RECONSTRUCTION DU SEIN PAR PROTHESE

Version 7 mise à jour janvier 2019

Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :
Nom :
Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, 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 prothèse.

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. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

DÉFINITION

La mastectomie ou mammectomie (les termes sont synonymes) correspond à l'ablation de la glande mammaire, d'un fuseau de peau et de l'aréole. Elle reste malheureusement nécessaire dans certaines formes de cancer du sein.

Une demande de reconstruction mammaire est tout à fait légitime après mastectomie.

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 mammaire par prothèse.

Elle peut être précédée d'une période d'expansion tissulaire si la quantité de peau est insuffisante.

L'expansion de la peau se définit comme la possibilité d'augmenter la surface de couverture par la peau de la prothèse permanente sous l'effet d'une traction exercée pendant une courte période.

Cette reconstruction est prise en charge par l'Assurance-maladie.

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 au dessous du 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.

ALTERNATIVES

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.

Si la reconstruction du sein par prothèse est le geste le plus simple à proposer, il existe d'autres techniques apportant des tissus d'une autre partie de votre corps (grand dorsal, grand droit de l'abdomen) qui sont des techniques plus sophistiquées qui ont leurs avantages comme leurs inconvénients propres.

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. Cette prothèse interne est, dans les cas les plus simples, la prothèse permanente. Ce peut être dans certains cas une prothèse temporaire d'expansion tissulaire destinée à accroître la quantité des tissus de couverture (peau, muscle) de la prothèse permanente ce qui peut donner un aspect plus naturel au sein reconstruit.

Cette expansion de la peau trouve sa meilleure illustration lors de la grossesse. Sous l'effet de la poussée progressive de l'enfant, la peau abdominale se distend pour laisser persister un excès après l'accouchement. Par analogie, dans le cas de la reconstruction mammaire une prothèse temporaire est gonflée progressivement afin d'obtenir un excès de peau qui est utilisé afin de recouvrir la prothèse permanente.

L'expansion tissulaire a l'inconvénient de nécessiter deux temps opératoires.

Dans le même temps opératoire que l'implantation de la prothèse permanente, il est possible de remodeler le sein opposé si cela est nécessaire.

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

La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance carcinologique.

LES PROTHÈSES

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

Les prothèses sont toutes constituées d'une enveloppe en élastomère de silicone qui peut être lisse ou plus ou moins rugueuse (texturée) pour diminuer le risque de formation de coque.

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.

Quant à la prothèse temporaire d'expansion, son remplissage sera réalisé par du sérum physiologique.

Aujourd'hui, tous les implants disponibles en France sont soumis à des normes précises et rigoureuses : marquage CE (Communauté Européenne) et autorisation de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé).

De plus, les autorités administratives françaises et le Ministère de la santé ont imposé, depuis novembre 2016, 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 français 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

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures 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.

Il est possible que le médecin-anesthésiste vous prescrive des bas anti-thrombose (prévention de la phlébite) qu'il vous faudra porter avant même l'intervention jusqu'à votre sortie de l'établissement.

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 entrainer des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

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 ovtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

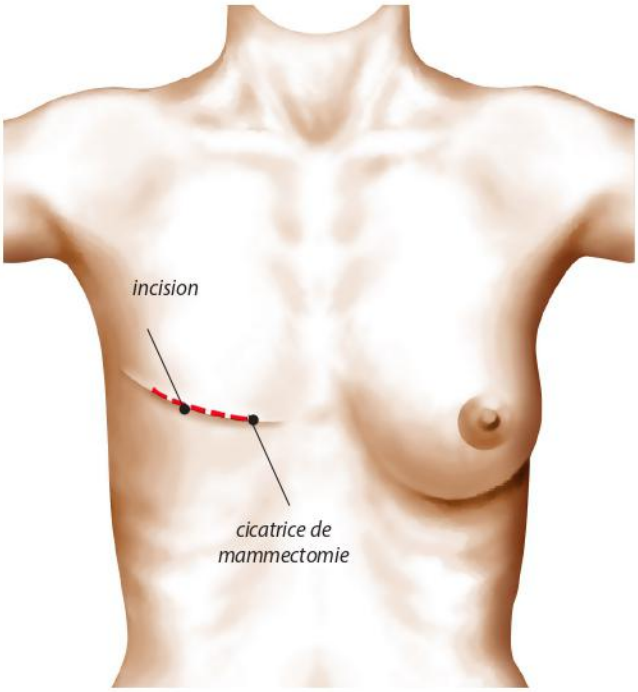
TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

Type d'anesthésie : Il s'agit d'une anesthésie générale classique durant laquelle vous dormirez complètement.

Modalités d'hospitalisation : Une hospitalisation de plusieurs jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée à l'ablation du drainage éventuel.

L'INTERVENTION

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



LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont en général assez douloureuses pendant quelques jours, pouvant nécessiter de puissants antalgiques.

Ces antalgiques seront ensuite relayés par des antalgiques moins puissants prescrits à la demande pendant une quinzaine de jours. Au-delà, la persistance de la douleur doit faire l'objet d'un examen par votre chirurgien.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites.

On peut observer une gêne à l'élévation du bras qui ne nécessite pas de rééducation le plus souvent (sauf réalisation d'un curage ganglionnaire dans le même temps).

Le port du soutien-gorge (nuit et jour) peut être nécessaire pendant plusieurs 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.

Si le choix de l'expansion préalable a été retenu, le gonflement de la prothèse peut débuter dans certains cas au cours de l'hospitalisation.

LE RÉSULTAT

Après implantation d'une prothèse permanente :

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

Cependant, le résultat final n'est pas acquis d'emblée.

Au premier pansement, le sein reconstruit aura un aspect un peu figé, et la peau qui le recouvre sera peu sensible. 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.

Après implantation d'une prothèse d'expansion :

Le gonflement de la prothèse est effectué, généralement une fois par semaine avec du sérum physiologique (eau salée).

En 4 à 12 semaines, un volume important est ainsi atteint, jusqu'à dépasser le volume de l'autre sein.

A la fin du gonflement, il conviendra d'attendre encore au moins 3 à 6 mois pour éviter une rétraction secondaire de la peau.

La deuxième intervention a donc lieu entre 4 et 6 mois après la première. Elle permet le remplacement de la prothèse d'expansion temporaire qui donne une allure tendue au sein par la prothèse permanente, qui conférera une forme plus naturelle.

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.

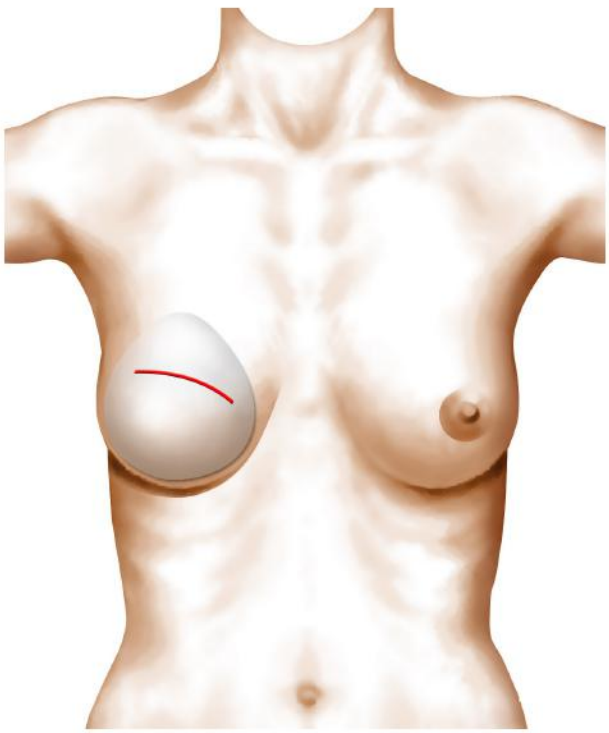
LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT

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

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

• du **volume** : la base du sein ne sera jamais parfaitement identique. Les variations de poids peuvent accentuer cette différence.

• de la **forme** : en position allongée, la prothèse ne s'étale pas comme le sein normal.



• de la **hauteur** : le sein non opéré subira normalement l'évolution vers la ptôse accentuant l'asymétrie.

• et de la **palpation** : la patiente pouvant percevoir la prothèse, du fait de la faible épaisseur des tissus de recouvrement.

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 (hyper-pigmentation, épaississement, 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**.

En ce qui concerne **l'anesthésie**, une consultation, 48 heures au moins avant votre hospitalisation, est indispensable.

Lors de cette consultation, 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 qui se « globulise » 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 opératoire. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.

• **La rupture ou le dégonflement traumatique par manœuvre externe** : le risque est réel lors d'un traumatisme intense, ou lors d'une compression excessive au cours d'un examen mammographique. Le remplacement de la prothèse est alors 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.

Du fait du caractère très progressif de la migration du gel en dehors de la prothèse les signes cliniques correspondant à une usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone sont le plus souvent tardifs sous la forme d'une déformation du sein ou bien de l'apparition d'une coque.

Le délai de survenue est imprévisible.

La mammographie numérisée fait le diagnostic d'une telle rupture.

Le caractère tardif des signes cliniques témoignant de l'usure d'une prothèse pré- remplie de gel de silicone rend compte du caractère obligatoire d'une surveillance clinique régulière du sein reconstruit par votre chirurgien.

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 en France depuis janvier 2011, concerne principalement les implants à surface macro-texturée.

Au total il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'un acte médico-chirurgical même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas.

Le recours à un Chirurgien Plasticien qualifié vous assure que celui-ci a la formation et la compétence requises pour savoir limiter le risque de complications, ou les traiter efficacement le cas échéant.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitions 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, ou bien par téléphone, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

REMARQUES PERSONNELLES :