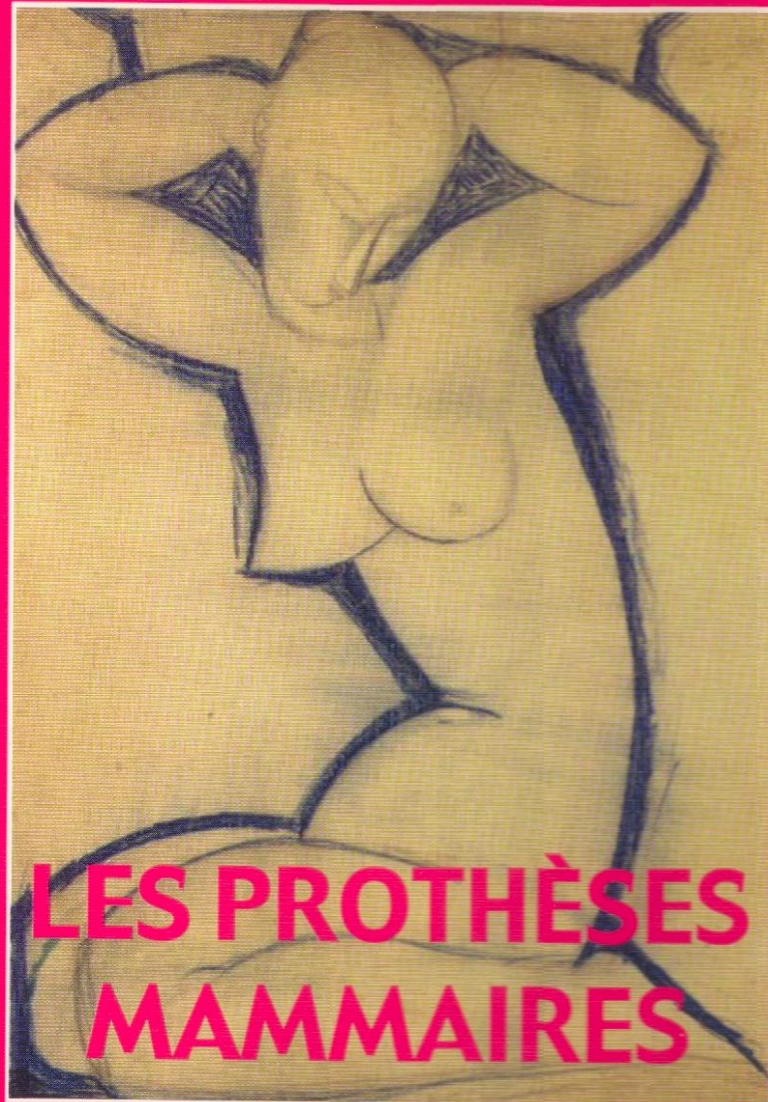


Docteur Laurent BENADIBA

Femmes en questions



LES PROTHÈSES MAMMAIRES



ÉDITIONS ESTEM



L'AUTEUR :

Après une formation de plus de 14 ans dans les plus grands hôpitaux Parisiens, le Dr Benadiba partage son activité entre Paris au sein de son cabinet privé depuis 2001 et à Genève, où il consulte dans un plus prestigieux Centre esthétique de Suisse.

En plus de son activité médicale dédiée à satisfaire aux demandes de ses patients, le Dr BENADIBA consacre beaucoup de temps comme Enseignant à l'Université en Médecine Esthétique (Diplôme DUTIC et DUMEG), en tant que médecin-formateur pour divers laboratoires médicaux ou en tant qu'orateur / conférencier dans de nombreux congrès Français et Internationaux.

Le Dr BENADIBA est spécialiste des implants mammaires depuis 2001, Il a réalisé une thèse sur les complications à long terme et le livret de la Ligue Contre le cancer sur la reconstruction du sein. Il a rédigé ce petit livret pour le grand public et vous l'offre gracieusement à titre d'information.

Bonne lecture.....

Avant-propos

Cet ouvrage regroupe les réponses à vos questions sur les implants mammaires sous forme de questions-réponses simples.

Le but de cet ouvrage est de vous informer et de vous guider, que vous soyez désireuses d'implants mammaires dans un but esthétique ou dans le cas d'une reconstruction mammaire après cancer. Ainsi mieux informer vous pourrez plus facilement prendre votre décision.

Dr Laurent BENADIBA

Des seins qui pointent
Telle une armée vagabonde
Qui défie tous les plaisirs
Montagnes rondes
En poire ou en pics
Sommet de tendresse
C'est là que se promènent
Les mains, les bouches
Que les caresses fondent
Que naissent les désirs.

S O M M A I R E

CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR LES PROTHESES MAMMAIRES . 8

1. Qu'est ce qu'une prothèse mammaire ?.....	9
2. Histoire des prothèses mammaires :	10
3. Quels types d'implants existent-il aujourd'hui et quels sont les matériaux utilisés ?	11
4. Quels sont les bénéfices psychologiques des prothèses mammaires ?..	13
5. Quels sont les bénéfices physiques des prothèses mammaires ?	14
6. A quel âge peut-on poser une prothèse mammaire ?	15
7. Peut-on choisir la taille des prothèses ?.....	16
8. Quelles sont les prothèses autorisées en France ?.....	17
9. Quelles sont les prothèses autorisées aux Etats-unis et en Europe ?....	18
10. Y a-t-il des implants plus sûrs que d'autres sur le plan médical ?	19
11. La silicone est-elle dangereuse pour la santé ?	20

L'INTERVENTION..... 22

14. Comment est posée une prothèse mammaire ?.....	23
15. Quelle est la durée moyenne de l'intervention ?.....	27
16. Est-ce que cette intervention est douloureuse ?.....	27
17. Au bout de combien de temps peut on reprendre une activité professionnelle ?	28
18. Au bout de combien de temps peut on reprendre une activité sportive ?	28
19. Au bout de combien de temps peut-on reconstruire l'aréole et le mamelon ?.....	29
20. Quel est le taux de satisfaction des femmes ayant des implants mammaires ?.....	30

INCONVENIENTS ET RISQUES DES PROTHESES MAMMAIRES 37

21. Quelles sont les complications liées à l'intervention ?.....	38
22. Quels sont les inconvénients associés aux prothèses mammaires ? Quelle est leur fréquence ?	39
23. Quels sont les effets des implants sur la sensibilité du sein ?	40
24. Est-ce que mon partenaire peut sentir mes prothèses ?	40
25. Y a-t-il un risque en cas de grossesse ?.....	41

26. Peut-on allaiter avec des prothèses mammaires ?	41
27. Y a-t-il un risque à allaiter chez les femmes porteuses d'implants mammaires ?	41
28. Y a-t-il une différence de résultat esthétique entre un implant gonflable et un implant en gel de silicone ?	42
29. Y a-t-il un risque de déplacement de la prothèse ?	42
30. Qu'est-ce qu'une asymétrie ?	43
31. Y a-t-il une interférence entre les implants mammaires et la mammographie ?	45
32. Une femme porteuse d'implants nécessite-t-elle des mammographies plus fréquentes ?	45
33. Existe-t-il un risque de « rejet » de la prothèse ?	45
34. Peut-on retirer facilement un implant ?	46
35. Y a-t-il un risque de cancer avec les prothèses mammaires ?	46
36. Qu'est-ce que la « contracture capsulaire » ? Est-ce un risque important pour une femme porteuse d'implants mammaires ?	48
37. Peut-on éviter ou limiter l'apparition d'une contracture capsulaire ?	50
38. Quels sont les risques pour une femme d'avoir une « coque » ?	51
39. Y a-t-il un risque avec les implants recouverts de polyuréthane ?	51
40. A quoi correspondent les vagues ou plis de la prothèse ?	52
41. Qu'est-ce que le « bleeding » ?	52
42. Qu'est-ce que la rupture d'une prothèse ?	53
43. Quelle est le pourcentage de rupture des prothèses ?	53
44. Existe-t-il des facteurs favorisant la rupture ?	53
45. Quels sont les risques d'une rupture ?	54
46. Qu'est-ce que le dégonflement d'une prothèse ?	54
47. Quelle est le pourcentage de dégonflement des prothèses ?	55
48. Existe-t-il des facteurs favorisant le dégonflement ?	56
49. Comment une rupture ou un dégonflement de prothèse se manifeste-t-il ?	56
50. Quelles est la résistance d'une prothèse mammaire ?	57
51. Existe-t-il un risque de rupture lors d'une mammographie ?	57
52. Que faire en cas de rupture de l'implant en silicone ?	58
53. Qu'est-ce que des calcifications ?	58
54. Qu'est-ce qu'une maladie auto-immune ?	58
55. Est-ce qu'un implant mammaire peut déclencher une maladie auto-immune ?	59
56. Quelle surveillance faut-il instituer après une implantation mammaire ?	60

QUESTIONS PRATIQUES..... 61

57. Quel est le coût moyen de cette intervention ?	62
58. Qui paye l'intervention en cas de changement d'implant ?	62
59. Doit-on remplacer un implant mammaire ? Au bout de combien de temps ?	63
60. Existe-t-il des signes « d'usure » d'un implant ?	63

61.	Qu'est-ce qu'un consentement éclairé ?	64
62.	Un devis est-il obligatoire ?	64
63.	Quels documents doit obtenir la patiente après l'intervention ?	64
64.	Pourquoi certaines femmes sont-elles contre la reconstruction par implants mammaires ?	65
65.	Existe-t-il d'autres méthodes de reconstruction du sein après cancer ?	65
66.	Comment choisir son chirurgien ?	67
67.	Qu'est-ce qu'un chirurgien plasticien ?	67
68.	Où trouver d'autres informations sur les prothèses mammaires ?	68

INDEX	69
--------------------	-----------

LEXIQUE.....	72
---------------------	-----------

Ce qu'il faut savoir sur les prothèses mammaires

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 rotation pour les implants dits Anatomiques.

Actuellement la texturation n'est plus autorisée car est suspecté un risque d'induire des cancers très rares (LAGC).



Prothèse pré-remplie de gel de silicone à paroi lisse

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 grasseuse) prélevé dans la région lombaire.

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

les injections dans ou derrière le sein (intra ou rétro-mammaires) de différentes substances (silicone liquide, microbille...),

les transplants graisseux ou dermo-graisseux,

les prothèses mammaires.

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 arrière 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 directes dans le sein par un sac de silicone dans lequel on injecte 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 pirolidone 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 autofermante. Aujourd'hui cette valve est encore utilisée pour les prothèses gonflables.

Dans les années '70 les plasticiens disposaient essentiellement de deux 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.

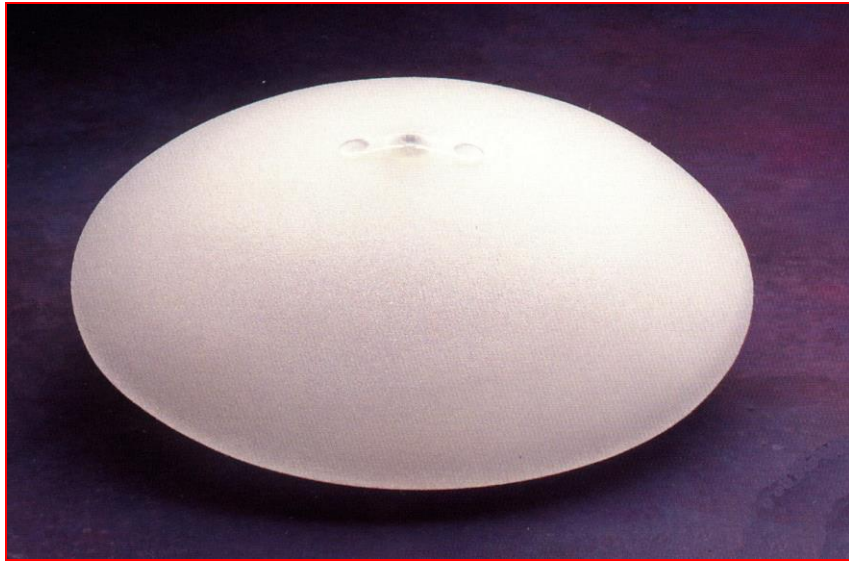
L'implant est dit **pré-rempli** lorsque le produit de remplissage a été incorporé en usine (gel de silicone ou sérum physiologique), son volume est donc fixé par le fabricant.

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.



Implant gonflable texturé rond



Implant gonflable texturé anatomique

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'absence, l'insuffisance de développement d'un ou des deux seins chez certaines femmes.

En chirurgie reconstructrice, après l'ablation d'un sein, la prothèse permet de corriger l'asymétrie de la poitrine.

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.

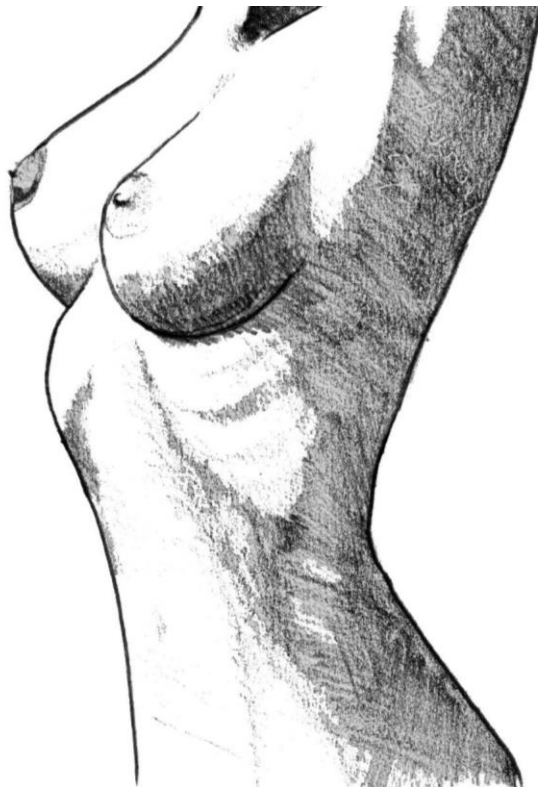
Chez les mineurs, il est possible d'intervenir avec l'accord des parents et du gynécologue.

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. C'est un élément primordial dans cette intervention. Il faut s'aider de test avec des implants devant un miroir, des exemples de patientes et de photos de magazine pour préciser le volume mammaire désiré.

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, seuls les implants **RONDS remplis de sérum physiologique ou de gel de silicone** sont autorisés. L'utilisation des autres types d'implants, en particulier Texturés a été interdite dans l'attente de plus amples informations scientifiques sur leur innocuité dans les Lymphomes du sein : LGAC

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. Une clause, dite de « sauvegarde » permet actuellement à la France de limiter le type d'implants utilisables sur son territoire.

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

Aux Etats-Unis il est à nouveau 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 .

L'intervention

12. Comment est posée une prothèse mammaire ?

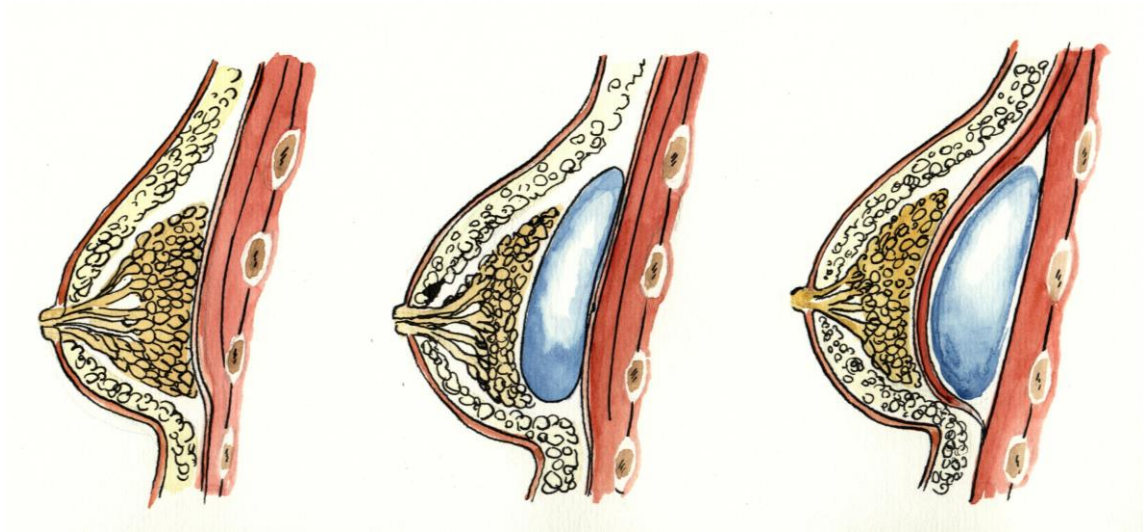
Un implant mammaire s'insère soit sous la **glande** (position rétro-glandulaire), soit sous le **muscle Grand pectoral** (position rétro-pectorale) (*figure 1*).

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 avec 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 (*figure 2*). 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 (*figure 3*) et la prothèse est placée derrière le muscle grand pectoral (*figure 4*).

Figure 1



**Position de l'implant en chirurgie esthétique :
rétro-glandulaire ou rétro-pectorale**

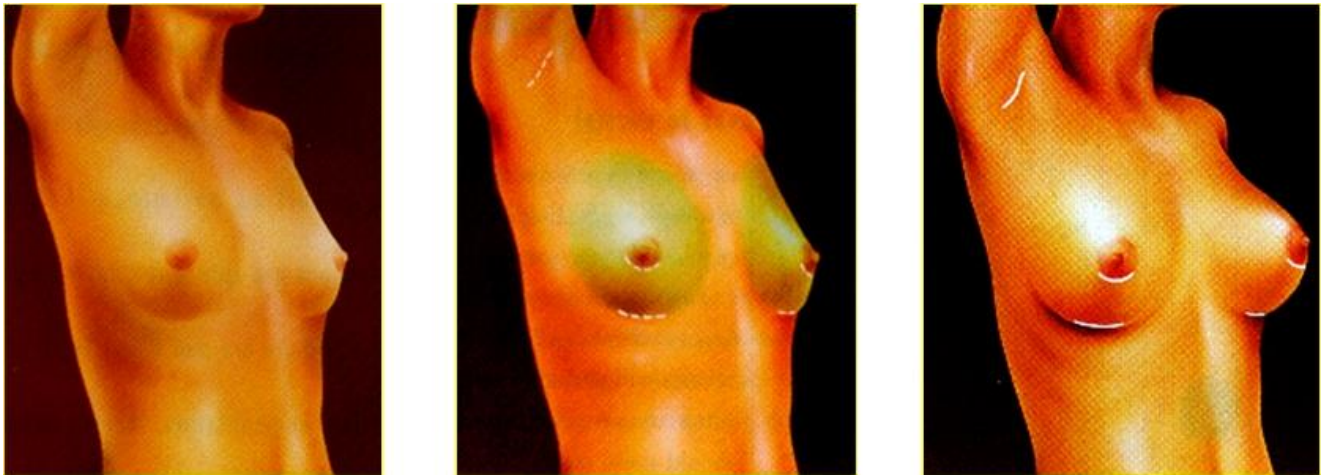


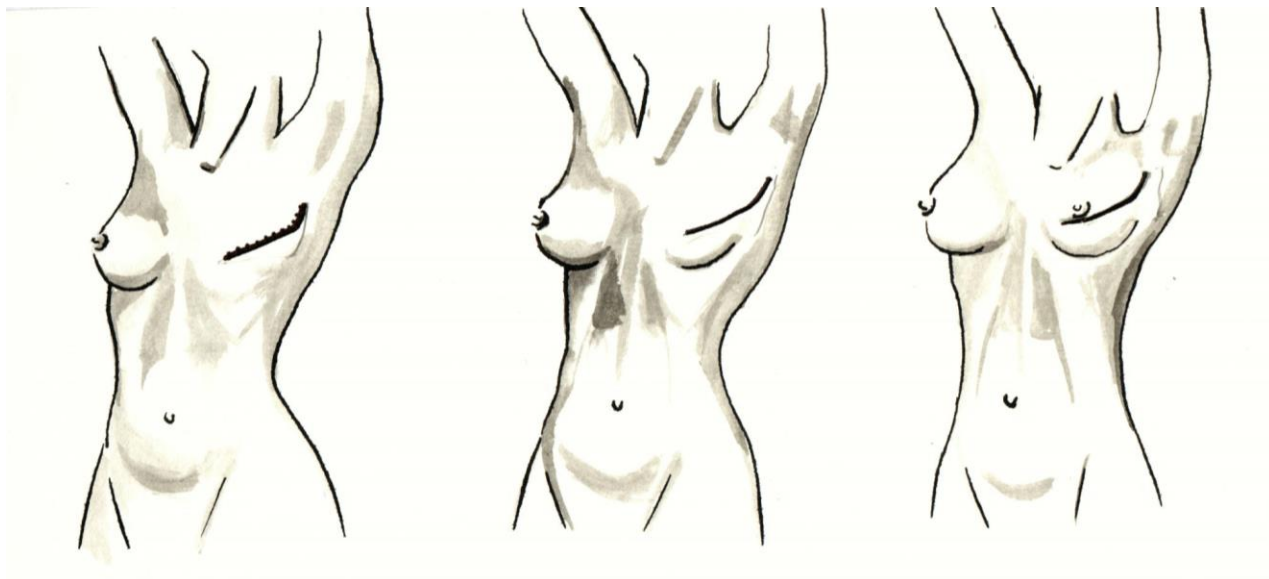
Figure 2

**Voies d'abord pour la mise en place de
l'implant en chirurgie esthétique**



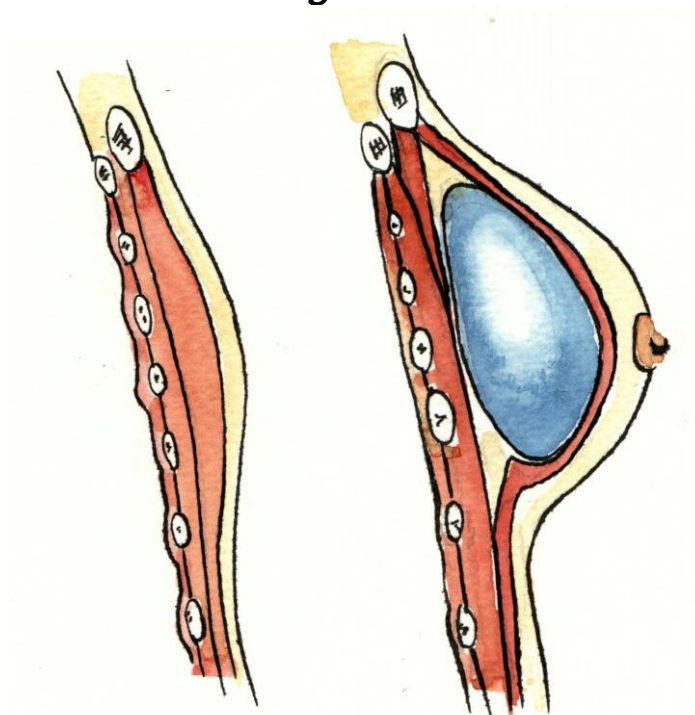
Areolar Scar

Figure 3



Etapes de la reconstruction du sein par prothèse mammaire

Figure 4



**Position rétro-pectorale de la prothèse
en reconstruction du sein**

13. 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 réalisée sous anesthésie générale.

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).

14. 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 plus douloureuses et nécessitent l'utilisation d'antalgiques pendant quelques jours.

Toutefois, il faut rassurer les patientes car ce n'est pas obligatoire d'avoir mal, il faut prévenir la douleur par une technique non agressive, une libération du muscle avec douceur.

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

Il faut compter environ 24 heures d'hospitalisation et 8 jours d'arrêt de travail avec une limitation dans la vie quotidienne (port de charge lourde, conduite automobile, pratique de sports). Bien sur cela est adapté en fonction de la profession. Un travail sédentaire pouvant être repris au bout de 5 jours.

16. 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 tous les sports sollicitant les muscles pectoraux :

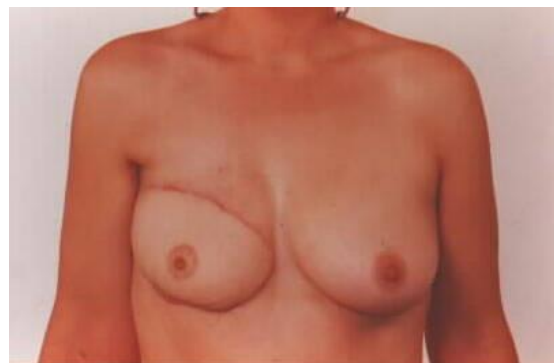
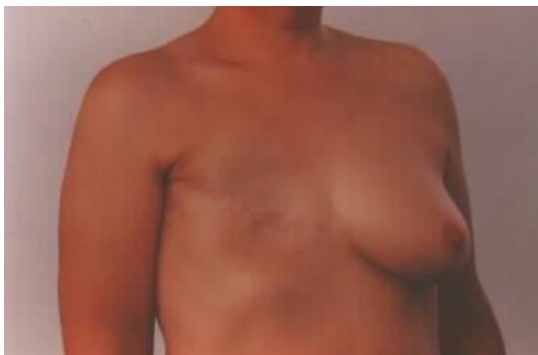
- natation,
- équitation,
- tennis,
- gymnastique, ...etc.

17. Au bout de combien de temps peut-on reconstruire l'aréole et le mamelon ?

Il est préférable d'attendre 3 à 6 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.



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.

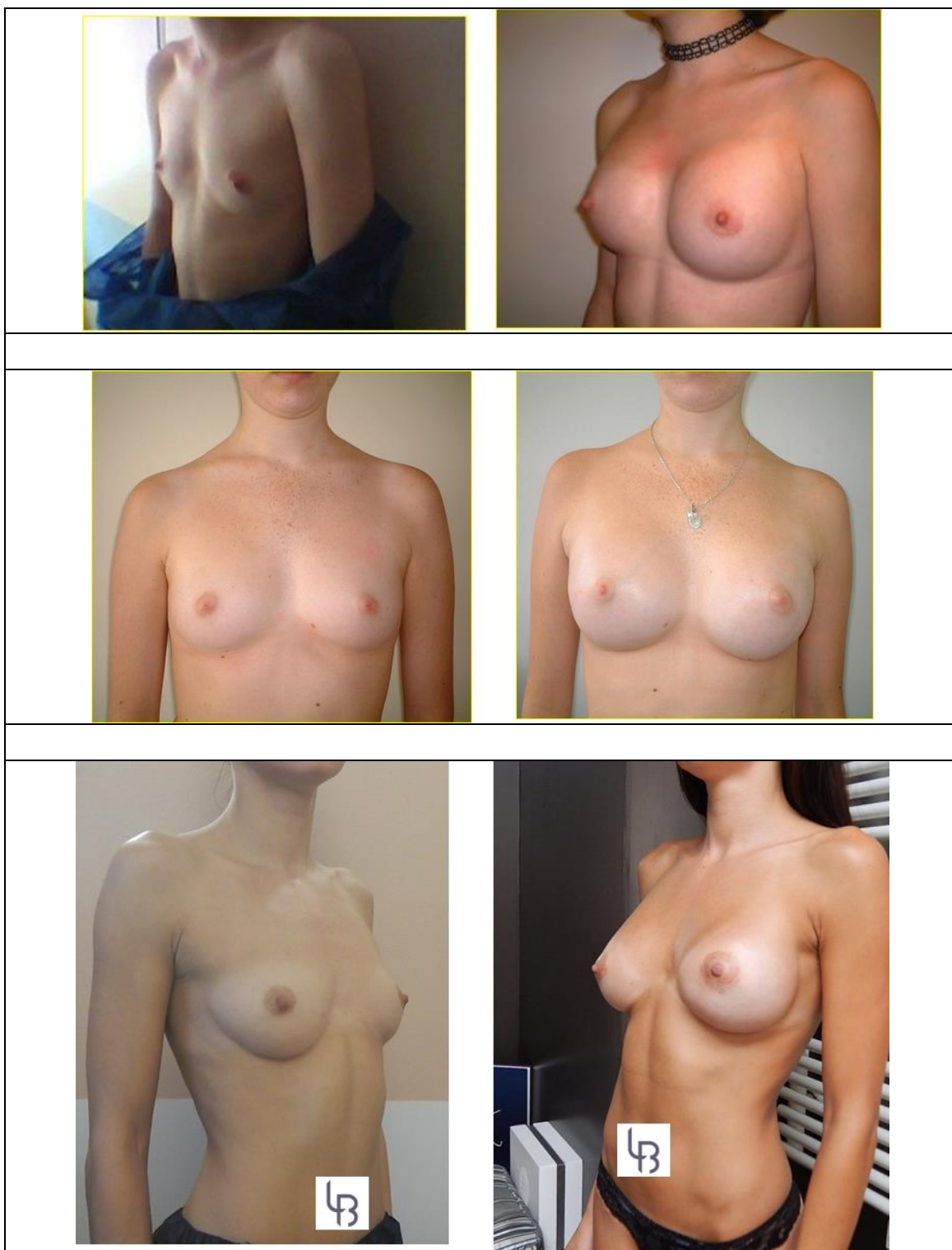
On estime que plus de 220.000 femmes ont eu des implants mammaires aux Etats-Unis en 2017 et dans 80% des cas dans un but esthétique.

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 15 millions d'implants !

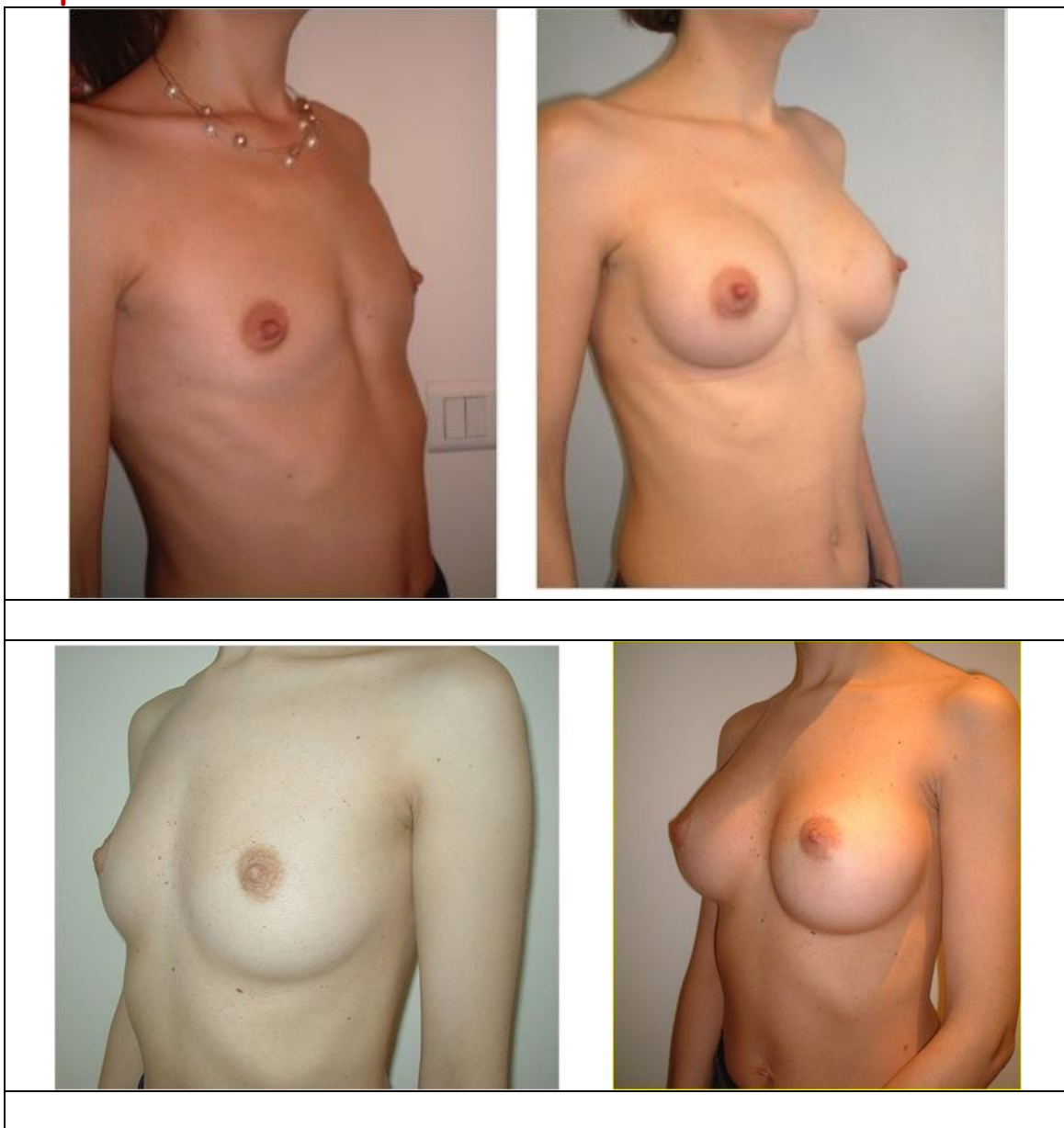
Résultats

Implantation entre 200 et 250 CC :





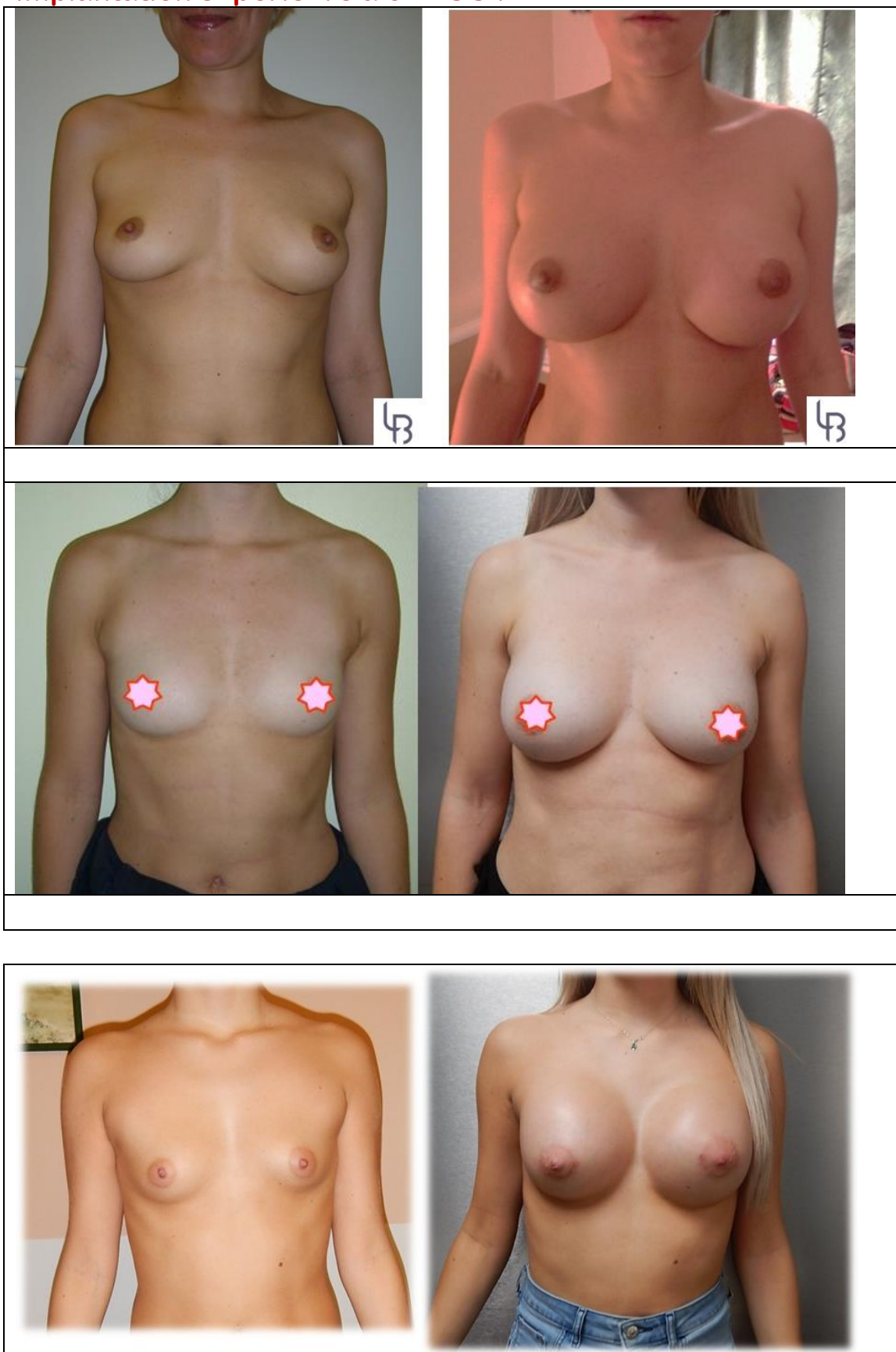
Implantation entre 250 et 300 CC :





Voir plus de résultats sur www.prothese-sein.com

Implantation supérieure à 300 CC :



Inconvénients et risques des prothèses mammaires

18. Quels sont les risques liés à l'intervention ?

Comme pour toute intervention chirurgicale il existe des risques. Sans essayer d'être exhaustif voici les risques les plus courants :

- infection,
- hématome,
- douleurs post-opératoires
- 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.

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

Comme pour tous les matériaux étrangers au corps humain, 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:

- Modification de la sensibilité du sein et/ou de l'aréole,
- Interférence avec la mammographie,
- Déplacement de l'implant,
- Formation d'une coque contractile,
- Formation de plis ou d'aspect de vagues,
- Rupture pour les implants pré-remplis de gel de silicone,
- Dégonflement pour les implants gonflables au sérum physiologique,
- Calcifications.
- Lymphome Anaplasique à Grandes Cellule du sein : LGAC

20. 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.

21. 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 et surtout de la taille.

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.

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

A ce jour aucune étude 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'anomalies congénitales chez les bébés des femmes porteuses d'implants mammaires.

23. 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 être compromis en cas de voie d'abord sectionnant les galactophores ou en cas de perturbation de sensibilité aréolaire.

24. Y a-t-il un risque à allaiter 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.

25. 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 moins bon avec les implants gonflables au sérum.

26. 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 qui est derrière le muscle ou par 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.

27. Qu'est-ce qu'une asymétrie ?

L'asymétrie des deux seins est fréquente avant la pose d'implants mammaires.

L'intervention devra tenter de la corriger ou du moins de l'atténuer.

Mais l'asymétrie peut être le résultat de l'intervention.

L'asymétrie est plus fréquente en reconstruction mammaire car les causes d'asymétrie sont plus 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 opposé.

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

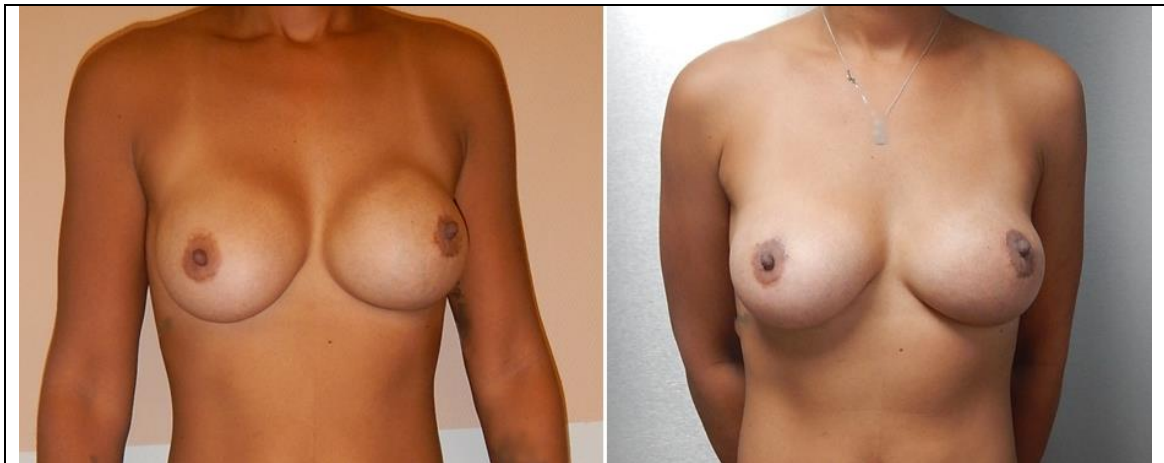
La survenue d'une contracture capsulaire ou d'un dégonflement sont susceptibles, quelque soit l'indication, de faire apparaître une asymétrie.



Asymétrie secondaire à la formation d'une contracture capsulaire sur la prothèse droite.



Aspect après changement d'implant



Coque avec remplacement par de la graisse(Lipofilling)

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

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

Des études 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, échographie) 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.

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

Non, il n'y a pas lieu de réaliser d'examens 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 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.

30. 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'un trouble de la cicatrisation laisse apparaître la prothèse au travers de la cicatrice. Ce type de complication survient souvent à la suite d'une infection.

31. 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 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.

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

La question a fait l'objet de nombreuses recherches.

Il était reconnu et prouvé qu'il n'y a pas de risque de déclencher un cancer du sein par la présence d'un implant mammaire sauf depuis 2015 où on a associé les Lymphomes du sein LGAC aux implants texturés.

Le Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules (LGAC) est une complication très rare qui peut survenir après l'implantation d'une prothèse mammaire, utilisée en chirurgie plastique, notamment après une mastectomie, ou à visée esthétique.

Le LAGC associé à un implant mammaire (LAGC-AIM) survient en moyenne 7 à 15 ans après la pose de l'implant, le plus souvent au-delà de 10 ans. Le LAGC-AIM est plus fréquent après la pose d'implants mammaires à surface texturée, notamment « macro-texturée » comparé à ceux à surface lisse.

Plus de 600 cas de LAGC-AIM ont été recensés dans le monde à ce jour. En France, 56 cas de LAGC-AIM ont été déclarés à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et confirmés sur le plan anatomopathologique par le réseau LYMPHOPATH. L'augmentation du nombre de cas au cours des 3 à 4

dernières années est probablement influencée par une prise de conscience accrue et un diagnostic plus précoce de LAGC-AIM.

Si le risque de LAGC-AIM chez les porteuses d'implants mammaires a été confirmé, il est néanmoins très faible. D'après les études internationales, le taux de LAGC-AIM est estimé à 29 cas pour un million d'implants avant l'âge de 50 ans et de 82 cas pour un million d'implants à 70 ans.

Plusieurs mécanismes ont été suggérés pour expliquer le lien causal, direct ou indirect, de l'implant mammaire dans le développement d'un LAGC-AIM, notamment une réaction inflammatoire et une réponse auto-immune.

Les données disponibles et la rareté du LAGC-AIM, ne permettent pas de déterminer à ce jour si certains groupes de femmes présentent un risque accru de développer un LAGC-AIM lorsqu'elles sont porteuses d'implants mammaires. En revanche, les données disponibles ne montrent pas de risque accru de cancer du sein dit classique (adénocarcinome) chez les femmes porteuses d'implants mammaires par rapport à la population.

Le silicone n'est pas en cause car 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 et 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.

33. Qu'est-ce que la « contracture capsulaire » ?

**Est-ce un risque important pour une femme
porteuse d'implants mammaires ?**

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 aujourd'hui car on l'estimait à 30% des cas il y a 20 ans alors qu'actuellement elle est de l'ordre de 5 à 8 % suivant les auteurs et les indications (esthétique ou reconstruction).



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

La position de l'implant jouera un rôle. Une diminution des coques est observée en position **rétro-pectorale** par rapport à la position sous-glandulaire ou sous-cutanée. L'ancienneté des implants, la rupture de l'implant sont les facteurs principaux. Il est donc recommandé de changer les implants après 10-12 ans à titre systématique.

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 surtout 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 (12%).

35. 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, il est le plus souvent nécessaire de réintervenir afin d'enlever cette coque ou simplement de la fragiliser chirurgicalement. Dans certains cas, le chirurgien devra changer la position de l'implant en le plaçant derrière le muscle pectoral.

Dans de rares cas il faut enlever définitivement l'implant et parfois un geste de remodelage est nécessaire secondairement.

C'est surtout l'aspect inesthétique de la coque qui est le principal inconvénient.

36. 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 mais elles sont interdites en France en 2021.

37. 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. Le sous-gonflage ou le dégonflement partiel de l'implant favorise ce phénomène. La présence de plis sur la prothèse serait un facteur de rupture ou de dégonflement par usure prématurée de l'enveloppe sur un pli.

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

38. Qu'est-ce que le « bleeding » ?

Ce phénomène très rare aujourd'hui correspond au passage de particules microscopiques de gel de silicone au travers de l'enveloppe des implants mammaires pré-remplis de gel de silicone. 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.

39. 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.

40. Quelle est le pourcentage de rupture des prothèses ?

Dans l'étude que nous avons mener au Centre de Lutte Contre Le Cancer de Saint-Cloud, le pourcentage de rupture à long terme sur 306 implants pré-remplis étudié était de 5 cas de rupture soit 1,6%. Le délai moyen d'apparition de la rupture était de 75,2 mois (plus de 6 ans) sur une période maximale d'observation de 15 ans.

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

41. 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 par exemple) peut être responsable d'une rupture, de la même manière les tentatives de rupture externe d'une coque (capsuloclasie externe ou squeezing) par un médecin ou une kinésithérapeute sont à proscrire.

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. Ainsi dans notre étude nous avons montré que la médiane de vie d'un implant en gel de silicone était d'environ 14 ans ce qui correspond à la période après laquelle la surveillance doit être

renforcée afin de dépister d'éventuelles ruptures asymptomatiques. Aujourd'hui on conseille un changement systématique vers 1à-12 ans à titre préventif.

42. Quels sont les risques d'une rupture ?

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 (rupture intracapsulaire) et dans ce cas il n'y a aucune conséquence mais il faudra changer l'implant.

Dans certains cas le gel diffuse à travers l'enveloppe fibreuse et il peut se former un siliconome (accumulation de silicone). Ce siliconome peut être responsable de l'apparition d'adénopathies (ganglions) inflammatoires mais toujours suspects surtout chez une patiente aux antécédents de cancer du sein.

La migration du gel de silicone rend l'acte chirurgical plus difficile 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.

.

43. 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 saline).

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 pour l'organisme. Le seul inconvénient est d'ordre esthétique, car il y a affaissement du sein du côté de l'implant vidé.



Dégonflement prothèse serum en 24h

44. Quelle est le pourcentage de dégonflement des prothèses ?

Le dégonflement est beaucoup plus fréquent que la rupture. Cela est dû probablement à 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 suivi des implants, ce qui est bien supérieur au pourcentage de rupture des silicones.

Il semble, d'autre part, que ce risque augmente avec le temps. L'usure normale de l'implant favorise la survenue d'un dégonflement.

Le temps est un facteur qui augmente l'usure normale d'un implant et favorise son dégonflement ainsi après 10 ans plus

de 25% des implants gonflables présentent un risque de dégonflement.

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

Les causes de dégonflements sont variables :

On peut distinguer des causes liées à l'enveloppe.

Le sérum physiologique n'étant pas un fluide visqueux (contrairement au gel) il ne lubrifie pas la paroi de l'implant qui peut se rompre particulièrement sur un pli de l'enveloppe surtout en cas de sous-gonflage de la prothèse.

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

D'autre part il y a des causes liées à la valve.

La valve peut être mal fermée, endommagée ou s'ouvrir secondairement. La compression 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.

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

Toute 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. Il faudra alors consulter son chirurgien pour un examen clinique et le plus souvent un examen radiologique (IRM) 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.

Toutefois, le sérum physiologique est totalement résorbé et sans danger pour l'organisme.

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

Aujourd'hui en Europe seuls les implants présentant des normes de fabrications strictes et possédant le marquage CE sont autorisés à la vente. De nombreux tests de résistance sont réalisés sur ces implants mais ils ne sont pas indestructibles. 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 capsuloclasie externe (déconseillé par les fabricants), une piqûre ou une ponction directe de l'implant (acupuncture !).

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

- Voyage en avion,
- plongée sous-marine,
- parachutisme, alpinisme.

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

Il a été décrit des cas de rupture d'implant après mammographie mais ces cas sont rares mais possibles sur des implants anciens et plus fragiles.

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.

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

Il est conseillé de retirer 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.

50. 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.

51. 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.

52. 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. Les cas sont peu nombreux et leur recensement est difficile. Quelques-uns sont sans doute comptabilisés à plusieurs reprises dans les mêmes statistiques, les patientes ayant été examinées successivement par des praticiens de spécialités différentes. 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, 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.

53. 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.

Questions pratiques

54. Quel est le coût moyen de cette intervention ?

Il varie entre 5000 et 8000€ en fonction de divers éléments :

- le type et la marque d'implants utilisés
- 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.

En chirurgie esthétique, cette intervention est totalement à la charge de la patiente.

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

En chirurgie esthétique, s'il s'agit d'une **complication** liée à l'implant (coque sévère ou rupture précoce), l'intervention peut être prise en charge (par 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, en général dans les 7 ans. Il est possible aussi de souscrire une garantie spéciale qui couvre une partie des frais de re-intervention.

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

56. Doit-on remplacer un implant mammaire ? Au bout de combien de temps ?

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 14 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 le nombre inconnu de rupture asymptomatique.

On estime que la durée de vie d'une prothèse mammaire en reconstruction du sein est, au total, de **127 mois (plus de 10 ans)** avec une incidence annuelle de perte de 7%.

57. 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 événement apparaissant rapidement et brutalement, il n'y a pas de signe précurseur.

58. 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.

59. 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. Un délais minimum de 15 jours est prévu entre la réception du devis et l'intervention.

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 mais une information sur des compléments d'honoraires est obligatoire.

60. 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...).

61. 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 ou préfère des techniques autologues(lipofilling, lambeaux)

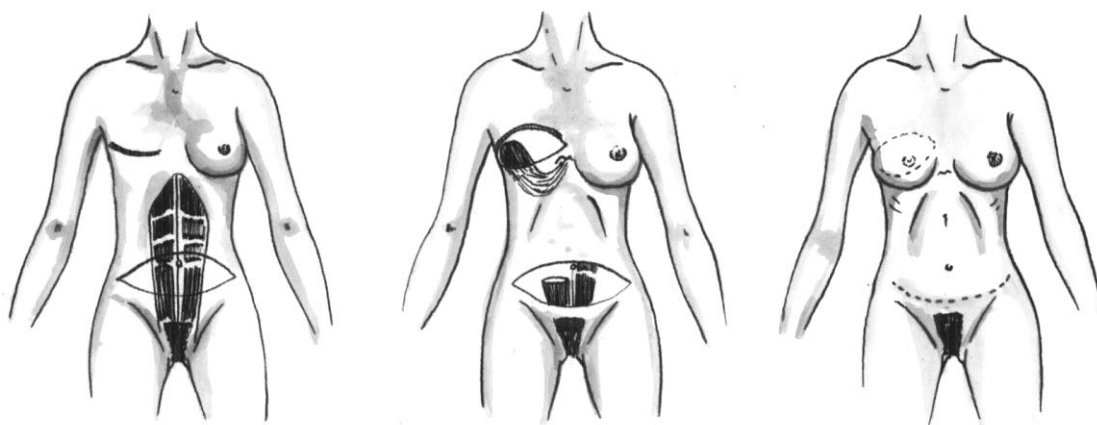
Certaines femmes considèrent qu'elles peuvent accepter leur nouvelle image corporelle sans reconstruction après une mastectomie (seulement 20% des patientes ayant eu une mastectomie ont une reconstruction mammaire). Ce choix est donc un choix personnel guidé par les conseils de spécialistes et d'autres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

62. 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, voire 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.

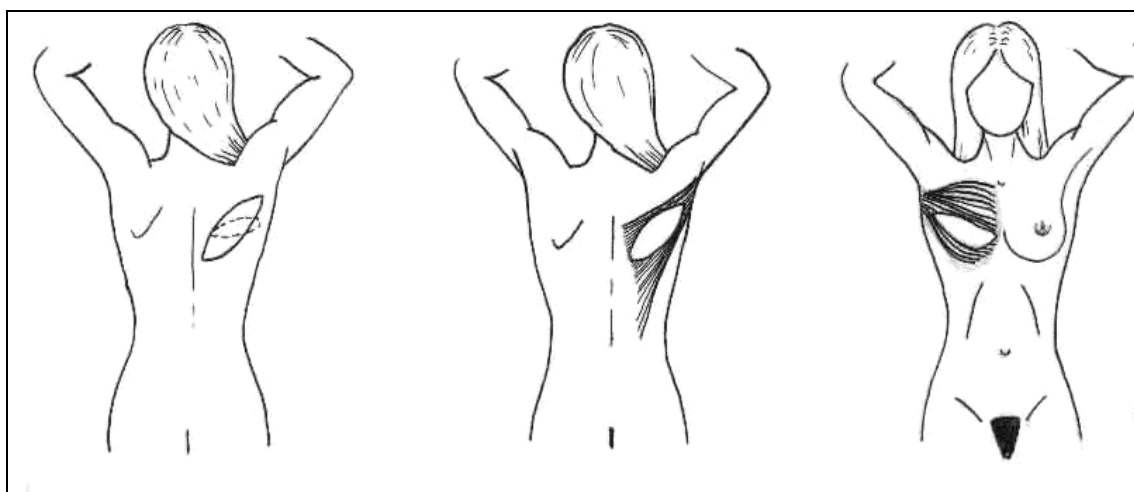
L'inconvénient majeur est la fragilisation parfois importante de la paroi abdominale privée d'un ou de ses deux muscles grand droit.



Lambeau de Grand Droit (TRAM). 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.



Lambeau de Grand Dorsal.

63. Comment choisir son chirurgien ?

L'implantation de prothèses mammaires peut être réalisée par tout chirurgien formé en Chirurgie Plastique du sein.

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 ou de vérifier sur le site en ligne (<https://conseil75.ordre.medecin.fr/content/annuaire-medecins-4>).

64. 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 900 chirurgiens plasticiens en France dont la liste est consultable en ligne ou auprès du Conseil de l'Ordre de votre région.

65. 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>

Si certaines de vos questions restent sans réponse, n'hésitez à questionner votre chirurgien.

Enfin afin d'améliorer cet ouvrage, vos nouvelles questions peuvent être posées sur internet :

Email : laurentbenadiba@orange.fr

Site : www.prothese-sein.com

Index

A

Activité professionnelle,27
Activité sportive,28
Allaitement,34
Anatomique,9
Anxiété du silicone,37
Asymétrie,35
Autres informations sur les
prothèses mammaires,56
Autres méthodes de
reconstruction du sein,53
Avion,45

B

Bénéfices physiques,14
Bénéfices psychologiques,13
Bleeding,41

C

Calcifications,46
Cancer,37
Capsuloclasie externe,44
Chirurgie esthétique,13
Complications,31
Consentement éclairé,51
Consultation d'anesthésie,31
Contracture capsulaire,36, 38, 39,
40
Coque,35, 38
Coût moyen,50
Creux axillaire,24

D

Dégonflement,41, 43, 44, 45, 51

Déplacement de la prothèse,35
Devis,52
Dextran,10
Durée de l'intervention,27
Durée de vie,51

E

Élastomère,9

F

Fda,18

G

Gel de silicone,9, 47
Gonflables,11
Grand dorsal,54

I

Inconvénients,32

L

L'aréole,24

M

Maladie auto-immune,47
Maladies auto-immunes,20
Mammographie,36, 46, 48
Marquage ce,17, 45
Mastectomie,14, 61
Médiane de vie,51
Microcalcifications,46

P

Partenaire,33
Plastie de symétrisation,16
Plongée sous-marine,45
Polyuréthane,40
Pré-rempli,11
Prothèse mammaire,9
Prothèses autorisées aux états-unis,18
Prothèses autorisées en france,17

R

Radiothérapie,39
Reconstruction immédiate,39
Rejet,37
Résultat esthétique,34
Rétro-glandulaire,24
Rétro-pectoral,24
Rupture,41, 42, 46
Rupture asymptomatique,36

S

Sensibilité du sein,33
Sérum physiologique,9, 39
Silicone,20
Siliconome,43
Sous-gonflage,41
Surveillance,48

T

Taille des prothèses,16
Taux de satisfaction,29
Tda,40
Térogène,61
Texturée,39
Tram,53

V

Vagues,34, 41
Valve,44
Viscosité,34, 43

Lexique

Agénésie : absence totale de développement d'un organe (sein par exemple).

Exogène : substance apportée par le milieu extérieur.

Galactophores : canaux excréteurs de la glande mammaire qui amènent le lait au mamelon.

Hypoplasie : développement insuffisant d'un organe (sein).

Mastectomie : Intervention chirurgicale généralement pour un cancer du sein, ayant comme but de retirer intégralement le sein malade.

Tératogène : substance pouvant provoquer un développement anormal de certains organes chez le fœtus, lors de la grossesse.

Les prothèses mammaires sont le sujet de vives polémiques depuis de nombreuses années et il existe beaucoup d'idées fausses à leur sujet.

Quelque soit l'indication d'une prothèse mammaire (esthétique ou reconstruction du sein) l'information est primordiale avant de prendre la décision d'une implantation mammaire.

Lorsqu'une femme désire une implantation mammaire ces sources d'informations sont souvent basées sur ce qu'elle a entendu dans son entourage ou ce qu'elle a lu dans les magazines ou internet.

Dans cet ouvrage, l'auteur tente de répondre aux questions des patientes telles qu'elles se les posent.

Ainsi, sous forme de Questions-Réponses simples, toutes les étapes qui vous aideront à prendre votre décision sont détaillées.

Site : www.prothese-sein.com



L'AUTEUR :

Après une formation de plus de 14 ans dans les plus grands hôpitaux Parisiens, le Dr Benadiba partage son activité entre Paris au sein de son cabinet privé depuis 2001 et à Genève, où il consulte dans un plus prestigieux Centre esthétique de Suisse.

En plus de son activité médicale dédiée à satisfaire aux demandes de ses patients, le Dr BENADIBA consacre beaucoup de temps comme Enseignant à l'Université en Médecine Esthétique (Diplôme DUTIC et DUMEG), en tant que médecin-formateur pour divers laboratoires médicaux ou en tant qu'orateur / conférencier dans de nombreux congrès Français et Internationaux.

Le Dr BENADIBA est spécialiste des implants mammaires depuis 2001, Il a réalisé une thèse sur les complications à long terme et le livret de la Ligue Contre le cancer sur la reconstruction du sein. Il a rédigé ce petit livret pour le grand public et vous l'offre gracieusement à titre d'information.

Bonne lecture.....

Email : laurentbenadiba@orange.fr