

CHIRURGIE DU SEIN

La Clinique de l'Alma offre une prise en charge experte dans la chirurgie et le traitement du cancer du sein, en étroite collaboration notamment avec [l'Institut Français du Sein](#).

Lorsque la chirurgie carcinologique est envisagée à la suite d'un cancer du sein, pour recréer le volume du sein amputé, partiellement ou dans sa totalité, l'ensemble des techniques de chirurgie plastique et reconstructrice sont proposées et, dans la grande majorité des cas, peuvent être réalisées dans le même temps opératoire.

CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE

CHIRURGIE CONSERVATRICE (TUMORECTOMIE)

En France, le taux de conservation du sein en cas de tumeurs primitives approche 70%.

Si la tumeur n'infiltré pas la membrane basale, la chirurgie conservatrice consiste à retirer uniquement la partie de la glande mammaire contenant la tumeur avec une marge saine de sécurité.

Dans 80% des cas, le chirurgien procède à l'exérèse du ganglion sentinelle – témoin d'une éventuelle extension du cancer – voire à un curage des ganglions axillaires.

CHIRURGIE NON-CONSERVATRICE (MASTECTOMIE)

Plusieurs indications justifient l'ablation du sein en totalité, comme une récurrence de cancer du sein après une radiothérapie, des foyers tumoraux multiples, une lésion tumorale très étendue ou encore une maladie de Paget du mamelon associée à un cancer du sein sous-jacent. L'aréole et le mamelon peuvent être conservés, dans certaines circonstances, notamment lorsque la tumeur n'est pas trop proche de l'aréole.

La mastectomie peut également constituer l'option de référence chez les femmes dont le cancer du sein est dû à une mutation génétique, principalement des gènes de prédisposition BRCA1 et BRCA 2, soit 5 à 10% des cancers du sein découverts chaque année en France.

Le choix de la patiente compte aussi dans la décision de pratiquer une mastectomie. En effet, certaines femmes ne peuvent pas (malformations du thorax etc.) ou ne souhaitent pas recevoir de radiothérapie, nécessaire suite à un traitement conservateur.

D'autres ne désirent pas conserver leur sein par convenance personnelle. Il faut respecter ce choix.

CHIRURGIE DU SEIN

Chez les femmes à risque génétique identifié, c'est-à-dire ayant des mutations les prédisposant fortement à un cancer du sein, il est possible de pratiquer une mastectomie à titre préventif (prophylactique). La glande mammaire est alors retirée tout en préservant l'enveloppe cutanée du sein.

L'une des innovations de l'Institut Français du Sein est l'utilisation des tests génomiques qui limitent fortement, de 35 à 40%, le recours aux chimiothérapies après chirurgie carcinologique en vue d'éviter les récives. En effet, après exérèse de la tumeur, l'analyse des gènes tumoraux peut prédire l'utilité d'une éventuelle chimiothérapie.

CHIRURGIE PLASTIQUE ET DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE

Lorsqu'une chirurgie conservatrice du sein est possible, le chirurgien procède à une oncoplastie : l'architecture du sein est reprise en chirurgie plastique afin de modeler un sein harmonieux.

Dans plus de 95% des cas (les 5% restants concernent des patientes très âgées ou avec des maladies lourdes associées), la reconstruction mammaire est pratiquée dans le même temps opératoire.

La radiothérapie étant connue pour léser les tissus, les prothèses et entraver le processus de cicatrisation, les chirurgiens plasticiens contournent cette difficulté en employant certaines stratégies. L'une d'entre elles consiste à administrer la radiothérapie et la chimiothérapie en amont de l'ablation du sein et de la reconstruction (« séquence inversée »).

La seconde technique, appelée stratégie de reconstruction mammaire « immédiate/différée » est la pose d'une prothèse gonflable une fois le sein retiré, que l'on dégonfle uniquement pendant la radiothérapie. Six semaines après la dernière séquence, la reconstruction est alors envisageable par la technique des lambeaux.

CHIRURGIE DU SEIN

RECONSTRUCTION MAMMAIRE AVEC PROTHÈSES

A la Clinique de l'Alma, les chirurgiens plasticiens réservent les prothèses aux femmes peu corpulentes surtout lorsque la mastectomie est bilatérale du fait de la difficulté d'obtenir une symétrie parfaite entre une prothèse et un sein naturel. L'intervention dure 45 minutes à une heure.

RECONSTRUCTION MAMMAIRE SANS PROTHÈSES (AUTOLOGUES):

Le sein est reconstruit au moyen du lambeau de muscle grand dorsal. Les chirurgiens ne prélèvent qu'un quart du muscle, de la graisse et de la peau du dos. Des injections de graisse secondaires donnent du volume au sein (lipofilling).

Considérée à la Clinique de l'Alma comme la référence et choisie dans près de 50% des cas de reconstruction, la technique par lambeau perforant micro anastomosé abdominal ou DIEP (*Deep Inferior Epigastric Perforator Flap*) utilise la peau du ventre pour reconstruire le sein, évitant ainsi de prélever un muscle dorsal et permettant un volume harmonieux. En pratique, un lambeau libre graisseux est prélevé sur le site abdominal avec une artère et une veine. Puis l'ensemble est anastomosé au moyen de sutures microchirurgicales sur le site receveur mammaire et les vaisseaux mammaires internes. Au-delà d'un résultat esthétique souvent inégalé, l'avantage du DIEP est d'associer dans le même temps opératoire une reconstruction mammaire et une plastie abdominale esthétique. C'est une technique délicate, sa durée d'intervention est cinq fois plus longue qu'une chirurgie avec prothèse. La Clinique de l'Alma a passé une convention avec l'Institut Français du Sein pour rendre plus accessible cette technique de pointe.

Pour des femmes minces avec peu de tissu cutané sur le ventre et qui refusent les prélèvements dorsaux, la peau et l'excédent graisseux sont plutôt prélevés en haut de la face interne de la cuisse (technique du lambeau PAP).