



# GUIDE ULTIME AUGMENTATION MAMMAIRE

CHIRURGIEN PLASTICIEN  
Dr Mario F. Bernier  
C.S.P.Q., F.R.C.S.(c), F.A.C.S.

# VOUS FAITES PARTIE DU GRAND NOMBRE DE FEMMES QUI SOUHAITENT AVOIR RECOURS À UNE AUGMENTATION MAMMAIRE ET AVEZ PLUSIEURS QUESTIONS À CE SUJET ?

Je sais à quel point l'information que l'on retrouve sur internet et les opinions des autres peuvent vite nous rendre confus... J'ai eu l'idée de vous proposer le guide ultime, pour bien vous informer et mettre au clair les mythes et les réalités de l'addition mammaire. Bien que ce guide ne remplace pas une consultation ni un examen physique avec le chirurgien, qui sont tous deux essentiels pour vous conseiller pour le type d'implants mammaires (silicone ou salin), le positionnement des implants mammaires (sous ou par-dessus le muscle pectoral), le type d'incisions (axillaire, aréole ou pli du sein), ainsi que la technique opératoire (endoscopique ou traditionnelle), qui de mieux qu'un chirurgien plasticien certifié ayant plus de vingt-cinq années d'expérience pour vous guider dans votre démarche ?



CHIRURGIEN PLASTICIEN  
Dr Mario F. Bernier  
C.S.P.Q., F.R.C.S.(c), F.A.C.S.

# COMMENT CHOISIR MON CHIRURGIEN ?

Tout d'abord, assurez-vous de consulter un chirurgien plasticien. Le chirurgien plasticien est le seul médecin spécialiste qui possède la formation adéquate et approfondie pour procéder à l'augmentation mammaire. La formation universitaire du plasticien est d'une durée de dix ans, à laquelle certains ont ajouté une formation en chirurgie esthétique supplémentaire, que l'on nomme «Fellowship».

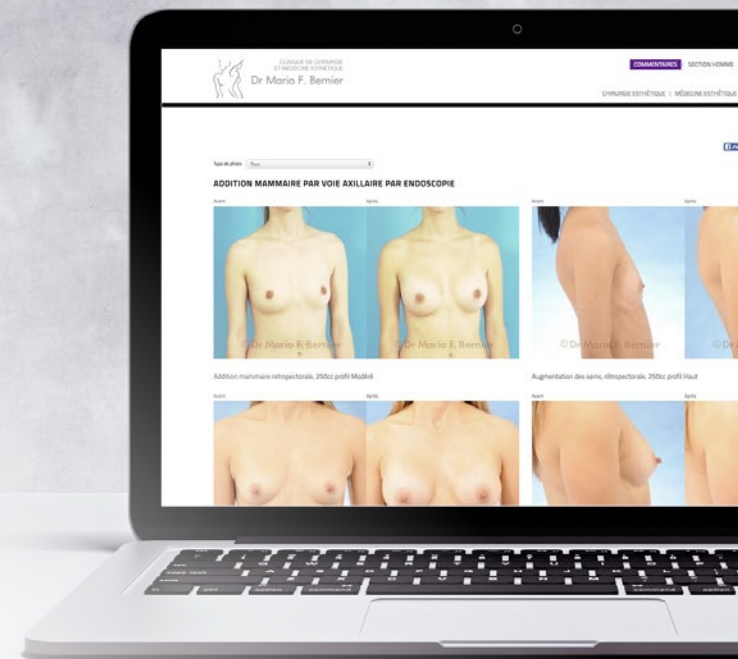
Il existe plusieurs titres qui qualifient la compétence professionnelle du chirurgien. Le titre C.S.P.Q. confirme la réussite des examens de la spécialité en chirurgie plastique du Collège des médecins du Québec. Le titre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, F.R.C.S. (c), et celui de l'American College of Surgeons, F.A.C.S., confirment l'atteinte des exigences des plus hauts standards de la spécialité de chirurgie plastique au Canada et aux États-Unis respectivement.





# GALERIE PHOTO

LA GALERIE DES PHOTOS AVANT ET APRÈS peut vous donner un aperçu de la qualité du travail opératoire du chirurgien et peut confirmer que ses standards de beauté correspondent aux vôtres. Dans mon cas, je préfère un résultat à la forme et au volume naturel.



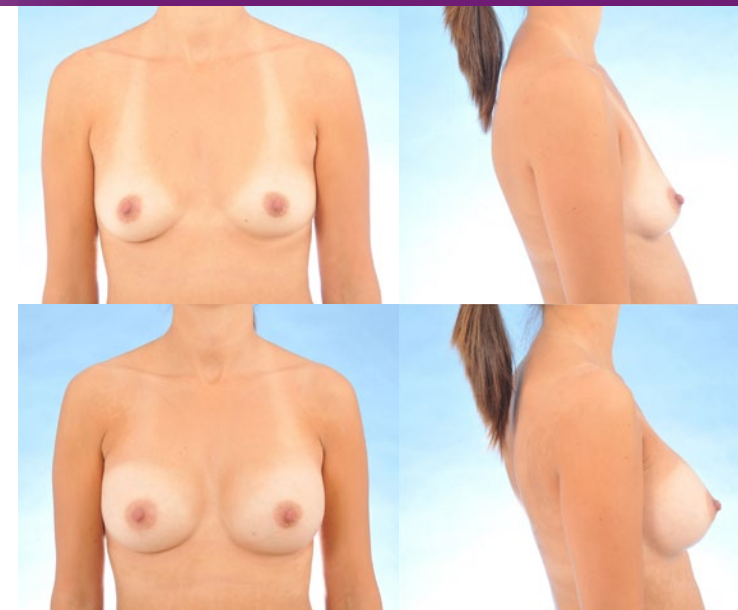
**CONSULTEZ NOTRE GALERIE D'IMAGES**  
[DRBERNIER.COM/FR/GALERIE-PHOTO](http://DRBERNIER.COM/FR/GALERIE-PHOTO)

## ATTENTION AUX SITES DE « RATING » X-Y-Z.

Ces sites sont très populaires auprès des internautes, mais jusqu'à quel point sont-ils crédibles? Saviez-vous qu'il est possible pour les médecins d'adhérer à ces sites moyennant des frais mensuels, ce qui leur permet de gérer eux-mêmes le contenu? De plus, puisque ces sites sont anonymes, nous n'avons aucune assurance que ces commentaires proviennent de patientes réelles ou de la compétition.

**POSEZ LES BONNES QUESTIONS.** Combien de chirurgies d'augmentation pratiquez-vous par année? Depuis combien d'années pratiquez-vous?

Bref, consultez deux ou trois chirurgiens plasticiens et choisissez celui avec qui vous vous sentez le plus en confiance.



# EST-CE QUE JE DEVRAIS MAGASINER PAR LE PRIX?

## **IL FAUT D'ABORD S'ASSURER QUE LE CHIRURGIEN EST MEMBRE DE L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS PLASTICIENS DU QUÉBEC.**

Oui, plusieurs médecins se font passer pour des experts, sans toutefois l'être, et savent que pour attirer une certaine clientèle ils n'ont pas d'autre choix que de baisser les prix pour rendre l'intervention attrayante.

**LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE** aura elle aussi un impact sur le coût. La technique par endoscopie, par exemple,

nécessite des équipements à la fine pointe de la technologie et les coûts liés à l'entretien et aux fournitures médicales nécessaires ne sont pas négligeables.

**LE TEMPS OPÉRATOIRE** est un élément à considérer; plus le temps opératoire est long, plus le coût de la chirurgie risque d'être élevé. Je suis perfectionniste et je crois qu'une chirurgie doit être parfaite dès la première fois. Je préfère privilégier mes patientes, plutôt que réduire mon temps d'intervention.

**LA VRAIE QUESTION  
À SE POSER  
DEVRAIT PLUTÔT ÊTRE :  
POURQUOI LE COÛT  
OPÉRATOIRE DIFFÈRE -T-IL  
D'UN ENDROIT  
À L'AUTRE?**

# EST-CE QUE JE DEVRAIS MAGASINER PAR LE PRIX? (SUITE)

**LE TYPE D'IMPLANTS** aura aussi une influence sur le prix. À la base, les implants de gel coûtent sont plus chers à fabriquer que les implants au salin physiologique.

Un autre élément à prendre en considération est **le lieu où se pratique la chirurgie**. Le prix de la chirurgie ne sera pas le même si le chirurgien opère à l'hôpital, dans son propre bloc opératoire ou dans un centre de chirurgie privé. L'important est de s'assurer qu'il s'agit d'un endroit sécuritaire, avec du personnel qualifié.

\*Depuis 2012, le gouvernement du Québec a rendu obligatoire que tous les centres de chirurgie ambulatoires (Centres Médicaux Spécialisés) soient accrédités par Agrément Canada. Dorénavant, tous les centres de chirurgie doivent respecter les normes de soins aux patients avec les plus hauts standards médicaux. Dans cette optique, vous devez vous assurer que le centre de chirurgie où vous serez opéré est bel et bien accrédité par Agrément Canada. Mais faire partie de l'Agrément a un prix!



# CHIRURGIE À L'ÉTRANGER: **EST-CE UNE BONNE IDÉE?**

## **CUBA, RÉPUBLIQUE DOMINICAINE, COLOMBIE, CHINE, INDE...**

Il peut être attrayant d'aller se faire opérer à moindre prix dans un autre pays. Cependant, il peut être difficile de vérifier la formation académique et la compétence du chirurgien. De plus, les normes d'hygiène varient d'un pays à l'autre; il n'est pas rare de voir des patientes qui reviennent de leur tourisme médical avec une infection ou d'autres troubles postopératoires. Une fois revenue au Canada, la patiente ne peut pas bénéficier de suivis adéquats auprès de son chirurgien. Et qu'en est-il lorsqu'une complication survient? Nous recevons plusieurs appels chaque année de patientes désespérées et qui ne savent plus vers qui se tourner pour traiter leurs complications. Ces patientes sont souvent référées en milieu hospitalier.



# GROSSESSES

## QUESTIONS ET RÉPONSES

**L'AUGMENTATION MAMMAIRE : AVANT OU APRÈS LES GROSSESSES ?** La patiente avec de petits seins (ex. : 32-34 AA, A ou B-) peut avoir une augmentation mammaire avant une grossesse et n'aura sans doute aucun changement, même après avoir allaité ses enfants. Il est rare de noter une diminution de volume, ainsi qu'un excédent de peau (sein tombant) chez ces patientes. Par contre, les femmes avec un volume de sein naturel plus important (ex. : 36 C ou D) sont plus à risque d'avoir des variations de volume durant et après la grossesse et ainsi avoir des conséquences sur l'excédent de peau et de la glande mammaire. Il est plus fréquent chez ces patientes d'avoir besoin d'un lifting des seins (redrapage, mastopexie).

**EST-CE POSSIBLE D'ALLAITER APRÈS L'AUGMENTATION MAMMAIRE ?**

Lorsque l'implant mammaire est positionné sous le muscle pectoral, la glande mammaire est préservée et demeure fonctionnelle pour l'allaitement.



# GROSSESSES

## **COMBIEN DE TEMPS APRÈS MA GROSSESSE PUIS-JE ME FAIRE OPÉRER?**

Bien que plusieurs patientes veuillent profiter de leur congé de maternité pour avoir recours à la chirurgie, il est important de savoir que nous ne pouvons procéder à la chirurgie pendant l'allaitement. Il faut également laisser le temps à vos seins de reprendre leur forme et de ne plus être sous l'influence des hormones de grossesse. C'est pourquoi il est préférable d'attendre une période de 6 mois à 1 an après la fin de l'allaitement. À ce moment, il sera possible au chirurgien plasticien d'effectuer un examen physique de vos seins pour évaluer si vous êtes une bonne candidate pour l'augmentation mammaire ou plutôt pour un lifting des seins (mastopexie, redrapage\*). Lorsqu'un redrapage (lifting) des seins est requis, vous devez obligatoirement cesser l'usage du tabac et du cannabis au moins 6 mois à 1 an avant la chirurgie, car les risques de nécroses cutanées (peau morte) et d'une mauvaise guérison en général sont beaucoup plus élevés chez une fumeuse.

## **EST-CE QUE JE VAIS AVOIR DES VERGETURES SUR LES SEINS APRÈS MON AUGMENTATION MAMMAIRE?**

L'apparition des vergetures peut être associée à une croissance trop rapide des seins, notamment pendant la puberté, les grossesses, une prise de poids importante et l'augmentation mammaire. Bien que le risque soit plutôt faible, il est généralement associé à la génétique de la peau de la patiente, ainsi qu'à l'âge. Une jeune femme (18-20 ans) n'ayant pas de grossesse antérieure qui opte pour une augmentation mammaire avec des implants d'un volume important sera plus sujette à développer des vergetures qu'une autre patiente.

\*Vous pouvez faire le test suivant à la maison : si vous placez un crayon dans le pli du sein et que le crayon reste en place, ceci signifie qu'il est possible qu'un redrapage mammaire (mastopexie) avec ou sans implant mammaire soit nécessaire. Même chose si, face au miroir, vous voyez que vos mamelons se situent en bas du pli inframammaire.

**IL EST  
PRÉFÉRABLE  
D'ATTENDRE  
6 MOIS  
APRÈS L'OPÉRATION  
AVANT D'AVOIR UNE  
GROSSESSE.**


# LA CONSULTATION

## COMMENT SE DÉROULE-T-ELLE AVEC LE CHIRURGIEN?

Une fois la sélection de votre chirurgien effectuée, votre premier contact se fait souvent par téléphone ou par courriel, soit avec la réceptionniste ou une assistante médicale du chirurgien. La disponibilité, les connaissances et le réconfort que vous apportera le personnel qui vous répondra vous donnera un indice sur le professionnalisme de la clinique, car ils seront vos atouts dans tout le processus de votre chirurgie (avant, pendant et après).

Lors de votre arrivée à la clinique, un questionnaire médical vous sera remis, pour que le chirurgien puisse évaluer votre santé générale. Dans certains cas, le chirurgien peut décider qu'à cause d'un problème de santé majeur il est préférable pour la patiente d'éviter une chirurgie ou d'être opérée en milieu hospitalier.

Lorsque les seins sont tombants (les mamelons en bas du pli du sein ou test du crayon positif), il est préférable de procéder à un redrapage mammaire. UNE ADDITION MAMMAIRE AUGMENTE LE VOLUME DES SEINS; elle n'agit pas comme un lifting des seins. Dans certains cas, pour des patientes répondant à des critères précis, il est possible de combiner une mastopexie et une augmentation mammaire en même temps. Habituellement, je préfère procéder au redrapage mammaire et, un an plus tard, à l'augmentation. De cette façon, j'augmente les chances d'obtenir un résultat stable, avec des cicatrices plus fines.



**L'EXAMEN  
PHYSIQUE  
PAR LE CHIRURGIEN  
EST ESSENTIEL POUR  
DÉTERMINER SI VOUS  
ÊTES UNE BONNE  
CANDIDATE POUR  
L'AUGMENTATION  
MAMMAIRE.**





# LA CONSULTATION

L'ESSAYAGE D'IMPLANTS MAMMAIRES avec un soutien-gorge compressif est l'une des étapes les plus appréciées pendant la consultation. Le chirurgien sélectionne un ou plusieurs implants mammaires, de volume ou de modèle différents, en fonction de critères précis -mesure des seins et du thorax, quantité de glandes mammaires, épaisseur de la peau, asymétrie des seins, degré de ptose mammaire (chute des seins), anomalie musculaire ou de la cage thoracique- ainsi que des attentes de la patiente. Ceci donne une assez bonne idée du volume réel que la patiente peut s'attendre à avoir.

Pour ma part, la simulation par imagerie 3D a été abandonnée il y a quelques années, à cause d'une mauvaise corrélation entre la simulation 3D et les images postopératoires.



# TOUT SUR LES IMPLANTS MAMMAIRES

La plupart des implants mammaires utilisés au Canada et aux États-Unis proviennent des compagnies Mentor (Johnson & Johnson) ou Natrelle<sup>MD</sup> (Abbvie). Ces deux compagnies sont extrêmement reconnues et ont depuis de nombreuses années développé d'excellentes relations avec les chirurgiens plasticiens. Les deux fabricants offrent **des implants de salin physiologique et des implants au gel de silicone cohésif** (connu sous le nom populaire de «gummy bear»). Tous les implants comportent leurs avantages et leurs désavantages.

Voyons-y de plus près.





# LES IMPLANTS

Bien que la préférence des implants avec lesquels le chirurgien travaille relève principalement de ses convictions personnelles, il n'en est pas moins que le choix d'implants pour certaines patientes s'avère une décision compliquée. Il est faux de croire que les implants au salin physiologique sont moins naturels que les implants de silicone. **Le choix du bon implant au salin physiologique pour la patiente donnera un résultat naturel.**

Tout d'abord, parlons des **IMPLANTS DE SILICONE**. De plus en plus populaires auprès de la population, ces implants, qui avaient été retirés du marché en 1992 à la suite du lien établi entre ces implants et certaines maladies liées au collagène ou collagénoses (sclérodermie, arthrite rhumatoïde, polymyosite, lupus érythémateux disséminé, etc.), sont de retour depuis 2006. Bien que les études scientifiques n'aient pu démontrer de relation significative entre les implants de silicone et ces maladies, il n'en demeure pas moins que **les complications locales à long terme sont plus élevées avec ces implants**. La contracture de la capsule fibreuse (durcissement des seins), la calcification de la capsule fibreuse (formation d'os dans l'enveloppe cicatricielle), l'apparition de sérome à long terme et la rupture silencieuse sont toutes des complications majoritairement associées aux implants de silicone. En cas de rupture, la silicone peut se propager au niveau des aisselles, du thorax, du foie et d'autres organes. Quelques cas ont été signalés, où le gel de silicone avait migré vers l'aisselle dans les ganglions lymphatiques sans signe de rupture des implants. **Ces types de complications locales engendrent souvent des chirurgies secondaires longues et complexes et, par le fait même, beaucoup plus coûteuses que la chirurgie initiale.**

# LES IMPLANTS



**LES IMPLANTS AU GEL DE GEL COHÉSIF** (jube ou «gummy bear») sont les plus récents sur le marché. Ce n'est pas parce qu'ils sont nouveaux qu'ils sont nécessairement les meilleurs... Plus fermes que les implants au gel de silicone, ils peuvent nécessiter une incision plus longue pour les insérer. Ces nouveaux implants au gel de silicone cohésif (degré cohésif variant de I à III), engendrent un plus bas taux de contracture de la capsule fibreuse et de fuites du gel de silicone, contrairement aux anciens implants de silicone. Par ailleurs, leur taux de contracture est beaucoup plus élevé que celui des implants au salin physiologique. Les études scientifiques à long terme (> 20ans) sont actuellement en cours, nous ne pourrions être certains de la sécurité de ces implants que dans le futur. On note une augmentation de palpation des plis (vagues) par rapport aux anciens implants au gel de silicone et un suivi par résonance magnétique (IMR) pour contrôler les fuites silencieuses de gel de silicone est nécessaire sur une base régulière. Voir le site internet de Santé Canada.





# LES IMPLANTS

**LES IMPLANTS AU SALIN PHYSIOLOGIQUE** restent l'option la plus « naturelle ». Au fil des ans, des progrès ont été mis de l'avant, tant pour la résistance de l'enveloppe, pour réduire les risques de rupture, que pour l'étanchéité de la valve, pour réduire les risques d'écoulement. L'enveloppe externe de ces implants est la même que celle des implants de silicone, mais lors de l'intervention, ils seront remplis d'une solution au salin physiologique. Puisque ces implants sont gonflés une fois insérés, l'incision nécessaire est très courte (2,3 cm dans l'aisselle ou 4 cm dans le pli du sein).

# CE QU'IL FAUT SAVOIR

## IMPLANTS DE SILICONE

Naturels  
au toucher

Incisions de 4 cm

IRM nécessaire pour  
détecter  
une fuite  
ou une rupture

Silicone

Ajustement  
de volume  
impossible

## IMPLANTS AU GEL DE SILICONE COHÉSIF

Fermes  
au toucher

Incisions de 4 à 5 cm  
et +

IRM nécessaire pour  
détecter  
une fuite  
ou rupture

Silicone  
(degré de I à III) cohésif

Ajustement  
de volume  
impossible

## IMPLANTS À L'EAU SALINE

Naturels lorsque l'implant est choisi  
en fonction de la physionomie de la  
patiente

Incisions de 2,3 cm dans l'aisselle ou  
4 cm dans le pli inframammaire

La rupture est évidente  
et sans danger, puisque  
l'eau saline sera éliminée dans l'urine

Remplissage physiologique  
(eau saline)

Ajustement possible pour corriger  
une asymétrie mammaire



# EN VRAC



## **APRÈS COMBIEN DE TEMPS DOIS-JE REMPLACER MES IMPLANTS MAMMAIRES?**

La plupart des femmes croient à tort qu'elles devront remplacer leurs implants mammaires au salin physiologique sur une base de 10, 15 ou 20 ans. En fait, ce n'est pas tout à fait vrai... Selon l'âge auquel vous avez été opérée la première fois, on peut évaluer qu'un seul remplacement d'implants sera nécessaire. Le fabricant des implants considère qu'après un certain nombre d'années la membrane externe peut s'être amincie et les risques de rupture augmentent légèrement. Donc, si une patiente a eu son augmentation mammaire à l'âge de 20 ans, elle sera plus encline à se faire réopérer dans une vingtaine d'années, tandis qu'une patiente âgée de 40 ans et plus n'aura probablement jamais à changer ses implants. Si la patiente n'a aucune complication, il ne sert à rien de remplacer ses prothèses. La raison la plus courante d'un remplacement d'implants mammaires est que la patiente désire augmenter le volume de ses prothèses. Par contre, pour les implants au silicone, il est recommandé de les remplacer tous les 20 ans ou lorsqu'une rupture silencieuse est diagnostiquée à la résonance magnétique.



# EN VRAC



## **IMPLANTS MAMMAIRES RONDS OU DE FORME ANATOMIQUE (GOUTTE D'EAU)?**

Je préfère les implants ronds aux implants de forme anatomique (en goutte d'eau) en tout point, car leur forme est ronde et complètement symétrique, et, peu importe le positionnement de la patiente, le résultat sera toujours le même, autant en position debout que couchée. Puisque les implants anatomiques sont de forme asymétrique (la projection est plus importante dans le bas de l'implant que dans le haut), lorsque la patiente est en position couchée, les seins ont un aspect beaucoup moins naturel. De plus, advenant le cas d'une malrotation (l'implant tourne sur lui-même), la patiente risque de devoir se faire réopérer pour repositionner l'implant dans sa position initiale. Les implants anatomiques sont toujours texturés.





# EN VRAC



## **IMPLANTS MAMMAIRES LISSES OU TEXTURÉS?**

Tous les implants que je suggère à mes patientes sont lisses, car les risques de contracture de la capsule fibreuse et d'apparition de plis palpables sont beaucoup moins élevés avec ces implants. Il a été démontré dans plusieurs études médicales que le taux de contractures de la capsule fibreuse, la formation de sérome tardif, l'adhérence des implants et la formation de doubles capsules fibreuses avec les implants texturés sont assurément plus élevés.

De plus, des études scientifiques ont démontrées une association entre les implants mammaires texturés et le cancer de la capsule fibreuse (lymphome anaplasique à grandes cellules/ ALCL). Il est à noter qu'une nouvelle étude de la FDA (2022) mette en garde contre une possible forme rare de cancer de la capsule fibreuse (Squamous cell carcinoma/ SCC) qui peut toucher les patientes souffrant d'inflammation chronique ou infection durant 15 à 42 ans avec des implants mammaires au salin physiologique ou de silicone (gel), lisses ou texturés.

# EN VRAC



## **EST-CE QUE LES IMPLANTS TEXTURÉS PEUVENT CAUSER LE CANCER ?**

Les études scientifiques récentes établissent une corrélation entre les implants texturés et le lymphome anaplasique à cellules larges (Anaplastic Large Cell Lymphoma -ALCL). L'incidence de ce type de cancer de la capsule fibreuse est de 1 :2,207 à 1 :86,000 patientes. Il faut 9,75 années après la chirurgie avant que le cancer ne se développe. Les symptômes sont habituellement un gonflement important (sérome) du sein, l'apparition d'une masse ou d'éruptions cutanées, de la fièvre et des lymphadénopathies. Le diagnostic est fait par biopsie du liquide du sérome et des études cytologiques avec recherche CD-30 positif aux lymphocytes T-cell larges anaplasiques. Ce type de cancer est habituellement curatif avec la chirurgie qui consiste à enlever l'enveloppe cicatricielle (capsulectomie totale) et l'exérèse des implants mammaires. Il ne faut pas pour autant paniquer si vous êtes porteuses de ce type d'implants mammaires, car il n'est pas indiqué de les retirer chez les patientes asymptomatiques. Par ailleurs, il est important d'avoir un suivi régulier avec votre chirurgien plasticien et d'être attentive aux changements cliniques des seins.



# EN VRAC



## **EST-CE QUE LES IMPLANTS MAMMAIRES AUGMENTENT LE RISQUE DU CANCER DU SEIN?**

Le cancer du sein représente 25% de tous les cancers chez la femme. Une femme sur 8 femmes développera un cancer du sein durant sa vie. Les études scientifiques ont démontré qu'il n'y avait pas de relation entre le cancer du sein et les implants mammaires. Advenant que la patiente porteuse d'implants mammaires en position rétropectorale développe un cancer du sein, le chirurgien général va procéder au retrait de la tumeur (mastectomie partielle) et les implants seront généralement préservés. Des traitements de radiothérapie et chimiothérapie seront administrés si indiqués. Je ne recommande pas la chirurgie d'implants mammaires pour les patientes ayant des risques plus élevés (antécédents chez sa mère, sœurs...) et/ou diagnostiquées avec des facteurs génétiques avec mutation des gènes BRCA1, BRCA2 ou autres gènes.

# EN VRAC



## **BREAST IMPLANTS ILLNESS (BII) OU MALADIE DES IMPLANTS MAMMAIRES**

Le BII est un ensemble de symptômes systémiques non spécifiques décrit par des groupes de patientes sur les médias sociaux. Les symptômes sont très variés d'une patiente à l'autre, mais peuvent comprendre : des douleurs musculaires et articulaires, faiblesse, problème de mémoire ou de concentration, douleurs chroniques, dépression, fatigue, perte de cheveux, symptômes similaires à un rhume, migraines, éruption cutanée ou problèmes cutanés. Il n'existe pas de test diagnostique pour le BII ce qui le rend très difficile à confirmer. Il est possible que ces symptômes ne soient pas reliés à aux implants mammaires. Il est important d'être d'abord évalué par son médecin de famille pour éliminer d'autres maladies inflammatoires ou auto-immunes. Dans les plus récentes études en la matière, elles démontrent que l'exérèse des implants mammaires peut éliminer ou réduire les symptômes chez certaines patientes. De plus, il n'a pas de différence significative entre la capsulectomie totale et/ou en bloc et l'exérèse des implants mammaires en laissant en place la capsule fibreuse en place. C'est pourquoi ce type d'intervention (capsulectomie totale et/ou en bloc) n'est pas obligatoirement indiquée contrairement à ce qui est véhiculé sur internet.

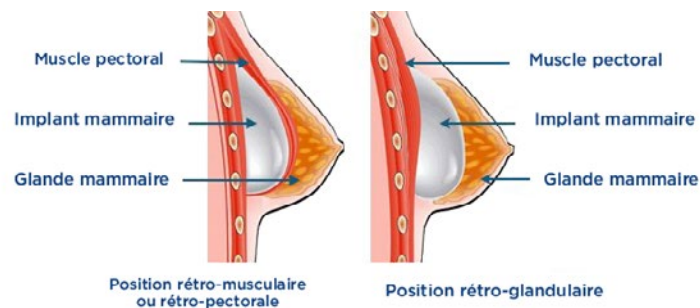


# EN VRAC



## LE POSITIONNEMENT DES IMPLANTS MAMMAIRES : DEVANT OU DERRIÈRE LE MUSCLE PECTORAL ?

Dans la majorité des cas, je positionne l'implant en rétropectoral (derrière le muscle pectoral). Cette position est idéale pour les patientes ayant très peu de glandes mammaires ou de gras dans les seins, car le muscle pectoral jouera un rôle de camouflage et ainsi les seins auront un aspect plus naturel. L'autre avantage de placer l'implant derrière le muscle pectoral est que le risque de contracture de la capsule fibreuse (coque) est grandement diminué. Certains chirurgiens positionnent les implants devant le muscle pectoral et plus précisément sous le fascia du muscle pectoral. Personnellement, je ne recommande pas cette chirurgie car il y a une augmentation importante du risque de la contracture de la capsule fibreuse avec calcification.



# AUCUNE CICATRICE SUR LES SEINS, C'EST POSSIBLE?!

## PARLONS INCISIONS...

Pour moi, la MEILLEURE incision est AXILLAIRE (aisselle). En plus de n'avoir aucune cicatrice sur les seins, le fait de pratiquer la chirurgie par endoscopie (caméra) rend l'intervention extrêmement précise et sécuritaire pour les patientes. La cicatrice ne fait pas plus de 2,3 cm dans le creux de l'aisselle (presque invisible après un an) et, parce qu'elle est pratiquée par endoscopie, **il sera possible de réopérer par la même incision** lorsqu'une chirurgie secondaire est nécessaire. Les études scientifiques ont démontré que les ganglions axillaires n'étaient aucunement affectés par cette technique opératoire. Le taux d'infection par voie axillaire est extrêmement rare. Les patientes n'ont pas de drains aspiratifs pour cette technique. Les seins ne seront pas plus écartés avec cette technique, c'est un mythe! (Voir prochain point)



LA CICATRICE  
NE FAIT PAS  
PLUS DE  
**2,3 CM**



# CICATRICES

**L'INCISION PÉRIARÉOLAIRE** (par l'aréole) est plus invasive, car elle nécessite la section de la glande mammaire, jusqu'au muscle pectoral, favorisant ainsi la contamination de l'implant mammaire et, par le fait même, le risque de développer une infection ou une contracture de la capsule fibreuse.

**L'INCISION INFRAMAMMAIRE** (en dessous du sein) est plus longue que la cicatrice par voie axillaire (4 cm et +) et est la plupart du temps très visible, surtout plusieurs années après la chirurgie. Puisque la cicatrice supporte le poids des prothèses mammaires durant la guérison, elle a tendance à s'élargir. Le taux d'ouverture et de déhiscence des plaies est plus élevé avec ce type d'incision, si l'on compare avec l'incision axillaire. Au fil du temps, les implants mammaires auront tendance à descendre de quelques millimètres et la cicatrice inframammaire, à migrer vers le haut.

Ce phénomène s'explique par la gravité, et aura pour conséquence de rendre la cicatrice visible sur le sein.



# EST-CE QUE MES SEINS SERONT PLUS RAPPROCHÉS OU ÉCARTÉS APRÈS LA CHIRURGIE?

L'écartement des seins après l'augmentation mammaire est **IDENTIQUE** à l'écartement avant la chirurgie, et ce, indépendamment du site d'incision (aréole, plis du sein, aisselle), lorsque l'implant est en position rétropectorale et que le chirurgien respecte l'insertion interne du muscle pectoral. L'aspect du décolleté «craque de seins» est physiologique et relève de la forme et de la largeur du thorax, ainsi que du rapprochement naturel des seins. Il serait **FAUX** de croire qu'avec une augmentation mammaire cela aurait pour **effet de rapprocher les seins** en position rétropectorale. Si les seins sont écartés naturellement, bien que les implants mammaires apportent volume et rondeur, ils ne seront pas pour autant plus rapprochés l'un de l'autre. Au contraire, une patiente ayant des seins très rapprochés aura un aspect pigeonnant même avec de petits implants.

En d'autres mots, lors de l'intervention en position rétropectorale, puisque l'attachement du muscle pectoral aux côtes est préservé, pour entre autres permettre le recouvrement musculaire de l'implant mammaire et ainsi éviter de palper les rebords de la prothèse, le muscle pectoral n'est pas déplacé pendant la chirurgie, et peu importe la technique opératoire utilisée, **l'écartement entre les seins reste TOUJOURS le même.**

Par contre, lorsque l'implant est en position rétroglандаire (par-dessus le muscle), l'écartement entre les seins peut être diminué. Par ailleurs, seulement un petit nombre de patientes peuvent être de bonnes candidates pour cette chirurgie.







# LE LENDEMAIN DE LA CHIRURGIE, **À QUOI DOIS-JE M'ATTENDRE ?**

Le niveau de douleur varie d'une patiente à l'autre et plusieurs facteurs entrent en ligne de compte, par exemple : la tolérance générale à la douleur, le positionnement des implants mammaires (derrière ou devant le muscle pectoral), l'épaisseur du muscle pectoral... La majorité des patientes vous diront qu'elles s'attendaient à pire. La douleur est très bien contrôlée, entre autres par la prise de médication adéquate. Habituellement, la douleur se fait ressentir les deux ou trois premiers jours seulement. Le lendemain de la chirurgie, je revois toutes mes patientes de la veille, pour m'assurer que la chirurgie évolue bien. Les pansements sous les aisselles sont retirés et je remets à la patiente un soutien-gorge de type « soutien total », qu'elle devra porter pendant six semaines après sa chirurgie. Lors de cette rencontre, je fais également l'enseignement des massages des seins pour favoriser une belle guérison.

# LA CONVALESCENCE

## **QUEL EST LE TEMPS DE CONVALESCENCE REQUIS ?**

La technique par voie axillaire par endoscopie permet un rétablissement très rapide. Puisque cette technique opératoire est extrêmement précise, il y a beaucoup moins de saignement et de dommages aux tissus internes. De plus, parce qu'il n'y a pas de cicatrice sur les seins, les patientes commencent les massages pour manipuler les implants dès le lendemain de la chirurgie, favorisant ainsi une belle guérison et réduisant le risque de durcissement (contracture de la capsule fibreuse).

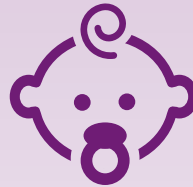


# LA CONVALESCENCE



## TRAVAIL

En temps normal, pour une patiente pratiquant un travail de bureau ou ne nécessitant que peu d'efforts physiques (secrétaire, adjointe administrative, comptable, enseignante, médecin, avocate, dentiste, assistante dentaire, coiffeuse, esthéticienne, etc.), le retour au travail se fait après 5 à 7 jours. Pour les patientes pratiquant un métier où l'effort physique est au rendez-vous (policière, ambulancière, préposée aux bénéficiaires, militaire, opérateur en usine, massothérapeute, physiothérapeute, entraîneur de conditionnement physique, etc.), il sera préférable de planifier un congé de 10 à 14 jours.



## BÉBÉ

Si vous êtes une nouvelle maman, vous pourrez cajoler bébé à votre retour la même journée; c'est plutôt pour soulever les enfants de plus de 40 lb que vous devrez demander de l'aide pour les 5 à 6 jours suivant la chirurgie.



## ENTRAÎNEMENT

Bien que vous puissiez faire des marches et vaquer à vos activités habituelles dès que vous vous sentirez en mesure de le faire, pour la pratique de sports et d'activités demandant un effort cardiovasculaire élevé ou musculaire, il faudra vous armer de patience et attendre un mois après votre chirurgie.

# LA CONVALESCENCE



## **BAIGNADE ET VOYAGE**

Même si, pendant la chirurgie, je prends toutes les précautions nécessaires pour réduire les risques de thrombophlébite et d'embolie pulmonaire avec entre autres l'utilisation de bas élastiques avec compressions intermittentes, je recommande aux patientes d'éviter de prendre l'avion un mois avant et après l'addition mammaire. Pour réduire les risques de développer une infection, je suggère également d'éviter la baignade pendant un mois suivant la chirurgie (spa, piscine publique, sauna, rivière, lac et mer).



## **UNE FOIS OPÉRÉE, EST-CE QUE JE DOIS CHANGER TOUTE MA GARDE-ROBE?**

Pour certaines, la réponse est malheureusement non. Par ailleurs, il faudra prévoir l'achat de nouveaux soutiens-gorge et maillots de bain. Je fournis un soutien-gorge que vous devrez porter pendant six semaines après votre chirurgie; ceci a pour but de favoriser une bonne guérison. Une fois ces six semaines passées, vous pourrez vous procurer de nouveaux sous-vêtements. Les seules restrictions : les brassières avec coussins dans le bas et les soutiens de sport de type compressif; à long terme, ceux-ci pourraient déplacer vos implants mammaires.



# CONTRE-INDICATIONS DE L'ADDITION MAMMAIRE

Pour les patientes vivant avec les conditions médicales énumérées ici-bas, je recommande de ne pas subir la chirurgie ou de procéder en milieu hospitalier.

- Antécédents personnels de thrombophlébite ou d'embolie pulmonaire
- Prise de médicament anticoagulant (Coumadin, Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Lixiana ou autres)
- Prise d'Aspirine quotidienne (prévention)
- Antécédents familiaux cancer du sein avec mutation gène BRCA1, BRCA2 ou autres gènes
- Patiente en investigation ou traitements pour tout type de cancer
- Patiente qui ne respecte pas les recommandation du programme de dépistage du cancer du sein du Québec pour les mammographie et échographie des seins
- Chirurgie cardiaque (pontages, stent, remplacement de valve, pacemaker)
- Antécédents d'infarctus cardiaque
- Antécédents d'accident cérébraux-vasculaire (ACV)
- Chirurgie greffe d'organe
- Maladies auto-immunes (Crohn, colite ulcéreuse) avec médication immunosuppresseur (Remicade, Humira, Méthotrexate, Purinthol ou autres)
- Maladies du système de coagulation du sang (Facteur V de Leiden, Hémophilie A et B, Thrombocytopénie, maladie de Von Willebrand, déficit en Facteur XIII, déficit en fibrinogène et autres)
- Toutes infections quelconques
- Toutes autres maladies héréditaires pouvant augmenter les risques et complications (à discuter avec votre médecin de famille ou Dr Bernier)

Pour les patientes avec des antécédents de la maladie du collagène (Collagénose) soit : arthrite rhumatoïde, sclérodermie, fibromyalgie ou autres, il est préférable d'en discuter avec votre médecin ou rhumatologue.