



**DOSSIER VULNÉRABILITÉ
DE LA SEXUALITÉ FÉMININE**



Par Pierre Vico et Iv Psalti

AMÉLIORATION DE L'IMAGE CORPORELLE APRÈS CANCER DU SEIN

LA PLACE DE LA CHIRURGIE RÉPARATRICE

INTRODUCTION

Le cancer du sein est une maladie très fréquente dans les pays occidentaux où son incidence est estimée à environ 8 à 9 % de la population. Psychologiquement, le sein est un organe particulièrement important compte tenu de sa sym-

bolique de féminité ; en cas d'ablation, la patiente subit une importante et brutale perte de l'image de soi, responsable de problèmes d'acceptation et de confiance en soi, avec toutes les conséquences que l'on peut imaginer : répercussions sur la vie de couple, sur la vie sexu-



elle, la vie sociale, de loisir, sportive et professionnelle. L'impact psychologique est examiné à trois moments clés :

- l'annonce de la maladie (potentielle mutilation et potentielle mortalité) ;
- la mastectomie, destruction et ablation de l'organe (acceptation irréversible du corps antérieur par un travail de deuil) ;
- la reconstruction mammaire (travail d'incorporation).

1. L'ANNONCE DE LA MALADIE

L'annonce de la maladie est, dans la grande majorité des cas, un tsunami vécu par la patiente comme une grande blessure émotionnelle qui engendre le choc, la colère, la révolte, le déni et beaucoup de questionnements. Les premières difficultés de la patiente sont d'affronter la peur de la mort et la perte d'intimité de ce sein maintenant médicalisé, exposé aux yeux de tous. Elle sait que bientôt elle vivra une perte d'identité, de féminité, d'assurance et de confiance en soi, perte qui pourrait s'accompagner d'une dépression.

2. LA MASTECTOMIE

La perte de l'organe malade est vécue très différemment selon les femmes : si elle n'aimait pas ses seins avant son cancer, elle irait à la mastectomie de manière plus aisée que si elle les aimait, les choyait et les érotisait. D'autres préféreraient mourir plutôt qu'on touche à leurs seins. L'ablation du sein peut mener à une perception d'une image corporelle détériorée (surtout pour une femme qui avait une bonne image des seins avant la maladie), à une perte de confiance en soi, à la peur de voir diminuer son pouvoir de séduction et à la diminution de l'activité sexuelle. Le corps altéré est blessé dans les

émotions, les relations et la communication à l'autre.

Les actes chirurgicaux subis ont modifié l'aspect corporel et certains traitements adjuvants peuvent avoir des conséquences néfastes sur la vie au quotidien (perte des cheveux, des cils et des sourcils, cicatrices, fatigue, douleurs, modification de l'odorat, sécheresse vaginale, baisse de désir, etc.). Pour bien faire, la patiente devrait reconstruire une nouvelle image de soi à laquelle s'identifier positivement, regagner la capacité de pouvoir se faire plaisir, retrouver en elle-même une nouvelle force pour ressentir un désir sexuel renouvelé. Après ablation, beaucoup de femmes ne désirent pas la reconstruction : elles en ont assez. Elles remettent ça « à plus tard » et puis ça devient « jamais ».

3. LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE

La chirurgie réparatrice du sein, si elle ne restitue jamais l'organe originel, permet de restaurer cette image de soi et dès lors permet une reprise des diverses activités énumérées plus haut, c'est-à-dire une vie « normale », « comme avant ». On distinguera les reconstructions immédiates des reconstructions différées, de même qu'on les catégorisera selon la technique de reconstruction utilisée. Chacune doit être envisagée en fonction du contexte clinique et de la patiente. Les différentes approches seront exposées et discutées avec elle et finalement l'une ou l'autre sera choisie. Les reconstructions immédiates seront proposées à des patientes qui d'une part en sont demandeuses, et qui d'autre part n'auront pas, a priori, de traitement adjuvant (chimio et/ou radiothérapie). La raison en est que, si un traite-



DOSSIER VULNÉRABILITÉ DE LA SEXUALITÉ FÉMININE

ment complémentaire est nécessaire, le résultat de la reconstruction risque d'être peu satisfaisant sur le plan esthétique, en particulier après une radiothérapie.

D'autre part, la survenue d'une éventuelle complication de la chirurgie (nécrose marginale, retard de cicatrisation, exposition de prothèse) retarderait un traitement adjuvant nécessaire pour le pronostic vital de la patiente.

LA RECONSTRUCTION IMMÉDIATE

Diverses techniques sont envisageables.

• Remodelage du sein

Un simple remodelage suffit dans la majorité des cas de tumorectomie ou mastectomie partielle. Cette technique suppose presque toujours un remodelage du sein hétérolatéral de manière à obtenir le résultat le plus symétrique possible. La symétrie des seins intervenant bien entendu dans l'image de soi et l'acceptation de son corps (Figure 1).



• Reconstruction par prothèse

Deux types de prothèses peuvent être utilisés. Dans le cas où l'on a pu réserver un capital de peau important (« *skin sparing* »), une prothèse définitive pourra être mise en place. Le type de prothèse choisi (ronde ou anatomique) sera en fonction de différents critères, principalement le résultat escompté. Dans l'hypothèse où beaucoup de peau a été excisée, une prothèse d'expansion sera mise en place, prothèse qui, dans les suites opératoires, sera progressivement gonflée à l'aide de sérum physiologique. Ceci permettra à la peau de gagner en surface, à la manière de ce que l'on observe au niveau de la paroi abdominale au cours de la grossesse. Une fois le « capital peau » et le volume du sein souhaités obtenus, on pourra, en fonction du type de prothèse d'expansion utilisé, soit la laisser en place, soit la remplacer par une prothèse définitive. Dans la grosse majorité des cas, un remodelage du sein hétérolatéral sera nécessaire afin d'obtenir la meilleure symétrie possible.

• Reconstruction par un lambeau de grand dorsal

Ce type de reconstruction n'est que peu utilisé dans le cadre d'une reconstruction immédiate. Elle sera plutôt réservée en différé, principalement après radiothérapie.


• Reconstruction par un lambeau de la paroi abdominale

Lorsque la patiente présente un relatif « embonpoint », c'est-à-dire une quantité de tissu cutanéograsseux suffisante au niveau de la paroi abdominale sous-ombilicale, la reconstruction pourra être

18 Figure 1. Patiente âgée de 34 ans opérée d'une tumeur du sein gauche, avec reconstruction immédiate par remodelage du sein et symétrisation du sein hétérolatéral. Résultat à la 6ème semaine.





Le sein est un organe particulièrement important compte tenu de sa symbolique de féminité 

réalisée soit par un lambeau pédiculé (TRAM), soit par un lambeau libre (DIEP). Peu importe les détails techniques, l'intervention consiste à prélever l'ensemble de la palette cutanéograsseuse entre le nombril et la région supra-pubienne. Le lambeau est alors transposé au niveau du site de mastectomie puis remodelé de manière à lui donner la forme d'un sein. Cette technique permet d'apporter un volume important, ce qui permettra dans la grosse majorité des cas de ne pas devoir remodeler le sein hétérolatéral, et d'éviter l'utilisation d'une prothèse mammaire (Figure 2). En fin d'intervention, on aura réalisé par la même occasion une plastie abdominale qui vient se combiner à la reconstruction. Deux interventions en une, donc. Cerise sur le gâteau ?

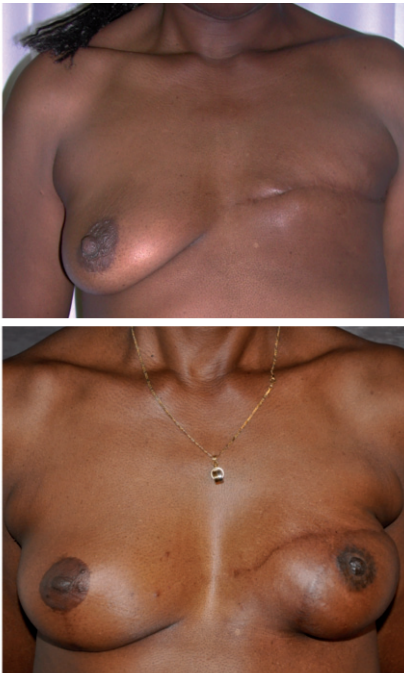


Figure 2. Reconstruction différée par lambeau de grand droit abdominal (DIEP) et remodelage du sein hétérolatéral. Résultat à 13 mois.

LA RECONSTRUCTION SECONDAIRE OU DIFFÉRÉE

• Reconstruction par prothèse

Cette technique sera plutôt réservée aux patientes qui n'ont pas eu de radiothérapie. En effet, celle-ci entraîne une importante perte d'élasticité de la peau qui ne permettra que très difficilement et rarement d'obtenir un résultat acceptable sur le plan cosmétique.

L'intervention devra nécessairement se faire en deux temps opératoires : mise en place d'une prothèse d'expansion, puis d'une prothèse définitive.

• Reconstruction par lambeau de grand dorsal

L'indication phare est celle des patientes qui ont eu une radiothérapie postopératoire. Le lambeau est un lambeau pédiculé sur une branche des vaisseaux thoraco-dorsaux. Il est transposé au travers du creux axillaire au niveau de la zone de mastectomie. Ce lambeau permet dans un certain nombre de cas d'éviter un remodelage du sein hétérolatéral. Il apporte relativement peu de volume, raison pour laquelle une prothèse mammaire est nécessaire. Bien que le terrain ait été irradié, l'emploi d'une prothèse est cette fois possible puisque celle-ci sera recouverte par un tissu musculo-cutané non irradié et donc bien vascularisé (Figure 3).

DOSSIER VULNÉRABILITÉ DE LA SEXUALITÉ FÉMININE

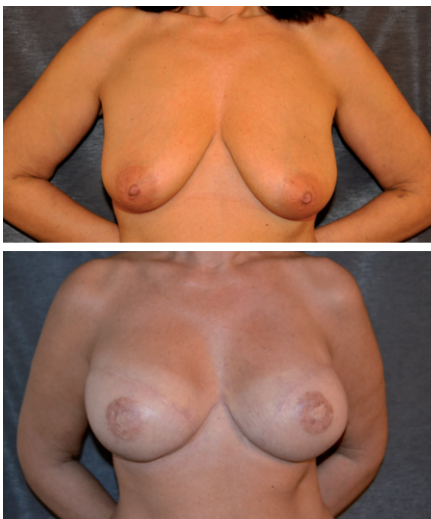


Figure 3. Reconstruction mammaire immédiate bilatérale par lambeau de grand dorsal bilatéral et prothèses, et reconstruction de l'aréole et du mamelon en un seul temps opératoire. Résultat à 1 an.

• Reconstruction par lambeau de paroi abdominale

Idem que dans le cadre de reconstruction immédiate (TRAM ou DIEP).

LA RECONSTRUCTION DU MAMELON ET DE L'ARÉOLE

Lorsqu'une symétrie optimale aura été obtenue du point de vue du volume, de la forme et du galbe du sein, de la ptose plus ou moins marquée, reste la reconstruction du mamelon et de l'aréole. Celle-ci se fera en deux temps opératoires. On commencera par la reconstruction du mamelon, soit par greffe de l'hémi-mamelon hétérolatéral, soit par un lambeau cutané local. Quelques semaines plus tard, on recréera la plaque aréolo-mamelonnaire par un tatouage. Ces deux dernières interventions

se font en chirurgie de jour, sous anesthésie locale.

LA REPRISE DE LA SEXUALITÉ

La sexualité future de la patiente est en grande partie fonction de la sexualité qu'elle avait avant la maladie. Il y a très peu de chance d'une modification majeure, par exemple qu'une *sexophobe* devienne une *sexophile* après la maladie ou vice versa. Pendant le traitement, il est utile de rappeler aux patientes intéressées par ce sujet les effets positifs du sexe : aider à une vision positive et rassurante du corps ; le fait de rester désirable ; être une motivation pour lutter contre la maladie et diminuer l'angoisse. La sexualité est importante pour l'identité, l'estime de soi et le sens de la vie.

COMMENT ÉROTISER CETTE NOUVELLE POITRINE ?

Par la patiente elle-même

Une femme qui a érotisé ses seins les touche, les caresse pendant la masturbation pour augmenter son plaisir et améliorer la lubrification vaginale. Pendant l'acte sexuel, elle les « offre » facilement au compagnon pour augmenter son excitation à elle et à lui. Après opération, le fait de les toucher, les caresser et les masser délicatement avec une crème, en pleine conscience, va aider à les accepter, à améliorer son image et aussi à les érotiser. Même si les mamelons ne sont plus présents, elle pourrait encore éprouver des sensations agréables au toucher.

Par le compagnon

La femme qui se laisse regarder, masser et caresser les seins reconstruits et les

DOSSIER VULNÉRABILITÉ DE LA SEXUALITÉ FÉMININE

cicatrices avec une crème, par son compagnon, lui permettra de les érotiser en même temps qu'elle. Ceci ne se fait pas dans un esprit de soin, mais plutôt de jeu et de découverte. Beaucoup d'hommes ont pu accepter ce changement et ont pu érotiser la nouvelle poitrine de leur compagne en les touchant et les massant en pleine conscience et avec bienveillance.

CONCLUSION

La chirurgie reconstructive est une période où, psychologiquement, on a beaucoup de préoccupations. On se pose beaucoup de questions : par rapport au changement, par rapport à la réaction du partenaire et à la manière dont cette nouvelle situation va être gérée par chacun. L'engagement du partenaire semble être déjà un indicateur de la qualité du soutien perçu. Etre seul n'est pas un facteur de risque en soi, mais être en couple peut constituer un facteur de risque si la relation n'est pas satisfaisante. La chirurgie réparatrice des seins peut améliorer l'image des seins, permettre à mieux les érotiser et surtout donner la capacité à la femme de pouvoir les accepter, les « présenter » au partenaire pour qu'il puisse lui aussi les érotiser. Voici la condition sine qua non pour la poursuite d'une sexualité épanouie.

>> RÉSUMÉ

Le sein est un organe particulièrement important compte tenu de sa symbolique de féminité. En cas d'une mammectomie à la suite du cancer, la patiente subit une

importante et brutale perte de l'image de soi, et doit faire face à des problèmes d'acceptation et de confiance en soi, avec toutes les conséquences que l'on peut imaginer : répercussions sur la vie de couple, sur la vie sexuelle, la vie sociale, de loisir, sportive et professionnelle. La chirurgie réparatrice des seins peut améliorer l'image des seins, permettre à mieux les érotiser et surtout donner la capacité à la femme de pouvoir les accepter, les « présenter » au partenaire pour qu'il puisse lui aussi les érotiser. Voici la condition sine qua non pour la poursuite d'une sexualité épanouie.

MOTS CLÉS

SEINS ; CANCER DU SEIN ; ÉROTISATION DES SEINS ; SEXUALITÉ ; CHIRURGIE PLASTIQUE ; CHIRURGIE ESTHÉTIQUE ; CHIRURGIE RÉPARATRICE.

Pierre VICO

Médecin spécialiste en chirurgie plastique réparatrice et esthétique.

Agrégé de l'enseignement supérieur (Ph.D.) et Maître de conférence en chirurgie plastique réparatrice et esthétique à l'Université Libre de Bruxelles.

Iv PSALTI

Docteur en Sciences biomédicales (Ph.D.), sexologue clinicien.

Auteur, conférencier, chroniqueur et formateur en sexologie, créateur de la Sexualité positive. Enseigne la Thérapie sexuelle positive (TSP) dans le cadre de la formation à Bruxelles, Lausanne, Lyon, Montréal et Paris. Enseignant à l'Université Libre de Bruxelles pour le certificat universitaire en Sexologie clinique.