Chapitre 6

Prise en charge globale des patientes en vue d'une reconstruction mammaire

A. Fitoussi

PLAN DU CHAPITRE

La première consultation 84
La consultation préopératoire 85
Dernière information au cours des dessins préopératoires 85

Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire
© 2017, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Avant de discuter des différentes interventions possibles sur un plan technique, une évaluation globale de la patiente, de sa morphologie, de ses souhaits et des possibilités techniques est nécessaire. Une information complète et compréhensible doit être fournie, avec un support écrit si possible. Des photographies peuvent éventuellement lui être montrées afin de mieux intégrer les cicatrices et les résultats.

La première consultation

Cette première consultation va être décisive pour la patiente; elle va lui permettre de formuler sa demande pour la reconstruction secondaire.

On en profitera pour revenir sur les différents traitements qui ont été nécessaires et qui peuvent moduler l'indication opératoire (en particulier la radiothérapie), évoquer des suites opératoires compliquées et qui peuvent gêner la reconstruction (lymphocèle récidivante avec ponctions multiples, difficultés de cicatrisation avec parfois nécrose cutanée et cicatrisation dirigée…).

On recherchera également les gestes opératoires préexistants et les cicatrices associées : tumorectomie en dehors de la cicatrice de mammectomie (dans le sillon sous-mammaire, très haut située…), voire d'oncoplastie (cicatrice en « T », radiaire…), qui peuvent modifier l'indication opératoire.

Dans les cas de reconstruction immédiate, on insistera sur les cicatrices, la disparition le plus souvent du mamelon, la consistance du sein reconstruit en fonction de la technique utilisée… ainsi que sur le nombre de temps opératoires nécessaires pour finaliser la reconstruction.

L'opérateur va ensuite apprécier au mieux les multiples facteurs qui lui permettront de poser une indication opératoire et d'expliquer ce choix à la patiente :

- la taille, le poids et ses modifications récentes;
- le tabagisme à quantifier;
- les antécédents de radiothérapie et les séquelles;
- les pathologies associées : diabète, asthme, hypertension artérielle…;
- l'état psychologique : traitements antidépresseurs associés, suivi psychiatrique…;
- le bilan d'extension récent, négatif si possible;
- l'existence d'une lésion, même bénigne, du sein opposé qu'il faudra retirer dans le même temps opératoire (adénofibrome, lipome, microcalcifications…);
- les malformations associées : scoliose, déformations thoraciques, agénésie mammaire controlatérale…;
- les traitements au long cours : anticoagulants, anticancéreux, corticoïdes…;
- le matériel local : pacemaker, prothèse de hanche ou d'épaule;
- la stéatomérie;
- le volume mammaire à réaliser (bonnet et tour de thorax);
- la forme du sein opposé (très large, degré de ptose, mammectomie bilatérale…);
- les traitements éventuels sur le sein opposé (cicatrices, plastie de symétrisation ou de réduction préexistante, radiothérapie…);
- la qualité et la quantité de la peau mobilisable sur le thorax et en dessous du sillon sous-mammaire;
- les cicatrices associées sur le thorax, le sein opposé, l'abdomen, le dos…;
- la souplesse de la peau et son épaisseur;
- la souplesse et le volume des zones éventuellement donneuses : le dos, l'abdomen, la fesse;
- la possibilité de prélèvement de graisse pour lipomodelage.

Par un interrogatoire précis, l'opérateur va également évaluer chez la patiente :

- la motivation pour cette chirurgie contraignante;
- ses éventuelles expériences personnelles (geste de reconstruction déjà effectué sur le sein opposé), sur des proches (amie ou famille), voire dans des associations de patientes. Souvent, ces expériences ont déjà orienté la patiente vers telle intervention qu'elle a trouvée « formidable » ou contre telle autre qu'elle dit « insoutenable »;
- l'acceptation des cicatrices à distance, des multiples temps opératoires et des modifications de volume du sein opposé si nécessaire;
- sa connaissance de l'effet « patch », avec cicatrices supérieure et inférieure, pour les lambeaux musculocutanés quand ils ne peuvent pas être complètement enfouis;
- le volume qu'elle souhaiterait éventuellement obtenir en fin de reconstruction si cela est possible (plus petit pour les gros volumes ou plus gros pour les hypotrophies).

On évoquera avec la patiente les attentes de la reconstruction et les réalités :

- forme, souplesse, mobilité envisageables du sein reconstruit selon la technique;
- insensibilité quasi totale du sein reconstruit;
- nécessité fréquente et acceptation d'un geste chirurgical sur le sein opposé (réduction, augmentation, cure de ptose…), avec les cicatrices et les troubles de la sensibilité associés;
- devenir de la reconstruction et reprise chirurgicale éventuelle à long terme en fonction des techniques et du matériel utilisé (changement d'implant en cas de rupture ou de coque mal supportée du sein reconstruit ou de modifica-

tion de volume du sein opposé, reprise du sein opposé en cas de nouvelle ptose…).

Au vu de ce bilan complet, on pourra proposer et expliquer à la patiente les différentes techniques envisageables dans son cas précis, les avantages et les inconvénients de celles-ci, ainsi que les éventuelles modifications du résultat esthétique à long terme. On évoquera également les possibilités de reprises chirurgicales parfois nécessaires (souffrances des lambeaux, thromboses des lambeaux libres…).

Des photographies avant/après peuvent éventuellement être montrées à la patiente si elle le souhaite.

Une note d'information complète, reprenant les différents points essentiels de la consultation, sera fournie à la patiente.

Un délai de réflexion est le plus souvent nécessaire avant d'envisager une seconde ou une troisième consultation d'information et une éventuelle décision opératoire.

La consultation préopératoire

Au cours de cette dernière consultation avant l'intervention, on reviendra sur les consultations précédentes et on insistera sur la durée de l'intervention, de l'hospitalisation et, surtout, sur les inconvénients (cicatrices, douleurs, drainages…) et les complications éventuelles.

On prescrira une mammographie s'il n'y en a pas de récente et, éventuellement, un soutien-gorge de maintien à porter en postopératoire.

Un ultime rappel des différents temps opératoires et des décisions prises en commun avec la patiente concernant le déroulement des deux ou trois temps opératoires est toujours souhaitable la veille ou le matin de l'intervention.

On vérifiera qu'on a bien fourni un support explicatif écrit et qu'il a été compris par la patiente.

Dernière information au cours des dessins préopératoires

Les dessins préopératoires sont généralement faits la veille ou le matin de l'intervention, patiente debout puis allongée. On utilise un marqueur (indélébile), ce qui permettra à la patiente de mieux visualiser les zones opératoires et l'emplacement des futures cicatrices.

On confirmera avec la patiente les différents temps opératoires programmés et ceux qui seront éventuellement réalisés dans un second temps.

À retenir

- Bien vérifier la compréhension des différentes solutions thérapeutiques proposées.
- S'il existe plusieurs solutions, choisir celle que préfère la patiente.
- En cas de doute, reporter l'intervention après un autre voire deux autres rendez-vous.
- Évoquer les complications inhérentes à chaque technique.
- Montrer les cicatrices nécessaires à la technique opératoire.
- Envisager toutes les solutions possibles et celle la plus adaptée à la patiente.