

Cette fiche d'information est une modification de celle conçue sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOFCPRE) et validée par la Société Suisse de Chirurgie plastique, Reconstructive et Esthétique (SSCPRE : www.plasticsurgery.ch). Elle prévaut comme un complément à vos consultations, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à une **reconstruction du sein par un implant mammaire**.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention avant de signer le formulaire de « consentement ».

DÉFINITION ET AVANT-PROPOS

À la suite d'une mastectomie (l'ablation de la glande mammaire), une demande de reconstruction mammaire est tout à fait légitime. La reconstruction mammaire n'est jamais obligatoire. L'utilisation d'une prothèse externe peut être suffisamment satisfaisante pour certaines femmes. La reconstruction reste un choix personnel.

Il existe différentes techniques de reconstruction mammaire, notamment par la mise en place d'un implant mammaire ou en apportant des tissus d'une autre partie de votre corps (lambeau de grand dorsal). Chaque technique a ses avantages comme ses inconvénients propres.

Dans les cas où la qualité de la peau et du muscle pectoral sous-jacent le permet, le mode de reconstruction le plus simple reste la reconstruction par prothèse mammaire.

OBJECTIFS

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer le volume et les contours du sein par la mise en place d'une prothèse interne sous le muscle pectoral.

Elle ne constitue que l'un des temps de la reconstruction mammaire complète qui comporte en outre selon les désirs de la patiente, une reconstruction de l'aréole et du mamelon et éventuellement une intervention sur le sein controlatéral pour améliorer la symétrie.

PRINCIPES

L'opération peut être réalisée en même temps que la mastectomie, on parle alors de reconstruction immédiate, ou à distance des traitements

complémentaires qui ont été nécessaires, on parle alors de reconstruction secondaire. La cicatrice de mastectomie est réutilisée comme voie d'abord en cas de reconstruction ; si elle peut parfois être améliorée, il est impossible de la faire disparaître.

L'intervention consiste à mettre en place, le plus souvent sous la peau et le muscle pectoral, une prothèse interne.

La plaque aréolo-mamelonnaire (aréole + mamelon) sera reconstruite le plus souvent ultérieurement, lorsque le volume du sein sera stabilisé.

LES PROTHÈSES

Il existe plusieurs fabricants ainsi que plusieurs types de prothèses mammaires.

Les prothèses sont toutes constituées d'une enveloppe en silicone qui peut être lisse ou plus ou moins rugueuse (texturée).

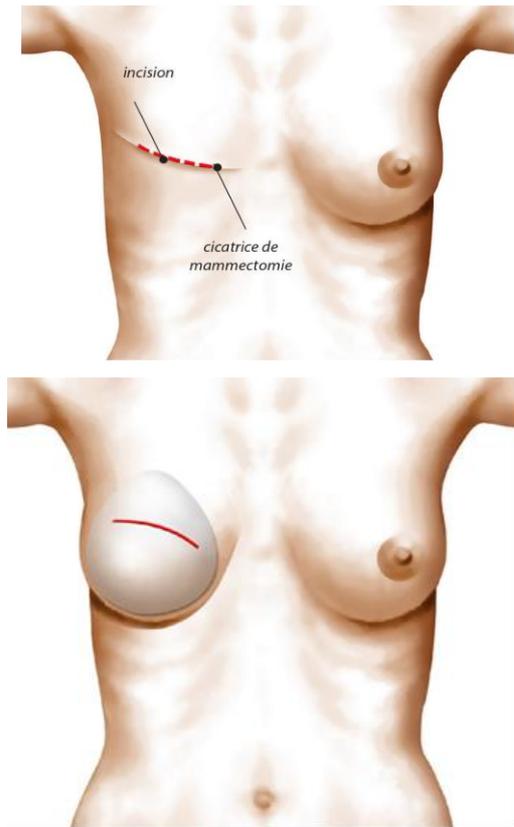
Cette prothèse peut être remplie ; soit de sérum physiologique (eau salée), soit de gel de silicone dont la consistance est plus proche de la glande mammaire.

Il existe plusieurs formes de prothèses : rondes, plus ou moins projetées, ou « anatomiques » dont l'épaisseur est plus importante dans la partie inférieure simulant le profil d'un sein naturel.

Aujourd'hui, tous les implants disponibles en Suisse sont soumis à des normes précises et rigoureuses : marquage CE (Communauté Européenne) et autorisation de Swissmedic.

De plus, les autorités administratives ont imposé la mise en place d'un registre national des prothèses mammaires. Ce registre restera parfaitement anonyme. Son objectif est de recenser toutes les prothèses implantées sur le territoire suisse et

d'assurer ainsi le suivi de l'ensemble des implants ce qui va dans le sens d'une plus grande sécurité pour les patientes.



AVANT L'INTERVENTION

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation avant l'intervention.

Dans tous les cas, le praticien devra vérifier l'imagerie mammaire (mammographie, échographie) de l'autre sein, si le dernier examen de contrôle n'est pas assez récent.

Aucun médicament contenant de l'aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention, sans avis médical.

TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

Il s'agit d'une intervention en anesthésie générale classique durant laquelle vous dormirez complètement.

Une hospitalisation de 5 à 7 jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée par l'ablation du drainage.

TRAITEMENT

L'intervention peut durer deux à trois heures. En fin d'intervention, un pansement modelant avec des bandes élastiques en forme de soutien-gorge, est confectionné.

APRÈS LE TRAITEMENT : LES SUITES

Les suites opératoires sont peu douloureuses. Dans tous les cas, des antalgiques vous seront prescrits.

Un gonflement (oedème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites. Des étirements lors des contractures du muscle pectoral sont parfois décrites par les patientes.

Cet aspect va progressivement évoluer. Il faut attendre deux à trois mois pour pouvoir apprécier le résultat de la reconstruction et de la symétrisation éventuelle.

On peut observer une gêne à l'élévation du bras. Le port du soutien-gorge (nuit et jour) est nécessaire pendant 4 à 6 semaines. Les pansements seront réalisés régulièrement.

Il convient d'envisager une convalescence de deux à trois semaines. On conseille d'attendre un à deux mois pour reprendre une activité sportive.

LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection. Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès d'un spécialiste.

LE RESULTAT

La reconstruction par prothèse restaure immédiatement un volume et une forme permettant à la patiente de s'habiller normalement avec un décolleté.

Le résultat final n'est cependant pas acquis d'emblée. Au début, le sein peut apparaître un peu trop figé avec une sensation de tiraillement.

L'aspect du sein reconstruit va progressivement évoluer. Il faut attendre deux à trois mois pour que votre chirurgien puisse apprécier le résultat et en particulier la symétrie.

Ce n'est qu'à ce stade qu'une éventuelle retouche est envisageable.

Chez certaines patientes, l'intégration psychique de ce volume insensible peut être difficile et une période d'ambivalence d'au moins six mois est souvent constatée. L'entourage médical et familial joue un rôle important dans cette période durant laquelle la patiente a besoin d'être rassurée.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

LES IMPERFECTIONS DE RÉSULTAT

Il est malheureusement impossible de reconstituer un sein parfaitement symétrique à l'autre.

Il persistera toujours une certaine asymétrie des deux seins, qu'il s'agisse :

-du volume : la base du sein ne sera jamais parfaitement identique.

-de la forme : l'étalement des deux seins peut être différent.

-de la couleur : une petite différence est souvent présente.

-et de la sensibilité : le sein reconstruit est peu sensible.

Les cicatrices feront l'objet d'une surveillance attentive.

Il est fréquent qu'elles prennent un aspect rosé et gonflé au cours des premiers mois post-opératoires. Au-delà, elles s'estompent en général pour devenir, avec le temps, peu visibles. Elles ne sauraient cependant complètement disparaître.

Les cicatrices peuvent parfois rester un peu trop visibles et présenter différents aspects disgracieux (hyperpigmentation, épaissement, rétraction, adhérence ou élargissement) qui peuvent nécessiter un traitement spécifique.

A cet égard, il ne faut pas oublier que si c'est le chirurgien qui réalise les sutures, la cicatrice elle, est le fait de la patiente.

LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

La reconstruction mammaire par prothèse est une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte médical, aussi minime soit-il.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Les suites opératoires sont en général simples. Toutefois, des complications peuvent survenir, certaines d'ordre général, inhérentes à tout acte chirurgical, d'autres loco-régionales plus spécifiques à la reconstruction du sein par prothèse.

Il convient de distinguer les complications liées à l'anesthésie de celles liées au geste chirurgical.

Lors de la consultation anesthésiste, le médecin-anesthésiste vous précisera les risques de l'anesthésie

générale et vous exposera les différents moyens de lutte contre la douleur post-opératoire.

En ce qui concerne le geste chirurgical : en choisissant un Chirurgien Plasticien qualifié et compétent, formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement.

Heureusement les vraies complications sont peu fréquentes à la suite d'une reconstruction mammaire par prothèse. En pratique, l'immense majorité des interventions se passe sans aucun problème.

Les complications pouvant survenir dans les suites de la reconstruction mammaire par prothèse sont :

- L'infection : qui nécessite un traitement antibiotique, et parfois une réintervention pouvant aller jusqu'à l'ablation provisoire de l'implant.
- L'hématome : qui peut nécessiter un geste d'évacuation chirurgicale.
- La nécrose de la peau : dont le risque est surtout élevé après radiothérapie, peut conduire à une exposition de la prothèse et imposer l'ablation de celle-ci. Le tabagisme majore également ce risque.
- La formation d'une coque contractile : la formation d'une capsule autour de l'implant est constante. Dans certains cas, cette capsule se contracte entraînant une sensation de durcissement parfois douloureux. Cette contraction peut parfois entraîner une déformation visible du sein en même temps qu'il devient plus ferme. Ce risque a diminué depuis quelques années notamment par l'utilisation de nouvelles prothèses mais reste totalement imprévisible pour chaque patiente. Il est majoré si une radiothérapie doit être administrée sur la prothèse elle-même.
- Les vagues et les plis : lorsque la peau recouvrant la prothèse est fine, elle peut laisser deviner la déformation de l'enveloppe sous forme de vagues ou de plis.
- Le déplacement de l'implant : un déplacement de l'implant est toujours possible sous l'effet des contractions musculaires. Il est déconseillé de pratiquer la musculation excessive des pectoraux dans les suites opératoires. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.
- « Usure » et « vieillissement » de l'implant : il est indispensable de bien comprendre qu'aucune prothèse ne peut être considérée comme implantée à vie. En effet, une prothèse vieillit progressivement et sa durée de vie est forcément limitée. Avec le temps, l'enveloppe s'use progressivement, pouvant entraîner une fuite du contenu avec des conséquences variables :
Avec une prothèse remplie de sérum, on observe, en cas de rupture, un affaissement du sein, survenant généralement en quelques heures ou quelques jours, correspondant à un dégonflement de la prothèse.

Avec une prothèse pré-remplie de gel de silicone, le diagnostic clinique est moins évident. Avec les gels à cohésivité importante, aujourd'hui les plus couramment utilisés, vous êtes à l'abri d'une diffusion rapide du gel de silicone en dehors de la prothèse. La mammographie numérisée fait le diagnostic d'une telle rupture.

Que l'usure concerne une prothèse en sérum ou bien rempli de gel, dans les deux cas, il faut procéder au remplacement de la prothèse.

- Il n'existe aucun risque quantifiable de maladie auto-immune avec le gel de silicone.
- La présence de la prothèse peut dans certains cas compliquer l'interprétation des clichés mammographiques. Il est nécessaire de le préciser au radiologue afin que la technique soit adaptée.
 - Sérome tardif péri-prothétique : Dans de très rares cas peut survenir, autour de la prothèse, un épanchement tardif.

Un tel épanchement tardif, a fortiori s'il est associé à d'autres anomalies cliniques du sein, impose de faire réaliser un bilan sénologique auprès d'un radiologue sénologue. Le bilan de base comportera une échographie avec ponction de l'épanchement. Le liquide ainsi ramené fera l'objet d'une étude avec recherche de cellules lymphomateuses. Une mammographie numérisée et/ou une IRM peuvent s'avérer nécessaires selon les résultats des premiers examens.

En cas de masse mammaire ou d'épanchement récidivant après ponction sous échographie, une exploration chirurgicale pourra être proposée par le chirurgien avec une ablation de la capsule fibreuse péri-prothétique (capsulectomie) permettant des biopsies à la recherche d'un très exceptionnel Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM). Cette entité observée depuis 2011 est *très exceptionnelle*. Elle concerne principalement les implants à surface macro-texturée qui ne sont plus utilisés. Dans près de 90 % des cas, cette entité est de très bon pronostic et elle guérit habituellement par un traitement chirurgical adapté associant l'ablation de la prothèse et de la capsule péri-prothétique (capsulectomie totale et complète). Dans environ 10 % des cas, la pathologie est plus grave et nécessite une prise en charge par chimiothérapie et/ou

radiothérapie au sein d'une équipe spécialisée dans le traitement des lymphomes.

Au total il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience que tout traitement comporte toujours une petite part d'aléas. Dans la très grande majorité des cas, cette intervention de chirurgie reconstructrice correctement réalisée, donnera un résultat très appréciable, même si la rançon cicatricielle reste inévitable.

Le recours à un praticien qualifié vous assure que celui-ci a la formation et la compétence requises pour savoir minimiser ces complications, où les gérer au mieux le cas échéant.

Quoiqu'il en soit, dans les suites de l'intervention, n'hésitez surtout pas à recontacter votre praticien si vous avez la moindre inquiétude.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée ».

Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation.

REMARQUES PERSONNELLES :