



Prothèses mammaires rondes ou anatomiques. Avantages et inconvénients respectifs

Round and anatomical mammary implants. Respective advantages and disadvantages

E. Auclair *, S. Staub

IECEP, 10, rue Anna Jacquin, 92100 Boulogne, France

MOTS CLÉS

Prothèses mammaires ;
Implants anatomiques ;
Contrôle endoscopique ;
Implants lisses ;
Double coque

KEYWORDS

Mammary implants;
Anatomical implants;
Endoscopic control;
Smooth implants;
Double capsule

Résumé Les auteurs rapportent leur expérience de l'utilisation des implants anatomiques qui remonte à dix ans. Cette expérience a tourné court en raison d'un taux de rotation trop important. Le docteur Staub est revenu à une technique reposant sur l'utilisation de prothèses rondes, lisses dans de nombreuses indications, en position rétromusculaire dans la majorité des cas. Le docteur Auclair, intéressé par les implants anatomiques, a choisi de continuer à les utiliser dans le cadre d'un système antirotation qu'il a conçu. Il expose une stratégie d'utilisation des implants qui favorisent le positionnement prémusculaire, et définit la place respective des implants ronds et anatomiques.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Abstract The authors report of their experience of mammary augmentation with anatomical implants from 10 years ago. The important proportion of rotation of those anatomical implants obliged them to stop the clinical serie. Sylvain Staub return to a "revisited" classical technique with round implants, smooth in a majority of cases and placed them most of the time in a retromuscular pocket. Eric Auclair, seduced by the concept of anatomical implants, decided to continue in this direction with a personal concept of anti rotation system. He shows a strategie of mammary augmentation that favorise the premuscular position and define the respective place of round and anatomical implants.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

En toute logique, quand il imagina les premières prothèses mammaires, Cronin dessina une prothèse en goutte d'eau [1,2]. La forme de cette prothèse est plus proche de celle de la glande mammaire que la forme en demi-sphère plus ou moins aplatie des prothèses, à base ronde, actuelles. Afin de prévenir la rotation de son implant, Cronin avait placé à sa

face postérieure des patchs de Dacron® qui devaient « s'accrocher » à la paroi thoracique pour éviter la rotation de celui-ci. L'utilisation de ces patchs n'a pas été sans problème puisqu'ils donnaient un aspect fixé aux seins opérés et génèrent des phénomènes inflammatoires responsables de coques périprothétiques.

Afin de supprimer le problème de la rotation de l'implant, il était logique d'utiliser des prothèses rondes, mais sont alors apparus d'autres inconvénients, notamment la visibilité du pôle supérieur de

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : eric.m.auclair@wanadoo.fr (E. Auclair).

l'implant sous forme d'une cassure visible surtout chez une patiente mince ayant peu de tissus glandulaires. Pour pallier à ce nouvel inconvénient, Dempsey [3] a imaginé de placer la prothèse en arrière du muscle grand pectoral afin de recréer un profil plus naturel au sein opéré. La mise en place d'implants en position rétromusculaire n'est pas non plus exempte d'inconvénients, malgré les améliorations apportées par plusieurs auteurs [4-7]. Parmi les principaux, on notera :

- la désinsertion partielle du muscle grand pectoral ;
- le déplacement de la prothèse vers la région axillaire quand la loge n'a pas été disséquée de manière suffisamment large ;
- des mouvements disgracieux des implants lors des contractions musculaires.

Ces constatations ont relancé l'intérêt pour les prothèses de forme anatomique. Les progrès des procédés de conception et de fabrication des implants ont permis aux laboratoires de proposer des implants anatomiques de nouvelle génération. Les deux principales innovations sont l'utilisation de paroi prothétique texturée et le remplissage par un gel de silicone cohésif. L'initiateur de cette nouvelle étape de l'histoire des implants mammaires est sans conteste John Tebbets qui, en collaboration avec le laboratoire Mac Ghan, a proposé, il y a plus de dix ans, une approche originale de l'augmentation mammaire à visée esthétique [8].

Nous avons eu l'avantage, avec Bernard Cornette de Saint-Cyr, d'être les premiers utilisateurs en France de ces nouveaux implants dans le cadre d'une étude prospective incluant des expérimentateurs dans les principaux pays européens. Pour notre part, cette expérience s'est arrêtée après que nous ayons constaté un taux de rotation de plus de 10 % dans le cadre de ce que nous avons appelé le phénomène de double coque qui depuis a été décrit par plusieurs auteurs [9,10]. En effet, les prothèses 410* de première génération étaient caractérisées par une texture de paroi qui engendrait une adhérence au tissu environnant par effet "Velcro" tel que l'ont très bien décrit Marc Revol et l'équipe de l'hôpital de Saint-Louis [11], et par un gel de remplissage cohésif de consistance plus ferme que les gels actuels. L'apparition de la double coque est due à un clivage dans l'épaisseur de la coque périprothétique sous l'effet de sollicitations mécaniques dont la force est augmentée par la trop grande fermeté du gel de remplissage rendant la consistance de la prothèse trop différente de celle de la glande mammaire environnante. Le clivage de la coque rend la prothèse lisse et libre de se retourner à la moindre pression (Fig. 1).



Figure 1 Phénomène de double coque sur une prothèse texturée Biocell®.

Les déconvenues liées à l'utilisation de ces premières prothèses anatomiques ont provoqué deux types de réaction chez les expérimentateurs :

- recours à une technique classique « revisitée » pour Sylvain Staub ;
- élaboration d'un nouveau concept pour Eric Auclair.

Avantages des prothèses rondes (Sylvain Staub)

L'expérience malheureuse de l'utilisation des prothèses 410* nous a fait définitivement revenir à l'usage de prothèses rondes de profil adapté à la morphologie du thorax et du sac cutané. La position de l'implant par rapport au muscle pectoral et la voie d'abord sont choisies en fonction de l'épaisseur de la glande et du tissu sous-cutané :

- patiente avec aplasie glandulaire et peu de tissu sous-cutané : prothèse lisse, rétropectorale, mise par voie axillaire ;
- patiente avec un sein présent et une ptôse modérée : prothèse ronde, texturée, prépectorale, par voie hémiaréolaire, plus rarement sous-mammaire.

Pourquoi des parois lisses en position rétropectorale ?

L'interdiction, médicalement injustifiée, des silicones a poussé l'indication des loges rétromusculaires pour masquer les vagues plus fréquentes avec les implants remplis de sérum. Dans cette position, nous préférons utiliser des implants lisses, car la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9223342>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9223342>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)