

**Livret
d'informations
patient**



Votre reconstruction mammaire

Centre Oscar lambret
3 rue F. Combemale – BP 307
59020 Lille Cedex



CONTACTS UTILES



Comment contacter le service de sénologie chirurgicale ?

Vous appelez **le Centre Oscar Lambret** au : **03.20.29.59.59**
Et demandez **Poste 5803**

Comment appeler l'infirmière des soins externes pour des problèmes de cicatrisation?

Vous appelez le Centre Oscar Lambret au : **03.20.29.59.59**

La semaine :

Poste 5447

*Service de soins externes **de 8h15 à 12h et de 14h à 16h***

Le week-end et les jours fériés :

Poste 5803

*Service d'hospitalisation **de 13h à 14h30***

NB : *Avant d'appeler les infirmières, veuillez préparer votre numéro de dossier (IPP). L'infirmière en aura besoin pour répondre à vos questions.*

Qui appeler pour des questions concernant l'anesthésie et la douleur?

Vous appelez **le Centre Oscar Lambret** au :
03.20.29.59.59

Et demandez :

Le secrétariat du Département d'Anesthésie-Réanimation-Algologie
Poste 5989

SOMMAIRE

I. Informations médicales concernant les interventions de reconstruction mammaire :

Généralités	p 5
Reconstruction du volume mammaire par prothèse	p 9
Reconstruction du volume mammaire par lambeau de muscle grand dorsal	p 15
Reconstruction du volume mammaire par lambeau DIEP	p 19
Reconstruction par graisse : lipomodelage	p 25
L'harmonisation des deux seins :	p 29
→ La symétrisation	
→ La reconstruction de l'aréole et du mamelon	
→ Le lipomodelage	

II. Informations concernant l'organisation autour de votre intervention chirurgicale :

Informations médicales sur l'anesthésie	p 37
Informations sur la prise en charge de la douleur post-opératoire	p 43
Informations sur le dépistage de colonisation par staphylocoque	p 47
Informations concernant la douche préopératoire	p 51
Déroulement du séjour	p 53

III. Informations concernant le retour à domicile après la reconstruction mammaire :

Questions réponses sur les soins de cicatrice	p 62
Convalescence	p 66
Surveillance	p 68

IV Annexe :

Annexe 1 : Votre chirurgien vous informe sur le risque de Lymphomes anaplasiques à grandes cellules survenant sur prothèse mammaire	p 72
Annexe 2 : Reconstruction mammaire. Information destinée aux femmes avant la pose de prothèses mammaires	p 73
Annexe 3 : Questions - réponses à destination des femmes porteuses d'implants mammaires	p 73
Mémo	P 89

I. Informations médicales concernant les interventions de reconstruction mammaire :

Généralités

Ce livret d'information a été conçu par les chirurgiens sénologue en partenariat avec le département d'anesthésie du Centre Oscar Lambret comme un complément à votre première consultation, pour répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à une reconstruction du volume mammaire.

Le but de ce document est de vous apporter toutes les informations nécessaires pour vous permettre de prendre votre décision en toute connaissance de cause.

Après une mastectomie une demande de reconstruction est tout à fait légitime et est prise en charge par l'assurance maladie. En France en moyenne 27% des patientes réalisent une reconstruction mammaire.

Principes

La reconstruction mammaire peut être débutée en même temps que la mastectomie, on parle alors de reconstruction mammaire immédiate (RMI). La peau et la plaque aréolomammellaire peuvent dans certains cas être conservées.

Lorsque la reconstruction est faite à distance des traitements complémentaires, on parle alors de reconstruction secondaire (RMS). La cicatrice de mastectomie est réutilisée; si elle peut parfois être améliorée, il est impossible de la faire disparaître.

La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance carcinologique.

Alternatives

La reconstruction mammaire n'est jamais obligatoire, elle reste un choix personnel.

L'utilisation d'une prothèse externe peut être suffisamment satisfaisante pour certaines femmes.

Définitions

Si la reconstruction du sein par prothèse est la plus connue et la plus utilisée, il existe d'autres techniques apportant des tissus d'une autre partie de votre corps : ce sont les reconstructions autologues.

Elles utilisent des lambeaux : le muscle grand dorsal, le lambeau de l'abdomen nommé le DIEP qui provient de l'anglais Deep Inferior Epigastric Perforator, lambeau de peau et de graisse prélevé sur l'abdomen qui présente l'avantage de n'être constitué que des propres tissus de la femme, plus rarement les lambeaux fessiers ou des cuisses. Ces techniques sont plus sophistiquées elles ont leurs avantages comme leurs inconvénients propres.

Enfin la reconstruction mammaire peut se faire par de la graisse, exclusivement ou associé à une prothèse.

Le choix de la technique dépend de la morphologie de la patiente, de ses habitudes de vie (activité professionnelle, sportive, tabagisme) de ses antécédents médicaux et de son souhait.

Principe :

La reconstruction mammaire nécessite généralement trois étapes donc plusieurs interventions:

- 1/ Reconstruire le volume mammaire**
- 2/ Harmoniser les deux seins**
- 3/ Reconstruire la plaque aréolomamelonnaire**

Cela prend généralement au moins un an

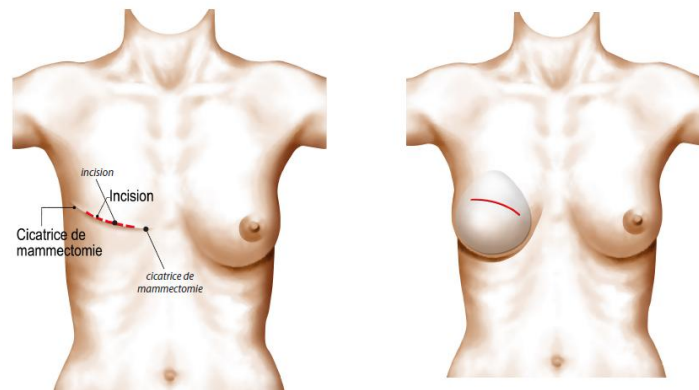
Anesthésie et intervention chirurgicale

Toutes les interventions de reconstruction mammaire se font sous anesthésie générale durant laquelle vous dormirez complètement. Seule la reconstruction de la plaque aréolomammellaire peut se faire sous anesthésie locale.

L'intervention peut durer trois à quatre heures puis vous passerez en salle de réveil pour une durée variable avant de retourner dans votre chambre. La reprise de l'alimentation normale se fait en général le soir ou le lendemain de l'intervention.

Avant l'intervention l'arrêt du tabac pendant un mois est vivement conseillé. En effet le tabac pourrait être à l'origine d'un retard ou d'une absence de cicatrisation.

Reconstruction du volume mammaire par Prothèse



Illustrations propriété SOFCPRE

Les prothèses

Il existe plusieurs fabricants ainsi que plusieurs types de prothèses mammaires.

Les prothèses sont toutes constituées d'une enveloppe en silicone qui peut être lisse ou rugueuse (texturée).

Cette prothèse est remplie par du gel de silicone dont la consistance est généralement plus ferme qu'un sein normal.

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

A l'heure actuelle conformément aux recommandations de l'ANSM et de la SFSPM de 2019 nous ne posons plus de prothèses macro texturées mais des prothèses lisses rondes. Cette décision fait suite aux cas décrits de Lymphomes Anaplasiques à grandes cellules survenus chez des patientes porteuses de prothèses macro texturées.

Pour plus d'informations sur le sujet des Lymphomes Anaplasiques à Grandes Cellules voir Annexe 1

Les prothèses d'expansion sont des prothèses temporaires (expandeur). . Elles sont gonflées avec de l'eau pour obtenir progressivement le volume souhaité. Elles contiennent un aimant que vous pouvez sentir comme une zone plus dure sous la peau. Il est donc contre indiqué de réaliser une IRM alors que vous avez cette prothèse temporaire Par contre vous pouvez passer les détecteurs de métaux par exemple aux aéroports.

Principes

L'intervention consiste à mettre en place, sous la peau sur ou sous le muscle pectoral, une prothèse interne.

Cette prothèse interne est, en cas de volume modéré de la poitrine, la prothèse permanente. Ce peut être dans certains cas une prothèse provisoire qui se gonfle progressivement (un expandeur, ou prothèse d'expansion) destinée à accroître la quantité des tissus de couverture (peau, muscle).

Il s'agit d'un sac vide muni d'une petite valve, comme un ballon. En consultation, quelques semaines après l'intervention, le gonflage pourra commencer. Des petites quantités de sérum physiologique sont injectées dans la valve à travers la peau à l'aide d'une aiguille. Cette prothèse provisoire est ainsi gonflée progressivement par le chirurgien. Quand le gonflage est terminé, quelques semaines ou mois de repos seront nécessaires avant d'envisager la deuxième intervention qui consiste à retirer la prothèse d'expansion et à la remplacer par l'implant permanent.

A cette occasion il est possible de remodeler le sein opposé si cela est nécessaire (symétrisation). La plaque aréolo-mamelonnaire (aréole + mamelon) sera reconstruite le plus souvent ultérieurement (troisième temps opératoire), lorsque le volume du sein sera stabilisé. Cette dernière intervention peut se faire sous anesthésie locale.

L'intervention

L'intervention dure en moyenne 2 heures.

Elle est réalisée sous anesthésie générale souvent associée à une anesthésie locorégionale proposée en consultation d'anesthésie.

Un drain est généralement laissé en place derrière la prothèse.

Votre hospitalisation

L'hospitalisation est variable en moyenne de 3 à 5 jours.

Les suites opératoires peuvent être douloureuses pendant quelques jours ou quelques semaines, nécessitant la prise d'antalgiques. Si les douleurs vous paraissent trop importantes après votre retour à domicile, vous devez contacter votre médecin traitant pour qu'il adapte vos traitements antidouleur (antalgiques) en fonction de vos besoins.

En cas de persistance de douleurs une consultation spécialisée d'algologie peut être réalisée dans notre structure.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites.

On peut observer une gêne à l'élévation du bras, mais tous les mouvements sont possibles s'ils sont effectués sans effort excessif. Aucune rééducation systématique post opératoire n'est nécessaire.

Le résultat

L'aspect du sein reconstruit va progressivement évoluer.

Il faut attendre trois à quatre mois pour pouvoir apprécier le résultat de la reconstruction et de la symétrisation éventuelle.

Chez certaines patientes, l'intégration psychique de ce volume insensible peut être difficile et une période d'ambivalence d'au moins six mois est souvent constatée. L'entourage médical et familial joue un rôle important dans cette période durant laquelle la patiente a besoin d'être rassurée.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

Après implantation d'une prothèse permanente :

Le résultat final n'est pas acquis d'emblée, le sein reconstruit aura un aspect un peu figé, et la peau qui le recouvre sera peu sensible. Vous pouvez parfois ressentir des contractions du muscle grand pectoral.

Après implantation d'une prothèse d'expansion :

Le gonflage de la prothèse débute quelques semaines après l'intervention jusqu'à ce que le volume atteint se rapproche de l'autre sein. A la fin du gonflage, il conviendra d'attendre encore plusieurs semaines avant de réaliser le remplacement de la prothèse d'expansion temporaire par la prothèse permanente ce qui conférera une forme plus naturelle.

Les imperfections de résultats:

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.
- ➔ de la hauteur : le sein non opéré subira normalement l'évolution vers la ptôse (le fait que le sein tombe) accentuant l'asymétrie.
- ➔ et de la palpation : la patiente pouvant percevoir la prothèse, du fait de la faible épaisseur du muscle et de la peau.

Les cicatrices prennent fréquemment un aspect rosé et gonflé au cours des premiers mois post-opératoires, puis elles s'atténuent pour devenir moins visibles sans cependant complètement disparaître.

Les cicatrices parfois restent un peu trop visibles et présentent différents aspects disgracieux (hyper-pigmentation, épaissement, rétraction, adhérence ou élargissement). Elles peuvent nécessiter alors d'un traitement spécifique. A cet égard, il ne faut pas oublier que si c'est le chirurgien qui réalise les sutures, les modalités de cicatrisation de la peau sont propres au patient.

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 complications pouvant survenir dans les suites de l'intervention chirurgicale sont principalement:

- L'Infection : qui nécessite un traitement antibiotique, et parfois une nouvelle intervention pouvant aller jusqu'à retirer la prothèse.
- Les saignements, hématome : qui peut nécessiter un geste d'évacuation chirurgicale.
- La nécrose de la peau: dont le risque est surtout élevé après radiothérapie conduisant à une exposition de la prothèse et imposant l'ablation de celle-ci. Le tabagisme majore également ce risque

Les complications pouvant survenir à distance de l'intervention chirurgicale sont:

- La formation d'une coque contractile : la formation d'une capsule autour de l'implant est constante. Cette coque peut parfois entraîner une déformation visible du sein reconstruit qui devient plus ou moins ferme, parfois plus douloureux.
Ce risque reste totalement imprévisible pour chaque patiente. Il est majoré si une radiothérapie doit être administrée sur la prothèse elle-même pouvant aller jusqu'à 30 %.
- Les vagues et les plis : lorsque la peau recouvrant la prothèse est fine, elle peut laisser deviner la déformation de l'enveloppe sous forme d'irrégularités (vagues ou de plis).
- Le déplacement de l'implant : un déplacement de l'implant ou luxation est toujours possible sous l'effet des contractions musculaires. Il est déconseillé de pratiquer la musculation excessive des pectoraux dans les suites opératoires. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.
- La rupture traumatique: le risque est réel lors d'un traumatisme intense, ou lors d'une compression excessive. Cependant la prothèse est résistante, elle n'est pas endommagée par le port de la ceinture de sécurité qui reste obligatoire en voiture. Les voyages en avion ou la plongée sous-marine sont possibles sans aucune précaution particulière.

« Usure » et « vieillissement » de l'implant :

Dans un délai imprévisible l'enveloppe de la prothèse peut s'user progressivement, pouvant entraîner une fuite de son contenu. En revanche en l'absence d'anomalie il n'est pas recommandé de changer la prothèse systématiquement après 10 ans.

Les signes cliniques correspondant à une usure d'une prothèse sont le plus souvent tardifs sous la forme d'une déformation du sein ou bien de l'apparition d'une coque. Ceci est sans danger pour vous. Vous pouvez donc sans urgence envisager le changement de la prothèse.

Mammographie et prothèse : Attention, il n'est pas recommandé de faire une mammographie du sein reconstruit par prothèse. Il est préférable de faire une échographie.

En revanche la mammographie est possible quand il s'agit d'une prothèse d'augmentation du sein à visée esthétique. le préciser au radiologue qui utilisera des clichés spéciaux pour ne pas trop comprimer la prothèse.

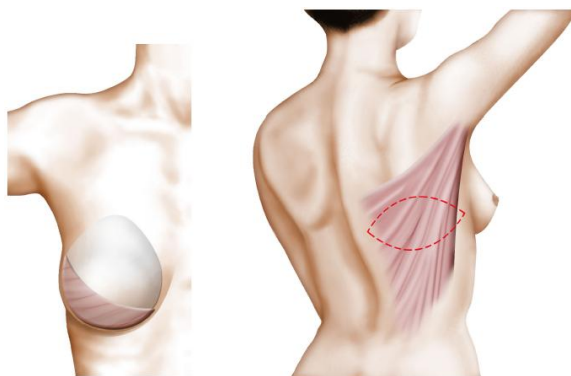
Pour toute question relative à vos implants mammaires vous pouvez consulter les annexes:

Annexe 1 (page 72) **Votre chirurgien vous informe sur le Risque de Lymphomes anaplasiques à grandes cellules survenant sur prothèse mammaire**

Annexe 2 (page 73) **Reconstruction mammaire. Information destinée aux femmes avant la pose de prothèses mammaires**

Annexe 3 (page 77) **Questions - réponses à destination des femmes porteuses d'implants mammaires**

Reconstruction du volume mammaire par lambeau de muscle grand dorsal



Illustrations propriété SOFCPRE

Définition: L'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer le volume et les contours du sein par une palette de peau et de muscle prélevé dans la région du dos, sous l'omoplate. Le grand dorsal est un lambeau « pédiculé » dont la vascularisation est de très bonne qualité.

Principes

Le muscle grand dorsal est un muscle mince et étendu de la région du dos, dont la fonction n'est pas indispensable pour les gestes de la vie courante. En revanche, il peut servir dans certaines activités sportives. Si vous pratiquez un sport de façon intensive parlez-en au chirurgien pour savoir si l'utilisation de ce muscle risque de contrarier cette activité.

Ce lambeau est glissé sous la peau de la paroi latérale du thorax et positionné entre la cicatrice de mastectomie et le sillon sous mammaire comme « une pièce rapportée ».

Dans certains cas le lambeau peut être entièrement enfoui sous la peau du thorax.

La mise en place d'une prothèse interne sous la peau et le muscle peut être utilisée pour obtenir un volume suffisant.

Au niveau de la zone où la peau a été prélevée, la cicatrice sera parfois horizontale et en partie dissimulable par le soutien-gorge. Le prélèvement du muscle dans le dos ne laisse pas un trou dans le dos mais peut entraîner une petite asymétrie visuelle (disparition ou diminution des « bourrelets » par rapport à l'autre côté).

En reconstruction mammaire secondaire cette technique est très utile dans les cas où la peau du thorax est fragilisée par la radiothérapie et ne peut à elle seule protéger une prothèse interne.

En cas de reconstruction mammaire immédiate il est possible de conserver la peau du sein et parfois la plaque aréolomamelonnaire. Cela dépend de la taille du cancer et de sa localisation par rapport au mamelon.

Lorsque le volume du sein reconstruit sera stabilisé, dans un second temps opératoire la symétrisation de l'autre sein et la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire peuvent être réalisées.

L'intervention

L'intervention peut durer trois à quatre heures.

Elle est réalisée sous anesthésie générale le plus souvent associée à une anesthésie locorégionale de la zone opérée proposée lors de la consultation réalisée par l'anesthésie.

Habituellement deux drains sont laissés en place l'un dans le dos le second au niveau du volume mammaire reconstruit.

Votre hospitalisation

L'hospitalisation est en moyenne de trois à cinq jours.

Les suites opératoires peuvent être douloureuses pendant quelques jours ou semaines, nécessitant la prise d'antalgiques. Si les douleurs vous paraissent trop importantes après votre retour à domicile, vous devez contacter votre médecin traitant pour qu'il adapte vos traitements antidouleur (antalgiques) en fonction de vos besoins.

En cas de persistance de douleurs une consultation spécialisée d'algologie peut être réalisée dans notre structure.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites.

On peut observer une gêne à l'élévation du bras, mais tous les mouvements sont possibles s'ils sont effectués sans effort excessif. Aucune rééducation post opératoire systématique n'est nécessaire.

Le résultat

Le résultat final n'est pas acquis d'emblée, le sein peut apparaître un peu trop figé avec une sensation de tiraillement au niveau du dos. L'aspect du sein reconstruit va progressivement évoluer.

Il faut attendre trois à quatre mois pour pouvoir apprécier le résultat de la reconstruction et de la symétrisation éventuelle.

Chez certaines patientes, l'intégration psychique de ce volume insensible peut être difficile et une période d'ambivalence d'au moins six mois est souvent constatée. L'entourage médical et familial joue un rôle important dans cette période durant laquelle la patiente a besoin d'être rassurée.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

Les imperfections du résultat :

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

Il persistera toujours une 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, s'il y a une prothèse le sein reconstruit ne s'étalera pas comme le sein normal.
- De la hauteur : le sein non reconstruit subira normalement l'évolution vers la ptose accentuant l'asymétrie.
- De la palpation : La consistance du sein reconstruit est plus ferme surtout si une prothèse est associée au muscle.

De plus la sensibilité de la peau sur le sein reconstruit ne sera jamais parfaite.

Les complications envisageables :

La reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal est une intervention chirurgicale assez lourde, ce qui implique des risques de complications liées à l'anesthésie et liées au geste chirurgical. Heureusement les complications sont peu fréquentes, elles doivent cependant être connues.

Les complications pouvant survenir dans les suites de l'intervention chirurgicale :

- Saignements et hématomes : L'hématome est un risque de tout geste chirurgical. Cette complication peut nécessiter un geste d'évacuation chirurgicale.
- La nécrose du lambeau : le lambeau peut souffrir et se nécroser. Ce risque est plus élevé chez les patientes fumeuses. Une nécrose importante est exceptionnelle. Elle peut nécessiter une réintervention pour enlever les tissus morts.
- L'infection : L'infection est un risque présent lors de tout geste chirurgical. Le traitement comporte un antibiotique et parfois une reprise chirurgicale.

Les complications pouvant survenir à distance de l'intervention chirurgicale :

- Un épanchement séreux : il s'agit plus d'un inconvénient que d'une véritable complication. Une poche liquidienne se forme au niveau du dos. Elle peut se résorber spontanément ou bien nécessiter des ponctions. Vous serez reçue par une infirmière du service de soins externes pour effectuer ces ponctions de liquide dorsal dans les semaines qui suivent l'intervention. Là, l'infirmière de ce service évaluera si la poche de liquide formée est suffisamment importante pour nécessiter une ponction (vous vous en apercevez vous-même parfois en ayant l'impression d'un gonflement sous la cicatrice). L'infirmière fera la ponction (non douloureuse en général) de cette poche à l'aide d'une aiguille et d'une seringue après désinfection de la peau. La quantité de liquide (jaune ou rougeâtre) enlevée est variable d'une personne à l'autre. Cette poche peut se renouveler dans les jours qui suivent et nécessiter de nouvelles ponctions.

L'infirmière de soins externes a l'habitude d'évaluer le temps nécessaire pour la ponction suivante, en sachant que si cette poche se renouvelle très vite et que vous êtes gênée avant vous pouvez toujours contacter le service de soins externes (ou l'hospitalisation les jours fériés et week-ends) pour avancer la date du prochain rendez-vous.

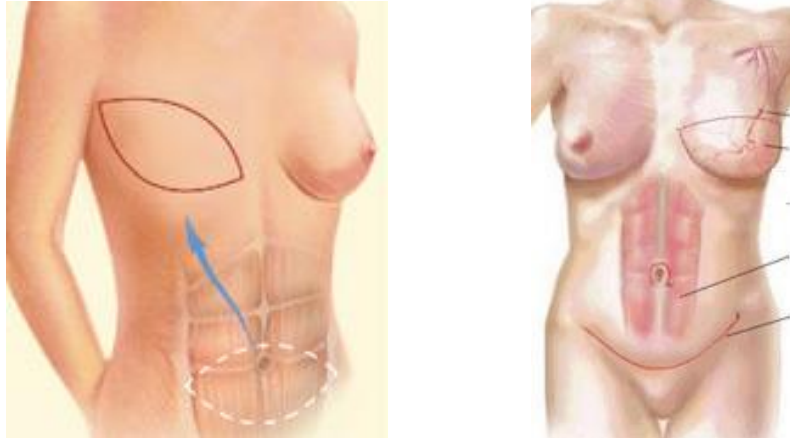
La durée des ponctions, l'espace entre 2 ponctions, le nombre de ponctions... sont très variables. On donne une moyenne d'une à 2 ponctions par semaine pendant 3 semaines, 1 mois mais ce n'est qu'une moyenne....

Les complications liées à la prothèse sont rares car elle est recouverte par le muscle qui la protège. On peut citer ; la formation d'une coque contractile, l'aspect de vagues et plis le déplacement de l'implant (luxation) ainsi qu'une infection ou un hématome.

- Les contractions du muscle grand dorsal : Le muscle peut parfois se contracter entraînant des mouvements involontaires et gênant du sein reconstruit. Cette symptomatologie disparaît en général progressivement.

Les cicatrices parfois restent un peu trop visibles et présentent différents aspects disgracieux (hyper-pigmentation, épaissement, rétraction, adhérence ou élargissement). Elles peuvent nécessiter alors d'un traitement spécifique. A cet égard, il ne faut pas oublier que si c'est le chirurgien qui réalise les sutures, les modalités de cicatrisation de la peau sont propres au patient.

Reconstruction du volume mammaire par lambeau abdominal DIEP



Définition

Le lambeau DIEP, pour Deep Inferior Epigastric Perforator flap, est une technique originale qui peut être proposée aux patientes présentant un ventre favorable. L'excès de peau et de graisse à ce niveau est transféré au niveau du thorax afin de reconstruire le sein sans se servir de prothèse. C'est un lambeau « libre » qui nécessite des anastomoses vasculaires en microchirurgie

Principes

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer le volume et les contours du sein par le transfert au niveau du thorax de l'excès de peau et de graisse de la région abdominale sous-ombilicale. La technique donne au sein reconstruit une forme et une souplesse naturelles puisqu'il est constitué des propres tissus de la patiente. Cette reconstruction est définitive et évolutive, elle suit les variations pondérales et les effets de la pesanteur comme le sein naturel.

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 entre les deux seins.

L'intervention s'adresse aux femmes non fumeuses sans surpoids important présentant un abdomen favorable, idéalement celui que l'on aimerait faire disparaître au moyen d'une plastie abdominale.

L'intervention consiste à disséquer un lambeau, horizontal de peau et de graisse prélevé dans la région abdominale sous-ombilicale avec une artère et une veine mais sans le muscle grand droit, puis à le transférer au niveau du thorax et gardé vivant grâce à la reconnexion des vaisseaux avec des vaisseaux de l'aisselle ou du thorax.

Cette méthode fait appel à la microchirurgie. Ce lambeau est modelé au niveau du thorax afin de reconstruire un sein naturel, le volume apporté étant tel qu'il permet au chirurgien de se passer de l'utilisation de toute prothèse interne. Le sein reconstruit n'aura que peu de sensibilité au toucher. La fermeture du site donneur engendre une cicatrice inférieure sur toute la largeur de l'abdomen.

L'amélioration de la silhouette au niveau du ventre est souvent perçue comme un avantage. Habituellement il n'est pas nécessaire de consolider la paroi abdominale par un renfort synthétique car le fait de ne pas emporter le muscle grand droit et son aponévrose prévient la fragilisation de la paroi. La symétrisation de l'autre sein et la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire (aréole+mamelon) sont le plus souvent réalisées ultérieurement lorsque le volume du sein reconstruit sera stabilisé.

La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance cancérologique.

Avant l'intervention

Il s'agit d'une intervention délicate qui nécessite un arrêt complet du tabac 4 mis avant l'intervention. Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions de l'anesthésiste. Un angioscanner des vaisseaux de l'abdomen doit être réalisé avant l'intervention afin de permettre la planification de celle-ci.

Les risques thrombo-emboliques de ce type de reconstruction sont assez élevés et il est possible que le chirurgien vous prescrive des bas anti-thromboses (prévention de la phlébite) qu'il vous faudra porter avant même l'intervention jusqu'à votre sortie de l'établissement.

Vous aurez un traitement par anticoagulation pendant trois semaines après l'intervention pour éviter les phlébites. Il vous est demandé également d'acheter une gaine de contention abdominale s'agrafant sur le devant qui vous servira de maintien dès le premier pansement. Elle sera alors portée en continu, pendant plusieurs semaines. L'arrêt du tabac est indispensable. Il pourrait être à l'origine d'une oblitération (thrombose) des vaisseaux rebranchés et donc d'un échec de la technique.

Type d'anesthésie et modalités d'hospitalisation

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale souvent associée à une anesthésie locorégionale de la zone opérée qui vous sera proposé en consultation d'anesthésie.

Une hospitalisation d'au moins 7 jours est habituellement nécessaire. La sortie sera conditionnée par le succès de l'intervention (absence de thrombose) et l'ablation des drains.

L'intervention

L'intervention peut durer six à huit heures. En fin d'intervention, la vitalité du sein reconstruit est surveillée cliniquement (couleur, chaleur, recoloration à la pression et doppler). Des drains sont généralement laissés : deux au niveau du ventre et un au niveau du sein reconstruit. Vous passerez en salle de réveil pour une durée variable avant de retourner dans votre chambre. La reprise de l'alimentation normale se fait en général le soir ou le lendemain de l'intervention.

Les suites opératoires

Les suites opératoires peuvent être douloureuses pendant quelques jours ou semaines, nécessitant la prise d'antalgiques. Dans tous les cas, des antalgiques vous seront prescrits. Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites ainsi qu'au niveau du ventre. Les pansements seront réalisés régulièrement. Le port de la gaine (nuit et jour) est nécessaire pendant plusieurs semaines. Il convient d'envisager une convalescence d'au moins huit semaines. Il peut persister une faiblesse au niveau des muscles abdominaux qui peut gêner une femme sportive, mais cette perte de force est très faible: moins de 30% du côté du muscle disséqué. Des séances de kinésithérapie peuvent vous être prescrites pour retrouver votre tonus musculaire abdominal.

Le résultat

La reconstruction par lambeau DIEP restaure immédiatement un volume et une forme permettant à la patiente de s'habiller normalement avec un décolleté. Le résultat final n'est cependant pas acquis d'emblée. Au début, le sein peut apparaître un peu trop figé avec une sensation de tiraillement au niveau du ventre. L'aspect du sein reconstruit va progressivement évoluer. Il faut attendre deux à trois mois pour que votre chirurgien puisse apprécier le résultat et en particulier la symétrie. Ce n'est qu'à ce stade que éventuelles retouches sont envisageables. Chez certaines patientes, l'intégration psychique de ce volume insensible peut être difficile et une période d'ambivalence d'au moins six mois est souvent constatée. L'entourage médical et familial joue un rôle important dans cette période durant laquelle la patiente a besoin d'être rassurée.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

Les imperfections de résultat

Il est malheureusement impossible de reconstituer un sein parfaitement symétrique à l'autre. Il persistera toujours une certaine asymétrie des deux seins, qu'il s'agisse :

- du volume : la base du sein ne sera jamais parfaitement identique.
- de la forme : l'étalement des deux seins peut être différent.
- de la couleur : une petite différence est souvent présente.
- et de la sensibilité : le sein reconstruit est peu sensible.

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 parfois restent un peu trop visibles et présentent différents aspects disgracieux (hyper-pigmentation, épaissement, rétraction, adhérence ou élargissement). Elles peuvent nécessiter alors d'un traitement spécifique. A cet égard, il ne faut pas oublier que si c'est le chirurgien qui réalise les sutures, les modalités de cicatrisation de la peau sont propres au patient.

Les complications envisageables

La reconstruction mammaire par lambeau DIEP est une intervention chirurgicale assez lourde, ce qui implique les risques liés à tout acte de ce type. 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 DIEP.

Les complications pouvant survenir dans les suites de la reconstruction mammaire par DIEP sont :

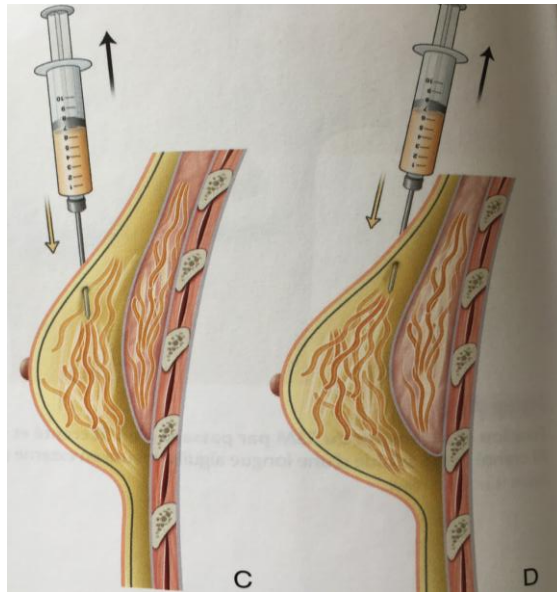
-Une nécrose du lambeau par thrombose des anastomoses vasculaires microchirurgicales. Il est nettement plus élevé chez les patientes diabétiques, ou fumeuses. L'arrêt du tabac est donc obligatoire. Une thrombose aboutit inévitablement à la nécrose et nécessite une réintervention. Il faut soit enlever le lambeau (nécrose totale) c'est un échec de la reconstruction, soit enlever la zone du lambeau nécrosée (nécrose partielle).

-Saignements et hématome : l'hématome est un risque inhérent à tout geste chirurgical. Il peut survenir malgré toute l'attention apportée par le chirurgien en per-opératoire. Cette complication peut nécessiter une reprise chirurgicale précoce.

-La nécrose graisseuse tardive (cytostéatonécrose) : elle crée des nodules fermes dans le sein reconstruit, indolores, il est aisé de les différencier d'une récurrence de la maladie.

-Une éventration ou une hernie abdominale : l'intervention peut fragiliser la paroi abdominale mais le risque d'éventration est minime car le muscle et son aponévrose ne sont pas emportés. Il arrive parfois que l'abdomen présente une petite voussure sous-ombilicale au niveau du site de prélèvement des vaisseaux. Ceci n'a aucune conséquence pour votre santé ni pour votre confort.

Reconstruction du volume mammaire par graisse



Définition

La reconstruction mammaire par graisse exclusive (lipomodélage ou lipofilling) est une technique de reconstruction mammaire récente.

Le principe est de prélever de la graisse par lipoaspiration sur la patiente puis de la réinjecter vers le thorax pour reconstruire le sein.

Principes

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer le volume et les contours du sein par le transfert au niveau du thorax de graisse prélevée sur différentes zones du corps de la patiente ou il y en a en excès. Le sein reconstruit a une forme et une souplesse naturelles puisqu'il est constitué des propres tissus de la patiente. Cette reconstruction est définitive et évolutive, elle suit les variations pondérales et les effets de la pesanteur comme le sein naturel.

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 entre les deux seins.

L'intervention s'adresse aux femmes ayant des seins de petits à moyens volume avec suffisamment de zone de graisse à prélever.

L'intervention consiste à aspirer de la graisse à l'aide d'une fine canule glissée sous la peau par des orifices de 5 mm. Les régions à prélever peuvent être: la région abdominale sus ou sous-ombilicale, les cuisses, la culotte de cheval.

Cette méthode nécessite plusieurs interventions chirurgicales successives ; 4 à 6, chacune à intervalle de 3/ 4 mois.

L'amélioration de la silhouette liée à l'aspiration de la graisse est souvent perçue comme un avantage. La symétrisation de l'autre sein et la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire (aréole+mamelon) sont le plus souvent réalisées secondairement lorsque le volume du sein reconstruit sera stabilisé.

La reconstruction mammaire ne modifie en rien la surveillance cancérologique.

Avant l'intervention:

Il est préférable d'arrêter de fumer afin de diminuer le risque de complication.

Il est essentiel d'avoir atteint votre poids de forme et de l'avoir stabilisé. La graisse réinjectée sera sensible aux variations pondérales, c'est à dire qu'en cas de perte ou de prise de poids les zones traitées pourront comme le reste du corps, se creuser ou gonfler.

Type d'anesthésie et modalités d'hospitalisation

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale souvent associée à une anesthésie locorégionale de la zone opérée qui vous sera proposé en consultation d'anesthésie.

Une hospitalisation ambulatoire est habituellement nécessaire.

L'intervention

L'intervention peut durer 1 à 2 heures.

Le prélèvement de tissu adipeux est effectué de façon atraumatique par une micro-incision cachée dans les plis naturels, à l'aide d'une fine canule. Les zones prélevées sont celles que vous aurez au préalable définies avec votre chirurgien.

On aura choisi une région discrète ou il existait un excès de tissu graisseux. On procède ensuite à la préparation de la graisse, soit par centrifugation soit par décantation afin de ne garder que les cellules graisseuses de bonne qualité à réinjecter.

La réinjection du tissu graisseux se fait à partir d'incisions de 1 mm à l'aide de fines canules. L'objectif est de bien répartir la graisse sur toute la surface de façon harmonieuse.

Les suites opératoires :

Des ecchymoses recouvriront les zones de prélèvements ainsi que les zones receveuses de graisses. Un œdème peut s'installer. Ces symptômes se résorbent en général après 10 -15 jours.

Il est préférable de ne pas vous exposer au soleil pour éviter le risque de pigmentation définitive.

Les douleurs sont en général peu intenses, comme des courbatures.

Le résultat

Après un mois les phénomènes d'œdème et les ecchymoses ont généralement régressés, puis une partie des cellules adipeuses peuvent disparaître entraînant une diminution de volume. Le volume final est apprécié dans un délai de 4 à 6 mois après l'intervention. De façon générale il est impossible de prédire la quantité de graisse qui restera après 4 à 6 mois. Si la fonte a été importante et le résultat obtenu insuffisant, d'autres séances de lipomodélage peuvent être réalisées.

Des zones plus fermes (dites de cytotéatonécrose) peuvent apparaître de façon rare. Ces zones diminuent progressivement de taille en quelques mois, et s'assouplissent lentement. Radiologiquement, ces transferts de graisse peuvent se traduire, comme dans toute chirurgie du sein par des calcifications (liées à la cicatrisation tissulaire). Ces calcifications (macro et microcalcifications) sont différentes de celles observées dans les cancers du sein, et ne posent pas de problèmes de diagnostic pour les radiologues expérimentés, qui peuvent s'aider de l'échographie et de l'IRM.

Dans certains cas difficiles, l'insuffisance de résultat est prévisible avant l'intervention et une deuxième, voire une troisième, séance de lipomodélage peuvent être nécessaires, et envisageables au moins 3 à 4 mois plus tard. Le nombre de séances n'est pas limité, sauf par les quantités de graisse disponibles pouvant faire l'objet de prélèvement.

Dans quelques cas, des imperfections localisées peuvent être observées (sans qu'elles ne constituent de réelles complications) : hypo-corrrection localisée, asymétrie légère, irrégularités.

Les complications envisageables

Les vraies complications liées à l'intervention chirurgicale sont rares. En cas de survenue d'une infection, elle serait traitée par antibiothérapie et glace. Un pneumothorax peut survenir exceptionnellement, et doit alors faire l'objet d'un traitement spécifique s'il est important (drainage).

L'harmonisation des deux seins

Lorsque le sein reconstruit a pris sa place définitive, c'est-à-dire quelques mois après le premier temps de reconstruction mammaire, vous pouvez envisager de réaliser une seconde voire une troisième intervention visant à harmoniser les deux seins et améliorer les résultats.

Plusieurs gestes permettent d'harmoniser les deux seins :

- **Symétriser l'autre sein** : équilibrer le volume du sein controlatéral par une réduction ou augmentation par prothèse, modifier la forme par une pexie.
- **Reconstruire la plaque aréolomamelonnaire**
- **Améliorer les contours de sein reconstruit par lipomodélage ou reprise de cicatrices**

Ces différentes interventions peuvent être faites plusieurs mois mais aussi plusieurs années après, c'est vous qui décidez. Vous pouvez également choisir de ne pas subir d'autres interventions si le résultat vous satisfait.

La Symétrisation

La cure de ptose mammaire (c'est à dire remonter un sein un peu trop tombant) peut être associée à la correction de l'hypotrophie mammaire (seins petits) et nécessiter la pose d'implants mammaires ou au contraire à la correction d'une hypertrophie mammaire (seins trop gros) nécessitant une réduction mammaire. En fonction des cas la cicatrice peut être tout autour de l'aréole, ou associée à une cicatrice verticale à la partie inférieure du sein et éventuellement à une cicatrice horizontale dans le sillon sous mammaire. Il est parfois nécessaire de mettre en place un drain.

Cette intervention dure 1h30 à 2h environ et a lieu sous anesthésie générale. La durée du séjour à l'hôpital varie de 1 à 2 nuits ou parfois en ambulatoire, c'est à dire sur la journée sans rester la nuit.

Les douleurs post opératoire sont peu importantes soulagées par des antalgiques comme du paracétamol.

Il faut savoir que l'allaitement n'est pas toujours possible après une cure de ptose mammaire.

Comme toute chirurgie des complications sont rares mais possibles, (infections, hématomes, retard de cicatrisation, nécrose complète ou partielle de la plaque aréolomamelonnaire)

Reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire

Objectifs

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstruire une aréole colorée ainsi qu'un relief central comme mamelon.

La reconstruction aréolaire n'est jamais obligatoire et certaines femmes se satisfont de la reconstruction d'un volume mammaire. Cette intervention est prise en charge par l'Assurance-maladie.

L'opération peut être réalisée lorsque le volume du sein reconstruit est considéré comme stabilisé, à l'occasion d'un second ou troisième temps opératoire.

Il existe plusieurs techniques :

Le tatouage = dermopigmentation :

La technique la plus simple consiste à introduire dans le derme, un pigment stérile. Il se fait sous anesthésie locale en consultation. Ces tatouages nécessitent une séance complémentaire s'ils s'atténuent avec le temps.

Les techniques chirurgicales :

Cette intervention est effectuée au bloc opératoire sous anesthésie locale ou générale et dure environ 1 heure. Ce geste est réalisé le plus souvent en hospitalisation ambulatoire.

Pour le mamelon : Il existe plusieurs techniques chirurgicales; votre chirurgien choisira avec la plus appropriée.

La greffe controlatérale d'une partie du mamelon du sein naturel est la technique de choix si le mamelon est suffisamment projeté et généreux : on en prélève une partie pour la greffer de l'autre côté. Ce geste ne laisse quasiment pas de trace et n'altère pas la sensibilité.

Les lambeaux locaux : Un lambeau local de peau est prélevé et enroulé sur lui-même restaurant un relief mamelonnaire central. La cicatrice de prélèvement est dissimulée sous une greffe de peau ou un tatouage qui reconstruit l'aréole.

Pour la plaque aréolomamelonnaire : Le tatouage ou une greffe de peau totale prélevée au niveau du pli de l'aîne peuvent vous être proposés.

Avant l'intervention l'arrêt du tabac est recommandé un mois avant et un mois après l'intervention (le tabac peut être à l'origine d'un retard de cicatrisation).

Les suites opératoires sont simples et ne nécessitent pas systématiquement d'arrêt de travail. Les douleurs sont le plus souvent modérées et rapidement calmées par les antalgiques simples.

Vous serez convoquée une semaine après l'intervention par une infirmière des soins externe qui retirera le pansement.

Au premier pansement, les greffes ont parfois un aspect très blanc; cette coloration évolue rapidement vers un aspect violacé saignant légèrement. Des croûtes sont possibles. Un aspect plus favorable (greffe rosée) apparaît dans les semaines suivantes.

Le résultat et ses imperfections :

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

L'aréole reconstruite a perdu toute possibilité de contraction (différence de taille) et sa sensibilité érogène. Il existe souvent une différence de couleur entre les deux aréoles. De plus, les tatouages ont souvent tendance à s'atténuer mais leur renouvellement est toujours possible.

Le relief du mamelon est souvent insuffisant et ce quelle que soit la technique chirurgicale (lambeau ou greffe).

Les complications envisageables :

Les complications de la reconstruction aréolaire sont en fait rares. L'échec de la prise de greffe est toujours possible. Dans ce cas, une autre technique vous sera proposée.

Le lipomodélage

Le transfert graisseux au niveau du sein, est actuellement une technique reconnue d'une grande efficacité. Le principe de cette technique est de transférer la graisse de la patiente d'un site donneur variable chez chaque patiente : ventre, hanches, cuisses...vers la région thoraco-mammaire où il manque de volume (défauts localisés, notamment dans le décolleté, ou défaut plus global). Cette intervention fait partie intégrante de la reconstruction, et est prise en charge par l'assurance-maladie.

L'anesthésie et l'hospitalisation :

L'intervention est habituellement réalisée sous anesthésie générale et dure 1 à 2 heures. Le lipomodélage seul nécessite une hospitalisation courte, ambulatoire. En cas de geste associé, l'hospitalisation dépend du geste associé le plus long.

L'intervention :

Chaque chirurgien adopte une technique qui lui est propre et qu'il adapte à chaque cas pour obtenir les meilleurs résultats. Toutefois, on peut retenir des principes de base communs :

- Le chirurgien commence par procéder à un repérage précis des zones de prélèvement de la graisse, ainsi que des sites receveurs. Le choix de ces zones de prélèvement est fonction des zones d'excès de graisse et des désirs de la patiente.
- Le prélèvement du tissu graisseux est effectué par de petites incisions cachées dans les plis naturels, à l'aide d'une fine canule d'aspiration.
- Le transfert du tissu graisseux se fait à partir d'incisions millimétriques à l'aide de canules.
- Dans la mesure où il s'agit d'une véritable greffe de cellules (dont la prise est estimée à 60 à 70% selon les patientes), les cellules greffées resteront vivantes. En revanche, l'évolution de ces cellules graisseuses se fait selon l'adiposité de la patiente (si la patiente maigrit, le volume apporté diminuera). Une certaine stabilité pondérale est donc recommandée afin de garder un résultat stable dans le temps.

Les suites opératoires :

Dans les suites opératoires, les douleurs sont en règle générale modérées. Un gonflement des tissus (oedème) au niveau des sites de prélèvement et au niveau des seins apparaît pendant les 48 heures suivant l'intervention, et mettra en général 1 mois à se résorber.

Des ecchymoses (bleus) apparaissent au niveau des zones de prélèvement de graisse : elles se résorbent dans un délai de 3 à 4 semaines après l'intervention.

Le résultat et ses imperfections :

Après 1 mois les phénomènes d'œdème et les ecchymoses ont généralement régressés, puis une partie des cellules adipeuses peuvent disparaître entraînant une diminution de volume. Le volume final est apprécié dans un délai de 4 à 6 mois après l'intervention. De façon générale il est impossible de prédire la quantité de graisse qui restera après 4 à 6 mois. Si la fonte a été importante et le résultat obtenu insuffisant, d'autres séances de lipomodelage peuvent être réalisées.

Des zones plus fermes (dites de cytotéatonecrose) peuvent apparaître de façon rare. Ces zones diminuent progressivement de taille en quelques mois, et s'assouplissent lentement. Radiologiquement, ces transferts de graisse peuvent se traduire, comme dans toute chirurgie du sein par des calcifications (liées à la cicatrisation tissulaire). Ces calcifications (macro et microcalcifications) sont différentes de celles observées dans les cancers du sein, et ne posent pas de problèmes de diagnostic pour les radiologues expérimentés, qui peuvent s'aider de l'échographie et de l'IRM.

Dans certains cas difficiles, l'insuffisance de résultat est prévisible avant l'intervention et une deuxième, voire une troisième, séance de lipomodelage peuvent être nécessaires, et envisageables au moins 3 à 4 mois plus tard. Le nombre de séances n'est pas limité, sauf par les quantités de graisse disponibles pouvant faire l'objet de prélèvement.

Dans quelques cas, des imperfections localisées peuvent être observées (sans qu'elles ne constituent de réelles complications) : hypo-corrrection localisée, asymétrie légère, irrégularités.

Si une prothèse se situe près de la zone à lipomodeler, il faut savoir qu'il peut être nécessaire de la changer, si les réinjections viennent près de la prothèse.

Les complications envisageables :

Les vraies complications sont rares. En cas de survenue d'une infection (rare), elle serait traitée par antibiothérapie et glace. Un pneumothorax peut survenir exceptionnellement, et doit alors faire l'objet d'un traitement spécifique s'il est important (drainage).

II. Informations concernant l'organisation autour de votre intervention chirurgicale

Informations médicales sur l'anesthésie

Qu'est-ce que l'anesthésie ?



L'anesthésie est une technique médicale qui rend insensible aux gestes chirurgicaux (ou médicaux) douloureux et/ou invasifs. Il existe plusieurs manières de provoquer cette insensibilité. Cet état particulier permet de ne pas ressentir les douleurs ou encore l'angoisse provoquées par le geste chirurgical. Il peut être obtenu par anesthésie générale, par anesthésie locorégionale ou par anesthésie locale. Parfois, deux techniques sont combinées (anesthésie générale et locorégionale, par exemple).

Lors d'une anesthésie générale, le patient reçoit des médicaments qui rendent inconscient. Ces médicaments vont induire un état qui ressemble un peu au sommeil. L'anesthésie générale diffère cependant du sommeil dans la mesure où la douleur provoquée par l'acte chirurgical ne réveille pas. Les réactions de l'organisme à l'acte chirurgical sont également contrôlées.

L'anesthésie locorégionale permet de rendre la région du corps opérée insensible. Cette insensibilité est obtenue en empêchant les nerfs de cette région de fonctionner de façon temporaire par l'action de médicaments spéciaux : les anesthésiques locaux. Injectés à proximité des nerfs, ils les « endorment » (on dit « bloquer » dans le langage anesthésique). Une anesthésie locorégionale nécessite toujours une injection.

Une anesthésie générale peut être associée soit de principe, soit devenir nécessaire en cas d'insuffisance ou d'échec de l'anesthésie locorégionale.

Toute anesthésie, générale et/ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance et une visite pré-anesthésique.

La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste réanimateur ou un interne en anesthésie encadré par un médecin anesthésiste.

Au cours de cette consultation et de la visite pré-anesthésique, vous serez informé(e) des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre cas.

À cette occasion, vous serez amené(e) à exprimer vos préférences. Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de l'acte opératoire, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits.

Le médecin qui pratiquera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation. Il disposera de votre dossier médical et en cas de nécessité, pourra choisir de modifier la technique prévue.



Comment serez-vous surveillé(e) pendant l'anesthésie et à votre réveil ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placé(e) sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur.

En fin d'intervention, vous serez surveillé (e) de manière continue dans une salle de surveillance post-interventionnelle pendant une heure environ.

Quels sont les risques de l'anesthésie ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Ce risque est minimisé par l'évaluation médicale pré opératoire et par la gestion adaptée de vos médicaments personnels : C'est la raison pour laquelle il est important d'apporter l'ordonnance de votre traitement personnel.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter.



Aussi, les complications graves de l'anesthésie, qu'elles soient cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses, sont devenues très rares.

En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'évènements désagréables.

Quels sont les inconvénients et les risques propres à l'anesthésie générale ?

- Des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil. Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer.
- L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement au décours de l'intervention.
- Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaire particulière.
- La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe.
- Après anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister. Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie.
- Tous les symptômes précédemment cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à consulter. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.
- Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.



Quels sont les anesthésies locorégionales utiles en chirurgie du sein ?

Afin de diminuer la douleur postopératoire et de rendre l'anesthésie plus légère, l'anesthésiste en consultation peut vous proposer une anesthésie locorégionale complémentaire. Celle-ci n'est pas systématique, l'anesthésiste examinera si elle peut être utile pour vous.

Une anesthésie locorégionale est une technique qui permet d'endormir les nerfs de la région opérée. Pour la chirurgie du sein, elle est complémentaire à l'anesthésie générale.

Deux techniques sont possibles :

- Soit l'injection se fait à la partie antérieure de la poitrine, sous la clavicule. Soit sur le côté au niveau du creux axillaire, rarement au niveau du dos dans le cadre de la reconstruction mammaire par prélèvement de muscle grand dorsal.
- Cette injection se fait après l'anesthésie générale sous échographie pour plus de précision et avant que le chirurgien n'opère. Cette technique est appelée un **bloc interpectoral de type 1 ou 2, un serratus plane bloc, un bloc des érecteurs du rachis.**

- Soit, l'injection se fait au niveau du dos, là où les nerfs sortent de la colonne. Cette technique se fait AVANT l'anesthésie générale. Pour votre confort, on peut administrer un sédatif pendant l'injection. Dès l'injection terminée, on vous recouchera sur le dos et l'anesthésie générale sera pratiquée. Cette technique est appelée un **bloc paravertébral.**

Les bénéfices et les risques de ces techniques sont présentés dans un livret que l'anesthésiste vous remettra en consultation si vous êtes concernée.

Remarque :

Il peut arriver, rarement, lors d'une intervention chirurgicale sous anesthésie générale, qu'un membre de l'équipe soignante soit victime d'un AES (accident d'exposition au sang), c'est-à-dire que, par une piqûre ou une projection sur ses muqueuses, ce soignant soit en contact avec votre sang.

Dans ce cas, il y a urgence à connaître votre statut sérologique, s'il n'est pas connu, vis-à-vis des virus des hépatites et du virus HIV (délai maximum de 2 heures), afin si nécessaire de mettre en route un traitement d'urgence chez le soignant.

Nous pouvons donc être amenés à vous faire cette prise de sang pendant l'anesthésie générale. Si vous y êtes opposés, merci de le signaler à l'admission auprès du médecin anesthésiste ou de l'infirmière qui vous accueillera dans le service.

Informations sur la prise en charge de la douleur post-opératoire

Avant l'hospitalisation : en consultation d'anesthésie

- ➔ Vous recevrez toutes les informations en rapport avec la prise en charge de la douleur.

Pendant l'hospitalisation

- ➔ Une évaluation régulière de votre douleur sera effectuée par l'infirmière et des antalgiques vous seront donnés
- ➔ Les principaux médicaments utilisés sont les suivants :
 - Le paracétamol
 - Les anti-inflammatoires
 - La morphine ou ses dérivés



Selon les médicaments, l'administration se réalisera par voie intraveineuse ou par voie orale.

Une technique nécessitant votre participation peut également vous être proposée pour certains types d'intervention. Il s'agit de **l'Analgésie Contrôlée par le Patient** également appelée **PCA**.

- ➔ La PCA utilise un appareil que votre médecin programme pour soulager votre douleur et pour vous apporter un maximum de confort.

L'appareil est composé d'un réservoir qui contient un médicament pour calmer la douleur (le plus souvent de la morphine) et un dispositif électronique que vous commandez par un bouton. Cet appareil est branché à votre perfusion.

En appuyant sur le bouton poussoir que vous confiera votre infirmière, l'appareil vous délivrera une petite dose d'anti-douleur. Cet anti-douleur met entre 5 et 7 minutes pour faire effet. Si, dans ce laps de temps, vous réactivez le bouton poussoir, l'appareil ne vous délivrera pas de dose.

Par contre, si vous n'êtes pas suffisamment soulagé après 7 minutes, appuyez sur le bouton. C'est vous qui décidez quand demander l'anti-douleur. La pompe est réglée par le médecin pour éviter les surdosages et votre douleur est soulagée en toute sécurité. La PCA est dotée d'un maximum de sécurité. Si une panne se produisait, une alarme la signalerait immédiatement à l'infirmière.

Quelque soit la technique proposée, **une infirmière passera régulièrement pour évaluer votre douleur** et s'assurer que vous êtes suffisamment soulagé(e). A cette occasion, sachez lui faire part d'éventuelles sensations inconfortables (sommolence, nausées, douleur d'estomac, démangeaisons...).

Après l'hospitalisation et à distance de l'intervention

- ➔ A votre retour à domicile, il vous est demandé de contacter votre médecin traitant, car c'est ce dernier qui prendra le relais de la prise en charge de la douleur.
- ➔ Si des douleurs persistent à distance de l'intervention chirurgicale, il vous est possible de rencontrer un médecin algologue (spécialisé dans la prise en charge de la douleur), au Centre Oscar Lambret. Vous pouvez prendre rendez-vous au 0320295989.



Les questions que vous vous posez sur la douleur :

Si l'on m'administre de la morphine, vais-je devenir toxicomane ?

➔ **Non, il n'y a pas d'exemple de dépendance liée à l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés pour traiter une douleur postopératoire.**

L'utilisation de la morphine est-elle synonyme de cancer ou de fin de vie ?

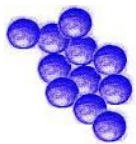
➔ **Non, la morphine et ses dérivés sont utilisés quotidiennement pour calmer les douleurs postopératoires.**

Informations sur le dépistage de staphylocoque doré

Les staphylocoques sont des bactéries présentes sur notre peau. Il existe de nombreuses espèces de staphylocoques, celle qui donne le plus d'infection est le staphylocoque doré.



Environ 20 % des personnes sont porteur naturellement de staphylocoque doré principalement au niveau du nez, de la gorge mais aussi sur la peau sans être malade.



Afin de limiter le risque d'infection lors de l'intervention, nous appliquons toutes les recommandations en vigueur (douche avant l'intervention, mesure d'hygiène au bloc, maintenance des blocs...). Néanmoins malgré un niveau d'exigence maximum, il existe toujours un risque minime d'infection lors d'une intervention notamment lors de la pose d'une prothèse mammaire.

Au Centre Oscar Lambret, nous avons décidé de permettre aux patientes de bénéficier de mesures complémentaires. Celles-ci comprennent un dépistage et, si nécessaire, un traitement.

Quand et comment réaliser la recherche du staphylocoque doré?

Lors de la consultation avec votre chirurgien

Seulement **pour les patientes qui auront la pose d'une prothèse mammaire.**

Votre chirurgien vous expliquera les bénéfices attendus du dépistage et de l'élimination du staphylocoque doré (décolonisation).

A la suite de la consultation

- ➔ L'infirmière réalisera le dépistage nasal, si cette consultation est très éloignée de l'intervention il sera réalisé le jour de votre consultation d'anesthésie.

En cas de présence du staphylocoque doré

- ➔ Vous serez informé du résultat par courrier de la nécessité de réaliser la décolonisation. Une ordonnance vous sera envoyée en même temps pour obtenir les produits nécessaires à la décolonisation en pharmacie.

Un second dépistage aura lieu le jour de votre hospitalisation.

Comment réaliser la décolonisation du staphylocoque doré ?

La décolonisation permet d'obtenir une diminution transitoire de cette bactérie. Elle comprend 2 mesures essentielles l'utilisation pour la toilette d'un savon antiseptique et l'application d'une pommade antibiotique dans le nez.



La décolonisation n'est efficace que si les mesures 1 et 2 sont appliquées durant les 5 jours précédents votre hospitalisation en vue de l'intervention

1. Application d'une pommade au niveau nasal

- ➔ Appliquez une noisette de mupirocine 2% (Bactroban ®) dans chaque narine 3 fois par jour ; pressez le nez pour répartir la pommade: vous devez sentir le goût de la mupirocine dans le fond de sa gorge après l'application.

2. Toilette corporelle avec un savon antiseptique

Vous devez utiliser pour chaque douche, des gants de toilette et serviettes propres, et remettre ensuite des vêtements propres. Il est conseillé de changer les draps chaque jour.

- ➔ douche/bain ou toilette quotidien du corps entier (y compris cheveux) avec le savon désinfectant qui vous a été prescrit.
- ➔ mouiller la peau, appliquer le savon antiseptique sur l'ensemble du corps.

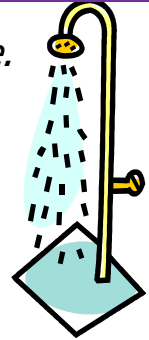


INSISTEZ EN SAVONNANT BIEN :

- Sous les bras,
 - Le nombril,
 - Les régions des organes génitaux,
 - Le pli interfessier,
 - Les pieds (entre les orteils).
-
- RINCEZ-VOUS abondamment les cheveux, la tête et le corps.
 - Séchez- vous avec des serviettes propres

Informations concernant la douche pré-opératoire

Vous serez hospitalisé(e) pour subir une intervention chirurgicale. Certaines règles d'hygiène sont à observer pour éviter les complications infectieuses.



Pourquoi réaliser la douche préopératoire ?

La douche préopératoire réalisée à l'aide d'un savon doux est destinée à éliminer les germes présents sur votre peau. Elle est indispensable avant toute intervention chirurgicale.

De la bonne réalisation de cette douche dépendront la sécurité et la qualité des soins que vous prodigue l'équipe soignante.

Quand réaliser la douche préopératoire ?

Elle doit être réalisée **la veille** et **le jour de l'intervention chirurgicale** à votre **domicile**.

Le jour de l'intervention:

- ➔ **Ne vous maquillez pas** (ni crème). En effet, une surveillance de la coloration de votre visage sera réalisée durant l'intervention. Retirez vos bijoux et piercings.
- ➔ Vous prendrez une douche **corps et cheveux compris**, à l'aide d'un **savon doux** et de votre shampoing habituel.

Comment réaliser la douche préopératoire ?

Vous devez respecter les indications suivantes :

- ➔ Mouillez-vous soigneusement la tête, les cheveux et l'ensemble du corps sous la douche.
- ➔ Lavez-vous les cheveux et la tête avec un shampoing et faites mousser. Frottez votre peau directement avec les mains ou à l'aide d'un gant de toilette propre et d'un savon doux.

- ➔ Sur le visage et le cou, lavez-vous en faisant mousser le savon. Insistez au niveau des oreilles, y compris derrière celles-ci.
- ➔ Lavez votre corps à l'aide d'un savon doux en commençant par le haut et en terminant par le bas.

Insistez sur les aisselles, le nombril, les régions des organes génitaux et du pli inter fessier et les pieds.

- ➔ Rincez-vous abondamment
- ➔ Séchez-vous avec une serviette propre et mettez des vêtements propres ou la tenue de bloc opératoire.

En pratique, comment faire ?



Enlever le vernis, couper et curer les ongles



Commencer par faire un shampoing



Laver le visage et le cou en insistant derrière les oreilles



Insister sur : les aisselles, le nombril, les plis de l'aîne et les pieds



Savonner en dernier la région génitale puis la région anale



Rincer abondamment toujours de haut en bas



Se sécher avec une serviette propre, mettre des vêtements propres

Le déroulement du séjour

Vous allez être hospitalisé(e) pour subir une intervention chirurgicale dans le Département de Sénologie du Centre Oscar Lambret.

Les formalités administratives seront effectuées au bureau des admissions lors de votre pré-admission que vous ferez le jour de la consultation d'anesthésie

Voici les principales étapes de votre hospitalisation :

A votre entrée dans l'établissement

Vous vous présenterez à l'accueil central.

Vous serez orientée vers l'hôtesse d'hospitalisation du 2^{ème} étage qui vous installera dans votre chambre et vous donnera des informations administratives et hôtelières.



A votre entrée dans le service

Vous serez hospitalisé(e) la veille ou le jour même de l'intervention.

Dans le cas où votre entrée a lieu le jour de l'intervention, une infirmière vous contactera la veille entre 10 h et 12 h afin de vérifier avec vous certaines consignes, et vous donner certaines informations.

Vous êtes accueilli(e) par l'hôtesse qui vous installe dans votre chambre et vous donne des informations administratives et hôtelières pour votre séjour.

Vous allez rencontrer les différents membres de l'équipe qui va vous prendre en charge :

- ➔ L'infirmier(e) établira avec vous un recueil d'informations nécessaires à votre surveillance. Elle répondra à vos questions sur : - le déroulement de votre séjour d'hospitalisation et l'organisation pour le jour de votre intervention chirurgicale - la prise en charge de la douleur - la préparation de la peau pour votre passage en salle de bloc opératoire. Dans le cas où vous devez bénéficier d'un prélèvement du ganglion sentinelle, l'infirmier(e) vous précise l'heure de l'injection et de la scintigraphie axillaire.

Si vous êtes hospitalisée la veille de l'intervention l'anesthésiste passera dans votre chambre pour répondre à vos questions et préciser l'heure du jeûne : Les boissons sucrées (thé, café sans lait, jus de fruits sans pulpe, eau...) sont autorisées et conseillées jusque 2 heures avant le passage au bloc. Si vous rentrez le jour même, vous rencontrerez l'anesthésiste au niveau du bloc opératoire.



- ➔ Les consignes du jeûne vous seront rappelées lors de l'appel de la veille.
- ➔ L'infirmier(e) peut organiser un rendez-vous avec une psychologue selon vos besoins.
- ➔ Un interne de chirurgie et/ou votre chirurgien répondra à vos éventuelles questions sur l'intervention.

L'équipe vérifiera que vous êtes en possession des examens et radiographies nécessaires à votre intervention. Au besoins, des examens ou prises de sang complémentaires seront pratiqués.

Selon les recommandations CBUM (Contrat du bon usage des médicaments), l'infirmière **recupérera** votre traitement personnel, et vous le **rendra** lors de votre **sortie**.

Une tenue de bloc adaptée vous sera remise. Il vous sera demandé de respecter un protocole de préparation à l'intervention. Cette préparation comprend une douche et un shampoing avec un savon doux à réaliser la veille et le jour de l'intervention.

Le jour de votre opération

L'heure du jeûne vous a été précisé(e): **Les boissons sucrées (thé, café sans lait, jus de fruits sans pulpe, eau...) sont autorisées et conseillées jusqu'à 2 heures avant le passage au bloc.**



Vous aurez la possibilité de vous rendre au bloc opératoire :

→ **Soit debout** : le brancardier vient vous chercher dans votre chambre et vous accompagne debout, vêtue d'une tenue de bloc adaptée au bloc opératoire. Vous serez installé(e) à l'arrivée du bloc dans un petit salon d'attente et un(e) aide-soignant(e) ou un(e) infirmier(e) vous conduiront jusqu'à la salle d'intervention.



→ **Soit couché(e)** : un brancardier vient vous chercher dans votre chambre et vous conduit au bloc opératoire dans votre lit.

Si vous portez des prothèses (dentaires, capillaires, auditives) ou lunettes, vous pourrez les garder. A l'arrivée au bloc, une pochette vous sera remise pour y mettre ces prothèses qui vous seront rendues à la sortie de la salle de réveil.

Vous discuterez de la manière dont vous souhaitez arriver au bloc opératoire en consultation d'anesthésie.

Avant votre passage au bloc opératoire, l'infirmier(e) vous demande : d'enlever bijoux, maquillage, vernis, et selon le mode d'arrivée au bloc opératoire : prothèses dentaires, lunettes ou lentilles - d'enfiler la tenue de bloc.

Au retour dans votre chambre

L'état de votre pansement et vos constantes sont surveillés régulièrement. L'infirmier(e) veille à votre confort et met à votre disposition la sonnette et le téléphone. Dès récupération de votre état de vigilance, vous aurez la possibilité de boire et manger dès que l'infirmière vous l'autorise. Votre premier lever s'effectue en présence de l'infirmier(e) après la reprise de l'alimentation.

Le chirurgien vient vous rendre visite en fin d'après-midi et vous donne des informations sur le déroulement du geste opératoire.



Les jours suivants votre intervention

La durée de votre hospitalisation est prévue avant l'intervention. Il ne s'agit cependant que d'une estimation qui doit être adaptée à votre situation personnelle.

Les pansements sont retirés le lendemain ou le deuxième jour après l'intervention. Les cicatrices peuvent rester à l'air. Des soins infirmiers à domicile ne seront pas nécessaires.

Vous pouvez prendre des douches pour nettoyer la cicatrice. Des conseils d'hygiène vous seront donnés par l'infirmière.

Vous pourrez encore rencontrer d'autres professionnels ou bénévoles dont l'action peut vous être utile :

- ➔ Des médecins et/ou des psychologues de l'unité de psycho oncologie
- ➔ Des membres de l'association « Vivre comme avant » proposent de rencontrer les patientes opérées d'une mastectomie totale et/ou d'une reconstruction mammaire immédiate.



A votre sortie

Après confirmation de votre sortie par le médecin, les sorties se font habituellement avant 11h.



Une date de consultation post-opératoire sera fixée 15 jours à 3 semaines après votre sortie. Un courrier sera adressé à votre médecin traitant. Il contiendra la synthèse de votre hospitalisation et les propositions éventuelles de prise en charge de la douleur et/ou de surveillance post opératoire.

- ➔ En cas de besoin, un rendez-vous avec une infirmière du service de soins externes vous sera donné quelques jours après votre sortie pour contrôler la cicatrisation ou dans certains cas réaliser une ponction. En cas de problème de cicatrisation à domicile, vous pourrez toujours contacter ce service de soins externes (vous trouverez le numéro de téléphone au début et à la fin en fin du livret).
- ➔ L'infirmière vous explique les modalités de sortie et vous donne les documents nécessaires.
- ➔ L'arrêt de travail sera prescrit par le médecin traitant dès votre retour à domicile. Sa durée est variable en fonction de l'intervention réalisée.
- ➔ L'hôtesse reste à votre disposition pour vous renseigner sur les formalités administratives.



Il existe des dispositifs dont les missions sont de vous écouter, de vous informer, de vous accompagner et d'échanger :

→ **Les AIRES Cancers** (Accueil information Rencontre Ecoute cancer)



→ **Les ERC** (Espaces Ressources Cancer)

Les AIRES Cancers se situent au sein des établissements hospitaliers en dehors des services d'hospitalisation et les Espaces Ressources Cancers sont des lieux ressources ouverts à tous

Des brochures d'informations sont à votre disposition dans le service de Consultation, à l'Accueil de l'hôpital de jour et dans les salles d'attentes de Radiothérapie, et pourront vous être donnés pendant votre hospitalisation.



III. Informations concernant le retour a domicile après la reconstruction mammaire

Le Centre Oscar Lambret est un établissement qui dispose d'un service de soins externes géré par des infirmières permettant de revoir des patientes systématiquement ou uniquement en cas de problème après un geste chirurgical. Les infirmières peuvent vous conseiller ou vous voir en consultation en cas de problème de cicatrisation.

Quels soins pour mes cicatrices ?

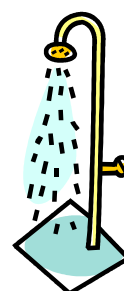
- La plaie peut rester à l'air et les fils ne seront pas à enlever car ils sont résorbables. Un petit nœud est présent à chaque extrémité de la cicatrice. Il existe également une perte de sensibilité normale de la zone opérée.
- Un gonflement au niveau de ou des plaies opératoires peut se produire. Celui-ci est dû à la présence de lymphes pouvant entraîner une gêne et une douleur. Une ponction (geste non douloureux) sera alors réalisée par l'infirmière des soins externes à l'aide d'une seringue et d'une aiguille, quelques jours après votre sortie d'hospitalisation.
- Un petit écoulement de lymphes (liquide jaune) peut se produire au niveau de la cicatrice. Vous pouvez alors nettoyer la plaie avec un antiseptique et mettre des compresses jusqu'au prochain rendez-vous avec l'infirmière. Sachez que cet écoulement diminue progressivement.
- Il est également habituel de sentir dans le sein à l'endroit où le chirurgien a opéré (endroit qui peut ne pas être immédiatement sous la cicatrice sur la peau) une zone dure : cela est normal et correspond simplement à la « couture » qu'a fait le chirurgien dans le sein pour fermer le trou. Cet aspect disparaît après quelques semaines voire quelques mois après l'intervention

En ce qui concerne la toilette

Vous pouvez prendre des douches.

Il est conseillé d'utiliser :

- un savon à PH neutre (type savon de marseille) durant les premières semaines
- un déodorant sans alcool
- une crème dépilatoire et non un rasoir



Pour sécher les cicatrices, il est conseillé de tamponner les cicatrices à l'aide d'une feuille d'essuie-tout absorbant par exemple, tant qu'il reste des petites croûtes.

Les bains et la piscine sont autorisés un mois environ après l'opération.

En ce qui concerne le port du soutien-gorge

Pour votre confort, il vous est conseillé de porter un soutien – gorge de type « sportif ».

Les soins à apporter aux cicatrices

Dés qu'il n'y a plus de croûtes (environ trois semaines) il est conseillé d'appliquer une crème hydratante qui apportera souplesse et confort à la cicatrice et évitera les sensations de démangeaison et de sécheresse.

- ➔ Il est conseillé de protéger les cicatrices du soleil, et ce, jusqu'à ce qu'elles ne soient plus rouges, c'est-à-dire sur une période allant de 6 mois à 2 ans suivant les cas.
- ➔ En effet, une cicatrice « bronze » au soleil mais ne débronce jamais. Aussi, le fait de présenter sa cicatrice au soleil entraîne des taches brunes sur la cicatrice, indélébiles. Les protections solaires comme l'écran total vont éviter cet effet, à condition d'en appliquer lors de chaque exposition au soleil, même non prévue (repas à l'extérieur, ballades).

Faut-il masser les cicatrices ?

Oui, mais pas tout de suite. IL faut attendre qu'il n'y ait plus de croûte.



ait plus

sinon le massage pourrait être traumatique et causer du tort au tissu nouvellement formé (risque d'élargissement de la cicatrice).

Le massage de la cicatrice permet de libérer les éventuelles adhérences et d'éviter les cicatrices disgracieuses, que l'on appelle hypertrophiques et chéloïdes.



Parfois une prise en charge spécifique chez un kiné spécialisé peut vous être proposé pour une prise en charge globale : pour assouplir les tissus péri cicatriciels favoriser la cicatrisation en plus des autres cibles de la rééducation : mobilité articulaire, contrôle posturale, lutte contre les contractures, réveil musculaire...

Vous pouvez contacter le(s) kiné(s) du COL : poste 1302

Comment et avec quoi masser ?

Avec une crème hydratante ou une huile d'amande douce. Pendant 5 min par jour, il faut exercer des petites pressions avec les doigts sur la cicatrice. Le blanchiment produit sur la cicatrice est une bonne chose. Puis, il faut décoller tout doucement les tissus pour libérer les adhérences. Le massage doit être poursuivi assez longtemps, durant au moins 3 mois (palper-rouler).

Comment peut évoluer ma cicatrice ?

Généralement, elle blanchit au bout de quelques temps (quelques mois) et s'affine.

Parfois, la cicatrice ne blanchit pas et reste rouge, s'agrandit et est douloureuse ou prurigineuse (sensation de démangeaison).

A distance de l'intervention, une infirmière spécialisée peut vous conseiller dans la prise en charge purement esthétique de la cicatrice (maquillage, crème, massage...). Vous pouvez la contacter :

Isabelle Drouard - Verbecque : 03 20 29 59 59 Poste 5974

Problèmes de cicatrisation : Qui et quand appeler ?

Qui appeler ?

En cas de problème de cicatrisation ou de questions relatives à la cicatrisation, vous pouvez contacter les infirmières des soins externes ou les infirmières du service d'hospitalisation.

Vous trouverez les numéros de téléphone ci-dessous dans les « contacts utiles ».

Quand appeler ?

Vous devez appeler l'infirmière en cas de :

- rougeur de la plaie
- gonflement de la plaie
- saignement de la plaie
- écoulement abondant de lymphe (liquide jaunâtre)
- température supérieure à 38° 5 c

Contacts utiles :

- **Service des soins externes : 03.20.29.59.59 Poste 5447**
- **Service de chirurgie conventionnel de sénologie :
03.20.29.59.59 poste 5803.**

En cas de doute, n'hésitez pas à nous joindre, nous sommes à votre disposition.

Votre Convalescence :

Il vous sera recommandé de prévoir 6 semaines pour retrouver une activité normale après reconstruction par lambeau, moins avec une prothèse mais cela est très variable d'une personne à l'autre en fonction de son vécu.

Les durées de la convalescence, de l'arrêt de travail, des douleurs sont imprévisibles avant l'intervention.

Il vous est recommandé de reprendre une activité sportive en particulier la natation qui permet de récupérer plus vite de l'épaule et du dos.

Surveillance :

La reconstruction mammaire ne favorise pas la récurrence du cancer mais ne la prévient pas.

Nous vous recommandons de poursuivre une surveillance clinique régulière.

Après avoir lu ce document vous pouvez vous poser de nouvelles questions.

Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une consultation, par téléphone ou dans le service avant l'intervention.

IV Annexe

**Annexe 1 : Votre chirurgien vous informe sur le
Risque de Lymphomes anaplasiques à grandes cellules survenant
sur prothèse mammaire**

**Annexe 2 : Reconstruction mammaire. Information destinée aux
femmes avant la pose de prothèses mammaires**

**Annexe 3 : Questions - réponses à destination des femmes
porteuses d'implants mammaires**

« Votre chirurgien vous informe sur le: Risque de Lymphomes anaplasiques à grandes cellules survenant sur prothèse mammaire »

Données épidémiologiques : le risque de développer un lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC) sur prothèses est exceptionnel. En effet, au 1^{er} février 2019, 58 cas ont été répertoriés en France depuis 2010, et environ 600 cas au niveau mondial. On estime à 67000, le nombre de ventes d'implants par an en France.

Recommandations nationales : La majorité des cas constatés en France sont survenus sur des prothèses macrotexurées type macrotecture Biocell[®] du Laboratoire Allergan. Aussi, conformément aux recommandations de l'ANSM et de la SFSPM nous ne posons plus de prothèses macrotexurées de cette marque, mais des prothèses lisses rondes.

Il n'y a actuellement aucune indication à réaliser l'ablation préventive des prothèses macrotexurées, car cette affection est exceptionnelle.



Signes cliniques pouvant conduire à envisager ce diagnostic :

Le signe de très loin le plus fréquent est la survenue d'une **augmentation rapide du volume du sein sous la forme d'un sérome péri-prothétique important (correspondant à du liquide autour de la prothèse)**. Le syndrome tumoral au niveau du sein est beaucoup plus rare (nodule palpable ou masse sur le sein). Douleur, inflammation, ulcération, altération de l'état général.

Les examens d'imagerie sont à réaliser en cas d'anomalie clinique. Ils doivent être réalisés avec des indications précises comme par exemple : lors d'une augmentation rapide du volume du sein à distance de l'intervention. Le bilan comprend habituellement une échographie mammaire en première intention puis une IRM si nécessaire.

Concernant le traitement : Dans plus de 90 % des cas il faut retirer les prothèses et réaliser l'ablation de la capsule péri prothétique (coque). Dans de rares cas, une prise en charge spécialisée par un traitement carcinologique sera nécessaire au sein de l'unité spécialisée dans le traitement des lymphomes. Ces lésions nécessitant un traitement général sont rares (parmi ces cas déjà exceptionnels).

Il n'est pas nécessaire de réaliser de surveillance par imagerie systématique.

MESSAGES IMPORTANTS adressés aux patientes:

1/ En cas d'anomalie clinique, notamment une **augmentation rapide du volume du sein**, vous devez consulter pour un avis spécialisé.

2/ Les femmes porteuses d'un implant mammaire et sans signes cliniques au niveau des seins, doivent avoir un suivi régulier, habituel : examen clinique des seins annuel et l'exploration radiologique éventuelle adaptée en fonction des signes d'appel.

Communiqué de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SENOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE(SFSPM)
Avis d'expert de l'INCA 15 février 2019

FICHE D'INFORMATION PATIENTE

Reconstruction mammaire

Information destinée aux femmes avant la pose de prothèses mammaires

Cette fiche d'information a pour objectif de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en connaissance de cause.

Vous envisagez une reconstruction mammaire par pose de prothèse(s) (implants mammaires internes).

Il existe des alternatives comme l'utilisation de tissus provenant d'autres parties de votre corps (reconstruction par lambeau, autogreffe de tissus graisseux) ou les prothèses mammaires externes. Certaines femmes ne ressentent pas le besoin de reconstruire leur(s) sein(s). Ce choix est personnel.

N'hésitez pas à en parler à votre chirurgien !

Vous trouverez ci-après les informations importantes à connaître afin de prendre votre décision. Il est vivement recommandé que vous lisiez la totalité du document.

Consultation
information

→
Consentement

→
Intervention
chirurgicale
Remise de la carte
d'implant

→
Suivi médical annuel



• Avant la pose

Le chirurgien doit vous informer des types de prothèses existants et de celui qu'il propose de vous poser, des risques et des éventuelles conséquences et complications.

Risques : la pose de prothèses mammaires (implants) n'est pas anodine. Comme pour toute opération, il existe des risques liés à l'anesthésie générale et au geste chirurgical. Des complications liées à la prothèse peuvent survenir, comme la rupture de la prothèse, la formation d'une coque réactionnelle autour de la prothèse et, dans des cas rares, un cancer du système lymphatique (Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules associé à l'implant mammaire, dit LAGC-AIM).

Durée de vie : les prothèses mammaires ont une durée de vie limitée. Celle-ci est variable et la fréquence de ré-intervention ne peut être prévue à l'avance. Il n'est donc pas possible de recommander un changement systématique au-delà d'une certaine durée. Toutefois les chirurgiens plasticiens recommandent de se poser la question du remplacement des prothèses au moins dans la dixième année après l'implantation. Une ou plusieurs ré-interventions peuvent être nécessaires au cours de votre vie, notamment en cas de complications (rupture, autre effet indésirable). Un changement de prothèse(s) nécessite un avis médical étant donné les risques liés notamment à l'anesthésie et à la chirurgie. En cas de retrait de votre ou vos prothèse(s), vous pouvez décider de ne pas la ou les remplacer.

Coût : la reconstruction mammaire est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie dans le cadre de votre affection de longue durée (ALD). Cependant, certains praticiens pratiquent des dépassements d'honoraires qui restent à votre charge. Votre chirurgien doit vous en informer et vous proposer un devis détaillé au préalable.

Consentement éclairé : Après avoir reçu une information complète et détaillée par votre chirurgien, vous signerez un document de « consentement éclairé » pour la reconstruction mammaire dont vous conserverez un exemplaire.

• L'intervention chirurgicale

Risques post-opératoires : Les risques les plus fréquents sont les hématomes, l'œdème, les infections, et à plus long terme l'épanchement autour de la prothèse et les inflammations, qui peuvent nécessiter une nouvelle opération chirurgicale. Ces risques sont les mêmes après la pose initiale, le retrait ou le changement de(s) prothèse(s).

Ces opérations comportent également les risques associés à toute anesthésie générale.

Durée d'hospitalisation : elle varie d'1 à 5 jours, notamment si un lambeau de tissus a été associé à la prothèse mammaire.

Durée d'incapacité de travail : il convient d'envisager une convalescence avec interruption d'activité d'une durée de 5 à 10 jours. Vous pourrez bénéficier d'indemnités journalières sous réserve de remplir les conditions d'ouverture de droits.

Votre information :

La traçabilité des implants est assurée conformément à la réglementation en vigueur.

À l'issue de l'opération :

- ▶ **une carte d'implant vous est remise. Elle précise l'identification de la prothèse, la date et le lieu de l'implantation ainsi que les coordonnées du chirurgien. Elle doit être conservée précieusement pour être présentée, notamment en cas de complications.**
- ▶ **vous retrouverez dans votre dossier patient des informations auxquelles vous pouvez avoir un accès rapide.** Elles mentionnent notamment l'identification de la prothèse, l'existence d'une durée de vie limitée et la nécessité de ré-intervention qui peut en découler, le lieu et la date de la pose, le nom du chirurgien, ainsi que les modalités de suivi médical.
- ▶ Les références de vos prothèses pourront être intégrées dans le registre national des prothèses mammaires.

• **Après la pose : le suivi médical**

Une consultation de votre chirurgien est recommandée :

- ▶ dans les quinze premiers jours suivant votre opération ;
- ▶ 3 mois après l'opération ;
- ▶ 1 an après l'opération, pour apprécier l'état de la ou des cicatrices ;
- ▶ et au minimum tous les ans, chez votre chirurgien, votre gynécologue ou votre médecin traitant.

Dans le cadre du suivi du cancer du sein, la surveillance repose sur un examen médical tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans, puis tous les ans, complété par une mammographie annuelle, et éventuellement par un autre acte d'imagerie médicale (échographie...).

Lors de toute consultation, il est important de signaler que vous êtes porteuse de prothèses mammaires.

• Symptômes nécessitant une consultation médicale

En cas d'augmentation de volume ou de déformation du sein, de douleur, de rougeur, de lésion de la peau au niveau du sein, quel que soit le moment de sa survenue ou en cas de choc sur le sein, vous devez consulter votre médecin.

Tout autre signe évoquant une situation anormale nécessite que vous consultiez un médecin, **en précisant que vous êtes porteuse de prothèse(s) mammaire(s).**

• Signalements des évènements indésirables

Les prothèses mammaires sont des dispositifs médicaux qui font l'objet d'une surveillance renforcée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

Vous pouvez déclarer aux autorités sanitaires tout évènement indésirable sur

<https://signalement-sante.gouv.fr>

Cette déclaration peut être effectuée même si l'incident a eu lieu il y a un certain temps.

En savoir plus

Ministère chargé de la santé
<https://solidarites-sante.gouv.fr/>

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
<https://ansm.sante.fr/>

Institut National Du Cancer
<https://www.e-cancer.fr/>

Société Française de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
<http://www.plasticiens.fr/>



Document établi en collaboration avec le blog des porteuses de prothèses mammaires et l'Association de défense des porteuses de prothèses de la marque P.I.P. (Association PPP)



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Questions - réponses

A destination des femmes
porteuses d'implants mammaires

Septembre 2017

Liste des questions

1. Quelles sont les informations à connaître et que doit me communiquer le chirurgien avant la pose d'implants mammaires ? **3**
2. Quels sont les techniques ou moyens existants autres que l'implant mammaire pour obtenir un effet d'augmentation mammaire ? **4**
3. Qu'est-ce qu'un implant mammaire ? **4**
4. Quels sont les risques associés à l'intervention chirurgicale (pose et explantation) ? **5**
5. Quels sont les risques associés au port d'implants mammaires ? **5**
6. Quelles informations dois-je conserver si je porte des implants mammaires ?
Et comment les récupérer si je ne les ai pas conservées ? **6**
7. Existe-t-il un registre national qui centralise les informations des patientes et permet de contacter les patientes en cas de problème ? **6**
8. Comment vérifier que mes implants mammaires sont intacts et comment détecter le suintement ou la rupture d'un implant ? **7**
9. Quelles sont les informations disponibles concernant la rupture d'implant ?
Dans quel délai peut-elle survenir ? **7**
10. Quelles sont les conséquences pour ma santé en cas de suintement ou de rupture d'un implant ?
Est-ce que l'organisme est capable d'éliminer le silicone ? **7**
11. Puis-je allaiter mon enfant si je porte des implants mammaires ? **7**
12. Existe-t-il un risque de rupture d'implants mammaires lors d'un voyage en avion ? **8**
13. Existe-t-il un risque pour les implants mammaires lié au port de la ceinture de sécurité ? **8**
14. Puis-je faire du sport si je porte des implants mammaires ? **8**
15. Si je fais enlever mes implants, sera-t-il possible d'en reposer d'autres ? **8**
16. Combien de temps puis-je espérer garder mes implants sans avoir besoin de les changer ? **8**
17. Quel est le suivi spécifique à adopter pour les femmes porteuses d'implants mammaires ? **8**
18. Quelles sont les informations à connaître sur le dépistage du cancer du sein et les modalités de suivi ? **9**
19. La présence d'implants mammaires peut-elle perturber le dépistage du cancer du sein par mammographie ? **9**
20. Si un implant se rompt ou si une complication potentiellement liée à mon implant survient, à qui et comment dois-je le déclarer ? **10**
21. Quelles sont les conditions de prises en charge financière des complications liées aux implants mammaires ? **10**
22. Quelles sont les obligations médico-légales de conservation des implants mammaires explantés ? **10**
23. Quelles sont les associations de patientes existantes ? **11**
24. Quelles sont les informations à connaître sur la réglementation des implants mammaires ? **11**
25. Comment être informée des études menées ? **11**
26. Comment puis-je trouver les informations utiles pour les femmes porteuses d'implants mammaires ? **11**

1. Quelles sont les informations à connaître et que doit me communiquer le chirurgien avant la pose d'implants mammaires ?

Avant d'avoir recours à la pose d'implants mammaires, il est recommandé de discuter avec le chirurgien des éléments suivants :

- des alternatives à la pose d'implants mammaires ;
- les indications et contre-indications ;
- les détails sur l'opération en elle-même, les risques opératoires et anesthésiques ;
- les effets immédiats suite à l'intervention chirurgicale ;
- les effets locaux à moyen et à long terme ;
- les risques associés à la pose d'implants ;
- le suivi médical et la fréquence des consultations de contrôle ;
- les conséquences liées à la présence d'implants mammaires en termes de dépistage de pathologies mammaires (examen clinique et mammographique) ;
- l'allaitement ;
- les documents¹ à conserver, notamment le devis, le consentement éclairé, le document avec les références de l'implant et tout document remis par votre chirurgien ;
- les détails sur la ré-intervention en cas de complications ou de changement d'implants ;
- les conditions de prise en charge financière de la pose d'implants mammaires et de leurs complications.

Cette liste n'est pas exhaustive (*voir les questions suivantes pour plus d'informations sur ces différents points*). Par ailleurs, vous avez accès aux informations de votre dossier médical selon la réglementation en vigueur².

Votre chirurgien est là pour répondre à toutes vos questions, n'hésitez pas.

Le devis de l'intervention³

Si l'implantation est à visée esthétique, le chirurgien vous adresse un devis détaillé (mentionnant notamment s'il effectuera lui-même tout ou partie de cette intervention) daté et signé par le ou les praticiens de l'équipe médicale, et pour lequel un délai minimum de 15 jours doit être respecté entre la remise de ce devis et l'intervention esthétique. Vous devez en conserver un exemplaire signé par le chirurgien et vous-même.

En cas de reconstruction mammaire :

Si l'implantation est faite dans le cadre d'une reconstruction mammaire, celle-ci est prise en charge à 100% dans le cadre de l'ALD (Affection Longue Durée) sur la base du tarif de l'Assurance maladie. Certains praticiens pratiquent des dépassements d'honoraires qui restent à votre charge. L'information concernant les coûts doit être claire et vous devez être informée avant de faire votre choix. N'hésitez pas à vous renseigner avant l'intervention notamment auprès de votre caisse d'assurance Maladie et le cas échéant auprès de votre mutuelle.

¹ Dans le cas d'une intervention de chirurgie esthétique, le devis, le consentement éclairé et le document avec les références de l'implant vous sont obligatoirement remis. Dans le cas de la reconstruction mammaire, le document avec les références de l'implant est obligatoirement remis.

² <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12210>

³ Article D.6322-30 du code de la santé publique <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072655&idArticle=LEGIARTI000006919321&dateTexte=&categorieIen=cid>

Document d'informations à signer ⁴

Le chirurgien vous informe, et, s'il y a lieu, votre représentant légal, des risques et des éventuelles conséquences et complications, notamment la durée de vie limitée du produit et l'éventuelle nécessité de ré-intervention qui en découle, ainsi que des effets indésirables attendus.

Après information, notamment si l'implantation est à visée esthétique, vous ou votre représentant légal signerez un document de « consentement éclairé ». Un exemplaire de ce document est conservé dans votre dossier médical. Vous devez en garder un exemplaire signé par le chirurgien et vous-même.

Un modèle du document d'information destinée aux femmes avant la pose d'implant mammaire dans le cadre de reconstruction mammaire ou de chirurgie esthétique est disponible sur le site Internet de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), la Haute autorité de santé (HAS), l'Institut national du cancer (INCa) et du Ministère chargé de la santé.

2. Quels sont les techniques ou moyens existants autres que l'implant mammaire pour obtenir un effet d'augmentation mammaire ?

La prothèse mammaire externe constitue une alternative à l'implant mammaire. Elle permet de reproduire ou restituer le volume et/ou la forme d'un sein.

L'autre alternative à l'implant pour obtenir un effet d'augmentation mammaire est l'utilisation des tissus de la patiente, lorsqu'elle est possible :

- soit sa graisse (autogreffe de tissu adipeux), qui est prélevée sur différents sites (abdomen, flancs, cuisses) puis injectée dans le sein. Cette méthode très simple nécessite d'avoir des zones donneuses suffisantes. Elle est applicable en chirurgie esthétique et en chirurgie reconstructrice. Cette technique nécessite le plus souvent plusieurs interventions chirurgicales pour aboutir à un volume suffisant ;
- soit un lambeau cutané, musculaire ou musculo-cutané prélevé dans le dos (grand dorsal), sur le ventre (grand droit), à la cuisse (gracilis) ou à la fesse (grand fessier). En dehors du grand dorsal, les lambeaux sont transférés dans le sein par des techniques de microchirurgie. Beaucoup plus lourdes que le transfert de graisse, auquel elles peuvent d'ailleurs être associées, ces techniques sont spécifiquement réservées à la chirurgie reconstructrice.

Le choix de la technique repose sur une décision partagée entre la patiente et son chirurgien en tenant compte notamment du morphotype de la patiente et des exigences chirurgicales et carcinologiques le cas échéant.

3. Qu'est-ce qu'un implant mammaire ?

Les implants mammaires actuellement utilisés sont composés d'une enveloppe et d'un produit de remplissage. L'implant est dit prérempli lorsque le produit de remplissage a été incorporé en usine (gel de silicone, serum physiologique, plus rarement hydrogel). Les implants gonflables au serum physiologique sont remplis par le chirurgien qui peut adapter dans une certaine mesure le volume de l'implant pendant l'intervention.

La grande majorité des implants mammaires actuellement posés en France et dans le monde sont préremplis de gel de silicone. Ils sont entourés d'une enveloppe en élastomère de silicone qui peut être lisse ou texturée (rugueuse).

⁴ Article L1111-2 du Code de la santé publique - Décret n° 2015-1171 du 22 septembre 2015 relatif à l'information à délivrer à la personne concernée préalablement à une intervention de chirurgie esthétique et postérieurement à l'implantation d'un dispositif médical <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031204289&categorieLien=id>

Les formes diverses associées à un large choix de volumes permettent d'adapter les implants en fonction de la morphologie de la patiente et de ses attentes personnelles.

L'implant mammaire peut aussi être rempli de sérum physiologique (eau salée constituant à 70 % du corps humain). Il a une consistance moins naturelle et peut former des « plis » perceptibles au toucher, voire visibles. Ce phénomène serait plus fréquent qu'avec le gel de silicone. Un dégonflement brutal peut survenir parfois précocement. La fuite est dans tous les cas résorbée par l'organisme en cas de rupture de l'implant.

L'implant mammaire peut aussi être rempli d'hydrogel⁵. Il s'agit d'un gel aqueux, composé en grande partie d'eau gélifiée par un dérivé de cellulose. Ce gel est aussi résorbable par l'organisme en cas de rupture de l'enveloppe. S'agissant de gel de silicone, en cas de fuite ou de rupture de l'implant, le silicone n'est pas éliminé par l'organisme et se concentre essentiellement dans les ganglions axillaires.

Tous les implants disponibles en France sont soumis à la réglementation européenne du marquage CE en tant que dispositif médical de classe III, classe la plus élevée en termes de risque pour la santé des patients. Les fabricants d'implants mammaires utilisés en France font l'objet d'inspections régulières par l'ANSM. Des données complémentaires actualisées sont disponibles sur le site de l'ANSM (voir rubrique ci-après « lire aussi »).

4. Quels sont les risques associés à l'intervention chirurgicale (pose et explantation) ?

Comme toute intervention chirurgicale, la pose et le retrait d'implants mammaires ne sont pas des actes anodins. Dans ces deux cas, il s'agit d'une intervention se déroulant sous anesthésie générale.

Les risques post-opératoires les plus fréquents sont les hématomes, les inflammations, les infections, les épanchements séreux, ainsi que les difficultés de cicatrisation. Ces interventions comportent également le risque inhérent à toute anesthésie.

Des informations complémentaires et détaillées sont disponibles dans le document d'information remis par le chirurgien préalablement à l'intervention. Ce document précise notamment le risque de complications liées à l'anesthésie générale et à la chirurgie (cf question n°1).

5. Quels sont les risques associés au port d'implants mammaires ?

Les incidents associés au port d'implants mammaires doivent être déclarés à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Les incidents déclarés sont les ruptures d'implant, les contractures capsulaires ou « coques », la formation de plis ou de vagues sur le sein, les rotations de l'implant, le suintement (ou perspiration) de gel de silicone, les inflammations, les infections et les douleurs... Des informations complémentaires et détaillées sont disponibles dans le document d'information remis par le chirurgien préalablement à l'intervention. Ce document précise notamment le risque de complications liées à l'anesthésie générale et à la chirurgie (cf questions n°1 et 4).

Par ailleurs, des cas de LAGC (lymphome anaplasique à grandes cellules) ont été signalés. Il est mentionné dans l'avis d'experts coordonné par l'INCa de mars 2015 que le trop faible nombre de cas ne permet pas d'identifier formellement des facteurs de risque associés à la survenue de cette pathologie autres que le port d'un implant mammaire⁶. Des investigations complémentaires sont conduites pour étudier le lien éventuel entre la survenue de cette pathologie et le caractère texturé de l'enveloppe de l'implant. Selon les données

⁵ Les implants en hydrogel ne sont pas remboursés. En 2009, l'intérêt de ces implants n'a pas été démontré. Cf. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/rapport_implants_mammaires.pdf

⁶ Avis d'experts « LAGC-AIM associés à un implant », INCa, 4 mars 2015 <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Cancers-du-sein>. Cet avis a été confirmé dans l'avis d'experts du 1^{er} septembre 2016.

disponibles en mai 2017, l'ANSM a enregistré 37 déclarations de lymphomes mammaires associés à la présence d'un implant mammaire (LAGC-AIM), confirmées par le réseau national d'experts anatomopathologistes LYMPHOPATH⁷ depuis son ouverture le 1^{er} janvier 2010. Des données complémentaires actualisées sont disponibles sur le site de l'ANSM (voir rubrique ci-après « lire aussi »).

La majorité des cas décrits a présenté une évolution favorable après explantation de l'implant. Dans près de 90 % des cas, ce lymphome est le plus souvent de bon pronostic et guérit habituellement par un traitement chirurgical adapté associant l'ablation de l'implant et de la capsule péri-prothétique (capsulectomie totale). Dans environ 10 % des cas, la pathologie est plus grave et nécessite une prise en charge au sein d'une équipe spécialisée dans le traitement des lymphomes après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire nationale, notamment par chimiothérapie et/ou radiothérapie. Des investigations sur les mécanismes de survenue de cette pathologie sont en cours d'étude par les agences de santé françaises et européennes.

Par ailleurs, l'avis d'experts INCa de mars 2014⁸ mentionne que les données disponibles confirment l'absence de sur-risque de cancer du sein (adénocarcinome mammaire)⁹ chez les femmes porteuses d'implants en comparaison avec la population générale.

6. Quelles informations dois-je conserver si je porte des implants mammaires ? Et comment les récupérer si je ne les ai pas conservés ?

À l'issue des soins, un document vous est transmis mentionnant : l'identification de l'implant, le lieu et la date de la pose, le nom du chirurgien, l'existence d'une durée de vie limitée de l'implant et l'éventuelle nécessité de ré-intervention qui en découle, ainsi que le suivi médical particulier.

Afin de garantir la bonne traçabilité de l'implant mammaire posé, vous devez conserver ce document à vie. En l'absence de ce document ou de compte-rendu opératoire, il est conseillé de contacter votre chirurgien, ou, à défaut, l'établissement où a été pratiquée l'intervention. En France, la communication du dossier médical constitue une obligation pour l'établissement de santé et un droit pour le patient².

7. Existe-t-il un registre national qui centralise les informations des patientes et permet de contacter les patientes en cas de problème ?

À ce jour, il n'existe pas un tel registre national. Toutefois, un registre devrait ainsi être mis en place prochainement, y compris dans les installations de chirurgie esthétique. Par ailleurs, les établissements de santé conservent les données médicales des patientes qu'ils ont accueillies pendant une durée de 20 ans¹⁰.

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 prévoit de rendre obligatoire le renseignement de certains registres par les établissements de santé.

7 LYMPHOPATH : Réseau national anatomopathologique de référence chargé de la confirmation et du recensement des cas de LAGC-AIM

8 Rapport INCa mars 2014 - Propositions de conduite à tenir pour les femmes porteuses d'implants mammaires : Avis d'experts coordonné par l'INCa - <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Cancers-du-sein>

9 Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. Il existe différents types de cancer du sein selon les cellules à partir desquelles ils se développent. Les cancers du sein les plus fréquents (95 %) sont des adénocarcinomes, c'est-à-dire qui se développent à partir des cellules épithéliales (= carcinome) de la glande mammaire (= adéno) : <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancer-du-sein/les-maladies-du-sein/les-cancers-du-sein>

10 Article R. 1112-7 du Code de la santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=61DDFDCB7FDC71FC85A1BE9DA090E584.tp&la16v_17idArticle=LEGIARTI0000335481.20&cidTexte=LEGITEX000006072655&categorieIen=id@dateTexte=

8. Comment vérifier que mes implants mammaires sont intacts et comment détecter le suintement ou la rupture d'un implant ?

Une rupture, comme les autres complications, peut être détectée par un examen clinique complété si nécessaire d'un examen par technique d'imagerie (échographie, mammographie, IRM...), dont le choix dépend du contexte. Les suintements du gel à travers l'enveloppe sont de diagnostic plus difficile, et ne sont pas toujours détectables.

En cas de doute, il est recommandé de consulter un médecin.

Le suivi médical recommandé est détaillé à la **question n° 17**.

9. Quelles sont les informations disponibles concernant la rupture d'implant ? Dans quel délai peut-elle survenir ?

Selon les déclarations d'incidents rapportées à l'ANSM (rapport ANSM mai 2014)¹¹, le taux de ruptures calculé (soit le ratio entre le nombre d'implants rompus et le nombre total d'implants posés*) varie de 0,01 à 0,30 %. Le délai moyen d'apparition des ruptures d'implant déclarées est de 7,6 ans (délai variant de quelques mois à plusieurs dizaines d'années).

Ce délai dépend des conditions opératoires et des caractéristiques propres à chaque personne implantée (tolérance du corps vis-à-vis de l'implant, antécédents médicaux, état de santé...) et de la survenue éventuelle de complications.

* Le nombre d'implants posés est estimé équivalent au nombre d'implants commercialisés ¹¹

10. Quelles sont les conséquences pour ma santé en cas de suintement ou de rupture d'un implant ? Est-ce que l'organisme est capable d'éliminer le silicone ?

En cas de fuite de silicone, suite à une rupture ou un suintement, le silicone se concentre essentiellement dans les ganglions axillaires¹², mais n'est pas éliminé par l'organisme. La survenue de signes inflammatoires nécessite une investigation clinique.

Le chirurgien peut proposer, s'il le juge nécessaire, l'ablation des ganglions en cas de symptômes très invalidants (douleurs, gêne fonctionnelle), en considérant les risques de complications pouvant en résulter (« gros bras »¹³, trouble de la sensibilité...).

L'explantation de l'implant rompu devra donc être discutée avec votre chirurgien.

11. Puis-je allaiter mon enfant si je porte des implants mammaires ?

Il existe des éléments qui suggèrent que la quantité de lait produite par certaines femmes ayant des implants mammaires est réduite pour une intervention à visée esthétique par voie aréolaire.

Il n'existe aucun signalement à ce jour de risques éventuels pour les bébés des femmes qui allaitent en étant porteuses d'implants mammaires en gel de silicone.

11 <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-dispositifs-medicaux-implantables/Surveillance-des-protheses-mammaires/%2Boffset%29/0>

12 Ganglions situés au niveau de l'aisselle.

13 « Gros bras » : phénomène survenant lorsque la lymphe ne circule plus correctement et s'accumule dans la peau du bras entraînant une augmentation de son volume.

12. Existe-t-il un risque de rupture d'implants mammaires lors d'un voyage en avion ?

Il n'y a pas de risque ajouté de rupture lors d'un voyage en avion.

13. Existe-t-il un risque pour les implants mammaires lié au port de la ceinture de sécurité ?

Si le risque de rupture de l'implant lié à la ceinture de sécurité existe, le port de la ceinture de sécurité reste obligatoire et vous protège en cas d'accident.

14. Puis-je faire du sport si je porte des implants mammaires ?

Les modalités de la reprise d'une activité sportive adaptée doivent être préalablement discutées avec votre médecin. Néanmoins, la reprise d'une activité physique est habituellement possible après la phase de convalescence.

15. Si je fais enlever mes implants, sera-t-il possible d'en reposer d'autres ?

Si les implants sont intacts, il est généralement possible de les remplacer au cours de l'intervention d'explantation. Selon l'état de l'implant et le contexte clinique, il se peut que l'intervention soit plus compliquée que la pose initiale et que la pose de nouveaux implants ne soit pas effectuée dans le même temps opératoire, voire rendue impossible dans de rares cas.

16. Combien de temps puis-je espérer garder mes implants sans avoir besoin de les changer ?

Chaque fabricant doit communiquer des informations sur la durée de vie attendue des implants qu'il met sur le marché. Même si certaines patientes conservent leurs implants longtemps sans modification majeure, il ne faut pas considérer la mise en place de l'implant mammaire comme quelque chose de définitif «à vie». En effet, une rupture de l'implant ou des effets indésirables pourront nécessiter le remplacement de vos implants. La possibilité de remplacement de l'implant sera jugée par le chirurgien. Les implants, quels qu'ils soient, ont une durée de vie incertaine qu'il est impossible d'estimer précisément puisqu'elle dépend de caractéristiques propres à chaque personne implantée et de phénomènes d'usure de l'implant de rapidité variable. La durée de vie des implants ne peut donc en aucun cas être garantie.

Quoi qu'il en soit, dans le cadre de la prévention, il est important que la personne ayant reçu un implant soit suivie régulièrement par un médecin.

17. Quel est le suivi spécifique à adopter pour les femmes porteuses d'implants mammaires ?

Une consultation de votre chirurgien est recommandée :

- pendant la période post-opératoire précoce (au cours de la première quinzaine) ;
- 3 mois après l'implantation, lorsque l'inflammation a atteint son pic ;
- 1 an après l'intervention, pour apprécier l'état de la cicatrice ;

et par la suite au minimum tous les ans, chez votre chirurgien, votre gynécologue ou votre médecin traitant.

Le médecin jugera de l'opportunité de faire réaliser un examen complémentaire par échographie en première intention.

En cas d'épanchement abondant, d'augmentation de volume, de douleur, d'inflammation, de masse, d'ulcération (lésion de la peau) au niveau du sein, quel que soit le moment de sa survenue ou en cas de traumatisme sur le sein, vous devez consulter votre médecin. Tout autre évènement indésirable évoquant une complication liée à l'implant nécessite que vous consultiez.

Pour rappel, les femmes porteuses d'implants mammaires PIP doivent bénéficier d'un examen clinique et d'une échographie annuelle (sein et aires axillaires) pour vérifier que leur implant est en bon état. Par ailleurs, lorsqu'elles consultent leur chirurgien, il est recommandé qu'elles se voient proposer l'explantation des implants, à titre préventif et sans urgence¹⁴.

18. Quelles sont les informations à connaître sur le dépistage du cancer du sein et les modalités de suivi ?

Toutes les femmes doivent faire l'objet d'un examen clinique des seins annuel dès l'âge de 25 ans, qu'elles portent des implants ou non.

Le risque de développer un cancer du sein augmente avec l'âge. En effet, c'est après 50 ans que l'on présente le plus de risque de développer un cancer du sein (80 % des cancers du sein surviennent après cet âge). En l'absence d'autres facteurs de risque, on parle d'un niveau de risque « moyen ». Si vous avez entre 50 et 74 ans et que vous ne présentez ni symptôme, ni facteur de risque autre que votre âge, le programme de dépistage organisé du cancer du sein vous est recommandé : tous les deux ans, les femmes de 50 à 74 ans sont invitées à faire pratiquer une mammographie et un examen clinique, complétés éventuellement par une échographie, chez un radiologue agréé. Ce radiologue agréé, exerçant en ville ou dans un établissement de santé, a reçu une formation complémentaire et les installations de mammographie sont conformes à la réglementation en vigueur en matière de contrôle de qualité. Vous pouvez le choisir librement sur la liste envoyée avec votre invitation au dépistage : cette liste est actualisée tous les six mois.

Certaines femmes ayant des antécédents personnels ou familiaux, ou certaines prédispositions génétiques, présentent un risque aggravé, dit « élevé » ou « très élevé », d'être atteintes de ce cancer. Chaque situation est unique. C'est pourquoi, votre médecin traitant ou votre gynécologue déterminent les modalités de dépistage ou de suivi les mieux adaptées à votre cas.

Des informations complémentaires sur le dépistage du cancer du sein sont disponibles sur le site de l'INCa¹⁵.

19. La présence d'implants mammaires peut-elle perturber le dépistage du cancer du sein par mammographie ?

Un groupe d'experts, coordonné par l'INCa en mars 2014, a précisé qu'il n'y a pas lieu de modifier chez une femme porteuse d'implants les modalités actuellement recommandées de dépistage et de surveillance de cette pathologie. Le port d'implants mammaires ne constitue pas en soi une contre-indication au dépistage organisé du cancer du sein : le taux de rupture des implants n'est pas augmenté par la mammographie, qui reste l'examen de référence.

Il faut systématiquement préciser que vous êtes porteuse d'implants mammaires au radiologue qui vous prend en charge pour qu'il puisse éventuellement adapter les modalités de réalisation de l'examen d'imagerie.

14 <http://ansm.sante.fr/Dossiers/Implants-mammaires-PIP-pre-remplis-de-gel-de-silicone/Recommandations-de-suivi-des-femmes-porteuses-d-implants-PIP/offset/2>

15 <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-provenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>

20. Si un implant se rompt ou si une complication potentiellement liée à mon implant survient, à qui et comment dois-je le déclarer ?

Toute anomalie évoquant une complication liée à l'implant, quel que soit le moment de sa survenue, ou en cas de traumatisme sur le sein, nécessite que vous consultiez votre chirurgien, votre gynécologue ou votre médecin traitant.

Vous pouvez déclarer aux autorités sanitaires tout événement indésirable sur le site : signalement-sante.gouv.fr. Cette déclaration peut être effectuée même si l'incident a eu lieu il y a un certain temps, de façon rétrospective.

21. Quelles sont les conditions de prises en charge financière des complications liées aux implants mammaires ?

Les conditions de prise en charge par l'Assurance maladie sont décrites ci-dessous. Cependant, certains établissements pratiquent des dépassements d'honoraires qui restent à votre charge.

Pour les femmes porteuses d'implants mammaires hors marque PIP

Si la pose initiale de votre implant mammaire n'a pas été prise en charge par l'Assurance Maladie (chirurgie esthétique), en cas d'affection due à l'implant (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose, lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM), les aspects suivants seront pris en charge par l'Assurance Maladie :

- l'acte d'ablation de(s) implant(s) mammaire(s) ;
- les frais d'hospitalisation ;
- les soins post-opératoires (en relation directe avec les actes d'ablation).

Si la pose initiale de votre implant mammaire a été prise en charge par l'Assurance Maladie (chirurgie réparatrice par exemple après un cancer du sein), les aspects suivants seront pris en charge par l'Assurance Maladie :

- l'acte d'ablation de(s) implant(s) mammaire(s) ou les actes de changement d'implant mammaire ;
- l'éventuel nouvel implant mammaire ;
- les frais d'hospitalisation ;
- les soins post-opératoires.

Pour les femmes porteuses d'implants mammaires de marque PIP :

- Toutes les femmes porteuses d'implants seront remboursées de leurs frais médicaux et chirurgicaux liés à l'explantation (échographies, analyses, retrait de l'implant, examens de contrôle post-opératoire) ;
- les femmes qui relèvent d'une reconstruction après chirurgie du cancer du sein seront également remboursées de la pose d'un nouvel implant.

Pour plus d'information, voir le [Questions-réponses en lien avec l'Assurance Maladie](#).

22. Quelles sont les obligations médico-légales de conservation des implants mammaires explantés ?

Les implants mammaires PIP explantés sont conservés à des fins médico-légales par les établissements de santé et les installations autorisées pour la pratique de la chirurgie esthétique. Ces implants doivent être placés, après rinçage au sérum physiologique, dans des récipients hermétiques et rigides, si possible en verre, comportant l'identification de la femme : nom patronymique, prénom, date de naissance, date de l'intervention, nom du chirurgien, nom et adresse de l'établissement. En cas d'enveloppe rompue voire déliquescence, il faut conserver le gel dans un récipient à part et veiller à ce que la marque et le numéro de lot indiqués sur la coque de l'implant soient conservés.

La liste des implants retirés doit être consignée dans un registre comportant l'identification de la femme, la date de naissance, la date de l'intervention, le nom du chirurgien ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement dans lequel a été effectuée l'intervention chirurgicale.

Dans le cas de la conservation des implants explantés d'autres marques, les mêmes conditions de conservation s'appliquent.

23. Quelles sont les associations de patientes existantes ?

A ce jour, les associations de patientes sont notamment : l'Association de défense des porteuses de prothèses de la marque P.I.P. (PPP), l'Association normande de victimes d'implants PIP (APIM), le blog des porteuses de prothèses PIP, le Mouvement de Défense des Femmes Porteuses d'Implants et de Prothèses (MDFPIP), l'Association d'Aide aux Victimes d'Accidents Corporels (AAVAC), la Ligue contre le cancer, Vivre comme Avant et Europadonna.

24. Quelles sont les informations à connaître sur la réglementation des implants mammaires ?

- *Mise sur le marché (directive 2003/12/CEE)*

Ils sont soumis à la procédure de certification CE relative à la directive 93/42/CEE qui fait intervenir un organisme habilité. La mise sur le marché est conditionnée par cette certification. Les implants mammaires sont des dispositifs médicaux de classe III et font l'objet d'une surveillance renforcée par l'ANSM.

- *Publicité*

La publicité auprès du public est interdite pour les implants mammaires remboursables. Dans le cas d'implants mammaires non remboursables autres que ceux pré-remplis de sérum physiologique, la publicité auprès du grand public est interdite par décision du 22 décembre 2000¹⁶.

La publicité auprès des professionnels de santé pour les implants mammaires est soumise à une autorisation préalable de l'ANSM¹⁷ en accord avec l'Arrêté du 24 septembre 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux présentant un risque important pour la santé humaine et dont la publicité est soumise à autorisation préalable en application de l'article L. 5213-4 du code de la santé publique.

25. Comment être informée des études menées ?

Des informations actualisées sur les études en cours sont disponibles sur le site de l'ANSM (voir rubrique ci-après « lire aussi »). La participation des femmes porteuses d'implants mammaires aux études de suivi est importante car elle permet d'améliorer la connaissance, la surveillance et la maîtrise des risques des prothèses mammaires implantées chez ces patientes. Les femmes peuvent questionner leur praticien si elles souhaitent participer à une étude de suivi médical.

26. Comment puis-je trouver les informations utiles pour les femmes porteuses d'implants mammaires ?

Les informations relatives à la santé des femmes porteuses d'implants mammaires sont disponibles sur les sites internet du ministère en charge de la santé, les agences de santé telles que l'ANSM, la HAS et l'INCa, les sociétés savantes de chirurgie plastique et reconstructrice, l'Ordre national des médecins et les associations de patientes.

¹⁶ Décision du 22 décembre 2000 fixant des conditions particulières d'utilisation des prothèses mammaires internes dont le produit de remplissage est autre que le sérum physiologique

¹⁷ [http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-des-dispositifs-medicaux-et-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro/Publicites-ne-cessitant-une-autorisation-prealable/\(offset\)1](http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-des-dispositifs-medicaux-et-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro/Publicites-ne-cessitant-une-autorisation-prealable/(offset)1)

Lire aussi :

- **Rapport de l'ANSM** « Evaluation de l'utilisation des implants mammaires en silicone (hors PIP) en France 2010-2013 » (Mai 2014) sur le site Internet de l'ANSM
- **Dossier ANSM** : surveillance des implants mammaires : http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-dispositifs-medicaux-implantables/Surveillance-des-protheses-mammaires/offset/0#paragraph_65339
- **Rapport INCa mars 2014** - Propositions de conduite à tenir pour les femmes porteuses d'implants mammaires : Avis d'experts coordonné par l'INCa
- **Rapport INCa mars 2015** - Avis d'experts sur les lymphomes anaplasiques à grandes cellules associés à un implant mammaire
- **Rapport INCa septembre 2016** - Avis d'experts sur les lymphomes anaplasiques à grandes cellules associés à un implant mammaire

Ces 3 documents sont disponibles sur le site de l'INCa : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-expertises-et-avis2/Les-reponses-aux-saisines>

- **Documents de l'Institut national du cancer (INCa)**

Dossier « Les cancers du sein » :

<http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancer-du-sein/les-maladies-du-sein/les-cancers-du-sein>

Dossier « Prothèses mammaires et risque de cancer » :

<http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Protheses-mammaires>

- **Documents de la Haute autorité de santé (HAS)**

Avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) du 30 juin 2015 relatif aux implants mammaires inscrits sur la LPPR

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-08/implants_mammaires_30_juin_2015_dm_eval_102.pdf

Document « Etat des lieux – techniques alternatives à la pose d'implants mammaires », HAS, mai 2015

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/rapport_implants_mammaires_vd.pdf

Document « Techniques de reconstruction après ablation d'implant mammaire dans le contexte d'un LAGC-AIM », HAS, juillet 2015

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-08/rapport_implants_mammaires_vd.pdf

Document « Événements de santé indésirables observés après pose d'implants mammaires à visée esthétique », janvier 2016

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/argumentaire_implants_mammaires.pdf

- **Site Internet de la Food and Drug Administration (FDA)** sur le lymphome anaplasique à grandes cellules <http://www.fda.gov/medicaldevices/productsandmedicalprocedures/implantsandprosthetics/breastimplants/ucm239995.htm>



Pensez à ramener ce livret lors de votre hospitalisation.



MEMO : *(pour vos questions au personnel médical et infirmier,)*

A series of horizontal dotted lines for writing.