

RECONSTRUCTION DU SEIN AVEC LES LAMBEAUX DE FACE INTERNE DE CUISSE : le lambeau de gracilis (TMG, TUG) ou le lambeau de PAP

« Version 1 » janvier 2023

Information délivrée le :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cachet du Médecin :

Dr BINDER Jean-Philippe

RPPS : 10001514750

dr-binder.fr

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à la **reconstruction du sein avec un lambeau de face interne de cuisse**.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

● DEFINITION, OBJECTIFS ET PRINCIPES

La mastectomie ou la mammectomie (les termes sont synonymes) correspond à l'ablation de la glande mammaire emportant parfois un fuseau de peau et l'aréole.

Elle reste malheureusement nécessaire dans certaines formes de cancer du sein.

Une demande de reconstruction mammaire est tout à fait légitime après mastectomie.

La reconstruction du sein par lambeau libre de gracilis a été décrite en 2004. L'acronyme anglosaxon consacré pour désigner cette intervention est TMG (transverse myocutaneous gracilis flap) ou TUG (transverse upper gracilis flap). L'intervention consiste à prélever un petit muscle accessoire, le muscle gracilis, avec un fuseau de peau transversal situé à la face interne de la racine de la cuisse pour refaire le sein.

Un autre lambeau à la racine de la cuisse permet également une reconstruction du sein. L'acronyme pour ce lambeau libre est PAP (profunda artery perforator flap). Décrit en 2012 ce lambeau cutanéograis-seux pur ne prélève donc qu'un fuseau de peau à la racine de la cuisse, sans prélèvement musculaire.

Ces deux lambeaux sont prélevés avec un pédicule vasculaire nourricier qui doit être branché sous microscope en lieu et place du sein qui a été enlevé.

Ces interventions autologues, c'est-à-dire avec les propres tissus des patientes, sont proposées en cas de contre-indication à la mise en place de prothèses (choix de la patiente, ou antécédents de radiothérapie par exemple). Ces reconstructions bénéficient d'une prise en charge par l'assurance maladie.

● OBJECTIFS

Ces techniques chirurgicales permettent de restituer la forme et le volume du sein manquant. Elles offrent un aspect et une souplesse naturels puisque les lambeaux prélevés sur la cuisse sont constitués des propres tissus de la patiente. Elles sont définitives et évolutives, c'est-à-dire qu'elles suivent les variations pondérales et les effets de la pesanteur comme un sein naturel.

Elles constituent un temps premier et majeur de la reconstruction complète du sein qui peut comporter, en outre, selon les besoins et les désirs de la patiente, un temps ultérieur de remodelage du lambeau, dont un greffe adipocytaire, une intervention sur le sein controlatéral (symétrisation) et/ou une reconstruction de l'aréole et du mamelon.

● ALTERNATIVES

La reconstruction mammaire n'est jamais obligatoire. D'autres techniques de reconstructions mammaires existent et doivent être évaluées en concurrence avec les

lambeaux de face interne de la cuisse. L'utilisation d'une prothèse externe peut être suffisamment satisfaisante pour certaines femmes. Les autres techniques dites «autologues» sont : les lambeaux de grand dorsal (total ou partiel), les lambeaux abdominaux (DIEP, SIEA, TRAM) et les greffes adipocytaires ou lipomodelage (injection de graisse). Toutes ces interventions ont des avantages et des inconvénients qui leur sont propres.

● PRINCIPES

Les lambeaux de face interne de cuisse sont des techniques utilisées par les chirurgiens plasticiens qui pratiquent la reconstruction mammaire et la microchirurgie. Les bénéfices de ces reconstructions autologues associent une faible rançon cicatricielle à la racine de la cuisse et une absence de séquelle fonctionnelle. La forme du sein reconstruit est au plus proche du sein natif (conique). Son volume est moyen et une seconde intervention avec un transfert de graisse autologue (lipomodelage) peut être nécessaire pour obtenir un volume plus important du sein reconstruit.

Les meilleurs indications de ces lambeaux sont souvent retrouvés chez des femmes minces qui présentent un volume mammaire modéré et une absence d'excès cutanéograsseux abdominal. La mastectomie prophylactique bilatérale est une situation également adaptée pour ce type de reconstruction.

Les lambeaux sont prélevés soit immédiatement lors de la mastectomie, on parle de **reconstruction immédiate**, soit à distance de la mastectomie et des traitements complémentaires qui ont été nécessaires, on parle alors de **reconstruction secondaire**.

Le lambeau de gracilis et le lambeau PAP s'adressent aux femmes non fumeuses, et idéalement sans obésité (IMC inférieur à 30).

Ces techniques opératoires consistent à prélever les tissus de la face interne de la cuisse et de la région située sous le sillon fessier avec un pédicule vasculaire nourricier constitué d'une artère et d'une veine. Pour le lambeau de gracilis, le pédicule vasculaire est prélevé avec le muscle. Pour le lambeau de PAP, le pédicule vasculaire est prélevé entre les muscles adducteurs et inschio-jambiers, sans séquelle fonctionnelle. Le lambeau est ensuite transféré au niveau du thorax et «rebranché» sur des vaisseaux de même calibre à proximité du sternum derrière la troisième ou quatrième côte. Ces méthodes font appel à la microchirurgie, c'est-à-dire qu'elles sont réalisées à l'aide de loupes microchirurgicales et/ou d'un microscope.

Le lambeau est ensuite modelé au niveau du thorax afin de lui donner la forme d'un sein naturel (conique). Le volume apporté permet de se passer de l'utilisation d'une prothèse interne.

La cicatrice de mastectomie est réutilisée comme voie d'abord en cas de reconstruction mammaire secondaire; si elle peut parfois être améliorée, il est impossible de la faire disparaître.

Dans le cas d'une reconstruction mammaire immédiate, il est possible de reconstruire l'aréole et le mamelon dans le même temps et de dissimuler les cicatrices autour de l'aréole. Si l'enveloppe cutanée du sein est conservée dans sa totalité avec l'aréole et le mamelon, la cicatrice sera alors placée dans le sillon sous-mammaire avec une petite palette cutanée de surveillance du lambeau.

La fermeture du site donneur à la racine de la cuisse engendre une cicatrice qui va du pli inguinal jusqu'au sillon sous-fessier, dans les plis naturels de la peau.

La symétrisation de l'autre sein, si elle est nécessaire, ainsi que la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire sont souvent réalisées ultérieurement lorsque le volume et la forme du sein reconstruit sont stabilisés.

La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance cancérologique.

● AVANT L'INTERVENTION

Il s'agit d'une intervention microchirurgicale minutieuse. Les pertes sanguines, sans être majeures, et la fatigue post-opératoire nécessitent cependant que la patiente soit en bon état général.

Un bilan préopératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions. Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention. Dans tous les cas, le praticien devra vérifier l'imagerie mammaire (mammographie, échographie) de l'autre sein, si le dernier examen de contrôle n'est pas assez récent (> 1an). Aucun médicament contenant de l'aspirine ne devrait être pris dans les 3 jours précédents l'intervention. Les risques thromboemboliques de ce type de reconstruction sont assez élevés et il est possible que le médecin anesthésiste vous prescrive des bas anti-thrombose (prévention de la phlébite) qu'il faudra porter avant même l'intervention jusqu'à votre sortie de l'établissement.

LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

● TYPE D'ANESTHÉSIE & MODE D'HOSPITALISATION

Type d'anesthésie : Anesthésie générale classique durant laquelle vous dormirez entièrement.

Modalités d'hospitalisation : Une hospitalisation d'au moins 5 jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée par le succès de l'intervention (absence de thrombose) et l'ablation du drainage.

● L'INTERVENTION

L'intervention peut durer quatre à six heures.

En fin d'intervention, un pansement modelant est confectionné au niveau de la cuisse. Le sein reconstruit est partiellement découvert afin de faciliter la surveillance du lambeau (couleur, chaleur, recoloration à la pression).

Un système de drainage est habituellement mis en place au niveau de la cuisse ainsi qu'au niveau du sein reconstruit. Ils seront enlevés secondairement lors de l'hospitalisation et avant le retour à domicile.

● LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont peu douloureuses. Dans tous les cas, des antalgiques vous seront prescrits.

Un oedème (gonflement), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit ainsi qu'au niveau de la cuisse sont possibles dans les suites.

Les pansements seront refaits régulièrement durant le temps de cicatrisation cutanée qui dure au moins trois semaines. La gêne au niveau de la cuisse peut être importante les premiers temps obligeant la patiente à marcher de manière ralentie. Il contient d'envisager une convalescence d'au moins quatre semaines. Il peut persister une gêne au niveau de la cuisse les premiers mois, ce qui peut gêner une femme sportive mais les séquelles sont négligeables à long terme.

● LE RÉSULTAT

Les reconstructions par lambeau de gracilis ou PAP restaurent immédiatement un volume et une forme permettant à la patiente de s'habiller normalement. Le résultat final n'est cependant pas acquis d'emblée. Au début, le sein peut apparaître un peu trop figé, des irrégularités ou une insuffisance de volume peuvent exister.

L'aspect du sein va progressivement évoluer. Il faut attendre 2 à 3 mois pour que votre chirurgien puisse apprécier le résultat et en particulier la symétrie. Ce n'est qu'à ce stade qu'une éventuelle retouche est envisageable.

L'absence de prothèse favorisera la transmission de la chaleur corporelle (sein chaud) et la recolonisation de la peau par les fibres nerveuses sensibles.

La récupération de la sensibilité du sein reconstruit concernera la douleur (pincement) et les variations de température (chaud/froid) mais le sein n'aura que peu de sensibilité au toucher et aucune sensibilité érogène. Chez certaines patientes, l'intégration psychique de ce volume chaud mais insensible peut rester difficile et une période d'ambivalence d'au moins 6 mois est souvent constatée. L'entourage médical et familial joue un rôle important dans cette période durant laquelle la patiente a besoin d'être rassurée.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration de la qualité de vie des patientes, sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

● IMPERFECTIONS DE RÉSULTAT

Il est malheureusement impossible de reconstituer un sein parfaitement symétrique à l'autre.

Il persistera toujours une certaine asymétrie des deux seins, qu'il s'agisse :

- **Du volume** : La base du sein ne sera jamais parfaitement identique
- **De la forme** : l'étalement des deux seins peut être différent
- **De la couleur** : une petite différence est souvent présente
- **De la sensibilité** : le sein reconstruit est peu sensible

Les cicatrices feront l'objet d'une surveillance attentive. Il est fréquent qu'elles prennent un aspect rosé et gonflé au cours des premiers mois postopératoires, évolution considérée comme normale dans un processus de cicatrisation cutanée. Au-delà, elles s'estompent en général pour devenir, avec le temps, peu visibles. Elles ne sauraient cependant complètement disparaître.

Les cicatrices peuvent parfois rester un peu trop visible et présenter différents aspects disgracieux (hyperpigmentation, épaissement, rétraction, adhérence ou élargissement) qui peuvent nécessiter un traitement spécifique.

À cet égard, il ne faut pas oublier que si c'est le chirurgien qui réalise les sutures, la cicatrice elle, est le fait de la patiente.

● COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Les reconstructions mammaires par les lambeaux de face interne de cuisse sont des interventions chirurgicales minutieuses et donc longues, ce qui implique les risques inhérents à tout acte de ce type.

Ces actes restent notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Les suites opératoires sont en général assez simples. Toutefois, des complications peuvent survenir, certaines d'ordre général, inhérent à tout acte chirurgical, d'autres loco-régionales plus spécifiques à la reconstruction du sein par lambeaux libres.

Il faut distinguer les risques de complications liés à **l'anesthésie générale**, de ceux liés au **geste chirurgical**.

En ce qui concerne l'anesthésie : une consultation, au moins 48 heures avant votre hospitalisation est indispensable. Lors de cette consultation, le médecin anesthésiste vous précisera les risques de l'anesthésie et vous exposera les différents moyens de lutte contre la douleur postopératoire.

En ce qui concerne le geste chirurgical : en choisissant un chirurgien plasticien compétent, qualifié et formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques sans toutefois les supprimer complètement.

Heureusement les vraies complications sont peu fréquentes dans la suite d'une reconstruction mammaire par lambeau de face interne de cuisse. En pratique, la majorité des interventions se passe sans aucun problème et les patientes sont le plus souvent satisfaites des résultats.

Les complications pouvant survenir dans la suite de ces reconstructions mammaires sont :

- **La thrombose des micro-anastomoses vasculaires** : la relative précarité de la vascularisation du lambeau par des vaisseaux rebranchés à l'aide d'un microscope ou de loupes microchirurgicales explique ce risque. Il est nettement plus élevé chez les patientes diabétiques, très fortes ou fumeuses. L'arrêt du tabac est donc obligatoire. Une thrombose nécessite une ré-intervention chirurgicale pour essayer d'éliminer le thrombus et de sauver le lambeau. Si cette reprise échoue, **la nécrose du lambeau** nécessitera son retrait au cours d'une troisième intervention. Un échec de reconstruction mammaire par lambeau n'empêchera pas pour autant une reconstruction ultérieure avec une autre technique.

- **L'hématome** : L'hématome est un risque inhérent à tout geste chirurgical. Il peut survenir malgré toute l'attention apportée par le chirurgien en peropératoire. Cette complication peut nécessiter une reprise chirurgicale précoce.

- **Le retard de cicatrisation** : C'est la complication la plus banale mais la plus fréquente. Elle correspond à une réouverture partielle de la cicatrice qui nécessitera une prolongation des soins de pansements jusqu'à

fermeture complète de la zone désunie.

- **La nécrose partielle du lambeau** : Elle correspond à la non vascularisation d'une partie du lambeau qui va évoluer vers la nécrose. Selon la situation, une reprise chirurgicale ou une cicatrisation dirigée avec des pansements prolongés sera indiquée.

- **La souffrance graisseuse tardive (cytostéatonécrose)** : Elle crée des nodules fermes dans le sein reconstruit, indolores, il est aisé de les différencier d'une récurrence de la maladie.

- **L'infection**, bien que toujours possible, n'est pas fréquente dans les suites de cette intervention sans prothèse.

Au total il ne faut pas surévaluer les risques et dans la très grande majorité des cas, cette intervention correctement réalisée, donnera un résultat appréciable, même si la rançon cicatricielle reste inévitable.

Le recours à un chirurgien plasticien qualifié et spécialisé vous assure que celui-ci a la formation et la compétence requises pour savoir limiter le risque de complications, ou les traiter efficacement, le cas échéant.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation.

Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée ».

Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires.

Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

REMARQUES PERSONNELLES