

La reconstruction d'un sein et/ou d'une image corporelle

La reconstruction mammaire fait partie intégrante du parcours de soin et de vie d'une patiente traitée pour un cancer du sein. Afin d'accompagner les femmes dans ce choix, la connaissance des différentes techniques chirurgicales sera un atout important pour le kinésithérapeute.

La chirurgie d'ablation mammaire peut apparaître comme une blessure physique mais aussi narcissique dont les conséquences psychologiques ne sont pas négligeables. Le sein représente un « lieu du corps » où une femme peut exprimer son identité. Il a à la fois une fonction maternelle (composante anatomique source de vie), une fonction érotique (source de séduction, de fantasmes et élément de la sexualité) et est lié à des valeurs culturelles et des codes esthétiques.

Le deuil du sein peut être très difficile et le temps psychique est souvent bien plus long que le temps « intellectualisé ». La reconstruction mammaire, même si elle se veut réparatrice, ne dispense pas la femme du travail de deuil de son sein perdu et de l'appropriation, du réinvestissement du sein reconstruit.

Pour se réapproprier ce nouveau corps, il faut PANSER le corps mutilé mais aussi le « RE-PENSER ».

La reconstruction mammaire fait partie intégrante du traitement du cancer du sein. Toute patiente ayant subi une mastectomie peut bénéficier d'une reconstruction, si elle le souhaite. Si un délai raisonnable est généralement nécessaire entre la fin des traitements (+/- 3mois après une chimiothérapie, +/- 6mois à 1an après une radiothérapie), il n'y a en revanche pas de délai maximum ou de limite d'âge pour envisager une reconstruction. Notons que de plus en plus de reconstructions immédiates sont proposées, même lorsqu'une radiothérapie complémentaire doit être réalisée. Cette option permet, entre autres, de préserver l'étau cutané, mais doit faire l'objet d'une concertation chirurgicale et oncologique.

Différentes motivations peuvent être à la source d'un désir de reconstruction : la recherche d'une symétrie, d'un équilibre corporel, le besoin d'agir sur la mutilation, de compléter la guérison ou encore le souhait de retrouver une aisance physique compromise et de ne plus porter de prothèse externe (confort, liberté dans la garde-robe, interaction physique avec son/sa partenaire...).

Cependant, de nombreuses femmes ne souhaitent pas réaliser cette reconstruction et leurs motifs d'abstention peuvent être divers. Le premier - et le plus serein - est l'acceptation ; pour certaines femmes, il ne s'agit pas nécessairement de vivre en dépit de la perte mais bien avec cette perte. D'autres raisons d'abstention sont, en revanche, liées à des appréhensions ou une fatigue ressentie vis à vis du parcours de soin : besoin de souffler et de passer à autre chose, besoin de ne plus retourner à l'hôpital, crainte de devoir affronter de nouvelles douleurs, de se voir infliger de nouvelles cicatrices (réticence à la symétrisation du sein controlatéral), peur d'être déçue vis-à-vis de ses attentes, peur de la récurrence mais aussi manque d'accès à l'information sur les techniques possibles.

Le savoir médical seul ne permet pas toujours au chirurgien plasticien de déterminer le choix optimal pour la patiente. De plus, certaines réalités abordées dans le dialogue patient-médecin peuvent parfois ébranler la foi irréaliste que certaines femmes ont dans la chirurgie réparatrice. D'où la nécessité absolue d'une information claire et sans tabou.



Le kinésithérapeute, paramédical important aux côtés des patientes après une mastectomie, connaît le chemin de soin et de vie de celles-ci. Il pourra donc être un intervenant essentiel dans le cheminement et la réflexion permettant à chaque patiente de déterminer ce qui lui correspond au mieux dans les propositions faites par le chirurgien plasticien.

Pour accompagner au mieux nos patientes, il est utile d'être informés des tenants et aboutissants des techniques de reconstructions existantes. Il est évident que nous ne nous substituerons jamais au médecin, mais nous pourrions cependant repasser au travers des informations reçues avec la patiente et soulever avec elle les questions à se poser ou à poser à son chirurgien.

Toutes les techniques de reconstruction ont des avantages et des inconvénients, mais aussi des indications spécifiques selon les patientes rencontrées et leur histoire médicale.

Les options de reconstruction mammaire envisagées chez une patiente seront fonction de la morphologie de celle-ci, de l'état tissulaire (séquelles des traitements, principalement de la radiothérapie), de l'état vasculaire (tabagisme !), de la situation grasseuse et de l'état musculaire. Chaque option sera bien entendu réévaluée en regard du quotidien et du souhait de la patiente (douleur au dos, sport spécifique, cicatrice déjà présente, ...).

Bien entendu, la patiente peut exprimer ses souhaits et ses attentes vis-à-vis de ce processus de reconstruction. Elle peut par exemple émettre le désir d'un changement de volume de sa poitrine (augmentation/réduction) ou exprimer son ressenti par rapport à l'éventualité de cicatrices supplémentaires ou d'une perte de sensibilité dont ces nouvelles cicatrices pourraient être responsables. Elle peut également demander à rencontrer d'autres patientes afin avoir une idée/un vécu par rapport à l'implantation d'une prothèse.

Quelle que soit la technique choisie, la reconstruction mammaire représentera toujours un processus qui s'étale dans le temps. Le but est d'obtenir, à chaque étape, un résultat souhaité et une stabilité avant d'aborder la suite. Les trois temps principaux (qui peuvent parfois eux-mêmes comporter plusieurs étapes) sont la reconstruction du volume et de l'enveloppe cutanée, la symétrisation du sein controlatéral et la reconstruction de l'aréole et du mamelon.

C'est pour le premier temps de cette prise en charge que le choix des techniques sera déterminant. Lors de la chirurgie d'exérèse, la glande mammaire est enlevée avec l'enveloppe cutanée (à l'exception de la reconstruction immédiate mais qui est hors de propos pour cet article). Lors de la reconstruction, le plasticien devra donc apporter du volume (prothèse, muscle, tissu grasseux) mais aussi de la peau (expansion locale ou prélèvement à distance). ▶

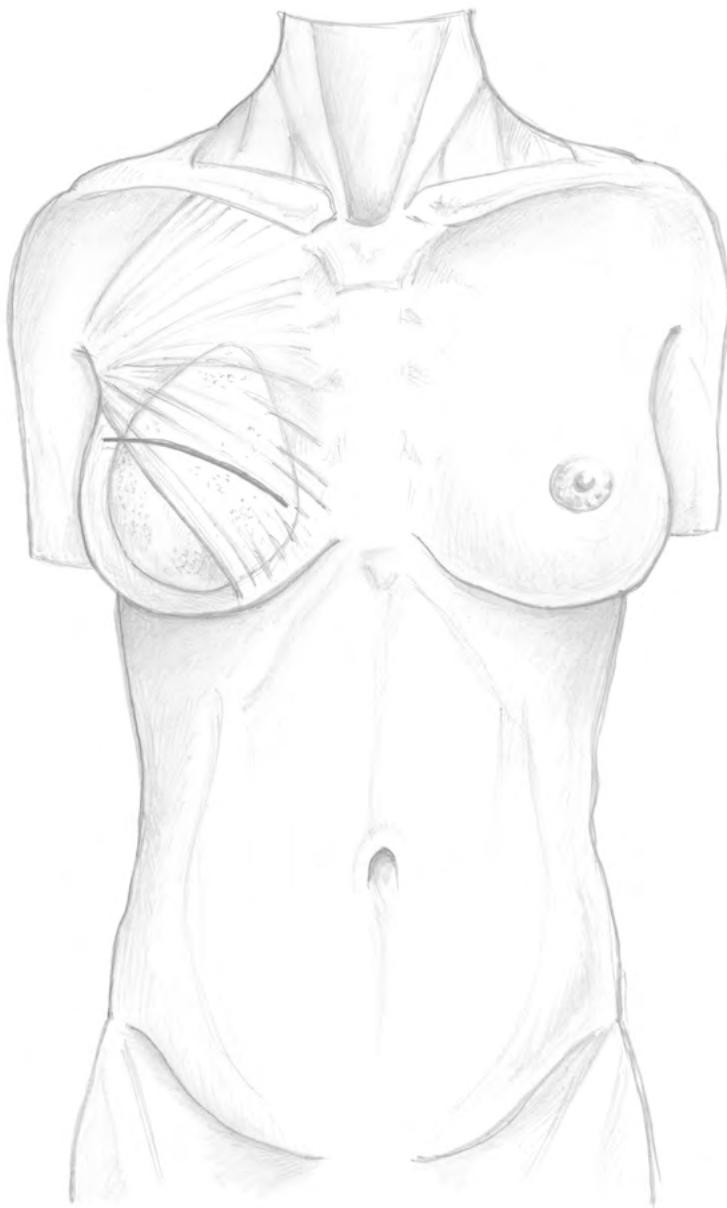


Figure 1 - Reconstruction par prothèse

Premier temps opératoire : le volume mammaire

Plusieurs options sont envisageables :

La reconstruction par prothèse :

Intervention chirurgicale la moins lourde (environ 2h, temps d'hospitalisation de 3 à 5 jours), la reconstruction par prothèse peut être proposée lorsque la qualité de la peau et des tissus est optimale, permettant une expansion cutanée per-opératoire suffisante. La prothèse peut être placée en rétro-pectoral ou en pré-pectoral, à l'appréciation du chirurgien. Les objectifs d'un positionnement rétro-pectoral sont un galbe amélioré, une meilleure couverture de la prothèse et une diminution

du risque d'exposition de l'implant au niveau de la cicatrice. Cependant, ce positionnement est légèrement plus lourd au niveau opératoire et peut engendrer, à distance, « une animation » de la prothèse lors de la contraction du pectoral.

L'implant sera inséré via la cicatrice de mastectomie et donc aucune cicatrice supplémentaire ne sera nécessaire. Si le sillon sous-mammaire doit être redessiné, des points de capiton peuvent être réalisés par le chirurgien. Parfois fortement marqués en post-opératoire, ces points ne doivent pas être travaillés par le kinésithérapeute : ils s'estomperont spontanément.

Pour gagner du galbe en recrutant des tissus de bonne qualité (notamment en cas de radiothérapie préalable), le chirurgien pourra réaliser un lambeau d'avancement abdominal. Cette technique consiste à réaliser un décollement sous cutané qui permet de faire glisser la peau et les tissus adipeux (graisse) de la partie haute du ventre vers la région du sein à reconstruire, afin de compléter la reconstruction en apportant une partie des tissus manquants.

Le suivi post-opératoire est simple. La patiente retrouvera une autonomie générale dès le lendemain de l'opération. Les mouvements en amplitude complète seront repris progressivement sous le seuil de la douleur. Seuls les mouvements de traction avec le bras du côté opéré seront à éviter les 6 premières semaines. Au-delà de ce délai de protection, toutes les activités peuvent être reprises sans aucune limitation et la mobilité parfaite doit être retrouvée.

Les principaux avantages de cette technique sont : une chirurgie moins lourde, rapide et moins invasive et surtout l'absence de cicatrice supplémentaire. La patiente obtient un résultat habillé satisfaisant (sein rond et jeune) et la grande variabilité de taille et de modèle de prothèse permet de trouver un implant correspondant au mieux à la physiologie de la patiente.

Les principaux inconvénients de cette technique sont : l'utilisation d'un matériel inerte sensible à l'usure (nécessité de changement dans un délai inconnu), la consistance et la surface palpable pouvant engendrer une asymétrie au toucher, un vieillissement asymétrique des deux seins et un risque de durcissement et de déformation du sein (coque).

Cette technique peut être employée dans les indications suivantes : les reconstructions bilatérales secondaires et immédiates (notamment dans les ablations prophylactiques chez les patientes porteuses d'une

mutation), en cas de reconstruction unilatérale chez une patiente désirant une augmentation du volume des deux seins (pose d'une prothèse plus petite de l'autre côté), chez une patiente qui souhaite un geste moins invasif. Cette option sera particulièrement adaptée pour un sein de volume moyen, peu tombant et assez rond. Elle nécessite toutefois une bonne qualité de peau au niveau du site d'ablation et sera donc généralement déconseillée chez une patiente fumeuse et/ou ayant eu de la radiothérapie.

Ces derniers temps, de nombreuses interrogations ont été soulevées par rapport aux risques liés à la mise en place de prothèses mammaires. Après le scandale des prothèses PIP (utilisation frauduleuse de prothèses non-conformes), la mise en lumière du risque de lymphome anaplasique à grandes cellules associé à un implant mammaire (LAGC-AIM)

a fait couler beaucoup d'encre. Ce problème, dont la pathogénie multifactorielle est encore floue, survient davantage avec les implants dits « macrotexturés ». Bien que rare, toute patiente doit être clairement informée de ce risque. Lorsque la pathologie est débutante (forme « in-situ, la plus rencontrée), elle peut se manifester par la survenue soudaine d'un gonflement du sein, signe d'accumulation de liquide autour de la prothèse. Correctement diagnostiqué à ce stade, le traitement nécessite le retrait de l'implant et de sa capsule « en bloc » et le pronostic est excellent. La forme « infiltrante » (avec masse se développant au départ de la capsule) signe une évolution lente et un diagnostic tardif et nécessite souvent, en plus de la chirurgie, un traitement complémentaire par chimiothérapie. Cette situation est heureusement rarissime.

Prothèse d'expansion

Lorsque la quantité ou la qualité de la peau au niveau du site d'ablation n'est pas suffisante pour mettre d'emblée en place un implant définitif, on aura recours à une prothèse d'expansion. Celle-ci permet une augmentation progressive du volume du sein, jusqu'à la taille souhaitée.

L'expandeur est une prothèse constituée d'une enveloppe de silicone mais vide. Elle sera posée lors d'une première intervention et sera ensuite gonflée progressivement à l'aide d'injections de liquide physiologique à travers une valve sous cutanée (incluse ou adjacente à la prothèse). Ces injections se font en consultation chez le chirurgien au cours des semaines qui suivent l'implantation, permettant de respecter l'assouplissement cutané jusqu'au volume souhaité. Une fois le volume obtenu (environ 3 mois ►



plus tard), une seconde chirurgie est nécessaire pour remplacer l'expandeur par une prothèse définitive dont la texture et la souplesse sont nettement supérieures à celui-ci. Cette chirurgie est rapide et peu douloureuse étant donné que la loge a déjà été bien dessinée par l'expandeur.

La reconstruction par lambeau pédiculé (muscle grand dorsal) :

Lorsqu'une radiothérapie a dû être réalisée en complément de la mastectomie, la reconstruction sera améliorée par l'apport de tissus non-irradiés. L'avantage du muscle grand dorsal est qu'il s'agit d'un lambeau pédiculé (veine/artère) ne devant pas être détaché de ses vaisseaux et permettant ainsi de nettement diminuer le risque de perte du lambeau (nécrose).

Le lambeau musculaire pur ou musculo-cutané (palette de peau dorsale) est détaché au niveau de ses insertions dans le dos et basculé autour de ses vaisseaux (creux axillaire) vers le sein à reconstruire. Le volume du muscle est souvent insuffisant à lui seul pour obtenir un volume moyen ou important. Si cette technique utilisée seule est envisageable pour la reconstruction d'un sein de petit volume, elle est principalement indiquée pour optimiser le résultat d'une reconstruction par prothèse. Dans la

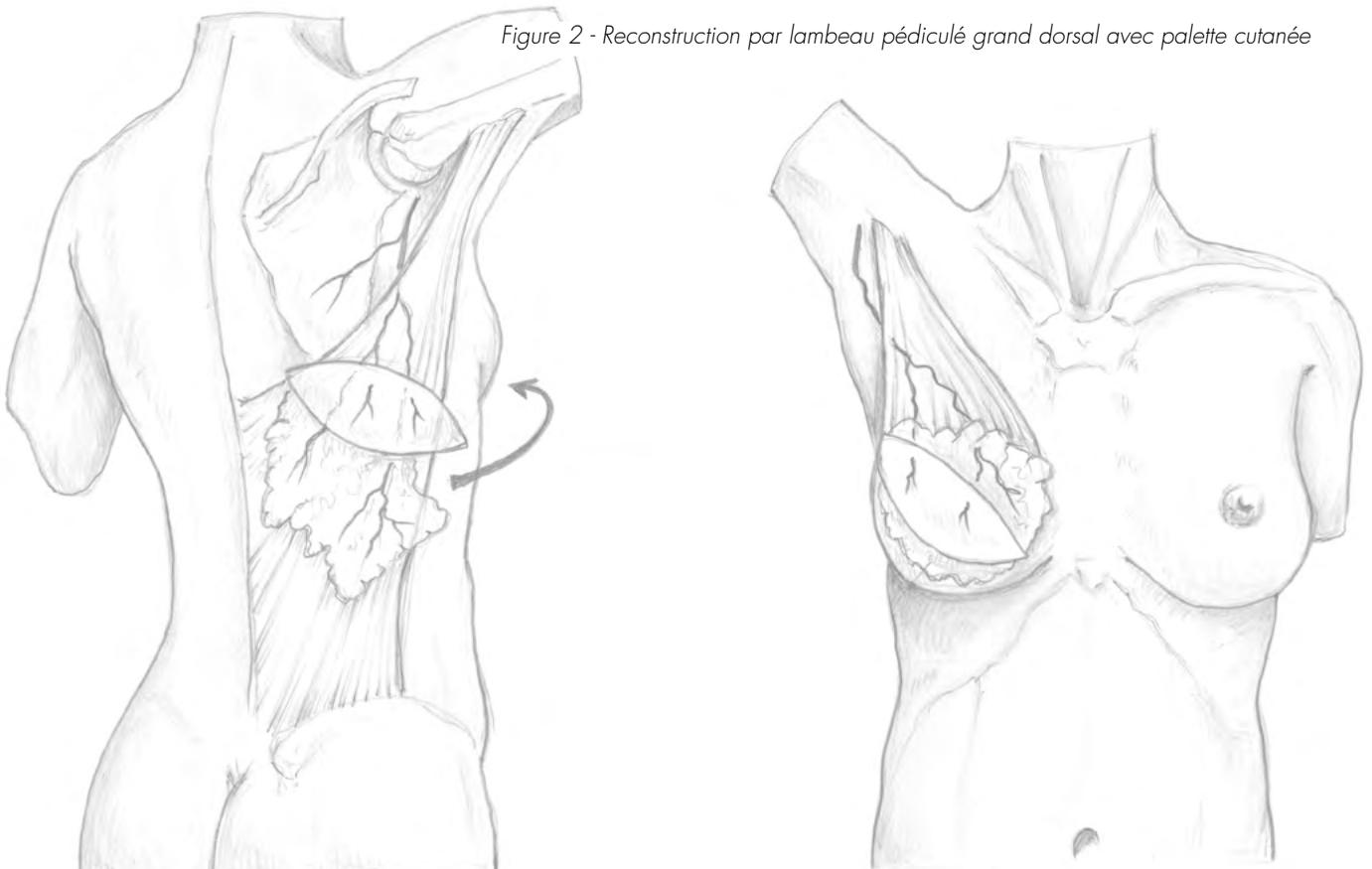
situation où la laxité cutanée n'est pas suffisante/l'étui cutané disponible n'est pas suffisant, le chirurgien pourra proposer d'utiliser un expandeur en complément ou choisira de prélever une palette de peau avec le muscle grand dorsal afin de reconstruire le tissu cutané manquant.

Le prélèvement d'un lambeau musculaire pur (petite poitrine ou avec un expandeur) peut se faire par une cicatrice verticale sous le bras et la reconstruction du sein via la cicatrice unique de la cicatrice de mastectomie. L'avantage important est donc l'absence de cicatrice supplémentaire au niveau du sein et la présence unique d'une cicatrice (5 à 10 cm) sous le bras.

Dans le choix d'un prélèvement musculo-cutané, une cicatrice horizontale allant jusqu'au milieu du dos sera réalisée pour prélever de la peau. Cette palette cutanée, attachée au muscle, sera ensuite pivotée et placée entre les deux berges de la cicatrice de mastectomie. Il y aura donc une cicatrice supplémentaire dans le dos et sur le sein. La palette cutanée transposée n'est pas sensible.

Le suivi post-opératoire nécessite le port d'une gaine de contention thoracique, tout en évitant la compression du pédicule. Il sera interdit d'effectuer

Figure 2 - Reconstruction par lambeau pédiculé grand dorsal avec palette cutanée



des tractions avec le bras opéré pendant les six semaines qui suivent l'opération. En post-opératoire immédiat, des petits mouvements de confort devront être proposés. La survenue d'un lymphocèle au niveau du site de prélèvement peut nécessiter un drainage lymphatique. Les mouvements en amplitude complète seront repris après une semaine, progressivement et sous le seuil de la douleur. Parallèlement à cela, un travail d'assouplissement des tissus du dos (surtout lors d'un prélèvement musculo-cutané) sera très utile au confort global de votre patiente. Au-delà de ce délai de 6 semaines, un travail kiné peut être entrepris pour empêcher les séquelles fonctionnelles : le travail avec des charges progressives devra être réalisé sans contre-indication et la reprise de toutes les activités devra être obtenue.

Les avantages de cette technique sont : la fiabilité du transfert pédiculé (très peu de risques de perte de lambeau), l'apport de tissus mous pouvant contribuer à donner au sein un aspect plus naturel, la protection de la prothèse par du tissu sain et la réduction du risque de coque (encapsulation de la prothèse par les tissus environnants).

Les inconvénients de cette technique sont : la présence d'une nouvelle cicatrice sous le bras et surtout dans le

dos dans le cas d'un prélèvement musculo-cutané, la peur du mouvement engendrant des troubles fonctionnels si une prise en charge de qualité n'est pas proposée, un possible lymphocèle dans le dos en post-opératoire et une insensibilité transitoire dans la zone dorsale.

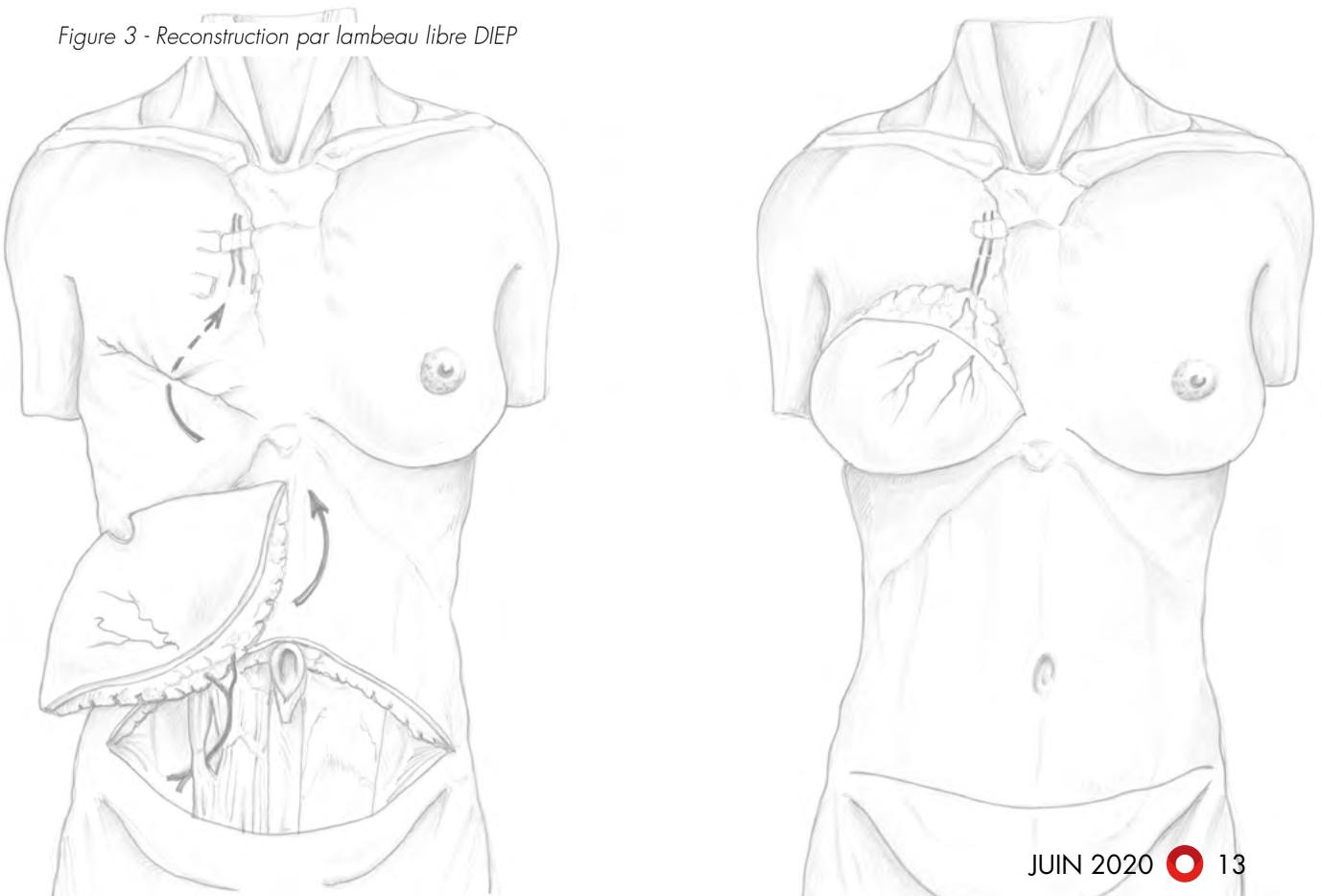
Cette technique trouve de nombreuses indications et permet la reconstruction de seins de tous types, associée ou non à une prothèse, en cas de radiothérapie préalable. Pour les patientes ayant une petite poitrine, ne souhaitant pas de prothèse et dont la priorité est l'aspect naturel (au regard et au toucher), la reconstruction par muscle grand dorsal simple peut également être une option intéressante. Le lipofilling peut y être associé pour obtenir une augmentation de volume sans implant.

La reconstruction par lambeau libre (Diep, Pap, ...):

Lorsqu'une radiothérapie a été effectuée et/ou qu'une reconstruction par prothèse n'est pas souhaitée, une reconstruction par lambeau libre peut être envisagée.

La réalisation d'un lambeau libre (ou microchirurgical) consiste à transférer un tissu vascularisé d'un endroit (site donneur) à un autre, en suturant les vaisseaux sanguins du pédicule (artère et veine) aux vaisseaux du

Figure 3 - Reconstruction par lambeau libre DIEP





site receveur. C'est une chirurgie plus lourde, de 6 à 8 heures, nécessitant des indications sélectionnées (bilan vasculaire, arrêt tabac, ...) et une équipe chirurgicale entraînée à ce type de procédure afin d'en garantir le résultat. Elle offre l'avantage de l'utilisation des propres tissus de la patiente, l'apport d'un volume important de tissus de bonne qualité et un bon résultat cosmétique (visuel et palpé).

La reconstruction par lambeau libre la plus courante est le DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator), qui utilise la graisse et la peau sous-ombilicale. Le prélèvement du lambeau nécessitera une cicatrice allant d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre et le repositionnement de l'ombilic. Le lambeau sera transféré et modelé entre les deux berges de la cicatrice de mastectomie. Une double cicatrice sera donc présente au niveau du sein (à l'exception d'une reconstruction immédiate où l'étui cutané a été préservé).

Le suivi post-opératoire sera très important, nécessitant parfois une nuit aux soins intensifs afin d'assurer une surveillance rapprochée des microsutures vasculaires. L'hospitalisation sera d'une semaine environ. Le contrôle clinique (couleur, chaleur, temps de recoloration du lambeau) combiné à l'utilisation d'un Doppler permettront de vérifier le bon fonctionnement des sutures veineuses et artérielles. La patiente devra

absolument éviter toute compression du lambeau. Elle devra éviter toute traction avec son bras et protéger son abdomen des tensions importantes dans les jours suivant l'opération. Cette tension peut être ressentie un certain temps et être soulagée par de la kiné de massage et d'assouplissement. Néanmoins, au niveau musculaire, il convient de respecter un délai de trois mois de repos du muscle pour permettre la restructuration de l'aponévrose du muscle grand droit. Au-delà du temps hospitalier, la prise en charge kiné sera donc plus tardive et principalement liée à la prise en charge des cicatrices.

Le principal avantage de cette technique est l'utilisation des tissus autologues de la patiente, qui vieilliront avec le reste du corps. Le toucher est plus souple, semblable aux autres tissus du corps. Enfin, pour les patientes souffrant d'un excès de graisse au niveau abdominal, le prélèvement du lambeau permet de retrouver un ventre « retendu ».

L'inconvénient majeur de cette technique est, dans un premier temps, le risque de perte de lambeau. Le vécu lié à la longue cicatrice abdominale peut s'avérer compliqué pour certaines patientes. Enfin, il est important de noter que le sein reconstruit ne retrouve pas de sensibilité, mis à part une ébauche de la sensibilité profonde. On peut parfois observer une légère pilosité sur le lambeau, mais ce désagrément peut être corrigé par un traitement par laser.

Cette technique est principalement proposée chez des patientes dont la peau a été abimée par la radiothérapie ou chez toutes celles qui ne veulent pas porter de prothèse mammaire et qui souhaitent retrouver un ressenti à la palpation le plus proche possible du naturel.

La reconstruction par lipofilling simple :

Le lipofilling est une technique de complément aux autres techniques (resurfaçage après reconstruction), mais peut éventuellement être une technique de reconstruction à part entière pour un sein de petit volume.

Le principe du lipofilling est d'utiliser de la graisse prélevée sur une autre zone du corps pour la ré-injecter à un autre endroit du corps. C'est ce que l'on appelle un transfert de greffe autologue.

Cette technique peut être utilisée en préparation d'un site de reconstruction : les cellules grasses transférées ont, en effet, un effet trophique sur les tissus receveurs - particulièrement sur la microvascularisation - et un effet anti-fibrotique. Un site de mastectomie irradié pourra, par exemple, bénéficier d'un tapissage graisseux pour optimiser une reconstruction par prothèse dans un second temps.

Le lipofilling est également utilisé comme « resurfaçage » de complément après une reconstruction par une autre technique. Il permet de masquer les bords d'une prothèse, d'améliorer l'aspect au niveau d'un décolleté ou encore d'augmenter le volume d'un sein reconstruit par lambeau. ►

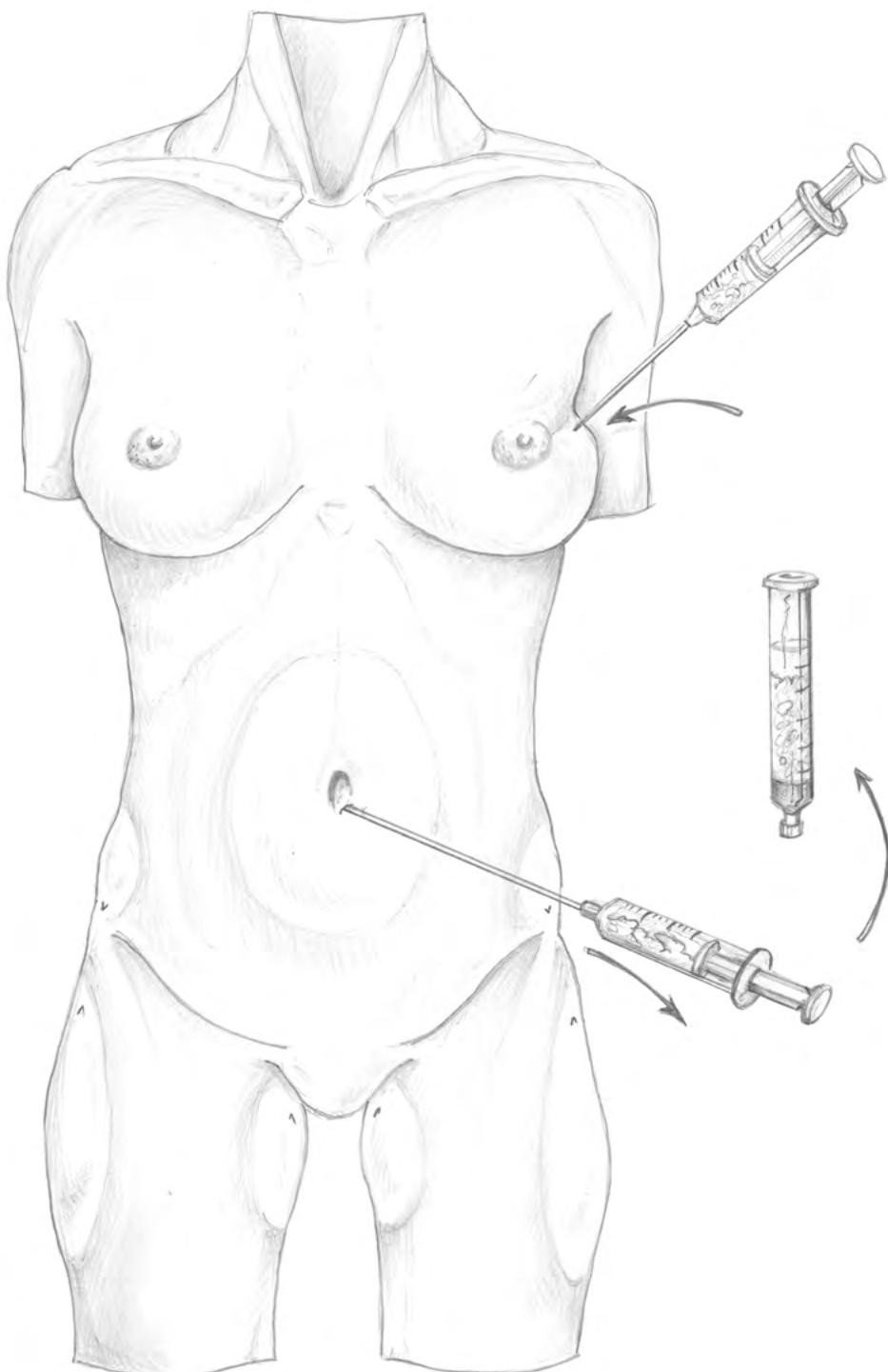


Figure 4 - Reconstruction par lipofilling simple



Enfin, la reconstruction à part entière par lipofilling peut également être envisagée. Elle nécessite une augmentation du volume par étapes successives, permettant aux cellules injectées de s'intégrer progressivement aux tissus thoraciques. Lorsqu'un volume plus important est souhaité, une option possible est la mise en place d'une prothèse d'expansion pour obtenir un volume suffisant, qui sera ensuite progressivement dégonflée (puis retirée) et remplacée par des injections de graisses. Cette technique nécessitera plus de temps pour obtenir un résultat suffisant.

Le lipofilling se réalise généralement en chirurgie ambulatoire. Les impacts post-opératoires sont principalement liés au site de prélèvement qui engendre des ecchymoses pouvant être importantes. Le port d'une gaine post-opératoire est recommandé pendant plusieurs semaines mais pas systématiquement si une petite quantité de graisse est prélevée. Au niveau du site receveur, un œdème transitoire est observé. Une partie des cellules injectées ne parviendront pas à s'implanter dans le tissu local et se résorberont dans les jours qui suivent. Cette perte de matière et de volume est difficilement prévisible (entre 30 et 70%).

Il est important que le kiné ne masse pas le site d'injection dans les 3 semaines post-opératoires, au risque d'augmenter cette résorption. Par contre, le chirurgien pourra éventuellement demander une préparation tissulaire pré-opératoire par endermologie pour optimiser le résultat post-opératoire et un drainage de la zone de prélèvement (comme après une liposuction classique).

Les principaux avantages de cette technique sont : sa faible rançon cicatricielle, un effet trophique sur la peau irradiée, un résultat intéressant (consistance, resurfaçage),

une lipoaspiration des zones de prélèvement et une évolution de la graisse injectée selon les variations de poids de la patiente.

Les principaux inconvénients de cette technique sont la résorption peu prévisible de la graisse, la nécessité de réaliser plusieurs séances (d'autant plus si le volume souhaité est important) et le risque de formation de kystes huileux. En cas de reconstruction suite à une ablation partielle du sein (quadrantectomie, tumorectomie), un délai de 2 ans sans récurrence et un bilan par imagerie sont nécessaires avant de proposer cette technique.

Cette technique peut donc être utilisée seule pour une reconstruction d'un sein de petite taille, en préparation d'une reconstruction par prothèse ou en complément avec le remodelage d'une reconstruction par implant ou lambeau. Elle offrant un résultat naturel et pérenne avec peu d'inconvénients fonctionnels et peu de cicatrices supplémentaires.

Deuxième temps opératoire : la symétrisation du sein controlatéral

Les craintes et les angoisses laissent progressivement place à un cheminement plus positif, moment d'harmonisation dans un milieu hospitalier connu. L'objectif est d'équilibrer les deux seins afin d'améliorer le résultat esthétique. Ce n'est pas toujours nécessaire mais cela fait partie intégrante de la reconstruction.

Au niveau du sein reconstruit, un lipofilling peut être proposé pour améliorer le décolleté et les contours du sein.

L'intervention au niveau du sein « sain » est alors proposée pour harmoniser sa forme et son volume par rapport au sein reconstruit. Pour cela, une correction



de la ptôse naturelle du sein et/ou une adaptation de la forme ou du volume peuvent être réalisés.

Troisième temps opératoire : la reconstruction du mamelon

Quelle que soit la méthode utilisée, cette chirurgie est simple et peu douloureuse et se réalise sous anesthésie locale.

Le mamelon peut être reconstruit en greffant la moitié du mamelon controlatéral ou en utilisant un lambeau de peau local (peau du sein reconstruit) ou encore en prélevant un morceau de peau à distance.

Une fois le mamelon cicatrisé, un tatouage pourra compléter la reconstruction de l'aréole. Ce tatouage se pratique à l'hôpital ou chez des spécialistes en dermopigmentation (tatouage). La prise en charge financière complète n'est malheureusement pas systématique.

Notons qu'en attendant la reconstruction du mamelon, il existe des mamelons en silicone de tailles et de couleurs différentes.

Quel que soit le parcours de nos patientes, la réflexion menant au choix d'une reconstruction est un parcours compliqué dans lequel elles se sentent parfois un peu démunies. En effet, différentes options peuvent être proposées par différents chirurgiens. Ceux-ci défendent l'intérêt d'une technique sur une autre en fonction de leur expérience et de leur pratique. La connaissance des tenants et aboutissants propres au type de chirurgie proposée nous permettront d'accompagner au mieux nos patientes en les aidant à identifier comment des facteurs tels que leur vécu, leurs appréhensions ou leur rapport à leur corps peuvent influencer leurs choix.

Une fois le processus de reconstruction entamé, outre la prise en charge physique, notre rôle sera d'accompagner la patiente dans l'intégration corporelle et psychique de sa reconstruction. Le toucher permettra d'identifier des émotions liées à cette reconstruction et un travail collaboratif avec un psychologue peut avoir tout son sens. Notre présence régulière permettra de répondre à des questions, d'aborder le toucher, de stimuler les sensations corporelles mais aussi de repenser ce nouveau corps.

Bon travail à toutes et à tous ! ■



Ingrid de Biourge est kinésithérapeute spécialisée dans la prise en charge du cancer du sein.

Elle travaille aux Cliniques universitaires Saint-Luc et reçoit en parallèle ses patientes dans son cabinet situé à Ottignies.

www.ingriddebiourge.be

Elle tient à remercier le professeur Lengelé, le docteur Hubinont et les éditions Racine d'avoir autorisé la reproduction des figures qui illustrent cet article.

Celles-ci proviennent de l'ouvrage "Voyage au pays du cancer du sein - Mon carnet de (sur)vie" de Corinne Hubinont, publié aux éditions Racine en 2017.

Elle remercie également le docteur Coyette, le docteur Lafosse et Maëlle Detry pour leur relecture attentive.