

Les complications des prothèses mammaires

Christophe Lepage*

Les premières prothèses dites modernes ont été inventées en 1962. Toutes les prothèses mammaires implantées depuis cette date ont comme caractère commun d'être constituées d'une enveloppe externe d'élastomère de silicone et d'un produit de remplissage. Il existe différents types de prothèses en fonction de leur forme, ronde ou anatomique, de leur enveloppe, lisse ou texturée, et de leur produit de remplissage, préremplis de gel de silicone cohésif ou gonflables au sérum physiologique (fig. 1 et 2). Les complications des implants mammaires peuvent être classées en plusieurs catégories.

Complications locales

Complications précoces

Trois complications peuvent se produire au décours de l'intervention : un hématome, qui peut nécessiter un drainage en urgence ; une infection, qui est exceptionnelle, mais impose la dépose provisoire de l'implant ; et exceptionnellement l'exposition de l'implant au travers de la cicatrice ou de la peau.

Complications tardives

Des troubles de la sensibilité de la plaque aréolo-mamelonnaire et de la poitrine, uni- ou bilatérales, à type d'hypoesthésie ou d'hyperesthésie, peuvent être temporaires ou définitifs.

L'allaitement peut être compromis en cas de voie d'abord sectionnant les galactophores ; cependant, il n'existe pas de contre-indication à l'allaitement après implantation, quel que soit le type d'implant.

Une rotation de l'implant est une complication assez fréquente, sans conséquence lorsque

l'implant est rond. Lorsqu'il est de forme anatomique, la rotation peut entraîner une déviation de l'axe du sein qui est parfois disgracieuse et imposer une reprise chirurgicale. La capsule périprothétique, membrane formée autour de la prothèse, fine et souple, ne modifiant ni la forme ni la consistance du sein, est un phénomène systématique et physiologique. Cette capsule peut se rétracter secondairement et comprimer la prothèse, formant alors une coque. Cette coque, dure, entraîne des douleurs, et au maximum une déformation en boule du sein. Elle peut survenir rapidement ou tardivement, de manière brusque ou progressive ; sa survenue est toujours imprévisible. Elle peut être gênante et justifier une capsulotomie chirurgicale. Cette capsulotomie consiste à ouvrir la capsule périprothétique de manière équatoriale avec éventuellement des refends radiés ; des capsulectomies partielles sont parfois réalisables. Le changement de l'implant est impératif. Le risque de récurrence de coque est plus important qu'après une implantation primaire. Le déplacement secondaire de la prothèse peut être dû à la contraction du pectoral en cas d'implantation rétromusculaire, ou être provoqué par une déchirure capsulaire lors d'un traumatisme avec migration de l'implant dans cette déchirure.

La visibilité et la perceptibilité de la prothèse sont des phénomènes multifactoriels. L'implant peut être décelable sous des téguments fins, même en position rétropectorale. Des déformations de l'enveloppe (vagues, ondulations, plis) peuvent être visibles. Ces déformations siègent plus particulièrement au niveau des quadrants supérieurs du sein, mais aussi au niveau du sillon sous-mammaire, particulièrement en inféro-externe. Les implants remplis de sérum physiologique ont une consistance plus liquidienne que le sein normal, avec un risque plus important de vagues visibles que les

implants préremplis de gel de silicone. Préventivement, pour limiter le phénomène de vagues, il est préférable d'envisager une implantation rétropectorale d'emblée chez les patientes maigres, mais cet argument est à mettre en balance avec la déformabilité possible lors de la contraction musculaire. Secondairement, en cas de laminage glandulaire sur implant avec visibilité de celui-ci, il peut être raisonnable de proposer un changement de plan d'implantation de rétro-glandulaire en rétro-pectoral.

La rupture d'un implant gonflé au sérum physiologique provoque une perte de volume brutal du sein ; cela est sans danger pour l'organisme, mais impose une reprise chirurgicale, de préférence rapide afin d'éviter la rétraction de la capsule périprothétique. La rupture d'un implant prérempli de gel de silicone est moins fréquente et peut passer inaperçue ou entraîner un changement de consistance de la prothèse (coque). Néanmoins, les implants produits aujourd'hui sont très résistants et les ruptures sont exceptionnelles, en dehors de celles liées à l'usure habituelle et nécessitant un remplacement régulier (tous les 13 ans environ). Par ailleurs, les gels employés sont cohésifs, ils ne coulent pas et donc ne peuvent pas se répandre dans l'organisme ; les signes inflammatoires locaux et régionaux sont donc exceptionnels. Au stade de rupture intracapsulaire, le gel de silicone reste confiné par la capsule périprothétique. Elle peut donc passer totalement inaperçue si la capsule n'est pas rompue. Il paraît souhaitable de proposer un changement d'implant en cas de rupture intracapsulaire, avant une diffusion de voisinage du gel de silicone. Un traumatisme direct peut rompre la capsule et provoquer une fuite extracapsulaire du gel avec apparition de siliconomes. Une rupture de la prothèse peut facilement être objectivée par une

* 78, rue de la Faisanderie 75116 Paris
docteurlepage@gmail.com

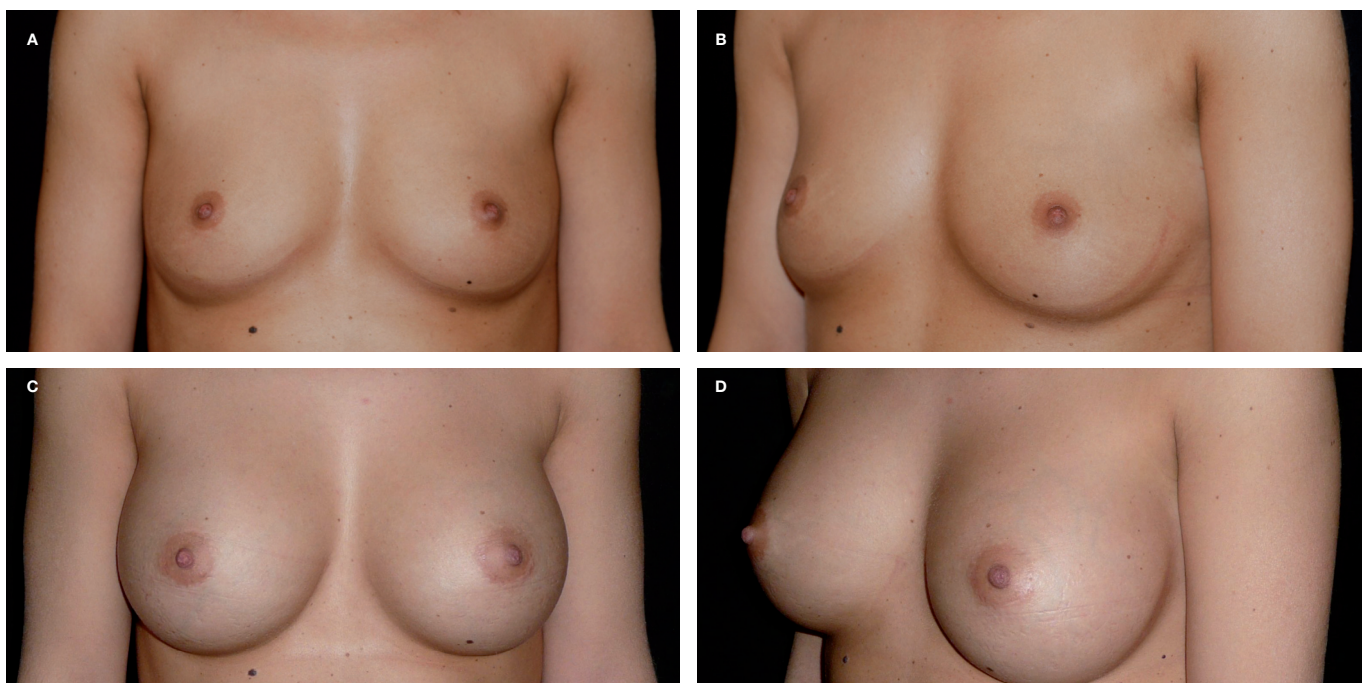


FIGURE 1 Augmentation mammaire par prothèse préremplie de gel de silicone ronde enveloppe lisse, mise en place en position rétomusculaire par voie aréolaire inférieure. A. Vue de face préopératoire ; B. Vue de 3/4 préopératoire ; C. Vue de face postopératoire ; D. Vue de 3/4 postopératoire.

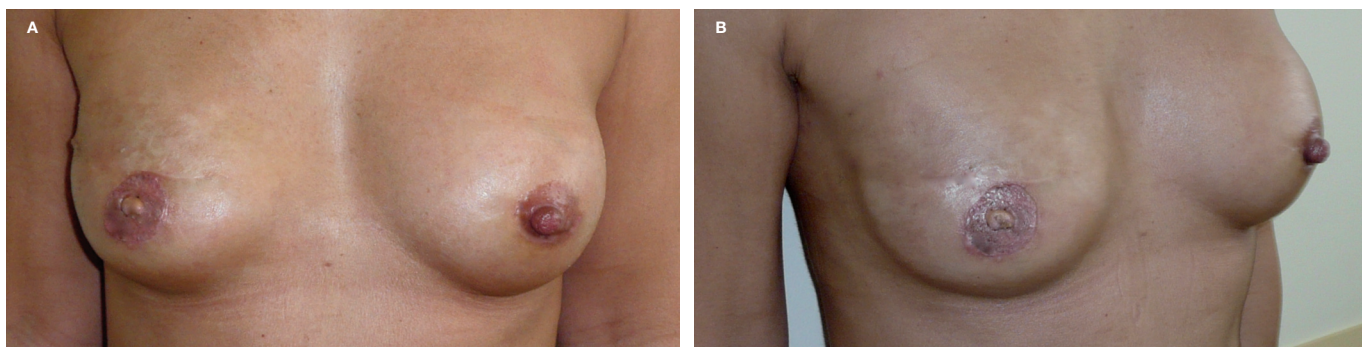


FIGURE 2 Reconstruction mammaire droite par prothèse anatomique en gel de silicone. A. Vue de face postopératoire ; B. Vue de 3/4 postopératoire.

mammographie numérisée. La prothèse rompue doit être remplacée, la capsulectomie est préférable en cas de rupture patente. Cela souligne l'importance du suivi. Dans certains cas, on observe à long terme des calcifications à l'intérieur de la capsule périprothétique. En cas de calcifications capsulaires, une capsulectomie est nécessaire avant une nouvelle implantation, les cristaux d'hydroxyapatite exposant à un risque de blessure de l'enveloppe du nouvel implant.

Risques généraux

Il n'a jamais été observé d'augmentation de l'incidence du cancer du sein chez les femmes implantées. Il n'existe aucune preuve tangible scientifiquement reconnue d'augmentation du risque de maladie auto-immune sur prothèse préremplie de gel de silicone.

Conclusion

Les implants mammaires sont donc source de nombreux désagréments, aussi bien en chirurgie

esthétique qu'en chirurgie reconstructrice. C'est pour cette raison que l'indication de recours à des implants mammaires doit être posée par un chirurgien plasticien spécialisé, après une analyse clinique et radiologique complète, chez une patiente informée, pour qui aucune autre solution n'est envisageable, et acceptant un suivi régulier. •

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.