

MASTOPEXIE

Chirurgie du sein — lifting mammaire

FICHE D'INFORMATION PATIENT

INFORMATION À LA PATIENTE

Ce document complète les informations délivrées au cours de votre consultation avec le chirurgien.

Il a pour objectif de vous apporter les éléments nécessaires à la compréhension de l'intervention envisagée, de son déroulement, des bénéfices attendus, de ses limites et des risques qu'elle comporte.

Il ne remplace ni l'examen clinique ni le dialogue avec votre chirurgien. Il est important de le lire attentivement, de le conserver et de prendre le temps de réfléchir aux informations qu'il contient.

N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles, notamment si certains éléments nécessitent des explications complémentaires.

DÉFINITION, OBJECTIFS ET PRINCIPES

La mastopexie, ou lifting mammaire, corrige l'affaissement de la poitrine, appelé ptose mammaire. Elle remonte l'aréole et le mamelon, retire l'excès de peau et remodèle le sein pour lui redonner un galbe plus harmonieux.

La ptose correspond à un affaissement du sein et à un relâchement de sa peau : l'aréole et le mamelon descendent et le haut du sein peut perdre du volume. Elle peut exister naturellement ou apparaître après une grossesse et un allaitement, une perte de poids importante ou avec le vieillissement de la peau.

Mastopexie isolée ou associée

La mastopexie remonte et remodèle la poitrine ; elle n'en augmente pas le volume. Lorsqu'une perte de volume est associée, elle peut être combinée à une augmentation mammaire par prothèses ou par transfert de graisse. Lorsque la poitrine est trop volumineuse, c'est une réduction mammaire qui corrige à la fois le volume et l'affaissement. Ces associations font l'objet d'une information spécifique.

Indications

Une mastopexie peut être envisagée en présence :

- d'une poitrine tombante ou « vidée » ;
- d'aréoles et de mamelons en position basse ;
- d'une perte de galbe de la partie supérieure du sein ;
- d'une asymétrie mammaire associée.

Les limites de l'intervention

La mastopexie laisse des cicatrices définitives sur les seins. Une symétrie parfaite ne peut pas être garantie. Le résultat est généralement durable, mais l'intervention n'empêche pas l'évolution naturelle de la poitrine : le vieillissement, les variations de poids et de nouvelles grossesses peuvent favoriser un nouvel affaissement.

Une mastopexie réalisée uniquement pour corriger une ptose est généralement considérée comme une intervention esthétique et n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé. Lorsqu'elle est associée à une réduction mammaire répondant aux critères de prise en charge, la situation peut être différente ; les possibilités sont évaluées individuellement lors de la consultation.

AVANT L'INTERVENTION

La consultation permet d'évaluer l'importance de la ptose, le volume des seins, la qualité de la peau et vos attentes. La technique envisagée, les cicatrices prévisibles et les éventuels gestes associés vous sont expliqués. Des photographies médicales peuvent être réalisées.

Selon l'âge, les antécédents et la situation clinique, une imagerie des seins peut être demandée avant l'intervention.

Il est important de signaler vos antécédents médicaux et chirurgicaux, en particulier ceux concernant les seins, les antécédents de phlébite ou d'embolie, ainsi que vos allergies et traitements, y compris les médicaments pris occasionnellement et les compléments alimentaires. Un projet de grossesse ou d'allaitement doit également être évoqué. Une consultation d'anesthésie et les examens préopératoires nécessaires sont organisés.

Ne suspendez jamais de votre propre initiative un traitement anticoagulant, antiagrégant ou tout autre médicament prescrit.

La question du tabac

Le tabac fumé diminue l'oxygénation des tissus et augmente les risques de complications de cicatrisation, notamment de désunion, d'infection et de souffrance de la peau ou de l'aréole, ainsi que certaines complications liées à l'anesthésie.

Un arrêt complet du tabac est recommandé au moins quatre semaines avant l'intervention et pendant au moins quatre semaines après celle-ci. Le délai adapté à votre situation vous sera précisé lors de la consultation.

L'utilisation de cigarettes électroniques et de produits contenant de la nicotine doit également être signalée au chirurgien.

TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

La mastopexie est réalisée sous anesthésie générale. L'intervention dure environ 2 heures ; sa durée peut varier selon la technique utilisée et les gestes éventuellement associés.

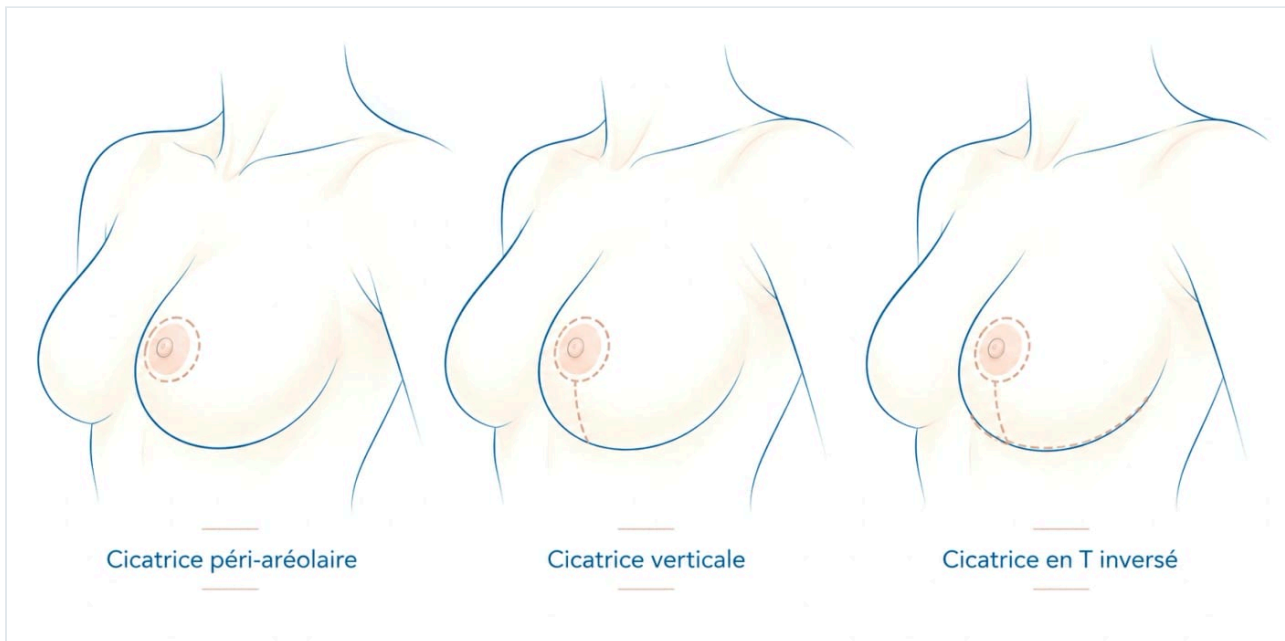
Elle peut être réalisée en ambulatoire ou nécessiter une courte hospitalisation selon la situation. Les modalités précises vous seront communiquées avant l'intervention.

L'INTERVENTION

Des dessins sont réalisés avant l'intervention pour planifier le remodelage du sein et la nouvelle position de l'aréole et du mamelon. Le tissu mammaire est remodelé, l'excès de peau est retiré et l'aréole et le mamelon sont repositionnés. Les fils utilisés sont généralement résorbables.

L'étendue des cicatrices dépend surtout de l'importance de la ptose et de l'excès de peau. Selon la situation, elles peuvent être :

- uniquement autour de l'aréole ;
- autour de l'aréole et verticalement jusqu'au sillon sous le sein ;
- autour de l'aréole, verticalement et dans le sillon sous le sein, formant une cicatrice en T inversé.



Le choix de la technique est adapté à votre anatomie, au volume de la poitrine, à la qualité de la peau et au résultat recherché.

APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites sont généralement marquées par un gonflement (œdème), des ecchymoses et une sensation de tension de la poitrine, dont l'importance varie d'une patiente à l'autre. Les douleurs sont habituellement soulagées par un traitement adapté.

Le recours éventuel à des drains dépend de la technique et des constatations opératoires.

Les premiers jours et les premières semaines

- lever et mobilisation précoces ;
- port d'un soutien-gorge de contention pendant 4 à 6 semaines ;
- soins des cicatrices selon les consignes postopératoires ;
- reprise progressive des activités quotidiennes et professionnelles, selon l'évolution et l'activité exercée ;
- pas de bain, de piscine ni d'immersion pendant environ un mois, selon la cicatrisation ;
- reprise des activités sportives à partir de 6 semaines, selon l'évolution.

Des consultations de contrôle permettent de suivre la cicatrisation et l'évolution du résultat. Les cicatrices doivent être protégées du soleil pendant leur maturation.

Une fièvre, une rougeur qui s'étend, un écoulement anormal, une ouverture de la cicatrice, un sein qui gonfle brutalement ou devient très douloureux, ou une aréole qui devient sombre ou violacée doivent être signalés sans attendre à l'équipe chirurgicale.

LE RÉSULTAT

L'amélioration de la position de la poitrine est visible rapidement, mais son aspect continue d'évoluer pendant plusieurs mois : l'œdème diminue, les tissus s'assouplissent et la poitrine prend progressivement sa forme. Les cicatrices poursuivent leur maturation pendant 12 à 18 mois, parfois davantage.

Un allaitement peut rester possible après une mastopexie, mais il ne peut pas être garanti. La surveillance et le dépistage du cancer du sein se poursuivent selon les recommandations habituelles ; il suffit de signaler l'intervention au radiologue.

Les imperfections possibles du résultat

- une asymétrie de forme, de volume ou de position des aréoles ;
- des cicatrices élargies, épaissies ou plus visibles qu'attendu, en particulier autour de l'aréole ;
- une correction jugée insuffisante ou un nouvel affaissement avec le temps.

Une retouche peut parfois être discutée après stabilisation du résultat. Elle n'est ni systématique, ni toujours indiquée.

LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

La mastopexie est une véritable intervention chirurgicale. La plupart des suites sont simples, mais il est essentiel de connaître les complications possibles, y compris celles qui sont rares mais graves.

- hématome, pouvant nécessiter une nouvelle intervention ;
- infection ;
- retard de cicatrisation ou désunion de la cicatrice ;
- souffrance de la peau ou de l'aréole et du mamelon, pouvant aller jusqu'à une nécrose, favorisée par le tabac ;
- nécrose de la graisse (cytostéatonécrose), pouvant laisser une induration dans le sein ;
- modification de la sensibilité de l'aréole et du mamelon, souvent transitoire, parfois persistante ;
- cicatrices hypertrophiques ou chéloïdes ;
- risques liés à l'anesthésie.

Lorsque la mastopexie est associée à des prothèses ou à un transfert de graisse, les risques propres à ces gestes s'y ajoutent ; ils vous sont expliqués séparément. Certaines complications peuvent nécessiter des soins prolongés ou une reprise chirurgicale.

Phlébite et embolie pulmonaire

Un caillot peut se former dans une veine des jambes (phlébite) et migrer vers les poumons (embolie pulmonaire), une complication rare mais grave. Le risque est évalué individuellement ; selon vos facteurs de risque, des mesures de prévention adaptées peuvent être prescrites, et la mobilisation précoce est encouragée. Ces mesures réduisent le risque sans le supprimer. Un essoufflement brutal, une douleur thoracique ou des crachats de sang nécessitent une prise en charge urgente : appelez le 112.

POUR TERMINER

Cette fiche vous a été remise afin de compléter les explications données lors de votre consultation.

La mastopexie peut redonner à la poitrine une position et un galbe plus harmonieux, au prix de cicatrices définitives. Le suivi après l'intervention fait partie intégrante du traitement.

Il est conseillé de la conserver, de la relire tranquillement et de noter les questions que vous souhaiteriez aborder avant l'intervention.

Votre chirurgien reste votre interlocuteur privilégié pour toute information concernant votre situation personnelle.

Information délivrée le :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cachet du médecin :