



Un nouveau sein?

Une information de la Ligue contre le cancer
à l'intention des femmes ayant subi l'ablation d'un sein



Impressum

Editrice

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
case postale
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch

Auteur

Dr Roland de Roche, chirurgie plastique et
reconstructive FMH, Merian Iselin Spital,
cabinet:
Thannerstrasse 80, 4054 Bâle,
tél. 061 303 30 70, fax 061 303 30 71,
roland.de.roche@merianiselin.ch

Réalisée en collaboration

Dr h.c. Susi Gaillard, Vivre comme avant,
4153 Reinach;
Prof. Nicolas Lüscher, Merian Iselin Spital,
4009 Bâle;
Susanne Lanz, Ligue suisse contre le
cancer, Berne

Adaptation française

Dominique Balmer, Anne Durrer,
Jürg Hablützel

Relecture, corrections

Cristina Martínez, Alexia Stantchev,
Ligue suisse contre le cancer, Berne

Couverture

Farrell Grehan; cliché gracieusement mis
à disposition par le magazine ANIMAN

Photos

p. 8, 12, 14: Daniela Pfister, Liestal;
illustrations: Zoe Koh, Nougat Grafik und
Illustration, Bâle
p. 22: Ernst Raser, Wien

Design

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Impression

Hautle Druck AG, Saint-Gall

© 2015, 2008, 2006, 1995

Ligue suisse contre le cancer, Berne
9^e édition inchangée

Table des matières

Editorial	4
Vous avez subi l'ablation d'un sein ...	5
Le nouveau sein existe-t-il vraiment?	6
Comment procède-t-on à la reconstruction d'un sein?	6
Quelles sont les méthodes de reconstruction?	7
Que peut-on attendre d'une opération de reconstruction?	7
Reconstruction du sein au moyen d'implants	9
Qu'est-ce qu'un «expanseur cutané»?	10
Silicone – risques et alternatives	10
Reconstruction du sein au moyen du muscle grand dorsal	13
Reconstruction du sein au moyen de tissus provenant de l'abdomen	15
Techniques de microchirurgie	16
Reconstruction du mamelon et de l'aréole	18
Questions sur la reconstruction du sein	19
Qui peut bénéficier d'une opération de reconstruction d'un sein?	19
Quel est le bon moment pour entreprendre une reconstruction?	19
Qui paie la reconstruction?	20
Des contrôles sont-ils nécessaires après la reconstruction?	21
Un sein tout neuf?	21
Une oreille pour vos questions?	21
Annexes	23

Chère lectrice,

Cette brochure s'adresse avant tout aux femmes qui, ayant subi l'ablation totale d'un sein à la suite d'un cancer, se posent des questions sur les possibilités de reconstruction.

Les mêmes techniques reconstructives s'appliquent, tout au moins dans les grandes lignes, lors de tumorectomie (ablation partielle du sein) suivie de radiothérapie, lorsque la reconstruction est effectuée immédiatement après l'ablation de la tumeur, ou lors d'interventions visant à ménager la peau (skin sparing mastectomy). La description de toutes ces variantes opératoires dépasserait le cadre de cette brochure. N'hésitez pas cependant à demander d'autres informations à votre chirurgien ou à votre chirurgienne.

Peut-être regretterez-vous l'absence de photos montrant une poitrine après reconstruction d'un sein? Nous nous sommes volontairement limités à des schémas de techniques opératoires dans cette petite brochure.

En effet, aucune série de photos «avant – après» ne peut rendre compte de votre situation personnelle. Votre morphologie, votre âge, votre mode de vie, vos activités sportives, l'opération et les traitements que vous avez subis, votre attitude envers de nouvelles interventions chirurgicales, envers la présence éventuelle d'un corps étranger sous la peau, votre disponibilité à sacrifier vos propres tissus pour une reconstruction, tout vous distingue de la femme dont vous verriez les photos ou un témoignage sur Internet.

Si vous souhaitez voir des photos, parlez-en à votre chirurgien. Il ou elle sera le plus à même de vous présenter des exemples qui correspondent au mieux à vos idées et à votre situation personnelle.

Nous espérons que cette brochure vous aidera à prendre la décision optimale pour vous-même.

Votre Ligue contre le cancer

Vous avez subi l'ablation d'un sein ...

... pour enrayer une maladie qui a bouleversé votre vie alors que vous vous sentiez en pleine forme. Votre esprit a été le siège de mille et une pensées oppressantes – et vous avez finalement dû prendre une décision, probablement l'une des plus difficiles de votre existence: vous faire enlever un sein.

Vous êtes en colère. En colère contre le cancer qui vous a frappée de plein fouet. Vous avez peur. Le cancer est-il définitivement vaincu? Dois-je encore subir des traitements complémentaires? Des séances de radiothérapie? La prise de médicaments?

Une foule de questions se bousculent dans votre tête. Vos rapports de couple seront-ils altérés par l'opération? Etes-vous encore une femme à part entière? Les gens que vous rencontrerez dans la rue se rendront-ils compte de votre opération? Aurez-vous droit à des regards apitoyés à chaque fois que vous choisirez des vêtements parce que vous n'avez plus la même symétrie qu'avant?

Il vous arrive de ne plus vous sentir maîtresse de votre corps, livrée aux médecins, à leurs contrôles, aux prises de sang et aux équipements médicaux. Votre calendrier vous rappelle sans cesse de nouveaux examens. Et toujours cette peur de voir un jour renaître en vous la maladie.

Parfois vous vous sentez très seule ...

Peut-être avez-vous déjà pensé que toutes ces épreuves seraient plus faciles à surmonter si l'on pouvait remplacer le sein perdu?

Le nouveau sein existe-t-il vraiment?

Vous avez certainement entendu parler des possibilités de reconstruction du sein qu'offre la chirurgie plastique. Les techniques de reconstruction se sont rapidement multipliées ces dernières années, chacune d'entre elles apportant ses avantages et ses inconvénients. Il convient de choisir soigneusement celle qui est la mieux adaptée à votre cas particulier.

Avec cette brochure, nous désirons vous offrir une vue d'ensemble des différentes possibilités afin de vous guider dans votre choix. Elle ne saurait toutefois remplacer une discussion avec vos médecins. Le médecin qui vous a opérée pourra vous donner l'adresse de spécialistes de la reconstruction plastique et de la chirurgie esthétique de votre région. Consultez l'un d'entre eux et posez toutes les questions qui vous viennent à l'esprit.

Faites-vous bien expliquer l'opération reconstructive et prenez ensuite le temps d'y réfléchir. Êtes-vous certaine d'avoir la force de subir de nouveau une ou, plus probablement, plusieurs interventions chirurgicales? Surtout ne précipitez pas les choses!

Comment procède-t-on à la reconstruction d'un sein?

Il faut commencer par reconstruire les tissus du sein qui ont dû être enlevés. Pour modeler un nouveau sein, le chirurgien les remplacera soit par un corps étranger (implant), soit par des tissus prélevés ailleurs sur le corps de la patiente. Etant donné que la peau qui recouvrait le sein a dû, elle aussi, être enlevée, il ne sera possible de remodeler qu'un sein relativement petit et compact. Il est par conséquent fréquent que le sein en bonne santé doive lui aussi faire l'objet d'une opération de réduction ou de correction, afin d'obtenir un meilleur équilibre visuel.

Aux fins d'obtenir la meilleure symétrie possible, le chirurgien ne reconstruira le mamelon et l'aréole que plus tard, après les interventions formatrices (voir p. 18).

Quelles sont les méthodes de reconstruction?

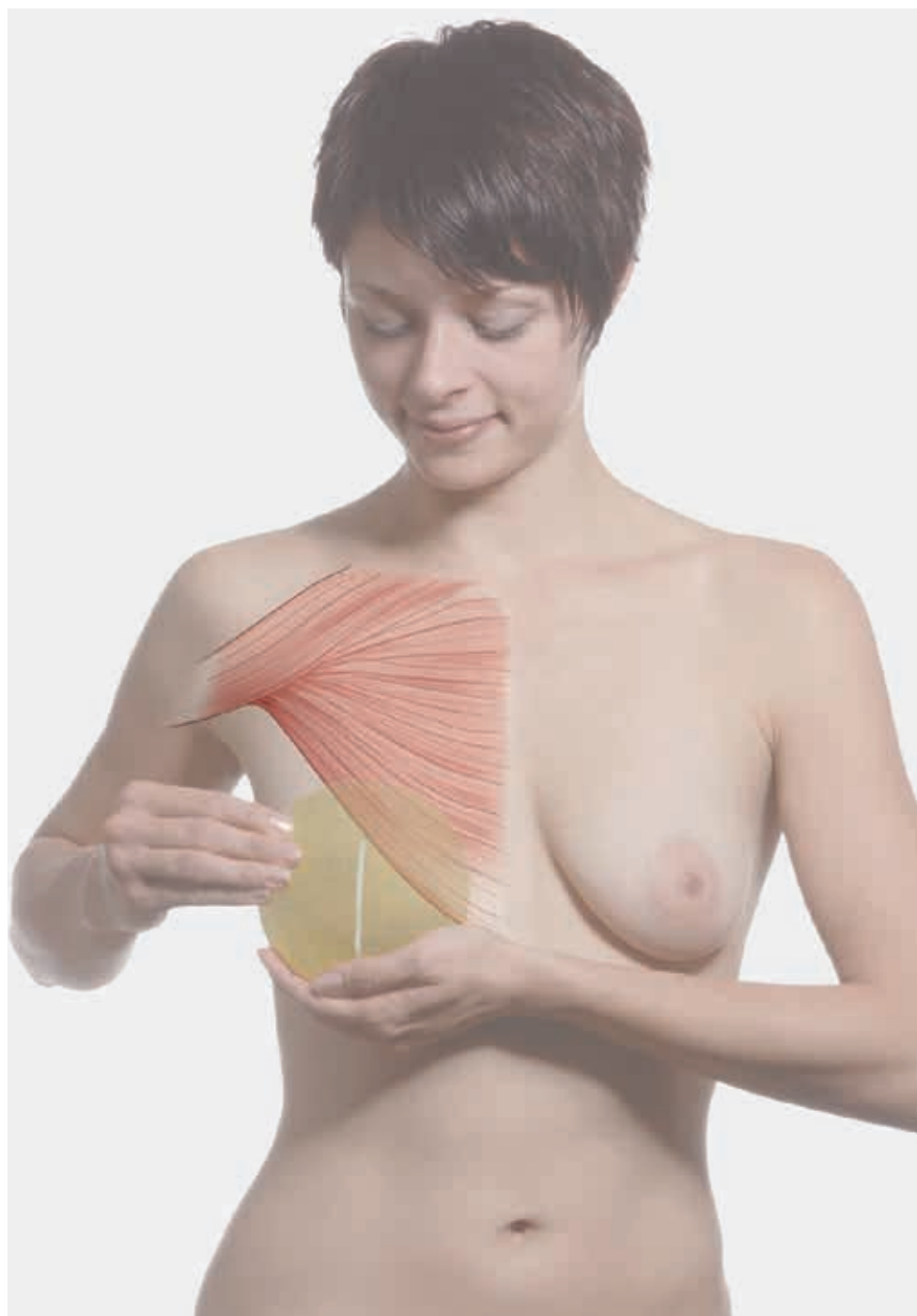
La reconstruction du sein peut se faire selon quatre méthodes opératoires différentes, plus précisément décrites à partir de la page 9:

- > reconstruction du sein au moyen d'un implant (directement ou après extension de la peau au moyen d'un «expandeur cutané»);
- > reconstruction du sein au moyen d'un prélèvement de tissus du muscle grand dorsal;
- > reconstruction du sein au moyen d'un prélèvement de tissus provenant de l'abdomen;
- > reconstruction du sein à l'aide de techniques microchirurgicales.

Ce n'est qu'après une discussion approfondie avec votre chirurgien que vous pourrez déterminer la méthode de reconstruction la plus adaptée à votre cas personnel.

Que peut-on attendre d'une opération de reconstruction?

Malheureusement, un sein reconstruit ne peut jamais avoir l'aspect exact d'un sein naturel. Il est cependant possible – en pratiquant éventuellement des interventions correctrices sur le sein en bonne santé – d'obtenir une symétrie qui vous permettra de porter une robe, un bustier ou un bikini sans que personne ne se doute de l'amputation que vous avez subie. Vous pourrez ainsi vous sentir plus sûre de vous et moins gênée dans vos mouvements lorsque vous pratiquez un sport, achetez des vêtements et choisissez des tenues d'été.



Reconstruction du sein au moyen d'implants

La manière la plus simple de remodeler un sein consiste à remplacer le volume manquant par un corps étranger, appelé implant. Par une petite incision, celui-ci est introduit dans une poche tissulaire, généralement sous le muscle pectoral.

L'implant se compose d'une poche de silicone assez ferme (comparable à du caoutchouc) dont la surface est le plus souvent rugueuse. Cette poche est remplie d'un gel qui donne au nouveau sein à la fois le volume nécessaire et une consistance semblable à celle d'un vrai sein. On utilise en général un gel de silicone visqueux. Une telle opération nécessite un séjour hospitalier de quelques jours.

Le principal inconvénient de cette méthode est le risque d'induration cicatricielle autour de l'implant (encapsulation). Ce type de complication est difficilement prévisible et peut, souvent après plusieurs années seulement, être à l'origine de vilaines déformations visibles, voire de douleurs. Cela oblige parfois le médecin à changer l'implant ou, plus rarement, à le retirer complètement.

Une encapsulation n'est pas une maladie mais, au contraire, une réponse naturelle de l'organisme à la présence d'un corps étranger. Chez la plupart des femmes, cette réaction est cependant modérée. Elle est totalement indépendante du matériau utilisé pour remplir l'implant. Si de tels symptômes devaient apparaître, consultez votre médecin sans attendre.

De par leur position sous le muscle, les implants peuvent bouger ou se déplacer lors de forts mouvements du muscle pectoral (tels qu'on les produit par exemple en nageant ou en jouant au tennis) et suivre un mouvement qui n'équivaut pas à celui d'un vrai sein.

Cette technique opératoire ne convient généralement pas aux patientes dont la peau a été irradiée par radiothérapie – la peau perd de son élasticité et cicatrise mal – ni à celles ayant une peau très fine ou très tendue sur la cage thoracique après l'amputation.

Qu'est-ce qu'un «expandeur cutané»?

La pose d'un implant en silicone n'est possible que sous une peau peu tendue. S'il reste trop peu de peau ou si elle est trop tendue, on peut toujours envisager d'étendre la peau par l'implantation d'un expandeur cutané.

Il s'agit d'une poche de silicone munie d'une valve qui, au fil des semaines, sera petit à petit remplie d'une solution saline – ce qui permettra d'étendre la peau et les parties molles (un peu comme l'utérus finit par étendre la peau du ventre de la femme enceinte).

Ce n'est qu'au moment où la peau ainsi préparée suffira à recouvrir l'implant définitif de façon satisfaisante que l'expandeur cutané sera retiré et remplacé par un implant de silicone plus petit, de même taille que l'autre sein. Précisons que cet échange nécessite une petite intervention chirurgicale supplémentaire.

Silicone – risques et alternatives

S'il pénètre dans les tissus, le gel de silicone peut provoquer des réactions inflammatoires au niveau du sein ou de la cage thoracique. Remplis d'un gel de silicone

La silicone est-elle dangereuse?

Au début des années nonante, les implants de silicone ont été discrédités à tort, après une campagne médiatique spectaculaire. Suite à une plainte collective contre le principal fabricant d'implants, la silicone fut interdite aux Etats-Unis dans les cas d'opérations cosmétiques sur des femmes en bonne santé.

Outre des résultats opératoires insatisfaisants et de problèmes d'encapsulation, on a reproché à la silicone de provoquer des problèmes rhumatismaux, des troubles neurologiques tels que la sclérose en plaque, des dépressions et même le cancer du sein. A noter que ces troubles affectent fréquemment les femmes à l'approche de la ménopause, y compris celles qui ne portent pas d'implants de silicone.

Entre-temps, d'importantes études ont démontré qu'il n'y a pas de lien de cause à effet entre les implants de silicone et les symptômes évoqués. En 2005, les Etats-Unis ont été le dernier pays à lever officiellement l'interdiction de poser des implants en silicone, également pour les opérations de chirurgie esthétique.

relativement liquide, les anciens implants devenus cassants avec le temps pouvaient exsuder des gouttelettes provoquant des douleurs localisées.

Avec les implants modernes, remplis d'un gel de silicone beaucoup plus visqueux et protégés par une enveloppe plus épaisse et plus rugueuse, il faudrait des décennies pour arriver à une telle usure. Quoi qu'il en soit, il est recommandé de faire contrôler une fois par année ses implants par le chirurgien qui les a posés. Il décidera s'il faut procéder à des examens ou, éventuellement, remplacer l'implant.

L'huile de soja

La mauvaise réputation – infondée – de la silicone (voir encadré) a suscité d'énormes recherches pour développer d'autres matériaux de remplissage. Une alternative potentielle, l'huile de soja a été retirée du marché après quelques années déjà, car, en cas d'exsudation, elle provoquait des réactions inflammatoires sévères.

L'hydrogel

Les produits à base d'hydrogel de certains fabricants ont entraîné d'importantes difficultés, semblables à celles provoquées par l'huile de soja, et sont également interdits. D'autres produits entraînent le gonflement des implants

en raison d'une absorption incontrôlable d'eau, ce qui donne actuellement lieu à des discussions. Leur retrait du marché est également exigé. En revanche, des chirurgiens ont fait de bonnes expériences avec des implants de ce type provenant d'autres fabricants, et n'hésitent pas à les recommander.

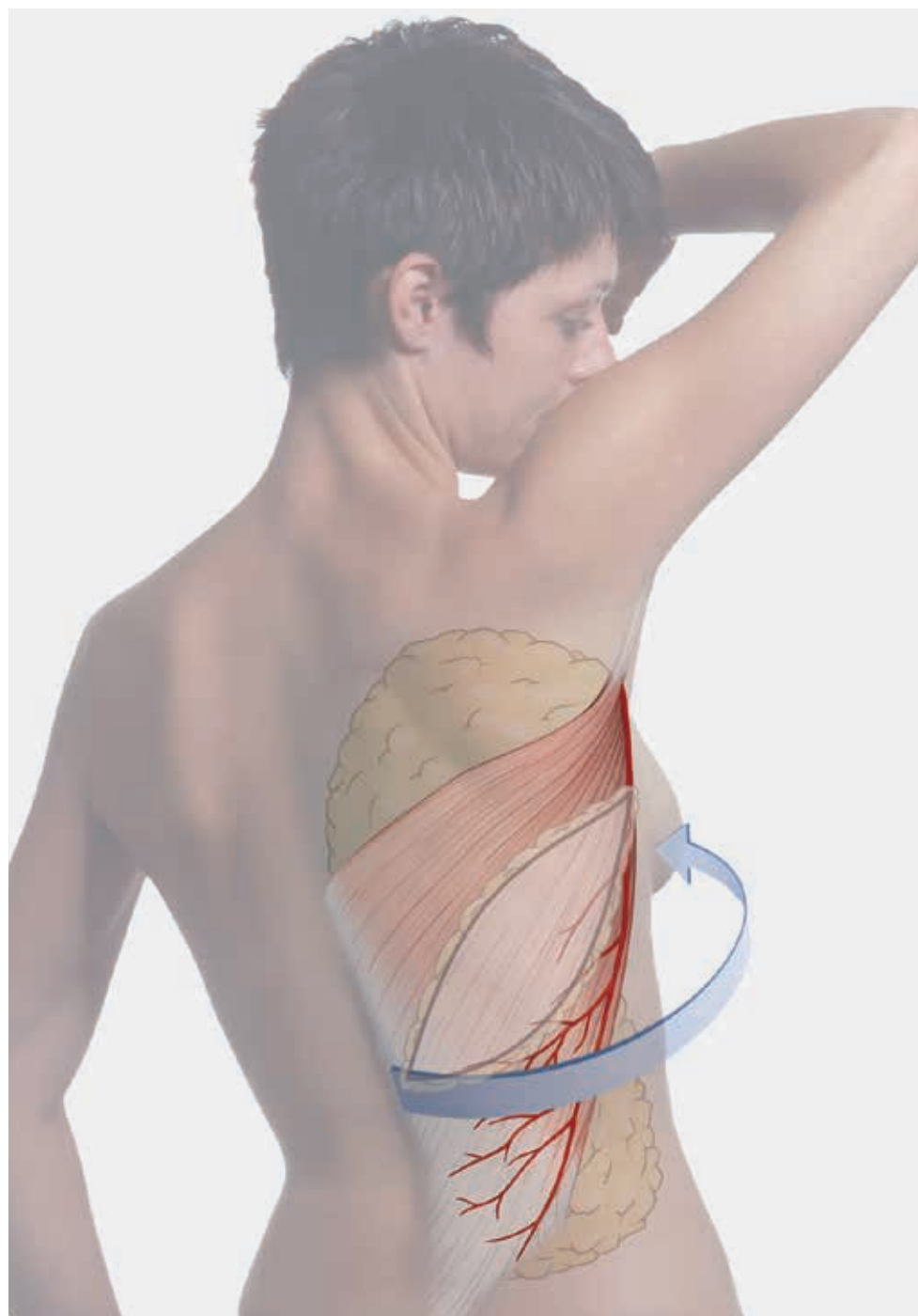
Les solutions salines

Les solutions salines représentent la dernière alternative. Malheureusement, ces implants ont une forme et une consistance peu naturelles qui donnent l'impression d'avoir une poche d'eau dans le sein. «Poche» qui se vide complètement à la plus minime déchirure.

Il y a donc, à l'heure actuelle, peu d'alternatives satisfaisantes à la silicone.

Discutez les points suivants avec le médecin qui vous opère:

- > quelles sont les caractéristiques de l'implant envisagé pour vous,
- > quelle est sa durée de vie prévisible,
- > quelle est la fréquence recommandée pour les contrôles,
- > quels sont les symptômes qui doivent vous inciter à consulter sans attendre le prochain contrôle.



Reconstruction du sein au moyen du muscle grand dorsal

Principalement après une radiothérapie, mais aussi lorsque les parties molles dans la région de la cicatrice laissée par l'amputation sont minces (peu de peau et de tissu adipeux), il existe la possibilité de les remplacer par des tissus du dos. Ils se composent du muscle grand dorsal (Musculus latissimus dorsi), de tissu adipeux (la masse cotonneuse sur le schéma) et de la peau qui le recouvre.

Ce muscle, bien que vaste et vigoureux, n'a une fonction importante que chez les sportives de très haut niveau et peut par conséquent être utilisé pour la reconstruction du sein sans que cela suppose une limitation corporelle importante.

L'irrigation sanguine de ce muscle s'effectue à partir d'une seule artère située dans le creux axillaire (voir schéma). Le muscle peut par conséquent être amené sur le devant du corps, y compris la portion de peau qui le recouvre (bordée de gris), en le faisant passer sous la peau du flanc pour l'ajuster dans la cicatrice et former le nouveau sein.

Les fins vaisseaux sanguins du creux axillaire restent à leur emplacement anatomique d'origine et garantissent ainsi la circulation de l'ensemble.

L'avantage de cette opération est sans aucun doute que le tissu sain est prélevé sur une région du corps ni malade ni irradiée. L'intervention implique l'ouverture d'une plaie assez importante et entraîne

une perte de sang considérable, d'où la nécessité d'une hospitalisation d'environ une semaine. Ensuite, les activités demandant de gros efforts physiques sont exclues pendant environ 4 à 6 semaines.

Recouvert d'une couche de peau et de graisse, ce muscle large et plat fournit le plus souvent au chirurgien un volume suffisant pour lui permettre de modeler un sein relativement petit. Le recours à un implant est parfois nécessaire pour atteindre le volume désiré.

L'incision dans le dos laisse une cicatrice supplémentaire. Elle aura tendance à s'élargir car la suture est sous tension les premiers temps. En général, l'incision peut être pratiquée de façon à dissimuler la cicatrice sous le soutien-gorge.

Du côté opéré, à part une perte transitoire de force dans le bras qui sera peu à peu compensée par d'autres muscles de l'épaule, le déplacement du muscle grand dorsal ne présente aucun inconvénient.



Reconstruction du sein au moyen de tissus provenant de l'abdomen

La technique chirurgicale faisant appel aux tissus cutané et adipeux de l'abdomen est indiquée selon le cas pour reconstruire un sein d'un volume plus important avec des tissus provenant uniquement de la femme elle-même.

Les vaisseaux sanguins rayonnent dans le muscle grand droit de l'abdomen et irriguent également un grand lambeau cutané (bordé de gris sur le schéma).

Comme dans le type d'opération décrit précédemment, le muscle et les parties molles qui en dépendent sont, là aussi, poussés sous la peau jusqu'à la hauteur de la cicatrice pour y servir à la reconstruction du sein. En langage chirurgical, cette intervention s'appelle TRAM-F (pour Transverse Rectus Abdominis Muscle-Flap).

De toutes les méthodes de reconstruction du sein, la reconstruction par TRAM-F est la plus pénible pour l'organisme de la patiente.

Elle nécessite en effet un séjour hospitalier de dix jours environ et représente une opération de plusieurs heures impliquant des pertes de sang relativement importantes. La plaie interne s'étend du pubis jusqu'au-dessus de la poitrine. De plus, le déplacement de l'un des deux muscles droits de l'abdomen provoque un affaiblissement durable de la paroi abdominale. Jusqu'à ce que les lésions internes soient définitivement cicatrisées, ce qui prendra environ trois mois, la patiente ne devra pas soulever d'objets lourds.

Selon son activité professionnelle, elle devra donc s'arrêter de travailler pendant une période pouvant aller de quatre semaines à trois mois. La cicatrice laissée par l'intervention est une suture horizontale comparable à celle d'une plastie abdominale. L'intervention doit être complétée par une réimplantation du nombril.

Il arrive que le faisceau de minuscules artères qui irriguent le lambeau cutané (en provenance du muscle abdominal) ne suffise pas à alimenter la totalité du tissu déplacé. Il se peut donc – le phénomène est particulièrement fréquent chez les fumeuses ou chez les diabétiques – que l’irrigation des tissus déplacés soit insuffisante. Notamment pour les portions les plus éloignées du vaisseau sanguin qui les alimente, situées dans la région axillaire. C’est donc dans cette zone qu’une insuffisance circulatoire peut entraîner des perturbations de la cicatrisation sous-cutanée qui, avec le temps, se manifesteront sous la forme d’indurations cicatricielles.

Grâce aux techniques d’imagerie, votre médecin pourra distinguer avec certitude de telles indurations d’une éventuelle récurrence (réapparition de la tumeur).

Techniques de microchirurgie

Les inconvénients de la méthode de reconstruction au moyen de tissus abdominaux ont poussé les chirurgiens à la perfectionner par des techniques opératoires modernes: la transplantation de tissus au moyen de la microchirurgie. Une portion de peau et de graisse abdominales est prélevée avec une toute petite enveloppe musculaire, souvent avec les vaisseaux sanguins (ceux qui l’alimentent seulement).

Après avoir ajusté le tout dans la région du sein amputé, le chirurgien raccorde sous le microscope la greffe aux vaisseaux sanguins de la région axillaire ou près du sternum, entre les côtes, en se servant de fil ultrafin. Cette opération très délicate n’est pas toujours couronnée de succès.

La microchirurgie permet de limiter les inconvénients de l'intervention par TRAM-F: mauvaise irrigation sanguine de certaines zones du nouveau sein, affaiblissement de la paroi abdominale, importante surface opératoire. Toutefois, la greffe du tissu à la circulation sanguine ne réussit pas toujours. L'occlusion d'un vaisseau sanguin peut mener à la perte complète du tissu déplacé: un revers supplémentaire difficile à accepter.

Il est donc impératif d'évaluer très soigneusement dans quel cas cette technique peut être envisagée.

La technique de microchirurgie sera surtout indiquée pour des femmes jeunes, sveltes, sans autres maladies et qui comptent sur la tonicité de leur paroi abdominale (activités sportives ou en vue d'une éventuelle future grossesse).

Seuls les centres universitaires et quelques grandes cliniques sont en mesure de proposer de telles variantes techniques.

L'expérience du chirurgien n'est pas le seul élément déterminant le succès ou l'échec de l'opération, mais aussi la routine acquise par toute l'équipe soignante lors de la phase délicate du monitoring dans les premiers jours suivant l'intervention. Les plus petits signes d'une complication doivent être immédiatement relevés et directement traités si l'on veut réussir à éviter des obturations des vaisseaux sanguins.

Renseignez-vous auprès de votre chirurgien sur les possibilités et les chances de réussite dans votre cas.

Reconstruction du mamelon et de l'aréole

Cette opération se fait toujours de la même manière, indépendamment de la technique choisie pour la reconstruction du sein.

Avant de pouvoir songer à reconstruire le mamelon et l'aréole, il faudra tout d'abord reconstituer le sein lui-même, attendre que l'intervention soit entièrement cicatrisée et entreprendre les petites interventions nécessaires pour corriger la symétrie et le galbe. Entre l'opération de reconstruction du sein et cette intervention finale, il faut donc compter au moins six mois, souvent même une année entière.

Les tissus nécessaires à la reconstruction du nouveau mamelon sont généralement prélevés sur celui du sein en bonne santé, plus rarement dans les lèvres de la vulve. Pour l'aréole, le chirurgien utilisera une portion de peau prélevée tout en haut de la cuisse, à l'intérieur de la jambe, où la pigmentation de l'épiderme est normalement plus prononcée que sur le reste du corps. Un effet similaire peut être obtenu par tatouage de la peau entourant le mamelon.

Certaines femmes préféreront renoncer à cet ultime perfectionnement cosmétique de la reconstruction mammaire. Relevons toutefois qu'il s'agit là d'une intervention brève et peu pénible, qui, selon le procédé choisi, peut parfois même être réalisée sous anesthésie locale et en ambulatoire. La majeure partie des femmes ayant opté pour la reconstruction de leur sein souhaitent ainsi que celle-ci trouve son aboutissement dans cette dernière intervention, qui permettra de donner au nouveau sein un aspect qui soit le plus esthétique possible.

Questions concernant la reconstruction du sein

Il appartient à chacune des femmes ayant subi l'ablation d'un sein de choisir entre une opération de reconstruction et une prothèse externe amovible.

Qui peut bénéficier d'une opération de reconstruction d'un sein?

Les seuls critères déterminants sont vos propres désirs. Votre âge, même s'il est avancé, déterminera tout au plus la technique de reconstruction à adopter.

De plus en plus souvent, les petits foyers cancéreux peuvent être opérés sans qu'il soit nécessaire d'enlever tout le sein. Selon la localisation de la tumeur, il en résulte parfois des bosselures ou une tension qui déforment le sein, en particulier s'il est de petite taille. La radiothérapie – indispensable lors d'ablation partielle – peut durcir et rigidifier les tissus sous la peau. Il peut donc être nécessaire de reconstruire une partie du sein par des tissus prélevés sur le dos ou sur le ventre.

Il se peut que vous ne soyez pas tentée par une reconstruction, mais que vous souhaitiez néanmoins une réduction du volume du sein restant pour rééquilibrer à la fois votre corps et l'image que vous en avez. Si tel est votre cas,

parlez-en ouvertement avec votre médecin. À ce sujet, lisez attentivement la rubrique «Qui paie la reconstruction?» à la page 20.

Surtout ne précipitez pas les choses! Prenez le temps de réfléchir tranquillement à l'option qui vous paraît la mieux adaptée à votre situation.

La brochure de la Ligue contre le cancer «Une prothèse de sein – Comment la choisir» vous informe sur l'utilisation des prothèses amovibles. Vous pouvez l'obtenir gratuitement auprès de votre ligue cantonale (voir p. 22).

Quel est le bon moment pour entreprendre une reconstruction?

Pour que l'intervention puisse avoir lieu, il faudra que la maladie cancéreuse soit guérie ou pour le moins sous contrôle et que la chimiothérapie ou la radiothérapie soient terminées. Dès que cette condition est remplie, l'intervention peut être entreprise en tout temps.

Dans certains cas, la reconstruction peut être réalisée lors de la première intervention, en même temps que l'ablation. Dans les opérations visant à ménager la peau (skin sparing mastectomy) on peut envisager l'implantation d'un ex-

panseur cutané (voir p. 10) au cours de la même narcose. La reconstruction immédiate ne peut être envisagée que si les chances de guérison sont suffisantes et en l'absence de radiothérapie post-opératoire.

La plupart du temps – c'est là le moment idéal – l'opération de reconstruction au moyen de lambeaux cutanés prélevés sur la patiente a lieu six à douze mois après l'amputation.

Qui paie la reconstruction?

La reconstruction du sein après une opération d'un cancer du sein est payée par la caisse-maladie (assurance de base).

En revanche, selon un arrêt du Tribunal fédéral des assurances (TFA) rendu en 2003, les interventions chirurgicales visant à modifier le sein en bonne santé pour redonner une symétrie à la poitrine sont à la charge de la patiente. Ce jugement va à l'encontre de l'objectif médical principal de la reconstruction, qui consiste à aider la patiente à retrouver une symétrie acceptable.

Ce jugement porte préjudice aux femmes qui ont une forte poitrine puisqu'aucune méthode reconstructive ne permet de reconstruire un sein de volume important. En outre, ce jugement n'a jamais été motivé en détail et conduit actuellement à beaucoup d'incertitude et à des échanges de correspondance fastidieux entre les caisses et les chirurgiens.

En règle générale, lorsque la différence est au minimum d'une taille de bonnet de soutien-gorge, les caisses-maladie paient ces opérations correctives. Le chirurgien doit cependant présenter à la caisse-maladie le principe du traitement et se faire garantir la prise en charge des coûts.

Le chirurgien discutera avec vous de la décision de la caisse-maladie. Profitez-en en tout cas pour demander quelle partie des frais il vous reviendra éventuellement d'assumer seule.

Votre ligue cantonale peut également vous être utile et vous conseiller lorsque vous adresserez vos demandes à votre caisse-maladie.

Des contrôles sont-ils nécessaires après la reconstruction?

Avec ou sans reconstruction, votre santé reste prioritaire. Des contrôles réguliers sont indispensables pour votre sécurité.

Tous les contrôles, que ce soit par palpation ou avec l'aide de moyens techniques (mammographie, échographie, tomographie ou résonance magnétique IRM), peuvent être réalisés avec le même degré de fiabilité que le sein ait été reconstruit ou pas. La peur d'une rechute non détectée ne doit donc pas vous inciter à renoncer à la reconstruction de votre sein.

Si vous portez des implants, vous devez les faire contrôler régulièrement (en principe une fois par année) par votre médecin. En général, ils doivent être remplacés tous les 10 à 20 ans.

Un sein tout neuf?

Le sein que l'on a dû vous enlever était unique. Même le meilleur chirurgien du monde ne parviendra pas à vous en refaire un pareil. Le sein reconstruit ne sera pas aussi naturel, souple et sensible qu'un vrai sein. Mais il pourra vous aider à retrouver un équilibre physique et mental.

Nous espérons que cette brochure vous aura incitée à confier vos espoirs et vos craintes à votre compagnon, à votre amie, aux membres d'un groupe d'entraide ou à votre médecin.

Une oreille pour vos questions?

Bien des points n'ont pu être abordés que brièvement dans le cadre de cette brochure qui ne contient que des informations d'ordre général.

Il y a certainement une foule de choses que vous souhaitez encore savoir. Pour obtenir des réponses à vos questions, adressez-vous au médecin qui vous a suivie après votre opération et votre traitement. Il pourra vous donner l'adresse d'un spécialiste, qui saura vous expliquer tous les détails de la reconstruction – et qui procédera à l'intervention si vous le souhaitez.

Vous obtiendrez la liste des spécialistes FMH de chirurgie plastique et reconstructive à l'adresse:

Société Suisse de Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique

15, avenue des Planches
1820 Montreux
tél. 021 963 21 39, fax 021 963 21 49
info@plasticsurgery.ch
www.plastic-surgery.ch



Annexes

Information et soutien

L'équipe médicale et soignante

Elle est là pour vous informer et vous aider à surmonter les problèmes liés à la maladie et au traitement.

Si vous le souhaitez, elle peut également vous mettre en contact avec un psycho-oncologue.

Groupe d'entraide

«Vivre comme Avant»

Nous vous recommandons aussi de prendre contact avec l'association «Vivre comme avant». Vous pourrez ainsi parler de toutes les questions qui vous préoccupent avec des femmes ayant vécu des situations analogues à la vôtre.

Ce sera aussi l'occasion de vous entretenir avec des femmes ayant choisi une opération de reconstruction et d'autres ayant renoncé à suivre cette voie.

«Vivre comme Avant»

Association suisse des femmes opérées du sein

Contact:

Line Schindelholz, Présidente

Rue Rombos 5

2830 Courrendlin

tél. 032 435 60 75

mobile 079 638 84 27

doudou.ljc@bluewin.ch

www.vivre-comme-avant.ch

Votre ligue cantonale contre le cancer

Son rôle est de vous conseiller, de vous accompagner et de vous aider à surmonter les difficultés liées à la maladie. Elle peut également vous proposer des cours et vous aider à clarifier des problèmes d'assurances ou vous aiguiller vers un groupe d'entraide ou un spécialiste (drainage lymphatique, conseils psycho-oncologiques, méthodes complémentaires, etc.).

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une professionnelle de la santé vous écoutera, vous proposera des solutions et répondra avec précision à vos questions sur votre cancer et son traitement. L'appel et les renseignements sont gratuits, et vous n'avez pas besoin de décliner votre identité.

Forums de discussion

Il existe sur Internet des forums de discussion sur le thème du cancer, notamment le forum de la Ligue suisse contre le cancer www.forum-cancer.ch, géré par la ligne InfoCancer. Vous pouvez aussi vous rendre sur le forum de la Ligue française contre le cancer sous www.ligue-cancer.net

Les contacts avec des personnes qui ont traversé des épreuves semblables peuvent vous redonner du courage. N'oubliez toutefois pas que ce qui a aidé un tel ne vous conviendra pas forcément.

Brochures de la Ligue contre le cancer

- > **La vie continue après un cancer du sein**
- > **Une prothèse de sein – Comment la choisir?**
- > **Unis contre le cancer du sein**
Les réponses aux questions essentielles
- > **Unis contre le cancer du sein**
Facteurs de risque et dépistage
- > **Le traitement médicamenteux des cancers**
Chimiothérapie, thérapie anti-hormonale, immunothérapie
- > **La radiothérapie**
- > **Les douleurs liées au cancer et leurs traitements**
- > **Fatigue et cancer**
Identifier les causes, trouver des solutions
- > **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
Peau, coiffure, couleurs et vêtements
- > **L'oedème lymphatique en cas de cancer**
Guide à l'intention des personnes concernées
- > **Difficultés alimentaires en cas de cancer**
- > **Cancer et sexualité au féminin**
- > **Accompagner un proche atteint de cancer**
Suggestions et conseils pour les parents et amis des personnes touchées
- > **Parallèles? Complémentaires?**
Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie
- > **Activité physique et cancer**
- > **Stages**
pour des personnes touchées par le cancer
- > **Quand le cancer touche les parents**
En parler aux enfants
- > **Cancer: comment en parler aux enfants?**
Dépliant contenant conseils et informations pour les parents et les enseignants
- > **Madame Tout-Le-Monde**
La poupée à habiller dans un portfolio en papier et en carton
- > **Prédispositions héréditaires au cancer**
Des réponses aux questions que se posent les familles fortement touchées par le cancer

> **Cancer – quand l’espoir de guérir s’amenuise**

> **Directives anticipées de la Ligue contre le cancer**

15 francs ou téléchargement gratuit sur www.liguecancer.ch/directivesanticipees

> **Cancer – prestations des assurances sociales**

Commandes

> Auprès de la ligue contre le cancer de votre canton

> Téléphone: 0844 85 00 00

> Courriel: boutique@liguecancer

> Internet: www.liguecancer.ch/brochures

Vous trouverez également sur le site www.liguecancer.ch/brochures la liste complète et les descriptifs des brochures publiées par la Ligue contre le cancer.

Internet

www.cancer.ca → Partout au Canada Informations sur le cancer → Type de cancer → Sein → Soins de soutien → Reconstruction.

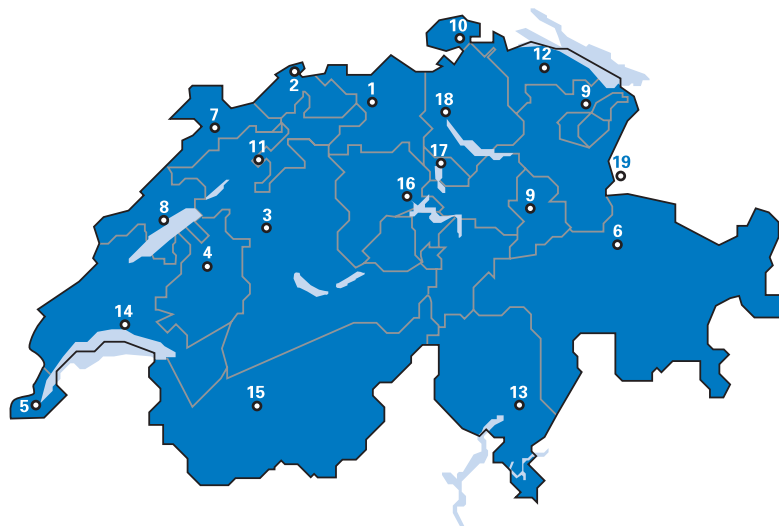
Des explications sur les différentes techniques de reconstruction mammaire.

www.infocancer.org → Localisations → Cancers féminins → Cancer du sein → Traitements → La chirurgie

Sources

Les publications et sites Internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour la rédaction du présent texte. Ils correspondent pour l’essentiel aux critères de qualité de la fondation «La Santé sur Internet» (charte de la fondation, voir www.hon.ch/HONcode/French/).

La ligue contre le cancer de votre région offre conseils et soutien



1 Krebsliga Aargau

Milchgasse 41
5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel

Mittlere Strasse 35
4056 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga Ligue bernoise contre le cancer

Marktgasse 55
Postfach 184
3000 Bern 7
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer Krebsliga Freiburg

route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 426 02 88
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise contre le cancer

11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Graubünden

Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

7 Ligue jurassienne contre le cancer

rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

8 Ligue neuchâteloise contre le cancer

faubourg du Lac 17
case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

**9 Krebsliga Ostschweiz
SG, AR, AI, GL**
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

10 Krebsliga Schaffhausen
Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn
Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Thurgauische Krebsliga
Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

**13 Lega ticinese
contro il cancro**
Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
Fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

**14 Ligue vaudoise
contre le cancer**
place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
fax 021 623 11 10
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0

**15 Ligue valaisanne contre le cancer
Krebsliga Wallis**
Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

**16 Krebsliga Zentralschweiz
LU, OW, NW, SZ, UR**
Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

17 Krebsliga Zug
Alpenstrasse 14
6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6

18 Krebsliga Zürich
Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

19 Krebshilfe Liechtenstein
Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebsshilfe.li
www.krebsshilfe.li
PK 90-3253-1

Ligue suisse contre le cancer

Effingerstrasse 40
case postale
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch
CP 30-4843-9

Brochures

tél. 0844 85 00 00
boutique@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch/
brochures

Forum

www.forumcancer.ch,
le forum internet de la
Ligue contre le cancer

Guide du cancer

www.liguecancer.ch/
guidecancer, le répertoire
internet de la Ligue contre
le cancer avec les offres
de soutien psychosocial
(conseils, cours, etc.) en
Suisse

Ligne stop-tabac

tél. 0844 000 181
max. 8 cts/min.
(sur réseau fixe)
du lundi au vendredi
11h–19 h

Vos dons sont les bien- venus.

Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

du lundi au vendredi
9h–19h
appel gratuit
helpline@liguecancer.ch

Unis contre le cancer

Brochure offerte par la Ligue contre le cancer: