



ELSEVIER



## Prothèses mammaires et hypoplasie des seins ou plastie d'augmentation mammaire par prothèses

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 envisager une augmentation mammaire par prothèses.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires 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.

### 1. Définition, objectifs et principes

L'hypoplasie mammaire est définie par un volume de seins insuffisant par rapport à la morphologie générale de la patiente. Elle peut être la conséquence d'un développement insuffisant de la glande à la puberté, ou apparaître secondairement par perte du volume glandulaire (grossesse, amaigrissement, perturbations hormonales...).

Le manque de volume peut aussi être associé à une ptôse (*poitrine « tombante » avec affaissement de la glande, distension de la peau et aréoles trop basses*).

Cette hypotrophie est souvent mal acceptée physiquement et psychologiquement par la patiente qui le vit comme une atteinte à sa féminité, avec pour

<http://france.elsevier.com/direct/ANNPLA/>

corollaire une altération de la confiance en soi et un mal-être, parfois profond, pouvant aller jusqu'à un véritable complexe. C'est pourquoi, l'intervention se propose d'accroître le volume d'une poitrine jugée trop petite grâce à l'implantation de prothèses.

L'intervention peut se pratiquer à tout âge à partir de 18 ans. Une patiente mineure n'est habituellement pas estimée apte à subir une augmentation mammaire esthétique.

Cette chirurgie à visée purement esthétique ne peut bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie. Seuls quelques rares cas d'agénésie mammaire vraie (*absence radicale de tout développement mammaire*) peuvent parfois espérer une participation de la sécurité sociale après entente préalable.

Les implants mammaires actuellement utilisés sont composés d'une *enveloppe* et d'un *produit de remplissage*.

L'*enveloppe* est toujours constituée d'un élastomère de silicone. En revanche, les prothèses diffèrent par leur contenu, c'est-à-dire le *produit de remplissage* contenu au sein de l'enveloppe.

L'implant est dit prérempli lorsque le produit de remplissage a été incorporé en usine (gel et/ou sérum physiologique). La gamme des différents volumes est donc fixée par le fabricant.

Les implants gonflables au sérum physiologique sont remplis par le chirurgien qui peut adapter dans une certaine mesure le volume de la prothèse pendant l'intervention.

### 2. Les implants préremplis de gel de silicone de nouvelle génération

La grande majorité des prothèses actuellement posées en France et dans le monde sont préremplies de gel de silicone.

Ces implants, utilisés depuis plus de 40 ans, ont fait la preuve de leur innocuité et de leur excellente adaptation à ce type de chirurgie car ils sont très proches de la consistance d'un sein normal. Ils ont par ailleurs bien évolué, en particulier à la fin des années 1990, afin de corriger les faiblesses que l'on pouvait leur reprocher. Aujourd'hui, tous les implants disponibles en France sont soumis à des normes précises et rigoureuses : marquage CE (communauté européenne) + autorisation de l'Afsaps (*Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé*).

Ils sont composés de gel de silicone souple, entouré d'une enveloppe étanche, solide et élastique en élastomère de silicone qui peut être lisse ou texturée (*rugueuse*).

Les évolutions marquantes des nouveaux implants, leur conférant une meilleure fiabilité, concernent tant les enveloppes que le gel lui-même :

- *les enveloppes*, dont la paroi est aujourd'hui beaucoup plus solide, empêchent la « transpiration » du gel vers l'extérieur (qui était une source importante de coques) et ont une résistance à l'usure très supérieure ;
- *les gels de silicone « cohésifs »*, dont la consistance est moins fluide, ne risquent pas de se répandre en cas de rupture de l'enveloppe.

À côté de cette amélioration de la fiabilité, la nouvelle génération d'implants en silicone se caractérise aussi par la grande diversité de formes actuellement disponibles, permettant une adaptation personnalisée à chaque cas. Ainsi, à côté des classiques prothèses *rondes* sont apparus des implants « *anatomiques* » profilés en forme de goutte d'eau, plus ou moins hauts, larges ou projetés.

Cette grande diversité de formes, associée à un large choix 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.

### 3. Les autres types d'implants

Les enveloppes des prothèses sont toujours en élastomère de silicone, c'est le produit de remplissage qui diffère. À ce jour en France, seules deux alternatives au gel de silicone sont autorisées.

#### 3.1. Sérum physiologique

Il s'agit d'eau salée (constituant à 70 % du corps humain). Ces prothèses peuvent être « préremplies » (en usine) ou « gonflables » (par le chirurgien durant l'intervention). Du fait de leur contenu liquidien (et non gélatineux), elles ont une consistance peu naturelle, forment beaucoup plus de « plis » perceptibles au toucher, voire visibles, et peuvent souvent être victimes de dégonflement brutal et parfois précoce.

#### 3.2. Hydrogel

C'est la toute dernière substance ayant reçu en 2005 son homologation par l'Afssaps. Il s'agit d'un gel aqueux, composé en grande partie d'eau gélifiée par un dérivé de cellulose. Ce gel, de consistance plus naturelle que le sérum physiologique,

est lui aussi résorbable par l'organisme en cas de rupture de l'enveloppe.

### 4. 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...).

En fonction de ce contexte anatomique, des préférences et habitudes du chirurgien, et des désirs exprimés par la patiente, une stratégie opératoire aura été convenue. Seront ainsi prédéterminés l'emplacement des cicatrices, le type et la taille des implants ainsi que leur positionnement par rapport au muscle (*cf. plus loin*).

Un bilan sanguin préopératoire sera réalisé conformément aux prescriptions.

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation, au plus tard 48 heures avant l'intervention.

Il sera parfois utile de vérifier l'imagerie mammaire (mammographie, échographie).

Aucun médicament contenant de l'aspirine 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.

### 5. Type d'anesthésie et modalités d'hospitalisation

#### 5.1. Type d'anesthésie

Il s'agit le plus souvent d'une anesthésie générale classique, durant laquelle vous dormez complètement.

Dans de rares cas, une anesthésie « vigile » (*anesthésie locale approfondie par des tranquillisants administrés par voie intraveineuse*) pourra cependant être utilisée (à discuter avec le chirurgien et l'anesthésiste).

#### 5.2. Modalités d'hospitalisation

L'intervention justifie habituellement une hospitalisation d'une journée. L'entrée s'effectue alors le matin (ou parfois la veille dans l'après-midi) et la sortie est autorisée dès le lendemain.

Toutefois, dans certains cas, l'intervention peut se pratiquer en « ambulatoire », c'est-à-dire avec

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9223363>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9223363>

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