

## I Seins

# Malposition et complications des prothèses mammaires

**RÉSUMÉ :** Les polémiques ne manquent pas actuellement en matière d'implants mammaires !

Dès le départ, nous sommes confrontés à quelques choix délicats pour lesquels les patientes, surinformées par leurs explorations tatillonnes du web et des forums féminins, veulent avoir un droit de regard. Le choix et le placement parfait des prothèses mammaires n'est pas un problème simple à résoudre. La qualité des prothèses, perpétuellement remise en question et suspecte de créer des complications graves (LAGC), justifie une attention particulière.

D'où cet article reprenant un ensemble de soucis liés à la technique chirurgicale employée et aux événements indésirables en postopératoire immédiat et secondaire. Mais la filière des prothèses en silicone ne paraît pas menacée dans un futur proche par une autre technique technologiquement différente, supérieure ou alternative fiable, hormis le réel progrès apporté par la conjonction ou la répétition d'un lipofilling mammaire quand il est possible.



**V. MITZ**  
Chirurgien plasticien et esthétique,  
PARIS.

Dès le départ, nous sommes confrontés à quelques choix délicats pour lesquels les patientes, surinformées par leurs explorations tatillonnes du web et des forums féminins, veulent avoir un droit de regard. Le choix et le placement parfait des prothèses mammaires n'est pas un problème simple à résoudre :

- placement pré ou rétromusculaire ;
- forme ronde ou anatomique des implants (12 formes différentes !) ;
- gel ou sérum physiologique ;
- lisses, texturés, macro, micro ou couverts de polyuréthane ;
- plutôt plats, projetés ou hyperprojetés : *“That is the question!”* Mais cela fait beaucoup de questions...

Le choix est néanmoins assez simple au départ, avec l'expérience de chacun et les écoles de formation, mais compliqué par les variations anatomiques parfois déroutantes de l'insertion du muscle grand pectoral :

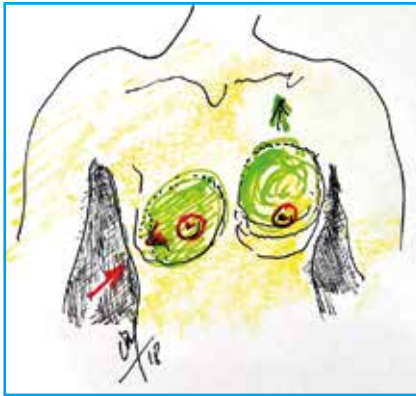
- peau fine sans couche graisseuse : prothèses en position rétromusculaire ;

- graisse et glande abondante : prothèses en position rétroglandulaire.

Quant à la forme idéale des implants – anatomiques, ronds, symétriques ou asymétriques gauche-droite –, c'est plus une affaire de croyance, car toutes les études à long terme ont montré l'impossibilité de discerner la forme initiale après 10 années d'évolution.

Mais en réalité, le problème est beaucoup plus complexe que cela. D'abord, de multiples déformations anatomiques peuvent être rencontrées, et une asymétrie gauche-droite thoraco-musculaire est extrêmement fréquente. De plus, l'évolution de la poitrine refaite 8 à 10 ans après l'implantation des prothèses peut engendrer des anomalies qui étaient imperceptibles au début : une ptôse mammaire vient souvent abîmer le superbe résultat initial et dévaster le moral de la patiente.

Dans ces conditions, l'analyse préopératoire se doit d'être vigilante et très



Prothèse trop haute d'un côté.



Prothèses mammaires formant des vagues.



Prothèse mammaire retournée, le devant arrondi passe derrière, avec aspect aplati du sein.

précise, et les indications de positionnement des implants prennent toute leur importance. En cas de malposition postopératoire, l'indication chirurgicale n'est pas très simple à poser et nous envisagerons plusieurs schémas thérapeutiques possibles. Enfin, le progrès récent introduit par Éric Auclair, qui est la possibilité de faire un lipofilling contemporain de la mise en place des implants mammaires, représente à la fois une solution à des problèmes délicats que nous ne savions pas résoudre auparavant, mais aussi une source de complications en cas de mauvaise prise de la graisse injectée ou d'asymétrie persistante.

## ■ La faute à qui ?

Dans un monde pétri de récriminations et de plaintes juridiques plus ou moins justifiées, il incombe au chirurgien qui a mis en place les prothèses mammaires d'avoir un jugement médical impartial pour déterminer quelle est la raison la plus vraisemblable des anomalies dont la patiente se plaint, et quelle pourrait être la méthode la moins coûteuse et la plus efficace pour pallier son problème.

C'est plus facile à dire qu'à faire, car il n'est pas toujours évident d'arriver au diagnostic précis avec un simple examen clinique et une palpation. Il faudra savoir s'aider dans certains cas d'examen

complémentaires, notamment d'échographie, de mammographie, de scanner ou d'une IRM.

Il apparaît qu'il n'est pas facile de rassurer les patientes, en disant que *"tout va bien madame, c'est normal que vous ne soyez pas identique des 2 côtés, car jamais personne n'est pareil des deux côtés avant !"* Cette assertion ne fonctionne pas vraiment bien en pratique clinique. C'est pourquoi nous allons envisager les différents facteurs qui peuvent jouer dans l'insatisfaction de la patiente concernant la morphologie obtenue après implant mammaire.

### 1. La faute à la patiente qui est asymétrique avant l'opération

C'est la situation la plus fréquente, on peut même dire constante en matière de chirurgie thoracique. L'asymétrie peut être liée à plusieurs composants :

- une asymétrie transversale : l'hémithorax est plus large d'un côté que de l'autre ;
- une asymétrie des plans costaux : une base thoracique est plus enfoncée que l'autre, les bases d'implantation mammaire ne sont donc pas au même niveau ;
- une asymétrie musculaire des muscles pectoraux plus ou moins développés d'un côté. Il y aura une conséquence immédiate si on a implanté les prothèses en rétro musculaire ;
- une asymétrie au niveau des sillons sous-mammaires, qui ne sont pas à la

même hauteur ou qui sont décalés l'un par rapport à l'autre ;

- une scoliose importante qui entraîne une déviation de la colonne vertébrale et des plans thoraciques.

La correction de ces malformations ou déformations est assez compliquée, en tout cas pas facile du tout au cours de la première opération. Il convient de prévenir ces patientes qu'il y aura une asymétrie, pas pire que celle qui préexistait mais que la patiente ne remarquait même pas le plus souvent. Elle en sera beaucoup plus concernée en postopératoire car il se produit une rupture dans la perception de l'image de son corps, et l'insatisfaction s'installe irrémédiablement.

Il est toutefois possible de pratiquer des corrections secondaires en cas d'asymétrie très importante, tout dépendra de la situation constatée. Il sera toujours plus facile de remonter le sein qui se trouve un peu en retrait ou trop relevé par un geste approprié, au mieux sous anesthésie générale : il n'y a que les petits lipofillings compensateurs qui peuvent être pratiqués sous anesthésie locale en ambulatoire. Dès qu'un décollement chirurgical est nécessaire, le risque d'hématome postopératoire est présent et la patiente doit être prévenue qu'un drain, avec une hospitalisation de sécurité de 24 h, peut être indiqué.

## I Seins

### 2. La faute à l'implant prothétique

Il ne paraît pas raisonnable d'imputer à l'implant prothétique la responsabilité d'une malposition, car c'est le chirurgien qui crée la loge et met en place la prothèse. Néanmoins, deux complications de position paraissent particulièrement intéressantes à signaler :

#### >>> Le retournement de base vers le haut des prothèses mammaires anatomiques

Dans le cas où la patiente présente une peau assez laxa et que la prothèse a été mise en place en position rétroglандаire, il peut se produire une migration du pôle nord de la prothèse : la partie la plus fine se retrouve en bas alors que la partie ventrue se retrouve en haut. La patiente se rend compte immédiatement qu'une anomalie s'est produite au niveau de sa poitrine.

Le retournement et la remise en place de la prothèse par manœuvre externe doit être tentée d'abord en consultation, mais n'est pas toujours couronnée de succès. Dans ces conditions, une réintervention sera nécessaire, avec parfois un changement de loge et un passage en rétro-musculaire.

#### >>> Le retournement d'arrière en avant des prothèses mammaires tiers de sphère symétriques

La patiente se rend compte instantanément du changement de forme. Elle perçoit la saillie latérale de la bordure de la prothèse car la face plate se retrouve en avant alors que la face bombée a migré vers l'arrière. Ayant eu à traiter plusieurs cas de ce type, consécutifs à une perte de poids, une perte du volume graisseux mammaire ou une distension qui est survenue quelques années après l'implantation des prothèses, j'ai tenté la remise en place par manœuvre externe. Il existe deux axes de rotation possibles :

- soit vertical ;
- soit horizontal, lorsque les côtes sont très courbes vers l'arrière dans un plan frontal.

Il convient de comprendre comment la prothèse a tourné pour lui faire effectuer le chemin inverse pour la remettre en place, parfois avec difficulté ! Mais j'ai réussi la plupart du temps, par manœuvre externe, à replacer ces prothèses en bonne position sans avoir à les changer. J'ai alors conseillé le port de soutien-gorge compressif pendant une semaine et j'ai appris à certaines patientes à retourner leur prothèse elles-mêmes si cette dernière se retourne inopinément. En cas de récurrence de retournement des implants, ce n'est pas à mon avis un motif suffisant pour changer les prothèses.

#### >>> Les plis et les vagues apparaissant en sous-claviculaire

Cette déformation est liée à une détente de la peau, ce qui autorise les prothèses remplies incomplètement de gel de silicone assez fluide à condenser leur contenu sous forme de colonnes espacées par des creux à la partie haute, et des cornes de se former au niveau du quart inférieur des implants. Le traitement de cette déformation est difficile. L'idéal serait la prévention, il faudrait que tous les fabricants aient à notre disposition des prothèses remplies de gel de silicone ultra-cohérent et résistant, avec un remplissage proche des 100 %. Il n'y a que quelques fabricants qui actuellement proposent des prothèses sur-remplies et à gel très cohérent. L'inconvénient des gels très fermes est que l'introduction de ces prothèses est plus difficile, et que leur palper révèle l'existence de corps étranger et non pas de seins de consistance très naturelle.

Dans mon expérience, la correction des plis par un remplissage sous-cutané de graisse (lipofilling) n'a pas donné les résultats escomptés et n'a pas totalement supprimé le problème. Une réintervention peut s'imposer avec un changement de prothèse si la patiente ne supporte pas l'existence de ces plis, fort laids au demeurant, plis qui apparaissent quand elle se déshabille ou se penche en avant.

### 3. La faute au chirurgien

Notre responsabilité est-elle systématiquement en cause en cas de défaut esthétique après augmentation mammaire ? Juridiquement, cela est à craindre, mais tant d'aléas et d'événements contraires imprévus peuvent perturber notre acte et notre bonne volonté, et ce n'est pas forcément à cause de nous que la majorité des imperfections se manifestent...

#### >>> Une mauvaise analyse préopératoire

C'est certainement la cause principale de toutes les erreurs techniques que nous sommes amenés à faire. L'utilisation d'un centimètre ne remplace pas une vision globale de l'apparence du thorax et des seins. Le repérage des pôles supérieur et inférieur de chaque sein est malaisé si on ne marque pas les plis sus et sous-mammaires.

**La mesure qui me paraît la plus fondamentale est celle du diamètre de chaque sein** car cela va conditionner le diamètre maximal de la prothèse que l'on va implanter. Une seconde mesure est importante, c'est le futur placement des aréoles mesurées en centimètres le long du méridien de Galtier, qui commence à 5 cm en dehors du bord interne de la clavicule et non pas du creux sus-sternal. Enfin, la dernière mesure essentielle et celle de la position des sillons sous-mammaires et de leurs différences gauche-droite.

#### >>> Une mauvaise voie d'abord

C'est une erreur à ne pas commettre, notamment si l'on décide de passer par une voie d'abord dont on n'a pas l'habitude !

#### ● La voie axillaire

Cette voie a ma préférence depuis les années 1980, exactement dans un pli de l'aisselle et non pas au bord du grand pectoral. Peu utilisée, elle expose à des déconvenues : c'est le cas de ceux qui n'ont pas une expérience d'un abord

**Patiente 1**

Hypoplasie majeure avant.



Vue de ¾ avant.



Vue avant.



Prothèse gauche trop haute et encoquée grade 2, 1 an après.



Vue de ¾ après.



Après, notez-le bombé supra-mammaire.

axillaire et du passage rétro glandulaire. Le passage rétro musculaire est beaucoup plus facile par cette voie car il suffit d'aborder le gril costal et de le suivre, en passant de plus sous le petit pectoral. L'avantage est qu'il y a besoin de peu d'hémostase si on avance par écartement sans sectionner, abordant l'espace de destination progressivement à l'aide du dissector courbe (sabre de Greco-Mitz).

#### ● Les autres voies d'abord

Mais quelle que soit la voie d'abord, l'essentiel est de faire une loge suffisante pour maintenir la prothèse stable, et pas trop grande sans dépasser le sillon sous-mammaire vers le bas (ce qui entraînerait automatiquement un phénomène de *sagging*). Les autres voies d'abord hémi-aréolaire inférieures ou sous-mammaires sont en général moins complexes à utiliser et exposent donc à beaucoup moins de complications, ce qui explique pourquoi elles sont les favorites de la majorité des chirurgiens

esthétiques en matière d'augmentation mammaire.

#### >>> Un mauvais choix de types de prothèses

N'importe quelle prothèse n'est pas adaptée à toutes les patientes ! Pour chaque cas particulier, il faut raisonner et choisir la prothèse qui est la plus adéquate. Beaucoup d'entre nous exposent à la patiente les différentes possibilités techniques et les différentes formes utilisables, en demandant à la patiente de choisir. Cela est notamment le cas lorsque les patientes ont beaucoup étudié les sites internet et exposent les propositions contradictoires des collègues qu'elles ont déjà consulté.

Je trouve personnellement qu'il faut expliquer puis influencer la patiente dans son choix de prothèses : pourquoi le chirurgien fait ce choix pour elle, les avantages qu'un type particulier de prothèse possède dans son cas, le pourquoi

du choix entre prothèse anatomique et ronde symétrique, une forme plus ou moins projetée – toutes ces décisions dépendent étroitement de notre expérience, beaucoup plus que des photos que les patientes auront vu sur la toile ou de cabines d'essayage de prothèses en réel ou en 3D, car les seins des sites et des programmes ne ressemblent pas aux leurs !

C'est néanmoins normal de respecter la vision de sa future poitrine chez la patiente très déterminée, qui est maîtresse de la taille et de la forme générale à obtenir, désirs qu'elle indique sur des exemples pour mieux nous expliquer sa demande.

#### >>> Une mauvaise loge

C'est la création d'une loge satisfaisante en largeur et en projection qui constitue l'essentiel du travail, permettant d'obtenir ensuite une prothèse bien placée ayant une forme agréable. Pour créer

## I Seins

cette loge, chaque collègue à sa façon particulière de procéder : **dissection** sous lumière froide, création d'une loge exsangue sous bistouri électrique, utilisation de la rugine de Slama, etc. Certains utilisent comme moi un simple dilateur tel que le sabre de Greco (dont j'ai modifié un peu la forme grâce à un fabricant d'instruments français), d'autres ne jurent que par une dissection prudente et progressive grâce à la mise en place d'une endoscopie ou d'une dilatation au ballon à air comprimé.

**L'hémostase** de la loge est un temps essentiel qui prend du temps, car si elle est mal faite un hématome géant post-opératoire peut se produire, obligeant à une réintervention en urgence dans les 6 h qui suivent. Enfin, **la symétrie de la loge** que nous fabriquons doit être bien vérifiée, de façon à ce qu'en postopératoire il ne se produise pas une asymétrie des implants du fait d'une loge trop importante, avec migration au niveau de la région axillaire, sous-mammaire ou médio-sternale.

### >>> Une mauvaise surveillance

Elle peut entraîner des complications postopératoires inattendues :  
– hématome géant ;  
– infection précoce avec des signes généraux locaux de sepsis ;  
– réouverture de la plaie, exposition de la prothèse par manipulation intempestive par une patiente dépressive et auto-agressive.

C'est pourquoi la mise en place d'un pansement facile à retirer pour surveiller la plaie et ne pas masquer les signes locaux d'évolution inflammatoire ou infectieuse est si importante. Cette nécessité de surveillance plaide (quand cela est possible et peu onéreux) pour l'hospitalisation de la patiente pendant la première nuit postopératoire, ce qui permet un suivi sécurisé.

De plus, quand la patiente est opérée en ambulatoire, elle a tendance à décoller

les pansements pour aller voir ce qui se passe en dessous et prendre des douches trop précoces, avec le risque de la création de lacs sous-cutanés liquidiens venus de la douche, dont l'eau est passée au travers des lèvres de la plaie fraîche pas encore étanchéifiée.

### >>> Une mauvaise cicatrisation

Il est assez fréquent de constater un caractère rétractile pour certaines cicatrices, c'est notamment le cas des cicatrices axillaires. Elles deviennent tendues et soulignées par un cordon fibreux rétractile, évoquant une maladie de Mondor. Cette rétraction sous-cutanée, qui va du coude à l'aisselle sous forme d'un cordon dur et inquiétant, apparaît au bout de 3 semaines et va spontanément disparaître en 6 semaines environ, sans traitement particulier ni massage ou infiltration.

### >>> La persistance d'un corps étranger oublié (textilome)

Cette complication n'est pas si rare, quelques cas sont rapportés chaque année par les compagnies d'assurance. La cause est le caractère hémorragique de l'intervention : plus la patiente aura tendance à saigner, plus on va utiliser de compresses, une aspiration murale et la coagulation. Il est possible qu'à la fin de l'intervention, une compresse soit oubliée, car le fait de les compter peut laisser la place à l'erreur humaine malgré toutes les précautions.

Les signes cliniques d'un textilome sont :  
– existence d'une tuméfaction persistante un peu indurée latérale ou interne au niveau du sein qui a été augmenté ;  
– cette masse est douloureuse et ne disparaît pas après la 6<sup>e</sup> semaine. On peut penser à un hématome enkysté, mais il vaut mieux alors pratiquer une échographie ou une IRM qui permettra de savoir s'il s'agit d'une induration creuse, contenant des caillots sanguins, ou s'il s'agit une image hyperdense et irrégulière caractéristique d'un corps étranger oublié.

**Réopérer au plus vite est absolument indispensable** pour aller enlever ce corps étranger. Il vaudra mieux être franc avec la patiente et lui expliquer qu'il y a eu un problème afin que le différend potentiel soit tout de suite réglé à l'amiable.

## Des complications tardives peuvent toujours apparaître

### >>> La différence gauche-droite majeure

Il faut se résoudre à reprendre chirurgicalement s'il s'agit d'une mauvaise opération ou d'une opération qui n'a pas respecté la symétrie des loges. De petites différences peuvent être corrigées par des séances de lipofilling.

### >>> La prothèse qui ne descend pas

Un hématome collecté au pôle inférieur de la prothèse constitue une sorte de lit surélevant la prothèse, il peut disparaître spontanément. Le plus souvent, la cause est une erreur dans la confection de la loge au moment de l'intervention. Passé le 4<sup>e</sup> mois, il faut envisager une reprise chirurgicale et vérifier par échographie et IRM s'il n'y a pas un textilome responsable de cette anomalie.

### >>> L'apparition d'une coque précoce et empirant, non homogène

Cette coque aiguë entraîne une distorsion du sein avec des placards plus durs à certains endroits et un bombé anormal au niveau du segment 1 et 2. Elle peut être liée à une infection à bas bruit, un biofilm septique ou à un hématome mal résorbé. Une ré-exploration avec reprise chirurgicale, coquatomie équatoriale et lavage de la prothèse et de sa loge est indiquée, mais elle ne donne pas toujours le résultat escompté et expose à la récurrence.

### >>> L'existence de "cornes"

Ces petits pics qui inquiètent la patiente témoignent de l'apparition d'une coque plicaturant la prothèse. Les cornes

**Patiente 2**

Hypoplasie et ptôse asymétrique.



Avant de ¾.



Après : grande asymétrie avec ectopie des aréoles.



Après : très insatisfaite et récriminatrice à cause de l'asymétrie de position des aréoles.

peuvent créer une menace pour la peau, dont l'érosion progressive va entraîner l'exposition de la prothèse. Les patientes s'inquiètent et exigent une reprise chirurgicale, d'où l'indication d'une coquettomie large et d'un agrandissement de la loge périprothétique. Mais la récurrence peut se produire, liée peut-être à l'intolérance de la patiente aux produits siliconés.

### >>> Le rejet de la prothèse

Sous forme d'une coque de grade Baker 3 ou 4 : la prothèse devient une boule tendue sous la peau, hémisphérique devenue sphérique, entraînant des moqueries quand la patiente se promène sur la plage les seins dénudés ! Il faudra alors discuter avec la patiente réticente de l'ablation des prothèses et de leur remplacement volumétrique par un lipofilling, si par chance elle a des réserves de graisse utilisables.

### >>> Des vagues périprothétiques à distance de l'implantation

C'est l'un des soucis les plus actuels en matière de prothèses mammaires : elles sont remplies à 80 % et les tissus de recouvrement de la patiente se ramollissent avec le temps, ce qui entraîne l'apparition de vagues au pôle nord de la prothèse. Le lipofilling périphérique par les auteurs d'une augmentation mammaire hybride est parfois vain, car les vagues se reproduisent à terme et imposent une réintervention avec changement de prothèse de volume plus important, de remplissage supérieur à 95 % au moins avec un gel plus ferme.

### >>> Le retournement de la prothèse ronde

Cet incident méconnu angoisse beaucoup les patientes qui remarquent soudain au réveil que la forme de leurs seins a changé ! En réalité, ce changement

d'apparence est sans gravité. Il survient parce que la loge périprothétique est devenue un peu grande, parfois la peau de recouvrement est devenue excédentaire. Les prothèses modernes n'adhèrent pas aux tissus périphériques, ce qui a l'avantage de diminuer le risque de LAGC (lymphome anaplasique à grandes cellules).

Le repositionnement est plutôt facile, si on a compris dans quel sens la prothèse a tourné, soit verticalement et horizontalement, la face arrière se mettant devant : il suffit de faire parcourir le même chemin à l'envers pour la replacer de façon satisfaisante. Point n'est besoin d'une anesthésie ni d'une intervention au bloc opératoire, la remise en place s'effectue au cabinet.

### >>> L'infection tardive

Cette complication demeure un réel problème, car il y a des infections tardives qui sont survenues des années après l'implantation initiale. On a incriminé la persistance de germes microbiens dans les conduits galactophores ou dans les villosités ultramicroscopiques des parois prothétiques, ou bien une infection secondaire à la suite d'une angine ou d'un abcès corporel présent à un autre endroit du corps, avec migration des germes autour du corps étranger qui est représenté par la prothèse mammaire...

Dans ce cas redoutable, il est malheureusement impossible de conserver la prothèse en place, il faudra accepter d'en faire l'ablation. Celle-ci sera suivie d'une période de repos de quelques mois, avec une reconstruction au bout de 3 à 4 mois sous couvert de protection antibiotique (après antibiogramme initial) per et postopératoire.

### >>> L'augmentation subite du volume du sein

Cette complication a été rapportée par plusieurs auteurs, et concerne essentiellement les prothèses qui sont en hydrogel plutôt que celles qui sont remplies en gel

## Seins

de silicone, bien que quelques cas sporadiques aient été décrits. On a incriminé un hématome tardif, post-traumatique brutal, qui serait survenu soudainement ou une rupture de la prothèse (au temps des PIP) entraînant un épanchement périphérique. On a mentionné aussi une lymphorrhée tardive ou une infection à bas bruit se manifestant soudain. Mais le diagnostic le plus redoutable actuellement est dans tous les cas **le lymphome anaplasique à grandes cellules**, qui semble consécutif aux implants mammaires à texturation chevelue.

Un prélèvement du liquide périprothétique avec analyse histologique est indispensable après IRM pour vérifier si la prothèse est rompue ou non. Le geste d'exploration sera suivi d'une ablation des implants et d'un traitement anticancéreux ajusté selon le cas. S'il n'y a pas de cellule tumorale retrouvée, une remise en place d'implants sera possible pour conserver l'acquis esthétique. Dans le cas contraire, l'ablation des prothèses est indispensable accompagnée d'un traitement spécifique pour pathologie tumorale grave.

### >>> La lymphorrhée à distance

Après plusieurs années paisibles, un des deux seins gonfle brutalement, entraînant panique, angoisse et consultation en urgence. Une lymphorrhée bénigne a été décrite après quelques cas d'augmentation mammaire, avec apparition plusieurs années après l'intervention initiale. Il est toujours nécessaire de

vérifier si l'implant n'est pas rompu par mammographie et IRM afin d'intervenir à temps pour évacuer la lymphe surprenante, nettoyer la loge et changer les implants des 2 côtés.

### >>> La rupture de l'implant vérifiée sur le scanner ou l'IRM

Dans les statistiques publiées contemporaines, la rupture de l'enveloppe des implants est très rare avant la 8<sup>e</sup> année, qui semble être le début des événements indésirables. Ces événements augmentent ensuite en fréquence entre la 10<sup>e</sup> et la 20<sup>e</sup> année postopératoire et imposent un changement d'implants au moindre doute. Mais le gel de silicone plus cohérent entraîne moins de migrations dramatiques, comme autrefois dans les années 1990. Nous n'envisageons pas ici le problème des implants PIP qui sont traités selon un protocole bien connu et organisé par les pouvoirs publics.

Aussi, en cas de rupture précoce des implants (entre 1 et 4 ans postopératoires), il est nécessaire d'en faire le diagnostic à l'occasion d'un signalement d'une anomalie (lymphorrhée subite, douleur inhabituelle, inconfort angoissant, etc.), essentiellement par les examens complémentaires type scanner ou IRM. Si la rupture est suspectée, il convient de proposer une intervention réparatrice avec changement des deux implants par précaution, et de négocier avec le laboratoire qui a fabriqué des implants la mise en place gracieuse d'une nouvelle paire de prothèses. Les

anciennes partiront à l'analyse, renvoyées au fabricant, et signalées par le bloc ou le praticien sur le registre des événements contraires en matière d'implants mammaires. Ce registre n'est pas encore national, mais il est bon que la clinique en possède un.

### Faut-il systématiquement changer d'implant en cas de complication et de reprise chirurgicale ?

De nombreux collègues penseront que ce n'est pas toujours indispensable. Certains imaginent même que l'on peut garder les implants bien nettoyés en cas d'infection périprothétique. La décision est surtout prise pour ne pas pénaliser financièrement les patientes.

Mais il paraît irresponsable – devant une infection avérée et prouvée localement par prélèvement bactériologique, culture et antibiogramme – de choisir cette mauvaise solution de conserver les implants : leur biofilm contaminé pourrait de nouveau prêter naissance à une infection secondaire, car le nettoyage de la prothèse et de la coque périprothétique interne, de façon totalement stérilisante au bloc opératoire, est quasi impossible !

Dans les autres cas d'infection crainte mais pas prouvée, quand les prothèses sont récentes et de moins de 5 ans, leur conservation n'est pas forcément une mauvaise idée. Le risque est surtout juridique, car conserver des prothèses

Patient 3



Avant la reprise pour vagues et douleurs périprothétiques, après 1 an d'évolution.



Les prothèses partiellement calcifiées retirées.



Aspect à 1 an après la reprise, coquettomie, changement d'implants (+ 50 cc par côté).

**Patiente 4**

A: asymétrie mammaire peu importante après allaitement, refus de lipofilling, demande d'augmentation mammaire profonde par implant hémisphérique de 280 cc. B: avant de  $\frac{3}{4}$ . C: après augmentation asymétrique bilatérale, bel aspect dans le soutien-gorge. D: après, le résultat est contesté par la patiente car la prothèse gauche est restée trop haute. Pas de reprise chirurgicale (par mes soins!). E: après de  $\frac{3}{4}$ .



infectées est une faute au sens de la responsabilité médicale, qui impose leur ablation. Tout dépend de la qualité de ces prothèses, de leur marque et des statistiques d'événements contraires que la firme a pu produire avant l'intervention.

Les prothèses actuelles, notamment celles fabriquées en France, sont de qualité supérieure et devraient résister entre 15 et 20 ans en postopératoire, et non plus seulement pendant 10 ans. L'avenir nous dira si les progrès techniques des fabricants ont permis d'allonger la durée de conservation interne des nouveaux implants multicouches et quand envisager le changement des prothèses mammaires implantées au cours des années 2010-2025.

## ■ Conclusion

L'augmentation mammaire par implant en silicone reste une opération extrêmement demandée et valorisante pour les patientes. Le taux de satisfaction est de 95 % des cas selon les différentes statistiques. Les opérations hybrides

avec lipofilling contemporain sont à la mode et gagnent du terrain. En France, la majorité des implants utilisés sont remplis de gel de silicone, plus rarement (moins de 10 %) de sérum physiologique ou d'hydrogel.

Le taux national des complications est faible. Le changement ou l'ablation des prothèses n'est indispensable que dans moins de 2 % des cas, essentiellement pour infection, exposition des implants, vagues, plis insupportables ou coques Baker 3 ou 4. Les séquelles de l'affaire PIP se sont éloignées mais il reste encore des patientes porteuses de ces implants, que l'on découvre de temps en temps.

Néanmoins, dans la population des patientes très satisfaites ou moyennement satisfaites, il existe une marge de progression des résultats que nous pouvons obtenir : il faut viser le résultat maximal en fonction du souhait exprimé de chaque patiente, dont les habitudes et les goûts varient aussi bien en matière de forme du sein à obtenir que de la taille, du volume, de la forme (anatomique ou ronde symétrique ?), de la position et de la fermeté

souhaitée. On ne peut donc pas employer un seul type de prothèses, un seul type de forme, un seul type de remplissage ou un seul type d'abord chirurgical...

Actuellement, d'autres types de prothèses mammaires sont à l'étude : prothèses remplies avec de l'hydrogel à base de certains composants celluloseux, prothèses contenant de l'acide hyaluronique ou des microbilles en matériau inerte disséminées dans le silicone qui permettent d'alléger le poids total des prothèses implantées. N'oublions pas qu'il existe aussi des prothèses remplies de sérum physiologique, dont certains collègues restent partisans parce qu'elles sont d'une innocuité absolue par rapport au gel de silicone.

Nous les avons aussi employées pendant le moratoire sur les implants mammaires siliconés. L'expérience a montré que les résultats, au moins pendant 10 à 15 ans, sont presque aussi satisfaisants que les prothèses en gel de silicone ! Les implants remplis de sérum physiologique étaient les seuls autorisés de 1990 à 2000 à cause du moratoire imposé en

## Seins

France dans les années 1990, interdisant les prothèses remplies de gel siliconé, ce qui a conduit à l'implantation obligatoire de prothèses en sérum physiologique : certaines patientes en France et aux États-Unis continuent de porter ce type de prothèses avec satisfaction.

Mais, dans mon expérience personnelle, la consistance des prothèses modernes en gel de silicone offre un toucher plus agréable et quasi identique au contenu d'une glande mammaire normale. C'est pourquoi je suis resté favorable aux implants remplis de gel de silicone et non pas de sérum physiologique, bien que les deux solutions soient possibles en France.

Reste le problème toujours agaçant des vices de positionnement des implants, que nous avons largement relatés dans cet article : la reprise opératoire me paraît être une bonne solution dans les cas où la patiente le désire intensément, ayant entendu **l'information capitale du risque infectieux augmenté** et d'une insatisfaction finale que l'on ne peut pas éviter à tous les coups.

### POUR EN SAVOIR PLUS

- GUERRA M, CODOLINI L, CAVALIERI E *et al.* Galactocele after aesthetic breast augmentation with silicone implants: an uncommon presentation. *Aesthetic Plast Surg*, 2019;43:366-369.
- HADAD E, KLEIN D, SELIGMAN Y *et al.* Submuscular plane for augmentation mammoplasty patients increases silicone gel implant rupture rate. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2019;72:419-423.
- CHANG EI, HAMMOND DC. Clinical results on innovation in breast implant design. *Plast Reconstr Surg*, 2018;142:31S-38S.
- CORONEOS CJ, SELBER JC, OFFODILE AC *et al.* US FDA breast implant postapproval studies: long-term outcomes in 99,993 patients. *Ann Surg*, 2019;269:30-36.
- POOL SMW, WOLTHUIZEN R, MOUËS-VINK CM. Silicone breast prostheses: a cohort study of complaints, complications, and explantations between 2003 and 2015. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2018;71:1563-1569.

## POINTS FORTS

- Les différences droite-gauche représentent une cause fréquente d'insatisfaction postopératoire si la patiente n'a pas été avertie des problèmes avant l'opération.
- Aucun implant n'est idéal pour toutes les situations, d'où la complexité des algorithmes décisionnels !
- Les vagues et les malpositions sont des complications somme toute bénignes mais énervent les patientes.
- L'infection et les coques grade 3 et 4 n'ont pas totalement disparu malgré les progrès techniques des fabricants contemporains d'implants mammaires.
- Le risque de LAGCD doit rester présent à l'esprit quand on ignore la nature d'un implant qui pose problème.
- Le lipofilling est une amélioration significative pour réaliser une augmentation hybride, mais ne supprime pas le potentiel des implants quand il s'agit d'augmenter les seins de 2 ou 3 bonnets en un seul acte opératoire.

- STEVENS WG, CALOBRACE MB, ALIZADEH K *et al.* ten-year core study data for Sientra's Food and Drug Administration-approved round and shaped breast implants with cohesive silicone gel. *Plast Reconstr Surg*, 2018;141:7S-19S.
- NICTER LS, HARDESTY RA, ANIGIAN GM. IDEAL IMPLANT structured breast implants: core study results at 6 years. *Plast Reconstr Surg*, 2018;142:66-75.
- EL-HADDAD R, LAFARGE-CLAUQUE B, GARABEDIAN C *et al.* A 10-year prospective study of implant-based breast augmentation and reconstruction. *Epasty*, 2018;18:e7.
- SPEAR SL, CARTER ME, GANZ JC. The correction of capsular contracture by conversion to "dual-plane" positioning: technique and outcomes. *Plast Reconstr Surg*, 2003;112:456-466.
- DUTEILLE F, PERROT P, BACHELEY MH *et al.* Eight-year safety data for round and anatomical silicone gel breast implants. *Aesthet Surg J*, 2018;38:151-161.
- KHAN UD. Breast augmentation, antibiotic prophylaxis, and infection: comparative analysis of 1,628 primary augmentation mammoplasties assessing the role and efficacy of antibiotics prophylaxis duration. *Aesthetic Plast Surg*, 2010;34:42-47.
- HENRIKSEN TF, FRYZEK JP, HÖLMICH LR *et al.* Surgical intervention and capsular contracture after breast augmentation: a pro-

spective study of risk factors. *Ann Plast Surg*, 2005;54:343-351.

- COLLIS N, SHARPE DT. Recurrence of subglandular breast implant capsular contracture: anterior versus total capsulectomy. *Plast Reconstr Surg*, 2000;106:792-797.
- HAMMOND DC, MIGLIORI MM, CAPLIN DA *et al.* Mentor Contour Profile Gel implants: clinical outcomes at 6 years. *Plast Reconstr Surg*, 2012;129:1381-1391.
- SEIFY H, SULLIVAN K, HESTER TR. Preliminary (3 years) experience with smooth wall silicone gel implants for primary breast augmentation. *Ann Plast Surg*, 2005;54:231-235.
- MITZ V, CERCEAU M, SEKNADJE P *et al.* [Indications and results of breast implant replacement with implants pre-filled with silicone gel]. *Ann Chir Plast Esthet*, 1997;42:21-26.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits concernant les données publiées dans cet article.