

CAS CLINIQUE

Une alternative dans le traitement des seins tubéreux sévères

→ J. NIDDAM

Service de Chirurgie plastique, Hôpital Henri-Mondor, CRÉTEIL.

Nous vous présentons ici le cas d'une patiente de 19 ans, sans aucun antécédent personnel ou familial. Elle ne prend aucun traitement particulier. Elle pèse 75 kg pour 1,67 m. Un bilan d'imagerie mammaire préopératoire s'est révélé sans particularité.

À l'examen clinique, elle présente des seins tubéreux grade 2/3, avec une ascension du sillon sous-mammaire bilatéral, une plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) élargie, sans asymétrie mammaire associée. Elle souhaite une amélioration esthétique, avec une dimi-

nution de la PAM et une augmentation de volume (*fig. 1*).

Que pouvez-vous lui proposer ?

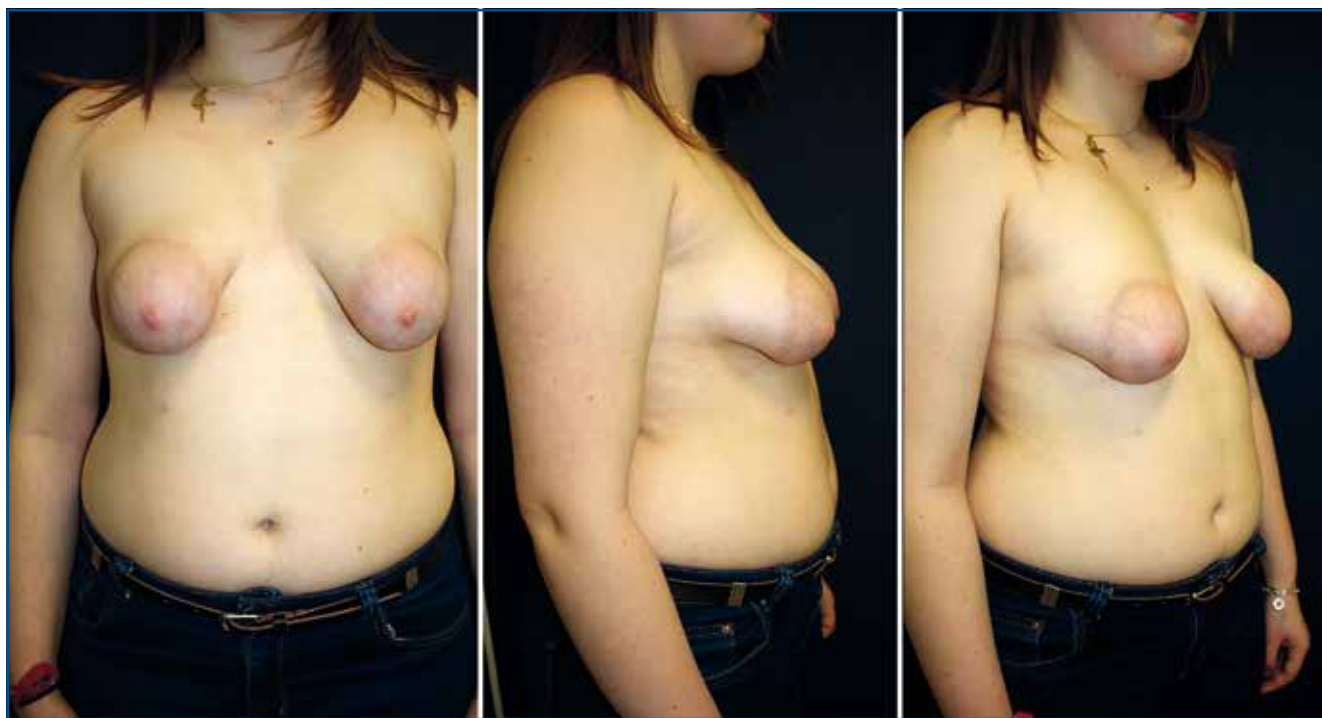


FIG. 1: Photos préopératoires.

CAS CLINIQUE

Un remodelage des seins par lambeau glandulaire seul

Deux interventions peuvent être proposées ici : lambeau glandulaire type Puckett ou Ribeiro [1]. Ces deux interventions sont réalisées par une voie d'abord aréolaire, permettant d'y associer un geste de diminution de l'aréole. Il faudra également y associer un abaissement du sillon sous-mammaire. Le risque de double sillon est important, et ces gestes ne permettent pas d'augmentation de volume.

Une augmentation par prothèses

Dans ce cas, *via* un abord péri-aréolaire, on réalise un clivage cutanéoglandulaire du segment III jusqu'au sillon sous-mammaire, on abaisse le sillon sous-mammaire, on lève ensuite un lambeau glandulaire type Puckett (une intervention de Ribeiro ne peut pas être associée à la mise en place d'un implant, sous peine de nécrose glandulaire) et on insère un implant rétropectoral, de préférence anatomique. La PAM est ensuite réduite par une technique du *round block*.

Les inconvénients sont :

- le risque de double sillon important ;
- le risque d'élargissement ultérieur de la PAM ;
- les risques liés à l'implant (coque, infection, changements à prévoir tous les 10-15, donc plusieurs interventions car la patiente est très jeune).

Un traitement par transfert de graisse autologue isolé

C'est l'option que nous avons choisie devant les critères suivants :

- aucun antécédent mammaire personnel ou familial ;
- morphotype permettant un *lipofilling* (lipoméries abdomen et cuisses) ;

– souhait de la patiente d'éviter si possible le recours à un implant.

Deux interventions ont été réalisées à 6 mois d'intervalle pour aboutir au résultat. Pour chaque intervention, nous avons réalisé la même procédure :

- Prélèvement adipocytaire à la canule de 4 après infiltration, centrifugation de la graisse obtenue à 3 000 rpm pendant 1 minute, réinjection de la graisse à la canule de 2,5.

- Réalisation de fasciotomies à l'aiguille pour libérer le sillon sous-mammaire, notamment lors du premier temps, permettant un abaissement de celui-ci de 4 cm.

- La réinjection de graisse a concerné surtout les quadrants inférieurs des seins, ainsi que la partie supérieure de l'ancien segment IV. 200 cc ont été réinjectés par sein lors du premier temps et 170 cc par sein lors du deuxième temps.

- Une diminution de la PAM par *round block* a été réalisée à chaque temps, *via* une *interlocking* suture, comme décrit par Dennis Hammond [2].

La patiente est très satisfaite du résultat. Le segment III a été totalement remodelé grâce aux nombreuses fasciotomies et au *lipofilling*.

On note cependant un léger élargissement secondaire de la PAM – classique dans les techniques de *round block* – et une insuffisance de volume du segment II pour lesquels la patiente ne désire aucune amélioration (*fig. 2*).

Comment traiter l'élargissement de la PAM sans risque de récurrence secondaire ?

La grande taille des PAM est un des critères définissant les seins tubéreux [3]. La plupart des patientes sont gênées par leurs PAM, et la réduction de leur taille fait partie du planning opératoire. Cependant, celle-ci est plus difficile à

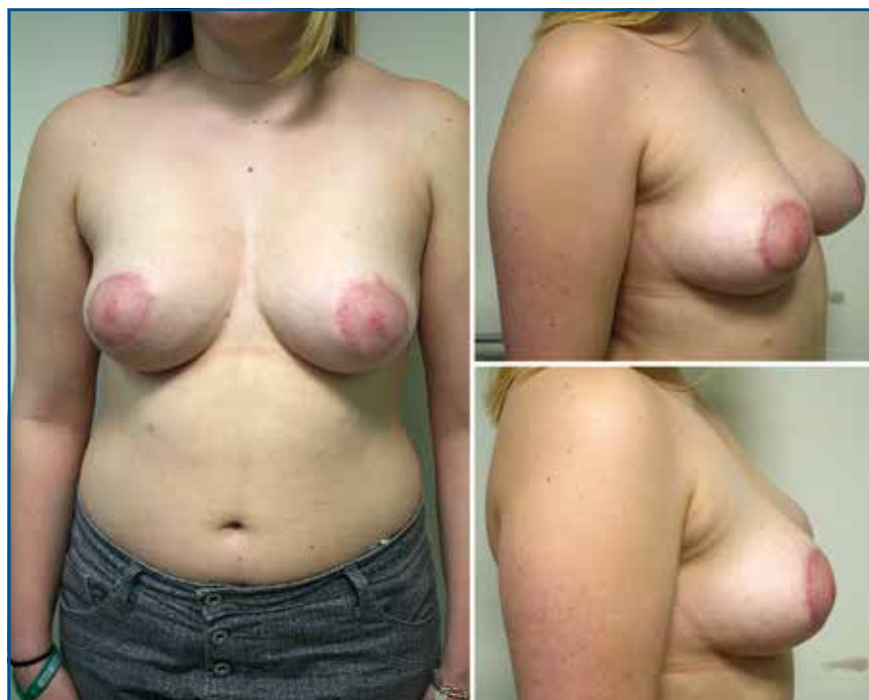


FIG. 2 : Photos postopératoires à 6 mois du deuxième et dernier temps.



FIG. 3 : Photo postopératoire à J15 du deuxième temps opératoire.

cause de l'insuffisance de croissance du segment III.

En effet, il est admis par de nombreux opérateurs qu'une réduction de la PAM par une technique de *round block* est à fort risque de récurrence, la cicatrice ayant tendance à s'élargir. Pour résoudre ce problème, il faut pouvoir associer une cicatrice verticale pour "verrouiller" le point "B" et diminuer la tension sur

l'aréole. Une cicatrice en I (verticale) ou en T est très difficile ici, car il manque de la peau en inférieur.

Dennis Hammond, un des fervents défenseurs des plasties mammaires verticales, a popularisé la technique de *round block interlocking suture*. Il s'agit d'un surjet de l'aréole avec prise large sur la berge externe et prise courte sur la berge interne. Cette suture est réguliè-

rement pratiquée aux États-Unis où un fil de Gore-Tex, non commercialisé en France, est utilisé.

Dans notre cas, nous avons réalisé deux concentrations périaréolaires successives lors de chaque temps opératoire, avec *interlocking suture* à l'aide d'un fil de Vicryl. La PAM s'est légèrement élargie (cf. **fig. 3** post-op immédiate) mais le résultat reste très convenable à 6 mois postopératoire, la PAM ne devant plus s'élargir par la suite.

Conclusion

Ce cas illustre le changement de pratiques de notre établissement et celui de nombreux autres. Le transfert de graisse autologue aux dépens des implants occupe une place de plus en plus importante dans le traitement des seins tubéreux, et ce quel que soit le stade de gravité.

Bibliographie

1. RIBEIRO L, CANZI W, BUSS A *et al.* Tuberous breast: a new approach. *Plast Reconstr Surg*, 1998;101:42-50;discussion 51-2.
2. HAMMOND DC, KHUTHAILA DK, KIM J. The interlocking Gore-Tex suture for control of areolar diameter and shape. *Plast Reconstr Surg*, 2007;119:804-809.
3. GROLLEAU JL, PIENKOWSKI C, CHAVOIN JP *et al.* Morphological anomalies of breasts in adolescent girls and their surgical correction. *Arch Pediatr*, 1997;4:1182-1191.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.