



**Repenser la beauté et son
apparence physique pendant et
après un cancer du sein**

Table des matières

- 2** La féminité divine en chacune de nous
- 5** J'ai choisi la mastectomie à fini plat, car je voulais avoir une seule et unique opération
- 7** Tout ce que vous devez savoir sur le tatouage artistique après une mastectomie
- 10** La mastectomie avec conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire
- 13** Passer à un cheveu
- 22** La mode adaptative pour les personnes atteintes d'un cancer du sein
- 24** Guide rapide sur reconstruction du mamelon
- 27** Ma poitrine... Mes seins!
- 33** Tatouage en 3D du mamelon et de l'aréole mammaire : tout ce que vous devez savoir

La féminité divine en chacune de nous

Par Quinn Obrigewitch

Ma féminité irradie tout mon être. J'en suis arrivée à cette conclusion à la suite de la perte d'un attribut physique qui, depuis de nombreux siècles, représente un symbole puissant de la féminité et de la sexualité : mes seins. À l'âge de 18 ans, on m'a annoncé que j'étais porteuse de la mutation du gène BRCA1, à l'instar de ma mère, de ma tante et de ma sœur. Cela signifiait que mon risque d'être atteinte d'un cancer du sein était élevé.



Pendant de nombreuses années de ma jeunesse, le cancer du sein a tenu un rôle fondamental dans ma famille. J'ai pris part directement à cette bataille que ces femmes importantes de ma vie ont menée. Dès que ma mère a appris que son cancer du sein possédait une composante génétique, elle s'est engagée à faire en sorte que nous, ses enfants, participions à tout ce qui était lié au cancer du sein, que ce soient des séminaires, des rendez-vous chez le médecin ou la lecture de livres et d'articles. Elle tenait à ce que ses quatre filles potentiellement porteuses de la mutation BRCA1 gardent à l'esprit la maladie. Par conséquent, après la réception de mon diagnostic, j'avais l'impression que ma voie était déjà tracée. Le passé de ma mère devenait un aperçu de ce qui m'attendait. Mon subconscient et mon corps physique ont alors commencé à s'affronter. J'en voulais à mes seins ; je ne leur faisais plus confiance.

Deux ans plus tard, j'ai regardé la réalité en face quand je me déshabillais avant de subir mes mastectomies prophylactiques. J'ai montré un visage courageux quand je me suis rendue seule à l'hôpital. J'ai pris les pilules qu'on m'a offertes sans poser de questions et j'ai refoulé mes larmes au moment où le crayon du chirurgien se promenait sur ma peau. Peu de temps après, on m'escortait dans la salle d'opération où je devais me coucher, la chemise d'hôpital ouverte, le corps visible et la poitrine froide. Une partie de mon corps perçue comme sacrée était laissée sans protection. Mon corps, chaud et calme, était étendu sur la table et donnait une impression de crucifixion. Le contraste avec l'environnement froid et industriel a suscité chez moi un sentiment accablant de vulnérabilité extrême. C'est à ce moment qu'une pensée inédite a fait irruption dans ma conscience : *serai-je moins femme au terme de cette opération?*

Cette question a marqué le début de ma délivrance et de la réappropriation de ma féminité.

Au départ, ma plus grande préoccupation tournait autour de mon célibat. En tant que jeune femme naïve, je désirais évidemment rencontrer une personne avec qui partager le reste de ma vie, mais comment pouvais-je m'attendre à être aimée alors qu'il me manquait un élément si important pour établir un lien intime ? L'amour est vaniteux, en particulier chez les jeunes. Au cours des quelques mois qui ont suivi mon opération, j'ai décidé de me montrer d'abord nue à moi-même avant d'être vue par une autre personne. Cette mise à nue était physique, mais également mentale. J'ai prêté attention à mes mouvements, à mes pensées et à mes sentiments et ce faisant, j'ai trouvé ma féminité dans des endroits inédits.

Elle résidait dans l'élégance de ma calligraphie, dans mon amour pour les êtres vivants, dans ma nature bienveillante et attentive et

dans mon rire. Ma féminité se cachait dans ma compassion, la douceur de mon toucher et ma résilience. La féminité ne représente pas mon corps physique qui lui n'est rien de plus qu'un simple contenant. Elle existe plutôt dans mon âme. J'ai le droit de vivre comme je suis et d'aimer qui je suis.

Des cicatrices, magnifiques et rouge vif, ont remplacé mes mamelons et elles font office de signature de ma chirurgienne sur son œuvre d'art. J'invite toutes les femmes à explorer le canevas que constitue leur corps, à retrouver leur paix intérieure et à se concentrer sur l'amour de soi-même. Les personnes qui n'acceptent pas vos cicatrices rejettent votre parcours et votre féminité est bien trop belle pour être ignorée.

J'ai choisi la mastectomie à fini plat, car je voulais avoir une seule et unique opération

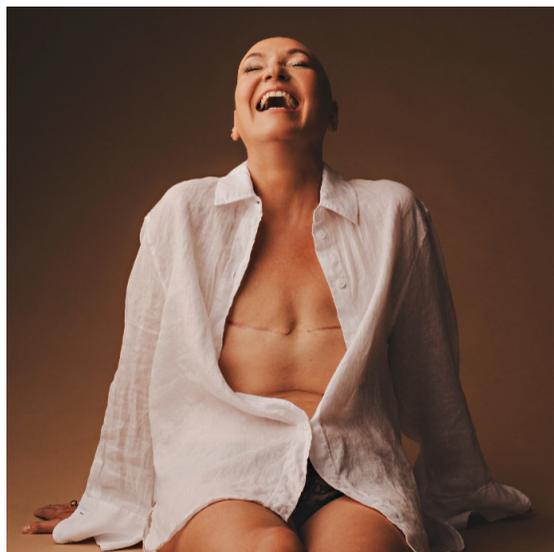


Photo par One for the Wall Photography

Par Ellyn Winters-Robinson

Cette année, 28 000 femmes au Canada apprendront qu'elles ont un cancer du sein. Le 10 mars 2022, j'étais moi-même dans ce cas. Fait déconcertant, dans le mois qui a suivi, deux de mes proches amies apprenaient également qu'elles avaient un cancer du sein. Au total, 15 de mes amies se battent contre un cancer du sein ou en sont des survivantes, et ce

n'est sûrement pas fini. Il semble s'agir là d'une épidémie silencieuse qui ne cesse de prendre des proportions de plus en plus importantes.

Bien que seul mon sein gauche fût concerné — trois tumeurs au total; la plus large mesurant 4,5 cm, j'ai choisi de subir une double mastectomie. Puis, j'ai rapidement opté pour une mastectomie à fini plat au lieu d'une mastectomie reconstructive. Il s'agissait de ma première opération et je voulais qu'elle soit la dernière. Je ne souhaitais pas du tout avoir à endurer le long processus de la reconstruction mammaire.

Étant relativement mince, je n'étais pas une candidate idéale pour la reconstruction par lambeau perforant AEIP, où l'on prélève du tissu à partir de l'abdomen pour la reconstruction des seins. Et la reconstruction par lambeau du grand dorsal, où l'on utilise le muscle du grand dorsal situé dans le haut du dos, me terrifiait, car avoir une bonne condition physique est très important pour moi et je ne

pouvais pas risquer de perdre une partie de mon dos ou de ma force, ni de perdre en mobilité.

La mastectomie à fini plat est un terme médical relativement nouveau pour parler de la mastectomie non reconstructive. Le but de cette opération est de lisser la poitrine après la mastectomie afin de ne laisser aucun pli ni aucun creux. Bien qu'elle soit de plus en plus populaire, ce n'est pas une option dont on parle beaucoup et elle n'est pas systématiquement proposée par les plasticiens. C'est une amie qui a elle-même survécu à un cancer du sein qui m'en avait parlé et j'ai abordé le sujet avec mon chirurgien. Ce qui me plaisait avec cette option c'est qu'il s'agissait d'une opération moins invasive, qui se faisait la plupart du temps en une seule fois et qui, lorsqu'elle est bien réalisée, permettait d'avoir une poitrine lisse et parfaitement plate.

Les femmes à qui j'ai parlé et qui ont subi cette opération ne regrettent aucunement leur décision et les études montrent effectivement que la majeure partie des femmes qui choisissent cette option sont ravies du résultat. Mes anciens bonnets D ne me manquent pas et je me suis rapidement ajustée à ma nouvelle apparence physique. J'ai gardé tous mes vêtements et je suis même devenue plus aventurière dans mes choix vestimentaires.

Je ne cherche pas à convaincre qui que ce soit qu'il s'agit là de la meilleure option. Même si ça l'était pour moi, le choix de son statut post-mastectomie est personnel et aucune femme ne devrait se sentir jugée ni avoir honte des choix qu'elle fait pour son propre corps. Nous subissons déjà assez cela lorsque nous sommes aux prises avec un cancer du sein.

J'espère, toutefois, qu'un jour la mastectomie à fini plat fera partie des options communément proposées aux femmes, au même titre que la mastectomie avec implants ou avec reconstruction par lambeau perforant AEIP. Beaucoup trop de femmes avec qui je parle n'ont aucune idée qu'elles peuvent demander une reconstruction plate et esthétique de leur poitrine après leur mastectomie.

Tout ce que vous devez savoir sur le tatouage artistique après une mastectomie

Après une **mastectomie**, une **panoplie d'options** s'offre à vous. Vous pouvez choisir de garder votre poitrine telle quelle, de faire une reconstruction mammaire, de vous faire poser des implants ou d'utiliser des prothèses. Mais vous pouvez également choisir de faire un tatouage artistique. Les femmes qui choisissent cette voie le font pour **plusieurs raisons** : renforcer la confiance en soi, masquer les cicatrices, porter quelque chose de beau ou encore symboliser cet événement de leur vie.

Pour faire un tatouage artistique après une mastectomie, il faut attendre d'être complètement guérie et remise de son opération, et avoir fini tout traitement de radiothérapie ou chimiothérapie. Le **délai recommandé** est d'environ trois ans. Toutefois, nous vous recommandons d'en parler avec votre équipe médicale afin de confirmer tout d'abord qu'il s'agisse d'une procédure sécuritaire pour vous et de connaître le délai d'attente recommandé dans votre cas.



Une fois cela fait, vous pouvez commencer à chercher un artiste-tatoueur. Vous pouvez faire une recherche sur Google pour trouver des tatoueurs dans votre région. Si possible, sélectionnez-en quelques-uns à visiter pour voir leur travail et vérifier l'hygiène des lieux. Si vous ne pouvez pas vous déplacer en personne, consultez leur site Web ou leur page sur les réseaux sociaux où ils doivent certainement publier des photos et des vidéos de leur travail. Vous pouvez également demander autour de vous, à vos proches tatoués, des recommandations de tatoueurs.

N'hésitez pas à contacter directement les tatoueurs pour leur poser des questions sur la procédure et leur demander :

- s'ils ont déjà fait des tatouages post-mastectomie;
- s'ils sont enregistrés et si leurs certifications sanitaires sont à jour;
- s'il est possible de se faire tatouer dans une salle privée;
- si vous pouvez y aller accompagnée;
- combien de séances sont nécessaires à la réalisation de votre tatouage;
- le coût de votre tatouage.

Une fois que vous aurez choisi votre tatoueur, informez-le de vos allergies et de toute maladie que vous pourriez avoir, y compris votre récent cancer du sein. Le tatoueur peut incorporer vos cicatrices au dessin ou réaliser le tatouage par-dessus; demandez-lui donc conseil à ce propos.

La douleur liée au tatouage est différente de celle causée par la mastectomie et peut être importante puisqu'aucune anesthésie locale n'est réalisée au préalable. Parlez-en au tatoueur et demandez-lui à quel type de douleur vous devez vous attendre et comment vous y préparer. Après chaque séance de tatouage, le tatoueur recouvrira le tatouage d'un film en plastique et vous

dira combien de temps vous devrez le laisser en place. Il vous indiquera également les éventuels **soins** à apporter.

La procédure de tatouage en elle-même est généralement sécuritaire. Les risques sanitaires éventuels sont associés à l'utilisation d'aiguilles usagées, lesquelles peuvent propager des maladies. Il est donc important de s'assurer que le tatoueur utilise du matériel stérile et des aiguilles neuves. Les **autres risques** associés aux tatouages sont les suivants :

- Infections
- Allergie aux pigments
 - Vous pouvez demander au tatoueur de réaliser un test cutané au préalable.
- Caractère permanent
 - Le détatouage est une procédure qui peut être onéreuse et douloureuse, et qui ne garantit pas l'effacement complet du tatouage.
- Décoloration dans le temps
- Enflure, rougeur, contusions et démangeaisons dans la zone tatouée
 - Ceux-ci devraient s'estomper avec le temps.

Si vous envisagez de vous faire tatouer après votre mastectomie, et avez besoin d'inspiration ou souhaitez voir à quoi cela ressemble, consultez ces quelques galeries :

[Galerie de tatouages post-mastectomie](#) – Breast Cancer Now
[Tatouages post-mastectomie](#) – Garnet Tattoo



La mastectomie avec conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire

Qu'est-ce que la mastectomie avec conservation de la PAM?

La mastectomie avec conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) est une opération que l'on pratique sur les personnes à qui l'on doit **retirer un ou deux seins** en guise de traitement curatif ou **préventif** du cancer du sein. Lors de cette procédure, le chirurgien réalise une petite incision dans le sein afin de pouvoir retirer le tissu glandulaire mammaire qui se trouve sous la peau et le mamelon, et les laisser intacts. La reconstruction mammaire — à l'aide d'un implant ou de tissu naturel — peut se faire lors de la même opération. Cette procédure a pour objectif de concilier la préservation du sein et l'éradication de la tumeur dans le sein.

Quand pratique-t-on la mastectomie avec conservation de la PAM?

Dans la plupart des cas, les femmes qui subissent une

tumorectomie comme traitement contre le cancer du sein, nécessitent des séances de radiothérapie après l'opération. Néanmoins, s'agissant des mastectomies, des **études** réalisées aux États-Unis ont montré qu'environ 70 % des 300 000 nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués à un stade précoce chaque année ne nécessitent pas de radiothérapie après une mastectomie totale. La mastectomie avec conservation de la PAM représente donc un moyen d'éviter les nombreux effets indésirables de la radiothérapie.

À qui la mastectomie avec conservation de la PAM est-elle destinée?

La mastectomie avec conservation de la PAM est plus indiquée chez les femmes :

- dont la tumeur ne s'est pas propagée au mamelon ni aux tissus se situant sous l'aréole
- dont la tumeur est entourée d'une quantité bien délimitée de tissus sains
- qui ne sont pas atteintes d'un cancer de type inflammatoire ni d'un cancer à un stade avancé avec propagation cutanée

Quels sont les risques de récurrence après une mastectomie avec conservation de la PAM?

Selon les études, lorsqu'une mastectomie avec conservation de la PAM immédiatement suivie d'une reconstruction mammaire est réalisée, les risques de récurrence de la tumeur dans la région de la PAM sont faibles à condition de prendre en compte les caractéristiques initiales de la tumeur. Dans une **étude** réalisée avec 944 femmes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui avaient subi une mastectomie avec conservation de la PAM immédiatement suivie d'une reconstruction mammaire, le taux de récurrence était de 4,1 % pour une période allant de 14 mois à 15,4 ans. À noter que ce taux ne concernait que les cancers survenus dans la PAM et non les cancers survenus dans d'autres

régions du sein ni ailleurs que dans le sein. Chez les femmes où le cancer est réapparu, les **caractéristiques** de la tumeur initiale étaient les suivantes :

- multifocale
- multicentrique
- à récepteurs hormonaux négatifs et HER2 positive
- de haut grade
- larges régions de cancer et de carcinome canalaire *in situ* (CCIS) en plus de la présence d'un cancer invasif

Dans une autre **étude** réalisée avec 311 personnes qui avaient subi une mastectomie avec conservation de la PAM, le taux de récurrence observé était de 5,5 % sur une période médiane de 51 mois, sans aucune réapparition du cancer dans la région de la PAM, qui avait été gardée intacte.

Et vous?

La mastectomie avec conservation de la PAM permet aux femmes qui peuvent subir une tumorectomie et qui veulent éviter la radiothérapie, un moyen de conserver la peau et le mamelon de leur sein tout en recevant un traitement efficace contre le cancer. Bien que cette procédure présente un faible taux de récurrence, il est important de garder à l'esprit que ce faible taux est lié aux caractéristiques très spécifiques des tumeurs initiales. Toutefois, si vous êtes atteinte d'un cancer du sein à un stade précoce, que vous envisagez la reconstruction mammaire après la mastectomie et que vous êtes attachée à la forme et à la structure de votre sein, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien.

Passer à un cheveu



Par Adriana Ermter

Le cancer du sein a rendu mes cheveux plus épais. Et plus ondulés. Pas d'un seul coup bien sûr. Ce n'est pas comme si j'avais reçu un cadeau spécial pour compenser le choc et la peur associés au fait d'avoir un cancer du sein.

Mes cheveux de jadis, clairsemés et fins, avaient toujours frisé un peu, mais seulement si leur longueur dépassait mes lobes d'oreilles. J'avais les cheveux aux épaules lorsque j'ai reçu mon diagnostic, alors il m'est difficile de déterminer exactement à quel moment j'ai remarqué le changement. Je sais que c'est survenu après mon opération et ma radiothérapie, mais avant la prise de tamoxifène.

Mais honnêtement, je ne pensais pas vraiment à mes cheveux à cette époque. Admettons que les jours où je parvenais à m'extirper du lit suffisamment rapidement pour avoir le temps de traîner mon corps douloureux et épuisé jusque sous la douche et demeurer debout pour me laver les cheveux, je ne prenais certainement pas le temps de les regarder dans le miroir par la suite. Je ne possédais pas cette énergie et je les laissais sécher à l'air libre pendant que je me rendais au travail, avant de les nouer en chignon décoiffé. Les jours où je choisissais le sommeil plutôt des cheveux propres, un shampoing sec en masquait le gras tout en leur donnant du volume. D'ailleurs, plus souvent que je ne veux l'admettre, je ne les brossais pas. Pourquoi l'aurais-je fait ?

Je ne faisais que les attacher hors de ma vue. C'était la première fois de ma vie que je me préoccupais aussi peu de mon apparence.

C'était avant de voir mon ancienne oncologue, environ un mois après mon intervention chirurgicale. C'était avant de l'entendre me dire qu'en plus de la radiothérapie, j'avais besoin de subir une chimiothérapie agressive. Après cette annonce, elle a poursuivi sans hésitation en m'avertissant que je devais m'attendre à perdre tous mes cheveux après ma deuxième séance de chimiothérapie. C'est à ce moment que je me suis préoccupée de mes cheveux. Et beaucoup.

L'arrivée du brouillard

Aussi loin que je me souviens, je me suis toujours inquiétée de mes cheveux blonds, de leur rareté en fait. Pendant mon secondaire, je transportais un fer à friser sans fil au butane dans mon sac à dos. C'est renversant de constater que jamais un de mes livres d'école n'a pris feu. Alors, quand je me faisais surprendre par la pluie ou la neige ou quand je manquais de confiance en moi, je me ruais aux toilettes les plus proches, j'appuyais sur le bouton sur le côté du cylindre en métal et je me frisais. Je voulais des cheveux ondulés, épais, qui donnaient l'apparence d'une fille à la mode, mais accessible. À cette époque, les miens arboraient une légère teinte verdâtre causée par mes entraînements de natation quotidiens en plus de toujours dégager une odeur de chlore. Pour couronner le tout, j'étais convaincue que je présentais un début de calvitie attribuable à la mise et au retrait d'un bonnet de bain épais en plastique sur ma tête plusieurs fois par semaine. Jour après jour, je me plaignais de mes cheveux mous, fins, au style imprévisible. Et il n'a fallu que quelques mots pour que ma chevelure devienne instantanément mon bien le plus précieux. Je ne pouvais pas la perdre.



C'est du moins ce à quoi je songeais pendant que les paroles de l'oncologue continuaient de retentir et de m'engourdir le corps. Mes pensées, elles, se succédaient à un rythme fou dans ma tête. Des images de calvitie, d'absence de sourcils ou de cils, de tête plate à l'arrière, de prothèses capillaires et de chapeaux tourbillonnaient. Je n'arrivais pas à y croire. Au cours des quatre mois qui avaient suivi mon diagnostic, j'avais été opérée et des échantillons de tissu tumoral avaient effectué un aller-retour en Californie pour faire l'objet d'un test Oncotype DX. On voulait connaître le risque de récurrence de mon carcinome canalaire infiltrant. Tous mes médecins m'avaient affirmé que je n'aurais probablement pas besoin de chimiothérapie. Et là, on m'annonçait le contraire. Je n'ai pas pleuré, mais je n'arrivais pas à parler. J'avais l'impression d'avoir quitté mon corps et de flotter à côté alors que je sortais du bureau de la médecin pour me rendre à l'hôpital avec ma meilleure amie. Je devais me rendre aux laboratoires pour subir des examens obligatoires sur mes organes vitaux avant d'entreprendre le traitement.

Une fois cela fait, mon amie et moi sommes allées au pub de mon quartier. Il n'était que onze heures, mais j'ai commandé un vodkatini et mon amie a veillé à ce que je n'aie jamais un verre vide devant moi. Pourtant, je ne ressentais rien. Ni l'alcool, ni la tristesse, ni la réalité de ce que cela signifiait pour ma santé et mon avenir. Plus tard cet après-midi-là, comme promis, l'assistante de mon oncologue m'a appelée pour confirmer que les médecins réunis en table ronde pour discuter de mon cas après mon fatidique rendez-vous approuvaient la série de traitements recommandée par mon oncologue. L'assistante m'a alors donné la date de ma première séance de chimiothérapie. J'ai raccroché et je suis retournée chez moi seule.

L'onde de choc

Je n'ai appelé ni mes parents ni mes sœurs. Je me sentais incapable de parler du nouveau chemin sur lequel le cancer du sein me projetait. Même si je savais que je faisais preuve de coquetterie et d'immaturité face à mon alopécie imminente, j'étais terrifiée. Je m'étais en quelque sorte réconciliée avec le fait d'avoir perdu un morceau gros comme une boule de crème glacée de mon aisselle et de mon sein droits. Cela m'avait sauvé la vie. J'acceptais même l'idée que je ne porterais jamais d'enfant. J'étais divorcée et célibataire. Avec qui aurais-je eu un enfant de toute façon ? Mais comment pouvais-je accepter de perdre ce qui me restait de féminité, de perdre mes longs cheveux parsemés de mèches, mes sourcils que j'avais péniblement refaits pousser après les avoir finement épilés pendant les années 90 et mes longs cils naturels dont j'étais si fière ? Ils m'aidaient tous à me donner l'impression que la femme que j'étais existait encore. La perspective d'être plus malade à cause de la chimiothérapie et l'idée de perdre tout ce qui exprimait ma féminité et ma beauté me semblaient cruelles et sans espoir.

Je me suis autorisée à me sentir ainsi pendant exactement une journée. Puis, j'ai dressé une liste de choses à accomplir. J'ai

commencé par appeler ma coiffeuse pour prendre un rendez-vous pour me faire couper les cheveux. Il me semblait plus facile d'envisager de perdre des poignées de cheveux plus courts que de longues mèches. J'avais déjà perdu des cheveux, mais dans une moindre mesure, pendant ma séparation et mon divorce. Le stress insurmontable que je ressentais à l'époque a provoqué un éclaircissement de mes cheveux qui devenaient cassants avant de tomber. Je savais qu'opter pour une coupe de cheveux très courte rendrait la perte moins douloureuse. J'essayais de me convaincre que tout irait bien. J'étais déjà passée par là.

Ce que je n'avais jamais fait cependant, c'était de magasiner en ligne pour des prothèses capillaires et des chapeaux pour les patientes en chimiothérapie. Je me suis malgré tout forcée à chercher et à en déposer quelques-uns qui avaient l'air plus doux que les autres dans mon panier virtuel pour les acheter plus tard. J'ai même jonglé avec l'idée de me procurer une perruque bleu brillant de style coupe au bol. Je me disais que tant qu'à être chauve, aussi bien ne pas passer inaperçue et en être fière. Puis, j'ai appelé mes sœurs, mes parents et mes amis proches pour leur faire part de la nouvelle avant de rédiger un courriel destiné au département des ressources humaines de mon employeur. J'y détaillais la façon dont je souhaitais gérer cette prochaine étape et ma charge de travail actuelle. J'ai demandé à obtenir un rendez-vous pour en discuter en personne parce que je me devais de garder mon emploi. Être pragmatique et agir m'ont donné un sentiment de contrôle, mais la réalité était que je demeurais éveillée pendant des heures la nuit, collée sur mon chat. Mes pensées se précipitaient malgré les comprimés de mélatonine pris avant de fermer les lumières.

Le revirement

Une semaine s'est écoulée et exactement un jour avant mon rendez-vous pour me faire couper les cheveux, j'ai reçu un appel de l'assistante de mon oncologue de l'époque. Elle voulait fixer



un rendez-vous pour un autre test, mais il entra en conflit avec ma première séance de chimiothérapie. Je lui ai fait remarquer que tous mes examens étaient censés avoir été réalisés avant d'entamer le traitement. J'ai raccroché, perplexe, pendant que l'assistante tentait de joindre le médecin.

Une heure plus tard, mon téléphone a à nouveau sonné et cette fois-là, c'était le médecin qui m'annonçait très maladroitement que je n'avais plus besoin d'une chimiothérapie agressive. Je lui ai demandé de m'expliquer pourquoi. C'est alors qu'elle a commencé à faire marche arrière en disant que même si mon score de récurrence de 25 points au test Oncotype DX se situait à cheval entre un risque moyen et élevé pour mon groupe d'âge et recommandait une chimiothérapie, mon nouveau plan d'action ne comprenait plus ce traitement effractif. Stupéfaite, je suis retournée consulter les notes prises diligemment par mon amie lors du précédent rendez-vous. Ça n'avait aucun sens. Noir sur blanc, les mots de l'oncologue allaient ainsi : « Votre cancer du sein est plus grave qu'anticipé initialement. Vous devez commencer une chimiothérapie immédiatement. » Lorsque je lui

ai rappelé ses paroles, elle s'est mise sur la défensive et à partir de ce moment, je n'avais plus confiance en elle.

J'ai voulu lui crier des insultes lorsqu'elle a sous-entendu que j'étais dans le tort, que j'avais mal interprété ses propos. Comment pouvait-elle être aussi insensible ? Pourquoi ne reconnaissait-elle pas son erreur, son mauvais diagnostic ? Comment pouvait-elle ignorer le fait qu'avoir un cancer du sein est stressant, qu'il faut se souvenir d'une multitude de détails et apprendre des notions médicales, que les patientes comme moi comptent sur leurs médecins pour obtenir des conseils, de l'honnêteté, des soins et de la transparence ? Mais je n'ai pas crié. J'ai plutôt demandé d'obtenir l'avis d'un autre médecin et d'être dirigée vers un oncologue réputé du Princess Margaret Hospital. Elle a accepté et a appelé à l'hôpital pour moi. J'ai pu prendre un rendez-vous avec ma nouvelle équipe de soins la même semaine. Entretemps, j'ai récupéré tous les documents, scintigraphies, rapports de laboratoire et de chirurgie et résultats obtenus par mon ancienne équipe.

Une nouvelle perspective

Après de nombreux rendez-vous avec mes nouveaux médecins, mon nouvel oncologue m'a expliqué que ma précédente spécialiste avait mal interprété mon rapport Oncotype DX. Même si mon score global était élevé pour mon âge et nécessitait habituellement une chimiothérapie, mon cancer du sein avait été détecté tôt et la tumeur était de stade 1 et de grade 1. De plus, la grosseur de la tumeur et les larges marges chirurgicales prélevées lors de l'intervention chirurgicale (éliminant ainsi on l'espère toute cellule cancéreuse supplémentaire) signifiaient que je pouvais poursuivre en toute sécurité mon traitement qui consistait en de nombreuses séances de radiothérapie et la prise sur une longue durée d'un médicament administré par voie orale, le tamoxifène. Je n'avais pas besoin d'une chimiothérapie agressive.

Entendre ces mots a provoqué chez moi des sueurs froides de soulagement de la tête aux pieds. Ça ne changeait rien au fait que j'avais encore un cancer du sein, mais ça chassait la peur viscérale de ne pas savoir à quel point la chimiothérapie me rendrait malade, m'empêcherait de prendre soin de moi-même et de mon chat et nuirait à mon travail qui me permettait de payer mon hypothèque et mon épicerie. Et je garderais mes cheveux, tous mes cheveux.

Remplie d'espoir, j'ai dit au revoir à mon équipe médicale avec le cœur léger, mais seulement jusqu'à la grande salle d'attente. Là, j'ai aperçu un grand nombre de femmes qui avaient reçu un diagnostic de cancer du sein ou qui étaient sur le point de l'apprendre. Parmi cette foule de femmes, certaines étaient chauves, d'autres portaient des chapeaux qui semblaient moelleux ou des foulards à imprimé, quelques-unes portaient des prothèses capillaires et toutes attendaient patiemment leur tour pour rencontrer leur médecin. Cela m'a déstabilisée et j'ai instantanément été rongée par la culpabilité d'être transportée de joie à l'idée d'avoir encore mes cheveux. J'ai rougi et des larmes ont embué mes yeux. Jamais je ne m'étais sentie aussi odieuse.

Orgueil et culpabilité

J'ai toujours su que j'aimais me sentir belle. Dans un questionnaire d'une application de rencontre que j'ai récemment rempli, j'ai cliqué deux fois sur « oui » à la question « Vous sentez-vous flattée lorsqu'un inconnu vous complimente ? » Pourtant, après la publication d'un article que j'avais écrit au sujet de la honte de mon corps en raison de ma prise de poids, une amie de longue date très chère dont je respecte l'opinion m'a gentiment rappelé que mon apparence est ce qu'il y a de moins intéressant chez moi. Je sais qu'elle a raison et je tente de mettre de côté mon orgueil et mon impression de ne pas répondre aux attentes. Je ne peux toutefois pas m'empêcher de

me demander si d'autres femmes atteintes d'un cancer du sein craignent de perdre leurs cheveux et si elles sont aussi soulagées que moi lorsqu'elles apprennent qu'elles les garderont. Je suis peut-être la seule. Je ne sais pas. Personne n'en parle vraiment.

Lorsque je vois une femme qui porte un foulard, une prothèse capillaire ou un chapeau bien enfoncé sur la tête, le visage dépourvu de sourcils et de cils, je ne détourne plus le regard. J'avais l'habitude de me dire que j'agissais ainsi par respect pour sa dignité, mais j'ai changé d'avis. Je reconnais maintenant sa présence en la regardant droit dans les yeux et en souriant. Je ne connais pas de meilleure façon de dire silencieusement à une femme que je la trouve belle, courageuse et forte. Et même s'il s'agit d'un petit geste anodin, je prends maintenant la peine de me laver les cheveux plus souvent, de les sécher et de les coiffer. Je mets aussi du mascara sur mes cils et je me noircis les sourcils. C'est la moindre des choses. Je suis reconnaissante d'avoir pu garder mes cheveux.



La mode adaptative pour les personnes atteintes d'un cancer du sein

Le cancer du sein et les traitements qui y sont liés peuvent entraîner divers changements physiques : prise ou perte de poids, sensibilité au niveau de la poitrine, lymphoedème dans les membres, perte d'un sein ou des deux seins, port de prothèses mammaires. Aussi, vos vêtements peuvent ne plus vous convenir et cela peut être difficile de trouver des tenues dans lesquelles vous vous sentez bien. Alors, il est peut-être temps de faire le tri dans votre garde-robe et

d'envisager d'autres options plus adaptées et plus confortables, qui vous rendront votre confiance en vous et que vous serez contente de porter. La mode adaptative a vu le jour il y a environ 40 ans et était principalement destinée aux personnes âgées vivant en foyers de soins de longue durée qui avaient besoin d'aide pour s'habiller. Aujourd'hui, elle s'est popularisée et on peut trouver des vêtements confortables et tendance qui répondent aux besoins des personnes atteintes d'un cancer du sein.

Si vous n'êtes pas sûre du type de vêtement qu'il vous faut, commencer par passer en revue ceux que vous possédez déjà. Évitez de porter des brassières à armatures tant que votre poitrine est toujours sensible ou que vos cicatrices ne sont pas encore complètement guéries. Pour les

vêtements auxquels vous êtes particulièrement attachée, vous pouvez les faire modifier afin qu'ils soient mieux adaptés à votre nouvelle silhouette. Renseignez-vous auprès des couturières de votre ville pour savoir si cela est possible. Lorsque vous magasinez, choisissez des vêtements extensibles et faits d'une matière douce, et assurez-vous que la coupe puisse s'adapter à tout accessoire dont vous pourriez avoir besoin après l'opération, comme des drains ou des expanseurs mammaires. Faites attention aux coutures, qui pourraient passer au-dessus de certaines zones sensibles, ou occasionner des frottements ou de l'inconfort, en particulier s'il s'agit d'un vêtement moulant ou qui se porte près du corps.

Voici quelques exemples de lignes de vêtements modernes et adaptatifs : [Tommy Adaptive](#), [With Grace B. Bold](#), [Care+Wear](#), [LymphedivA](#) et [Cancer be Glammed](#). Vous y trouverez des brassières post-opératoires, des vêtements compressifs élégants et des vêtements qui, tout en ayant du style et en étant faciles à porter, peuvent accommoder des drains et des bandages. Plusieurs de ces vêtements ont des poches cachées qui permettent d'y mettre les accessoires post-opératoires.

Explorez les friperies et les magasins de dépôt-vente afin d'essayer de nouveaux styles de vêtements sans dépenser une fortune. Et puis, contrairement au magasinage en ligne, vous pouvez essayer les vêtements avant de les acheter. Toutefois, un changement de garde-robe pourrait ne pas être suffisant pour que vous vous sentiez à l'aise. L'entreprise [Belle et bien dans sa peau](#) fournit aux femmes des outils et des ressources pour qu'elles reprennent confiance en elles et retrouvent leur féminité telle qu'elle la voit. Elle propose des ateliers en ligne et en personne sur le choix d'une perruque et autres options capillaires, sur la santé des seins, les soins de la peau et les produits cosmétiques. Osez de nouvelles choses, soyez indulgente avec les changements physiques que vous connaissez et choisissez des tenues confortables qui vous redonnent confiance en vous.



Guide rapide sur reconstruction du mamelon

La mastectomie et la double mastectomie nécessitent généralement l'enlèvement du mamelon. On peut y remédier en optant pour une **mastectomie avec conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire** ou pour une reconstruction du mamelon, selon ce qui s'applique le mieux à sa situation. Toutefois, la reconstruction du mamelon peut ne pas être possible si :

- On a subi une radiothérapie qui a endommagé les tissus cutanés du sein.
- La mastectomie a rendu les tissus cutanés du sein trop fins.
- On souffre d'un lymphoedème à la poitrine.
- On a déjà eu des infections à la poitrine.

Il est généralement recommandé d'attendre environ **quatre mois** après une mastectomie avant de procéder à une reconstruction du mamelon afin de permettre la cicatrisation et le placement du sein dans sa position finale. Cette mesure permet également de s'assurer que la patiente soit satisfaite des résultats de la reconstruction mammaire. Le temps d'attente nécessaire dépend de chaque situation et doit être décidé de concert avec votre équipe médicale, qui pourra également vous dire si vous pouvez

subir une reconstruction du mamelon. Une fois que vous aurez reçu l'aval de votre équipe médicale, demandez-lui de vous expliquer ce que vous devez faire pour vous préparer à l'opération.

Nous vous conseillons également d'aborder les sujets suivants avec le chirurgien plasticien qui procédera à l'opération :

- Combien de reconstructions de mamelons a-t-il ou elle déjà réalisées?
- Quelles techniques utilise-t-il ou elle et quelle technique utilisera-t-il ou elle dans votre cas?
- Peut-il ou elle vous montrer des photos de mamelons (avant et après) qu'il ou elle a reconstruits?
- Quelle taille souhaitez-vous pour votre ou vos mamelons?
- Comment se passent l'opération, le suivi opératoire et la convalescence?

Dans la plupart des cas, l'opération de reconstruction du mamelon nécessite **15 minutes à 1 heure**, et se fait sous anesthésie locale, sauf si l'équipe médicale et vous décidez que l'anesthésie générale est plus appropriée pour votre situation.

Il existe plusieurs **techniques de reconstruction** du mamelon :

Grefe d'un petit lambeau cutané local : on prélève un petit bout de peau près de la zone aréolaire auquel on donne la forme d'un mamelon que l'on fixe à l'aide de points de suture. Cette technique est la plus utilisée.

Grefe de peau : on prélève un lambeau cutané sur une autre partie du corps, qui aura au préalable fait l'objet d'une anesthésie locale. Cette technique comporte le plus de risques postopératoires.

Greffe d'un bout du mamelon controlatéral : si vous n'avez subi qu'une simple mastectomie et que le mamelon de l'autre sein est assez large, on prélève un bout de ce mamelon que l'on utilise pour créer le mamelon du sein reconstruit. Cette technique fournit les meilleurs résultats du point de vue de la similitude.

Quelle que soit la technique utilisée, la taille du mamelon nouvellement reconstruit est généralement plus grande que la taille souhaitée afin d'anticiper une réduction de celle-ci et l'aplatissement du mamelon dans le temps. Autres éléments à prendre en considération afin de décider si l'on souhaite subir une reconstruction du mamelon :

- Il s'agit d'une opération supplémentaire.
- Le mamelon reconstruit n'aura ni la même apparence ni la même sensation que le mamelon d'origine.
- Il est probable qu'il n'y ait aucune sensation au niveau du mamelon reconstruit.
- Cela comprend certains risques :
 - Nécrose : une mauvaise irrigation sanguine du lambeau cutané utilisé pour créer le mamelon peut entraîner la mort des cellules cutanées, ce qui peut nécessiter des traitements additionnels, le retrait d'une partie du tissu nécrosé ou le retrait de la totalité du mamelon reconstruit.
 - Mauvais placement

Il est généralement possible de reconstruire le mamelon en cas d'aplatissement, de nécrose ou de mauvais placement du mamelon. Parlez-en à votre équipe médicale et à votre chirurgien plasticien.

Une fois le mamelon reconstruit et cicatrisé, vous pouvez vous faire faire un **tatouage 3D** pour rendre la zone aréolaire plus réaliste.

Ma poitrine... Mes seins!

Par Adriana Ermter

On peut dire que je pense beaucoup à ma poitrine. Oh, j'ai écrit « poitrine ». Pas seins, totos, tétés, nichons ni même boules. C'est ça d'avoir eu un cancer du sein. Je ne parle plus en termes de « seins », mais de « poitrine ».

Avant mon cancer, j'utilisais uniquement le terme « mes seins ». Parfois, lorsque je voulais être drôle ou que je racontais comment un homme avait regardé avec insistance la partie supérieure de mon torse, j'utilisais « totos » ou quelque chose de plus horripilant comme « attributs féminins » pour faire passer un message. Mais mon terme de prédilection, c'était « mes seins ». Donc, reprenons. Je pense souvent à mes seins. Beaucoup. Ça a toujours été le cas.

Plate comme une planche à repasser

Quand j'étais à l'école primaire, ma grande sœur, Liz, et ses

amies m'appelaient « la planche à repasser », généralement suivi de l'expression « qui n'a jamais servi ». Puis, elles éclataient de rire et s'enfuyaient. Liz n'a que deux ans de plus que moi, mais a commencé sa puberté bien avant moi. Bien sûr, je l'idolâtrais. J'étais petite, maigrichonne et j'avais une poitrine concave, alors j'enviais toute personne qui pouvait porter une brassière. Je ne savais pas ce que « qui n'a jamais servi » voulait dire et je pense que ma sœur ne le savait pas non plus. Pourtant, à neuf ans, je voulais être exactement comme elle et avoir des seins.

Je voulais tellement grandir que quand j'étais en 4^e année, ma meilleure amie, Teresa, et moi faisons des exercices pour augmenter notre poitrine. Nous avions toutes les deux lu *Dieu, tu es là? C'est moi Margaret!* et nous nous identifions à l'héroïne de 12 ans qui vivait mal sa puberté. Nous n'avions même pas encore commencé notre puberté, mais nous répétions sans cesse « je dois, je dois, je dois augmenter ma poitrine » tout en rentrant nos épaules vers l'avant, puis en les sortant vers l'arrière, en nous arc-boutant comme si nous étions Kathleen Heddle et Marnie McBean. Mais ça n'a pas marché.



L'art de la dissimulation avec Calvin Klein

À mon entrée au collège, Teresa était partie dans une autre ville et Margaret prenait la poussière sur une étagère. Obsédée par la nécessité d'être acceptée par mes nouveaux camarades, je suivis sans broncher la mode du polo et du collier de perles au point d'oublier mon statut de planche à repasser même s'il était maintenant de rigueur de recouvrir sa poitrine avec une brassière en coton Calvin Klein — j'en avais une bleu pâle et une autre rose pâle, avec les culottes assorties que j'avais achetées avec l'argent du gardiennage d'enfants. En plus, je faisais de la natation synchronisée cinq fois par semaine et personne dans mon équipe ne s'intéressait à la taille de ses seins.

C'est trois ans plus tard, quand j'étais en 10e année, que je recommençai à m'intéresser à cette partie de mon corps en souhaitant faire plus qu'un bonnet A. Ce qui n'arriva pas. Pour compenser, je fantasmais haut et fort avec ma meilleure amie de l'époque, Toby, sur le jour où je pourrais me faire poser des implants pour ensuite émettre un soupir de désespoir. Ensuite, je travaillai brièvement comme mannequin commercial, ce qui permit à mes seins de se racheter à mes yeux. Et enfin, après l'université, mes seins se développèrent pour atteindre le bonnet B. Pas parce que je prenais la pilule — qui avait eu de merveilleux effets pour certaines de mes amies, mais pas moi —, mais parce que, pour la première fois de ma vie je ne passais plus mon temps à courir entre les cours et la piscine et que je ne mangeais plus n'importe quoi. J'avais donc pris l'habitude de ranger fièrement mon soutien-gorge rembourré

Victoria's Secret au fond de mon tiroir à sous-vêtements.

Le cancer du bonnet B

À partir de ce moment-là, mes seins et moi avons commencé à entretenir de bonnes relations. Ils étaient guillerets, pointaient vers le bon endroit, et je pouvais aussi bien porter des chandails moulants que des chandails sans manches. Mes seins et moi étions heureux... jusqu'à ce que m'apprenne que j'avais un cancer.

Quand j'ai appris que la grosseur sous mon aisselle droite était cancéreuse et qu'elle s'étendait jusqu'au sein, je me suis sentie trahie. Personne dans ma famille n'avait eu de cancer du sein... je pensais ne pas être concernée. J'avais tort. C'est à ce moment-là que j'ai commencé à voir mes seins, qui jusqu'à présent avaient eu une place prédominante dans ma vie et faisaient partie intégrante de moi, comme des attributs négatifs et distincts du reste de mon corps. C'est à ce moment-là également que j'ai arrêté de les appeler « mes seins » et que j'ai commencé à les qualifier de « poitrine ».

Vivre avec l'ennemi

Ce sont les cellules cancéreuses qui sont responsables du cancer, pas les seins. Alors pourquoi pense-t-on différemment? Même quand j'étais une « planche à repasser qui n'avait jamais servi », je ne détestais pas mes seins. C'était tout le contraire! J'avais de grands espoirs qu'un jour ils se développeraient! Or, après mon diagnostic, mes seins sont devenus pour moi une source de douleur, au propre comme au figuré, et je n'ai plus pensé à eux qu'en termes médicaux.

Après ma mastectomie partielle, j'avais un creux de la taille d'une boule de glace au niveau de l'aisselle et du sein droit. J'étais difforme, marquée par l'opération et brûlée par la radiothérapie. Pourtant, en un peu moins de trois mois, je suis passée d'un bonnet B à un bonnet D à cause de la prise de poids (35 livres) due à la chimiothérapie au tamoxifène, un traitement antihormonal. Je ne reconnaissais plus mes seins, ils ne semblaient plus m'appartenir.

À cette époque, j'étais plus préoccupée par le fait de retrouver mon

énergie et la mobilité de mon bras droit. Aujourd'hui, j'ai la chance d'être redevenue entièrement mobile de ce côté-là et d'avoir retrouvé 75 % de mon énergie, mais j'ai encore du mal à ne pas penser que j'ai perdu cet aspect beau, amusant, féminin et désirable de moi. Je suis divorcée, célibataire, pas en bonne forme physique et couchée sur mon canapé. À cause de cette poitrine meurtrie, preuve du cancer qui l'a ravagée, et de mon âge, je suis inquiète à l'idée de sortir avec des gens et j'ai du mal à m'accepter telle que je suis — avec ou sans vêtements. Sans compter cette peur profondément ancrée de l'inconnu et de la possibilité d'une récurrence ou d'un cancer secondaire.

Requiem pour les totos

Même si je travaille dur pour considérer ces seins pratiquement intacts que sont les miens et les mammographies que je dois désormais faire à intervalles réguliers comme une bénédiction, je ressens toujours cette vive appréhension lorsque j'ai rendez-vous avec mon oncologue ou mon médecin pour un contrôle. Je n'arrive plus à réfléchir et l'anxiété me gagne jusqu'à ce que je reçoive les résultats de l'ultrason, de l'IRM ou de la biopsie.

Rassurez-vous, je préfère MILLE FOIS savoir ce qu'il en est plutôt que de ne pas savoir. Pour moi, le savoir est un pouvoir qui permet d'avoir le choix et qui doit se partager.

Avant mon diagnostic, je ne savais grand-chose sur le dépistage du cancer du sein. Ce n'est pas que je m'en fichais, mais c'est juste que je ne me pensais pas concernée. Aujourd'hui, je parle haut et fort. Pour mes seins et ceux des autres. Parce que se faire dépister à la minute même où on atteint 40 ans est crucial pour continuer à vivre en santé. En particulier si, comme moi, il n'y a aucun antécédent dans votre famille. En octobre, un nouveau site Web, [My Breast Screening](#) (en anglais pour l'instant), vous permettra de rester à jour sur le dépistage du cancer du sein dans les provinces et territoires canadiens. Vous y trouverez également des informations qui vous permettront de défendre votre droit au dépistage, en particulier si vous n'avez jamais eu de cancer du sein.

Avoir un cancer du sein chamboule la vie et la façon dont on se

perçoit soi-même et les autres nous perçoivent. J'ai constaté, par exemple, que les techniciens et les médecins sont toujours très cliniques et distants dans leurs interactions. Sûrement parce que les salles d'attente des hôpitaux et des centres médicaux sont remplies de patientes, mais cette dissociation a déteint sur moi. Quand je pense au cancer et à ma poitrine, je ne me considère plus en tant que personne, même si cela a été l'une de mes expériences les plus personnelles. Je n'aime pas penser comme cela or, je vois bien comme cela impacte ma manière de voir, de penser et d'agir avec ma poitrine. Cette façon de penser a même contaminé l'opération d'autopalpation mensuelle qui a pris la tournure d'une visite à l'épicerie où je palpe ma poitrine comme si je palpais des melons pour évaluer leur degré de maturité! J'aimerais tant ravoir une relation avec mes seins.

Me réapproprier mes seins

Jusqu'à présent, je n'avais jamais pensé à nommer mes seins. Et pourtant, j'y pense, comme une façon de me les réapproprier. Par contre, je n'ai aucune idée de noms... Peut-être Norma et Lorraine, mes deuxième et troisième prénoms? Ouais, c'est pas terrible... Surtout pas Happy et Ness, comme ceux de



Wendy Osefo de *The Real Housewives of Potomac*, qui les a nommés en fonction de ce qu'elle ressentait pour eux. Je ne me suis pas encore décidée... On verra bien!

En revanche, chaque jour après ma douche, je mets un point d'honneur à regarder mes seins dans un grand miroir avant de m'habiller. Sincèrement, ce n'est pas super et cela ne correspond absolument pas à l'image que je veux voir, mais ça me permet, à cet instant-là, de m'accepter telle que je suis. Quand je me regarde, je ressens beaucoup de honte par rapport à ce à quoi mes seins ressemblaient avant. Je sais que c'est bête de penser comme cela, mais c'est ce que je ressens. En parler à mon médecin et à mon thérapeute, et y faire face dans mes exercices de développement personnel m'aident beaucoup. En mettant la lumière sur ma façon de penser, je me libère en quelque sorte, même si c'est gênant, voire dégoûtant.

Ça me permet de laisser cette douleur émotionnelle dans le passé et d'envisager l'avenir. Ça me rappelle que je ne suis pas mon passé – ni même mon avenir. Je suis juste moi, à l'instant présent. Tout cela ne se fait pas naturellement, mais cela me permet d'avancer dans la direction que je me suis donnée afin de pouvoir réaliser mes objectifs. Tout comme le fait d'accorder mon entière attention à ce que je fais lorsque j'écris sur mon ordinateur ou que j'entraîne une équipe de natation synchronisée. Être bienveillante envers mon corps en laissant ce pot de Cheez Whiz sur l'étagère de No Frills et boire 12 verres d'eau par jour. Et recommencer à utiliser le terme « mes seins ». Parce que quand je le fais, que je fais cet effort, je me sens bien. Je sais qu'un jour mes seins redeviendront « mes seins » et ça, c'est une bonne chose.

Tatouage en 3D du mamelon et de l'aréole mammaire : tout ce que vous devez savoir

Le tatouage en 3D du mamelon et/ou de l'aréole mammaire en peut représenter une alternative à la **reconstruction chirurgicale du mamelon** ou l'étape finale après ce type d'intervention. Si vous avez subi une **mastectomie sans conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire** ou sans reconstruction du mamelon, le tatouage en 3D utilise des pigments sombre et lumineux pour créer l'illusion d'une aréole et d'un mamelon. Si vous avez subi une reconstruction du mamelon, le tatouage 3D permet de recréer l'aréole mammaire et/ou d'améliorer l'apparence du mamelon reconstruit.

Dans la plupart des cas, le tatouage en 3D s'avère un processus indolore puisque la poitrine est normalement devenue insensible en raison de la mastectomie. Les soins et la récupération nécessaires après un tatouage en 3D du mamelon et/ou de l'aréole sont identiques à ceux requis après un tatouage traditionnel. La plupart des femmes **choisissent de faire ce type**



de tatouage au lieu d'une reconstruction chirurgicale du mamelon. Les chirurgiens plastiques les préfèrent même à la reconstruction du mamelon. Tout d'abord, parce que le tatouage est moins invasif et le processus de guérison est plus aisé. Ensuite, parce qu'il semblerait que les patientes préfèrent l'aspect esthétique des tatouages en 3D. En effet, les détails, le travail d'ombrage et les couleurs utilisées dans ce type de tatouage rendent le mamelon et l'aréole plus réalistes. Toutefois, bien que le tatouage en 3D ait des avantages, il présente aussi des inconvénients, dont le principal est que, comparé aux mamelons préservés ou reconstruits après une mastectomie, il est adimensionnel. De plus, les couleurs du tatouage peuvent s'estomper avec le temps — ce qui néanmoins peut facilement être arrangé avec des retouches.

On recommande généralement d'attendre entre quatre à six mois après une opération mammaire — mastectomie avec ou sans préservation du mamelon, reconstruction du mamelon — avant de faire un tatouage en 3D du mamelon et/ou de l'aréole. Pour savoir quand vous pouvez le faire, il vaut mieux en parler avec votre chirurgien plastique. Vous pouvez également en parler avec l'artiste que vous aurez choisi si vous décidez de le faire chez un tatoueur. Toutefois, si vous ne souhaitez pas le faire chez un tatoueur, vous pouvez également aller dans une clinique de chirurgie esthétique ou dans un hôpital. Avant de vous décider, assurez-vous d'en parler à votre chirurgien plastique.

Dans tous les cas, vous devez tout d'abord confirmer avec votre chirurgien plastique et votre équipe médicale que vous pouvez avoir recours au tatouage en 3D. En règle générale, les personnes suivantes ne sont pas des candidates idéales pour un tatouage en 3D du mamelon et/ou de l'aréole :

- Personnes ayant déjà eu des infections au niveau de la poitrine
- Personnes dont la peau a été considérablement amincie lors

de mastectomie

- Personnes souffrant d'un lymphoedème à la poitrine
- Personnes présentant une peau endommagée due à la radiothérapie

Pour en savoir sur le tatouage en 3D, vous pouvez regarder [cette galerie de photos avant/après](#).

Si après vous être renseignée sur la mastectomie sans conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire, la reconstruction chirurgicale du mamelon et le tatouage en 3D des mamelons et des aréoles, vous pensez que ces options ne sont pas pour vous, ou si vous n'êtes pas une candidate idéale pour ces procédures, vous pouvez envisager l'achat de mamelons adhésifs ou mamelons prothétiques. Il s'agit de mamelons d'apparence naturelle, en silicone ou en polyuréthane, que vous pouvez porter et retirer comme bon vous semble. Deux marques bien connues sont [Pink Perfect](#) et [Amoena](#). Vous pouvez aussi acheter des tatouages temporaires de mamelons, tels que les

Commandez nos publications

Trouver de l'information fiable sur le cancer du sein peut s'avérer une tâche titanesque. C'est pourquoi nous avons publié différents rapports pour vous aider à mieux comprendre votre diagnostic de cancer du sein. Ces ressources sont offertes en ligne ou en version imprimée.

[Commandez-les dès maintenant!](#)

Inscrivez-vous à notre bulletin

Échanges RCCS est notre bulletin électronique mensuel dans lequel vous trouverez des mises à jour sur nos travaux, nos activités éducatives et nos ressources. Nous offrons également des mises à jour sur le cancer du sein métastatique par l'entremise du bulletin Échanges CSM.

[Inscrivez-vous à notre bulletin dès maintenant!](#)

Appuyez-nous

Personne ne devrait affronter le cancer du sein seul(e). Vos dons permettent d'offrir aux patientes et patients des services d'appui vers lesquels ils peuvent se tourner pour obtenir de l'information de qualité, pour s'instruire et pour recevoir du soutien.

[Appuyez-nous dès maintenant!](#)

Connecte-toi avec nous !



[@theCBCN](#)



[@CBCNetwork](#)



[@CBCN](#)



[cbcn.ca](#)



[cbcncbcn.ca](#)