Tout savoir sur les augmentations mammaires

Par le docteur **Sylvie POIGNONEC**

Hypotrophie, implants, position des cicatrices, déroulement de l'opération, complications...voici les questions qui se posent à toutes les femmes qui souhaitent effectuer une intervention chirurgicale qui est loin d'être anodine. Explications.

QU'EST CE QU'UNE HYPOTROPHIE MAMMAIRE ?

Il s'agit d'un volume insuffisant de seins par rapport à la morphologie de la patiente.
Cette hypotrophie peut être due à un défaut de développement du sein depuis la puberté ou une perte de volume suite à un amaigrissement, des modifications hormonales, une grossesse et ou un allaitement.

QU'EST CE QU'UNE AUGMENTATION MAMMAIRE ?

C'est un procédé qui vise a augmenter le volume de

la glande mammaire par la mise en place de prothèses mammaires ou par injection d'une substance volumatrice.
Toutes les substances injectées dans le sein n'ont pas démontré leur innocuité sur le long terme et doivent donc être considérées avec prudence.

QU'EST CE QU'UN IMPLANT MAMMAIRE ?

Il s'agit d'une prothèse dont l'enveloppe est constituée d'un élastomère de silicone contenant un produit de remplissage: soit du sérum physiologique soit du gel de silicone.
La plupart des prothèses posées ces dernières années sont remplies de gel de silicone car cette substance permet d'obtenir un résultat plus naturel, tant au niveau de la palpation du sein qu'au niveau visuel.
Les prothèses remplies de sérum ont tendance à faire sensiblement plus de plis sous la peau et à se dégonfler progressivement d'où leur utilisation plus rare.

QUELS SONT LES DEUX GRANDS TYPES D'IMPLANT ?

Outre leur contenu (silicone ou sérum physiologique), les implants se différencient aussi par leur forme.
Les prothèses peuvent être rondes ou anatomiques, c'est-à-dire en forme de poire reproduisant le galbe naturel du sein. Elles peuvent être peu projetées, moyennement projetées ou hyper projetées. La variété des prothèses disponibles aujourd'hui permet quasiment de faire du sur mesure (volume et forme adaptés au souhait de la patiente).

QUELLES SONT LES INNOVATIONS DANS CE DOMAINE

Les innovations portent à la fois sur l'enveloppe des prothèses qui est beaucoup plus résistante et souple empêchant tout passage du gel vers l'extérieur par perspiration et sur le gel dont la cohésivité actuelle empêcherait qu'il fuit vers les tissus environnants en cas de brèche exceptionnelle de la prothèse.

DOIT ON FAIRE DES MESURES AVANT L'OPÉRATION ET POUR QUELLES RAISONS ?

Il est très important de mesurer la base du sein. Les mesures sont effectuées avant l'opération. Outre la base du sein, on mesure la largeur du thorax, la distance entre le mamelon et le sillon sous-mammaire, le diamètre du mamelon, la distance entre le mamelon et la clavicule pour dépister un affaissement du sein associé. Ces mesures très précises permettent de savoir quel type et quelle taille d'implant utiliser pour chaque patiente en fonction de sa morphologie et de ses désirs.

QUELLES SONT LES PATIENTES TYPES QUI VIENNENT EN CONSULTATION ?

Deux types de patientes viennent consulter : soit des patientes jeunes qui présentent une hypotrophie ou une agénésie mammaire depuis la puberté, soit des femmes plus âgées (35, 45 ans) dont le volume mammaire a diminué suite à un allaitement, un amaigrissement ou des modifications hormonales.
Parfois, chez ce type de patientes, il existe une distension cutanée avec affaissement du sein ou ptose associée.

POURQUOI UNE FEMME DÉCIDE T-ELLE DE PROCÉDER À UNE AUGMENTATION MAMMAIRE ?

Chez les jeunes patientes l'hypotrophie mammaire peut entrainer un manque de féminité ou de confiance en soi. Un délai de réflexion entre la première consultation et l'intervention est obligatoire et doit être suffisamment long pour éviter les décisions impulsives.
Chez la patiente jeune, il est souhaitable de proposer un volume adapté et souvent modéré pour permettre la création d'une loge souple et d'aspect naturel. Chez les patientes plus âgées la motivation est souvent évidente. Une mammographie préopératoire est obligatoire pour éliminer toute lésion cancéreuse préexistante.

QUELLE EST LA POSITION DES CICATRICES ?

Ma préférence va à la cicatrice hémi-aréolaire inférieure : la cicatrice est dessinée à la partie basse du mamelon à la jonction entre la zone colorée mamelonaire et la peau du sein. Il est également possible de situer la cicatrice sous la glande mammaire dans le sillon sous-mammaire ou dans le creux de l'aisselle (cicatrice axillaire).

POURQUOI CE CHOIX ?

L'incision aréolaire inferieure (partie basse du mamelon) permet un abord direct du sein, une cicatrice peu visible après l'intervention, un contrôle de la coagulation parfait et surtout un bon positionnement de la prothèse.
Elle peut néanmoins dans de très rares cas diminuer voire faire disparaitre la sensibilité des mamelons et exceptionnellement une impossibilité d'allaiter.
La voie sous-mammaire laisse en place une cicatrice de quelques cms dans le sillon sous-mammaire qui reste souvent visible avec le temps et que je réserve à la femme plus âgée dont le sein tombe légèrement ce qui permettra de masquer la cicatrice.
L'incision dans le creux de l'aisselle peut parfois être visible lorsque la patiente soulève le bras, c'est une incision un peu difficile pour positionner une prothèse bien basse et contrôler un saignement.

OU PLACER LA PROTHÈSE ?

La prothèse peut être placée devant ou derrière le muscle pectoral ou partiellement derrière le muscle (partie haute) et derrière la glande dans sa partie basse (dual plane).
C'est essentiellement l'examen clinique (en fonction de la glande pré existante et de l'épaisseur de la peau et des tissus sous cutanés) et l'interrogatoire (patiente sportive ou non) qui permettront de déterminer la position la plus adaptée.

COMMENT SE DÉROULE L'OPÉRATION ?

Deux consultations préopératoires sont nécessaires, un délai de réflexion d'un minimum de 15 jours avec mammographie plus ou moins associée à une échographie mammaire et une consultation d'anesthésiste sont obligatoires avant l'intervention.
La patiente arrive à jeun le jour de l'intervention, l'intervention se déroule sous anesthésie générale et dure entre 1h30 et 2 h.
Des dessins pré-opératoires ont été réalisés avant l'intervention, la prothèse peut être mise en place soit derrière la glande mammaire soit derrière le muscle (en fonction de ce qui aura été décidé en consultation).
La mise en place d'un redon de drainage en fin d'intervention et d'un pansement compressif est habituel. La patiente sort le lendemain, après ablation des redons et du pansement compressif, mise en place du soutien gorge de contention qu'elle gardera pendant un à deux mois. La cicatrisation s'effectue en quelques semaines. Il est conseillé d'éviter de porter des objets lourds dans les semaines qui suivent l'intervention et de faire du sport dans le mois qui suit l'intervention. La convalescence dure environ 15 jours, au début le sein est légèrement augmenté de volume en raison d'un œdème qui disparait progressivement en un mois. La prothèse se positionne progressivement vers la fin du deuxième mois. L'aspect définitif du sein ne peut être jugé qu'un an après l'intervention. Les seins redeviennent souples vers le sixième mois, il est possible de préconiser des massages. La sensibilité des mamelons peut être diminué ou bien exacerbé en postopératoire immédiat . L'allaitement reste le plus souvent possible après une intervention d'augmentation mammaire.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Il faut distinguer :
1. les complications immédiates inhérentes à tout geste chirurgical (hématome nécessitant une reprise chirurgicale, infection pouvant nécessiter l'ablation de la prothèse, anomalies de cicatrisation exceptionnelles).
2. les complications spécifiques des implants : Formation de plis perceptibles au toucher notamment chez les patientes maigres quand la prothèse est placée devant le muscle. La qualité des enveloppes actuelles a diminué ce risque. Apparition de coques : Il s'agit d'une réaction anormale de l'organisme qui au lieu d'isoler la prothèse d'une membrane souple (réaction normale), forme une capsule qui s'épaissit se rétracte en comprimant l'implant. Cette coque déforme plus ou moins le sein et peut justifier l'ablation de la prothèse. Ce phénomène fréquent avec les premiers implants en silicone à paroi fine qui laissait « transpirer» le gel est devenu très rare avec la nouvelle génération d'implant. Je n'en ai pas rencontré dans mon expérience.
3. Rupture des implants : Elle est le plus souvent due à une usure progressive de la paroi de l'implant avec le temps. Là encore les progrès réalisés en matière d'implant ne justifient plus la nécessité de changer les implants tous les dix ans. Cette rupture si elle survient sera au mieux détectée par des mammographies et une surveillance clinique régulière. Ce n'est qu'en cas de rupture avérée qu'il faudra envisager un remplacement de la prothèse. Certaines patientes ont des implants de plus de 20 ans d'âge en parfait état ne justifiant pas leur remplacement.

COMMENT LA PATIENTE VIT ELLE SA PROTHÈSE ?

La patiente s'approprie très rapidement sa prothèse qu'elle finit même par oublier et qui devient une partie de son corps à part entière.
Les patientes opérées (et parfois hésitantes avant l'intervention) ne reviendraient en arrière pour rien au monde tant le bénéfice moral et esthétique de cette intervention est important. ■