

PTÔSE MAMMAIRE

(SEINS TOMBANTS)

Dr ALAMDARI Alireza

Chirurgien : alamdari.alireza@gmail.com

06 67 79 24 96

Secrétariat : secreteriat.dralamdari@gmail.com

07 88 10 18 97

96 Bld de champigny - 94100 St Maur

DEFINITION :

L'hypoplasie mammaire est définie par un volume La ptôse mammaire est définie par un affaissement de la glande. Le sein est souvent « vide » dans sa partie supérieure. Elle survient le plus souvent après un amaigrissement important ou au décours d'une grossesse avec allaitement.

Elle peut être isolée : on parle alors de ptôse pure. Elle peut aussi être associée à un certain degré d'hypertrophie mammaire. On peut à l'inverse observer une ptôse mammaire dans le contexte d'un sein trop petit (hypoplasie ou atrophie mammaires).

Ces défauts esthétiques **ne justifient pas une prise en charge** par l'Assurance Maladie.

Trois situations sont possibles :

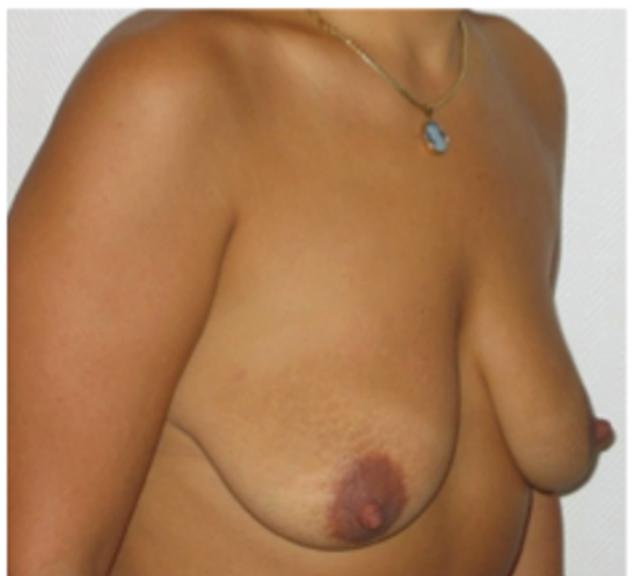
1. **Seins tombants mais de bon volume** : le but est d'obtenir des seins plus haut placés et mieux galbés.



2. **Seins vidés (volume insuffisant)** : le but est de les remplir.



3. **Seins tombants et vides** : le but est de les remonter + les remplir.



Lorsque les seins tombent, l'opération consiste à les remodeler en agissant sur l'enveloppe cutanée et sur le tissu glandulaire. La glande est concentrée et placée en bonne position. Il faut ensuite adapter l'enveloppe cutanée, ce qui impose de retirer la peau en excès de manière à assurer une belle forme au nouveau sein. Ces gestes permettent de replacer l'aréole et le mamelon qui étaient trop bas situés.

En cas de ptôse très importante, la cicatrice a la forme d'un « T inversé ».



Dans certains cas de ptôse mammaire très modérée, il est possible d'utiliser une technique qui permet d'effectuer la correction de l'affaissement uniquement avec une cicatrice autour de l'aréole.



Enfin, lorsque la ptôse est associée à une insuffisance de volume (hypoplasie mammaire), il peut être souhaitable de mettre en place une prothèse pour redonner au sein un volume satisfaisant.

Une plastie mammaire pour ptôse peut être effectuée à partir de la fin de la croissance et, au-delà, pendant toute la durée de la vie. Une grossesse ultérieure est bien évidemment possible, ainsi qu'un allaitement, mais on conseille d'attendre au moins six mois après l'intervention.

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

AVANT LA CHIRURGIE :

Un bilan sanguin, radiologique (mammographie et échographie) +/- consultation cardiologique sera à réaliser. Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

L'arrêt du tabac (et toute forme de nicotine) est vivement recommandé, **au moins 3 mois avant et 3 mois après l'intervention** (le tabac peut être à l'origine d'un retard de cicatrisation, nécroses et de surinfection).

Aucun médicament contenant de l'aspirine ou anti inflammatoire ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention. Il en va de même pour les 10 jours post opératoires.

Perte de l'excès pondéral dans la mesure du possible car chez l'obèse, le risque de complications chirurgicales est augmenté et les résultats esthétiques sont souvent plus médiocres. De plus, si la perte pondérale suit la correction des seins, la patiente risque d'avoir des seins trop petits (car souvent ils fondent avec la perte pondérale).

L'achat d'un soutien-gorge de maintien pour la période de convalescence est indispensable.

L'INTERVENTION :

Elle se déroule sous anesthésie générale. Elle nécessite 2-4 heures en fonction de ce qui est à faire. Si une augmentation de volume mammaire est nécessaire : cela peut se faire par pose de prothèses ou par injection de graisse prélevée sur le ventre et/ou culotte de cheval ou poignées d'amour.

Afin de réduire la rançon cicatricielle, vous pouvez opter pour un traitement laser de vos cicatrices : laser **URGOTOUCH***. Une seule séance est réalisée, juste avant de réaliser le pansement. Une fermeture sans fil par **ZipLine*** peut vous être proposée également (cf des documents dédiés). Un soutien-gorge de maintien est placé en fin d'intervention. L'hospitalisation est souvent en ambulatoire.

LES SUITES OPERATOIRES :

C'est une intervention en général peu douloureuse, ne nécessitant que des antalgiques simples (sauf si on pose des prothèses mammaires).

Un **gonflement** (œdème) et des **bleus** (ecchymoses), ainsi qu'une gêne à l'élévation des bras sont fréquemment observés. Un **écoulement** de liquide jaune-rosé par les cicatrices est fréquent en post opératoire.

La sortie a lieu un à trois jours après l'intervention, puis la patiente est revue 7-10 jours plus tard. Les fils sont résorbables : on n'a pas de retrait de fils à faire. La douche est nécessaire dès le lendemain de l'intervention avant chaque pansement.

Le soutien-gorge assurant une bonne contention sera à porter pour 1-1,5 mois, de jour comme de nuit.

Un arrêt d'activité professionnelle de 15 jours est souvent souhaitable. Cette intervention n'étant pas prise en charge par la Caisse d'Assurance Maladie, aucun arrêt maladie ne peut être établi. L'activité sportive ne doit être reprise que 2 mois plus tard.

Il ne faut pas lever les bras au ciel pour 3 semaines (car cela 9re sur les sutures).

COMPLICATIONS POSSIBLES :

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 : le fait d'avoir recours à un anesthésiste parfaitement compétent fait que les risques encourus sont devenus statistiquement presque négligeables.

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 ces risques, sans toutefois les supprimer complètement. Heureusement, les vraies complications sont rares. Il faut néanmoins parler de :

- Les **accidents thromboemboliques** (phlébite, embolie pulmonaire).
- La survenue d'une **infection** nécessite un traitement antibiotique et parfois un drainage chirurgical. Cela peut nécessiter la dépose d'une éventuelle prothèse mammaire avant de tenter d'en remettre six mois plus tard.
- Un **hématome** peut nécessiter un geste d'évacuation.
- Un **retard de cicatrisation** peut parfois être observé, (**surtout chez le tabagique et le diabétique**) ce qui rallonge les suites opératoires.
- Une **nécrose** de la peau ou de la glande, en fait rarement observée avec les techniques modernes, peut être responsable d'un retard de cicatrisation (le risque en est très accru par **l'intoxication tabagique, de diabète déséquilibré ou de prise de traitement immunosuppresseur**).
- Des **altérations de la sensibilité**, notamment mamelonnaire, peuvent être observées, mais la

sensibilité quasi normale réapparaît souvent dans un délai de 6 à 18 mois.

- Surtout l'évolution des cicatrices peut être défavorable avec la survenue de **cicatrices hypertrophiques** voire chéloïdes, d'apparition et d'évolution imprévisibles, qui peuvent compromettre l'aspect esthétique du résultat et requièrent des traitements locaux spécifiques souvent longs. L'utilisation du **laser URGOTouch*** en réduit le risque.
- En cas de pose de prothèses : risques d'infection, de rejet (coque), de malposition finale des prothèses, et de façon exceptionnelle un lymphome à grandes cellules.

RESULTATS :

Il ne peut être jugé qu'à partir de 12è mois : la poitrine a alors le plus souvent un galbe harmonieux, symétrique ou très proche de la symétrie, et naturel. Il faut avoir la patience d'attendre le délai nécessaire à l'atténuation des cicatrices (environ 1,5-2 ans !). Au-delà de l'amélioration locale, cette intervention a en général un retentissement favorable sur l'équilibre du poids, la pratique des sports, les possibilités vestimentaires et l'état psychologique. Mais rien n'est éternel : les seins subiront les méfaits du temps, de la pesanteur et des variations pondérales, sur lesquels le chirurgien n'a pas de contrôle.

IMPERFECTIONS :

Il s'agit essentiellement des cicatrices, qui font l'objet d'une surveillance attentive : il est fréquent qu'elles prennent un aspect rosé et gonflé au cours des 2-3è 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 (surtout sur peau noire). 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**. Parfois, il peut persister une asymétrie des seins, qu'il s'agisse du volume, de la hauteur, de la taille ou de l'orientation des aréoles.

Dans tous les cas, une correction chirurgicale secondaire peut être faite, mais il convient d'attendre au moins un an ou deux.

QUESTIONS DIVERSES :

Grossesse/allaitement : 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 maladies auto-immunes : Les très nombreux travaux scientifiques internationaux réalisés à grande échelle sur ce sujet ont unanimement apporté la preuve qu'il n'y a pas plus de risque de survenue de ce type de maladies rares chez les patientes porteuses d'implants (en particulier en silicone) que dans la population féminine générale.

Prothèses et cancer : Dans l'état actuel des connaissances, il n'existe pas de risque connu de cancer du sein classique (canalaire ou lobulaire) lié au port de prothèses. Dans de très rare, **un lymphome** peut survenir. Cela représente **1 cas sur 100 000 femmes** porteuses de prothèses mammaires (à titre de comparaison le risque d'un cancer classique du sein est de 1/10 !). Cette pathologie survient surtout sur des prothèses à surface MACRO TEXTUREE (= forte texturation ou « rugueuses »). Cette surface est utilisée surtout pour les prothèses de forme anatomique leur permettant de mieux adhérer aux tissus environnants et réduisant ainsi le risque de rotation. Il survient en général plusieurs années après la pose des prothèses. Cela concerne particulièrement la marque **ALLERGAN***. On n'en connaît pas encore les causes exactes (origine génétique ou microbienne...). Le signe clinique le plus fréquemment annonciateur est une augmentation rapide du volume d'un sein par rapport à l'autre. Il faut également contacter son chirurgien en cas d'apparition de rougeurs ou de masse palpable). Ce risque justifie actuellement de surveiller les patientes porteuses de ce type de prothèses une fois par an avec une IRM annuelle (pas de recommandation de changement de prothèse systématique). Ce type de surface d'enveloppe de prothèse est devenu interdit depuis avril 2019. Dans 90 % des cas, cette maladie est de bon pronostic et guérit par le retrait des prothèses et leur capsule. Dans 10% des cas, il faut également de la chimiothérapie +/- radiothérapie.

Durée de vie des implants : Même si on peut voir certaines patientes conserver leurs implants plusieurs décennies sans modification majeure, il ne faut pas considérer la mise en place de prothèses mammaires comme quelque chose de définitif («à vie»). Ainsi, une patiente porteuse d'implants peut s'attendre à devoir un jour remplacer ses prothèses afin que l'effet bénéfique soit maintenu. Les implants, quels qu'ils soient, ont une espérance de vie incertaine qu'il est impossible d'estimer précisément puisqu'elle dépend de phénomènes d'usure de rapidité variable. La durée de vie des implants ne peut donc en aucun cas être garantie. **Il est néanmoins recommandé de changer les prothèses vers 8-15^e année**, avant la survenue d'une éventuelle rupture par usure qui compliquerait cette intervention.

SURVEILLANCE :

Une consultation de surveillance, **spécifique aux implants mammaires**, auprès de votre chirurgien plasticien est conseillée tous les 2 ans, mais, en dehors de ce suivi, il est surtout fondamental de venir consulter dès qu'une modification d'un ou des deux seins est détectée ou après un traumatisme violent.

COÛT DE L'INTERVENTION :

Les frais comprennent le coût de la location du bloc opératoire, les frais hôteliers, les honoraires de l'anesthésiste, du chirurgien et de son assistante de bloc opératoire, ainsi que les prothèses lorsque nécessaires. Ils sont d'environ **5000 - 6500 € TTC** (lorsqu'une cicatrice en T est nécessaire associée à une augmentation de volume par injection de graisse ou prothèses).

Pour prendre le maximum de précautions quant à l'aspect finale de cicatrices, il vous sera proposé en option un laser (URGOTOUCH) ainsi qu'une fermeture sans fil Zipline.

CONCLUSION :

Dans la très grande majorité des cas, cette intervention bien étudiée au préalable et correctement maîtrisée donne un résultat très appréciable en termes esthétique et fonctionnel.



Remontée sans prothèses



Remontée avec prothèses et cicatrices en T inversé



Remontée avec prothèses