

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur M. Tournaire*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXI
publié le 3.12.1997**



*VINGT ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 1997*

SURVEILLANCE EN CAS DE PROTHÈSE MAMMAIRE

R. MOOKHERJEE*

Paris

INTRODUCTION

Les prothèses mammaires du type moderne ont commencé à être implantées en 1962. Elles ont été précédées par des injections de paraffine et de silicone directement dans le sein mais qui ont été abandonnées à cause des complications locales et générales vers les années 70.

Récemment, la controverse sur les implants mammaires remplis de gel de silicone a entraîné un débat très médiatisé sur les risques qu'ils pourraient faire courir aux patientes.

En France, et après les États Unis, le Ministère de la santé demande aux chirurgiens de surseoir à l'implantation de ce type de prothèse excepté dans le cas de reconstruction mammaire. L'inquiétude des patientes porteuses de ces prothèses a de ce fait augmenté de façon dramatique d'autant que des appels à témoins pour les procès se déroulant aux États Unis ont ravivé leurs craintes. C'est dans ce contexte qu'il est devenu important d'informer les patientes et de les suivre régulièrement sur le plan clinique, radiologique voire biologique.

* 28, rue du Four - 75006 PARIS.

DIFFÉRENTS TYPES DE PROTHÈSES

Toutes les prothèses mammaires actuelles (depuis 70) sont des poches d'élastomère de silicone remplies de sérum physiologique ou de gel de silicone, plus rarement d'hydrogel. La surface de cette poche peut être lisse ou rugueuse, enfin la poche peut être préremplie, c'est le cas de toutes les prothèses en gel de silicone (ou gonflables). Chaque type de prothèse entraîne des complications et une surveillance particulière. Notons cependant que les prothèses en gel ne peuvent plus être implantées depuis 1992. Les prothèses sont posées soit par voie axillaire, soit péri-aréolaire, soit sous-mammaire. Elles sont rétro-glandulaires ou rétro-pectorales.

SURVEILLANCE DES PROTHÈSES MAMMAIRES

Si la patiente n'est pas suivie par son chirurgien, seul un compte rendu opératoire permettra de connaître le type et la position de l'implant.

L'examen clinique

L'examen visuel permet de vérifier qu'il n'y a pas :

- de déformation visible des seins ;
- d'asymétrie nouvelle, déplacement latéral ou vertical ;
- aucun aspect anormal de la peau (plis visibles sous la peau, affinement cutané, aspect ridé, rétraction cutanée).

La palpation permet de définir le degré de souplesse du sein défini selon la classification de Baker :

- Stade I : seins souples, prothèses non visibles ;
- Stade II : seins fermes, prothèses non visibles ;
- Stade III : seins fermes, prothèses visibles et arrondies ;
- Stade IV : seins durs, prothèses déformées, seins douloureux.

Elle recherche l'existence d'une tumeur parenchymateuse ou d'une masse anormale pouvant être un siliconome.

Elle permet de sentir une anomalie de la paroi prothétique, notamment les plis.

Elle permet surtout de définir le degré de réaction péri-prothétique qui entraîne une surveillance plus ou moins importante de la prothèse.

SURVEILLANCE DES PROTHÈSES MAMMAIRES

*Figure 1.
Prothèses mammaires anatomiques. Pré-opératoire*



*Figure 2.
Prothèses mammaires anatomiques. Aspect post-opératoire*



*Figure 3.
Baker stade I*



*Figure 4.
Baker stade III. Prothèse visible à gauche*

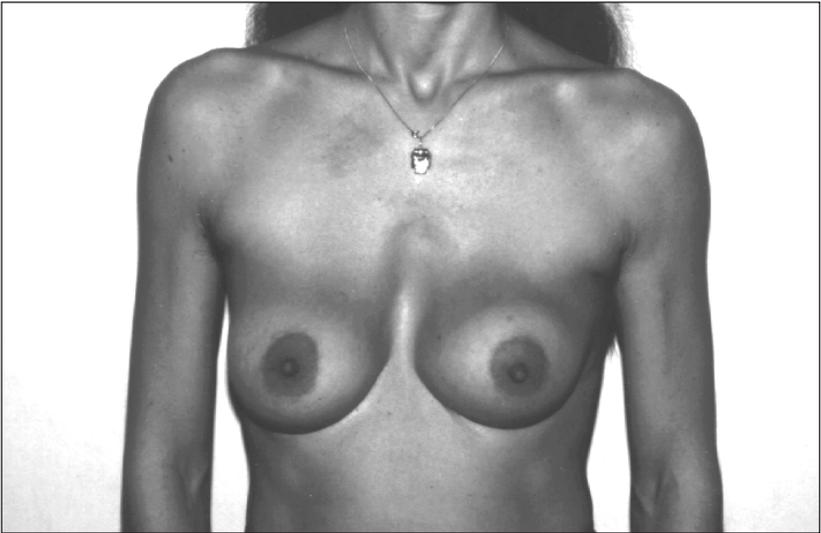


Figure 5.
Baker stade IV



La coque péri-prothétique

L'existence d'une réaction péri-prothétique quel que soit le type de prothèse est normale. C'est le resserrement ou contracture de cette capsule qui entraîne une diminution souvent *unilatérale* imprévisible de la loge, créant une hyperpression autour de la prothèse, la plissant et la rendant ronde et ferme ou dure. Cette réaction survient souvent entre le deuxième et sixième mois mais peut survenir des années après la pose de l'implant.

La déformation de la prothèse et son plissement entraînent une usure mécanique de la paroi d'élastomère qui peut laisser fuir peu à peu son contenu. Selon le degré de contracture il est nécessaire d'envisager une surveillance clinique et radiologique plus ou moins rapprochée des seins.

Aux stades I et II, il n'est en général pas nécessaire de prévoir d'autres examens de contrôle des prothèses. Les seins sont réexaminés au moins une fois tous les deux ans.

Aux stades III et IV, une réintervention peut être envisagée et il faut pratiquer un examen radiologique pour déterminer s'il n'y a pas une fuite de gel de la prothèse. Si les patientes stade III préfèrent garder leurs prothèses, un examen clinique et radiologique annuel est nécessaire.

Pour le stade IV, une réintervention est obligatoire.

Beaucoup de patientes porteuses de seins fermes, stades II et III, ne souhaitent pas de réintervention. Il faut donc se borner à une surveillance plus attentive.

Sein « hypersouple »

L'apparition de prothèses à paroi d'élastomère épaisse et remplies de sérum a créé une nouvelle complication : l'aspect de sein ridé ou plissé en périphérie. Cet aspect est surtout visible si la prothèse a été posée sous une peau fine en rétro-glandulaire et non en rétropectoral et, dans ce dernier cas, même dans les zones où la prothèse n'est pas recouverte par le muscle. Il n'y a aucun signe de contracture, le sein étant même « trop souple » étant donné le peu de cohésivité du sérum par rapport aux gels. Par contre on sent les rebords de la prothèse. Les fabricants ont en effet augmenté l'épaisseur de celle-ci de 4 à 10 fois étant donné la perméabilité de celle-ci au gel. Aussi, entre les parois hyperfines des années 80 laissant perler la silicone et celles actuellement sur le marché, il n'a pas été possible de trouver un compromis parfait.

La radiographie

La plupart des complications des prothèses sont visibles rapidement mais certaines complications sont latentes et détectables uniquement par la mammographie et l'échographie.

La mammographie

Elle permet de contrôler l'état de l'implant et de reconnaître des anomalies du parenchyme. Ce sont surtout les mammographies numériques, qui sont appelées à remplacer la mammographie classique. Elles permettent en effet, malgré l'opacité du gel de silicone, de bien visualiser le parenchyme mammaire ainsi que les éventuels plis de la prothèse. Les examens classiques comportent 3 clichés, face, profil et oblique externe axillaire. Le radiologue décide si des incidences supplémentaires sont nécessaires.

Il reste qu'entre 25 % et 35 % du parenchyme n'est pas visualisé sur les incidences classiques.

Les différents clichés radiographiques permettent donc de détecter :

- l'importance d'une capsule rétractile, celle-ci pouvant être de très fine à épaisse jusqu'à 1 cm, voire calcifiée ;
- le suintement de gel intracapsulaire ;
- la hernie, la déformation d'une prothèse ou la rupture avec, dans le cas du gel, diffusion axillaire ou intra-mammaire ;
- la réaction parenchymateuse à une rupture extra-capsulaire de prothèses en gel avec siliconomes mammaires axillaires.

L'échographie mammaire

En conjonction avec la mammographie, elle permet d'une part de visualiser si une prothèse en gel de silicone est intacte ou s'il existe une fuite intracapsulaire, ce qui est difficile à visualiser par la mammographie. Par ailleurs, elle permet de mieux explorer un nodule mammaire mais ne permet pas de détecter des microcalcifications. Elle permet d'atteindre les zones que n'atteint pas la mammographie.

TDM et IRM

Ces techniques ne peuvent être utilisées que dans le cas de bilan d'extension tumorale ou de récurrence chez les femmes porteuses de prothèses après reconstruction. Elles ne dépassent pas l'efficacité du couple mammographie-échographie pour ce qui concerne la surveillance de la prothèse elle-même.

COMPLICATIONS GÉNÉRALES TARDIVES

Les silicones sont des produits biologiquement inactifs. Plusieurs auteurs ont montré qu'une diffusion de gel pouvait se produire à travers la membrane en élastomère. Elle est favorisée par la minceur de la paroi et la moindre viscosité des gels, donc avec les prothèses des années 80. Si la fuite du gel reste intracapsulaire il n'y aurait en principe aucune conséquence. En cas de fuite extra-capsulaire par contre, le débat reste ouvert sur la possibilité ou non d'induction de maladies systémiques classées dans les connectivites (sclérodermie, polyarthrite, lupus).

Un moratoire a donc été mis en place et il est demandé aux médecins qui suivent les patientes de soumettre celles qui présenteraient des réactions anormales à un suivi clinique et biologique. Le risque incertain de maladies systémiques selon toutes les études serait extrêmement faible et nécessite donc cette surveillance chez les porteuses de prothèses en gel de silicone. Ce sont des recherches d'anticorps qui se font dans les services de rhumatologie. Pour l'instant il n'y a pas de protocole de recherche d'anticorps établi ni aucun marqueur spécifique d'une réaction évidente par la silicone.

SILICONE ET CANCER DU SEIN

Les gels de silicone ne provoquent pas de cancer du sein selon toutes les études. Il y aurait même une réduction du pourcentage qui s'expliquerait par le plus faible volume glandulaire chez les femmes porteuses d'IM. Après reconstruction mammaire pour cancer, il n'y a pas plus de récurrences non plus. La surveillance reste la même que pour le cancer sans reconstruction. Les prothèses sont le plus souvent placées en rétro-pectoral, ce qui facilite la surveillance clinique.

En cas de reconstruction immédiate il n'y a pas de contrainte à la radiothérapie.

Par contre l'examen radiologique peut être gêné par le gel et la technique d'Ecklund a permis d'améliorer cet aspect. La gêne est moins importante avec les implants remplis de sérum.

L'échographie et l'IRM sont utilisées pour préciser le bilan d'extension des seins reconstruits.

CONCLUSION

Toute patiente opérée pour prothèse mammaire doit être suivie régulièrement cliniquement et radiologiquement. Il est surtout important de suivre celles qui ont eu des prothèses pré-remplies de gel de silicone pour éliminer les problèmes que peut entraîner une fuite de gel.

De nouvelles substances de remplacement sont en cours d'étude mais il est probable que les prothèses au sérum soient les seules mises en place pour encore quelques années.

Bibliographie

1. Tristant, Serin, Hazebroucq, Benmussa, Bokobsa, Elbaz. Imagerie des prothèses et plasties mammaires. Flammarion 1994.
2. Les implants mammaires. Annales de Chirurgie Plastique, Esthétique et Reconstructrice, volume 38, décembre 1993.