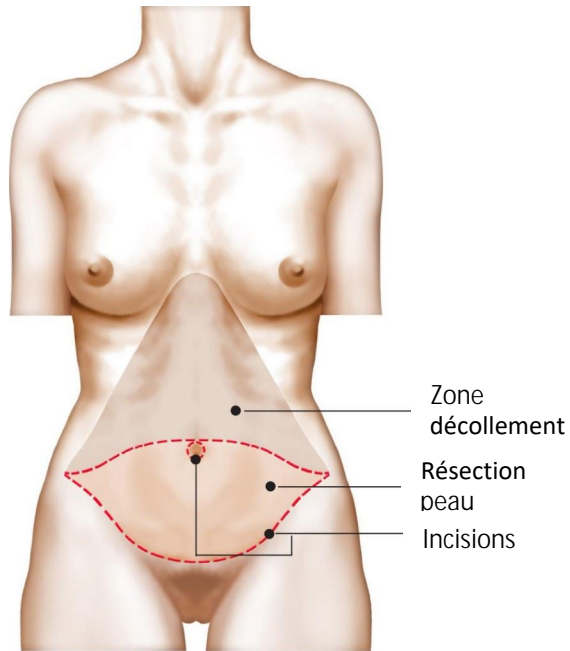
TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

Il s'agit d'une intervention en anesthésie générale classique durant laquelle vous dormirez complètement.

Une hospitalisation de 5 à 7 jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée par le succès de l'intervention (absence de thrombose) et l'ablation du drainage.

TRAITEMENT

L'intervention peut durer 6 à 8 heures. En fin d'intervention, un pansement modelant du ventre est confectionné. Le sein reconstruit est découvert afin de faciliter la surveillance du lambeau (couleur, chaleur, recoloration à la pression et signal doppler).



APRÈS LE TRAITEMENT : LES SUITES

Les suites opératoires sont peu douloureuses. Dans tous les cas, des antalgiques vous seront prescrits. Afin de s'assurer de bonne vascularisation du lambeau, vous êtes en surveillance rapprochée pendant 24-48 heures aux soins intensifs ou intermédiaires. Des contrôles du lambeau s'effectue chaque heure. Une fois que votre état s'est stabilisé vous êtes transférée dans votre chambre, et le contrôle de lambeau est espacé.

Un gonflement (oedème) ou 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 6 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, mais cette perte de force est très faible.

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. 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 d'un spécialiste.

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 RÉSULTAT

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 délicate, complexe et 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 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 de graisse et de peau abdominale par des vaisseaux rebranchés à l'aide d'un microscope explique ce risque. Il est nettement plus élevé après une radiothérapie ou 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. Afin de diminuer ce risque, le lambeau est surveillé de près pendant les premiers jours d'hospitalisation. En cas de perturbation de la vascularisation, il est nécessaire une reprise au bloc opératoire. Ce qui permet de sauver plus de la moitié des lambeaux avec une évolution satisfaisante.

-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.

- Un retard de cicatrisation des plaies abdominales/seins : il existe un risque de mauvaise cicatrisation qui peut engendrer des plaies ou/et nécroses de la peau ou de l'ombilic.

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 raçon cicatricielle reste inévitable.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience que tout traitement comporte toujours une petite part d'aléas.

Le recours à un praticien qualifié vous assure que celui-ci a la formation et la compétence requises pour savoir minimiser ces complications, où les gérer au mieux le cas échéant.

Quoiqu'il en soit, dans les suites de l'intervention, n'hésitez surtout pas à recontacter votre praticien si vous avez la moindre inquiétude.

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.

REMARQUES PERSONNELLES :

Signature de chirurgien certifiant la transmission de ces informations et remise de cette feuille d'information