

Problèmes posés par la chirurgie plastique chez l'adolescente

Plastic surgery and teenagers: surgical issues and attitudes

Mots-clés: Chirurgie plastique – Adolescente – Tumeur – Malformation mammaire – Asymétrie – Hypoplasie – Hypertrophie – Implant mammaire.

Keywords: *Plastic surgery – Teenager – Breast tumor – Breast malformation – Breast asymetry – Breast hypoplasia – Breast hypertrophy – Breast implant.*

N. Bricout*

Des tumeurs aux malformations, des asymétries aux anomalies du développement que sont les hypertrophies et les hypotrophies, cette chirurgie pose bien sûr des problèmes techniques plus ou moins ardues auxquels s'ajoutent des problèmes éthiques, psychologiques et moraux, notamment lorsqu'on atteint le domaine de la chirurgie de confort, voire celui de la chirurgie esthétique chez ces jeunes patientes.

Pour le chirurgien, cette pathologie mammaire comporte essentiellement trois volets :

- **La pathologie tumorale**, heureusement rare à cette période de la vie, n'est qu'exceptionnellement maligne. S'il s'agit d'une lésion isolée, le problème pour le chirurgien est de réaliser l'exérèse complète par la voie d'abord, qui permettra le geste opportun tout en donnant la rançon cicatricielle la plus discrète possible.

- **Les anomalies "simples" du développement mammaire**, en dehors des glandes et mamelons surnuméraires, représentent la pathologie la plus fréquente, comme l'hypoplasie ou l'hypertrophie, qu'elles soient à peu près symétriques ou non. Dans le cas de l'hypoplasie se pose le moment opportun de l'indication opératoire et du suivi, puisque ce ne sera une correction qu'au prix de l'introduction du corps étranger que représente une prothèse, et surtout de son avenir, de son vieillissement (sans oublier celui du sein) et de son remplacement. Dans le cas de l'hypertrophie, c'est le problème de la chirurgie de réduction mammaire et des cicatrices associées qui se pose.

* *Chirurgie plastique et esthétique, Paris.*

• **Les malformations congénitales**: on peut parfois les suspecter dès l'enfance s'il existe des malformations associées, mais elles ne deviennent évidentes qu'au moment du développement mammaire. Il faut y apporter des solutions, qui ne peuvent être que chirurgicales, relativement précoces, tout au moins dès que volume et forme mammaires semblent stabilisés, car ces anomalies sont source de complexes importants, et très mal ressenties à cette période charnière de la vie et de la personnalité que sont la puberté et l'adolescence. Et la jeune patiente mérite d'être informée tôt des possibilités de correction de l'anomalie, ce qui lui permettra d'attendre plus facilement le moment opportun et de mieux passer ce cap difficile, en étant rassurée. En effet, il ne doit pas y avoir de geste chirurgical tant que la poussée mammaire, ou ce que l'on peut en espérer, n'est pas commencée ni terminée, car tout geste agressif risque de léser définitivement le fragile bourgeon mammaire.

• **Les asymétries mammaires** sont un vaste sujet, car elles sont finalement assez fréquentes, qu'elles soient associées à une malformation vraie ou à une anomalie du développement mammaire, par défaut ou par excès. Cela regroupe en fait toutes les indications de la chirurgie plastique mammaire, en dehors de la reconstruction, bien sûr. Si un certain nombre de classifications analytiques ont été décrites jusqu'à présent, il semble intéressant d'en proposer une, complémentaire, à but thérapeutique, sorte d'aide à la tactique opératoire, et qui repose essentiellement sur l'analyse du volume mammaire par rapport à la morphologie générale, puisque le but est de restaurer une harmonie entre sein et silhouette d'ensemble.

Pathologie tumorale

Pathologie bénigne (1)

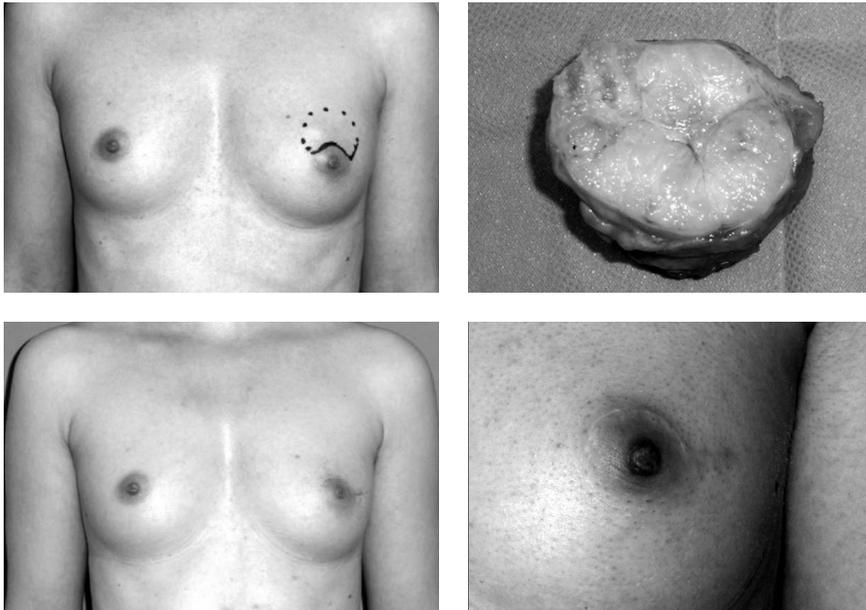
Adénofibrome

L'adénofibrome est la tumeur la plus fréquemment rencontrée, en général à l'adolescence et après 14 ans. Sa sémiologie est tout à fait comparable à celle de l'adulte : nodule rond, bien limité, élastique, semblant encapsulé à la palpation, et cette impression est confirmée par l'échographie, avec le classique nodule ovalaire, hypoéchogène, homogène, à grand axe parallèle à la peau, ce que peut achever de confirmer une cytoponction. La plupart du temps, une simple surveillance clinique à 6 mois, puis annuelle, recherchant une éventuelle augmentation de volume, est conseillée et suffisante, car il n'existe pas de traitement médical efficace.

Une exérèse chirurgicale sera envisagée :

- si la taille est supérieure à 3 cm ;
- en cas de fibro-adénome géant dont la taille peut atteindre ou dépasser 10 cm : on discutera le diagnostic avec une tumeur phyllode de grade I, et surtout s'il existe une augmentation franche de taille (**figure 1**). Lorsque le nodule est très ferme, il peut être source de douleur, notamment en décubitus ventral, et peut gêner le sommeil.

FIGURE 1. Tumeur phyllode de grade I (6,5 cm de diamètre) des quadrants supérieurs, retirée par voie sus-aréolaire avec petit trait de refend externe. De gauche à droite et de haut en bas : aspect pré-opératoire, lésion, aspect à 3 semaines, et aspect à 1 an.



Peut aussi entrer en ligne de compte dans l'indication chirurgicale l'angoisse de la patiente et, souvent, de sa maman, et l'intérêt et le coût de multiplier les visites et les examens complémentaires, alors qu'il s'agit d'une intervention simple, rapide et bénigne, qui va régler définitivement le problème lorsqu'il s'agit d'une lésion isolée.

Enlever ces lésions bénignes est un geste simple, la priorité étant donnée à la discrétion de la cicatrice, c'est-à-dire au choix de l'incision. La plupart des lésions peuvent être retirées par une incision aréolaire, placée dans l'un quelconque de ses quadrants; elle donne une cicatrice très discrète si l'on prend soin de pratiquer l'incision juste à la jonction de la peau pigmentée de l'aréole et de la peau blanche du sein. Un décollement superficiel permet de se placer à l'aplomb de la lésion proprement dite et d'en faire l'exérèse. Lorsque la lésion est trop volumineuse pour être enlevée par voie aréolaire, ou trop éloignée de celle-ci, on peut recourir, selon la topographie de la lésion, soit à une incision axillaire, soit à une incision sous-mammaire, qui sera très discrète à condition d'être strictement placée dans le sillon, voire d'une incision oblique s'il s'agit d'une lésion des quadrants externes. Mais il faut à tout prix éviter une incision directe dans les quadrants internes, trop visible dans le décolleté, avec en plus un risque non négligeable à cet endroit de cicatrice hypertrophique.

Adénofibromatose

Associant chez la même patiente plusieurs nodules dans un seul sein ou dans les deux, l'adénofibromatose pose à la fois un problème de surveillance et un problème thérapeutique, car il faut essayer d'éviter les interventions itératives tout en restant vigilant vis-à-vis de l'évolution des lésions. Or, la patiente est demandeuse et on la comprend, car ces lésions, si elles sont volumineuses, sont source de gêne, voire de douleur, voire d'une asymétrie. La voie aréolaire est une fois de plus à privilégier, car elle peut être reprise sans risquer de "balafre" le sein.

Adénofibrome juvénile

Forme rare qui s'observe à la puberté ou juste en période postpubertaire immédiate, il s'agit d'un nodule souvent de taille importante et qui se développe rapidement. La peau en regard peut se modifier : tendue, amincie, avec une réaction inflammatoire dont témoigne l'augmentation du réseau veineux, qui devient visible. Il faut opérer ce type de nodule, car ici encore se pose le problème du diagnostic différentiel avec une tumeur phyllode de bas grade. Mais, comme il s'agit d'une peau jeune, celle-ci va souvent se rétracter sans qu'un geste plastique de résection cutanée et de redrapage soit nécessaire.

Hamartomes

Ils sont plus difficiles à palper car plus souvent situés au sein de la glande, alors que l'adénofibrome est volontiers superficiel. Ici, l'attention est attirée par une lésion radiologique plus volumineuse que l'impression clinique. Il s'agit en fait souvent d'une découverte histologique, l'indication opératoire étant posée devant un aspect échographique inhabituel pour un adénofibrome, et une lésion qui peut être douloureuse. À cet âge, la lésion peut s'inscrire dans le cadre d'une maladie de Cowden.

Pour toutes ces lésions, le choix de l'incision se fera toujours de la même façon, sans oublier qu'il faut pouvoir assurer pour certaines d'entre elles la qualité de l'exérèse avec une marge de sécurité, et pouvoir éventuellement orienter la pièce. Il ne s'agit plus ici de la simple énucléation d'un adénofibrome superficiel : si l'aréole est trop petite ou trop éloignée de la lésion, on choisira une voie sous-mammaire ou une incision directe, oblique, dans les quadrants externes ; une incision radiaire dans les quadrants internes et supérieurs est toujours à proscrire, car la rançon cicatricielle est trop importante pour cette lésion bénigne.

Maladies kystiques et proliférantes

Les kystes simples sont très rares et ne représentent pas une indication chirurgicale : juste un traitement médical en cas de poussée inflammatoire ou infectieuse. Ils disparaissent en général spontanément. La papillomatose juvénile est généralement une tumeur unique et mal limitée, dont le traitement doit être chirurgical, avec là aussi une marge de sécurité qui consiste à enlever tout le territoire galactophorique atteint. Une

surveillance stricte est nécessaire en raison du risque de récurrence, du fait d'antécédents familiaux de cancer du sein (présents dans 30 % des cas) et du fait d'un risque personnel multiplié par 5.

Pathologie tumorale maligne

Le cancer du sein chez l'enfant est très rare : il représente moins de 0,1 % des cancers du sein. Il peut s'agir de localisations secondaires de sarcome, lymphome ou hémopathie.

Pathologie infectieuse et inflammatoire

L'ectasie canalaire a une évolution spontanée favorable en l'absence de surinfection, qu'il faut essayer de traiter médicalement en évitant le plus possible le recours à la chirurgie, en raison du risque de passage à la chronicité (galactophorite ectasique), de fistulisation et d'interventions itératives. Le seul élément préventif connu, essentiel ici, dans le risque de passage à la chronicité est l'arrêt d'un éventuel tabagisme.

Abcès du sein

Rare à cet âge, il peut s'agir d'un abcès sous-cutané, superficiel, correspondant en fait à la surinfection d'un traumatisme local comme l'évolution d'une lésion d'acné. Il peut aussi s'agir d'un abcès rétro-aréolaire dû à la surinfection d'une ectasie galactophorique. On ne se résoudra au traitement chirurgical que si une antibiothérapie par voie générale n'a pas été efficace.

Anomalies "par excès" du développement mammaire

La présence de mamelons et de glandes surnuméraires s'explique par l'origine embryologique de la glande : sur les crêtes mammaires primitives, formées entre la 6^e et la 7^e semaine du développement embryonnaire et étendues symétriquement de la région axillaire à la région inguinale, apparaissent ensuite par paires les bourgeons primitifs mammaires, qui vont normalement tous régresser dans l'espèce humaine, sauf dans la région thoracique, au niveau de la 4^e paire. Mamelons et glandes surnuméraires sont dus à la persistance anormale d'un ou plusieurs bourgeons, et sont toujours situés sur une ligne partant du creux axillaire et aboutissant au pubis (2).

Les mamelons surnuméraires ne posent pas de problème, car ils passent la plupart du temps inaperçus, ou sont pris pour un simple naevus. Il n'y a pas lieu d'en faire une exérèse systématique. Les glandes surnuméraires peuvent aussi passer inaperçues lorsqu'elles sont de très petite taille, ou lorsqu'elles passent pour un simple prolongement axillaire de la glande normale. Plus volumineuses, elles se démasquent à la puberté, notamment lorsqu'elles sont situées juste en dessous du sillon sous-mammaire (la lésion est le plus souvent unilatérale) et deviennent source d'inconfort pour le port du soutien-gorge ; une autre occasion de découverte est leur développement en cas de grossesse. Ce tissu mammaire ectopique n'est pas non plus une indication chirurgicale

systématique, sauf en cas de gêne physique due à leur volume et à leur position : là encore, la rançon cicatricielle de cette pathologie bénigne se doit d'être discrète tout en permettant un geste chirurgical complet. Ce geste ne se contente pas d'une simple aspiration mais requiert une dissection complète : voie sous-mammaire dans le sillon (parfois un peu difficile à déterminer s'il est soulevé par la glande ectopique ou si celle-ci est pratiquement fusionnée avec le sein normal), voie axillaire horizontale dans un pli, ou oblique, assez discrète, si elle ne déborde pas vers la région thoracique antérieure. L'examen histologique – systématique – confirmera la bénignité.

Adipo- et gynécomasties

L'adipomastie de l'adolescent est souvent contemporaine d'une prise de poids, exagérée à cette période critique de la puberté sur le plan endocrinien et psychologique.

Avant tout geste chirurgical, il convient absolument de prendre énergiquement en main le problème sur le plan diététique et de rétablir un rapport staturo-pondéral normal ; puis, s'il reste effectivement une composante adipeuse isolée, le traitement chirurgical fait appel à la liposuccion, dont la rançon cicatricielle (incision d'entrée pour la canule) est discrète. Il s'agit de peaux jeunes, à bonne qualité élastique, qui vont pouvoir se rétracter spontanément sur la diminution de volume, sans geste de redrapage, donc de résection et de cicatrice supplémentaire. Il faut toujours veiller à ne pas trop aspirer dans la région péri-aréolaire, pour que celle-ci ne soit pas déprimée, donnant un aspect artificiel et disgracieux en cuvette.

L'authentique gynécomastie (*figure 2*) ne peut pas être traitée par liposuccion, sauf en ce qui concerne la composante adipeuse éventuellement associée. Après exploration recherchant une anomalie endocrinienne, ou après avoir éliminé la responsabilité de certains médicaments ou drogues, la solution est chirurgicale : une incision héli-aréolaire inférieure permet l'ablation de cette glande, un peu à la manière d'une mammectomie sous-cutanée, en allant bien jusqu'à la périphérie de la glande. Là aussi, il faut veiller à laisser une très mince galette de glande juste derrière l'aréole, pour éviter une déformation en creux de celle-ci.

FIGURE 2. Gynécomastie gauche chez un jeune homme de 20 ans, retirée par voie aréolaire : aspect préopératoire et à 1 an.



Hypoplasie mammaire

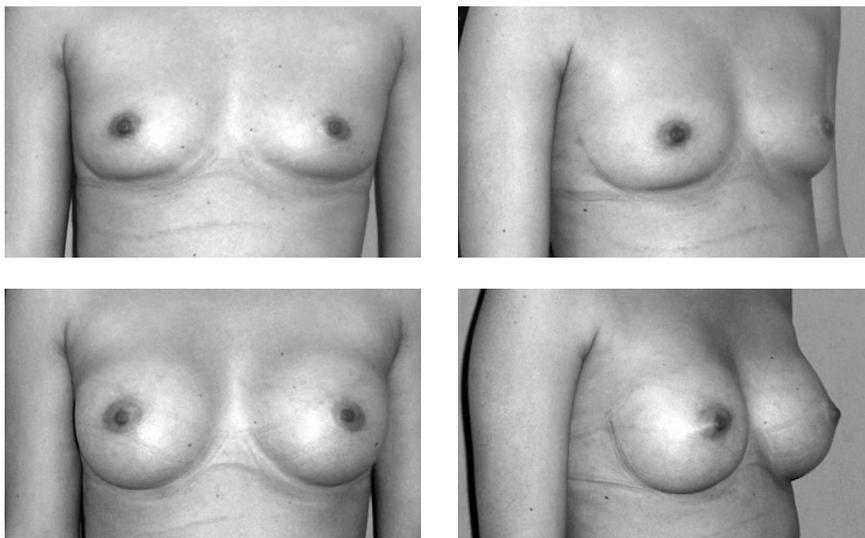
L'hypoplasie se traduit par un développement insuffisant de la glande mammaire qui se démasque à la puberté, sans que l'on dispose d'explication rationnelle à ce sujet, sauf dans le cadre de syndromes malformatifs comme l'expression d'un syndrome de Turner. Il ne s'agit donc pas, la plupart du temps, d'une pathologie à proprement parler; mais, bien que l'hypoplasie soit sans retentissement physique ou fonctionnel, elle est source d'un retentissement psychologique important.

La seule solution est chirurgicale et repose principalement sur la pose d'implants mammaires. Ils sont actuellement bien tolérés, avec des résultats morphologiques satisfaisants, à condition d'appliquer une technique chirurgicale sérieuse et rigoureuse (même s'il s'agit de chirurgie esthétique, c'est une intervention chirurgicale à proprement parler et non pas une séance chez l'esthéticienne, et il faut résister aux caprices dictés par la mode chez ces adolescentes dont l'image corporelle n'est pas complètement construite). Cela implique une information non moins rigoureuse du geste proposé, parce que tout implant reste un corps étranger avec ses avantages et ses inconvénients propres selon le type d'implant utilisé; de toute façon, le changement sera nécessaire car il va vieillir et s'user. Le sein lui-même va évoluer au fil du temps et des événements gynécologiques. La durée de vie – médico-légale – d'un implant est de 10 ans; cela ne signifie pas un changement systématique à 10 ans mais justifie la nécessité d'une surveillance clinique et échographique régulière (la mammographie, qui devra comporter des clichés numérisés de bonne qualité en cas de prothèses préremplies de gel de silicone, ne sera justifiée qu'à partir de la date de surveillance de la glande mammaire au titre du dépistage) [3].

Or, plus l'intervention est proposée à un âge jeune, plus le nombre de réinterventions risque d'être important. Sauf en cas d'asymétrie, à la fois parce que la glande peut se développer tardivement et pour des raisons médico-légales, je n'ai pas l'habitude de proposer ce geste avant l'âge de la majorité, après une information et une discussion longues pour bien déceler les motivations de cette demande, en concertation avec le médecin traitant ou le gynécologue, quitte à prendre l'avis d'un psychologue.

Les implants en gel de silicone sont actuellement les plus utilisés, pour des raisons de consistance, voire de forme. Les implants ronds existent en version gonflable au sérum physiologique et en gel, mais les seuls implants anatomiques satisfaisants sont en gel, et très différents d'une marque à l'autre: ils peuvent donner de superbes résultats, mais sont plus difficiles à choisir et à poser (*figure 3*). Les implants gonflables offrent l'avantage de pouvoir être introduits par une très petite voie d'abord, car ils sont placés vides et sont remplis en cours d'intervention, et ils contiennent un produit biodégradable immédiatement réabsorbé par l'organisme en cas de rupture de l'enveloppe. Mais c'est aussi ce qui fait son inconvénient: le sérum n'ayant aucune viscosité, les implants sont plus palpables et doivent être placés presque toujours en position rétropectorale, ce qui peut être gênant pour la pratique d'un sport, et parfois visible à la contraction du

FIGURE 3. Jeune fille de 23 ans : hypoplasie mammaire avec taille de bonnet A/petit B : mise en place par voie sous-mammaire en position rétro-glandulaire d'implants anatomiques (245 cc) ; recul de 6 mois.



muscle. Le dégonflement – rapide - n'est pas grave mais désagréable en raison de la perte immédiate de volume, et la patiente requiert une réintervention à court terme. Les gels de silicone ont été innocentés de ce qui avait motivé leur interdiction en France pendant une dizaine d'années : pas d'augmentation du risque de développement ou d'apparition d'un cancer du sein (mais peut-être une légère perte de chance à un dépistage précoce : il faut être très exigeant sur la technique et la qualité des clichés mammographiques et échographiques d'une patiente porteuse d'implants), pas de risque prouvé de maladie auto-immune (le seul risque était local et tenait à la diffusion d'un gel trop liquide en cas de rupture dans les tissus voisins avec constitution de siliconomes). L'interdiction a eu un effet positif : les fabricants ont épaissi les enveloppes, faites d'un élastomère de silicone (aussi bien pour les prothèses gonflables que pour les prothèses préremplies de gel), ont ajouté une couche-barrière et augmenté la cohésivité des gels, tout en supprimant quasiment la présence de chaînes courtes. La voie d'abord choisie doit permettre une création aisée de la loge, le contrôle visuel de celle-ci et de l'aspect du plan qui va servir de base à la prothèse, et un contrôle rigoureux de l'hémostase ; cela est particulièrement vrai lorsque la loge est rétropectorale et que l'on souhaite en désinsérer les chefs inférieurs. Le choix de la position (rétroglandulaire ou rétropectorale) dépend en premier lieu de la qualité et de l'épaisseur des plans de recouvrement, bien sûr du type de prothèse choisie (en particulier de sa consistance), mais aussi de la morphologie thoracique, musculaire et costale.

Trois possibilités existent :

- la voie axillaire, qui est bien souvent trop éloignée de la loge à créer dans ces situations d'hypoplasie, où les tissus superficiels sont assez tendus et adhérents, et qui ne permet pas un contrôle visuel direct de la dissection. Je ne l'utilise pratiquement jamais ; de plus, elle est remise en question actuellement, car elle pourrait gêner la détection ultérieure éventuelle d'un ganglion sentinelle ;
- la voie sous-mammaire, utilisable si le sillon est un peu marqué, qui permet de passer directement derrière la glande sans la traverser ;
- la voie aréolaire, si l'aréole est de taille suffisante pour permettre l'introduction de la prothèse. Il faut prévenir la patiente qu'il existe ici un risque de diminution des possibilités d'allaitement qui serait de 30 %.

L'un des éléments délicats est le choix du volume de la prothèse : il est limité en partie par le degré d'hypoplasie (il n'y a pas de peau en excès). Il faut surtout avoir une discussion poussée avec la patiente et savoir résister aux phénomènes de mode ou aux fantasmes : le volume choisi doit respecter la morphologie générale et doit rester en harmonie avec celle-ci, sous peine d'obtenir un résultat artificiel et peu naturel car disproportionné. Une prothèse trop grosse risque de distendre prématurément la peau et de laminer le peu de glande mammaire ; cela deviendra source de bien des déboires quelques années plus tard, car, pour redraper un étui cutané distendu, il est nécessaire de réséquer de la peau et d'ajouter des cicatrices (aréole, verticale, T inversé), ce qui n'aurait sans doute pas été nécessaire si on était resté dans les limites du raisonnable...

L'hypoplasie majeure avec taille de bonnet inférieure à A (!), selon les termes de la nomenclature, peut donner lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale, sous réserve d'un accord préalable.

L'autre possibilité thérapeutique pour éviter un corps étranger, en plein essor actuellement, est le lipofilling, c'est-à-dire le recours à l'injection de cellules graisseuses, proposé également dans les malformations et les asymétries ; le principe est de prélever par liposuction le tissu adipeux, riche en adipocytes mais aussi en cellules-souches, de le centrifuger et de le réinjecter. Il faut, bien sûr, disposer de réserves suffisantes de graisse ; la technique est fastidieuse et nécessite plusieurs temps opératoires, donc plusieurs anesthésies. Les résultats semblent encourageants, avec encore peu de recul sur la pérennité du résultat obtenu et son innocuité : peut-on sans risque injecter des cellules-souches dans du tissu mammaire ? La prudence semble de mise et des évaluations multicentriques sont en cours.

Hypertrophie mammaire

L'hypertrophie mammaire est une affection particulièrement mal ressentie chez l'adolescente, en raison de l'inconfort physique et vestimentaire qu'elle entraîne, source de dorsalgies, d'attitude vicieuse et de mal-être psychologique. Ce complexe est d'autant

plus mal toléré que la mode et les canons de la beauté du XX^e siècle, en Europe tout au moins, ne s'apparentent plus aux modèles de Rubens...

L'hypertrophie signe un processus pathologique (ou du moins dystrophique), sans que l'on puisse fournir d'hypothèse physiopathologique satisfaisante, où "le sein est augmenté de volume au-delà des proportions normales", définition pour le moins imprécise et laissant une grande part à la subjectivité, variable selon les goûts de chacun, selon les époques, voire selon la géographie : là où un volume mammaire est considéré comme trop important pour un œil français, il pourra être considéré comme normal aux États-Unis, et nous pourrions plaisanter en disant que, dans une situation où nous proposerions une plastie mammaire de réduction, outre-Atlantique, on proposerait sans doute une plastie mammaire d'augmentation !

On oppose classiquement les hypertrophies dites "glandulaires", où le sein, de consistance cliniquement ferme, est blanc à la coupe, et les hypertrophies dites "graisseuses", où le sein, beaucoup plus mou, est jaune ; des données que confirme l'examen histologique. Nous avons constaté que l'hypertrophie de type grasseux se rencontrait plus volontiers chez les jeunes filles présentant ou ayant présenté une surcharge pondérale à la puberté.

Comme il n'y a aucune explication physiopathologique, il n'existe aucune prévention (sauf à surveiller le rapport staturo-pondéral à la puberté et éviter toute prise rapide de poids en cette période), ni aucun traitement médical, et la seule correction possible reste chirurgicale.

Il n'y a pas de relation entre le degré d'hypertrophie et la qualité de la sécrétion lactée, souvent faible, voire inexistante, dans les hypertrophies importantes, ce qui peut s'expliquer par la constatation histologique que le tissu réséqué est très souvent dystrophique. S'il est pratique, pour les définitions, de distinguer hypertrophie et ptose, on retiendra surtout qu'une hypertrophie mammaire s'accompagne presque toujours d'une ptose, soit liée à un développement concomitant trop important de l'étui cutané, plaçant d'emblée trop bas l'aréole, soit par distension rapide et inéluctable de celui-ci, qui sera vite fatigué par ce poids excessif, même s'il est initialement de bonne qualité.

Chirurgie

Une plastie mammaire forme un tout, visant à réadapter correctement le volume mammaire résiduel après résection de l'excès glandulaire à l'étui cutané, contenant et contenu étant indissociablement liés. Pour la qualité et la stabilité du résultat morphologique, on a intérêt à opérer une hypertrophie mammaire le plus tôt possible : en pratique dès que le volume mammaire est stabilisé, avant que l'étui cutané n'ait trop souffert de manière irrémédiable de la distension provoquée par le surpoids de cet excès de volume. Il nous est ainsi arrivé d'opérer dès l'âge de 15 ans, si la poussée mammaire était terminée.

Chez la jeune fille de rapport staturo-pondéral normal, la glande est généralement ferme mais souple, et la peau est élastique, de bonne qualité et à derme épais. Au fil des ans, la tendance va s'inverser : la glande, même après involution dite "graisseuse"

après les grossesses, va devenir plus rigide et moins facile à modeler – ce phénomène s'aggravant après la ménopause – ; le derme va s'amincir, la peau va s'étirer et perdre on élasticité et donc ses capacités de rétraction. Les connexions cutanéoglandulaires vont s'altérer (la peau est le seul élément de soutien du sein, le reste n'est qu'illusion, en raison notamment de l'absence d'adhérences solides entre glande et muscle pectoral). Plus on attendra, plus le résultat morphologique, stable dans le temps, sera difficile à obtenir, et se fera en tout cas au prix d'une résection cutanée plus importante, donc de cicatrices plus longues. L'évolution avec l'âge n'a qu'un seul avantage : les peaux jeunes à derme épais font plus volontiers des cicatrices hypertrophiques, tandis que les peaux amincies à derme étiré feront des cicatrices plus fines.

Cicatrices

Il y aura toujours une cicatrice péri-aréolaire puisque l'aréole doit être remontée, associée le plus souvent à une cicatrice en T inversé, voire verticale isolée. Malgré tous les moyens mis en œuvre (absence de tension excessive, surjets intradermiques, pansements adhésifs exerçant une compression localisée...), les cicatrices, inévitables et jamais invisibles, ne seront pas toujours satisfaisantes. C'est l'inconvénient principal de cette intervention : il faut bien informer la patiente qu'une reprise chirurgicale sera possible pour les améliorer, en général entre 1 et 2 ans après le premier geste, dès qu'elles seront stabilisées. Il peut s'agir d'une reprise partielle ou totale.

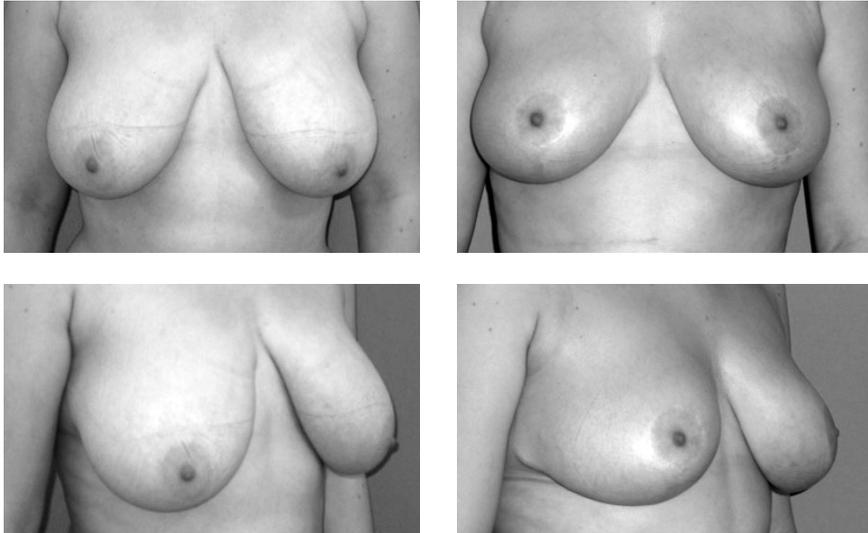
En pratique

L'intervention se déroule sous anesthésie générale, dure une heure et demie à deux heures en des mains exercées, demande une hospitalisation de quelques jours, une convalescence d'une quinzaine de jours au maximum (parfaitement compatible avec la reprise d'une scolarité normale dès la sortie, avec une dispense de sport pour 1 mois), n'est que peu ou pas douloureuse, non fatigante et non hémorragique. La seule contrainte concerne quelques soins simples sur les cicatrices réalisés par la patiente elle-même et le port d'un soutien-gorge de sport que nous conseillons jour et nuit pendant 2 mois. Elle bénéficie d'une prise en charge par la Sécurité sociale, à condition d'une exérèse minimale de 300 g par sein (sans minimum obligatoire s'il s'agit d'une plastie unilatérale pour asymétrie). Les connexions entre la glande mammaire et le mamelon n'étant pas interrompues, un allaitement ultérieur sera possible, mais n'oublions pas que, souvent, spontanément, l'hypertrophie mammaire correspond à un tissu dystrophique de mauvaise qualité sécrétoire.

Les problèmes de la chirurgie de réduction relèvent d'indications opératoires où le praticien doit en permanence avoir à l'esprit qu'il s'agit d'une balance à deux plateaux : gain morphologique d'un côté, rançon cicatricielle plus ou moins importante de l'autre. On ne peut pas toujours prévoir la qualité des cicatrices, en particulier le risque de cicatrice hypertrophique. C'est pourquoi l'indication opératoire doit être posée avec discernement : il faut savoir ne pas opérer – et en expliquer les raisons – dans les cas

d'hypertrophie ou de ptose discrètes si la rançon cicatricielle risque d'être plus importante que le gain morphologique obtenu... La patiente doit être parfaitement informée, d'autant qu'il s'agit d'un acte souhaité et non subi, et en aucun cas d'une chirurgie à caractère obligatoire. Mais l'hypertrophie mammaire est ressentie comme un tel handicap moral et physique que l'intervention, si elle est réussie sur le plan morphologique, est considérée comme un réel soulagement de cette disgrâce et que la rançon cicatricielle est le plus souvent bien acceptée (*figure 4*).

FIGURE 4. *Plastie mammaire de réduction à pédicule supérieur chez une jeune fille de 18 ans avec asymétrie de forme et de position du sillon (réduction de 245 g à droite et 260 g à gauche) ; recul de 2 ans.*



Malformations mammaires

En dehors des cas d'agénésie ou d'hypoplasie majeure, qui nous ramènent sur le plan pratique aux problèmes posés par une augmentation mammaire, les malformations les plus connues et les plus fréquemment rencontrées sont constituées par le syndrome de Poland : les seins tubéreux, dont une forme mineure est représentée par les procidences aréolaires.

Syndrome de Poland

Cette malformation congénitale (4) et non héréditaire, bien que des cas familiaux aient été décrits, associe à des degrés divers des anomalies thoraciques concernant essentiellement mais pas seulement les muscles pectoraux, et des anomalies du

membre supérieur homolatéral. Les deux sexes sont atteints, mais l'homme l'est plus souvent que la femme; les formes bilatérales sont exceptionnelles. Le type des anomalies et leur association permet de déterminer que l'atteinte se fait entre la 6^e et la 7^e semaine du développement embryonnaire. L'hypothèse actuellement retenue est une anomalie vasculaire de l'artère sous-clavière embryonnaire, avec une interruption du flux sanguin vers le 46^e jour du développement embryonnaire.

Au niveau thoracique sont associés un manque de surface, un manque d'étoffe du plan sous-cutané, des anomalies musculaires, une déformation de l'hémithorax et une déformation du gril costal. L'élément le plus évident est l'atteinte des pectoraux: le chef sterno-costal du grand pectoral est constamment manquant, le petit pectoral est souvent absent; grand dentelé, oblique externe et grand dorsal peuvent être atteints. L'absence de faisceaux des muscles pectoraux est responsable du défaut de développement du gril costal, et il peut s'y ajouter une agénésie d'une ou plusieurs côtes, de la 2^e à la 6^e (celles justement qui correspondent à l'insertion du grand pectoral). Si l'absence de chef sterno-costal est constante, les autres défauts sont d'importance variable et diversement associés, posant des problèmes de reconstruction plus ou moins difficiles.

Les solutions thérapeutiques vont comporter un transfert musculaire nécessaire lorsque le pannicule adipeux sous-cutané est faible, voire absent, et une prothèse dont la difficulté va être d'estimer le volume, car le muscle va perdre plus ou moins de volume. L'aspect apparent du volume apporté par la prothèse va également dépendre du comportement des tissus superficiels, se détendant suffisamment ou non secondairement devant la prothèse (c'est un peu le même problème qu'en reconstruction après mammectomie, en dehors, bien sûr, des problèmes liés à la radiothérapie). Ici aussi, l'utilisation de transfert de graisse fait aujourd'hui partie des moyens utilisés, soit simplement pour étoffer la peau, soit pour reconstruire tout ou partie du volume manquant. Il faudra bien souvent assurer en plus la symétrie avec le sein opposé et rééquilibrer, voire reconstruire une aréole de taille suffisante et bien placée.

Les formes majeures posent des problèmes complexes de réparation, nécessitant plusieurs temps opératoires. Lorsque les défauts sont mineurs, qu'il existe une surface cutanée correcte, un pannicule adipeux sous-cutané suffisant, correctement étoffé et une ébauche de glande mammaire, ces éléments vont masquer l'absence de muscle pectoral, complète ou ne concernant que ses chefs inférieurs, et la simple mise en place d'une prothèse va permettre d'estomper suffisamment l'anomalie, l'œil oubliant ou presque de regarder la région sous-claviculaire, attiré par la bonne symétrie des volumes et des aréoles.

La prothèse est évidemment rétroglандаire, puisqu'il n'y a pas de plan musculaire. On trouve parfois à la place de ce plan une lame fibreuse derrière laquelle il ne faut pas de tenter de mettre la prothèse, qui serait plaquée par ce tissu trop rigide. La difficulté est d'évaluer le volume de la prothèse nécessaire.

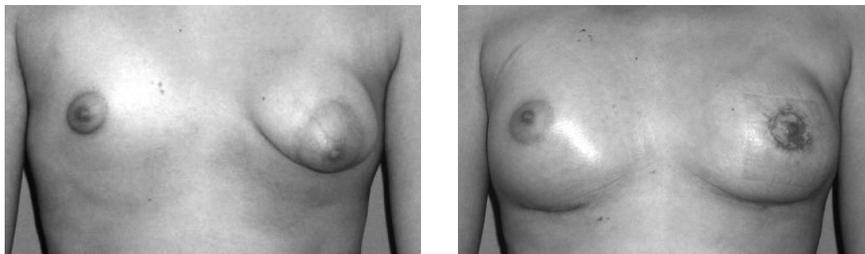
Seins tubéreux

Le terme “sein tubéreux” a été utilisé pour la première fois en 1976 par Rees et Aston pour décrire cette malformation, qui ressemblait à un tubercule de plante. Depuis, de nombreux auteurs ont utilisé d’autres termes pour décrire le même syndrome (les mêmes anomalies). En pratique, il n’y a pas une entité mais plusieurs anomalies associées, exprimées à des degrés divers, plus ou moins sévères.

Ces anomalies sont les suivantes :

- l’aréole présente une procidence ; sa taille peut être normale, mais elle est souvent disproportionnée, la peau est très fine ;
- la base mammaire peut être normale, mais elle est souvent trop étroite, comme constrictée ou inexistante en cas d’aplasie ;
- le volume mammaire est parfois à la limite inférieure de la normale, en fait souvent insuffisant, et mal réparti, hernié derrière l’aréole ;
- le segment III est trop court, plus ou moins concave, et le sillon sous-mammaire est donc – lorsqu’il existe (lorsqu’il est défini) – trop haut situé ;
- et, ce qui augmente les difficultés, il existe souvent une asymétrie aussi bien de forme que de volume (*figure 5*).

FIGURE 5. Cas (18 ans) de sein tubéreux à gauche compliqué par une hypoplasie droite avec procidence aréolaire. Résultat précoce par augmentation bilatérale : implant anatomique de 325 cc à droite choisi pour sa base, petit implant rond de 120 cc et réduction péri-aréolaire gauche.



Il faut donc corriger la forme et la taille de l’aréole, élargir la base mammaire, abaisser le sillon, rétablir un volume correct et rétablir la symétrie. L’attitude chirurgicale ne peut donc être univoque et doit s’adapter à chaque situation. Parmi les différentes techniques décrites, il vaut mieux éviter toutes celles qui impliquent une incision radiaire dans la glande ou qui divisent la glande pour enrouler des lambeaux glandulaires ; cela est insuffisant en cas de manque de volume, voire dangereux en raison du risque de dévascularisation et de nécrose, mais il y va aussi de l’avenir de cette glande de jeune fille : que va-t-il advenir de la glande et des canaux galactophores interrompus en tous sens lors d’une grossesse, par exemple ? De plus, il ne faut pas oublier que ces patientes sont jeunes, risquent de subir d’autres interventions plus

tard, sans que le chirurgien suivant sache forcément ce qui aura été fait initialement. Il semble donc souhaitable de préserver autant que possible l'entité glandulaire.

La correction va donc faire appel aux techniques déjà évoquées de modification de forme de l'étui cutané, visant essentiellement à réduire la hernie de la glande derrière l'aréole (les techniques à cicatrice uniquement péri-aréolaire trouvent ici leurs indications privilégiées) et d'augmentation mammaire (avec souvent des prothèses de taille différente, car l'asymétrie est fréquente). Le lipofilling peut aussi avoir ses indications ici, toujours avec prudence, car nous n'avons pas de recul à long terme, ni sur la pérennité du résultat, ni sur les risques posés par l'injection de graisse avec cellules-souches dans une glande mammaire juvénile.

Asymétrie mammaire

L'asymétrie mammaire est souvent une cause de consultation à l'adolescence, dès lors qu'elle est prononcée et que la jeune fille ose en parler, car elle a un retentissement psychologique important et est source de complexes. La vie quotidienne en est affectée : difficulté pour trouver un soutien-gorge adapté, problème d'habillement pour réussir à masquer l'anomalie, retentissement sur la vie sociale et affective (peur des moqueries, refus d'aller à la piscine ou sur la plage). Il ne s'agit pas d'une asymétrie discrète, en fait extrêmement fréquente, qui souvent n'est même pas remarquée par la patiente elle-même, mais d'une asymétrie dans laquelle la différence de volume et/ou de forme est évidente, rendant difficile, voire impossible, le choix d'un soutien-gorge, parce que l'un des seins "flotte" dans le bonnet ou "déborde", ou parce que le soutien-gorge se place mal dès qu'il existe une asymétrie de position du sillon sous-mammaire. À ce retentissement psychologique peut s'ajouter un retentissement physique, par exemple si l'anomalie s'accompagne d'une hypertrophie mammaire (mauvaise posture entraînant cervicalgies et dorsalgies).

Qu'elle s'inscrive dans le cadre d'une malformation authentique, mais finalement rare, comme un syndrome de Poland, ou dans le cadre d'anomalies de forme des seins, beaucoup plus fréquentes, tout se voit, depuis le sein tubéreux évident jusqu'à une forme simplement inesthétique comme un sein pendulaire possédant une trop grande aréole. L'asymétrie ajoute alors au complexe de la forme le désagrément de la différence de volume. Chaque cas doit être envisagé comme un cas particulier. Il n'y a pas de solution standard, car différents éléments vont entrer en ligne de compte dans le choix de l'indication opératoire. L'écoute et le dialogue avec la jeune fille, avant même de l'examiner, sont essentiels : quel est le sein qu'elle considère comme normal, tout au moins sur le plan du volume, quel reproche fait-elle à la forme ? Ce sont des éléments qu'il faut faire préciser à l'interrogatoire avant l'examen, car le chirurgien peut avoir un point de vue différent, et il faut tenir compte de la demande de la patiente, ou tout au moins chercher à comprendre et à justifier son analyse et la nôtre. Notre point de vue est forcément orienté par nos possibilités thérapeutiques : on hésitera parfois à imposer

une prothèse mammaire chez une jeune fille dont on sait que cela implique forcément des réinterventions pour changement, ou infliger une rançon cicatricielle qui ne sera jamais invisible.

Classification

La classification actuellement la plus satisfaisante et la plus complète reste celle décrite par Vandebussche (5). Les asymétries sont classées selon un mode physiopathologique, en distinguant 4 groupes principaux, chaque groupe comportant 3 sous-groupes.

Groupe asymétries vraies

Ces asymétries congénitales sont découvertes tôt, dès l'enfance, en raison des caractères associés, visibles avant le développement de la glande mammaire à la puberté. Ce groupe se décompose en 3 sous-groupes :

- sous-groupe a : malformations associées dans le cadre d'un syndrome de Poland : déformations de la paroi thoracique avec absence d'une ou plusieurs côtes, absence partielle (chefs inférieurs) ou complète du muscle grand pectoral, malformations du même côté du membre supérieur, de la main et des doigts, tous ces éléments pouvant être isolés ou associés à divers degrés. Le sein peut être complètement absent (amastie), ou simplement hypoplasique ; et déformations simples du gril costal accompagnant l'asymétrie : il peut s'agir d'un thorax en entonnoir asymétrique, et il faut alors faire la part d'une asymétrie mammaire associée vraie, ou apparente, le volume mammaire étant le même, mais le recul du gril costal d'un côté projetant moins le sein le fait paraître plus petit ;
- sous-groupe b : asymétrie mammaire s'accompagnant d'anomalies de la plaque aréolo-mamelonnaire (taille, forme et position), mais sans malformation pariétale associée : les procidences aréolaires et les seins tubéreux entrent dans ce cadre ;
- sous-groupe c : ce 3^e sous-groupe, beaucoup plus rare, comprend les asymétries mammaires inscrites dans le cadre d'un syndrome congénital ou d'une maladie systémique (angiomes, etc.).

Groupe asymétries primaires précoces

Elles se démasquent à la puberté, lors du développement de la glande mammaire, sans anomalie préexistante. Ce groupe se décompose également en 3 sous-groupes :

- sous-groupes a et b : asymétrie avec ou sans obésité associée ; la distinction entre ces 2 premiers sous-groupes semble artificielle, tout au moins sur le plan physiopathologique, puisqu'on ne retrouve aucune étiologie ou facteur favorisant. En revanche, il faudra insister sur la cure de l'obésité avant toute intervention chirurgicale, ne serait-ce que parce que les seins vont diminuer lors de la régression de la surcharge pondérale, mais pas forcément dans le même rapport selon l'importance relative de la composante grasseuse et glandulaire de chaque sein. D'une manière plus générale, on a toujours intérêt à réduire une surcharge pondérale avant une plastie mammaire, puisqu'un bon

résultat morphologique dépend de la réadaptation correcte de l'enveloppe cutanée au volume résiduel. Si la patiente maigrit une fois l'intervention réalisée, la peau ne suivra pas la perte de volume secondaire, d'autant qu'elle a perdu une part de son élasticité avec la distension précédente, et la forme sera moins satisfaisante ;

- sous-groupe c: asymétrie accompagnant une gigantomastie. En fait, une asymétrie accompagne fréquemment toute hypertrophie mammaire, et n'est pas la raison principale de la consultation. Mais elle se remarque davantage dans ce cas que l'asymétrie fréquente, souvent discrète et non considérée comme pathologique des seins dits "normaux".

Groupe asymétries secondaires (ou acquises progressivement)

Elles apparaissent (ou deviennent plus évidentes en raison de la distension cutanée responsable d'une ptose associée) après une grossesse, qu'il y ait eu ou non allaitement. Là aussi, l'auteur distingue 3 sous-groupes :

- les sous-groupes a et b sont définis selon la présence ou non d'une obésité associée. Dans les 2 cas, il existait déjà une asymétrie plus ou moins discrète que l'évolution ne fait qu'accentuer ;

- sous-groupe c: l'asymétrie acquise pathologique est différente, comprenant la pathologie liée au développement d'une tumeur bénigne, ou certaines hypertrophies avec asymétrie apparaissant à la ménopause (dont nous ne parlons pas ici, puisque sortant du cadre envisagé).

Groupe asymétries tertiaires ou induites

- Sous-groupe a: développement mammaire absent ou incomplet à la suite d'un geste dans l'enfance, comme une radiothérapie sur angiome, l'incision d'un abcès ou même la simple ablation d'un naevus dans la région du très fragile bourgeon mammaire.

- Sous-groupe b: séquelle de brûlure, erreur de chirurgie de réduction d'une hypertrophie.

- Sous-groupe c: différence de volume et de forme à la suite du traitement –légitime, cette fois – d'une lésion du sein, qui peut aller d'une simple tumorectomie pour lésion bénigne (ce qui peut se voir en période pubertaire), à l'association chirurgie-radiothérapie pour une lésion maligne (heureusement très rare à cette période de la vie, et que nous ne traitons pas ici).

Il est intéressant de compléter cette étude avec celle de Grolleau et al. (6), qui tient compte plus particulièrement des anomalies de la base mammaire, en se focalisant notamment sur l'aspect des quadrants inférieurs :

- type I: seul le quadrant inféro-interne est déficient, et le sillon sous-mammaire dans sa partie interne prend une forme assez caractéristique en S italique ;

- type II: les 2 quadrants inférieurs sont mal développés, l'aréole bascule vers le bas, dépassant le sillon, d'autant plus que la distance du bord inférieur de l'aréole au sillon est trop brève ;

- type III: les anomalies de développement concernent les 4 quadrants, avec une base mammaire trop étroite, ce qui a poussé certains auteurs à employer le terme de “constriction”. Ces auteurs évoquent également la présence d’un diaphragme fibreux interne à la base de la glande. En réalité, il est exceptionnel de constater la présence d’un tel anneau fibreux lors de l’intervention.

Le premier intérêt de cette classification est de regrouper dans une même famille des anomalies ou des malformations plus marquées, comportant des aspects en apparence aussi différents que la simple procidence aréolaire discrète, la hernie de la plaque aréolo-mamelonnaire, les seins tubéreux et pendulaires. On peut considérer qu’il s’agit de formes de transition du même syndrome malformatif. On reste d’ailleurs sans explication physio-pathologique de ces anomalies de la programmation du développement mammaire. Le deuxième intérêt de cette classification est d’attirer l’attention sur les incidences chirurgicales de ces anomalies localisées ou étendues, car restaurer une base mammaire correcte, c’est-à-dire redéfinir l’implantation du sein sur le thorax est une des clés du succès pour redonner à ce sein une morphologie satisfaisante. La projection antérieure doit être inférieure au diamètre de la base, et non pas l’inverse. C’est l’inversion de ce facteur, qu’elles comportent à des degrés variables, associée à un volume plus ou moins défailant, qui rendent ces malformations si disgracieuses et qui les caractérisent.

Attitude pratique

Chez le nourrisson et l’enfant

Tout d’abord, il faudra éviter tout geste intempestif en regard ou à proximité de la zone aréolaire, derrière laquelle est situé le très susceptible bourgeon mammaire. En cas de geste forcé comme l’incision d’un abcès du sein, il faut informer les parents du risque ultérieur de défaut de développement du sein s’il s’agit d’une petite fille. Il s’agit heureusement d’une pathologie rare à cet âge, qu’il vaut mieux essayer de traiter médicalement énergiquement plutôt que d’être forcé de recourir à un geste chirurgical. De même, il vaudra mieux surveiller un naevus que d’en faire l’exérèse “préventive”, avant le développement de la glande mammaire. Les radiothérapies pour angiome ne sont heureusement plus réalisées.

Devant une asymétrie constituée

Il nous semble plus pratique, parce que débouchant directement sur l’indication chirurgicale, de classer les asymétries selon des critères de volume et de forme en rapportant la notion de volume, normal ou non, à la morphologie générale, sans oublier d’analyser la base mammaire. L’analyse de la silhouette générale et la recherche d’une surcharge pondérale, qu’il faudra contrôler avant tout geste chirurgical, sont essentielles. En effet, un sein est constitué d’une proportion variable de tissu glandulaire et de tissu graisseux, et l’on ne saura qu’après un effort diététique adapté et associé à

une pratique sportive (pour que la perte de poids se fasse de façon prépondérante au niveau de la masse grasseuse et non pas de la masse musculaire), quelle est la part fixée de cette asymétrie et quel est le geste bien adapté à chaque sein. La perte de poids est facile (métaboliquement) à obtenir chez l'adolescente; le problème est davantage celui de la modification d'un comportement alimentaire (goût pour les *fast-food* et pour les sucreries) et psychologique: s'agit-il de mauvaises habitudes alimentaires parfois familiales, ou d'un comportement lié au complexe que représente l'asymétrie ?

Si les deux seins sont trop volumineux

Il s'agit dans ce cas d'une indication classique de plastie mammaire de réduction. Moins classique est en revanche la réalisation à cet âge: on peut opérer dès que la poussée mammaire est stabilisée (possible dès l'âge de 15-16 ans), car la jeune patiente sera ainsi soulagée du retentissement physique et psychologique de l'hypertrophie associée à l'asymétrie. On la préviendra cependant du risque exceptionnel – mais que l'on ne peut ni prévoir ni exclure – d'une poussée complémentaire mammaire, qui peut se poursuivre ou réapparaître jusque vers 18-19 ans; un second geste sera peut-être nécessaire quelques années plus tard. D'où l'intérêt de lui fournir un compte-rendu opératoire et histologique, au cas où elle serait amenée à consulter ailleurs ultérieurement. Il est important, dès qu'un geste de remodelage cutané ou glandulaire a été réalisé, de savoir où se sont situés les éventuels décollements cutanéoglandulaires et sur quel pédicule est encore vascularisée la glande restante. Les chirurgiens plasticiens parlent non pas de "pédicule vasculaire anatomique", mais plutôt de "pédicule chirurgical supérieur", "inférieur", voire "postérieur", indiquant plus largement quel réseau préservé par la dissection irrigue la peau et la glande. Si, lors d'une réintervention, la glande est décollée du plan profond ou de la peau selon le même principe, il n'y a pas de risque particulier; en revanche, si elle est décollée selon un plan différent du plan initial, l'appauvrissement de la vascularisation qui s'ensuivra risque de conduire à une nécrose glandulaire et/ou cutanée.

L'intervention doit à la fois réduire l'excédent de volume par la résection glandulaire et corriger la ptose par la réduction et la réadaptation de l'étui cutané au volume mammaire résiduel. Il faut apprécier, pour choisir la technique opératoire la mieux adaptée, non seulement la différence de volume entre les deux seins, mais également leur forme et le siège de l'asymétrie: position des aréoles, et surtout forme, niveau et largeur des bases mammaires, c'est-à-dire de l'implantation des seins sur le thorax, certaines techniques de plastie ne permettant pas de modifier cet élément parce que n'y touchant pas (techniques péri-aréolaires ou à cicatrice verticale). Les techniques les plus classiques et les plus sûres font appel aux "pédicules supérieurs", sans clivage entre la peau et la glande résiduelle, et aboutissent à des cicatrices péri-aréolaires (obligatoires quelle que soit la technique, puisque l'aréole doit toujours être remontée sur le sein) associées à une branche verticale, à laquelle s'ajoute presque toujours une branche horizontale qui, pour être discrète, doit être placée dans le sillon sous-mammaire et y

rester, sans déborder, notamment en dehors. Les meilleures techniques en T inversé, même si ce sont celles qui demandent le plus d'expérience, sont celles qui sont dérivées de la "voûte dermique" décrite par Lalardrie et Jouglard (7), évitant les pièges et insuffisances d'un patron cutané ou d'un dessin préétabli, et adaptant la peau au volume mammaire résiduel en cours d'intervention à l'aide d'un clamp. Seules ces techniques sont capables de contrôler à volonté (lors de la pose du clamp) la réduction de la base mammaire. Il est louable de vouloir réduire la cicatrice horizontale autant que possible (techniques à cicatrice verticale), mais pas si celle-ci doit déborder en dessous du sillon sous-mammaire ou si une asymétrie de forme liée à une impossibilité de réduction de la base persiste. Si la peau est de bonne qualité élastique et avec un bon derme, sans vergétures, chez une patiente non fumeuse (pour des raisons de réseau vasculaire), en cas d'hypertrophie modérée et de bases sensiblement égales, on pourra dans certains cas utiliser une technique aboutissant uniquement à une cicatrice péri-aréolaire. Mais il semble préférable de privilégier la forme plutôt que les cicatrices et choisir d'emblée la technique qui donnera le meilleur résultat morphologique, tout en expliquant à la patiente que certaines précautions vont favoriser de plus jolies cicatrices (pas de tension exagérée, surjets intradermiques, utilisation de pansements adhésifs ou siliconés pendant les 2 mois qui suivent l'intervention). Certaines peaux vont laisser des cicatrices discrètes, fines et blanches, d'autres vont pâlir plus ou moins vite (parfois en 2 ans) et parfois devenir hypertrophiques, voire chéloïdes. Une reprise est toujours possible lorsque les cicatrices sont stabilisées, améliorant généralement le résultat ne serait-ce que parce que la tension initiale a disparu.

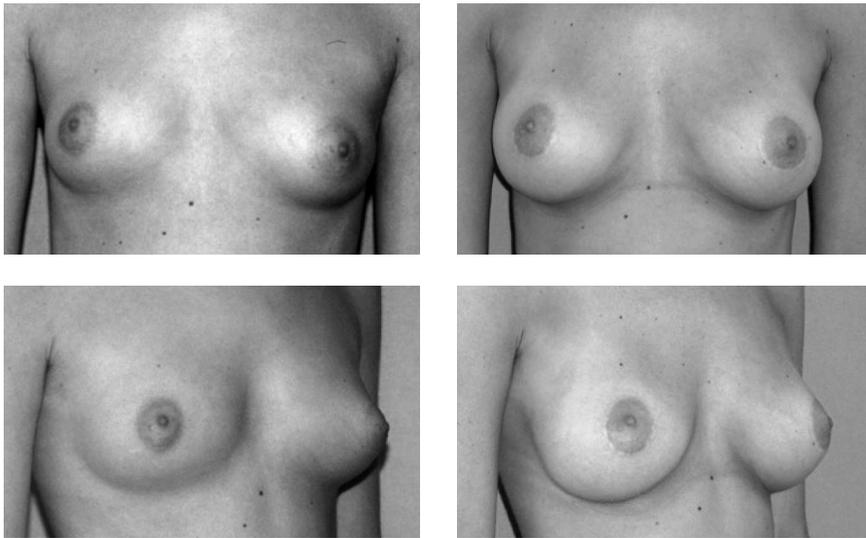
Toutes ces techniques n'interrompent pas les connexions entre le mamelon et la glande résiduelle et n'empêchent donc pas un allaitement ultérieur. Mais l'hypertrophie mammaire correspond souvent à un tissu dystrophique peu capable d'une sécrétion lactée satisfaisante, ce dont on préviendra la jeune fille pour éviter un inutile sentiment de culpabilité si l'allaitement est souhaité et ne peut se faire. On pensera également à laisser un peu plus de volume que ce que l'on ferait chez une femme ayant déjà eu des grossesses, en raison de l'involution glandulaire fréquente après la grossesse, surtout la première, qu'il y ait eu ou non allaitement.

Si les deux seins sont trop petits

Il faut envisager la pose d'implants mammaires: on attendra alors 18 ans, âge qui semble raisonnable pour être sûr qu'aucun développement mammaire ne se complétera. Il s'agit aussi de l'âge recommandé par les instances sanitaires et légales si l'on souhaite poser des implants préremplis de gel de silicone, même si l'on est rassuré de leur innocuité sur le plan auto-immun (*figure 6*).

L'examen clinique, outre la différence de volume, notera les anomalies associées éventuelles: forme et position du sillon sous-mammaire, position et taille des aréoles, mais aussi forme du gril costal, à la recherche d'une dépression unilatérale (association à une scoliose) ou plus marquée d'un côté que de l'autre (un thorax en

FIGURE 6. Hypoplasie avec asymétrie : implant rond prérempli de gel de 240 cc à gauche et de 280 cc à droite, par voie aréolaire (recul de 8 ans).



entonnoir, discret ou évident, est rarement symétrique). Il faudra veiller à rétablir le même niveau de sillon sous-mammaire, soit par un décollement adapté et une fixation en regard, que l'on utilise une voie aréolaire ou sous-mammaire, qui peut servir à bien le définir. La voie d'abord doit avoir la longueur suffisante pour introduire sans le traumatiser l'implant choisi, ce qui va dépendre de sa consistance et de son volume, et vérifier sa position, son étalement et son orientation (+++) s'il s'agit d'un implant anatomique.

Il n'y a pas de risque accru d'aucune pathologie mammaire; l'allaitement est possible; la surveillance clinique du sein ne pose pas de problème puisque la glande est toujours en avant de l'implant. En revanche, en cas de prothèse préremplie de gel, la surveillance mammographique ultérieure nécessitera le recours à des clichés numérisés en des mains exercées (le gel de silicone est radio-opaque sur les clichés standard). Avant que la patiente ait atteint l'âge du dépistage, la surveillance de l'implant différera selon son contenu: il est facile de déceler l'usure de l'enveloppe d'un implant gonflable, puisque son contenu sera immédiatement réabsorbé par les tissus voisins et que le diagnostic sera clinique, souvent effectuée par la patiente elle-même... Rappelons, car cela est souvent une cause d'inquiétude, qu'une enveloppe vide ou remplie est tolérée de la même façon: ce n'est pas le dégonflement en soi qui va pousser à réintervenir rapidement, mais plutôt le fait que la loge va se réadapter à l'enveloppe vidée, perdre sa forme arrondie et sa projection, et que plus longtemps on attendra, plus le geste à refaire sera important.

Ce n'est pas la clinique, en revanche, qui dépistera l'usure de l'enveloppe d'un implant en gel, puisque le gel ne sera pas réabsorbé. Les gels cohésifs de nouvelle génération ne doivent pas, a priori, sortir de l'enveloppe. On peut espérer que plus le temps passe, plus les prothèses qui nous sont proposées seront résistantes, mais aucune n'est garantie à vie ; il convient donc de surveiller son intégrité par une échographie, en attendant l'âge où cet examen sera associé à une mammographie. Il semble raisonnable de proposer cet examen tous les ans, et de rappeler en même temps qu'un suivi clinique régulier est indispensable. Une intervention assimilée plus ou moins à de la chirurgie esthétique reste toujours un acte médical et ne dispense pas de la rigueur nécessaire dès que l'on implante ce qui reste un corps étranger pour l'organisme, surtout chez ces jeunes patientes ! Rappelons que la durée de vie médico-légale de 10 ans évoquée généralement n'est qu'une moyenne et n'impose pas un changement systématique à ce délai si l'implant est intact et si le résultat est satisfaisant.

Si l'un des seins est de volume normal (par rapport à la morphologie générale) et l'autre trop gros

Dans ce cas, il faut bien sûr réduire le sein trop gros, tout en lui donnant la même forme, et par une rançon cicatricielle la plus discrète possible, en tenant compte de la forme du sein considéré comme normal. Le problème est facile si le sein "normal" est ptosé ou s'il a une forme peu satisfaisante (seins tubéreux par exemple) : on choisira une technique aboutissant à une rançon cicatricielle d'apparence identique, pour ne pas remplacer une asymétrie par une autre, qui serait également très disgracieuse (cicatrices péri-aréolaires, cicatrices en T inversé ou cicatrice en T d'un côté associée à une cicatrice verticale de l'autre). Il est plus difficile de corriger l'asymétrie lorsque le sein de volume normal présente également une morphologie satisfaisante, mais qui ne correspond pas à ce qu'une plastie mammaire peut donner ; chaque fois que cela est possible, on donnera la préférence à une technique péri-aréolaire, à condition bien sûr de pouvoir réduire correctement le volume. Parfois, on sera amené à faire, du côté du sein de volume normal, une modification de forme également par voie péri-aréolaire, pour réduire un aspect trop conique : 2 cicatrices péri-aréolaires, à condition d'en avoir expliqué l'enjeu à la patiente, sont sans doute plus tolérables, parce que symétriques, qu'une cicatrice péri-aréolaire unilatérale, si un sein doit rester, même à volume égal, plus projeté que l'autre, et de forme nettement différente. Si la patiente ne l'accepte pas d'emblée et lorsqu'il semble nécessaire, ce second geste, minime, pourra être proposé dans un deuxième temps opératoire.

Si l'un des seins est de volume normal (par rapport à la morphologie générale) et l'autre trop petit

Du côté le plus petit, la compensation se fera par un implant. Le sein obtenu aura une forme plutôt ronde, et l'on sera souvent obligé de corriger la forme du sein considéré comme normal : c'est là aussi une indication de choix d'une cicatrice péri-aréolaire,

puisque ce type de technique diminue la projection antérieure et a tendance à "aplatir" le sein, donc à le faire ressembler au sein augmenté. Dans ces petites modifications de forme, il n'y a pas de souci vasculaire, car le décollement entre peau et glande reste limité.

Les difficultés ici sont le problème général de tous les implants : il faut bien rappeler à la jeune patiente que l'intervention n'est pas définitive, puisqu'une prothèse a une durée de vie limitée, et, surtout, que son volume est fixe, alors que le sein controlatéral va se modifier en fonction du poids et de l'avenir (grossesses et allaitement..).

Si les 2 seins sont inadaptés à la silhouette générale

Il faudra réaliser un geste d'augmentation d'un côté, et de réduction de volume et de changement de forme de l'autre. Ce n'est pas la situation la plus facile, ne serait-ce que pour obtenir une morphologie symétrique avec la rançon cicatricielle la moins asymétrique et la plus discrète possible. Là aussi, si la base mammaire du côté à réduire est normale ou presque et que le sein a une forme pendulaire et qu'il convient donc de réduire sa projection, c'est une plastie par voie aréolaire qui donnera le meilleur résultat (*figure 7*).

FIGURE 7. Asymétrie mammaire : implant mammaire de 240 cc à droite (voie aréolaire) et réduction de 157 g à gauche par voie péri-aréolaire.



Cas particuliers

Les tumeurs bénignes, comme les adénofibromes, que nous avons déjà envisagés, peuvent induire une asymétrie non négligeable lorsqu'ils sont très volumineux ou multiples : ces cas sont rares et relèvent également de la chirurgie. Au maximum, on essaiera de les retirer par voie péri-aréolaire, car la rançon cicatricielle d'une simple incision à la limite de la zone pigmentée de l'aréole est pratiquement négligeable, ou par voie sous-mammaire. Une voie aréolaire permettra de corriger en même temps une asymétrie cutanée éventuelle, mais souvent, si l'asymétrie cutanée apparaît modérée en fin d'intervention, on a intérêt à attendre la rétraction spontanée de la peau, en général de bonne qualité élastique à cet âge, plutôt que d'ajouter immédiatement des cicatrices qui auraient pu être évitées. Classiquement, de nombreux articles répètent que, autour d'un adéno-fibrome, il faut enlever une collerette de tissu glandulaire sain pour éviter la récurrence. Si cela peut paraître justifié dans les formes frontalières avec une tumeur

phylloïde (ce que l'on ne saura bien souvent qu'après l'analyse histologique définitive), le simple geste d'énucléation est facile, moins douloureux et moins hémorragique. Je n'ai pas constaté, dans mon expérience personnelle, une telle potentialité à la récurrence au même endroit. Or, en cas de lésions multiples et si l'exérèse de chacune s'accompagne d'une résection associée de la glande, ne risque-t-on pas surtout une diminution trop importante de la glande saine ? Le vrai problème est l'avenir de ces patientes : s'agit-il de lésions isolées ou d'une maladie du sein susceptible de récidiver et de conduire à des interventions itératives ? Ne serait-ce que pour cette raison, les cicatrices radiaires sont contre-indiquées.

L'ablation d'une lésion volumineuse peut laisser immédiatement une dépression ou une déformation visible. Sauf en cas d'excédent cutané manifestement très important, il est préférable d'attendre l'évolution spontanée : souvent, cette peau jeune se redrape correctement et la glande normale, qui était laminée par la lésion, retrouve sa place normale. Plutôt que de risquer un geste excessif d'emblée, il vaut mieux prévenir la patiente que l'intervention se fera peut-être en 2 temps.

Dans les malformations congénitales ou les asymétries iatrogènes, la correction chirurgicale fait appel aux mêmes principes que précédemment, avec parfois l'artifice d'une prothèse d'expansion dans un premier temps opératoire : ici, en effet, il n'y a aucun excédent initial de peau, puisque le sein ne s'est pas du tout développé. La voie d'abord pour l'introduction de la prothèse peut poser problème si l'aréole, de type infantile, ne s'est pas développée ; dans ce cas, on choisira une autre voie d'abord : sous-mammaire (plus difficile à placer correctement pour qu'elle soit dissimulée dans le néo-sillon) ou axillaire (particulièrement inadaptée à la création d'une loge bien placée dans ces tissus serrés jamais distendus par une grossesse antérieure).

Conclusion

Le but de l'intervention chirurgicale – seule action possible puisque, la plupart du temps, on ne dispose pas d'explication physiopathologique, donc pas de moyen médical d'action – va être de rétablir un volume et une forme corrects, en harmonie avec le reste de la silhouette. Il est nécessaire d'expliquer soigneusement à la patiente les avantages et les inconvénients du geste proposé : présence de cicatrices dont la qualité et la discrétion ne sont pas toujours prévisibles, modalités de surveillance en cas d'utilisation d'un corps étranger, possibilité de réinterventions soit liées à la durée de vie de la prothèse soit parce que la morphologie générale et mammaire va se modifier au fil des événements et des années (grossesses, allaitement, variation de poids). Si le volume d'un implant est fixe, il n'en est pas de même de ces 2 seins, qui n'ont, au départ, ni la même forme, ni surtout la même quantité de tissu mammaire.

La rançon cicatricielle d'une plastie mammaire n'est jamais négligeable ; la cicatrice invisible n'existe pas, même si nous disposons de moyens d'action pour améliorer la qualité cicatricielle. Dans tous les cas, il ne s'agit jamais ni d'une chirurgie obligatoire, ni

d'une chirurgie urgente. Même si l'opération est ardemment souhaitée, la patiente doit choisir de se faire opérer après un temps de réflexion suffisant, et le rôle du chirurgien plasticien n'est pas seulement de pratiquer une opération, événement ponctuel, mais d'apporter une information comprise parce que claire : il est toujours possible de trouver des mots simples, d'établir un climat de confiance (la maman est souvent présente lors de l'entretien et il faudra parfois la déculpabiliser), peut-être encore plus essentiel avec une adolescente pour pouvoir assurer un suivi qui peut s'étaler sur plusieurs décennies... Et ne pas oublier de lui confier compte-rendu opératoire et cartes de prothèse, en lui expliquant leur importance. Car cette jeune patiente pourra être perdue de vue, et son avenir mammaire, du fait de son jeune âge, risque bien de dépasser l'arrêt de notre activité professionnelle !

Références bibliographiques

- [1] Dossier thématique : pathologie mammaire de l'enfant et de l'adolescent (0-15 ans). *La Lettre du sénologue*, n°20, avril/mai/juin 2003.
- [2] Bricout N. *Chirurgie du sein*, éd. Springer-Verlag, Paris, 425 p., 1992.
- [3] Bricout N. *Implants mammaires et silicones*, e-memoires de l'Académie nationale de chirurgie 2010;9:36-42 (www.bium.univ-paris5.fr/acad-chirurgie).
- [4] Poland A. *Deficiency of the pectoral muscles*. *Guy Hosp Rep* 1841;6:191-3.
- [5] Vandebussche F. *Asymmetries of the breast: a classification system*. *Anesth Plast Surg* 1984;8:27-36.
- [6] Grolleau JL, Lanfrey E, Lavigne B, Chavoïn JP, Costagliola M. *Breast base anomalies: treatment strategy for tuberous breasts, minor deformities and asymmetry*. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:2040-8.
- [7] Lalardrie JP, Jouglard JP. *Chirurgie plastique du sein*, éd. Masson, Paris, 290 p., 1974.