

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 de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM)**.

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

Dans le cadre d'une mastectomie en plus de l'ablation de la glande mammaire, malheureusement dans certaines conditions l'excision d'un fuseau de peau et de l'aréole et de mamelon peut être nécessaire.

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 : PAM) afin de restaurer complètement ce symbole de féminité qu'est le sein et de mieux intégrer le sein reconstruit dans son schéma psychologique personnel.

La reconstruction aréolaire n'est jamais obligatoire et certaines femmes se satisfont de la reconstruction d'un volume. La reconstruction de la PAM reste un choix personnel qui 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 ET PRINCIPES

L'opération peut être réalisée lorsque le volume et la forme du sein reconstruit sont considérés comme stabilisés et satisfaisants.

Il existe plusieurs techniques de reconstruction de l'aréole :

- *La greffe de peau totale du pli de l'aîne*

La peau est idéalement prélevée au niveau du sillon génitocrural (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.

- *La greffe de peau totale de l'aréole controlatérale*

Si l'aréole de l'autre sein est de grande taille, la moitié de l'aréole controlatérale peut être prélevée comme une greffe de peau pour la reconstruction de l'aréole du sein reconstruit. Cette technique diminuera la taille de l'aréole controlatérale et lui laissera une cicatrice tout autour. Cependant elle permettra de remonter le sein controlatéral, ce qui pourrait améliorer la symétrie des seins.

- *Le tatouage*

C'est la technique la plus simple qui consiste à introduire dans le derme, un pigment stérile lors de plusieurs séances. Avec le temps la couleur peut s'atténuer, nécessitant une séance complémentaire.

Il existe également plusieurs techniques pour reconstruire le mamelon dont :

- *La greffe de mamelon controlatéral*

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

- *Les lambeaux locaux de peau*

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. A noter qu'au lieu d'une opération ou en attente de celle-ci, des plaques aréolo-mamelonaires en silicone sur mesures peuvent être utilisées comme une prothèse externe qui s'adhère la peau.

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 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.

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 nécessitant une anesthésie générale.

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 hospitalisation.

INTERVENTION

L'intervention dure en général ½ à 1 heure. En fin d'intervention, un pansement léger est confectionné.

APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

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.

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 10-15^{ème} jour.

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

LE RESULTAT

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.

Le mamelon reconstruit peut diminuer de volume et de projections les premiers mois.

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.

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. De même comme toute intervention il y a des risques d'infection et déhiscence des cicatrices.

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.

CONCLUSION GÉNÉRALE

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 avant de signer la feuille de consentement.

REMARQUES PERSONNELLES :

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