CHIRURGIE DES SEINS TUBEREUX

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 chirurgie des seins tubéreux**.

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

Les seins tubéreux sont des malformations des seins, caractérisées par une anomalie de la base mammaire, dont l'origine est un trouble de la croissance mammaire.

Cette malformation se manifeste à l'adolescence, au moment de la puberté. L'un des seins, souvent les deux, est en forme de tube ou de tubercule. Sous ce terme sont ainsi regroupées plusieurs anomalies anatomiques de forme du sein, toutes conséquences de la présence à la base de la glande mammaire d'un anneau fibreux qui a gêné l'expansion de l'enveloppe cutanée du sein lors de la croissance :

- Anomalie de l'ensemble du sein lequel a une forme plus ou moins cylindrique

- Anomalie de la partie inférieure du sein (dit «segment III») : la distance entre le bord inférieur de l'aréole et le sillon sous-mammaire est réduite

- Anomalie de la position du sillon sous-mammaire sur le plan thoracique, et donc de la base du sein sur le thorax

- Anomalie de l'aréole dans environ 50% des cas (la glande mammaire fait alors «hernie» au travers de la plaque aréolaire.

- Il est également fréquent de constater une asymétrie de forme et de volume entre les deux seins.

Ces altérations physiques d'origine congénitale, parfois majeures, entrainent chez les patientes jeunes (adolescentes) des troubles importants de leur schéma corporel (l'image de soi) avec des répercussions psychologiques fréquentes.

Selon l'importance des malformations (hypoplasies mammaires uni ou bilatérales), une prise en charge par l'Assurance maladie peut être envisagée par la voie de la demande d'Accord Préalable en cas de nécessité d'implantation prothétique. L'asymétrie mammaire importante (« asymétrie nécessitant une compensation dans le soutien-gorge ») permet aussi une prise en charge par l'Assurance Maladie et les mutuelles.

OBJECTIFS ET PRINCIPES

L'intervention chirurgicale a pour but de corriger toutes ces anomalies pour donner une morphologie normale, naturelle et symétrique à la poitrine. En raison de la très grande diversité des cas et des morphologies anormales, chaque cas clinique observé nécessitera une stratégie technique particulière et parfaitement adaptée qui fera l'objet d'une information détaillée lors des consultations pré-opératoires.

En raison du jeune âge de la majorité des patientes, il faut obtenir un consentement parental (avec une autorisation d'opérer signée par les 2 parents) pour les patientes mineures.

La chirurgie fera l'objet de temps techniques précis et concernera :

• Le contenant du sein : la peau : correction de l'étui cutané, notamment au niveau de l'aréole comme illustré ci- dessous.

• Le contenu du sein : composante glandulaire et graisseuse.

. suppression de l'anneau fibreux responsable de la malformation

. correction de la forme de la glande

. correction des volumes (par prothèse et/ou transfert graisseux autologue)

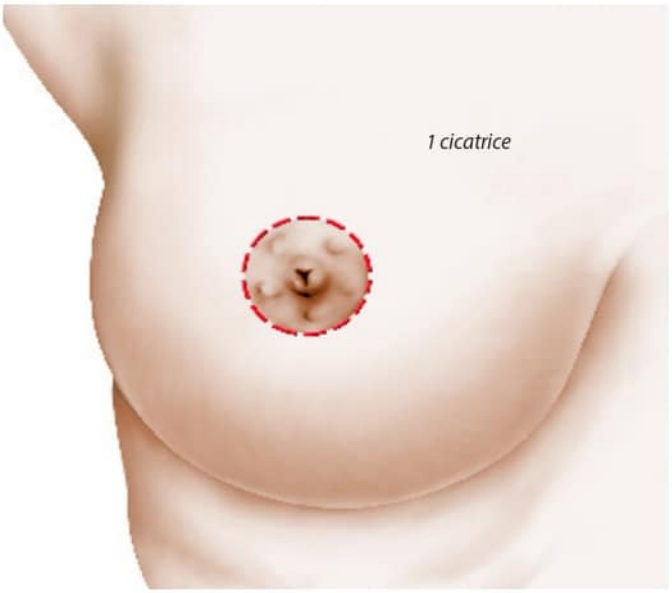
• L'association des deux, pour un bon positionnement des seins sur le thorax visera à une bonne symétrie entre les deux seins et les techniques pourront ainsi être différemment associées sur chaque sein en cas d'asymétrie initiale (ou de sein tubéreux unilatéral).

- Sur **le plan cutané** : une réduction du diamètre de l'aréole étant nécessaire, une cicatrice péri-aréolaire est requise. Une cicatrice sous-mammaire, verticale, résultant de l'abord direct de la glande pour sa correction morphologique ou pour le replacement du sillon sous-mammaire est le plus souvent associée. Parfois une cicatrice en « T inversé », sous-aréolaire, est aussi nécessaire (cf la fiche spécifique : **chirurgie de la ptose mammaire**).

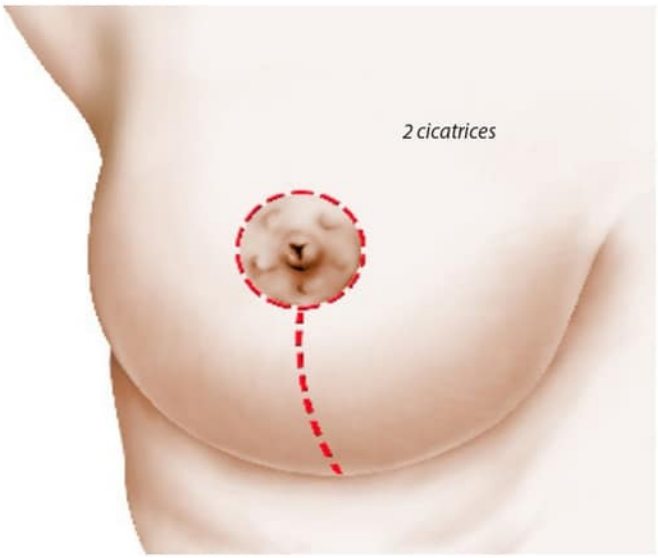
- Concernant **le contenu mammaire** : une augmentation du volume mammaire est souvent requise, pour corriger une aplasie de la glande, pour obtenir une symétrie, ou pour compenser un défaut de projection. Cette augmentation de volume peut être obtenue par la mise en place d'implants mammaires (**prothèses mammaires**) (lire la fiche spécifique : prothèses mammaires) ou par l'utilisation d'auto-greffes de cellules adipeuses (cellules graisseuses) souvent dénommées « lipofilling », « lipomodelage », « lipostructure ») (fiche spécifique : **lipostructure des seins**). Cette dernière technique, plus récente, occupe progressivement une place de plus en plus importante dans cette chirurgie des seins tubéreux.

Les deux techniques : implants et auto-greffes de cellules adipeuses sont souvent associées pour parfaire le résultat.

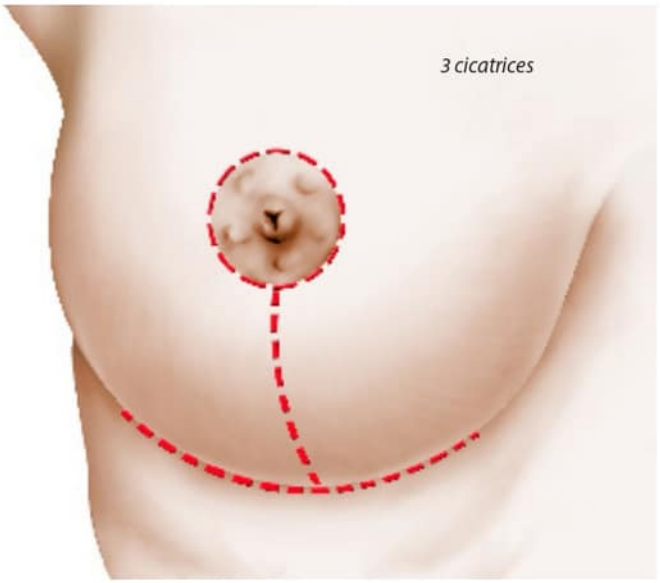
Cicatrice péri-aréolaire



Cicatrice péri-aréolaire + sous-mammaire verticale



Cicatrice en T inversé



Une intervention de ce type peut être effectuée à partir de la fin de la croissance et au-delà, pendant toute la durée de vie.

Une grossesse ultérieure est bien évidemment possible.

L'allaitement, quant à lui, est le plus souvent possible après une plastie mammaire. Cependant, on ne peut pas le promettre dans tous les cas et il faut mentionner le risque d'une impossibilité d'allaiter après certaines de ces interventions.

Le risque de survenue de cancer n'est pas augmenté par cette intervention.

L'évolution dans le temps des résultats, compte tenu du jeune âge habituel des patientes, ne peut être prévue avec exactitude et justifie un suivi tout au long de la vie féminine.

- Avec les conséquences possibles de grossesse et des modifications morphologiques liées à l'âge : ptoses mammaires secondaires

- Avec la durée de vie des implants.

AVANT L'INTERVENTION

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

Outre les examens pré-opératoires habituels, un bilan radiologique du sein est prescrit si nécessaire (mammographie, échographie, IRM mammaire en cas de sein dense, d'antécédents familiaux, de lésions tissulaires et souvent avant une greffe adipocytaire mammaire).

L'arrêt d'une éventuelle contraception orale peut être requis, notamment en cas de facteur de risques associés (obésité, mauvais état veineux, trouble de la coagulation).

Aucun médicament contenant de l'Aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

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 aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste 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 puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre 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.

TYPE D'ANESTHESIE ET MODALITES D'HOSPITALISATION

Type d'anesthésie : il s'agit d'une anesthésie générale, durant laquelle vous dormez complètement.

Modalités d'hospitalisation : l'intervention est souvent réalisée en ambulatoire, c'est-à-dire avec une sortie le jour même, après quelques heures de surveillance. Cependant une hospitalisation d'un à deux jours est parfois nécessaire dans certains cas (distance du domicile, absence d'accompagnant, risque hémorragique accru sont des exemples) .

L'INTERVENTION

Chaque chirurgien adopte une technique qui lui est propre et qu'il adapte à chaque cas et à chaque forme anatomo-clinique pour obtenir les meilleurs résultats possibles.

L'association de plusieurs gestes techniques nécessaires, toujours propre à chaque cas clinique, demande au chirurgien, une adaptation technique particulière et justifie un exposé clair de sa part lors des consultations

pré-opératoires.

En fin d'intervention, un pansement modelant, avec des bandes élastiques en forme de soutien-gorge, est confectionné.

En fonction du chirurgien et du type de seins tubéreux, l'intervention peut durer d'une heure trente minutes à trois heures.

● *APRES L'INTERVENTION : LES SUITES OPERATOIRES*

Les suites opératoires sont, en général, peu douloureuses ne nécessitant que des antalgiques simples.

Un gonflement (œdème) et des ecchymoses (bleus) des seins, ainsi qu'une gêne à l'élévation des bras sont fréquemment observés.

La sortie a lieu le jour de l'intervention (ambulatoire) ou le lendemain.

Le premier pansement est retiré au bout de 24 à 48 heures, remplacé par un pansement plus léger. On met alors en place un soutien-gorge assurant une bonne contention.

Le pansement sera refait régulièrement jusqu'à ce que la cicatrisation soit acquise.

La patiente sera revue en consultation une à deux semaines plus tard.

Le port du soutien-gorge est conseillé pendant environ un mois, nuit et jour, au décours de l'intervention.

Les fils de suture, s'ils ne sont pas résorbables, sont retirés entre le huitième et le vingtième jour après l'intervention.

Il convient d'envisager une convalescence et un arrêt de travail d'une durée de 7 à 10 jours.

On conseille d'attendre 6 semaines à deux mois pour reprendre une activité sportive.

● *LE RESULTAT*

La forme définitive des seins n'est obtenue de façon stable qu'au bout de 1 an au minimum. Il ne faut jamais oublier que l'intervention intéresse des seins dont l'anatomie était anormale et que l'évolution morphologique post-opératoire n'est pas tout à fait comparable à celle observée lors d'intervention sur les seins, à l'origine normaux, qui ont subi une dégradation due à l'âge ou aux transformations physiologiques de la vie (grossesses, allaitements, vieillissement, variations pondérales…).

Les cicatrices, elles, évoluent pendant 18 mois au moins, et peuvent nécessiter des traitements locaux. Le maximum d'inflammation est souvent constaté vers le 3ème mois post opératoire (cicatrices plus roses, plus épaisses, parfois prurigineuses).

Assez rapidement cependant interviennent le plus souvent des améliorations dans le ressenti de l'image de soi, dans le confort vestimentaire et psychologique.

Il convient simplement d'avoir la patience d'attendre le délai nécessaire à l'atténuation des cicatrices et d'observer pendant cette période une bonne surveillance. Le sein opéré est un sein qui reste naturel et sensible, notamment aux variations hormonales et pondérales.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une amélioration et non pas d'atteindre la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

● *LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT*

• En ce qui concerne les cicatrices, elles font l'objet d'une surveillance attentive : il est fréquent qu'elles prennent un aspect rosé et gonflé au cours des deuxième et troisième mois post-opératoires; au-delà, elles s'estompent en général progressivement pour devenir, avec le temps, peu visibles. Elles peuvent toutefois demeurer élargies, blanches ou, au contraire, brunes.

Il faut savoir que si ces cicatrices s'estompent bien, en général, avec le temps, elles ne sauraient disparaître complètement. A cet égard, il ne faut pas oublier que si c'est le chirurgien qui réalise les sutures, la cicatrice, elle, est le fait de la patiente.

• La relative complexité des situations cliniques pré-opératoires doit faire admettre l'éventualité de « retouches chirurgicales » de types très variés. Ces situations particulières feront l'objet, de la part du chirurgien, d'explications minutieuses au cours de la surveillance post-opératoire et de suivi qui peut aller jusqu'à plusieurs mois.

- Correction d'asymétries résiduelles.

- Indication de compléments d'autogreffe de cellules graisseuses (autogreffes adipocytaires, « lipostructure », « lipomodelage »).

LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

La chirurgie des seins tubéreux, bien que réalisée pour des motivations essentiellement esthétiques, n'en reste pas moins une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte médical, aussi minime soit-il.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants, dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles, qu'il s'agisse de l'enveloppe cutanée du sein, des tissus glandulaire et graisseux.

Il faut distinguer les **complications liées à l'anesthésie** de celles **liées au geste chirurgical.**

• En ce qui concerne **l'anesthésie**, lors de la consultation, le médecin anesthésiste informera lui-même la patiente des risques anesthésiques. Il faut savoir que l'anesthésie induit dans l'organisme des réactions parfois imprévisibles, et plus ou moins faciles à maîtriser : le fait d'avoir recours à **un anesthésiste qualifié et compétent**, exerçant dans un contexte réellement chirurgical fait que les risques encourus sont devenus statistiquement très faibles.

Il faut savoir, en effet, que les techniques, les produits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces quarante dernières années, offrant une sécurité optimale, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence, et chez une personne en bonne santé.

• En ce qui concerne **le geste chirurgical** : en choisissant un **chirurgien plasticien, qualifié et compétent**, formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum les risques, sans toutefois les supprimer complètement.

En pratique, la grande majorité des interventions pour seins tubéreux, réalisées dans les règles se passe 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 au geste chirurgical mammaire et d'autre spécifiquement liées aux implants :

Complications inhérentes au geste chirurgical mammaire :

Malgré leur très faible fréquence, il importe de vous informer des complications possibles :

• **Infection** : rare, elle conduit à un traitement médical antibiotique, adapté après analyses microbiologiques. Si l'intervention comporte la mise en place d'implants mammaires, ils doivent faire l'objet d'un remplacement, et parfois d'une ablation (se reporter à la fiche spécifique « **Augmentation mammaire par prothèse** »)

• **Hématome** : peut nécessiter un geste d'évacuation (drainage), le plus souvent par les cicatrices existantes.

• **Retard de cicatrisation** : au niveau des lignes de sutures, il faut alors prévoir un prolongement des suites opératoires avec pansements adaptés.

• **Nécroses** : totalement imprévisibles, elles peuvent toucher la peau, la glande, l'aréole, les tissus graisseux. Des gestes chirurgicaux complémentaires, des pansements spécifiques, et un allongement des suites sont alors à prévoir. La cicatrisation peut être longue, et laisser des séquelles cicatricielles, qui peuvent faire l'objet de reprises chirurgicales. Les techniques modernes rendent heureusement ces éventualités très rares.

• **Infections sévères** : fasciites et hypodermites nécrosantes : complications très exceptionnelles mais graves.
Elles justifient un suivi très attentif pour un diagnostic précoce, qui peut conduire à une hospitalisation spécialisée avec un traitement urgent et adapté.

• **Pyoderma gangrenosum** : complication rare et très exceptionnelle d'origine auto-immune. C'est une forme de nécrose cutanée extensive qui commence par un aspect blanchâtre de la peau et qui s'accompagne d'une douleur vive. Il s'agit d'une semi-urgence qui impose de contacter votre chirurgien qui instaurera une corticothérapie avec couverture antibiotique.

• La survenue de **douleurs** importantes non calmées par les traitements antalgiques de base, des anomalies de coloration de la peau (blanchiment…) doivent alerter et conduire à une prise en charge rapide par le chirurgien et son équipe

• **Altérations de la sensibilité** : notamment au niveau de l'aréole, bénignes mais gênantes, elles s'estompent en général en quelques mois mais elles peuvent persister. La rééducation sensitive face au miroir, toujours recommandée quelles que soient les suites, permet le plus souvent de récupérer une bonne sensibilité.

• **Evolution défavorable des cicatrices** : totalement imprévisibles, liées au terrain propre des patientes, elles peuvent donner des cicatrices hypertrophiques, rouges, sensibles, au-delà des délais habituels de cicatrisation. Elles nécessitent alors des traitements locaux spécifiques souvent longs. La survenue de cicatrices chéloïdes est exceptionnelle.

Un suivi régulier par le chirurgien au cours des premiers 8 mois post-opératoires permet de déceler des signes avant-coureurs conduisant à un traitement préventif. N'hésitez pas à revoir votre chirurgien si vous avez l'impression que votre cicatrisation ne se fait pas bien.

Risques spécifiquement liés aux implants (en cas d'implantation prothétique)

- **Formation de « plis » ou aspect de «vagues »**

Les implants étant souples, il est possible que leur enveloppe se plisse et que ces plis soient perceptibles au toucher, voire même visibles sous la peau dans certaines positions, donnant alors un aspect de vagues.

- **« Coques »**

La réaction physiologique, normale et constante de l'organisme humain en présence d'un corps étranger, est de l'isoler des tissus environnants en constituant une membrane hermétique qui va entourer l'implant et qu'on appelle «capsule périprothétique». Normalement, cette membrane est fine, souple et imperceptible, mais il arrive que la réaction s'amplifie et que la capsule s'épaississe, devienne fibreuse et se rétracte, prenant alors le nom de «coque». Selon l'intensité du phénomène, il peut en résulter : un simple raffermissement du sein, une constriction parfois gênante, voire une déformation visible avec globulisation de la prothèse aboutissant à l'extrême à une sphère dure, douloureuse, plus ou moins excentrée.
Le cas échéant, une réintervention peut corriger une telle contracture par section de la capsule («capsulotomie»).

- **Rupture**

Les implants ne peuvent être considérés comme définitifs, avec une durée de vie moyenne de l'ordre de 10 ans à 20 ans. Une perte d'étanchéité de l'enveloppe peut donc survenir à terme. Il peut s'agir d'une simple porosité, d'ouvertures punctiformes, de microfissurations, voire de véritables brèches.

Il en résulte une issue possible du gel de silicone qui va rester contenu au sein de la membrane qui isole la prothèse.

Cela peut alors favoriser l'apparition d'une coque, mais peut aussi rester sans conséquence et passer totalement inaperçu.

La rupture prothétique impose une intervention visant à changer les implants.

- **Malposition, déplacement**

Un mauvais positionnement, ou le déplacement secondaire des implants, affectant alors la forme de la poitrine, peuvent parfois justifier une correction chirurgicale.

- **Sérome tardif péri-prothétique**

Dans de très rares cas, une accumulation liquidienne peur survenir tardivement autour de la prothèse.

Un tel 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 pratiquer une ponction sous échographie à fin d'analyses.

Risques spécifiquement liés aux autogreffes adipocytaires

Mauvaise prise de la greffe (perte supérieure à 30%) favorisée par le tabagisme, une alimentation carencée, voire plus exceptionnellement une mauvaise préparation des greffons (centrifugation excessive), décantation insuffisante.

Ainsi, dans la très grande majorité des cas, la prise en charge chirurgicale des seins tubéreux, lorsqu'elle est planifiée et expliquée de façon claire à la jeune patiente et souvent à son entourage familial et correctement réalisée, améliore significativement l'aspect morphologique et la symétrie des seins et ainsi la qualité de vie des patientes.

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 ces 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 :