CHANGEMENT D'IMPLANTS MAMMAIRES

Version 2 Janvier 2025

Information délivrée le :

Au bénéfice de :
Nom :
Prénom :

Cachet du Médecin :

Dr BINDER Jean-Philippe
RPPS : 10001514750
dr-binder.fr

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 **un changement d'implants mammaires.**

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, OBJECTIFS ET PRINCIPES

L'augmentation mammaire ou la reconstruction mammaire par prothèses est une chirurgie fréquente, réalisée en France depuis plus de 50 ans.

Les motifs conduisant à un changement d'implant mammaire sont très variés : ancienneté des implants, contracture de la capsule péri-prothétique formée par l'organisme en réaction au corps étranger qu'est l'implant (« coque »), souhait d'un accroissement ou diminution du volume prothétique, changement de loge de l'implant (rétro/pré-pectorale). Certaines patientes ne souhaitent parfois pas de repose d'un implant, estimant qu'une repose accentuera les risques d'une réintervention. Quelles que soient vos questions, votre chirurgien plasticien pourra vous répondre pour vous permettre d'appréhender parfaitement le rapport entre les risques et les bénéfices d'une réimplantation. A la fin de cette fiche sont introduits les actes qui peuvent être proposés par votre chirurgien pour prendre en charge la distension cutanée consécutive à une réduction éventuelle du volume des implants.

Nous rappelons ici les informations concernant les implants mammaires. Les implants actuellement utilisés sont composés d'une enveloppe et d'un produit de remplissage.

L'enveloppe est, dans tous les cas, constituée d'un élastomère de silicone. Cette membrane peut être lisse ou texturée (rugueuse). Certaines prothèses comportaient également un revêtement complémentaire extérieur sur l'enveloppe composé d'une mousse de polyuréthane. Dans de nombreux pays et depuis 2019, en France, les prothèses macro-texturées ou recouvertes de polyuréthane ont été retirées du marché.

Le contenu est le produit de remplissage qui se trouve dans l'enveloppe. Plusieurs contenus sont disponibles

- Le sérum physiologique (eau salée) seul autorisé en France de 1995 à 2001 dont l'innocuité est totale. Elles sont soit pré-remplies en usine, soit gonflées par le chirurgien pendant l'intervention, permettant une certaine adaptation du volume per-opératoire.

- Le silicone, sous forme de gel est le contenu le plus utilisé actuellement, qui assure un sein au palper souple proche d'une consistance naturelle. Cette structure en gel vise à réduire la diffusion du silicone vers les tissus en cas de rupture de l'enveloppe. Les gels sont plus ou moins cohésifs, une cohésivité plus forte visant à limiter la formation de plis (« vagues ») à la surface de l'implant pouvant devenir visibles notamment chez les patientes minces. Plus cette cohésivité est importante et plus l'implant sera ferme au toucher. L'enveloppe en élastomère de silicone autorise un passage limité (« transpiration » du gel ou « perspiration » en anglais) des molécules de silicone à l'extérieur de l'implant, de façon variable selon les marques et les facteurs d'usure. Aucune étude n'a montré que cette diffusion de silicone vers l'organisme pouvait affecter la santé des patientes porteuses d'implants. L'association à la formation d'une contracture de la capsule péri prothétique (appelée « coque ») n'est pas non plus démontrée.

La forme : deux sortes de prothèses

- **Rondes** : aussi volumineuses en haut qu'en bas lorsqu'elles sont à plat. Selon la cohésivité du gel qui

les remplit, très cohésif ou fluide, ces prothèses une fois placées à la verticale garderont une forme ronde ou prendront une forme plus naturelle, avec un segment inférieur plus renflé, respectivement. Les implants au gel très fluide ont l'inconvénient d'occasionner plus de « vagues » à leur pôle supérieur, plus visibles chez des patientes minces avec peu de glande mammaire pour des implants placés devant le muscle pectoral.

- **Anatomiques** : en forme de poire, avec un volume plus important dans la partie basse. Si elles ont la réputation de pouvoir donner un résultat plus naturel, elles exposent à un risque de rotation plus important pouvant provoquer un changement disgracieux de la forme du sein (10 à 14 % selon les études) la partie renflée se retrouvant à la partie haute. Les prothèses anatomiques avec une enveloppe dite « macro texturée » ont été associées à la survenue de lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC).

A noter que l'avènement d'implants remplis de gels moins cohésifs, prenant une forme anatomique mais avec moins de plis (« vagues ») à leur pôle supérieur, vient aujourd'hui remplacer avantageusement les implants anatomiques.

Cette grande variété de formes et de volumes, permet d'optimiser et d'adapter le choix, presque sur mesure, des prothèses en fonction de la morphologie de la patiente et de ses attentes personnelles.

Des évolutions constantes visent à améliorer l'étanchéité et la solidité des parois, le naturel palpatoire et visuel du rendu, la durée de vie et la tolérance des matériaux.

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). Les autorités administratives françaises et le ministère de la santé ont imposé depuis 2016 la mise en place d'un registre national des implants mammaires. Ce registre est anonyme et son objectif est de recenser toutes les prothèses implantées sur le territoire français et assurer ainsi le suivi de l'ensemble des implants ce qui va dans le sens d'une plus grande sécurité pour les patientes.

Evolution & durée de vie

Si certaines patientes conservent leurs implants plusieurs décennies sans modifications majeures, il ne faut pas considérer la mise en place de prothèses mammaires comme quelque chose de définitif « à vie ». Toute patiente porteuse d'implants doit s'attendre à devoir un jour les remplacer avant une potentielle porosité, voire une rupture. Il est difficile d'estimer précisément la « durée de vie » d'un implant laquelle dépend de phénomènes d'usure variables. Les implants de dernière génération progressent en termes de résistance et de fiabilité.

Les implants sont des corps étrangers qui peuvent conduire à la formation d'une coque (réaction à corps étranger excessive). Les implants peuvent être très bien tolérés pendant de nombreuses années, mais dans un objectif de prévention, la recommandation est de les surveiller régulièrement. Le suivi est clinique avec un examen réalisé par le chirurgien, associé éventuellement à une échographie ou une IRM.

En fonction de l'état clinique, un changement peut être à prévoir en cas de rupture ou de fissure de l'enveloppe de la prothèse, ou en cas de détérioration du résultat esthétique. Cette altération du résultat peut être due à une grossesse, une variation de poids ou simplement au vieillissement des tissus mammaires. La réalisation d'une échographie et/ou d'une IRM mammaire permet d'évaluer l'état des implants et d'évaluer l'intérêt de leur changement ou de leur ablation.

En raison d'une distension de la peau du sein au fil des années, il peut être nécessaire dans le cas d'un changement d'en augmenter légèrement le volume pour retrouver le résultat initial (première implantation). Il est cependant possible de garder le même volume ou même de le diminuer avec pour conséquence éventuelle une petite ptose mammaire naturelle.

Dans certains cas, lorsque le sein est ptôsé (tombé), il peut être nécessaire de réaliser « un lifting » du sein (cure de ptôse) afin de retirer l'excédent de peau et remonter l'aréole et le sein. Cette intervention peut être réalisée dans le même temps opératoire ou en deux temps séparés.

Il est parfois nécessaire de libérer (capsulotomie) voire de retirer l'enveloppe si elle s'est transformée en coque (fibrose rétractile). Un prélèvement de l'enveloppe est systématiquement réalisé à des fins d'analyse. De plus, si la prothèse s'avère être une prothèse macro-texturée, une analyse plus poussée à la recherche d'un LAGC sera systématiquement réalisée.

Dans tous les cas, le choix du type de prothèses sera le fruit d'une discussion avec le chirurgien qui vous conseillera sur le choix le plus judicieux dans votre cas.

AVANT L'INTERVENTION

Un interrogatoire suivi d'un examen attentif aura été réalisé par le chirurgien qui prendra en compte tous les paramètres qui font de chaque patiente un cas particulier (taille, poids, grossesses, allaitements, morphologie thoracique et mammaire, qualité de la peau, importance de la graisse et de la glande présente, musculature, taille et volume des prothèses initiales…).

En fonction de ce contexte anatomique, des préférences

et des habitudes du chirurgien, et des désirs exprimés par la patiente, une stratégie opératoire sera convenue.

Seront ainsi pré-déterminés l'emplacement des cicatrices, le type et la taille des nouveaux implants, une capsulotomie ou capsulectomie, ainsi que leur changement de position ou non (changement de loge possible dans certains cas).
Un bilan sanguin pré opératoire sera réalisé conformément aux prescriptions. Le médecin- anesthésiste sera vu en consultation, au plus tard 48 heures avant l'intervention. Un bilan radiologique du sein est prescrit (mammographie, échographie, IRM si besoin).

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 être aussi à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec l'acte 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 et un mois 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 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.

Aucun médicament contenant de l'aspirine ou des AINS ne devra être pris dans les dix jours précédant l'opération. On vous demandera probablement de rester à jeun (ne rien manger ni boire) six heures avant l'intervention.

● *TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION*

Type d'anesthésie : il s'agit le plus souvent d'une anesthésie générale, durant laquelle vous dormez complètement. Dans de rares cas, une anesthésie « vigile » par sédation (anesthésie locale approfondie par des tranquillisants administrés par voie intraveineuse) pourra être utilisée (à discuter avec le chirurgien et l'anesthésiste).

Modalités d'hospitalisation : l'intervention justifie habituellement une hospitalisation d'une journée. L'entrée s'effectue alors le matin et la sortie le soir même après quelques heures de surveillance. Une hospitalisation plus longue peut être envisagée notamment en cas de capsulectomie, en cas d'intervention dans l'après-midi, ou si vous ne remplissez pas les critères d'une hospitalisation ambulatoire.

● *L'INTERVENTION*

Chaque chirurgien adopte une technique qui lui est propre et qu'il adapte à chaque cas pour obtenir les meilleurs résultats. Toutefois, on peut retenir des principes de base communs :

Incision cutanée : il existe plusieurs « voies d'abord » possibles, sachant que la cicatrice initiale peut être reprise, ou que le chirurgien peut en créer une nouvelle :

- Voie aréolaire : avec incision de la circonférence de l'aréole, ou ouverture horizontale contournant le mamelon par-dessous.

- Voie axillaire : avec incision sous le bras dans l'aisselle.

- Voie sous mammaire : avec incision placée dans le sillon sous le sein.

- Des cicatrices péri aréolaire, verticale, horizontales ou en T inversées peuvent être réalisées en cas de cure de ptose associée.

Ablation de la prothèse initiale : en passant par les incisions, les implants vont être retirés et analysés : forme, taille, intégrité.

En cas de rupture d'implant, un lavage de la loge est systématiquement réalisé afin d'enlever le silicone qui pourrait s'y trouver. De plus, une déclaration est réalisée.

En cas d'absence de rupture, les prothèses sont explantées et aucune déclaration n'est réalisée.

Si la patiente souhaite récupérer ses prothèses, elle doit en faire la demande avant l'intervention.

Actes sur l'enveloppe ou capsule

Le chirurgien analyse l'intégrité de la capsule, son épaisseur et sa consistance. Plusieurs solutions sont possibles :

- La capsule est de bonne qualité et un petit fragment sera prélevé pour analyse.

- La capsule doit être assouplie et un acte de libération ou capsulotomie sera réalisé.

- La capsule est « pathologique » et doit être enlevée : un acte d'exérèse ou capsulectomie partielle ou totale sera alors réalisé avec envoi systématique en analyse. Cet acte d'exérèse entraine des saignements et des douleurs, avec souvent la mise en place de drains et rien ne garantit l'absence de récidive d'une capsule pathologique. Le chirurgien peut programmer en avance la capsulectomie, dans le cadre d'une discussion lors de la consultation pré- opératoire, ou prendre la décision pendant l'intervention si l'état de la capsule le nécessite.

- Un acte peut s'avérer nécessaire sur la capsule afin d'améliorer la loge, avec une nécessité de stabilisation de la zone pendant 3 mois post opératoires.

Changement de loge : Deux positionnements d'implants sont possibles :

- Pré musculaire : les prothèses sont placées directement derrière la glande, en avant des muscles pectoraux

- Rétro musculaire : les prothèses sont placées plus profondément, en arrière des muscles pectoraux.

En cas de coque ou de nécessité liées à une couverture cutanée trop mince, un changement de loge musculaire peut être décidé lors de la consultation pré-opératoire ou pendant la chirurgie, si cet acte s'impose.

Actes complémentaires :

En cas de ptôse mammaire associée (seins tombants, aréoles basses), il peut être souhaitable de réduire l'enveloppe cutanée du sein afin de le faire remonter, on parle alors de « mastopexie ». Cette résection de peau peut se traduire alors par des cicatrices plus importantes (autour de l'aréole, verticale, horizontale dans le sillon sous-mammaire).

En cas d'épaisseur de couverture tissulaire trop faible, une injection de graisse peut être réalisée afin d'améliorer les contours de l'implant, notamment au niveau des pôles supérieurs et latéraux.

Drains et pansements

Un drain peut être mis en place en fonction des habitudes du chirurgien et des conditions locales, en particulier en cas de capsulectomie. Il s'agit d'un dispositif (petit tuyau) destiné à évacuer le sang qui pourrait s'accumuler autour des prothèses.

En fin d'intervention, un pansement modelant est réalisé avec un bandage élastique ou un soutien-gorge compressif peut vous être posé.

En fonction du chirurgien, de la voie d'abord, et de la nécessité éventuelle d'actes complémentaires associés, l'intervention peut durer d'une heure à deux heures trente.

APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires peuvent parfois être douloureuses les premiers jours, notamment lorsque les implants sont de gros volume et si une capsulectomie a été réalisée. Un traitement antalgique adapté à l'intensité des douleurs sera prescrit pendant quelques jours. Dans le meilleur des cas, la patiente ressentira une sensation de tension.

Œdème (gonflement), ecchymoses (bleus) et gêne à l'élévation des bras sont fréquents, les premiers temps.

Le premier pansement est retiré après quelques jours et sera remplacé par un pansement plus léger. Un soutien-gorge peut être recommandé nuit et jour pendant quelques semaines.

La plupart du temps, les fils de suture sont internes et résorbables. Dans le cas contraire, ils seront retirés au bout de quelques jours.

Il convient d'envisager une convalescence avec interruption d'activité d'une durée de trois à dix jours.

Il est conseillé d'attendre un à deux mois pour reprendre une activité sportive.

Un assouplissement quotidien de la poitrine est recommandé, et ce à vie, afin d'entretenir une enveloppe ou capsule souple, et éviter sa rétractation (coque).

LE RÉSULTAT

Un délai de trois à six mois est nécessaire pour apprécier le résultat définitif. C'est le temps nécessaire pour que les seins aient retrouvé toute leur souplesse et que les prothèses soient stabilisées.

L'intervention aura permis une amélioration du volume et de la forme de la poitrine. Les cicatrices sont habituellement très discrètes. Le gain de volume mammaire peut avoir une répercussion sur la silhouette globale.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une amélioration et/ou d'éviter une détérioration de la poitrine. Il ne s'agit, en aucun cas, d'atteindre une perfection.

Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

Le volume des seins sera stable à long terme, exception faite de la survenue d'une variation importante de poids ou d'une grossesse.

En ce qui concerne la forme et la « tenue », les seins subiront, comme lors de la première intervention, les effets de la pesanteur et du vieillissement, avec une rapidité variable en fonction de l'âge, des qualités de soutien de la peau mais aussi du volume des implants.

En cas de coque initiale, le risque de récidive est important et peut survenir à n'importe quel moment après le changement.

● *LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT*

Certaines imperfections peuvent se rencontrer occasionnellement :

- Une asymétrie de volume résiduelle, incomplètement corrigée malgré des implants de taille différente
- Une fermeté un peu trop grande avec souplesse et mobilité jugées insuffisantes (surtout avec de gros implants)
- Un aspect artificiel, notamment chez les patientes minces, avec une trop grande visibilité des bords de la prothèse, en particulier dans les segments inférieurs et externes.
- La perceptibilité au toucher des implants est toujours possible, surtout quand l'épaisseur de la couverture tissulaire (peau + graisse + glande) recouvrant la prothèse est faible. Cette palpation directe de la prothèse, voire des plis, est plus fréquente chez les patientes minces, avec des implants de gros volumes, remplis de sérum physiologique et en position pré- pectorale.
- L'aggravation d'une ptôse mammaire peut être observée, surtout en cas d'utilisation de volumineux implants.
- En cas d'insatisfaction, certaines de ces imperfections pourront éventuellement bénéficier d'une correction chirurgicale après quelques mois.

● *QUESTIONS DIVERSES*

Grossesse/allaitement

Après une mise en place de prothèses mammaires, une grossesse est envisageable sans aucun danger, ni pour la patiente ni pour l'enfant, mais il est recommandé d'attendre au moins six mois après l'intervention. Pour ce qui concerne l'allaitement, il n'est pas non plus dangereux et reste possible dans la plupart des cas, en particulier en cas de position rétro-pectorale de l'implant.

Maladies auto-immunes

Les très nombreux travaux scientifiques internationaux réalisés à grande échelle sur ce sujet ont unanimement apporté la preuve qu'il n'y a pas plus de risque de survenue de ce type de maladies rares chez les patientes porteuses d'implants, en particulier en silicone, que dans la population féminine générale. Cependant, une maladie pré-existante ou existante peut augmenter le risque de coques.

Prothèses et cancer

- Jusqu'à récemment, l'état de la science laissait à penser que l'implantation de prothèses mammaires, y compris en silicone, n'augmentait pas le risque de survenue d'un cancer du sein. C'est effectivement toujours le cas pour les cancers du sein, de loin les plus fréquents (adénocarcinomes), dont l'incidence n'est pas augmentée par la mise en place d'une prothèse mammaire.

Cependant, dans le cadre du dépistage du cancer après implantation, l'examen clinique et la palpation peuvent être perturbés, surtout en cas de coque péri-prothétique ou de siliconome. De même, la présence des implants peut gêner la réalisation et l'interprétation des mammographies de dépistage à faire régulièrement. Il faut donc systématiquement préciser que vous êtes porteuse d'implants mammaires. Ainsi, certaines techniques radiologiques spécialisées (incidences particulières, images numérisées, échographie, IRM, etc.) pourront être utilisées en fonction des cas. Par ailleurs, en cas de doute diagnostique sur un cancer du sein, il faut savoir que la présence de prothèse peut requérir une exploration plus invasive pour obtenir une certitude diagnostique.

- Le Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules (LAGC) associé aux implants mammaires (LAGC-AIM) est une entité clinique très exceptionnelle qui est observée en France depuis janvier 2011. Cette entité concerne principalement les implants à surface macro-texturée et a justifié le retrait du marché de ces implants en 2019. On recherche cette pathologie en cas de signe clinique avéré (épanchement péri-prothétique récidivant, rougeur du sein, augmentation de volume du sein, masse perceptible). Un bilan sénologique précis doit alors être réalisé afin de préciser la nature de la lésion. 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.

- Le carcinome spinocellulaire intracapsulaire est une entité très exceptionnelle (seulement quelques cas publiés dans le monde). Il survient, dans les observations

publiées, sur des cas complexes ayant nécessité plusieurs interventions et plusieurs changements de prothèses.

Surveillance

Il est essentiel de se soumettre aux visites de contrôle prévues par votre chirurgie dans les semaines puis les mois qui suivent l'implantation. Ultérieurement, la présence des implants ne soustrait pas à la surveillance médicale habituelle (suivi gynécologique et dépistage du cancer du sein), même si elle ne nécessite pas de faire réaliser des examens en plus de ceux liés à cette surveillance. Il est pour autant indispensable de spécifier aux différents médecins intervenants que vous êtes porteuse de prothèses mammaires.

Une consultation de surveillance, spécifique aux implants, auprès de votre chirurgien plasticien est conseillée tous les uns à deux ans, mais en dehors de ce suivi, il est surtout fondamental de venir consulter dès qu'une modification de l'un ou des deux seins est détectée ou après un traumatisme violent.

L'échographie mammaire et plus récemment l'IRM sont des examens non irradiants et très performants pour juger de l'intégrité de la prothèse. Une échographie doit être réalisée au moindre doute clinique. Le changement d'implant n'est envisagé de façon précoce qu'en cas d'anomalie clinique ou radiologique ou encore à la demande de la patiente.

● *LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES*

Une augmentation mammaire par prothèses, bien que réalisée pour des motivations essentiellement esthétiques, n'en reste pas moins une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte médical, aussi minime soit-il.

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

Il convient de distinguer les complications liées à l'anesthésie et celles liées à l'acte chirurgical.

Complications liées à l'anesthésie

Lors de la consultation pré-opératoire obligatoire, le médecin anesthésiste informera lui-même la patiente des risques anesthésiques. Il faut savoir que l'anesthésie, quelle qu'elle soit, induit dans l'organisme des réactions parfois imprévisibles et plus ou moins faciles à maitriser.

Toutefois, en ayant recours à un anesthésiste-réanimateur compétent, exerçant dans un contexte chirurgical, les risques encourus sont devenus statistiquement très faibles. Il faut en effet garder à l'esprit que les techniques, les produits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces trente dernières années, offrant une sécurité optimale, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence et chez une personne en bonne santé.

Complications liées à la chirurgie

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. En pratique, la grande majorité des augmentations mammaires réalisées dans les règles se passent sans aucun problème, les suites opératoires sont simples et les patientes sont pleinement satisfaites de leur résultat. Pourtant, parfois, des complications peuvent survenir au décours de l'intervention, certaines inhérentes à l'acte chirurgical mammaire et d'autres spécifiquement liées aux implants.

Complications inhérentes à l'acte chirurgical mammaire

- **Hématome** : l'accumulation de sang autour de la prothèse est une complication précoce pouvant survenir au cours des premières heures. S'il est important, une reprise au bloc opératoire est alors préférable afin d'évacuer le sang et de stopper le saignement à son origine.

- **Epanchement séreux** : une accumulation de liquide lymphatique autour de la prothèse est un phénomène assez fréquent dans les suites opératoires immédiates. Il est souvent associé à un œdème. Il se traduit par une augmentation de volume transitoire et disparait spontanément et progressivement. En cas de persistance ou d'apparition à distance, un sérome doit impérativement vous amener à consulter votre chirurgien. Il est nécessaire de noter que le taux de sérome est plus élevé dans les changements l'implants que lors de la primo-implantation.

- **Infection** : rare après ce type de chirurgie, elle ne peut pas être résolue par une traitement antibiotique seul et impose une reprise chirurgicale pour ablation de l'implant et drainage. Un nouvel implant sera remis en place au bout de quelques mois. On peut citer d'autres formes d'infections :

  - Infection tardive à bas bruit : il s'agit d'une infection avec peu de symptômes pouvant survenir plusieurs années après l'implantation

  - Micro-abcès : plus fréquents, ils se développent sur un point de suture et se résorbent rapidement après ablation du fil incriminé et soins locaux

  - Choc toxique staphylococcique : rarissime syndrome infectieux généralisé

  - Infection sur implant lié à un sepsis : en cas d'infection d'une autre partie du corps (appendicite par exemple), si la bactérie passe dans le sang (septicémie), elle peut contaminer l'implant mammaire.

- **Nécrose cutanée** : elle est consécutive à un manque d'oxygénation tissulaire dû à une insuffisance d'apport sanguin localisé, qui peut être favorisé par une tension excessive, un hématome, une infection ou un tabagisme important chez la patiente. Il s'agit d'une complication très rare mais redoutée, car à l'extrême elle peut localement mettre à nu la prothèse, notamment par une désunion des sutures. Une reprise chirurgicale s'impose souvent, avec parfois la nécessité de retirer provisoirement l'implant.

- **Anomalies de cicatrisation** : le processus de cicatrisation mettant en jeu des phénomènes assez aléatoires, il arrive parfois que les cicatrices ne soient pas, à terme, aussi discrètes qu'escompté, pouvant alors prendre des aspects très variables : élargies, rétractiles, adhérentes, hyper ou hypopigmentées, hypertrophiques (boursoufflées), voire exceptionnellement chéloïdes.

- **Altération de la sensibilité** : elles sont fréquentes les premiers mois mais finissent, la plupart du temps, par régresser. Rarement toutefois, un certain degré de dysesthésies (diminution ou exagération de la sensibilité au toucher) peut persister, en particulier au niveau de l'aréole et du mamelon.

- **Galactorrhée/épanchement lacté** : il a été rapporté de très rares cas de stimulation hormonale post-opératoire inexpliquée, se traduisant par une sécrétion de lait « galactorrhée », avec parfois une collection du liquide autour de la prothèse.

- **Pneumothorax** : rare, il bénéficiera d'un traitement spécifique.

Complications spécifiques aux implants mammaires

- **Formation de « plis » ou aspect de « vagues »** : les implants étant souples, il est possible que leur enveloppe se plisse et que ces plis soient perceptibles au toucher, voire même visibles sous la peau dans certaines positions, donnant alors un aspect de vagues. Ce phénomène, un peu plus fréquent avec les sérums physiologiques qu'avec le gel de silicone, survient surtout chez les patientes minces. Une intervention avec injection de graisse peut parfois être proposée. Elle consiste à apposer une fine couche de graisse sous la peau du sein afin de « camoufler » l'implant.

- **Coques :** la réaction physiologique normale et constante de l'organisme humain en présence d'un corps étranger, est de l'isoler des tissus environnants en constituant une membrane hermétique qui va entourer l'implant et qu'on appelle « capsule péri prothétique ». Normalement, cette membrane est fine, souple et imperceptible, mais il arrive que la réaction s'amplifie et que la capsule s'épaississe, devienne fibreuse et se rétracte en comprimant l'implant, prenant alors le nom de « coque ». Selon l'intensité du phénomène, il peut en résulte : un simple raffermissement du sein, une constriction parfois gênante, voire une déformation visible avec globulisation de la prothèse aboutissant à l'extrême à une sphère dure, douloureuse, plus ou moins excentrée.
Cette fibrose rétractile est parfois secondaire à un hématome ou une infection, mais la plupart du temps sa survenue reste imprévisible, résultant de réactions organiques aléatoires. Cependant, il est important de noter que par son activité pro-inflammatoire, le tabac serait à l'origine de nombreuses coques.
De gros progrès ont été réalisés ces dernières années en matière de techniques chirurgicales, mais surtout de conception et de constitution des implants (gel cohésif, texture de la paroi), aboutissant à une diminution très sensible du taux de coques et de leur intensité. Le cas échéant, la ré-intervention peut corriger une telle « contracture » par section de la capsule « capsulotomie ». Les prothèses recouvertes de polyuréthane, qui pouvaient être une solution en cas de coque récidivante ne sont plus mises sur le marché en France actuellement.

- **Rupture** : les implants ne peuvent pas être considérés comme définitifs avec une durée de vie variable. Une perte d'étanchéité de l'enveloppe peut donc survenir à terme. Il peut s'agir d'une simple porosité, d'ouvertures punctiformes, de microfissurations, voire de véritables brèches. Cela peut être, très rarement, la conséquence d'un traumatisme violent ou d'une piqure accidentelle et, beaucoup plus souvent, le résultat d'une usure progressive de la paroi due à l'ancienneté.
Dans tous les cas, il en résulte une issue possible du produit de remplissage de la prothèse avec des conséquences différentes selon la nature du contenu :
  - Avec le sérum physiologique ou l'hydrogel résorbable, on assiste à un dégonflement partiel ou total, rapide ou lent ;
  - Avec le gel de silicone (non résorbable), celui-ci va rester « contenu » au sein de la membrane qui isole la prothèse.
Cela peut alors favoriser l'apparition d'une coque mais peut également rester sans conséquence et passer totalement inaperçu. Dans certains cas devenus beaucoup plus rares (notamment du fait de la plus grande « cohésivité » des gels actuels), on peut toutefois assister à une pénétration progressive du gel dans les tissus environnants (siliconome).

- **Malposition, déplacement** : un mauvais positionnement ou le déplacement secondaire des implants, affectant alors la forme de la poitrine, peuvent parfois justifier une correction chirurgicale. Les malpositions sont plus fréquentes dans les changements d'implants que dans la primo-implantation.

- Rotation - Retournement : bien que relativement rare en pratique, le pivotement d'une prothèse « anatomique » ou le retournement (recto/verso) d'un implant reste théoriquement possible et peut affecter le résultat esthétique.

- Déformation de la paroi thoracique : dans de rares cas, des prothèses avec coques fibreuses, laissées longtemps en place, peuvent « s'imprimer » dans les tissus, laissant lors de leur ablation une déformation de la paroi délicate à corriger.

- Sérome tardif péri-prothétique : dans de très rares cas, une accumulation liquidienne peut survenir tardivement autour de la prothèse. Un tél 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 spécialisé pour réaliser une ponction sous échographie à fin d'analyses. En cas de masse mammaire ou d'épanchement récidivant, une exploration chirurgicale permettra une analyse histologique de la capsule péri-prothétique afin d'éliminer un exceptionnel LAGC-AIM, ou une pathologie intracapsulaire encore plus exceptionnelle comme le carcinome spinocellulaire intracapsulaire.

- Syndrome ASIA

Le syndrome Asia (Syndrome Auto-Immune/Auto-Inflammatoire induit par les Adjuvants) est un syndrome rare, caractérisé par des symptômes généraux, variés et diffus, sans étiologie, précise connue. Certaines patientes, porteuses de prothèses mammaires, ont naturellement attribué ce syndrome aux prothèses afin de trouver une explication à leurs maux et symptômes. Aucune preuve scientifique n'a été apportée quant à un lien précis entre les prothèses mammaires et la survenue de ce syndrome. Il pourrait s'agir d'une coïncidence de la survenue d'un syndrome type fibromyalgique chez des patientes porteuses de prothèses mammaires.

REGISTRE DE SUIVI RELATIF AUX IMPLANTS MAMMAIRES

Pour renforcer votre sécurité les références des prothèses mammaires qui sont implantées par votre chirurgien seront inscrites sur un registre anonymisé et sécurisé.
Seuls les médecins qui vous soignent auront accès à ces informations en faisant une demande auprès de notre société savante et elle seule.
Le but est de retrouver à tout moment les références de vos prothèses et vous contacter en cas d'implant défectueux ainsi que de réaliser une vigilance en temps réel.

Au total il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'une intervention chirurgicale, 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 éviter les 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 :