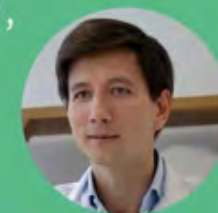




## La reconstruction après cancer du sein

Atelier de psycho-oncologie  
pour les patients et les familles  
présenté par le **Dr J-B. Olivier**  
(chirurgien groupe sein),



**Le lundi 6 février 2017,**  
de 13h30 à 15h30  
dans la salle de conférence  
au 1er étage du site  
CHL Maternité.



L'INSTITUT DU  
SEIN



## Progrès des thérapies ...

---

- Au Grand Duché : 400 cancers du sein /an : 1/jour.
- Touche 1 femme/8 soit risque : 11%.
- 85% de guérison à 5 ans en moyenne
- Guérison > 90% si lésion de petite taille (<2 cm)



## ... toxicité des thérapies

---

- Mutilation chirurgicale (sein, curage)
- Effets secondaires des traitements : (Alopécie, Ongles, Sourcils, Neuropathies)
- Eviction sociale (entourage, couple, travail, finances)
- Douleurs résiduelles (épaules, bras, thorax)
- Lymphoedeme
- Equilibre personnel : angoisses, crainte de la récursive.

**Retentissement sur l'intégrité physique,  
psychologique et sociale**

# L'après cancer...

---



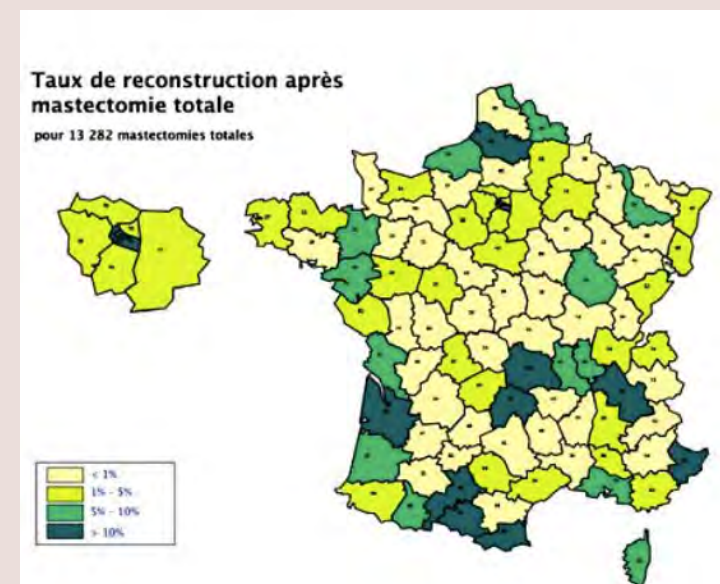
La reconstruction de soi :

- **Retentissement sur l'Intégrité féminine :**
  1. Poids (+5-10 kg), cheveux, phanères
  2. Mutilation chirurgicale (sein curage) : kiné++
- **Effet ménopause induite**
- **Effets secondaires hormonothérapie**
- **Reconstruction psychologique**
- **Conséquences de l'éviction Sociale (travail)**



# Se reconstruire après la guérison ...

- La reconstruction de soi doit elle passer par la reconstruction chirurgicale ?
- En EUROPE : Seulement +/-30% de reconstructions chirurgicales
  1. Motivation personnelle ?
  2. Âge ?
  3. Evolution de la maladie ?
  4. Accessibilité et information ?



# Chirurgie : plusieurs étapes

---

## Reconstruire :

- La forme et le volume du sein amputé
- La symétrie mammaire
- Le mamelon

Plusieurs interventions (  $\geq 3$  interventions)

Durée des procédures : 3 à 12 mois selon les cas.

# Chirurgie personnalisée

---

- Analyse Multifactorielle
- Prise en compte du projet de la patiente



# Implant

## Morphologie

*Volume et forme du  
sein à reconstruire*

*Activité sportive*

Qualité des tissus

Activité professionnelle

Obésité

Cicatrisation après Radiothérapie

*Douleurs*

*Lymphodème*

***Âge***

BRCA

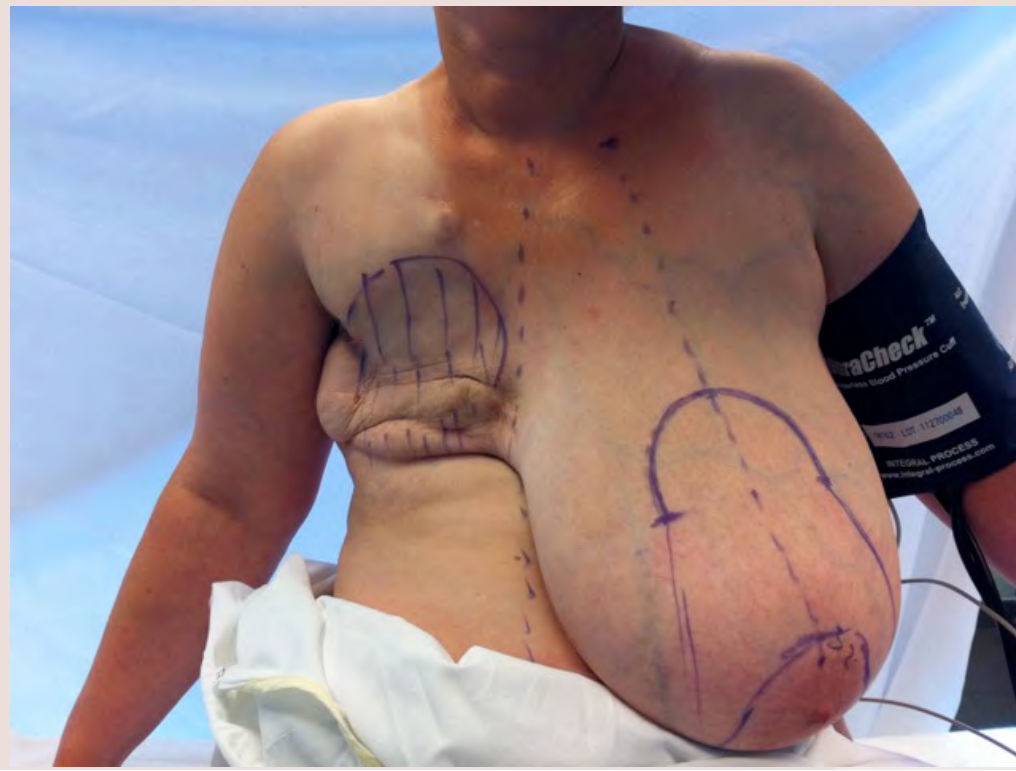
Tabagisme

**Fibrose**

Souhaits de la patiente

Uni ou  
bilatérale







L'INSTITUT DU  
SEIN

# Séquelles radiques : exemple







L'INSTITUT DU  
SEIN

# RÉUSSITE D'UNE CHIRURGIE DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE : DE L'INTÉRÊT DU BINÔME KINÉSITHÉRAPEUTE-CHIRURGIEN

DR JB. OLIVIER<sup>(1)</sup>, DR P. GRATIA<sup>(1)</sup>, DR C. BORSI<sup>(1)</sup>, DR G. SIMON<sup>(2)</sup>, GROUPE SEIN DU CHL<sup>(2)</sup>, MR J. GIPSON<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> L'INSTITUT DU SEIN, 121 ROUTE D'ARLON L-1150 LUXEMBOURG, CORRESPONDANCE : DR JB. OLIVIER@GMAIL.COM <sup>(2)</sup> SERVICE DE CHIRURGIE, CENTRE HOSPITALIER DE LUXEMBOURG, 4 RUE ERNEST BARBLÉ L-1210 LUXEMBOURG, <sup>(3)</sup> CABINET DE KINÉSITHÉRAPIE - 16 AVENUE ANATOLE FRANCE 54000 NANCY

## RÉSUMÉ :

La reconstruction mammaire est un processus complexe à très multiples facettes, pour le patiente socialement, mais également pour le chirurgien dans le dialogue de mise à jour entre la patiente à bon terme.

Il s'agit d'un cheminement qui peut être amical ou de non-entente, préconstruit ou à la carte, dépendant de la situation.

Une des solutions réside certainement dans une étroite collaboration entre les acteurs de cette reconstruction qui sont le chirurgien et le kinésithérapeute.

Nous, à chaque étape d'une reconstruction mammaire, con-

cevons un traitement physique spécifique adapté à la situation et à la technique chirurgicale.

La prise en charge physique débouche souvent sur la chirurgie puis l'accompagnement par le kinésithérapeute de la reconstruction afin d'en optimiser le résultat.

Les auteurs se proposent de décrire et de définir l'impact des techniques de traitement physiques à l'égard de l'impact des techniques chirurgicales.

La prise en charge post-opératoire de ces techniques chirurgicales, en valeur et des traitements physiques offerts à la patiente, sont d'un intérêt essentiel, notamment à la fin de cette chirurgie qui débouche sur le simple retour à la vie.

## INTRODUCTION :

Quand on assiste à la réussite d'une chirurgie de reconstruction mammaire, il convient d'évoquer le rôle du kinésithérapeute - patiente - chirurgien, comme maillon d'une même équipe, à bord d'une même embarcation, évoluant dans le même sens, afin d'arriver à bon port malgré les difficultés rencontrées au cours de ces étapes.

Mais qu'est-ce qui fait le succès d'une telle intervention ?

Tous conditions semblent y contribuer :

1. L'absence de douleurs chroniques post-opératoires ou du moins à bon terme.
2. Un résultat esthétique abouti.
3. L'acceptation et l'adaptation du nouveau sein par la patiente.

## L'AVANT RECONSTRUCTION :

La réussite du résultat esthétique et la prise en compte de la qualité de vie de la patiente sont les deux axes de la prise en charge de la reconstruction mammaire. L'esthétique d'un sein reconstruit étant étroitement liée à la qualité de la cohabitation de cette intervention.

Ainsi, si la chirurgie de la mastectomie se doit de respecter quelques règles de base qui sont :

- Une cicatrice fine et bien située, ne débordant pas sur l'aréole.
- L'absence de retard cicatriciel au regard de la cicatrice une fois le sein remis en place.
- L'absence d'écoulement ou de sécrétion au niveau du prolongement axillaire du sein.

Une vigilance dans l'appréhension des données et des tissus sous-cutanés (Fig. 1).

Tous ces points, s'ils sont négligés au cours de la mastectomie totale, peuvent avoir des conséquences graves sur la qualité de la reconstruction, au point où on ne peut les rectifier, venant atténuer les chances d'un bon résultat.

Néanmoins, malgré une chirurgie de mastectomie réalisée dans les règles de l'art, certaines complications chirurgicales peuvent survenir, impliquant d'une part des douleurs chroniques et d'autre part une difficulté supplémentaire pour l'appréhension esthétique du nouveau sein.

Dans ce domaine, l'impact du chirurgien est la forme, le geste, le geste de la chirurgie, et la qualité de la cicatrice.

Autant de contraintes qui viennent altérer le résultat esthétique, et qui sont à l'origine de douleurs, conduisant à un résultat final en infériorité de la qualité (Fig. 2).

Le bon geste opératoire peut être la conséquence d'une lymphonéoplasie chronique, au point de l'engager alors un traitement au point de la cicatrice (lymphonéoplasie) plus ou moins localisée, qui contribue à la qualité de la cicatrice.

La lymphonéoplasie peut succéder à une tumeur au niveau d'un vaisseau lymphatique, se situant au niveau de la peau ou de l'aréole.

La lymphonéoplasie chronique est une tumeur de faible malignité et de grande fréquence. Elle se caractérise par la présence de cellules tumorales qui colonisent la tumeur, qui peut être créée lors de la chirurgie et, de ce fait, la cicatrice est le lieu de la tumeur, qui peut être la source de la tumeur.

Si cette lymphonéoplasie n'est pas prise en compte, la reconstruction mammaire risque d'être compromise, de la zone de la tumeur, qui contribue à la qualité de la cicatrice.

La tumeur post-opératoire peut être à l'origine de douleurs plus ou moins intenses, parfois accompagnées par des changements circulatoires de la température et qui peuvent aussi survenir chez 15 à 20 % des patientes, soit en regard de la peau thoracique, soit dans la région axillaire.

Elles peuvent s'expliquer au niveau de la face inférieure du bras. Elles peuvent aussi être la conséquence de lymphonéoplasies lymphatiques superficielles, faciles à repérer sous la forme d'un contour douloureux plus ou moins étendu à gauche en charge par le kinésithérapeute.

Une existence peut contribuer à la diminution de la mobilité de l'épaule.

Ainsi, on observe un réel mécanisme en cascade résumé comme suit :

Quelque soit l'impact des douleurs >>> Troubles de la mobilité.

Enfin, les douleurs ganglionnaires axillaires entraînent souvent la section de nerfs sensitifs superficiels et, de ce fait, une diminution de la sensibilité au niveau de la face inférieure du bras. Une sensation d'insécurité-dysfonction de cette zone en découlant, avec une implication "de crainte" entre le bras et le thorax. La partie inférieure du bras se détache et une reconstruction au moins partielle avec reconstruction mammaire est possible à partir de la partie axillaire. La reconstruction se fait sur plusieurs mois, il faut y associer une diminution de la force motrice, parfois, avec parfois des douleurs, quotidiennes (Fig. 3).

Chacun de ces critères étant présents à un niveau variable selon les patientes.

Ainsi, par exemple, une femme pourra s'exprimer un « nouveau sein » malgré des défauts esthétiques, si celui-ci n'est pas douloureux.

A l'inverse, si des douleurs chroniques deviennent insupportables, certaines patientes pourront avoir du mal à accepter un résultat, aussi réussi soit-il.

Ainsi, si couple kinésithérapeute - chirurgien doit fonctionner de concert afin de faire à temps ces constatations.

Cette prise en charge commune débouche tout au long du traitement, qui s'agit de la prise en compte de la mastectomie, pendant la reconstruction mammaire, les étapes de reconstruction mammaire à proprement parler.

La prise en charge post-opératoire de ces complications par le kinésithérapeute est urgente (dans les premiers jours suivant l'intervention) et son instauration doit être la plus précoce possible.

En effet, à l'issue d'une chirurgie de mastectomie, l'impact musculaire est en général d'un effet positif, mais il faut, 3 semaines avant de débuter la radiothérapie thoracique, des réhabilitations thérapeutiques se suivent.

L'absence post-opératoire de la tumeur de la face inférieure du bras, la radiothérapie thoracique induit une modification de la forme post-opératoire et tout ce qui peut être corrigé avant le début de la radiothérapie, est donc de l'impact de la radiothérapie, ainsi, la mobilité de l'épaule, la forme du bras, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

En effet, la pratique nous confirme qu'au mieux, la radiothérapie thoracique est la cause de la tumeur, le résultat cicatriciel de la mastectomie, l'impact de la tumeur, le drainage d'un sérome local, le drainage d'un lymphonéoplasie, ou bien encore la présence de thromboses lymphatiques, sont autant de points devant focaliser l'intérêt du kinésithérapeute dans son travail.

## LA PÉRIODE DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE :

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une période essentielle et précise afin de préparer les tissus à la radiothérapie et le début de la reconstruction mammaire.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

Ceci afin d'y faire passer le lambeau de sa position initiale vers sa position finale antérieure.

S

L'INSTITUT DU  
SEIN

La reconstruction mammaire comporte plusieurs protocoles visant à restaurer :

1. Le volume du sein amputé dans le respect d'une forme harmonieuse. (Reconstituant une forme en créant un aréole cutanée dans la région thoracique, soit par repigmentation de la peau restante, soit par apport de tissu autologue, la reconstruction du volume étant assurée soit par l'apport de graisse soit par la mise en place d'un implant.)

2. L'aspect symétrique des deux seins (correcteur d'une hyperhypertrophie, ou d'une atrophie du sein controlatéral).

3. La cicatrice aréola-mammaire (Fig. 4).

La reconstruction ne rétablit ni la sensibilité du sein ni la fonction de lactation.

L'apport de peau est assuré par :

• L'apport cutané (implant d'expansion temporaire).

• La chirurgie de lambeau : thorax ou aponévrotique.

L'apport de volume est assuré quant à la :

• La présence d'écoulements graisseux mobilisables au niveau de l'aréole, après un traitement préalable.

• Un implant.

• L'utilisation de répartition de tissu adipeux (lipofilling) est rarement utilisée pour un apport complet mais plutôt partiel.

Idéalement, la technique proposée devrait être adaptée aux souhaits exprimés ou implicites de la patiente. Il en va de la souplesse du sein reconstruit, de son caractère et de son aspect naturel, mais aussi de son volume, ainsi que de la fonction cicatricielle que la patiente est prête à supporter.

Néanmoins, de telles contraintes viennent contraindre bien souvent ce choix spontané. Les possibilités techniques existent, mais elles sont limitées par les contraintes anatomiques, par le terrain : morphologie de la patiente, obstacles morphologiques du sein contralatéral, âge, activité sportive, professionnelle, caractère bilancé de la reconstruction.

Des contraintes locales liées aux séquelles des traitements loco-régionaux qui sont la chirurgie et la radiothérapie, conduisent également le recours à certaines techniques.

Une coordination entre le chirurgien et le kinésithérapeute, dans ces situations, permet de travailler focalisé sur certains points, afin d'être en mesure de ne pas en oublier d'autres, et de pouvoir proposer malgré tout, aux patientes un panel complet des différentes techniques qui leur correspondent.

La connaissance des techniques de reconstruction et l'attitude chirurgicale des kinésithérapeutes peuvent renvoyer utilement le praticien sur l'attitude du chirurgien.

Ainsi, par exemple, la dissection d'un lambeau de muscle grand dorsal implique la réalisation de la dissection du bras, ainsi qu'un deuxième bras, au sein d'un tissu fibreux et partiellement innervé (Fig. 5).

Ainsi, par exemple, la dissection d'un lambeau de muscle grand dorsal implique la réalisation de la dissection du bras, ainsi qu'un deuxième bras, au sein d'un tissu fibreux et partiellement innervé (Fig. 5).

Ainsi, par exemple, la dissection d'un lambeau de muscle grand dorsal implique la réalisation de la dissection du bras, ainsi qu'un deuxième bras, au sein d'un tissu fibreux et partiellement innervé (Fig. 5).

Ainsi, par exemple, la dissection d'un lambeau de muscle grand dorsal implique la réalisation de la dissection du bras, ainsi qu'un deuxième bras, au sein d'un tissu fibreux et partiellement innervé (Fig. 5).

Ainsi, par exemple, la dissection d'un lambeau de muscle grand dorsal implique la réalisation de la dissection du bras, ainsi qu'un deuxième bras, au sein d'un tissu fibreux et partiellement innervé (Fig. 5).

Ainsi, par exemple, la dissection d'un lambeau de muscle grand dorsal implique la réalisation de la dissection du bras, ainsi qu'un deuxième bras, au sein d'un tissu fibreux et partiellement innervé (Fig. 5).

Ainsi, par exemple, la dissection d'un lambeau de muscle grand dorsal implique la réalisation de la dissection du bras, ainsi qu'un deuxième bras, au sein d'un tissu fibreux et partiellement innervé (Fig. 5).

Ainsi, par exemple, la dissection d'un lambeau de muscle grand dorsal implique la réalisation de la dissection du bras, ainsi qu'un deuxième bras, au sein d'un tissu fibreux et partiellement innervé (Fig. 5).

Ainsi, par exemple, la dissection d'un lambeau de muscle grand dorsal implique la réalisation de la dissection du bras, ainsi qu'un deuxième bras, au sein d'un tissu fibreux et partiellement innervé (Fig. 5).

Ainsi, par exemple, la dissection d'un lambeau de muscle grand dorsal implique la réalisation de la dissection du bras, ainsi qu'un deuxième bras, au sein d'un tissu fibreux et partiellement innervé (Fig. 5).

Ainsi, par exemple, la dissection d'un lambeau de muscle grand dorsal implique la réalisation de la dissection du bras, ainsi qu'un deuxième bras, au sein d'un tissu fibreux et partiellement innervé (Fig. 5).



L'INSTITUT DU  
SEIN

# Quelles Solutions ?

Dr Jean-Baptiste OLIVIER



L'INSTITUT DU  
SEIN

# Combiner différentes techniques

---

**Lambeaux : Transfert de tissu** (muscle et/ou graisse)  
vascularisés ou revascularisés par microchirurgie.

- Dorsal : Lambeau de muscle grand dorsal
- Abdominal : DIEP
- Région fesse

**Greffe : transfert de graisse non vascularisée**

- Lipofilling, lipomodelage

**Corps étrangers**

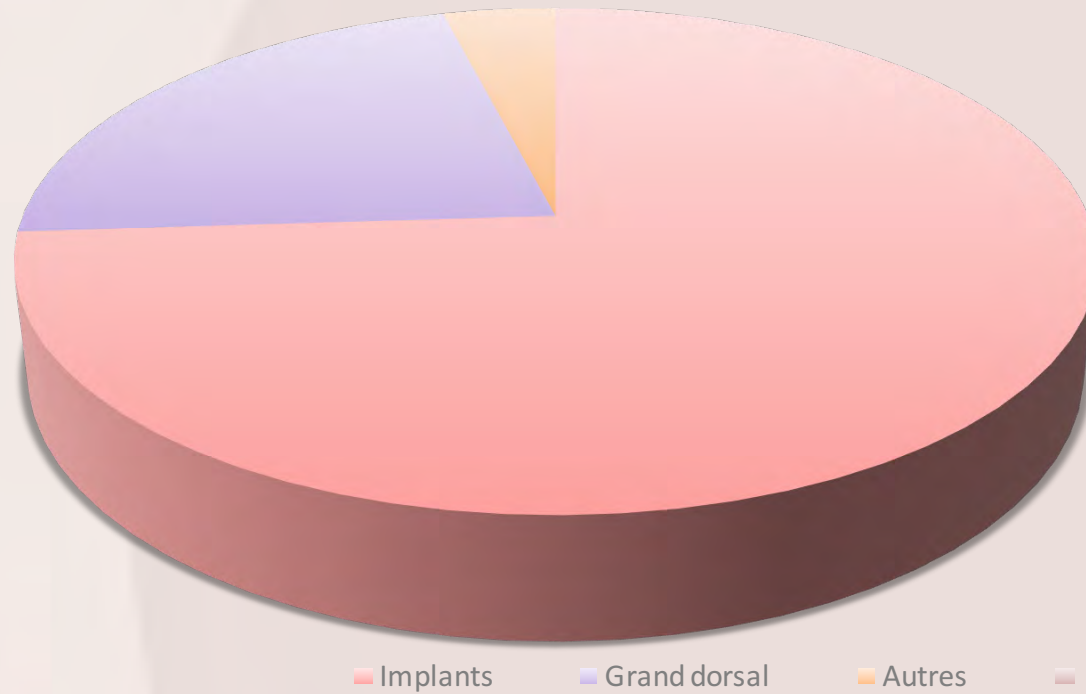
- Implant en silicone
- Implant gonflé au sérum physiologique
- Implant mixte ( séum et silicone : Becker)





L'INSTITUT DU  
SEIN

## Techniques de reconstructions immédiates



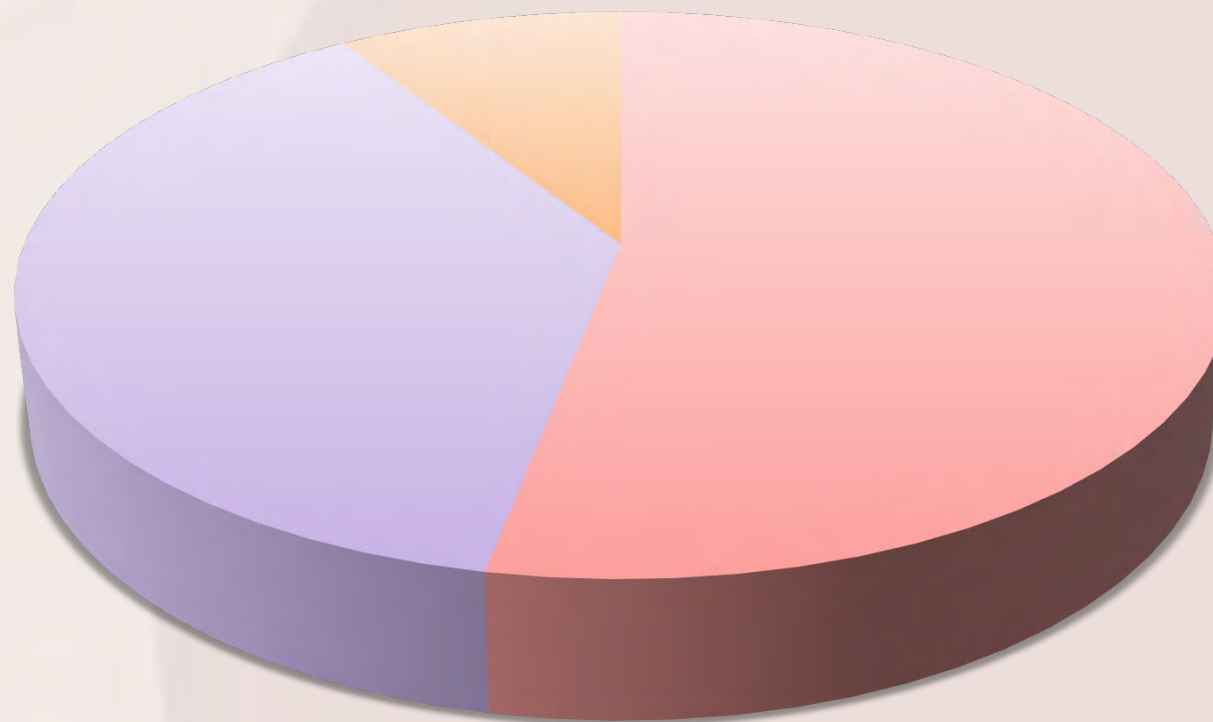
**17% de RMI en France**  
**Suède : 9% RMI (2013)**  
**Ontario : 17% de RMI (2011)**  
**UK : 23% (2014)**  
**US 38% (2008)**

Dr Jean-Baptiste OLIVIER



L'INSTITUT DU  
SEIN

## Reconstructions mammaires différées



Implants   Lambeaux dorsaux   Autres

# Reconstruction immédiate ou plus tard ?

	Besoin de volume	Besoin de peau	Résultat esthétique	Douleurs
<b>Immédiate</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>+++</b>	<b>--</b>
<b>Plus tard...</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>---</b>	<b>+</b>

5% de dépose d'implants en RMI  
35% de coques après rth  
site [BRASCORE.org](http://BRASCORE.org) : outil décisionnel complications reconstruction.

# Breast Reconstruction Risk Assessment (BRA) Score

To calculate the estimated risk for postoperative complications in a patient who underwent mastectomy with immediate tissue expander or autologous reconstruction, complete the following worksheet.

Models have been abstracted from data furnished by the Participant Use Files of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium (MROC), Tracking Operations and Outcomes for Plastic Surgeons (TOPS), and National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) databases.

The MROC database is generated from a multi-institutional study centered at University of Michigan whose purpose was to assess outcomes following breast reconstruction after mastectomy. [More information.](#)

The TOPS database is generated from a multi-institutional collaboration of plastic surgeons who voluntarily enter cases into a central database. It is maintained by the American Society of Plastic Surgeons. [More information.](#)

The NSQIP database is generated from a multi-institutional collaboration of hospitals that contribute data from surgical cases into a central database. It is maintained by the American College of Surgeons. [More information.](#)

Height  ☒ in ☐ m

Weight  ☒ lb ☐ kg

Age

Do you have high blood pressure or are you taking medications for high blood pressure? ☐ Yes ☒ No

Have you been diagnosed with diabetes mellitus? ☐ Yes ☒ No

Have you experienced difficult, painful, or labored breathing? ☐ Yes ☒ No

(only count if 30 days or fewer prior to procedure)

Have you undergone chemotherapy? ☐ Yes ☒ No  
(only count if 30 days or fewer prior to procedure)

American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status Classification

[What is this?](#)

Smoking Status

## Bleeding Risks:

Vitamin K Deficiency ☐ Yes ☒ No

Thrombocytopenia ☐ Yes ☒ No

Hemophilia ☐ Yes ☒ No

Other Diagnosed Clotting Disorder ☐ Yes ☒ No

Coumadin, NSAIDs, or Other Anti-Coagulant NOT Discontinued Prior to Surgery ☐ Yes ☒ No

Chronic Aspirin Therapy ☐ Yes ☒ No

## Have you ever had a:

Balloon Angioplasty ☐ Yes ☒ No

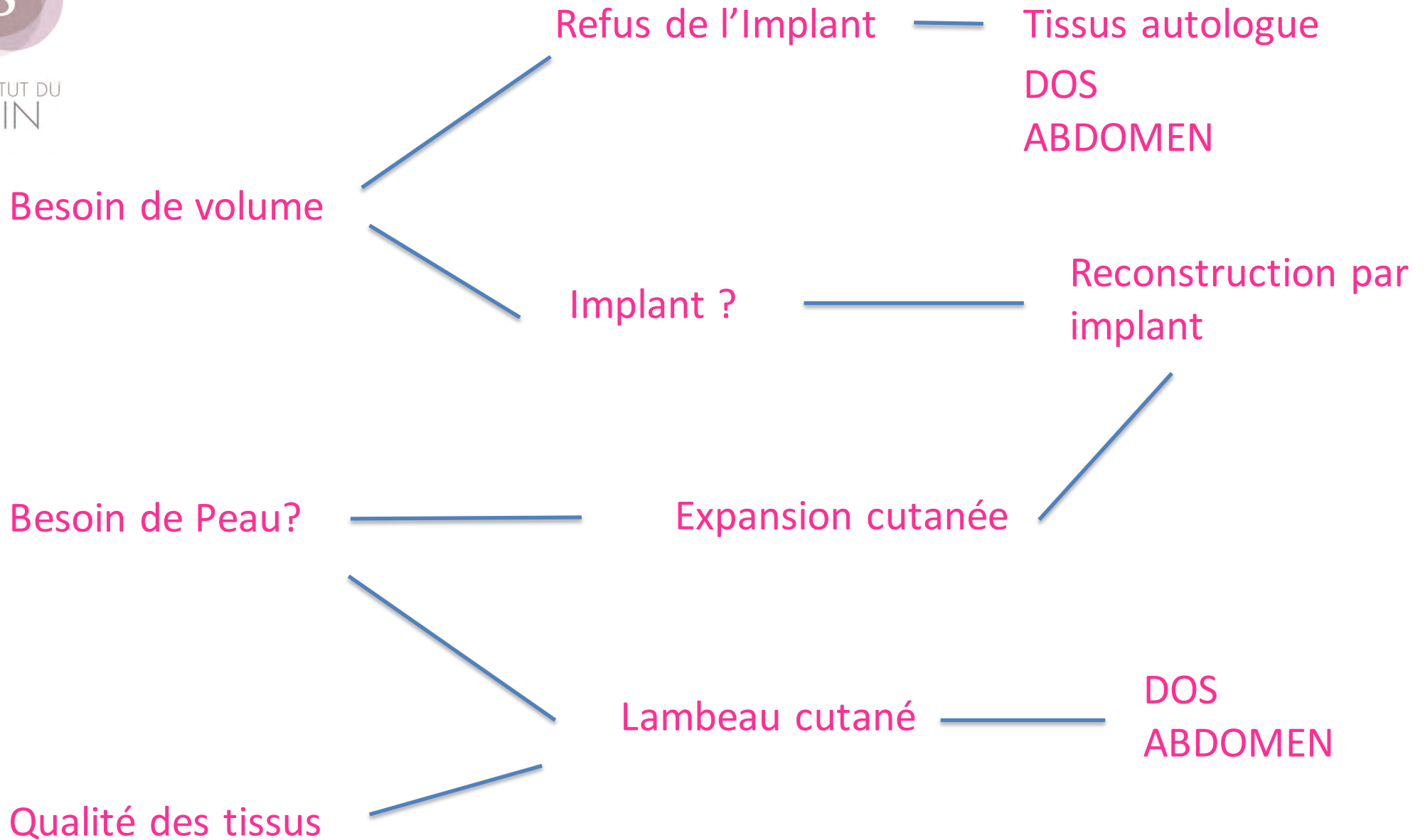
Stent Placement ☐ Yes ☒ No

Coronary Artery Bypass Graft ☐ Yes ☒ No

Valve Replacement/Repair ☐ Yes ☒ No

Implantation of Pacemaker/Defibrillator ☐ Yes ☒ No

Other major cardiac surgery ☐ Yes ☒ No







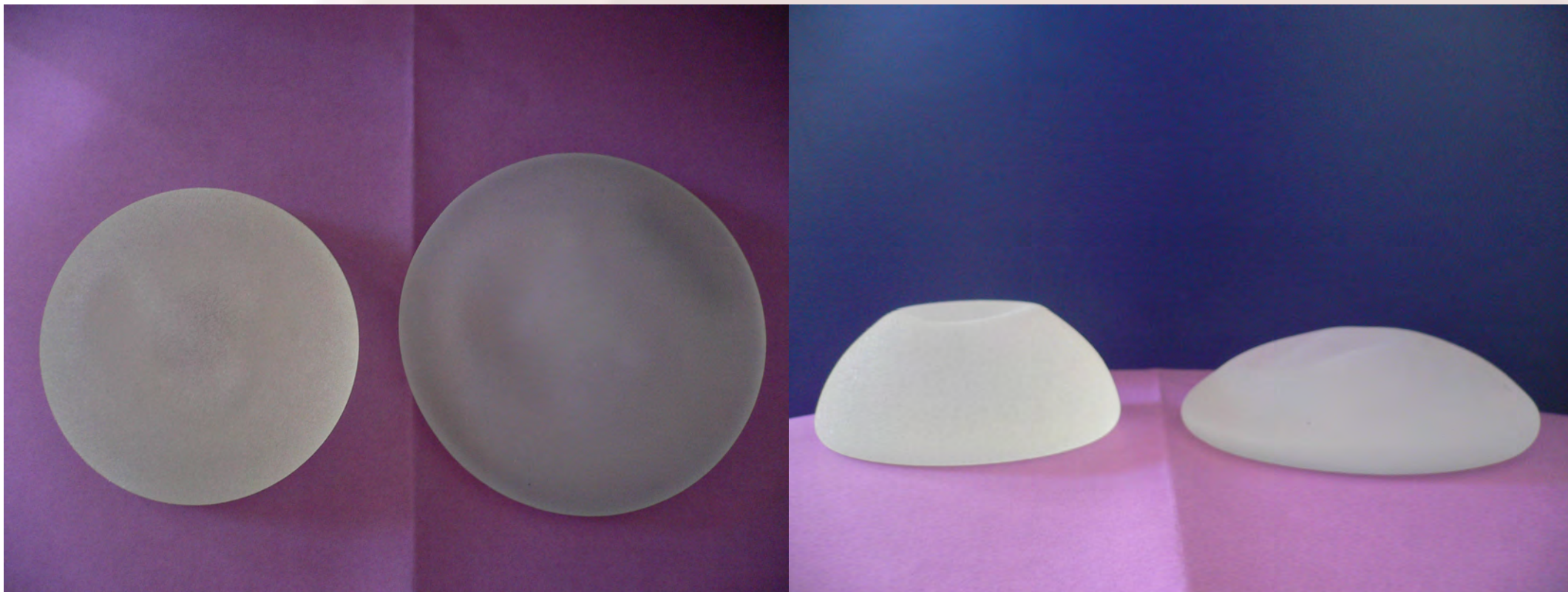
L'INSTITUT DU  
SEIN

# Implant mammaire

Dr Jean-Baptiste OLIVIER

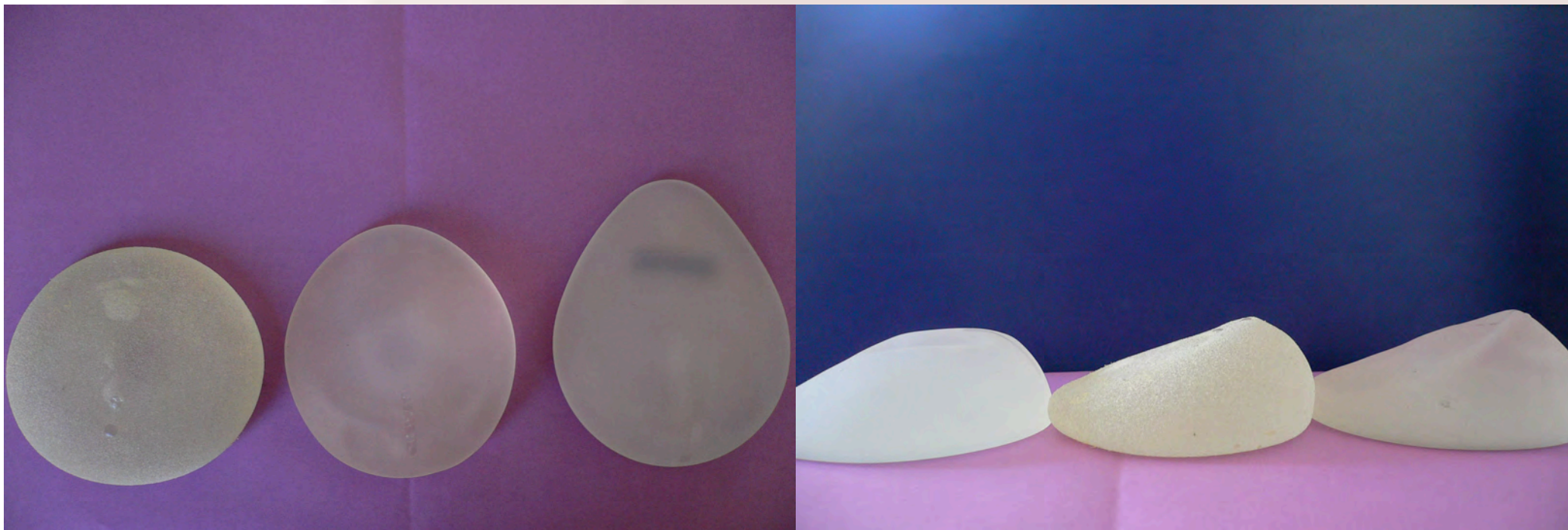
# Implants Mammaires (70 à 80% des RMI)

---



# Implants Mammaires

---







L'INSTITUT DU  
SEIN



Incision de la mastectomie



Expandeur/implant avec  
port d'injection distant

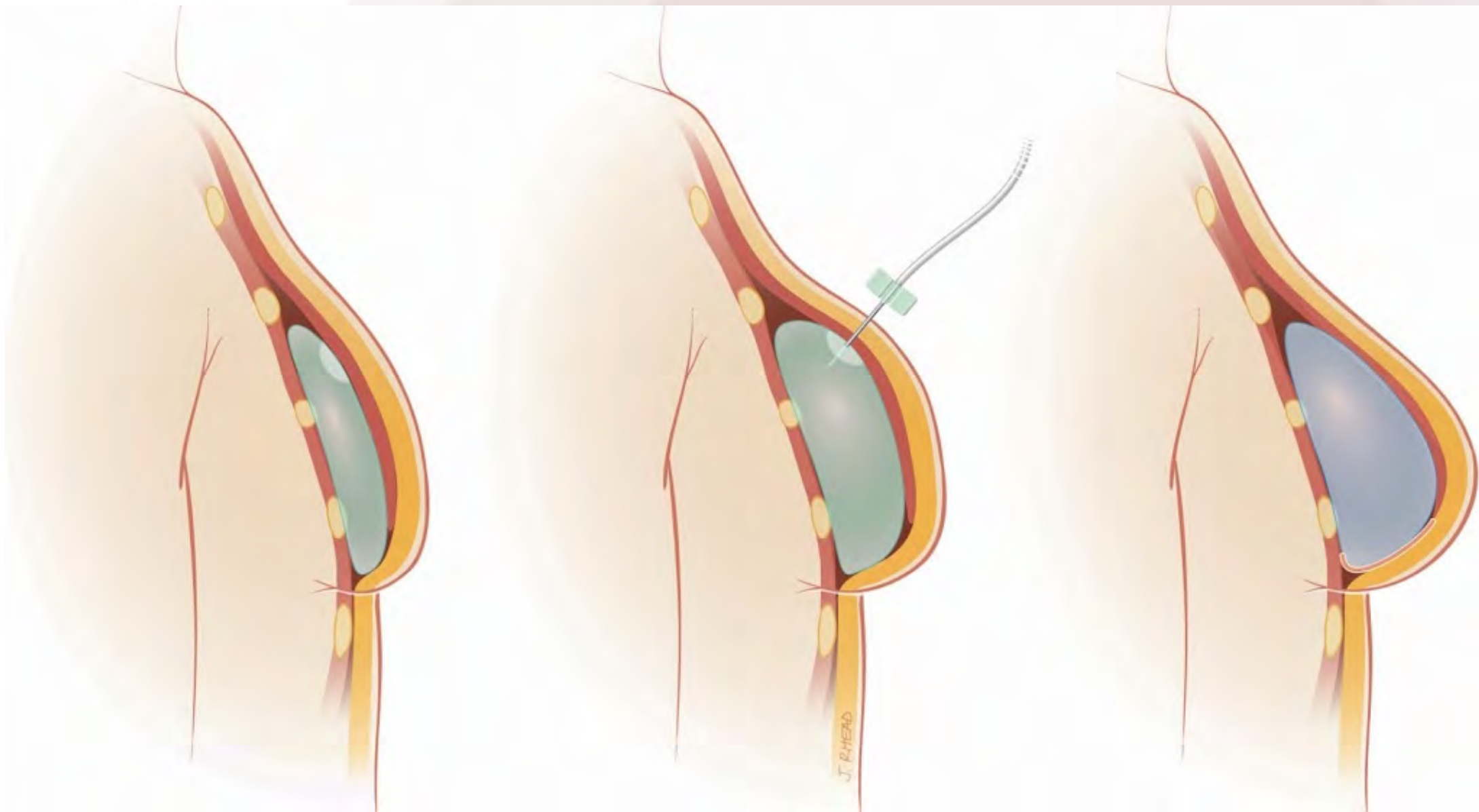


Expandeur tissulaire avec  
port d'injection intégré



Résultat final









L'INSTITUT DU  
SEIN





Dr Jean-Baptiste OLIVIER

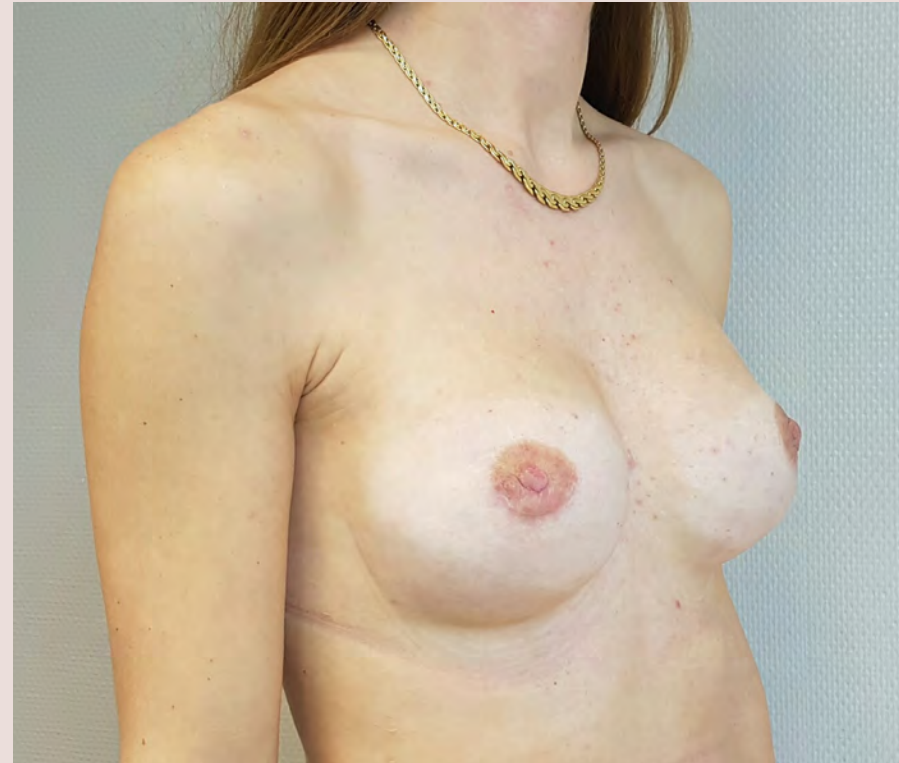
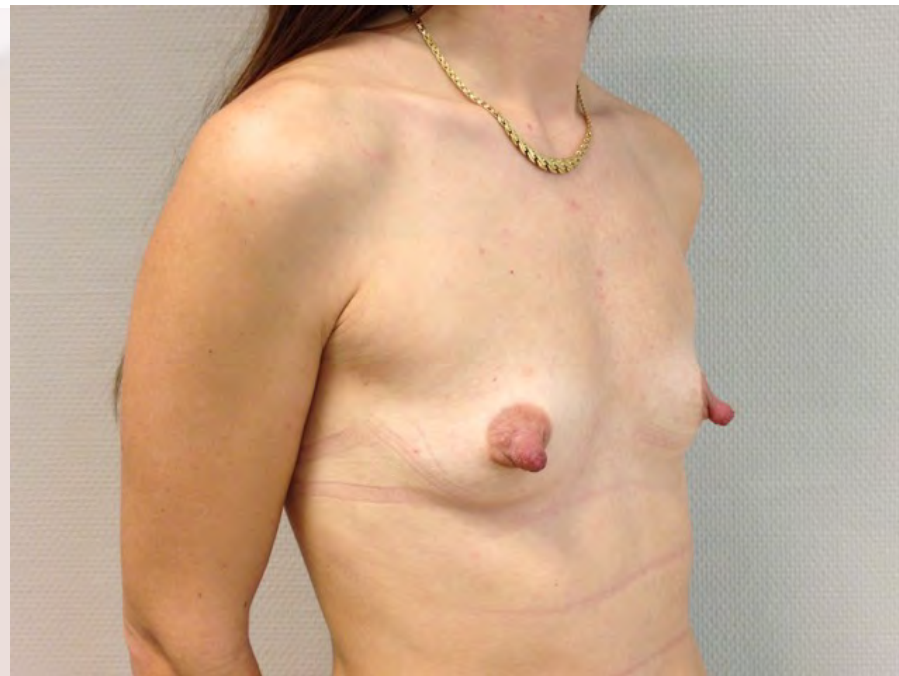
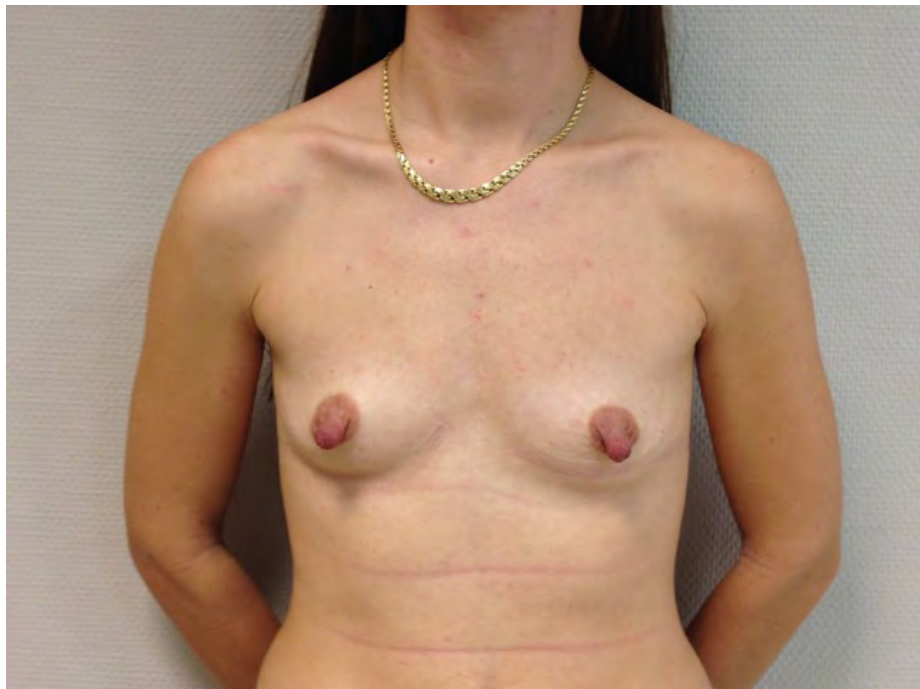




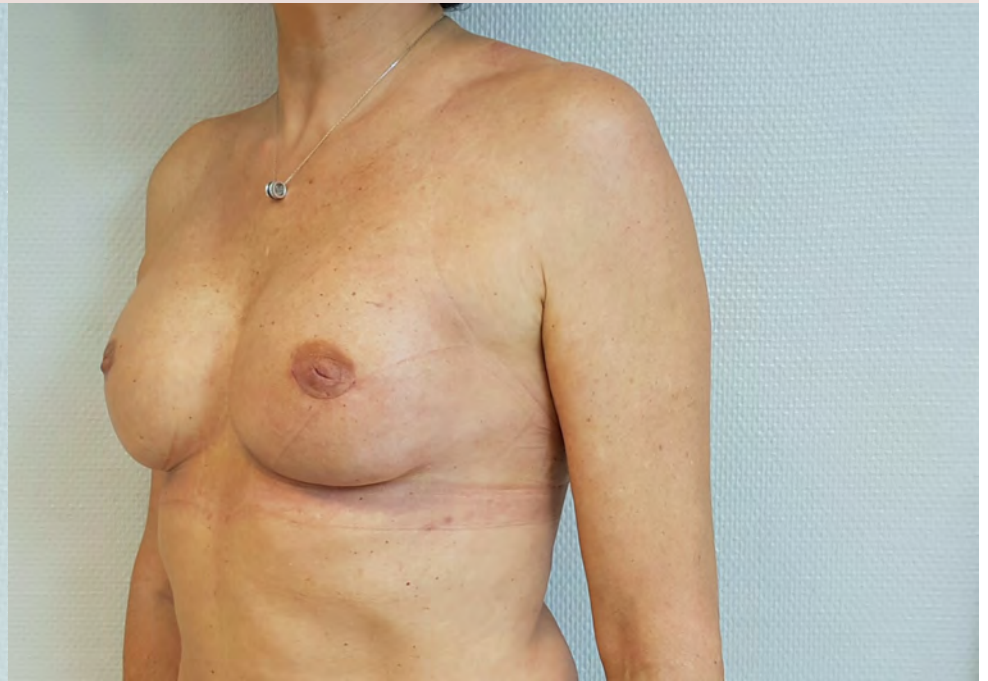
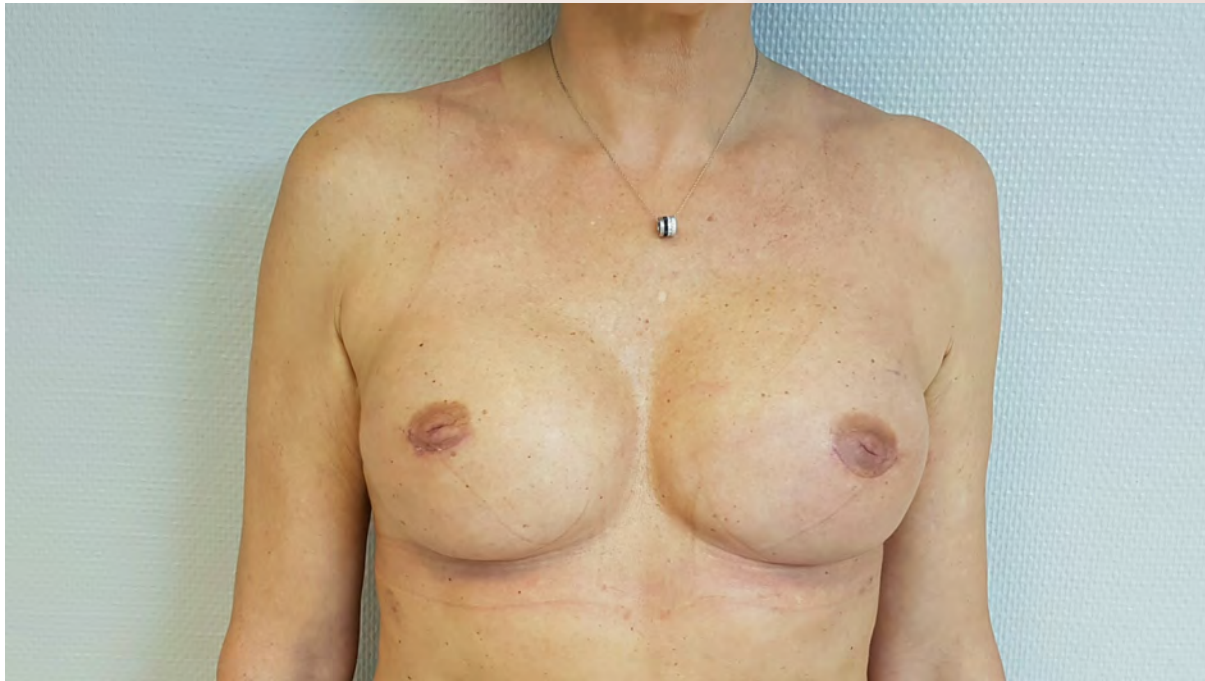
Dr Jean-Baptiste OLIVIER













L'INSTITUT DU  
SEIN

# Reconstructions naturelles (dos)

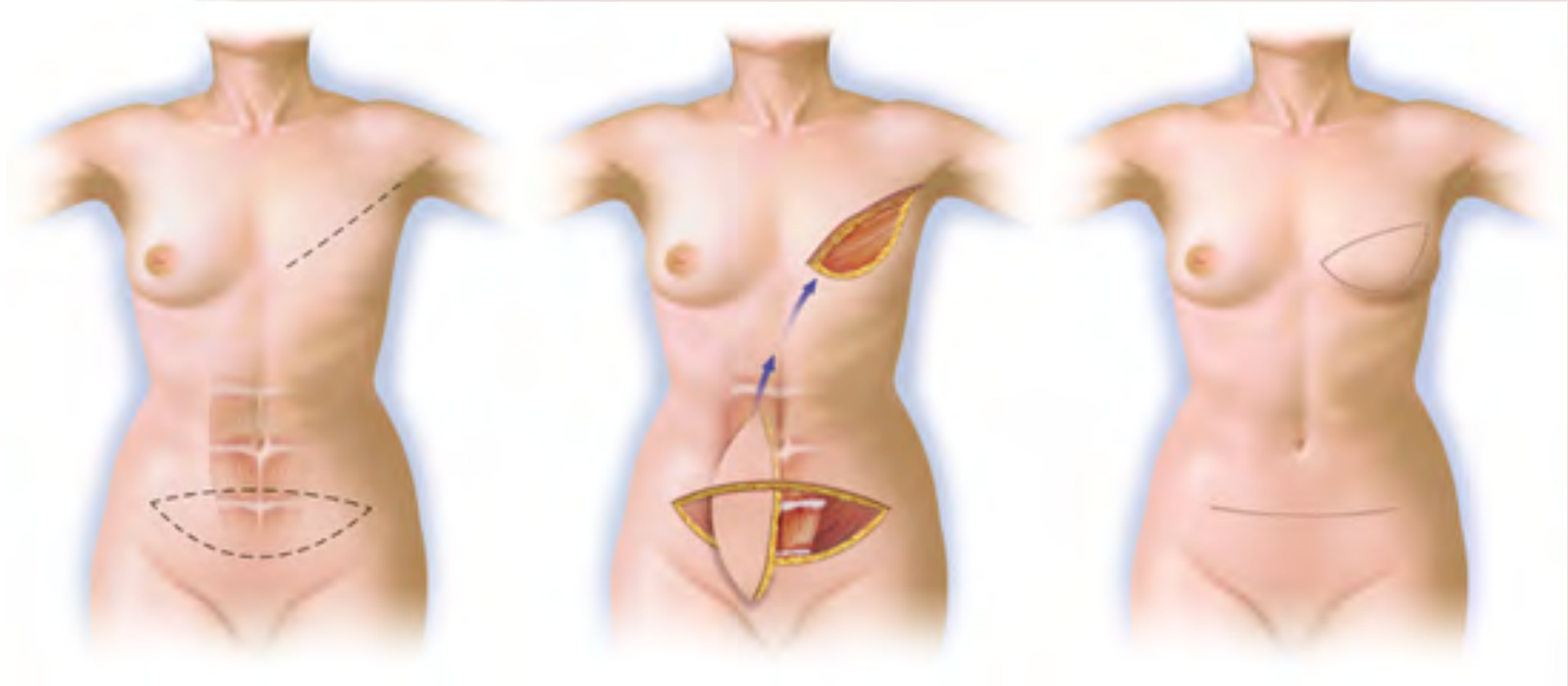
---





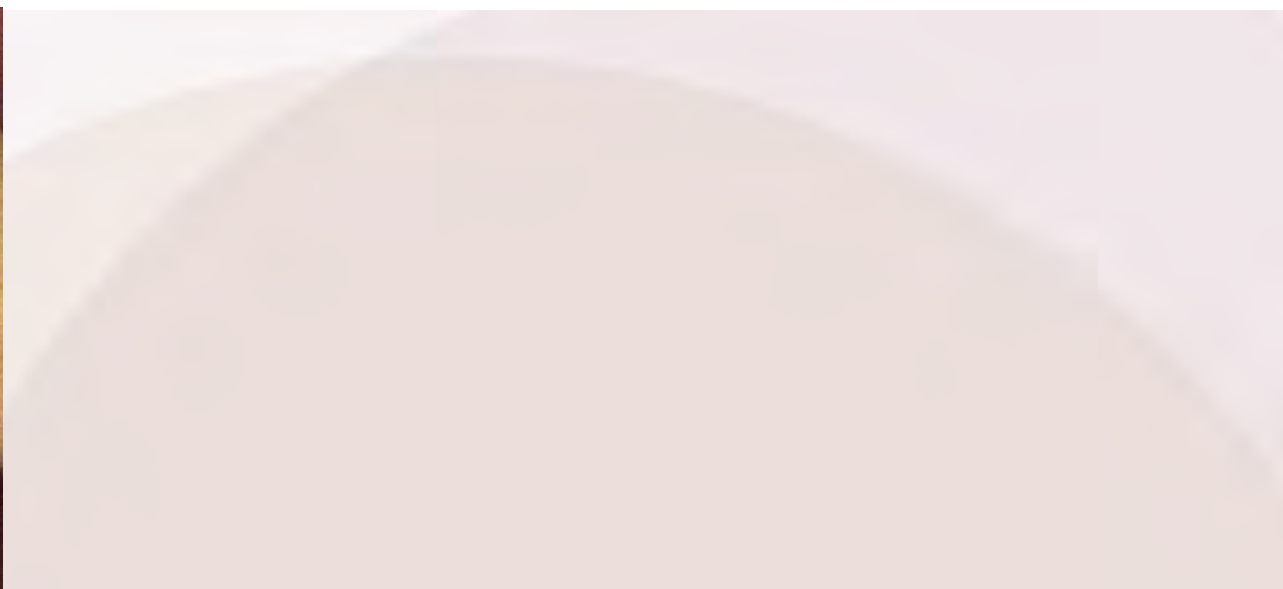
L'INSTITUT DU  
SEIN

# Reconstructions naturelles (Abdomen)



Dr Jean-Baptiste OLIVIER

















L'INSTITUT DU  
SEIN













# Patientes BRCA+ : Mastectomie controlatérale

- Augmentation du risque de 2<sup>ème</sup> cancer du sein à distance du premier
- Risque controlatéral : x 4 à x 6  
20 à 42% à 10 ans vs 5 à 6% *Bordeleau 2010*  
Délai moyen de survenue : 5,7 années. *Metcalfe 2014*

DOI 10.1007/s10549-009-0566-z

REVIEW

**Prognosis of *BRCA*-associated breast cancer:  
a summary of evidence**

L. Bordeleau • S. Panchal • P. Goodwin

*Clin Genet* 2014; 85: 21–30  
Printed in Singapore. All rights reserved.

Original Article

Health care provider recommendations  
for reducing cancer risks among women  
with a *BRCA1* or *BRCA2* mutation

© 2013 John Wiley & Sons A/S.  
Published by John Wiley & Sons Ltd  
CLINICAL GENETICS  
doi: 10.1111/cgge.12233



# Prophylaxie secondaire : Patientes BRCA-

---

- Risque de récurrence contralatérale :
- 5 à 6% à 10 ans
- Réduction du risque de 97%.

- Metcalfe K, Lynch HT, Ghadirian P, Tung N, Olivotto I, Warner E et al (2004) Contralateral breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. J Clin Oncol 22:2328–2335
- van Sprundel TC, Schmidt MK, Rookus MA, Brohet R, van Asperen CJ, Rutgers EJ et al (2005) Risk reduction of contralateral breast cancer and survival after contralateral prophylactic mastectomy in BRCA1 or BRCA2 mutation carriers. Br J Cancer 93:287–292

# Reconstruction – Complications

---

## 223 Mastectomies et RMI

- suivi : 6,6 ans
- 52% complications
- 10% de dépose d'implants
- A 6 ans : 64 % de ré interventions

*Ann Surg.* 2011 Jun;253(6):1147-54. doi: 10.1097/SLA.0b013e318214b55a.

**Bilateral prophylactic mastectomy in Swedish women at high risk of breast cancer: a national survey.**

Arver B<sup>1</sup>, Isaksson K, Atterhem H, Baan A, Bergkvist L, Brandberg Y, Ehrencrona H, Emanuelsson M, Hellborg H, Henriksson K, Karlsson P, Loman N, Lundberg J, Ringberg A, Askmalin MS, Wickman M, Sandelin K.

 **Author information**

# Reconstruction – Complications

---

Série Institut Curie (Paris)

1990-2002 :

780 RMI implants

6% : complications immédiates

35% : complications tardives

A 5 ans : 37 % de ré interventions



# Lipofilling

- Tissus graisseux riche en cellules souches
- Effet de régénération et revitalisation des tissus
- Augmentation de volume
- Lissage des contours des implants
- **Quasi systématique**



# Lipofilling

- La technique présente un taux de complications précoce faible (0 à 4%) d'évolution favorable
- le taux de complications tardives (modifications radiologiques de type calcifications et cytotéatonecrose) est plus fréquente (6 à 40%).
- L'interprétation des examens d'imagerie par des radiologues expérimentés en sénologie permet habituellement de différencier les calcifications dues à l'acte des calcifications malignes,
- aucune étude n'a retrouvé d'augmentation de risque de cancer du sein après injection de graisse. Néanmoins, l'injection de graisse n'en empêchera pas la survenue si celui-ci devait apparaître,
- en cas de correction de séquelles esthétiques d'un traitement conservateur du cancer du sein, un bilan radiologique préopératoire est indispensable les 6 mois qui précèdent l'intervention et devrait comprendre une mammographie, une échographie mammaire et axillaire ainsi qu'une IRM. Après 1 an, la patiente rejoint le bilan classique de suivi après traitement d'un cancer du sein,
- **Le nombre de séance d'injection nécessaire est surtout fonction du volume à reconstruire et du terrain.**



L'INSTITUT DU  
SEIN

# Symétrisation de l'autre sein

Dr Jean-Baptiste OLIVIER





L'INSTITUT DU  
SEIN



Dr Jean-Baptiste OLIVIER

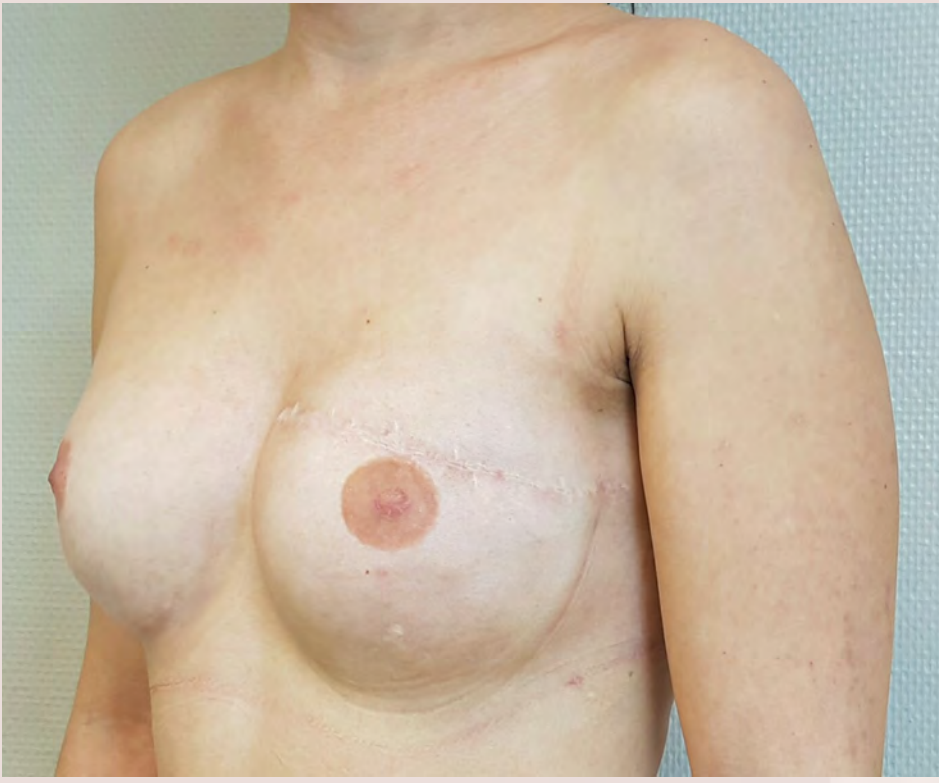
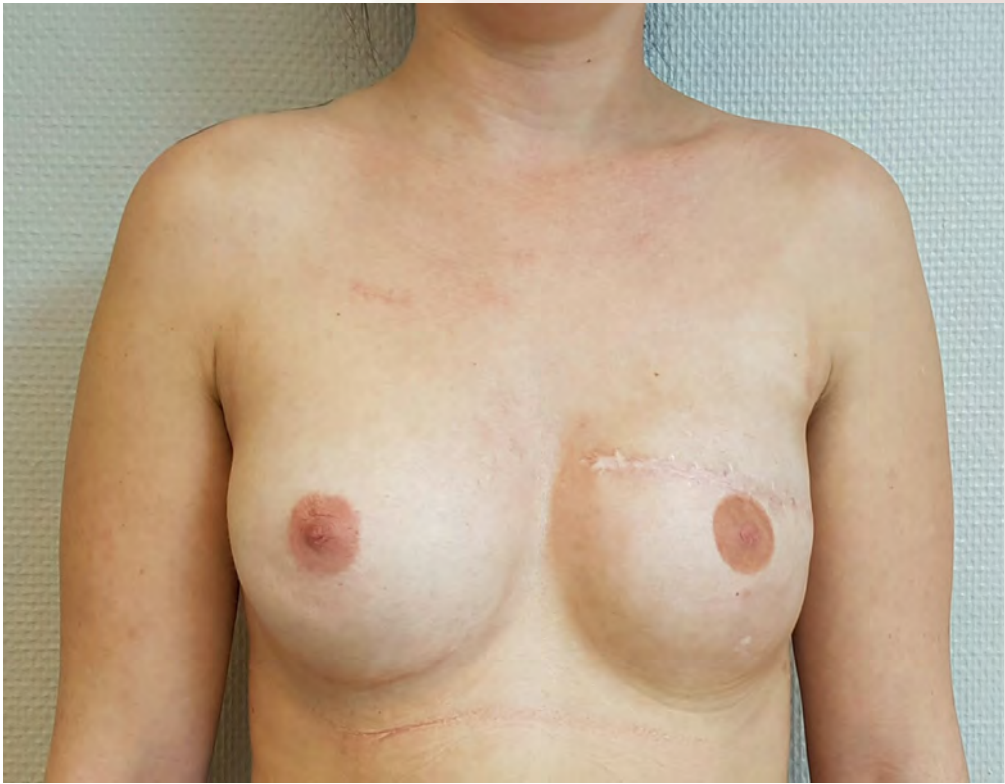


L'INSTITUT DU  
SEIN



Dr Jean-Baptiste OLIVIER









L'INSTITUT DU  
SEIN

# Reconstruction aréolaire

Dr Jean-Baptiste OLIVIER













L'INSTITUT DU  
SEIN



Dr Jean-Baptiste OLIVIER





L'INSTITUT DU  
SEIN

# FAQ

---

- **Surveillance**
  - **Risque de récurrence**
  - **Prise en charge CNS**
    - **Douleurs**
  - **Changement d'implants**
- **Durée de vie de la reconstruction**
- **Quand se faire reconstruire**





L'INSTITUT DU  
SEIN

# Merci de votre attention

Institut du Sein, 121 route d'Arlon, L-1150 Luxembourg