



Cancer du sein et reconstruction mammaire

Comment aider les femmes à faire un choix éclairé

Josiane B. et Alice D. viennent de subir une reconstruction mammaire après une mastectomie. La première a reçu un diagnostic de cancer du sein, la seconde est porteuse d'une mutation génétique, les deux situations les plus vues en clinique. Si le cancer du sein et ses traitements sont des sujets familiaux dans la société québécoise, la reconstruction mammaire, elle, demeure encore méconnue.

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

Comptant pour 25 % de tous les cancers féminins, le cancer du sein est le plus répandu et constitue la seconde cause de décès chez les femmes, après le cancer du poumon. Une femme sur huit développera un cancer du sein au cours de sa vie et une sur 31 en mourra (Société canadienne du cancer, 2017a) (**Tableau 1**). Créé en 1998, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein invite les femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie tous les deux ans (MSSS, 2017). Seule une biopsie des tissus mammaires confirme la présence d'un cancer (Société canadienne du cancer, 2017b). Selon les cas, le traitement reposera sur l'une ou plusieurs des options suivantes : chirurgie, chimiothérapie,

radiothérapie, traitement ciblé ou hormonothérapie (Société canadienne du cancer, 2017c).

L'intervention chirurgicale permet de retirer la tumeur et les marges (tumorectomie), un sein (mastectomie) ou les deux seins (mastectomie bilatérale). Cette dernière procédure est également proposée aux femmes porteuses d'une mutation génétique, une condition qui augmente significativement le risque qu'elles soient atteintes un jour d'un cancer du sein (lire l'encadré « Mutation génétique et risque de cancer du sein »).

Tableau 1
STATISTIQUES CANADIENNES ESTIMÉES SUR LE CANCER DU SEIN, 2017

CATÉGORIE	HOMMES	FEMMES
Nouveaux cas	230	25 700 ¹
Taux d'incidence (par tranche de 100 000 personnes)*	1,3	130,1
Décès	55	4 900
Taux de mortalité (par tranche de 100 000 personnes)*	0,3	23,4
Survie nette après 5 ans (estimations de 2006 à 2008)	79 %	87 %

* Normalisé selon l'âge de la population-type canadienne de 2011. La normalisation selon l'âge est une méthode statistique qui ne tient pas compte de l'effet de l'âge sur le taux calculé. Elle permet de comparer les taux au fil du temps ou entre les provinces et les territoires.

1. Dont 6 000 femmes au Québec

Source : Société canadienne du cancer, 2017a.

PATIENTES TYPES



Josiane B., âgée de 61 ans, a subi une mastectomie unilatérale. Elle a fait une dépression lorsqu'elle a appris le diagnostic. Les symptômes difficiles de la ménopause et les procédures de son divorce l'ont fortement fragilisée. Le chirurgien plasticien a pratiqué une reconstruction tardive selon la technique du *Deep Inferior Epigastric Perforator* (DIEP).



Alice D., âgée de 41 ans, a consulté en médecine génique car sa mère et sa tante sont toutes deux décédées d'un cancer du sein. Elle a appris qu'elle était porteuse d'une mutation du gène BRCA1 (**voir ci-contre**). Bien qu'elle n'ait pas de cancer, l'équipe de soins lui a proposé une mastectomie prophylactique avec reconstruction immédiate par implants mammaires.



MUTATION GÉNÉTIQUE ET RISQUE DE CANCER DU SEIN

Les gènes BRCA sont des gènes suppresseurs de tumeurs qui aident habituellement à prévenir l'apparition du cancer. Ils contrôlent la croissance et la division des cellules et aident à la réparation des dommages causés à l'ADN. Toutefois, des gènes BRCA qui ont subi une mutation peuvent accroître le risque d'apparition de certains types de cancer. La mutation du gène BRCA1 et la mutation du gène BRCA2 sont les plus connues. Ces mutations génétiques font augmenter le risque pour une femme d'être un jour atteinte d'un cancer du sein. Il existe aussi d'autres gènes qui peuvent comporter des mutations augmentant les risques de cancer du sein.

PEU CONNUE ET PEU OFFERTE

Parmi les quelque 6 000 femmes qui subissent une mastectomie chaque année au Canada, toutes ne sont pas informées des possibilités subséquentes de reconstruction mammaire. À peine une Canadienne sur cinq s'en prévaudrait (16 %), comparativement à une Américaine sur trois (38 %) (Société canadienne du cancer, 2017d). Selon la Dre Érica Patocskai, chirurgienne-oncologue au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), environ 7 % des femmes au Québec auraient recours à la reconstruction mammaire après une mastectomie (Radio-Canada, 2015).

Cette possibilité, peu connue, n'est pas offerte d'emblée par les chirurgiens à l'extérieur des grands centres. Il existe pourtant peu de contre-indications à la reconstruction mammaire. Le tabagisme, l'obésité morbide et des problèmes cardiaques sont les seules identifiées par la Fondation du cancer du sein du Québec (2016). Les frais de cette chirurgie réparatrice sont entièrement couverts par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ, 2014).

Depuis 2011, l'initiative *Breast Reconstruction Awareness Day* (ou BRA Day), lancée par le plasticien torontois Mitchell Brown, a lieu chaque année au Canada et dans plus de 30 pays à travers le monde. Dans le cadre de cette journée qui vise à sensibiliser les femmes à la chirurgie de reconstruction mammaire, des patientes et des professionnels de la santé experts témoignent de leurs expériences.

IMMÉDIATE OU TARDIVE

La reconstruction mammaire peut être immédiate, c'est-à-dire qu'elle est pratiquée après la mastectomie, au cours de la même intervention. Elle peut aussi être tardive. Certaines femmes y recourront des mois, voire des années après leur mastectomie (Seidel, Bins-Ely et al., 2017; Zhang, Li et al., 2017). La reconstruction immédiate est de plus en plus pratiquée pour des questions esthétiques, psychologiques et médicales (Ng et al., 2016; Teo et al., 2015).

TECHNIQUES DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE

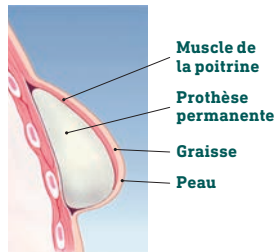
Il existe trois techniques de reconstruction mammaire : la pose d'implants, la reconstruction par lambeau ou une combinaison des deux chirurgies (CHUM 2015a, 2015b, 2015c). L'intervention comprend plusieurs étapes. D'abord, la mastectomie est effectuée par un chirurgien oncologue et le plasticien reconstitue un nouveau sein selon la technique choisie, au cours de la même intervention ou lors d'une intervention ultérieure. Puis, au besoin, vient la symétrisation des deux seins au minimum trois mois après la reconstruction. Enfin, l'aréole et le mamelon peuvent être reconstruits ou tatoués. Le **Tableau 2** compare les caractéristiques des principales techniques de reconstruction mammaire.

Tableau 2
CARACTÉRISTIQUES DES TECHNIQUES DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE

	POSE D'IMPLANTS OU PROTHÈSES MAMMAIRES		RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU					
			DIEP		TRAM libre		Grand dorsal pédiculé	
Durée approximative de l'opération	1 sein 1 à 2 h	2 seins 2 à 4 h	1 sein 6 à 8 h	2 seins 10 à 12 h	1 sein 4 à 5 h	2 seins 8 à 10 h	1 sein 3 à 4 h	2 seins 6 à 8 h
Durée de l'hospitalisation	Immédiate : congé le lendemain Tardive : congé le même jour		5 à 7 jours		5 à 7 jours		2 à 3 jours	
Convalescence	4 à 6 semaines		6 semaines					

© CHUM, 2016b.
DIEP : *deep inferior epigastric perforator*; TRAM : *transverse rectus abdominis myocutaneous*

Figure 1a
PROTHÈSE PERMANENTE



Source : CHUM, 2015c (reproduction autorisée)

Figure 1b
PROTHÈSE D'EXPANSION

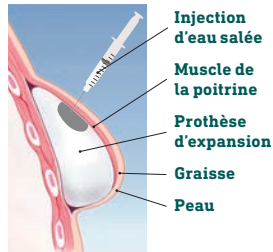
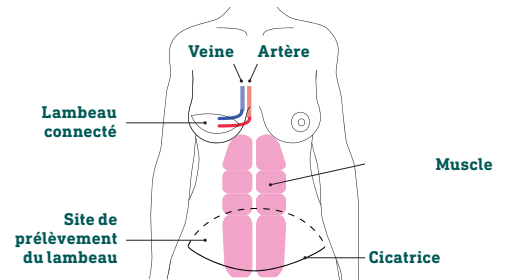


Figure 2
DIEP



Source : CHUM, 2015a (reproduction autorisée)

Implant ou prothèse mammaire

La pose d'implants mammaires après une mastectomie est la procédure la plus courante en Amérique du Nord (BRA Day, 2018). Les implants de silicone se sont imposés pour leur sécurité, car les risques de complications tels que la rupture d'un implant ou une contracture capsulaire (déformation des seins en raison du durcissement des tissus entourant les implants) sont rares (Chao et al., 2016). Si la peau de la poitrine est en bon état et en quantité suffisante, une prothèse est installée sous la peau et le muscle, à la place du sein retiré (Figure 1a). Cependant, il peut être nécessaire d'étirer les tissus afin de permettre d'installer la prothèse et d'obtenir l'esthétique souhaitée. Le chirurgien peut alors insérer une prothèse d'expansion temporaire, c'est-à-dire une poche remplie d'eau stérile. Toutes les semaines ou toutes les deux semaines, et ce, pendant deux à trois mois, le chirurgien injectera environ 60 ml de solution saline directement dans la prothèse jusqu'à la grosseur de sein désirée (Figure 1 b). Après un minimum de quatre à six semaines suivant la dernière injection, le chirurgien remplace la prothèse d'expansion par une prothèse permanente (CHUM, 2015c).

aréole et mamelon

La dernière étape de la reconstruction mammaire consiste en la symétrisation des seins et la reformation de l'aréole ou du mamelon afin de donner une apparence plus naturelle à la zone opérée. Cela peut être fait chirurgicalement ou par tatouage (CHUM, 2015e). Certaines femmes décideront plutôt d'utiliser des mamelons artificiels.

SOINS INFIRMIERS

Au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), un projet d'envergure, mis sur pied en 2014 par les infirmières Louise Handfield, conseillère en soins spécialisés, oncologie et soins palliatifs, et Jacinthe Brodeur, codirectrice clinico-administrative du Centre intégré de cancérologie (CICC) jusqu'en 2016, a permis de développer une vaste expertise dans l'accompagnement des patientes. Les infirmières y occupent une place prépondérante dans l'information, l'enseignement, le soutien, et ce, tout au long de la trajectoire de soins. Elles font partie d'une équipe interdisciplinaire incluant divers professionnels de la santé, tels des psychologues, oncologues, sexologues, plasticiens, diététistes et physiothérapeutes.



« Nous parlons d'un véritable deuil de cette partie du corps et nous devons accompagner chaque femme dans un processus chirurgical qui peut durer facilement plus d'un an. »

LOUISE HANDFIELD
Conseillère en soins spécialisés, oncologie et soins palliatifs, Direction des soins infirmiers, CHUM



« Nous nous devons de respecter le choix des femmes. Nous pouvons faire la différence dans leur expérience. »

JANY BERNIER
Infirmière clinicienne au CICC

Le lambeau

Contrairement à l'implant, entièrement artificiel, le lambeau provient des propres tissus (peau, graisse et muscle) de la femme opérée. La technique est désignée sous le nom de greffe autologue : le chirurgien plasticien prélève des tissus qu'il greffe ensuite sur la poitrine.

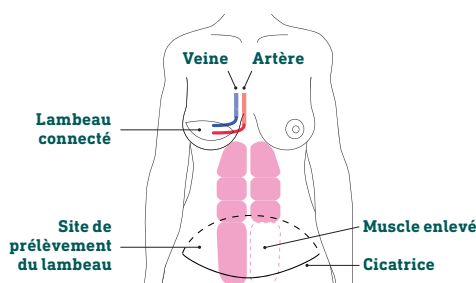
Il existe plusieurs techniques de greffe autologue, dont les trois principales sont :

- Par lambeau DIEP : elle consiste à détacher complètement de l'abdomen un lambeau de peau et ses vaisseaux sanguins (Figure 2).
- Par lambeau TRAM (*Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous Flap*) : elle permet de retirer un morceau de muscle, de graisse et de peau au bas de l'abdomen (Figure 3).
- Par lambeau du grand dorsal pédiculé (les vaisseaux et les nerfs du lambeau prélevé restent attachés pendant le déplacement) : elle vise à déplacer un lambeau du muscle du dos vers la région du sein (Figure 4).

Les infirmières occupent en effet une place de choix lorsqu'il s'agit d'informer et de soutenir les femmes afin qu'elles prennent une décision éclairée à propos de la reconstruction mammaire. « Nous nous devons de respecter le choix des femmes. Nous pouvons faire la différence dans leur expérience », rappelle Jany Bernier, infirmière clinicienne au Centre intégré de cancérologie du CHUM (CICC).

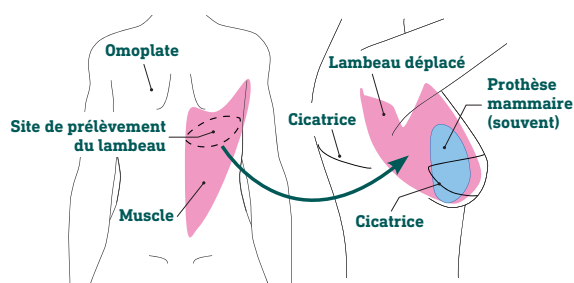
La décision d'avoir recours ou non à une reconstruction mammaire demande une réflexion approfondie, puisqu'il s'agit d'une opération importante qui s'inscrit dans un long processus. La mastectomie affecte l'image corporelle, car elle est intimement liée à la perception de la féminité. Certaines femmes désireront rapidement une reconstruction mammaire, d'autres rejeteront d'emblée l'idée de remplacer le sein ou les seins retirés. Ces dernières préféreront porter des prothèses externes, en tissu ou en silicone, glissées dans leur soutien-gorge.

Figure 3
TRAM LIBRE



Source : CHUM, 2015d (reproduction autorisée)

Figure 4
GRAND DORSAL PÉDICULÉ



Source : CHUM, 2015b (reproduction autorisée)

Préparation à la chirurgie de reconstruction mammaire

L'infirmière doit brosser un tableau réaliste de cette chirurgie. Un sein reconstruit est différent de ce qu'il était et le corps entier demeurera en transition pendant plusieurs mois. « Nous parlons d'un véritable deuil de cette partie du corps et nous devons accompagner chaque femme dans un processus chirurgical qui peut durer facilement plus d'un an », souligne Louise Handfield. Sur la base de son évaluation, l'infirmière peut offrir une référence en sexologie afin d'explorer plus en profondeur certains aspects, comme le sens qu'on attribue aux seins dans la séduction, la féminité et l'allaitement (Hart, Pinell-White et Losken, 2016). Certaines patientes peuvent se sentir mal à l'aise de parler à ce professionnel. « Pourtant, le sexologue peut aborder tout autant les questions d'image corporelle et de féminité que des questions qui relèvent de la sexualité de la personne », explique Jany Bernier. Quelle que soit la raison de la mastectomie, les femmes ont donc toujours la possibilité de poser des questions et d'exprimer leurs peurs et leurs doutes.

« La reconstruction mammaire est un processus complexe; nous aidons les femmes à prendre une décision éclairée et nous les accompagnons au cours de ce cheminement. », dit Xuan Kim Le, infirmière-pivot en oncologie au CICC. Le CICC a d'ailleurs mis en ligne sur son site Web plusieurs outils à l'intention des patientes (voir « Pour en savoir plus »). Sous forme de fiches santé et de vidéos, ils ont été conçus afin de répondre, tout au long de la trajectoire de soins, aux besoins d'information des femmes atteintes d'un cancer du sein ou qui sont porteuses d'une mutation génétique.

Précisons que la reconstruction immédiate avec implants mammaires est le scénario opératoire le plus souvent proposé aux femmes porteuses d'une mutation génétique (Semple et al., 2013). Ces dernières sont relativement jeunes, parfois encore en âge de procréer, et plusieurs questions sur la peur du cancer, la sexualité, la grossesse et l'allaitement conditionnent leur processus décisionnel. L'équipe de génétique offre un soutien surtout pour diminuer le niveau d'anxiété de femmes qui ne sont pas atteintes de cancer.

Préadmission

À la clinique préopératoire du CHUM, une séance d'apprentissage est proposée à toutes les femmes qui choisissent la reconstruction mammaire. On les informe et on les outille pour qu'elles deviennent des participantes actives dans leur récupération. Les infirmières formatrices réitèrent l'importance de l'arrêt tabagique, préconisé au moins six semaines avant l'intervention et six semaines après. En réduisant le diamètre des vaisseaux, la nicotine risque d'entraver la circulation sanguine et de gêner ou même d'empêcher la cicatrisation ainsi que la survie du lambeau, gage de succès de la chirurgie. Pour les mêmes raisons, une diète sans caféine est recommandée pour les chirurgies par lambeau.

Les infirmières passent également en revue avec les femmes les détails de l'intervention, la gestion du drain (vidange et mesure de la quantité de liquide) et des pansements ainsi que les précautions à prendre selon le type de chirurgie. La communication avec les patientes porte également sur la disparition des zones érogènes

du mamelon, les douleurs et les complications potentielles, les conditions de la convalescence et les exercices postopératoires. Ce dernier aspect est abordé par les physiothérapeutes.

Les femmes devront se procurer un soutien-gorge adapté à l'intervention projetée (par implant ou lambeau) et une gaine abdominale, cette dernière étant indiquée uniquement pour les chirurgies par lambeau DIEP et par lambeau TRAM libre. Les infirmières conseillent de préparer des vêtements amples, confortables, faciles à enfiler et à retirer, de préférence munis d'une fermeture frontale.

Pendant l'hospitalisation

Au CHUM, toutes les infirmières œuvrant auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein ont suivi des formations spécifiques et ont à leur disposition des outils de soins standardisés. « Ces outils permettent de prodiguer des soins de qualité, mais aussi de mieux comprendre le parcours global des patientes ayant choisi la reconstruction mammaire », explique Jany Bernier. Juste après



« La reconstruction mammaire est un processus complexe; nous aidons les femmes à prendre une décision éclairée et nous les accompagnons au cours de ce cheminement. »

XUAN KIM LE
Infirmière-pivot en oncologie au CICC

l'intervention, l'infirmière de l'unité de chirurgie assure la surveillance des signes vitaux, du pansement et des drains de plaies, ainsi que l'évaluation de la peau de la zone opératoire à la recherche d'un hématome, d'un œdème et d'indices d'infection. Pour les lambeaux DIEP, TRAM et le grand dorsal pédiculé, les infirmières doivent savoir détecter rapidement une nécrose du lambeau en vérifiant la couleur du lambeau, sa température, son remplissage capillaire ainsi que le bruit artériel ou veineux audible par doppler.

En plus du port du soutien-gorge et de la gaine abdominale, la patiente commence des exercices de physiothérapie aussi tôt que 24 heures après l'opération. L'infirmière joue aussi un rôle prépondérant afin de soulager adéquatement la douleur et de soutenir la femme dans ses apprentissages en s'assurant que les exercices sont correctement exécutés. La patiente ne doit pas s'allonger du côté opéré ni sur le ventre. Pour assurer le confort et faciliter la respiration, on suggère l'usage d'oreillers et une position semi-assise selon un angle des hanches variant de 30 à 45 degrés, ou avec les genoux fléchis, surtout lors des cinq à sept jours suivant la chirurgie par lambeau DIEP et TRAM.

Retour à la maison

L'infirmière de l'unité de soins occupe un rôle d'enseignement essentiel afin de consolider les apprentissages des autosoins. Avant le congé, l'infirmière enseigne à la patiente comment vider les drains. Ces derniers doivent être gardés en place entre sept et dix jours (seins, ventre). Ils sont généralement retirés par le chirurgien lors de la consultation de suivi. Les pansements changés lors du congé doivent être gardés propres et secs jusqu'à la visite de contrôle avec le plasticien.

Pendant les trois premières semaines de convalescence, la femme portera jour et nuit son soutien-gorge et sa gaine abdominale, le cas échéant. À la fin de cette période, elle pourra porter le soutien-gorge et la gaine abdominale le jour seulement pour les trois semaines suivantes, afin d'offrir un bien-être et un support optimaux de la zone opératoire. La femme peut dormir dans sa position préférée (sauf sur le ventre). Elle utilisera des oreillers pour supporter son dos, relever ses genoux ou soutenir ses bras pendant certains exercices.

Les exercices de physiothérapie recommandés, qui devraient être pratiqués pendant huit semaines au minimum, sont cruciaux pour éviter des complications telles que les contractures (raideurs à l'épaule). L'infirmière doit enseigner le soulagement de la douleur, l'utilisation judicieuse des analgésiques ainsi que quelques précautions (Tableau 3). Au CHUM, en période pré ou postopératoire, les femmes peuvent recevoir des conseils téléphoniques d'une infirmière clinicienne experte dans le domaine du cancer du sein et

de la reconstruction mammaire, qui évalue les problèmes et les besoins, et intervient ou dirige les patientes vers d'autres professionnels. En postopératoire, la consultation avec le plasticien aura lieu habituellement une semaine après la reconstruction. Une consultation avec le chirurgien oncologue sera souhaitée selon la condition médicale.

CONCLUSION

La reconstruction mammaire est offerte aujourd'hui aux femmes qui doivent subir une mastectomie afin de les aider à retrouver une image corporelle positive. Cette chirurgie, qui demeure un choix personnel, demande un investissement important. Les infirmières présentes tout au long de la trajectoire de soins informent, enseignent, soutiennent et soignent (Lamp et Lester, 2015). Les trois infirmières du CHUM interviewées dans le cadre de cet article affirment que le travail effectué par les équipes a amélioré la qualité des soins et la satisfaction des femmes opérées. Ces dernières, mieux informées du parcours à accomplir, mieux outillées et moins anxieuses, ont pu s'investir dans leurs autosoins et dans leur récupération tout au long du parcours de soins. Les moyens mis en œuvre par le CICC ont contribué à offrir aux patientes concernées de l'information et de l'enseignement ciblés, ainsi qu'un accompagnement centré sur le respect et le rétablissement d'une meilleure image corporelle et de l'estime de soi. Des centaines de femmes ont ainsi pu s'adapter à cette nouvelle réalité. ●

Tableau 3
PRÉCAUTIONS À PRENDRE APRÈS UNE RECONSTRUCTION MAMMAIRE

HYGIÈNE	EXERCICES	RELATIONS SEXUELLES
<ul style="list-style-type: none"> Aucune douche ni aucun bain au moins 48 heures après le retrait des drains/pansements Dans les premiers jours, le jet d'eau ne doit pas être dirigé directement sur le sein reconstruit Ne jamais appliquer de glace ou de chaleur sur un sein reconstruit (risque de brûlure en raison de la perte de sensibilité du sein; risque de perte du lambeau) 	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas lever les bras plus haut que les épaules tant que les drains sont en place Ne pas lever de poids de plus de 2,5 kg du côté opéré jusqu'au rendez-vous suivant avec le plasticien Pas de baignade dans les piscines, lacs ou spas jusqu'à guérison complète des plaies 	<ul style="list-style-type: none"> Attendre au moins deux semaines après l'opération avant de reprendre les relations sexuelles

Source: CHUM, 2016a.



POUR EN SAVOIR PLUS

CHUM – Centre intégré en traitement, recherche et enseignement en cancer du sein : <http://cicc.chumontreal.qc.ca/jai-cancer/centre-integre-en-traitement-recherche-enseignement-en-cancer-du-sein>
 CHUM – CICS. La reconstruction! Des vidéos faites sur mesure.
 Repéré à <http://cicc.chumontreal.qc.ca/jai-cancersein-cics/reconstruction>
 Breast Reconstruction Awareness – BRA Day : <http://www.bra-day.com>
 Fondation du cancer du sein du Québec : <https://rubarose.org>
 Fondation Virage pour le soutien au cancer : <http://viragecancer.org>
 Société canadienne du cancer : <http://cancer.ca>

L'AUTEURE

DALILA BENHABEROU-BRUN
B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.

Rédactrice indépendante, elle publie des articles et des ouvrages en soins infirmiers sur des sujets cliniques.

Remerciements : l'auteure tient à remercier les infirmières Jany Bernier, Louise Handfield et Xuan Kim Le, ainsi que Nathalie Folch pour leur relecture attentive.

RÉFÉRENCES

BRA-Day. (2018). Implant reconstruction. Repéré à <http://www.bra-day.com/breast-reconstruction/#5>

Chao, A. H., Garza 3^e, R., Povoski, S. P. (2016). A review of the use of silicone implants in breast surgery. *Expert Review of Medical Devices*, 13(2), 143-156.

CHUM. (2015a). La reconstruction mammaire avec vos propres tissus – Le "DIEP". Repéré à http://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/documents/Votre_sante/PDF/377-1-reconstruction-mammaire-avec-vos-propres-tissus-diep.pdf

CHUM. (2015b). Le "Grand Dorsal pédiculé" – La reconstruction mammaire avec vos propres tissus. Repéré à <http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/votre-sante/conseils-sante/le-grand-dorsal-pedicule-la-reconstruction-mammaire>

CHUM. (2015c). La reconstruction mammaire avec une prothèse. Repéré à http://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/documents/Votre_sante/PDF/372-1-la-reconstruction-mammaire-avec-prothese.pdf

CHUM. (2015d). La reconstruction mammaire avec vos propre tissus – Le TRAM libre. Repéré à http://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/documents/Votre_sante/PDF/376-1-reconstruction-mammaire-avec-vos-propres-tissus-tram-libre.pdf

CHUM. (2015e). La reconstruction mammaire – « Symétrisation » et reconstruction du mamelon et de l'aérole. Repéré à http://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/documents/Votre_sante/PDF/373-1-egalisation-seins-et-reconstruction-areole-mamelon.pdf

CHUM. (2016a). Prendre soin de soi après une reconstruction mammaire. Repéré à <http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/votre-sante/conseils-sante/prendre-soin-de-soi-apres-une-reconstruction-mammaire>

CHUM. (2016b). Tableaux synthèse. Reconstruction mammaire.

Fondation du cancer du sein du Québec. (2016). La reconstruction mammaire. Repéré à <https://rubanrose.org/renseignements-pratiques/reconstruction-mammaire>

Hart, A. M., Pinell-White, X. et Losken, A. (2016). The psychosexual impact of postmastectomy breast reconstruction. *Annals of Plastic Surgery*, 77(5), 517-522.

Lamp, S. et Lester, J. L. (2015). Reconstruction of the breast following mastectomy. *Seminars in Oncology Nursing*, 31(2), 134-145.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/cancer/pqdc>

Ng, S. K., Hare, R. M., Kuang, R. J., Smith, K. M., Brown, B. J. et Hunter-Smith, D. J. (2016). Breast reconstruction post mastectomy: Patient satisfaction and decision making. *Annals of Plastic Surgery*, 76(6), 640-644.

Radio-Canada. (2015). Les éclaireurs. La reconstruction mammaire après une mastectomie : Entrevue avec Erica Patocskai. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/les-eclaireurs/episodes/361380/erica-patocskai-daniel-simard-oscar-sante-consommation>

Régie de l'assurance maladie du Québec. (2014). Précisions concernant les chirurgies plastiques assurées. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2014/info337-3.pdf>

Seidel, W., Bins-Ely, J., Ongaratto Barazzetti, D., Della Giustina, R., Walter, G. P., Ferri, T. A., ... Narciso-Schiavon, J. L. (2017). Breast reconstruction after mastectomy for breast cancer: Comparative analysis of early and delayed reconstruction. *Minerva Chirurgica*, 72(3), 188-199.

Semple, J., Metcalfe, K. A., Lynch, H. T., Kim-Sing, C., Senter, L., Ainsworth, P., ... Hereditary Breast Cancer Clinical Study Group. (2013). International rates of breast reconstruction after prophylactic mastectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Annals of Surgical Oncology*, 20(12), 3817-3822.

Société canadienne du cancer. (2017a). Statistiques sur le cancer du sein. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/statistics/?region=qc>

Société canadienne du cancer. (2017b). Diagnostic du cancer du sein. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/diagnosis/?region=qc>

Société canadienne du cancer. (2017c). Traitements du cancer du sein. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/treatment/?region=qc>

Société canadienne du cancer. (2017d). Au Canada, moins d'une femme sur 5 a recours à une reconstruction mammaire après une mastectomie. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/about-us/for-media/media-releases/national/2017/bra-day/?region=qc>

Teo, I., Reece, G. P., Christie, I. C., Guindani, M., Markey, M. K., Heinberg, L. J., ... Fingeret, M. C. (2015). Body image and quality of life of breast cancer patients: Influence of timing and stage of breast reconstruction. *Psycho-Oncology*, 25(9), 1106-1112. Repéré à <https://doi.org/10.1002/pon.3952>

Zhang, P., Li, C. Z., Wu, C. T., Jiao, G. M., Yan, F., Zhu, H. C. et Zhang, X. P. (2017). Comparison of immediate breast reconstruction after mastectomy and mastectomy alone for breast cancer: A meta-analysis. *European Journal of Surgical Oncology*, 43(2), 285-293.



FORMATION À DISTANCE



DESTINÉE AUX INFIRMIÈRES



PRÈS

PAS PRÈS

J'Y VAIS

Pour développer de nouvelles compétences professionnelles!

- > Examen clinique
- > Pratique infirmière en région éloignée
- > Réadaptation motrice et sensorielle
- > Santé et sécurité au travail
- > Santé mondiale
- > Soins infirmiers cliniques

La formation à distance de l'UQAT :

- > Des cours universitaires élaborés par des professionnels reconnus
- > Permet de conjuguer travail, famille et études
- > Des cours filmés en classes réelles
- > Des professeurs disponibles

INFORMATION

1 877 870-8728 poste 2610
sc-sante@uqat.ca



uqat.ca/distance

