



Prothèses mammaires : Questions-reponses

Dr Laurent BENADIBA

Publication: 2010

Catégorie(s):

Tag(s): medical prothese mammaire breast implant plastic surgery chirurgie esthetique sein implant mammaire

Prendre sa décision

1. Qu'est ce qu'une prothèse mammaire ?

Un implant mammaire est composé d'une enveloppe en élastomère de **silicone** (silicone solide) habituellement remplie de sérum physiologique (eau et sel) ou de gel de silicone .

La forme de l'implant est généralement **ronde** mais dans certains cas on peut utiliser des implants dits « anatomiques » ayant une forme en goutte d'eau.

L'enveloppe de l'implant peut être **lisse ou rugueuse** (texturée) diminuant dans ce cas le risque de formation de coque autour de l'implant.

2. Histoire des prothèses mammaires :

L'histoire de l'augmentation mammaire est ancienne.

Elle commence à la fin du XIXème siècle avec l'allemand CZERNY qui comble une dépression mammaire laissée par l'ablation d'un adénome (tumeur bénigne) par un lipome (tumeur bénigne graisseuse) prélevé dans la région lombaire.

Par la suite, trois méthodes seront utilisées au 20ème siècle associant espoirs, succès spectaculaires et parfois déceptions :

- les injections intra ou rétro-mammaires de différentes substances (silicone liquide, microbille...),
- les transplants graisseux ou dermo-graisseux,
- les implants prothétiques.

En 1963, deux américains, les docteurs CRONIN et GEROW, présentent un nouveau type de prothèse au Congrès International de Chirurgie Plastique à Washington.

Il s'agit d'une poche de silicone épais contenant un gel de silicone. Des timbres de Dacron (surface rugueuse) sont placés à la face postérieure des implants afin de limiter leur déplacement. La première prothèse mammaire était née.

Le succès des prothèses en silicone est immédiat et considérable.

En France c'est le Dr Jacques Faivre qui introduit les prothèses japonaises de silicone du Dr Akyama.

Il remplace les injections par un sac de silicone dans lequel on peut injecter un gel de silicone pendant l'intervention.

En 1965, le docteur Arion, chirurgien français, présente une prothèse en élastomère de silicone que l'on remplit d'un liquide (Dextran ou polyvinyl pyrrolidone à 40%). L'injection se fait par un tuyau relié à la prothèse et fermé par un bouchon: c'est la première prothèse gonflable.

Plus tard, ce tuyau de gonflage sera remplacé par une valve à diaphragme. Aujourd'hui cette valve est encore utilisée pour les prothèses gonflables.

Dans les années '70 les plasticiens disposaient essentiellement de 2 sortes d'implants mammaires :

- les prothèses de Cronin en silicone et
- les prothèses gonflables d'Arion.

3. Quels types d'implants existent-il aujourd'hui et quels sont les matériaux utilisés ?

Tous les implants mammaires sont composés d'une enveloppe en élastomère de silicone (silicone solide) qui est au contact de l'organisme.

L'implant est dit **pré-rempli** lorsque le produit de remplissage a été incorporé en usine (gel de silicone ou sérum physiologique), son volume est donc fixé par le fabricant.

En revanche, les prothèses **gonflables** au sérum physiologique sont remplies par le chirurgien qui peut adapter, dans une certaine limite, le volume de la prothèse pendant l'intervention.

D'autres matériaux de remplissage tels que l'huile de soja, le PVP ou l'hydrogel ont également été essayés.

Les premières prothèses étaient **rondes** et sont encore actuellement les plus employées, leur projection de profil et leur base varie suivant les

fabricants. Depuis quelques années il existe des implants dits « **anatomiques** » ayant une forme de goutte d'eau dont l'implantation peut être plus naturelle en particulier en reconstruction du sein.

4. Quels sont les bénéfices psychologiques des prothèses mammaires ?

En **chirurgie esthétique** , l'augmentation de la poitrine par des prothèses apporte souvent aux patientes un sentiment de féminité. Il existe une modification du comportement vestimentaire avec l'utilisation de décolletés remplaçant le port de « cache-poitrine ».

Quel que soit l'indication le bénéfice psychologique est toujours présent et il est nécessaire pour l'obtention d'un bon résultat. Néanmoins le changement morphologique peut être parfois mal accepté au début car il s'agit de l'implantation d'un corps étranger que la patiente devra intégrer dans son schéma corporel.

En **reconstruction** du sein après cancer les bénéfices psychologiques sont très importants et ceci est vrai pour toute méthode de reconstruction.

C'est pour la patiente la possibilité de se passer de sa prothèse externe, de s'habiller différemment en portant à nouveau des décolletés, de retrouver une image corporelle proche de la normale, d'oublier en partie ce corps mutilé rappelant à chaque fois la maladie cancéreuse. C'est parfois l'occasion de remonter ce corps jusqu'alors caché à l'être cher.

5. Quels sont les bénéfices physiques des prothèses mammaires ?

La prothèse mammaire corrige l'asymétrie de la poitrine liée à l'ablation d'un sein ou l'insuffisance, voir l'absence, de développement d'un ou des 2 seins chez certaines femmes.

C'est enfin la possibilité de ne plus utiliser d'artifices; soutien-gorge avec ballonets gonflables, Wonderbra®...

Nombreuses femmes, ayant eu une mastectomie, affirment que la prothèse les a aidées à diminuer les douleurs d'épaule et les mauvaises postures prises pour camoufler leur prothèse externe

Le thorax est parfois hypersensible après une mastectomie, irrité par la prothèse externe, surtout après radiothérapie. Dans ce cas l'implant mammaire peut jouer un rôle de couverture supplémentaire entre la peau et la paroi thoracique. La reconstruction du sein permet aussi de corriger les séquelles des traitements locaux antérieurs.

6. A quel âge peut-on poser une prothèse mammaire ?

Il n'y a **pas d'âge limite** pour la pose d'une prothèse mammaire. En chirurgie plastique on peut implanter une prothèse mammaire après la puberté, surtout dans le cas d'asymétrie* mammaire importante .

Chez la jeune fille, l'évolution hormonale et la prise éventuelle d'un contraceptif sont des facteurs qui peuvent modifier la taille de la poitrine. Il est préférable d'attendre la fin de la **puberté** afin d'apprécier le volume des seins.

Après cancer la reconstruction du sein par prothèse reste le moyen le plus simple et le plus rapide de reconstruction, dans la majorité des cas. Il n'y a pas de limite d'âge, seul **l'état général** de la patiente autorisant une anesthésie générale est le facteur limitant.

7. Peut-on choisir la taille des prothèses ?

En **chirurgie esthétique** il faut discuter avec son chirurgien de la taille de la poitrine désirée. Ce dernier saura vous conseiller un volume d'implant adapté à votre morphologie.

Il est utile pour les patientes de s'aider d'une photo de magazine, pour préciser le volume mammaire désiré au chirurgien.

Aujourd'hui, il est possible pour le chirurgien de simuler l'augmentation mammaire grâce à des logiciels dit de morphing.

En **reconstruction mammaire**, le chirurgien adaptera le volume de la prothèse à celui du sein restant. Dans certains cas un geste de remodelage du sein restant est possible, dans le même temps, pour harmoniser la poitrine. Cela est appelé une plastie de symétrisation .

8. Quelles sont les prothèses autorisées en France ?

Actuellement, en France, les prothèse pré-remplis de gel de silicone sont de nouveau autorisées depuis le mois de février 2001. L'interdiction datant de 1996 a été levée sur ce type d'implant.

En revanche, L'utilisation des autres types d'implants (hydrogel, huile de soja..) est toujours interdite dans l'attente de plus amples informations scientifiques sur leur innocuité.

Depuis le 14 juin 1998 le marquage CE est obligatoire pour tout dispositif médical. Tout produit obtenant son marquage CE dans un des pays de l'Union Européenne peut être commercialisé dans toute l'Europe dès cette obtention.

Ainsi en France, deux types d'implants sont commercialisés ; les prothèses **gonflables au sérum physiologique** et les prothèses **pré-remplis de gel de silicone**.

9. Quelles sont les prothèses autorisées aux Etats-unis et en Europe ?

Aux Etats-Unis il est aussi possible d'implanter des prothèses pré-remplies de **gel de silicone**, à condition que la patiente accepte de participer à un protocole d'étude approuvé par la FDA (ministère de la santé américain). Ces protocoles sont conduits par les fabricants d'implants autorisés par la FDA. Toutefois, il n'est pas possible, en cas de première implantation esthétique, d'avoir des implants en gel de silicone.

Les autorisations sont possibles en reconstruction du sein après cancer, en cas d'hypoplasie (développement insuffisant d'un organe) ou d'agénésie unilatérale (absence totale de développement d'un organe) ou chez les patientes déjà porteuses d'implants en gel et nécessitant leur changement.

Dans les autres pays de la communauté européenne, il n'y a **pas de limitation** sur le type d'implant mammaire utilisé.

10. Y a-t-il des implants plus surs que d'autres sur le plan médical ?

A ce jour il est impossible d'affirmer scientifiquement qu'un implant soit meilleur ou moins bon qu'un autre pour la santé des patientes.

Les normes de fabrications sont strictes et applicables à tous les fabricants.

Toutefois, comme tout procédé industriel, l'expérience de certains laboratoires joue en leur faveur. Ainsi certains chirurgiens préfèrent utiliser une seule marque d'implant dont ils ont l'expérience.

11. La silicone est-elle dangereuse pour la santé ?

La silicone (et non pas le silicone) est utilisée depuis 1950 comme matériau implantable. Elle est considérée comme le biomatériau le mieux toléré car non allergisante et inerte.

Les molécules de silicone sont introduites dans le corps humain dès la naissance. On estime à environ **6 g** la quantité de silicone présente dans l'organisme d'un adulte.

Les silicones sont utilisées comme lubrifiants d'aiguilles, de seringues et d'instruments de chirurgie mais aussi comme anti-mousse dans les colles, comme anti-adhésifs dans certains pansements, mais surtout en cosmétologie dans certains fards. On les retrouve aussi bien dans les tétines pour bébés, que dans les crèmes solaires, les rouges à lèvres, les déodorants et de nombreux médicaments.

La silicone a été incriminée comme pouvant déclencher des maladies auto-immunes chez certaines personnes. En raison du nombre

considérable de femmes ayant des prothèses mammaires (estimé à plus de 10 Millions), il est normal d'observer chez ces femmes des associations de pathologies.

Aujourd'hui, il n'existe **aucune preuve** tangible scientifiquement reconnue d'augmentation du risque de maladie auto-immune sur prothèse pré-remplie de gel de silicone .

12. Peut-on se faire implanter une prothèse en gel de silicone en France ?

Oui, il est désormais possible quelques soit l'indication (esthétique ou réparatrice) d'avoir des prothèses en gel de silicone.

Avant Février 2001, il fallait obtenir une dérogation ministérielle nominale pour l'implantation de prothèses pré-remplies de gel de silicone.

Ces autorisations pouvaient être obtenues que dans les cas suivants :

- Résultat insuffisant d'une reconstruction mammaire lié à la présence d'une prothèse gonflable au sérum pouvant être amélioré par un implant en gel de silicone.
- Nécessité de changer un implant en gel de silicone ancien (rupture, coque)

Chapitre 2

L'intervention

1. Comment est posée une prothèse mammaire ?

Un implant mammaire s'insère soit sous la **glande** (position rétro-glandulaire), soit sous le **muscle** Grand pectoral (position rétro-pectorale)

Cette deuxième technique permet, entre autres, de sentir moins la prothèse au toucher, surtout lorsqu'il y a peu de tissu glandulaire (chez les femmes ayant un faible volume de seins) ou après une mastectomie.

En **chirurgie esthétique** l'incision utilisée pour insérer l'implant s'effectue classiquement au niveau de l'aréole , soit dans le creux axillaire (aisselle) , soit dans le sillon sous le sein Le chirurgien doit expliquer à sa patiente, de manière précise, la technique et la méthode la plus adaptée à son cas.

En **reconstruction**, le chirurgien utilise le plus souvent la **cicatrice** de mastectomie pour placer l'implant et la prothèse est placée derrière le muscle grand pectoral .

2. Quelle est la durée moyenne de l'intervention ?

En chirurgie esthétique, dans la majorité des cas, il s'agit d'une intervention **courte** d'environ 1 heure à 1 heure 30.

En reconstruction du sein après cancer, l'intervention peut être **plus longue** (2 heures) surtout si un apport cutané est nécessaire (lambeau de Grand dorsal).

3. Est-ce que cette intervention est douloureuse ?

Lorsque l'implant est mis derrière la glande mammaire, les suites opératoires sont peu douloureuses avec simplement une sensation de **tension** des seins pendant quelques jours.

En revanche lorsque l'implant est posé derrière le muscle pectoral, les suites sont **douloureuses** et nécessitent l'utilisation d'antalgiques pendant quelques jours.

4. Quel est le taux de satisfaction des femmes ayant des implants mammaires ?

Le taux de satisfaction est considéré comme **très bon** aussi bien en chirurgie esthétique qu'en reconstruction.

Bien que l'aspect **psychologique** soit différent en fonction de l'indication, la reconstruction d'un sein ou bien la création d'une nouvelle poitrine s'accompagne généralement d'une grande **satisfaction** des femmes impliquées.

Cette intervention représente l'une des **principales** demandes en chirurgie plastique aujourd'hui.

On estime que plus de 150.000 femmes ont eu des implants mammaires aux Etats-Unis en 1998 et dans 80% des cas dans un but esthétique.

En France, plus de **15.000 implants** mammaires sont posés chaque année, toutes indications confondues.

Enfin, si on cumule le nombre d'implants posés dans le monde depuis leur création, on dépasse les **10 millions d'implants**

Chapitre 3

Les suites opératoires

1. Au bout de combien de temps peut on reprendre une activité professionnelle ?

Il faut compter environ 24 à 48 heures d'hospitalisation et 8 à 10 jours d'arrêt de travail avec une limitation dans la vie quotidienne (port de charge lourde, conduite automobile, pratique de sports).

2. Quels types de soins sont prescrits?

Généralement une simple désinfection quotidienne des cicatrices est nécessaire jusqu'au retrait des fils vers le 8^{ème} jour et des calmants pour la douleur en cas de besoin.

Les douches sont autorisées et souvent le chirurgien conseille le port d'un soutien de sport permettant un bon maintien de la poitrine.

3. Au bout de combien de temps peut on reprendre une activité sportive ?

La poitrine est transitoirement **gonflée** avec une sensation de tension, parfois plus sensible au toucher.

Il est donc préférable d'attendre **un mois** avant de reprendre le sport en particulier pour tout les sports sollicitant les muscles pectoraux :

- natation,
 - équitation,
 - tennis,
 - gymnastique, ...etc.
-

4. Au bout de combien de temps peut-on reconstruire l'aréole et le mamelon en cas de reconstruction du sein?

Il est préférable d'attendre **3 mois** après la reconstruction mammaire pour reconstruire l'aréole et le mamelon.

Ce geste peut être réalisé sous anesthésie locale.

Il n'est **pas systématique** ni obligatoire mais il achève la reconstruction esthétique du sein.

Inconvénients et complications des prothèses mammaires

1. Quelles sont les complications liées à l'intervention ?

Comme pour **toute intervention** chirurgicale, il existe des risques d'hématome, d'infection, de douleurs post- opératoires et de troubles de la cicatrisation.

D'autre part, il faut ajouter les risques liés à l'**anesthésie générale**.

Il sera réalisé un bilan pré-opératoire adapté et une mammographie de contrôle.

Il est **indispensable** que l'intervention soit précédée d'une consultation d'anesthésie .

2. Quels sont les inconvénients associés aux prothèses mammaires ? Quelle est leur fréquence ?

Comme pour tous les matériaux étrangers, il existe un risque d'apparition d'inconvénients ou de complications avec les implants mammaires.

Dans la littérature médicale l'on retrouve surtout les risques suivants:

- Rupture pour les implants pré-remplis de gel de silicone,
- Dégonflement pour les implants gonflables au sérum physiologique,
- Formation d'une coque contractile,
- Formation de plis ou d'aspect de vagues,
- Déplacement de l'implant.

3. Qu'est-ce que la « contracture capsulaire » ? Est-ce un risque important ?

La formation d'une capsule est **obligatoire** autour d'un implant. C'est une réaction **normale** de l'organisme qui forme une sorte de membrane autour de tout tissu étranger afin de l'isoler et de se protéger.

Dans certains cas cette membrane s'épaissit et forme une véritable **coque** fibreuse autour de l'implant et l'on parle alors de contracture capsulaire. On distingue **4 stades** de fermeté depuis l'aspect normal indétectable aux formes sévères de coques avec sein dur, rond, fixé et parfois douloureux.

La fréquence de cette complication a nettement diminué. Elle est actuellement de l'ordre de 5 à 12 % alors car on l'estimait à 30% des cas il y a 15 ans.

4. Peut-on éviter ou limiter l'apparition d'une contracture capsulaire ?

Certains implants ont une enveloppe dite **texturée** ou rugueuse qui désorganise la réaction fibreuse et diminue nettement le risque de coque aussi bien en chirurgie esthétique qu'en reconstruction.

La position de l'implant joue aussi un rôle important . Une nette diminution des coques est observée en position **rétro-pectorale** par rapport à la position sous-glandulaire ou sous-cutanée.

Le nombre de coques est moindre avec les implants **gonflables** au sérum physiologique qu'avec les implants en gel de silicone.

La contracture capsulaire est plus fréquente en **reconstruction** du sein après cancer (10 à 13% de coques) qu'en chirurgie esthétique (4 à 9%), en particulier par l'absence totale de glande mammaire s'interposant entre la peau et l'implant.

La **radiothérapie** augmente le risque de contracture capsulaire surtout si elle a lieu après la pose de l'implant . Lorsqu'une radiothérapie est envisagée, il semble préférable d'attendre 6 à 12 mois après cette radiothérapie pour pratiquer une reconstruction par prothèse afin de diminuer le risque de coque.

5. Quels sont les risques pour une femme d'avoir une « coque » ?

Les risques d'avoir une véritable contracture capsulaire pour une femme ayant des prothèses mammaires sont **faibles**.

Si une contracture capsulaire apparaît, c'est surtout l'aspect inesthétique qui est le principal inconvénient. Il est le plus souvent nécessaire de réintervenir afin d'enlever cette coque ou simplement de la fragiliser chirurgicalement. L'implant est le plus souvent changé et dans certains cas, le chirurgien devra aussi changer la position de l'implant en le plaçant derrière le muscle pectoral.

Dans de rares cas il faut enlever définitivement l'implant et un geste de remodelage peut alors être nécessaire.

6. Y a-t-il un risque avec les implants recouverts de polyuréthane ?

Le polyuréthane a été utilisé afin de diminuer le risque de coque. Son utilisation chez l'homme a été suspendue à la suite d'expériences chez l'animal montrant la survenue de cancer hépatique après injection de fortes doses de produits de dégradation du polyuréthane (TDA).

Toutefois, aujourd'hui la FDA (Food and Drug Administration, USA) a **rejeté** le risque d'induction de cancer du foie chez l'homme par la dégradation du polyuréthane.

7. A quoi correspondent les vagues ou plis de la prothèse ?

Parfois les **plis** de l'enveloppe de l'implant peuvent être visibles sous la peau donnant un aspect de **vagues**, surtout dans la partie supérieure du sein.

Ce phénomène est plus fréquent avec les prothèses texturées et lorsque la prothèse est **gonflable** au sérum physiologique. Pour certains auteurs le sous-gonflage ou le dégonflement partiel de l'implant favorisent ce phénomène.

En revanche les vagues sont très rares avec les implants pré-remplis de **silicone** de par la viscosité très différente du sérum physiologique et de la silicone.

8. Qu'est-ce que le « bleeding » ?

Ce phénomène très rare aujourd'hui, correspond au passage de particules microscopiques de gel de silicone à travers l'enveloppe des implants mammaires. Les Anglo-saxons appellent ce phénomène « bleeding ».

Il était plus fréquent avec les implants à paroi fine des années 70-80.

Actuellement les implants présentent une couche externe suffisamment épaisse dite « low-bleed » limitant ce phénomène. D'autre part, notre organisme contient et en absorbe quotidiennement du silicone, en particulier par l'utilisation des cosmétiques chez la femme !

9. Qu'est-ce que la rupture d'une prothèse ?

On parle habituellement de rupture, pour un implant pré-rempli de gel de silicone, lorsqu'il existe une fuite de son contenu par une brèche de l'enveloppe.

10. Quelle est le pourcentage de rupture des prothèses ?

Dans une étude récente que nous avons réalisée après reconstruction du sein, le pourcentage de rupture à long terme était de 1,6%. Le délai moyen d'apparition de la rupture était de plus de 6 ans sur une période maximale d'observation de 15 ans.

L'analyse de la littérature médicale, retrouve des chiffres similaires avec 3 à 5% de rupture. Mais le pourcentage réel est inconnu car il existe des ruptures asymptomatiques (ne donnant aucun signe clinique) mais que l'on peut dépister par un examen radiologique (mammographie, IRM).

En conclusion, ce phénomène est rare et on peut le dépister facilement.

11. Existe-t-il des facteurs favorisant la rupture ?

Oui, il existe des facteurs favorisant la rupture des implants pré-remplis. Un traumatisme violent (accident de voiture) peut être responsable d'une rupture. C'est surtout l'ancienneté de l'implant et la finesse très importante de l'enveloppe de certains implants des années « 70-80 » qui sont la cause majeure des ruptures.

Dans notre étude nous avons montré que la moyenne de vie d'un implant en gel de silicone était d'environ 12 ans ce qui correspond à la période après laquelle la surveillance doit être renforcée afin de dépister d'éventuelles ruptures asymptomatiques (sans signe).

12. Quels sont les risques d'une rupture ?

Il faut insister sur ce point : la rupture d'un implant pré-rempli de gel de silicone est un évènement rare.

Lorsque l'implant est rompu, le gel de silicone peut rester dans l'enveloppe fibreuse qui entoure l'implant et dans ce cas il n'y a aucune conséquence mais il faudra le changer.

Dans certaines situations, le gel diffuse à travers l'enveloppe fibreuse et il peut se former une accumulation de silicone appelée siliconome. Ce siliconome peut être responsable de l'apparition de ganglions inflammatoires, réaction normale de défense de l'organisme. La migration du gel de silicone rend l'acte chirurgical plus délicat, surtout si le gel est très fluide.

Actuellement les gels de silicone employés ont une viscosité importante et le risque de migration, même en cas de rupture est très faible.

13. Qu'est-ce que le dégonflement d'une prothèse ?

Le dégonflement est spécifique aux implants gonflables au sérum physiologique car il s'agit dans ce cas soit d'une brèche de l'enveloppe, parfois minime, soit d'un problème d'étanchéité de la valve de l'implant avec fuite du sérum physiologique (eau salée).

D'autre part, un dégonflement partiel de l'implant peut survenir si une quantité de sérum physiologique « transpire » à travers l'enveloppe sans qu'elle soit rompue (l'enveloppe d'un implant est perméable aux très petites molécules).

Le sérum est totalement inoffensif et il est résorbé par l'organisme en quelques heures. Le seul inconvénient est d'ordre esthétique, car il y a affaissement de l'implant vidé.

14. Quelle est le pourcentage de dégonflement des prothèses ?

Le dégonflement est plus fréquent que la rupture probablement par la faible viscosité du sérum physiologique pouvant irriter l'enveloppe.

Dans la littérature médicale le pourcentage de dégonflement varie entre 2 à 15%, en fonction de la durée de suivie des implants.

Le temps est un facteur qui augmente l'usure normale d'un implant et favorise ainsi son dégonflement.

15. Existe-t-il des facteurs favorisant le dégonflement ?

Les causes de dégonflement des prothèses sont variables :

On peut distinguer des causes liées à l'enveloppe (par fragilisation de celle ci), soit à une fuite au niveau d'une valve endommagée, ou par son ouverture secondaire.

Les tentatives de capsuloclasie externe (squeezing) , un traumatisme direct sur le sein peuvent rompre une enveloppe fragilisée.

La compression trop intense lors de mammographies, l'examen de la région aréolaire avec une pression excessive peuvent être à l'origine de l'ouverture de la valve.

Le plus souvent, sur des implants partiellement dégonflés avec des plis que les dégonflements surviennent.

16. Comment une rupture ou un dégonflement de prothèse se manifeste-t-il ?

Une modification du sein : volume, dureté, douleur, apparition d'une coque ou diminution d'une coque) doit faire suspecter une rupture d'un implant en gel de silicone. Afin de s'assurer qu'il n'y a pas de rupture il

faudra consulter alors son chirurgien pour un examen clinique et le plus souvent un examen radiologique sera pratiqué.

Pour les implants **gonflables**, le dégonflement est le plus souvent rapide avec en quelques heures affaissement du sein qui est vidé de son contenu en sérum physiologique.

Le sérum physiologique est totalement résorbé par l'organisme.

17. Quelles est la résistance d'une prothèse mammaire ?

Aujourd'hui, en Europe seuls les implants qui présentent des normes de fabrication strictes et possèdent le marquage CE sont autorisés à la vente. De nombreux tests de résistance sont réalisés sur ces implants (résistance à plus de 300 kg), mais ils ne sont pas indestructibles pour autant.

Certaines conditions extrêmes peuvent être responsables d'une rupture ou d'un dégonflement de l'implant. C'est le cas d'un choc direct violent (accident de la voie publique), une piqûre ou une ponction directe dans l'implant (acupuncture).

En revanche, des conditions réputées à risque ne le sont pas dans des conditions normales :

- Voyage en avion ,
- Plongée sous-marine ,
- Parachutisme,
- Alpinisme.

18. Existe-t-il un risque de rupture lors d'une mammographie ?

Actuellement les appareils de mammographie sont très bien calibrés et ce risque est quasi nul. Toutefois, il est indispensable de prévenir le radiologue de la présence d'implants mammaires avant l'examen.

19. Que faire en cas de rupture de l'implant en silicone ?

Il est conseillé de changer l'implant car un traumatisme parfois minime peut rompre l'enveloppe fibreuse autour de l'implant et le gel pourrait diffuser parfois plus à distance ou donner un siliconome.

20. Qu'est ce qu'une maladie auto-immune ?

Il s'agit de pathologies rares liées à la production par notre organisme d'anticorps dirigés contre nos propres tissus.

Les maladies les plus fréquentes sont : les dermatomyosites, le lupus érythémateux disséminé, la sclérodermie, la polyarthrite rhumatoïde. Ces maladies associent divers symptômes et signes cliniques non spécifiques : fièvre, fatigue, douleurs articulaires, éruptions cutanées, adénopathies (ganglions), atteinte viscérale,.. etc.

21. Est-ce qu'un implant mammaire peut déclencher une maladie auto-immune ?

Les implants mammaires pré-remplis de gel de silicone ont été accusés d'être responsables du déclenchement de maladies auto-immunes chez certaines patientes. En raison du nombre considérable de femmes ayant des prothèses mammaires (estimé à plus de 10 millions), il est normal d'observer de multiples phénomènes pathologiques, comme dans la population générale.

Aujourd'hui en 2001, tous les travaux scientifiques sur ce sujet ont montré qu'il n'y avait aucune preuve tangible d'augmentation du risque de maladie auto-immune chez les patientes porteuses d'implants mammaires et en particulier pré-remplis de gel de silicone .

22. Qu'est-ce que des calcifications ?

C'est un dépôt de calcium sur un corps étranger implanté.

Il survient que dans de rares cas. Ces calcifications se déposent sur la coque fibreuse de l'implant, ou autour d'elle, formant des plaques calcifiées.

Si elles sont importantes, ces calcifications peuvent rendre le sein plus dur et surtout peuvent gêner la découverte de microcalcifications associées au stade précoce d'un cancer du sein et peuvent donc imposer un examen mammographique spécial (mammographie numérisée voir IRM).

La position rétro-pectorale de l'implant permet de différencier plus facilement les calcifications sur l'implant de celles de la glande mammaire.

Vivre avec des prothèses mammaires

1. Quels sont les effets des implants sur la sensibilité du sein ?

Dans la majorité des cas la sensibilité du sein redevient identique, en quelques semaines, à celle connue avant l'intervention.

Dans certains cas il peut survenir une modification de la sensibilité du mamelon et du sein. Cette sensibilité peut être diminuée ou même augmentée de façon temporaire ou définitive, de manière uni ou bilatérale.

2. Est-ce que mon partenaire peut sentir mes prothèses ?

La sensation tactile de la prothèse varie en fonction de sa position, de son contenu et de l'épaisseur de la glande mammaire. Ainsi une prothèse gonflable au sérum physiologique implantée chez une femme ayant très peu de glande mammaire sera palpable en particulier au bord inférieur qui n'est souvent pas recouvert par le muscle pectoral. A l'opposé certaines prothèses en silicone placées derrière le muscle pectoral donnent un sein très naturel avec une prothèse quasi indécélable, même pour un médecin.

En reconstruction après cancer, la prothèse est toujours palpable même posée en rétro-pectorale du fait de l'absence totale de glande mammaire.

3. Y a-t-il une différence de résultat esthétique entre un implant gonflable et un implant en gel de silicone ?

Il existe obligatoirement une certaine différence.

Le sérum physiologique étant un fluide de faible viscosité , la sensation tactile de l'implant est moins bonne que celle du gel de silicone qui donne une sensation proche de celle de la glande mammaire.

Pour les implants **gonflables**, il est souvent préférable que l'implant ne soit pas directement sous la glande mais plutôt derrière le muscle pectoral.

D'autre part, sur le plan esthétique, le phénomène de vagues ou plis de l'implant est plus fréquent avec les prothèses gonflables au sérum.

En reconstruction le résultat esthétique (pourcentage d'asymétrie) est souvent considéré comme moins bon avec les implants gonflables au sérum.

4. Y a-t-il un risque en cas de grossesse ?

A ce jour aucune étude (chez l'animal) ne montre de risque tératogène (malformations du fœtus) avec la silicone.

On ne retrouve, à ce jour, dans la littérature médicale, aucune description de cas d'anomalie congénitale chez les bébés des femmes porteuses d'implants mammaires.

5. Peut-on allaiter avec des prothèses mammaires ?

D'une manière générale, il n'existe pas de contre-indication à l'allaitement après implantation, quel que soit le type d'implant. L'allaitement peut toutefois être compromis en cas de voie d'abord sectionnant les galactophores ou en cas de perturbation de sensibilité aréolaire.

6. Y a t-il un risque à allaiter chez les femmes porteuses d'implants mammaires ?

Non, il n'y a pas de contre-indication à un allaitement chez les femmes porteuses d'implants mammaires.

Aucune preuve de relation de cause à effet n'a pu être prouvée scientifiquement au sujet des troubles digestifs décrits chez certains bébés allaités par des femmes implantées.

Lorsque l'implant est introduit par le mamelon la section de certains galactophores peut rendre l'allaitement plus difficile.

7. Y a-t-il un risque de déplacement de la prothèse ?

Lors de l'intervention le chirurgien crée une loge adaptée pour la prothèse.

Il peut se produire secondairement un déplacement de l'implant simplement par la gravité, par un effet de chasse de l'implant en position rétro-musculaire ou à cause de l'apparition d'une coque contractile.

Ce problème est plus fréquent avec les implants dits anatomiques dont la rotation est plus visible. Il est moins fréquent avec certains implants texturés qui sont moins mobiles dans leur loge.

D'autre part, il est déconseillé de pratiquer à outrance la musculation des muscles pectoraux. L'implant risque de se déplacer vers le haut, chassé par un muscle pectoral trop puissant et devenir plus visible.

8. Existe t-il un risque de « rejet » de la prothèse ?

Non, il n'y a pas à proprement parlé de rejet de la prothèse. Mais il est possible, bien qu'exceptionnel, qu'une exposition de la prothèse apparaisse au travers de la cicatrice ou de la peau. Ce type de complication survient souvent à la suite d'une infection.

9. Qu'est-ce qu'une asymétrie ?

L'asymétrie des deux seins est fréquente avant la pose d'implants mammaires. Souvent méconnus des patientes elle mêmes.

L'intervention devra tenter de la corriger ou du moins de l'atténuer. L'asymétrie peut être secondaire à l'intervention.

L'asymétrie est plus fréquente en reconstruction mammaire car les causes d'asymétrie sont nombreuses :

sillon sous-mammaire effacé, taille de l'implant inadaptée avec asymétrie de volume de l'implant, particulièrement en cas de prise de poids après l'intervention génératrice d'une augmentation de taille de l'autre sein, ou plus simplement en cas de ptôse ultérieure du sein controlatéral.

En chirurgie **esthétique** l'asymétrie peut être due à un déplacement de l'implant ou une loge initiale insuffisante.

La survenue d'une contracture capsulaire ou d'un dégonflement sont susceptibles, quelque soit l'indication, de faire apparaître une asymétrie.

10. Y a-t-il une interférence entre les implants mammaires et la mammographie ?

La présence d'un implant mammaire peut gêner l'interprétation de clichés mammographiques.

Le risque d'un retard de diagnostic de tumeurs dont l'image serait masquée par celle de l'implant est controversé. Certains auteurs estiment que ce risque est négligeable car l'imagerie moderne est capable de dépister les tumeurs sur prothèses à un stade de plus en plus précoce.

D'autres ont montré les limites de l'imagerie standard chez les patientes implantées et la nécessité d'avoir recours à des techniques plus évoluées (mammographie numérisée, IRM) et à des radiologues habitués à ces clichés.

Il est utile de préciser que la contracture capsulaire augmente la difficulté de réalisation des mammographies par le caractère souvent douloureux, dans ce cas, de l'examen.

11. Une femme porteuse d'implants nécessite-t-elle des mammographies plus fréquentes ?

Non, il n'y a pas lieu de réaliser d'exams inutiles, en particulier si la patiente est jeune et surtout si la prothèse est en place depuis moins de 10-12 ans.

Au-delà il est conseillé une surveillance médicale régulière et une mammographie, en cas de modification du sein, de recherche d'une rupture asymptomatique (dans le cas des implants pré-remplis de gel de silicone).

12. Y a-t-il un risque de cancer avec les prothèses mammaires ?

Non, la question a fait l'objet de nombreuses recherches.

Il est reconnu et prouvé qu'il n'y a pas de risque de déclencher un cancer du sein par la présence d'un implant mammaire.

Il n'a jamais été observé d'augmentation de l'incidence du cancer du sein chez les femmes implantées.

La silicone est employée depuis plus de 30 ans et étudiée par des chirurgiens, des biologistes, des cancérologues et des fabricants d'implants, tous reconnaissent l'absence de risque de cancer induit par la silicone.

Les mêmes implants sont utilisés pour la reconstruction du sein après cancer et certaines études ont montré qu'il n'y avait pas de différence de survie chez les patientes reconstruites.

En revanche la présence d'un implant nécessite un suivi régulier avec mammographie, surtout après une dizaine d'années. Cet examen mammographique nécessite un radiologue entraîné et des techniques appropriées.

13. Quelle surveillance faut-il instituer après une implantation mammaire ?

Généralement il n'y a pas lieu d'instituer une surveillance particulière. Comme pour toute femme, l'autopalpation des seins doit être pratiquée mensuellement surtout après les règles. Après une implantation mammaire il faudra informer votre gynécologue habituel de la présence des prothèses mammaires.

Après plus de dix ans d'implantation et pour les prothèses pré-remplies de gel de silicone il est conseillé de pratiquer une mammographie de contrôle afin de dépister une rupture asymptomatique. Cet examen sera aussi réalisé en cas d'une modification quelconque d'un sein (dureté, forme, douleur).

Après reconstruction du sein par une prothèse mammaire, en plus de la surveillance carcinologique habituelle, il est conseillé de consulter son chirurgien régulièrement. La surveillance mammographique étant systématique, la découverte d'une rupture asymptomatique est souvent plus précoce.

14. Peut-on retirer facilement un implant ?

Oui, pour diverses raisons le chirurgien peut être amené à retirer la prothèse, parfois à la demande de la patiente (anxiété du silicone).

Dans de certains cas, l'ablation isolée d'une prothèse peut être réalisée sous anesthésie locale.

Ce geste est réalisé le plus souvent sous anesthésie générale, surtout si l'ablation de la coque et/ou un geste de remodelage du sein sont nécessaires

Questions Pratiques

1. Quel est le coût moyen de cette intervention ?

En chirurgie esthétique; il varie entre 3500 € et 4500 € en fonction de divers éléments :

- le type d'implants utilisés (les implants dits anatomiques sont plus chers),
- le lieu de l'intervention : clinique ou hôpital,
- la durée d'hospitalisation,
- les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste.

En cas de **reconstruction** après cancer, la prise en charge par l'assurance maladie est automatique.

2. Qui paye l'intervention en cas de changement d'implant ?

En chirurgie esthétique, s'il s'agit d'une **complication** liée à l'implant, l'intervention peut rarement être prise en charge (après entente préalable) mais pas le remplacement de l'implant qui reste à la charge de la patiente ainsi que les honoraires du chirurgien. Toutefois, certains fabricants remplacent **gratuitement** leurs prothèses, parfois même à vie, en cas de **dégonflement**.

En cas de **reconstruction** après cancer, la prise en charge est automatique car l'intervention est considérée comme suite de la maladie.

3. Au bout de combien de temps faut –il changer une prothèse ?

Certaines patientes ont des implants qui ne posent aucun problème depuis plus de 20 ans.

Néanmoins, un implant mammaire n'est **jamais** posé à titre définitif.

Comme tout biomatériau l'usure normale et les inconvénients inhérents à sa présence détermine sa durée de vie.

Dans notre étude, nous avons calculé la médiane de vie d'un implant mammaire sur une série de 949 implants et un suivi maximal de 15 ans.

La durée de vie d'un implant en gel de silicone est **supérieure** à celle d'un implant gonflable au sérum physiologique et ceci à cause de la plus grande fréquence de dégonflement de ces derniers.

Toutefois le pourcentage réel de rupture des implants en gel de silicone peut être sous-évalué par un nombre inconnu de ruptures asymptomatiques.

La durée de vie moyenne (étude en reconstruction) d'une prothèse mammaire en sérum est de **un peu plus de 10 ans** et celle de prothèses en gel de silicone de 14 ans avec 7% de perte annuelle

4. Existe-t-il des signes « d'usure » d'un implant ?

Pour un implant pré-rempli en gel de silicone, sur le plan clinique, la découverte d'une hernie de la prothèse peut être suspecte de rupture. De la même manière, la mammographie numérisée peut diagnostiquer une rupture intra-capsulaire.

Pour une prothèse gonflable, le problème essentiel est le dégonflement, dont le risque augmente avec l'ancienneté de l'implant. Le dégonflement étant un évènement apparaissant rapidement et brutalement, il n'y a pas de signe précurseur.

5. Qu'est-ce qu'un consentement éclairé ?

Avant toute intervention chirurgicale, et particulièrement en chirurgie esthétique, il faut informer les patients des risques et inconvénients éventuels liés à cette intervention.

Un document écrit est généralement remis à la patiente. Il comporte les inconvénients et les risques liés à l'implantation mammaire. Ce document appelé consentement éclairé sera remis au chirurgien, daté et signé, après lecture attentive et éventuelle demande d'informations complémentaires par la patiente. Il est obligatoire avant toute interventions chirurgicales.

6. Un devis est-il obligatoire ?

Depuis le 1er Janvier 1997 pour tout acte de chirurgie esthétique dépassant 300 € votre chirurgien doit vous remettre un devis précis de l'intervention.

Ce devis précise entre autres le montant des honoraires (chirurgien, anesthésiste), frais d'hospitalisation, prix des implants mammaires. Ce devis devra être lu et signé par la patiente.

Le devis n'est pas nécessaire en cas de reconstruction du sein après cancer, cet acte étant considéré comme chirurgie réparatrice et non comme chirurgie esthétique.

7. Quels documents doit obtenir la patiente après l'intervention ?

Le chirurgien devra remettre à sa patiente un livret d'information sur les implants mammaires généralement fournis par le fabricant, une carte avec le type d'implant posé et ses références (N° de série, marque...).

8. Pourquoi certaines femmes sont-elles contre la reconstruction par implants mammaires ?

Les prothèses ne sont jamais implantées à titre définitif et certaines patientes après cancer, ayant subi des interventions lourdes, ne veulent pas avoir d'autres interventions chirurgicales.

D'autres pensent que les risques de cette chirurgie sont plus grands que les bénéfices ou bien que les risques ne sont pas encore suffisamment bien connus.

Certaines femmes considèrent qu'elles peuvent accepter leur nouvelle image corporelle sans reconstruction après une mastectomie (seulement 20% des patientes ayant eu une mastectomie ont une reconstruction mammaire). Ce choix est donc un choix personnel guidé par les conseils de spécialistes et d'autres patientes.

9. Existe-t-il d'autres méthodes de reconstruction du sein après cancer ?

Il est possible de reconstruire un sein en utilisant des tissus d'une autre partie du corps (lambeau) ; soit la peau de l'abdomen (lambeau de grand droit), soit la peau du dos (lambeau de grand dorsal).

Pour le « TRAM » ou « lambeau de Grand Droit » l'on utilise la peau abdominale en excès et l'un, voir parfois les deux muscles Grand droit afin de reconstruire un sein ou les deux. L'avantage de cette technique réside dans l'aspect proche de celui du sein naturel de la peau abdominale et dans l'aspect esthétique sur la paroi abdominale de cette intervention.

L'inconvénient majeur est la fragilisation parfois importante de la paroi abdominale privée d'un ou de ses deux muscles grand droit.

Le **lambeau de Grand Dorsal** utilise la peau du dos et le muscle grand dorsal (dont la fonction n'est pas indispensable dans les mouvements de la vie courante).

Avantage : Il permet parfois de reconstruire le sein sans prothèse au prix d'une cicatrice camouflée par le soutien-gorge. Cette méthode est fiable et de pratique courante.

Inconvénients : le plus souvent l'adjonction d'une prothèse sous le lambeau est nécessaire pour reconstruire un volume suffisant au sein. La peau du dos est de coloration parfois différente de celle du sein pouvant donner un aspect de « patch cutané ». La principale complication est l'épanchement lymphatique du dos nécessitant des ponctions.

10. Comment choisir son chirurgien ?

L'implantation de prothèses mammaires peut être réalisée par tout chirurgien Plasticien compétent.

Il est préférable de demander conseil à son médecin traitant.

Il ne faut pas hésiter à consulter différents chirurgiens car une relation de confiance doit absolument exister entre la patiente et son chirurgien. Il est possible de contacter le Conseil de l'Ordre des Médecins afin de connaître les compétences et qualifications d'un chirurgien.

11. Qu'est-ce qu'un chirurgien plasticien ?

Un chirurgien plasticien est un chirurgien qualifié en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique. Cette spécialité est reconnue par le conseil de l'ordre et elle existe en tant que tel depuis 1989.

Avant la création de cette spécialité, la chirurgie esthétique était pratiquée par des chirurgiens provenant de différentes disciplines (stomatologie, ORL, chirurgie générale...).

Pour être chirurgien plasticien, il faut une formation obligatoire de 2 ans en chirurgie générale ainsi qu'une spécialisation en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique d'une durée de 4 ans. Au total 12 à 15 années minimums d'études sont nécessaires à l'obtention du diplôme (DES ou DESC).

La qualification en chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique est reconnue actuellement à environ 600 chirurgiens plasticiens en France dont la liste est consultable sur Minitel (3615 ORMED) ou auprès du Conseil de l'Ordre.

12. Où trouver d'autres informations sur les prothèses mammaires ?

La littérature médicale regorge d'articles sur ce sujet depuis une dizaine d'année. Toutefois on peut conseiller la consultation de sites Internet dédiés aux implants mammaires et aux multiples interrogations qu'ils apportent.

- Food and Drug Administration (FDA) breast implant information : <http://www.fda.gov>
- Un site Internet du ministère de la santé anglais (MDA) est consacré aux implants mammaires pré-remplis de gel de silicone
- <http://www.silicone.review.gov.uk>
- American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons : <http://www.plasticsurgery.org>

- National Alliance of Breast Cancer Organizations (NABCO) :
<http://www.nabco.org>
- Y-ME National Organization for Breast Cancer Info and Support :
<http://www.y-me.org>
- Société Française de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique: www.sofcpre.fr

Dr Laurent BENADIBA

Le **Docteur Laurent BENADIBA** est Chirurgien Plasticien à Paris. Il est qualifié en Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique par le **conseil de l'ordre de Paris** depuis 1998.

Il est inscrit aussi au **General Medical Council** (Conseil de l'ordre Anglais) de Londres en Chirurgie Plastique et Esthétique depuis 2006.

Site web personnel: **www.dr-benadiba.com**

Titres :

- Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
- Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
- Ancien Assistant-spécialiste des Hôpitaux
- Ancien Praticien-Attaché des Hôpitaux
- Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris
- Diplômé de microchirurgie
- Membre du Syndicat National des Chirurgiens Plasticiens
- Membre de la Société Française de Chirurgie Esthétique
- Membre de l'association SOS FACE



www.feedbooks.com
Food for the mind