

ORAL Travaux Personnels Encadrés

DEMARCHE :

- Présentation : Nous sommes deux élèves de première scientifique : Manon Tijou et Honorine Goislot. Si nous avons choisi de travailler ensemble c'est parce que nous pensons être complémentaires dans notre manière de travailler. Pour ces travaux personnels encadrés, nous avons décidé de travailler sur la reconstruction mammaire après un cancer du sein. Les deux matières couplées de nos TPE sont donc les SVT (sciences de la vie et de la terre) et l'EMC (éducation morale et civique).
- Le thème auquel appartient notre sujet est celui de l'éthique et de la responsabilité. Raison du choix : nous souhaitons aller au-delà des préjugés qui peuvent exister concernant la chirurgie esthétique. De plus, c'est un sujet qui nous intéresse particulièrement et il nous concerne.
- Pour ce qui est des méthodes de travail, beaucoup de nos recherches ont été effectuées grâce à internet. Nous avons également visionné un film documentaire (*Guérir le regard*) qui nous a beaucoup aidées à cibler nos objectifs. Enfin, nous avons également rencontré deux personnes : une femme étant à la fin d'une reconstruction mammaire par prothèse suite à un cancer du sein, et Dr Potier, chirurgien plasticien à la polyclinique du parc à Cholet. Ils ont donc répondu à nos questions et cela a été très instructif. Nous les remercions donc particulièrement d'avoir pris le temps de nous recevoir.
- Le cheminement vers la problématique a été difficile car le sujet est très large. Nous avons eu besoin de beaucoup d'informations afin de définir clairement les objectifs de notre sujet et de notre problématique. Après de nombreux essais, la problématique finale est : **Dans quelle mesure différents facteurs influencent-ils le choix d'une patiente pour une technique de reconstruction mammaire ?**
- Notre production est un dépliant présentant les différentes techniques de reconstruction mammaire. Dans la réalité, il pourrait donc être donné à une femme ayant subi un cancer du sein et souhaitant se renseigner au sujet de la reconstruction.

INTRO - Suite à un cancer du sein, il arrive qu'il soit nécessaire d'avoir recours à l'ablation du sein : c'est la mammectomie. Suite à cette opération certaines femmes choisissent de faire une reconstruction mammaire. Celle-ci peut-être immédiate ou secondaire. Il est plus rare qu'elle soit immédiate.

I/ Les différentes techniques

a) Reconstruction par prothèse

La prothèse est une technique couramment choisie par les femmes ayant recours à une reconstruction mammaire (70 à 80%) . Tout d'abord, cela peut être expliqué par le fait qu'il manque de chirurgien plasticien pour effectuer ces opérations. Beaucoup d'interventions sont donc assurées par des gynécologues qui n'utilisent que la reconstruction par prothèse. Ensuite cette solution est plus simple et plus rapide.

Cette technique consiste à insérer la prothèse sous le muscle pectoral en réutilisant la cicatrice réalisée lors de la mammectomie. L'intervention dure environ une à deux heures. Il est possible de mettre une prothèse temporaire d'expansion tissulaire afin d'obtenir un résultat plus naturel. Celle-ci est gonflée progressivement dans le but d'obtenir un excès de peau qui servira ensuite à recouvrir la prothèse permanente. Dans ce cas, deux opérations sont donc nécessaires. (*4 à 6 mois d'intervalle pour éviter rétraction peau*)

Il existe plusieurs types de prothèses mammaires. Cependant, toutes sont constituées d'une enveloppe en élastomère de silicone qui est lisse ou rugueuse. La prothèse peut-être remplie de sérum physiologique (eau salée) ou de gel de silicone. La prothèse temporaire d'expansion est elle remplie par du sérum physiologique. Ces prothèses peuvent se trouver sous différentes formes. Elles peuvent donc être rondes ou avoir des formes plus ou moins naturelles.

b) Reconstruction par tissus autologues

Les reconstructions par tissus autologues n'utilisent que les propres tissus de la patiente.

- DIEP (deep inferior epigastric perforator) : Cette technique consiste à prélever sur l'abdomen un lambeau de peau et de graisse. Ensuite, il est transféré au niveau du thorax . Cette technique peut être réalisée directement après la mammectomie ou bien lors d'une opération secondaire. L'intervention dure entre quatre et six heures.
- TRAM : (reconstruction du sein par grand droit de l'abdomen) Cette technique consiste à prélever de la peau et de la graisse au niveau de l'abdomen sous le nombril avec le muscle grand droit (*permet de garder le fuseau vivant*). Il sera ensuite transféré au niveau thorax en le faisant glisser sous la peau afin qu'il s'insère entre la cicatrice de la mammectomie et le sillon sous mammaire. L'intervention peut durer trois à quatre heures. Pour cette technique, l'opération est souvent effectuée après la mammectomie. Un renfort synthétique est mis en place à l'endroit où une partie du muscle grand droit a été prélevé.

Cependant, on peut faire un mix de la reconstruction par prothèse et tissus autologues :

- Reconstruction par lambeau grand dorsal : Cette technique consiste à prélever de la graisse et le muscle grand dorsale (dans le dos) qui est glissé sous la paroi du thorax entre la cicatrice de la mammectomie et le sillon sous mammaire. Ce muscle est mince et étendu, sa fonction n'est pas indispensable pour les gestes de la vie courante. Une prothèse interne peut être mise sous le lambeau prélevé pour restaurer un volume suffisant par rapport à l'autre sein. Elle doit être réalisée lors d'une opération secondaire (après une mammectomie). La durée de l'opération est de trois à quatre heures.

Ces techniques ont un rendu plus naturel car elles utilisent les propres tissus de la patiente mais ces techniques sont plus douloureuses et le résultat est long à obtenir .

Dans tout les cas le sein reconstruit ne sera pas « parfait », il y aura toujours une asymétrie (couleur, forme, hauteur, volume et palpation). Des retouches peuvent être effectuées lors d'autres opérations. On peut notamment utiliser le transfert graisseux qui consiste à transférer de la graisse pouvant provenir de multiples zones (ventre, hanches, cuisses...) à l'endroit du sein reconstruit où il manque de volume. Cette technique permet aussi d'améliorer la qualité des tissus. (→ *plusieurs séances*)

Après la reconstruction du sein, la plupart des femmes la finalisent avec la reconstruction areolo-mamelonnaire puisque souvent l'aréole et le mamelon ont été retirés lors de la mammectomie, notamment lorsque celle-ci. (*Il est possible soit de faire un tatouage, soit une greffe de peau au niveau de l'aîne : pigmentation naturelle mais peut s'estomper donc un tatouage peut être réalisé.*)

III/ Les Différents Facteurs

a) Médicaux

Le choix de la reconstruction est influencé par plusieurs facteurs médicaux :

- Tout d'abord, il faut prendre en compte le type de cancer du sein et son étendue *qui vont déterminer le type de mammectomie.*

- Il y a également des considérations anatomiques : la quantité de tissus disponibles au niveau du ventre notamment, est à prendre en compte (s'il *manque de masse graisseuse la DIEP et la TRAM peuvent vite s'avérer être impossibles*).

- Il faut aussi prendre en compte l'état de santé général souvent lié à la faiblesse et à la perte de poids qui ont pu être accumulés lors de la maladie. Dans certains cas, l'espérance de vie doit également être considérée.

- Ensuite il y a la santé des tissus qui est particulièrement liée aux traitements complémentaires comme la radiothérapie. En effet elle abîme les tissus.

La prothèse n'est donc pas forcément la meilleure des solutions. En effet, la peau de la patiente est fatiguée, elle est devenue plus fragile (irradiée). C'est pourquoi elle accepte moins la présence d'un corps étranger (la prothèse). Il faut alors la changer à plusieurs reprises. Cela induit donc que la patiente doit se remémorer cette période difficile tout au long de sa vie. De plus, ce n'est pas la technique qui donne le résultat le plus naturel, le sein reconstruit ne sera pas parfaitement symétrique avec l'autre. Et si la reconstruction est réalisée avant la fin des traitements, elle peut être gâchée puisqu'ils risquent d'abîmer les tissus.

- Et enfin, il faut prendre en compte la taille et la forme de l'autre sein. En effet, s'il est trop volumineux, il sera difficile de le reconstruire avec un résultat satisfaisant en utilisant la reconstruction par prothèse ou celle par lambeau grand dorsal et prothèse. *Une réduction du sein peut avoir lieu.*

b) Psychologiques

- Il y a tout d'abord une volonté de combler la perte du sein. En effet, cela peut-être difficile à assumer pour certaines femmes, elles souhaitent être plus à l'aise dans leur corps.

- Cela est lié à la volonté de revenir à un « corps normal ». Par exemple certaines veulent éviter la prothèse externe car elle engendre des restrictions vestimentaires (ex : décolleté)

- C'est aussi une volonté d'oublier ce qui rappelle le cancer du sein.

- Cependant pour de nombreuses femmes, il y a des difficultés à vouloir se remettre dans une période de médicalisation / une boucle médicale lourde. De plus il peut exister une peur que le sein reconstruit ne leur plaisent pas.

- Le rapport entre le chirurgien et la patiente peut aider dans l'acceptation de la reconstruction. De plus, il peut y avoir des différences entre un chirurgien homme ou femme qui n'amène pas le sujet de la même manière.

- Le premier rendez-vous est souvent difficile à entendre car on parle d'opérations qui sont longues à supporter, et probablement douloureuses. Les patientes ne prennent parfois conscience qu'à ce moment là de ce qu'elles vont avoir à subir physiquement et psychologiquement. Après ce rendez-vous, elles peuvent être perdues et parfois même démotivées.

- Cependant certaines femmes se sont acceptées dans leur nouveau corps.

c) Financiers

D'une part les réparations chirurgicales du sein coûtent cher. La sécurité sociale rembourse la reconstruction mais pas les dépassements d'honoraires ou pas tout. Il y a donc des inégalités entre les femmes car toutes n'ont pas les moyens de se payer une bonne mutuelle ou complémentaire, et certaines doivent parfois se limiter à la Protection Maladie Universelle. La sécurité sociale ne rembourse pas toutes les opérations et particulièrement les « retouches / finitions ». Par exemple elle ne rembourse pas la symétrisation des deux seins et donc les injections de graisses notamment. La SECU considère cela comme de la chirurgie esthétique « pure ». De même, la reconstruction de l'aréole et du mamelon n'est pas toujours remboursée. Au bout du compte, une importante somme d'argent peut donc restée à la charge de la patiente (500€ à 3000€). C'est pourquoi cela peut

dissuader certaines femmes de se faire reconstruire alors qu'elles étaient à la base très motivées et que le choix était pour elles évident. En effet trouver un chirurgien qui propose un coût « raisonnable » et ceci pas trop loin de chez soit, peut être un vrai parcours. Il existe cependant des centres anti-cancer prenant tout en charge.

CONCLUSION

Pour conclure, on peut dire que par toutes ces différentes techniques et cette diversité de facteurs, le parcours de chaque femme est unique. Ces facteurs peuvent dissuader de faire une reconstruction mammaire ou au contraire l'encourager : 1/3 des femmes ayant eu recours à la mammectomie fait le choix d'une reconstruction mammaire. Pour les autres qui auraient choisi de conserver cette asymétrie, il y a d'autres solutions qui permettent d'accepter ce nouveau corps : des tatouages ou simplement assumer de vivre avec. Il existe par exemple des soutiens gorges asymétriques avec un bonnet unique pour vivre avec un seul sein.

Il existe également des associations qui peuvent aider les femmes dans les différentes étapes du cancer et ce qu'elles impliquent dans la vie quotidienne. Car outre la perte du sein, il est aussi difficile d'accepter la perte des cheveux et la perte de féminité que cela peut impliquer, car même si elles le nient parfois c'est en réalité un cap très difficile à passer. Ces associations sont donc utiles pour pouvoir échanger avec des personnes dans la même situation et avoir des conseils. (exemple : Après l'envol, ASAS).

Le mois d'octobre est dédiée à la lutte contre le cancer du sein et à sa sensibilisation : octobre rose.