# ABLATION D'IMPLANTS MAMMAIRES

« Version 1 » janvier 2024

**Information délivrée le :** **Cachet du Médecin :**

**Au bénéfice de :**
**Nom :**
**Prénom :**

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à **une ablation d'implants mammaires.**

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

## *DÉFINITION, OBJECTIFS ET PRINCIPES*

L'augmentation mammaire ou la reconstruction mammaire par prothèses est une chirurgie fréquente, réalisée en France depuis plus de 50 ans.

Les motifs conduisant à la dépose des implants mammaires, sans remplacement par une autre implantation prothétique, sont très variés. Certaines patientes peuvent préférer un volume mammaire plus réduit, d'autres un remplacement par une greffe adipocytaire. Les patientes d'âge plus avancé ne souhaitent parfois pas la repose d'un implant, estimant qu'une repose accentuera les risques d'une réintervention. Quelles que soient vos questions, votre chirurgien plasticien pourra vous y répondre pour vous permettre d'appréhender parfaitement le rapport entre les risques et les bénéfices d'une réimplantation. A la fin de cette fiche sont présentés les actes qui peuvent être proposés par votre chirurgien pour prendre en charge la distension cutanée consécutive à la perte de volume secondaire à la dépose des implants.

Nous rappelons ici les informations concernant les implants mammaires. Les implants actuellement utilisés sont composés d'une enveloppe et d'un produit de remplissage.

- **L'enveloppe** est, dans tous les cas, constituée d'un élastomère de silicone. Cette membrane peut être lisse ou texturée (rugueuse). Les enveloppes présentant un relief important en surface (rugosité) sont dites macro-texturées.

Certaines prothèses comportaient également un revêtement complémentaire extérieur sur l'enveloppe composé d'une mousse de polyuréthane. Dans de nombreux pays et depuis 2019, en France, les prothèses macro-texturées ou recouvertes de polyuréthane ont été retirées du marché. Ces prothèses avec une enveloppe « macro-texturée » ont en effet été retrouvées associées à la survenue de lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC).

La seule présence d'un revêtement texturé dit « macro » texturé selon la définition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (A.N.S.M.) ou en mousse de polyuréthane ne constitue pas un motif impératif de changement, ou de dépose simple, de l'implant.

- **Le contenu** est le produit de remplissage qui se trouve dans l'enveloppe. Plusieurs contenus sont disponibles

. Le sérum physiologique (eau salée) seul autorisé en France de 1995 à 2001 dont l'innocuité est totale. Elles sont soit pré-remplies en usine soit gonflées par le chirurgien pendant l'intervention, permettant une certaine adaptation du volume per-opératoire.

. Le silicone, sous forme de gel est le contenu le plus utilisé actuellement, qui assure un sein au palper souple proche d'une consistance naturelle. Cette structure en gel vise à réduire la diffusion du silicone vers les tissus en cas de rupture de l'enveloppe. Les gels sont plus ou moins cohésifs, une cohésivité plus forte visant à limiter la formation de plis (« vagues ») à la surface de

l'implant pouvant devenir visibles notamment chez les patientes minces. Plus cette cohésivité est importante et plus l'implant sera ferme au toucher. L'enveloppe en élastomère de silicone autorise un passage limité (« transpiration » du gel ou « perspiration » en anglais) des molécules de silicone à l'extérieur de l'implant, de façon variable selon les marques et les facteurs d'usure. Aucune étude n'a montré que cette diffusion de silicone vers l'organisme pouvait affecter la santé des patientes porteuses d'implants. L'association à la formation d'une contracture de la capsule péri-prothétique (appelée « coque ») n'est pas non plus démontrée.

**- La forme**

**. Rondes** : aussi volumineuses en haut qu'en bas lorsqu'elles sont à la verticale.

**. Anatomiques** : en forme de poire, avec un volume plus important dans la partie basse. Si elles ont la réputation de pouvoir donner un résultat plus naturel, elles exposent, pour certaines, à un risque de rotation (10 à 14 % selon les études) pouvant provoquer un changement très disgracieux de la forme du sein (partie renflée se retrouvant à la partie haute).

A noter que l'avènement d'implants remplis de gels moins cohésifs, prenant une forme anatomique mais avec moins de plis (« vagues ») à leur pôle supérieur, vient aujourd'hui remplacer avantageusement les implants anatomiques.

Cette grande variété de formes et de volumes, permet d'optimiser et d'adapter le choix, presque sur mesure, des prothèses en fonction de la morphologie de la patiente et de ses attentes personnelles.

Des évolutions constantes visent à améliorer l'étanchéité et la solidité des parois, le naturel palpatoire et visuel du rendu, la durée de vie et la tolérance des matériaux.

Tous les implants disponibles en France sont soumis à des normes précises et rigoureuses : marquage CE (Communauté Européenne) et autorisation de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé). Les autorités administratives françaises et le ministère de la santé ont imposé depuis 2016 la mise en place d'un registre national des implants mammaires. Ce registre est anonyme et son objectif est de recenser toutes les prothèses implantées sur le territoire français et assurer ainsi le suivi de l'ensemble des implants ce qui va dans le sens d'une plus grande sécurité pour les patientes.

**- Evolution & durée de vie**

Même si on peut voir certaines patientes conserver leurs implants plusieurs décennies sans modifications majeures, il ne faut pas considérer la mise en place de prothèses mammaires comme définitive (« à vie »). Ainsi, une patiente porteuse d'implants peut s'attendre à devoir un jour les remplacer ou préférer ne pas remettre en place d'implant afin d'éviter la survenue de complications (ruptures ou porosité avec accentuation de la perspiration du silicone). Les implants ont une durabilité variable, qu'il est difficile d'estimer précisément puisqu'elle dépend de phénomènes variables. Il faut noter que les implants de dernière génération ont fait de grands progrès en termes de résistance et de fiabilité. Un changement, ou une ablation, est à prévoir en cas de rupture ou fissure de l'enveloppe de la prothèse, ou en cas de détérioration du résultat qui peut être dû à une grossesse, une variation de poids ou simplement au vieillissement des tissus mammaires. La réalisation d'une échographie ou une IRM mammaire peut permettre d'évaluer l'état des implants et l'intérêt de leur changement ou de leur ablation. Toute modification de la forme ou consistance des implants doit conduire à la même évaluation.

Les implants sont des corps étrangers, qui peuvent s'user au cours du temps, et se rompre ou déformer les seins en cas de formation d'une coque. Il est donc conseillé aux patientes de consulter régulièrement leur chirurgien afin d'évaluer la nécessité de les changer afin d'éviter ces effets indésirables. Les implants peuvent être très bien tolérés pendant de nombreuses années. Il est également possible de procéder à leur ablation, sans en remettre, selon le désir de la patiente.

En raison d'une distension de la peau du sein, liée au volume de l'implant, il est important de savoir que le résultat ne sera pas le même qu'avant la première pose de l'implant. En effet, le sein va « retomber » et « se coller » au thorax.

Il est parfois nécessaire de libérer (capsulotomie), voire de retirer l'enveloppe si elle s'est transformée en coque (fibrose rétractile pathologique). Un prélèvement de l'enveloppe est systématiquement réalisé à des fins d'analyse. De plus, si la prothèse s'avère être une prothèse macro-texturée, une analyse plus poussée à la recherche d'un LAGC sera systématiquement réalisée.

## ● *AVANT L'INTERVENTION*

Un interrogatoire suivi d'un examen attentif aura été réalisé par le chirurgien qui prendra en compte tous les paramètres qui font de chaque patiente un cas particulier (taille, poids, grossesses, allaitements, morphologie thoracique et mammaire, qualité de la peau, importance de la graisse et de la glande présente, musculature, taille et forme des prothèses initiales…).

En fonction du contexte anatomique, des préférences et habitudes du chirurgien, et des désirs exprimés par la patiente, une stratégie opératoire aura été convenue. Seront ainsi pré-déterminés l'emplacement des cicatrices, une capsulotomie ou capsulectomie, ainsi que la réalisation ou non d'un acte complémentaire type mastopexie ou injection de graisse.

Un bilan sanguin pré-opératoire sera réalisé conformément aux prescriptions. Le médecin anesthésiste sera vu en consultation, au plus tard 48 heures avant l'intervention. Un bilan radiologique du sein est prescrit (mammographie, échographie, IRM si besoin).

### LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entrainer des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires). Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut être aussi à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec l'acte chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, La communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention et un mois après l'intervention. La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à voter anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

Aucun médicament contenant de l'aspirine ou des AINS de devra être pris dans les dix jours précédant l'opération. On vous demandera probablement de rester à jeun (ne rien manger ni boire) six heures avant l'intervention.

## ● *TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION*

**Type d'anesthésie :** Il s'agit le plus souvent d'une anesthésie générale classique, durant laquelle vous dormez complètement. Dans de rares cas, une anesthésie « vigile » par sédation (anesthésie locale approfondie par des tranquillisants administrés par voie intraveineuse) pourra être utilisée (à discuter avec le chirurgien et l'anesthésiste). En cas d'ablation « simple », une anesthésie locale peut être proposée.

**Modalités d'hospitalisation :** l'intervention justifie habituellement une hospitalisation d'une journée. L'entrée s'effectue alors le matin et la sortie le soir même après quelques heures de surveillance. Une hospitalisation plus longue peut être envisagée notamment en cas de capsulectomie.

## ● *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 :

**Incisions cutanées :**
Il existe plusieurs « voies d'abord » possibles, sachant que la cicatrice initiale peut être reprise, ou que le chirurgien peut en créer une nouvelle :

• voie aréolaire : avec incision de la circonférence de l'aréole, ou ouverture horizontale contournant le mamelon par-dessous
• voie axillaire : avec incision sous le bras dans l'aisselle
• voie sous-mammaire : avec incision placée dans le sillon sous le sein.

**Ablation de la prothèse** : en passant par les incisions, les implants peuvent alors être retirés et analysés : forme, taille, intégrité. En cas de rupture d'implant, un lavage de la loge est systématiquement réalisé afin d'enlever le silicone qui pourrait s'y trouver. De plus, une déclaration est réalisée.

En cas d'absence de rupture, les prothèses sont éliminées et aucune déclaration n'est réalisée.

Si la patiente souhaite récupérer ses prothèses, elle doit en faire la demande avant l'intervention.

**Actes sur l'enveloppe ou capsule**

Le chirurgien analyse l'intégrité de la capsule, son épaisseur et sa consistance. Plusieurs solutions sont possibles :

- La capsule est de bonne qualité et un petit fragment sera prélevé pour analyse.
- La capsule doit être assouplie et un acte de libération ou capsulotomie sera réalisé en plus.
- La capsule est « pathologique » et doit être enlevée : acte d'exérèse ou capsulectomie partielle ou totale sera alors réalisé avec envoi systématique en analyse. Cet acte d'exérèse entraine des saignements et des douleurs, avec souvent la mise en place de drains et rien ne garantit l'absence de récidive d'une capsule

pathologique. Le chirurgien peut programmer en avance la capsulectomie, dans le cadre d'une discussion lors de la consultation pré- opératoire, ou prendre la décision pendant l'intervention si l'état de la capsule le nécessite.

### Actes associés à la dépose des implants

En raison de l'affaissement de la peau, il peut être proposé de remonter les seins (mastopexie) afin de permettre un meilleur résultat esthétique. De plus, une injection de graisse peut être réalisée afin d'améliorer le résultat et redonner de la matière au sein. En aucun cas cependant une injection de graisse ne peut se faire dans la cavité où était l'implant au risque d'obtenir des kystes graisseux.

Il s'agit, dans ces cas, d'interventions chirurgicales à part entière, avec des fiches d'information dédiées. En effet, elles nécessitent des cicatrices différentes, des procédures différentes et des vêtements de compression différents.

### Résection cutanée

En cas de ptôse mammaire associée (seins tombants, aréoles basses), il peut être souhaitable de réduire l'enveloppe cutanée du sein afin de le faire remonter, on parle alors de « mastopexie ». Cette résection de peau se traduira alors par des cicatrices plus importantes (autour de l'aréole, verticale, horizontale dans le sillon sous mammaire).

### Greffe adipocytaire

En cas de volume mammaire trop faible, suite à l'ablation simple des implants, et si la glande mammaire et les tissus résiduels le permettent (volume suffisant pour recevoir les dépôts de graisse), une greffe adipocytaire (injection de votre graisse lipoaspirée) peut être réalisée. Les modalités d'une telle intervention sont détaillées dans la fiche SOFCPRE dédiée à ces greffes adipocytaires à visée esthétique.

### Drains et pansements

Un drain peut être mis en place en fonction des habitudes du chirurgien et des conditions locales, en particulier en cas de capsulectomie. Il s'agit d'un dispositif (petit tuyau) destiné à évacuer le sang qui pourrait s'accumuler autour des prothèses.

En fin d'intervention, un pansement modelant est réalisé avec un bandage élastique ou un soutien-gorge compressif peut vous être posé.

En fonction du chirurgien, de la voie d'abord, et de la nécessité éventuelle d'actes complémentaires associés, l'intervention peut durer d'une heure à deux heures trente.

## ● *APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES*

Les suites opératoires peuvent parfois être douloureuses les premiers jours, notamment si une capsulectomie a été réalisée. Un traitement antalgique adapté à l'intensité des douleurs sera prescrit pendant quelques jours. Dans le meilleur des cas, la patiente ressentira une sensation de tension.

Oedème (gonflement), ecchymoses (bleus) et gêne à l'élévation des bras sont fréquents, les premiers temps.

Le premier pansement est retiré après quelques jours et sera remplacé par un pansement plus léger. Un soutien-gorge peut être recommandé nuit et jour pendant quelques semaines.

La plupart du temps, les fils de suture sont internes et résorbables. Dans le cas contraire, ils seront retirés au bout de quelques jours.

Il convient d'envisager une convalescence avec interruption d'activité d'une durée de trois à dix jours.

Il est conseillé d'attendre un à deux mois pour reprendre une activité sportive.

## ● *LE RÉSULTAT*

Un délai de trois à six mois est nécessaire pour apprécier le résultat définitif. C'est le temps nécessaire pour que les seins aient retrouvé toute leur souplesse.

Les cicatrices sont habituellement très discrètes.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une amélioration du bien-être de la patiente, il ne s'agit, en aucun cas, d'atteindre une perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction, mais il est important de noter qu'une ptose mammaire est très fréquente et que le résultat sur un plan esthétique est très variable.

En ce qui concerne la forme et la « tenue », les seins subiront les effets de la pesanteur et du vieillissement, avec une rapidité variable en fonction de l'âge et des qualités de soutien de la peau.

## ● *LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT*

L'ablation des implants n'est pas sans conséquence. En effet, le sein garde une certaine « mémoire » de l'implant, notamment de son enveloppe. De plus, la peau est, en général, plus détendue qu'avant la primo implantation.

Certaines imperfections peuvent se rencontrer :

• une asymétrie de volume résiduelle, incomplètement corrigée.

. Un aspect de ptose mammaire, ou de sein « collé » au thorax.

. Un aspect de sein « collé » au thorax, en cas de prothèses avec coques fibreuses laissées longtemps en place, qui peuvent « s'imprimer » dans les tissus, laissant, lors de leur ablation, une déformation de la paroi délicate à corriger.

. En cas d'insatisfaction, certaines de ces imperfections pourront éventuellement bénéficier d'une correction chirurgicale après quelques mois, notamment avec une cure de ptose ou une injection de graisse.

. Sérome tardif : Un tél épanchement tardif, a fortiori s'il est associé à d'autres anomalies cliniques du sein, impose de faire réaliser un bilan sénologique auprès d'un radiologue spécialisé pour réaliser une ponction sous échographie à fin d'analyses. En cas de masse mammaire ou d'épanchement récidivant, une exploration chirurgicale permettra une analyse histologique de la capsule péri-prothétique afin d'éliminer un exceptionnel LAGC-AIM, ou une pathologie intracapsulaire encore plus exceptionnelle comme le carcinome spinocellulaire intracapsulaire.

## ● *QUESTIONS DIVERSES*

### Grossesse/allaitement

Après une ablation de prothèses mammaires, une grossesse est envisageable sans aucun danger, ni pour la patiente ni pour l'enfant, mais il est recommandé d'attendre au moins six mois après l'intervention. Pour ce qui concerne l'allaitement, il n'est pas non plus dangereux et reste possible dans la plupart des cas.

### Prothèses et cancer

- Jusqu'à récemment, l'état de la science laissait à penser que l'implantation de prothèses mammaires, y compris en silicone, n'augmentait pas le risque de survenue d'un cancer du sein. C'est effectivement toujours le cas pour les cancers du sein, de loin les plus fréquents (adénocarcinomes), dont l'incidence n'est pas augmentée par la mise en place d'une prothèse mammaire.

- Le Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules (LAGC) associé aux implants mammaires (LAGC-AIM) est une entité clinique très exceptionnelle qui est observée en France depuis janvier 2011. Cette entité concerne principalement les implants à surface macro-texturée. Elle ne doit être recherchée qu'en cas de signe clinique avéré (épanchement péri-prothétique récidivant, rougeur du sein, augmentation de volume du sein, masse perceptible). Un bilan sénologique précis doit alors être réalisé afin de préciser la nature de la lésion. Dans près de 90% des cas, cette entité est de très bon pronostic et elle guérit habituellement par un traitement chirurgical adapté associant l'ablation de la prothèse et de la capsule péri prothétique (capsulectomie totale et complète). Dans environ 10% des cas, la pathologie est plus grave et nécessite une prise en charge par chimiothérapie et/ou radiothérapie au sein d'une équipe spécialisée dans le traitement des lymphomes.

- Le carcinome spinocellulaire intracapsulaire est une entité très exceptionnelle (seulement quelques cas publiés dans le monde). Il survient, dans les observations publiées, sur des cas complexes ayant nécessité plusieurs interventions et plusieurs changements de prothèse.

### Surveillance

Il est essentiel de se soumettre aux visites de contrôle prévues par votre chirurgie dans les semaines puis les mois qui suivent l'ablation. Il est pour autant indispensable de spécifier aux différents médecins intervenants (médecin traitant, gynécologue, radiologue etc) que vous avez été porteuse de prothèses mammaires, en particulier en cas de prothèse macro-texturée.
Une consultation de surveillance auprès de votre chirurgien plasticien est conseillée tous les un à deux ans, mais en dehors de ce suivi, il est surtout fondamental de venir consulter dès qu'une modification de l'un ou des deux seins est détectée.

## ● *LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES*

Une ablation de prothèses implique les risques inhérents à tout acte médical, aussi minime soit-il.

Cet acte reste normalement soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Il convient de distinguer les complications liées à l'anesthésie et celles liées à l'acte chirurgical.

### Complications liées à l'anesthésie

Lors de la consultation pré-opératoire obligatoire, le médecin anesthésiste informera lui-même la patiente des risques anesthésiques. Il faut savoir que l'anesthésie, quelle qu'elle soit, induit dans l'organisme des réactions parfois imprévisibles et plus ou moins faciles à maitriser.

Toutefois, en ayant recours à un anesthésiste réanimateur compétent, exerçant dans un contexte chirurgical, les risques encourus sont devenus statistiquement très faibles. Il faut en effet garder à l'esprit que les techniques, les produits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces trente dernières années, offrant une sécurité optimale, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence et chez une personne en bonne santé.

**Complications liées à la chirurgie**

En choisissant un chirurgien plasticien qualifié et compétent, formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement. En pratique, la grande majorité des ablations d'implants réalisées dans les règles se passent sans aucun problème, les suites opératoires sont simples et les patientes sont pleinement satisfaites de leur résultat. Pourtant, parfois, des complications peuvent survenir au décours de l'intervention, certaines inhérentes à l'acte chirurgical mammaire et d'autres spécifiquement liées aux implants.

**Complications inhérentes à l'acte chirurgical mammaire**

- **Hématome** : l'accumulation de sang dans le sein est une complication précoce pouvant survenir au cours des premières heures. S'il est important, une reprise au bloc opératoire est alors préférable afin d'évacuer le sang et de stopper le saignement à son origine ;

- **Epanchement séreux** : une accumulation de liquide lymphatique est un phénomène assez fréquent dans les suites opératoires immédiates. Il est souvent associé à un œdème. Il se traduit par une augmentation de volume transitoire et disparait spontanément et progressivement. En cas de persistance ou d'apparition à distance, un sérome doit impérativement vous amener à consulter votre chirurgien.

- **Infection** : rare après ce type de chirurgie, elle peut imposer une reprise chirurgicale pour drainage.

- **Nécrose cutanée** : elle est consécutive à un manque d'oxygénation tissulaire dû à une insuffisance d'apport sanguin localisé, qui peut être favorisé par un hématome, une infection ou un tabagisme important chez la patiente. Une reprise chirurgicale peut s'avérer nécessaire.

- **Anomalies de cicatrisation** : le processus de cicatrisation mettant en jeu des phénomènes assez aléatoires, il arrive parfois que les cicatrices ne soient pas, à terme, aussi discrètes qu'escompté, pouvant alors prendre des aspects très variables : élargies, rétractiles, adhérentes, hyper ou hypo pigmentées, hypertrophiques (boursouflées), voire exceptionnellement chéloïdes.

- **Altération de la sensibilité** : elles sont fréquentes les premiers mois mais finissent la plupart du temps par régresser. Rarement toutefois, un certain degré de dysesthésies (diminution ou exagération de la sensibilité au toucher) peut persister, en particulier au niveau de l'aréole et du mamelon.

- **Galactorrhée/épanchement lactés** : il a été rapporté de très rares cas de stimulation hormonale post-opératoire inexpliquée, se traduisant par une sécrétion de lait « galacthorrhée ».

- **Pneumothorax** : rare, il bénéficiera d'un traitement spécifique (exsufflation simple le plus souvent avec surveillance notamment radiographique).

Au total il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'une intervention chirurgicale, même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas.

Le recours à un Chirurgien Plasticien Qualifié vous assure que celui-ci a la formation et la compétence requises pour savoir éviter les complications, ou les traiter efficacement le cas échéant.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitions vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée ».

Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

**REMARQUES PERSONNELLES :**