



## Reconstruction du sein par PROTHESE

---

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables vous permettant de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi, il vous est conseillé de le lire avec la plus grande attention.

### Définition

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

Dans les cas où la qualité de la peau et du muscle pectoral sous-jacent le permet, le mode de reconstruction le plus simple reste la reconstruction mammaire par prothèse. Elle peut être précédée d'une période d'expansion tissulaire si la quantité de peau est insuffisante.

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

### Objectifs

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

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

### Alternatives

La reconstruction mammaire n'est jamais obligatoire. L'utilisation d'une prothèse externe peut être suffisamment satisfaisante pour certaines femmes. La reconstruction reste un choix personnel.

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

### Principes

L'opération peut être réalisée en même temps que la mastectomie, on parle alors de reconstruction immédiate, ou à distance des traitements complémentaires qui ont été nécessaires, on parle alors de reconstruction différée.

La cicatrice de mastectomie est réutilisée comme voie d'abord en cas de reconstruction différée. Si elle peut parfois être améliorée, il est impossible de la faire disparaître.

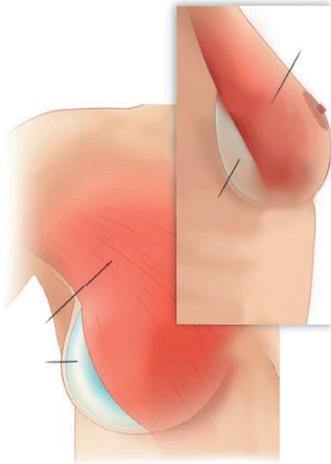
L'intervention consiste à mettre en place, le plus souvent sous la peau et le muscle pectoral, une prothèse interne. Cette prothèse interne est, dans les cas les plus simples, la prothèse permanente.

Dans certains cas, il est nécessaire d'avoir recours à une prothèse temporaire d'expansion tissulaire afin d'accroître la quantité des tissus de couverture (peau, muscle).

Cette expansion de la peau trouve sa meilleure illustration lors de la grossesse. Sous l'effet de la poussée progressive de l'enfant, la peau abdominale se distend pour laisser persister un excès après l'accouchement. Par analogie, dans le cas de la reconstruction mammaire une prothèse temporaire est gonflée progressivement (environ toutes les 3 semaines) afin d'obtenir un excès de peau suffisant qui sera utilisé afin de recouvrir la prothèse permanente.

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

Dans le même temps opératoire que l'implantation de la prothèse permanente, il est possible de remodeler le sein opposé si cela est nécessaire. Quelquefois, il est nécessaire de faire précéder l'expansion tissulaire d'une séance de lipostructure (graisse autologue) afin d'améliorer la qualité des tissus si ceux-ci sont trop fins (3 temps opératoires sont donc réalisés).



La plaque aréolo-mamelonnaire (aréole + mamelon) sera reconstruite le plus souvent ultérieurement, lorsque le volume du sein sera stabilisé. Ce geste est réalisé sous anesthésie locale.

La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance carcinologique ni le risque de récurrence de la maladie.

## Les prothèses

Il existe plusieurs fabricants ainsi que plusieurs types de prothèses mammaires. Les prothèses sont toutes constituées d'une enveloppe en élastomère de silicone qui peut être lisse ou plus ou moins rugueuse (texturée) pour diminuer le risque de formation de coque. Cette prothèse est remplie de gel de silicone dont la consistance est proche de la glande mammaire.

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

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

## Avant l'intervention

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions. Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention. Dans tous les cas, le praticien devra vérifier l'imagerie mammaire (mammographie, échographie) de l'autre sein, si le dernier examen de contrôle n'est pas assez récent.

Aucun médicament contenant de l'Aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention. Il est possible que le médecin-anesthésiste vous prescrive des bas de contention (prévention de la phlébite) qu'il vous faudra porter avant même l'intervention jusqu'à votre sortie de l'établissement.

L'arrêt du tabac est indispensable. Il pourrait être à l'origine d'un retard ou d'une absence de cicatrisation.

## Type d'anesthésie et modalités d'hospitalisation

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une hospitalisation de 3 à 5 jours est habituellement nécessaire.

## L'intervention

L'intervention dure environ 1 heure. Un drainage est systématiquement mis en place afin de limiter le risque d'hématome. En fin d'intervention, un pansement modelant avec des bandes élastiques en forme de soutien-gorge, est confectionné.

## Les suites opératoires

Les suites opératoires peuvent être assez douloureuses pendant quelques jours, pouvant nécessiter de puissants antalgiques. Ceux-ci seront ensuite relayés par des antalgiques moins puissants prescrits à la demande pendant une dizaine de jours. Au-delà, la persistance de la douleur doit faire l'objet d'un examen par le chirurgien.

Un gonflement (oedème) et des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites. On peut observer une gêne à l'élévation du bras. De la rééducation et des massages de cicatrices sont débutés 3 semaines après la chirurgie.

Le port du soutien-gorge (nuit et jour) est nécessaire pendant 2 mois.

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

## Le résultat

- **Après implantation d'une prothèse permanente :** La reconstruction par prothèse restaure immédiatement un volume et une forme permettant à la patiente de s'habiller normalement avec un décolleté.

Cependant, le résultat final n'est pas acquis d'emblée. Au premier pansement, le sein reconstruit aura un aspect un peu figé, et la peau qui le recouvre sera peu sensible. Des contractures du muscle pectoral sont ressenties par les patientes.

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

- **Après implantation d'une prothèse d'expansion :** Le gonflement de la prothèse est effectué, généralement toutes les trois semaines avec du sérum physiologique (50 ou 100 cc selon l'état cutané).

En 3 mois, un volume important est ainsi atteint, jusqu'à dépasser le volume de l'autre sein. A la fin du gonflement, il conviendra d'attendre encore au moins 2-3 mois pour éviter une rétraction secondaire de la peau.

La seconde intervention a donc lieu entre 5 et 6 mois après la première. Elle permet le remplacement de la prothèse d'expansion temporaire qui donne une allure tendue au sein par la prothèse permanente, qui confèrera une forme plus naturelle.

## Les imperfections du résultat

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

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

- **Du volume** : la base du sein ne sera jamais parfaitement identique. Les variations de poids peuvent accentuer cette différence.
- **De la forme** : en position allongée, la prothèse ne s'étale pas comme le sein normal. Le sein reconstruit paraît plus rond que le sein controlatéral.
- **De la hauteur** : le sein non opéré subira normalement l'évolution vers la ptôse accentuant l'asymétrie. Le sein reconstruit est quelquefois plus haut que le sein controlatéral.
- **De la palpation** : la patiente pouvant percevoir la prothèse, du fait de la faible épaisseur des tissus de recouvrement.

Les cicatrices feront l'objet d'une surveillance attentive, il est fréquent qu'elles prennent un aspect rosé et gonflé au cours des premiers mois post-opératoires. Au-delà, elles s'estompent en général pour devenir, avec le temps, peu visibles. Elles ne sauraient cependant complètement disparaître.

Les cicatrices peuvent parfois rester un peu trop visibles et présenter différents aspects disgracieux (hyper-pigmentation, épaississement, rétraction, adhérence ou élargissement) qui peuvent nécessiter un traitement spécifique. A cet égard, il ne faut pas oublier que si c'est le chirurgien qui réalise les sutures, la cicatrice, elle, est le fait de la patiente.

## Les complications envisageables

La reconstruction mammaire par prothèse est une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques liés à tout acte de ce type. Les suites opératoires sont en général simples. Toutefois, des complications peuvent survenir, certaines d'ordre général, inhérentes à tout acte chirurgical, d'autres loco-régionales plus spécifiques à la reconstruction du sein par prothèse.

Il faut distinguer les risques de complications liées à l'anesthésie de celles liées à l'acte chirurgical.

**En ce qui concerne l'anesthésie** : une consultation, 48 heures au moins avant votre hospitalisation, est indispensable. Lors de cette consultation, le médecin-anesthésiste vous précisera les risques de l'anesthésie générale et vous exposera les différents moyens de lutte contre la douleur post-opératoire.

**En ce qui concerne le geste chirurgical** : il existe différentes complications pouvant survenir dans les suites de la reconstruction mammaire par prothèse.

Les complications :

- **L'infection** qui nécessite un traitement antibiotique, et parfois une réintervention pouvant aller jusqu'à l'ablation provisoire de l'implant.
- **L'hématome** qui peut nécessiter un geste d'évacuation chirurgicale.
- **La nécrose de la peau** dont le risque est surtout élevé après radiothérapie, peut conduire à une exposition de la prothèse et imposer l'ablation de celle-ci. Le tabagisme majore également ce risque. En cas de conservation de la plaque aréolomamelonnaire le risque de retard de cicatrisation voire de nécrose de l'aréole est d'environ 6 %. Cela peut nécessiter l'ablation de la plaque aréolomamelonnaire, voire l'ablation de la prothèse.

- La formation d'une coque contractile : la formation d'une capsule autour de l'implant est constante. Dans certains cas, cette capsule se contracte entraînant une sensation de durcissement parfois douloureux. Cette contraction peut parfois entraîner une déformation visible du sein qui se « globulise » en même temps qu'il devient plus ferme. Ce risque a nettement diminué depuis quelques années notamment par l'utilisation de nouvelles prothèses mais reste totalement imprévisible pour chaque patiente. Il est majoré si une radiothérapie doit être administrée sur la prothèse elle-même.
- Les vagues et les plis : lorsque la peau recouvrant la prothèse est fine, elle peut laisser deviner la déformation de l'enveloppe sous forme de vagues ou de plis.
- Le déplacement de l'implant : un déplacement de l'implant est toujours possible sous l'effet des contractions musculaires. Il est déconseillé de pratiquer la musculation excessive des pectoraux dans les suites opératoire. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire afin de repositionner l'implant.
- La rupture ou le dégonflement traumatique par manoeuvre externe : le risque est réel lors d'un traumatisme intense. Le remplacement de la prothèse est alors nécessaire.
- « Usure » et « vieillissement » de l'implant : il est indispensable de bien comprendre qu'aucune prothèse ne peut être considérée comme implantée à vie. En effet, une prothèse vieillit progressivement et sa durée de vie est forcément limitée. La durée de vie des prothèses n'est pas prédéfinie. Celles-ci ne sont changées qu'en cas d'altération ou de désir de la patiente (altération du résultat esthétique avec le temps, changement de morphologie...).

Avec le temps, l'enveloppe s'use progressivement, pouvant entraîner une fuite du contenu. Avec les gels à cohésivité importante, les plus couramment utilisés aujourd'hui, vous êtes à l'abri d'une diffusion rapide du gel de silicone en dehors de la prothèse.

Du fait du caractère très progressif de la migration du gel en dehors de la prothèse, les signes cliniques correspondant à une usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone sont le plus souvent tardifs sous la forme d'une déformation du sein ou bien de l'apparition d'une coque. Le délai de survenue est imprévisible. L'IRM mammaire fait le diagnostic d'une telle rupture.

Le caractère tardif des signes cliniques témoignant de l'usure d'une prothèse pré-remplie de gel de silicone rend compte du caractère obligatoire d'une surveillance clinique régulière du sein reconstruit par le chirurgien. En cas de rupture, il faut procéder au remplacement de la prothèse.

Il n'existe aucun risque quantifiable de maladie auto-immune avec le gel de silicone.

En définitive, il ne faut pas surévaluer les risques et dans la très grande majorité des cas, cette intervention de chirurgie reconstructrice correctement réalisée, donnera un résultat très appréciable, même si la rançon cicatricielle reste inévitable.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au chirurgien toutes les questions qui vous viennent à l'esprit.

**En cas de question ou de problème n'hésitez pas à  
joindre notre secrétariat au 02 90 09 44 90**