

# Technique du sein restant

JP Chavoïn  
JL Grolleau  
E Jouglà  
L Hézard

## Analyse d'un choix

**Résumé.** – La méthode du « sein restant » associe un large pédicule supérieur et un pédicule postérieur. Elle suit avec précision un schéma préétabli en fonction de repères anatomiques précis. Elle réalise un évidement glandulaire inférieur adapté exactement au nouveau soutien-gorge cutané. Elle concentre le fronçage dans la verticale sous-aréolaire et laisse une cicatrice latérale externe courte cachée dans le sillon.

Cette méthode permet de réaliser des interventions rapides, quelles que soient les circonstances, en particulier en cas d'asymétrie. Elle est facilement transmissible aux jeunes praticiens qui peuvent exercer en toute sécurité à la fois vasculaire et morphologique.

© 2001 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

**Mots-clés :** hypertrophie mammaire, asymétrie mammaire, plastie mammaire de réduction, schéma préétabli, pédicule postérosupérieur, cicatrice en L.

## Introduction

L'hypertrophie mammaire est une affection très répandue et invalidante. Les demandes de correction sont devenues nombreuses pour la plupart des spécialistes. Si l'on ajoute les ptôses mammaires, les asymétries congénitales et les symétrisations après amputation controlatérale, il faut bien constater qu'il s'agit pour beaucoup de chirurgiens plasticiens d'une activité majeure.

Les aléas de cette chirurgie doivent être minimes et les complications, voire les simples retouches cicatricielles, réduites au minimum. C'est la raison pour laquelle nous avons mis au point et restons fidèles à la méthode du sein restant, facilement transmissible, et qui apporte toutes les sécurités vasculaires et morphologiques et une rançon cicatricielle limitée.

## Historique

### ANALYSE DES GRANDES CATÉGORIES TECHNIQUES

Devant l'abondance des publications concernant les techniques de réduction mammaire, il est difficile pour le lecteur de faire un choix [7]. Il faut bien constater que la dénomination même des techniques ne donne que des renseignements très parcellaires sur leur nature réelle. Nombreuses sont celles qui portent le nom de la cicatrice résiduelle, d'autres tirent leur particularité du mode de résection glandulaire, d'autres enfin trouvent leur originalité dans le mode de vascularisation des tissus laissés en place après résection. Pour faire le survol de ces techniques, nous nous baserons donc sur ces trois modalités de reconnaissance.

Jean-Pierre Chavoïn : Professeur des Universités, praticien hospitalier, chef de service.  
Jean-Louis Grolleau : Professeur des Universités, praticien hospitalier.  
Eric Jouglà : Chef de clinique, assistant des Hôpitaux.  
Lionel Hézard : Chef de clinique, assistant des Hôpitaux.  
Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, CHU de Rangueil, 1, avenue Jean-Poulhès, 31403 Toulouse cedex 4, France.

### ■ Techniques selon la cicatrice résiduelle (fig 1, 2)

La rançon cicatricielle est un souci majeur à la fois pour la patiente et pour le chirurgien. Elle doit faire l'objet d'un choix adapté en fonction des indications et d'une information de la patiente avec mention très précise de la position et de la longueur de la (des) cicatrice(s) et des évolutions physiologiques ou pathologiques possibles.

Tous les auteurs s'accordent pour condamner les cicatrices dans la partie supérieure sus-aréolaire du sein, visibles dans le décolleté, soumises à des tensions excessives et à l'origine d'évolutions hypertrophiques ou chéloïdiennes.

Toutes les techniques partagent l'inévitable incision périaréolaire que nécessite la transposition vers le haut de la plaque aréolomamelonnaire, si tant est que l'hypertrophie est toujours associée à un certain degré de ptôse.

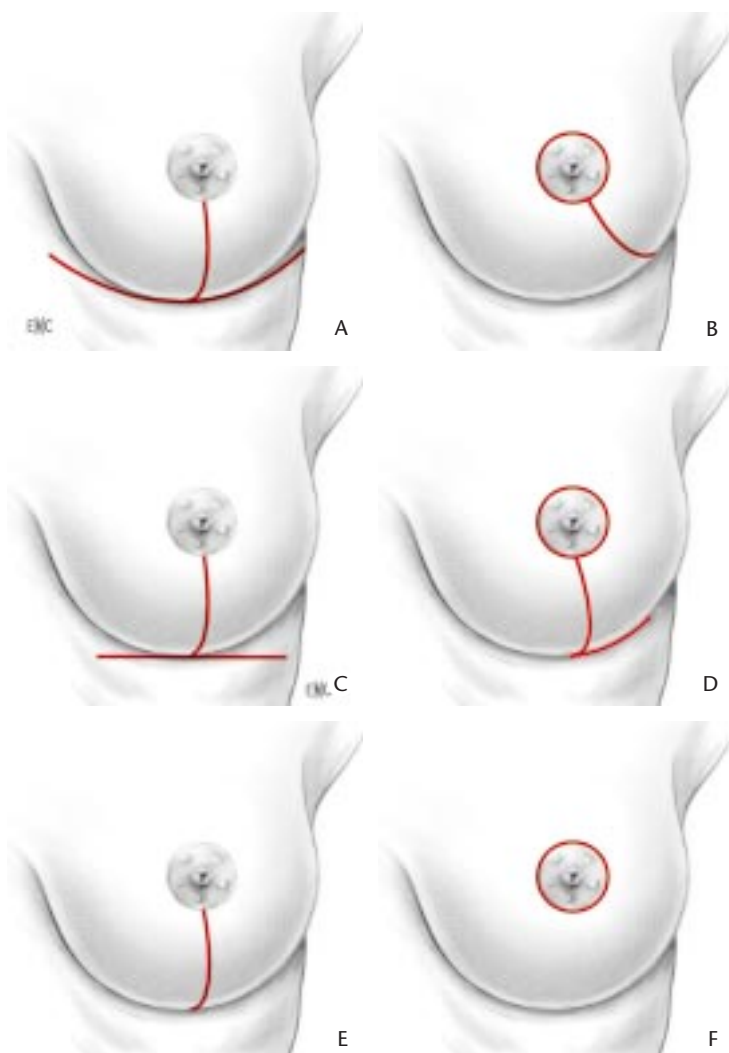
L'absorption de l'excédent cutané, plus ou moins important, explique la multiplicité des cicatrices.

– Les cicatrices en « ancre de marine » comportent une cicatrice horizontale longue le long du sillon sous-mammaire avec l'inconvénient de se rapprocher de la ligne médiane avec risque d'évolution hypertrophique. En revanche, cette technique permet une adéquation de la longueur des berges.

– Des auteurs ont donc essayé de raccourcir la cicatrice horizontale, c'est le cas des techniques avec cicatrices en « T inversé » [13, 14] ou en « T inversé court » [21].

– La suppression radicale de la partie interne de l'horizontale fait apparaître les techniques avec cicatrices en L ou en J [9]. La branche externe et la partie verticale absorbent la différence de longueur des deux berges.

– De nombreux auteurs [10, 15, 16, 17] ont décrit des techniques à cicatrice verticale seule, la partie horizontale étant supprimée. Le problème est alors d'absorber l'excédent cutané en jouant sur un dégraissage sous-cutané et la rétraction des plans ainsi libérés. Le fronçage sur la verticale est dans ces cas maximal, surtout concentré



- 1** Classification des techniques selon le type de cicatrice.
- A. Cicatrice en « ancre de marine ».
  - B. Cicatrice oblique externe.
  - C. Cicatrice en « T inversé ».
  - D. Cicatrice en L ou J.
  - E. Cicatrice verticale.
  - F. Cicatrice périaréolaire.

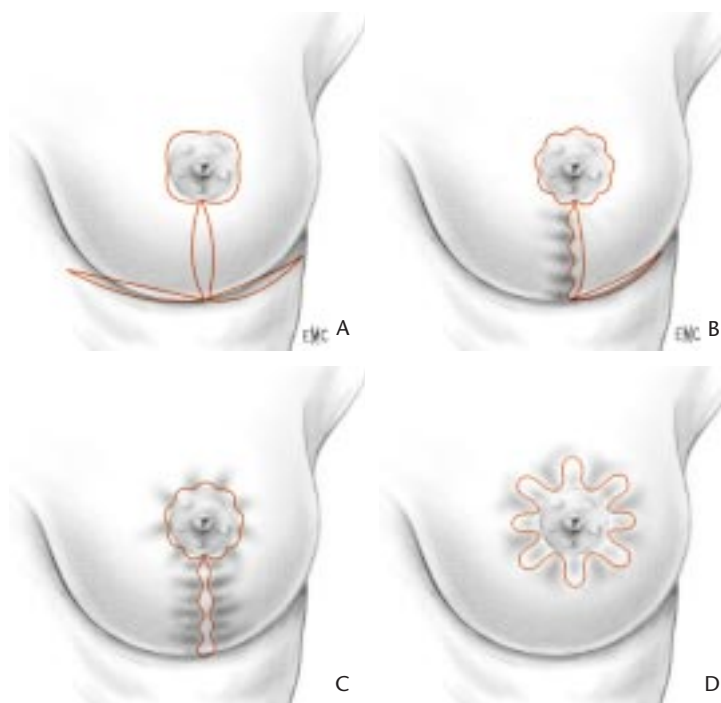
dans la partie inférieure de la cicatrice (bourse), source d'une maturation plus longue : les retouches cicatricielles avec création d'une courte horizontale ne sont pas rares. La sélection de bonnes indications est souhaitable [18].

– La suppression de l'horizontale mais aussi de la verticale a fait l'objet de la mise au point des techniques périaréolaires [1] où tout l'excédent cutané est absorbé dans la cicatrice périaréolaire ainsi exposée à des tensions excentriques, donc à un étalement à la fois de la plaque aréolaire et de la cicatrice, sans compter l'aplatissement de la zone de concentration.

### ■ Techniques selon le mode de résection glandulaire

L'ablation de l'excédent glandulaire doit permettre tout à la fois le respect de la vascularisation du tissu glandulaire et de la plaque aréolomamelonnaire restante, mais aussi la réalisation d'une masse tissulaire résiduelle suffisamment souple pour être remodelée et suffisamment vascularisée pour éviter des complications nécrotiques.

Toutes les formes d'évidement ou de résection monobloc ont été proposées depuis la résection externe proposée à l'origine par Biesenberger [2] ; la résection en « quille de bateau inversée » de Pitanguy [24] a l'avantage de permettre le remodelage même en cas de dystrophie fibroadipeuse marquée ; les résections en



- 2** Adéquation ou fronçage en fonction des techniques.
- A. Cicatrice en « ancre de marine » : adéquation des berges.
  - B. Cicatrice en L : fronçage moyen sur la verticale.
  - C. Cicatrice verticale : fronçage important avec bourse au pied de la verticale.
  - D. Cicatrice périaréolaire : fronçage maximal.

« sablier » [28], trifocale [20], en « fer à cheval » [22], en « anse de seau » [28], résection postérieure avec lame dermoglandulaire [14], la liste est bien sûr loin d'être exhaustive.

### ■ Techniques selon le pédicule vasculaire

Le pédicule vasculaire doit assurer l'apport artériel et un bon drainage veineux : sa nature et sa position varient selon les techniques. On peut distinguer trois types de vascularisation.

– Une vascularisation essentiellement dermique [14] basée sur l'étude anatomique et embryologique démontrant que la glande mammaire est une annexe cutanée spécialisée particulièrement bien vascularisée par les réseaux sous-dermiques.

– À l'opposé, d'autres auteurs se sont contentés d'utiliser exclusivement des pédicules vasculaires perforants provenant des plans musculaires profonds, soit uniquement interne [2], soit postérieur [11, 19].

– D'autres préfèrent l'association de ces deux sources vasculaires et l'on parle dans ces cas de pédicule mixte [4, 5, 22].

Le positionnement du pédicule vasculaire a fait décrire trois grandes catégories techniques (fig 3) :

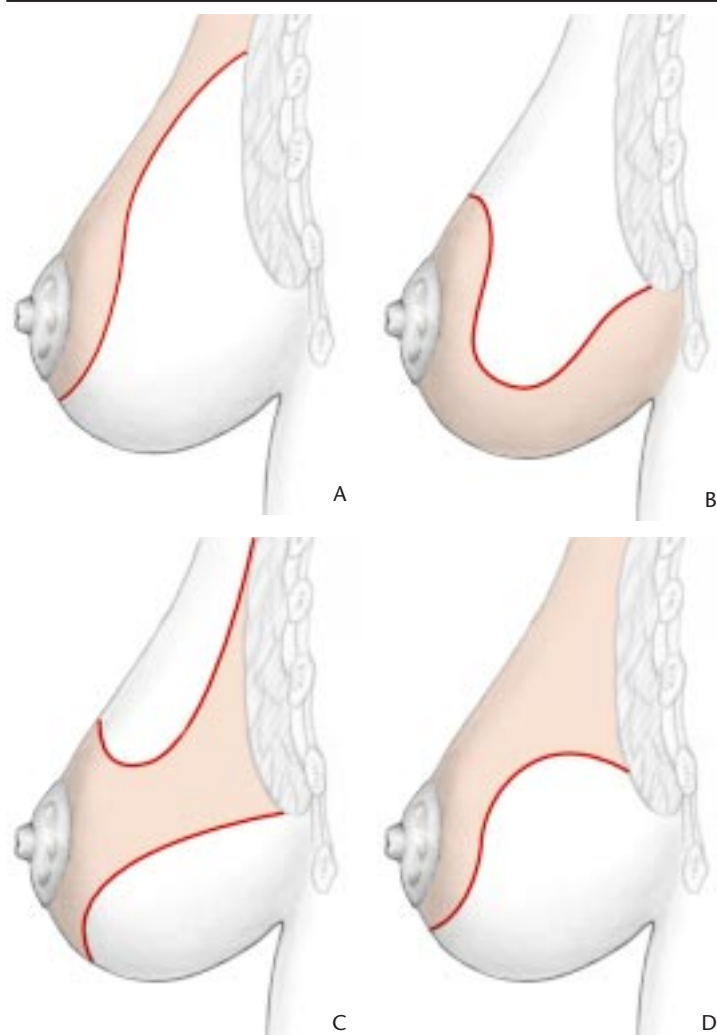
– les techniques à pédicule supérieur sont basées essentiellement sur la vascularisation dermique mais aussi les perforantes les plus haut situées, au-dessus de la zone de décollement ;

– les techniques à pédicule inférieur ont au contraire la vascularisation basée sur le pédicule sous-cutané et perforant inférieur. En réalité, il s'agit le plus souvent d'un pédicule postéro-inférieur ;

– enfin, le pédicule postérieur est essentiellement constitué de quelques perforantes perçant la partie inférieure du muscle grand pectoral, associées heureusement à des contingents internes plus riches qui trouvent leurs origines au niveau de la mammaire interne.

## Méthode du sein restant

La méthode du sein restant trouve dans ses origines deux techniques de bases :



3 Topographie des pédicules vasculaires.  
A. Pédicule dermoglandulaire supérieur.  
B. Pédicule dermoglandulaire inférieur.  
C. Pédicule perforant postérieur.  
D. Pédicule mixte postérosupérieur.

– la voûte dermique de Laldrie et Jouglard<sup>[13, 14]</sup> : c'est la première technique à large pédicule dermique supérieur, elle apporte une grande sécurité vasculaire et est adoptée dans ses principes de base par de nombreuses équipes ;

– la technique en L de Elbaz<sup>[9]</sup> se caractérise par la suppression de la branche interne pour minimiser la rançon cicatricielle. La résection glandulaire laissait une réserve supérieure, en revanche cette technique était difficile à reproduire en l'absence de repères anatomiques bien établis.

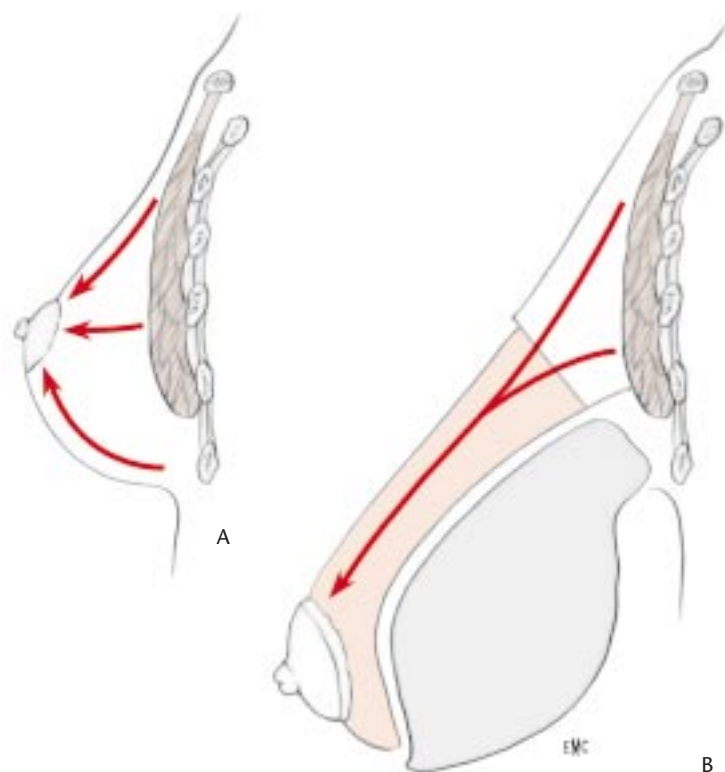
La méthode du sein restant a été présentée pour la première fois dans le rapport de la Société française de chirurgie plastique en 1989, puis en 1991 au X<sup>e</sup> International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery (IPRS) à Madrid<sup>[4]</sup>. C'est l'aboutissement actuel de cette technique, dont on peut considérer qu'elle est arrivée à maturité, que nous présentons ici.

### PRINCIPES

Notre méthode obéit à plusieurs principes de base qui l'individualisent au sein des très nombreuses techniques de plastie mammaire de diminution décrites à ce jour.

– Minimiser les actes traumatisants ou sources de complications précoces :

- lipoaspiration et dégraissage sous-cutané, source d'adhérences et d'« aspiration » cicatricielle ;
- grand décollement sous-cutané ou prémusculaire compromettant une partie de la vascularisation et favorisant les épanchements ;



4 A. Les trois contingents vasculaires du sein normal.  
B. Pédicule postérosupérieur du « sein restant ».

- fronçage excessif en dehors de la verticale sous-aréolaire, source d'étalement cicatriciel ou d'une longue évolution hypertrophique.
- Réaliser un dessin opératoire précis, totalement préétabli, déterminant un cadre de résection cutanéoglandulaire pour constitution en première intention d'un nouveau soutien-gorge cutané : sécurité morphologique, surtout en cas d'asymétrie.
- Réaliser un évidement glandulaire inférieur et postérieur adapté à l'enveloppe cutanée prédéterminée.
- Respecter un pédicule vasculaire large, à la fois supérieur et postérieur : sécurité vasculaire (fig 4).
- Obtenir une rançon cicatricielle en L court, la partie horizontale totalement cachée dans le sillon sous-mammaire.
- Diminuer le temps d'intervention, notamment en supprimant les longues adaptations en cas d'asymétrie.

### DESCRIPTION TECHNIQUE

L'ensemble des techniques de réduction mammaire a pour principe d'adapter, par tatonnements successifs peropératoires, la résection cutanée au volume glandulaire résiduel, dont il est difficile de savoir s'il est lui-même parfaitement symétrique. Notre technique a l'originalité d'adapter, au contraire, la réduction de la glande résiduelle – *glande restante* – à la réduction cutanée réalisée selon un schéma préétabli avec repères anatomiques ; dans ce schéma, on ne tient pas compte de ce que l'on enlève mais seulement de ce qu'on laisse en place – sac cutané *restant* –. Le principe bien connu en chirurgie plastique de tenir compte de ce que l'on laisse plus que de ce que l'on enlève nous a conduit à l'appellation : « technique du sein restant ».

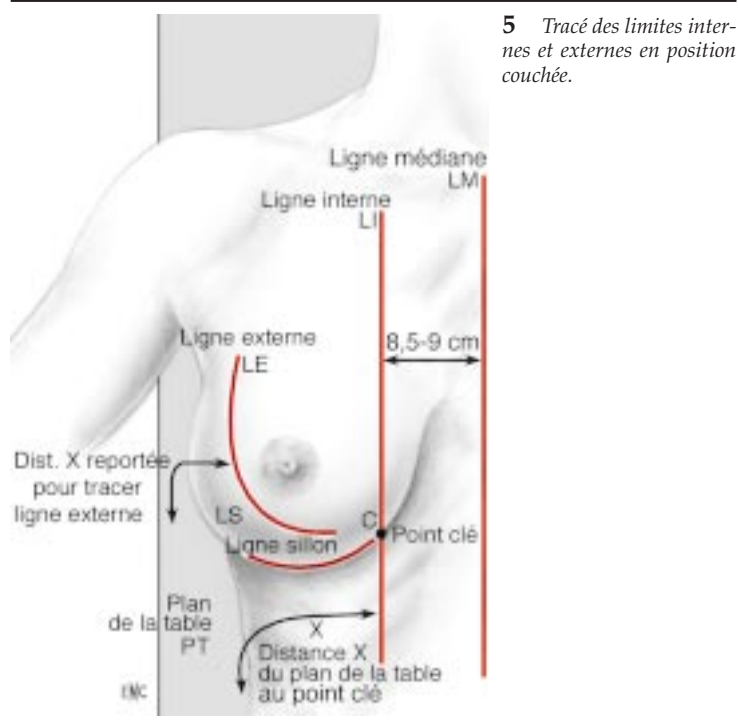
#### ■ Dessin de l'intervention

Il comporte deux parties : le tracé des limites internes et externes et le tracé des limites supérieures et inférieures.

**Tracé des limites internes et externes (fig 5) (patiente en décubitus dorsal)**

La *limite interne* (LI) : ligne droite située à 9 cm de la ligne médiane (8,5 à 9,5), les seins étant laissés en position de ptôse latérale naturelle.





5 Tracé des limites internes et externes en position couchée.

Le point clé (C) est situé à 1 cm au-dessus de l'intersection de la limite interne avec le sillon sous-mammaire.

La distance (X) entre le plan de la table opératoire et le point clé est mesurée avec précision grâce à une règle plate et souple de 30 cm. Cette distance varie d'une patiente à l'autre de 17 à 23 cm. Sur le même sujet, il n'est pas rare de rencontrer une différence d'un côté par rapport à l'autre en cas d'asymétrie thoracique.

La limite externe (LE) (fig 6) : le sein est récliné par la main de l'opérateur vers l'intérieur et la ligne médiane ; le geste doit s'arrêter quand un galbe externe naturel a été constitué ; la tension de la peau du flanc doit être en effet modérée et ne pas solliciter la laxité du plan sous-cutané. La distance X est alors reportée depuis le plan de la table vers la partie externe du sein. Ce geste est répété plusieurs fois de façon à contrôler le bon choix de la tension cutanée. On trace finalement la limite externe, ligne horizontale se dirigeant vers le sillon, en dehors du point C, le sein étant toujours récliné vers la ligne médiane. Cette ligne droite devient une courbe harmonieuse à concavité interne dès que l'on relâche le sein.

#### Tracé des limites supérieures et inférieures (fig 7) (patiente en position demi-assise).

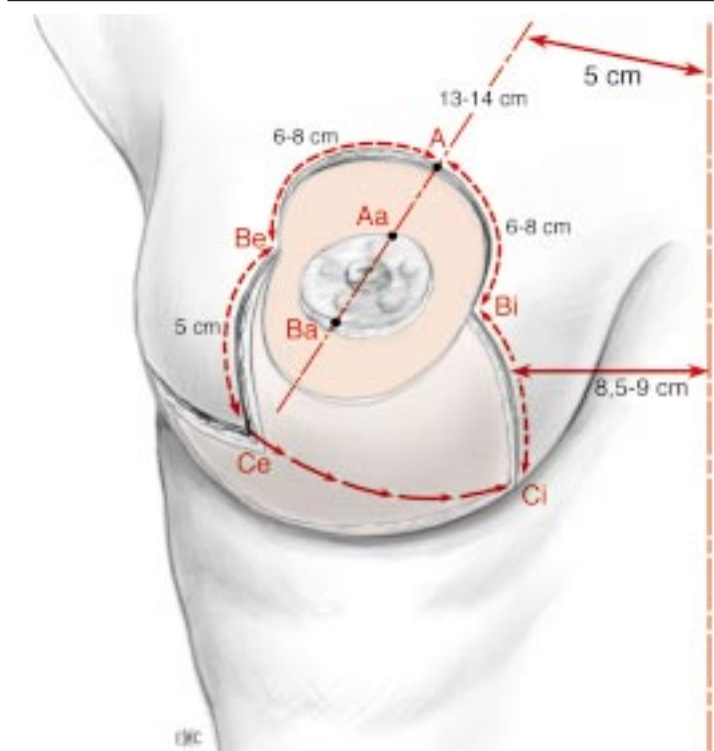
Le point supérieur (A) : le point sus-aréolaire est situé sur l'axe mammaire. Il est placé en moyenne à 14 cm de la clavicule (12 à 15 cm). La position de ce point est contrôlée par le pelvimètre dont l'écart est bloqué à 9 cm, cette distance correspondant à l'écart entre le sillon sous-mammaire et le point sus-aréolaire (segment III 5 cm + aréole 4 cm). À partir de ce point A sont tracées deux courbes harmonieuses en forme d'ogive tangente aux limites latérales.

La limite inférieure (LI) : elle part du point clé (C), parallèle au sillon, 1 cm au-dessus de lui, puis s'en éloigne, selon un angle d'environ 30° par rapport au sillon originel, remonte vers la ligne axillaire antérieure.

Les limites aréolaires : le point A correspond au futur point sus-aréolaire, les points Bi (interne) et Be (externe) sont situés à 7 cm du point A (6 à 8 cm) ; à leur niveau, deux encoches sont aménagées en « fenêtre de mosquée » de façon à éviter une tension excessive au niveau du futur point B sous-aréolaire résultant de leur rapprochement ; ces encoches constituent également un repère très facile à retrouver tout au long de l'intervention.



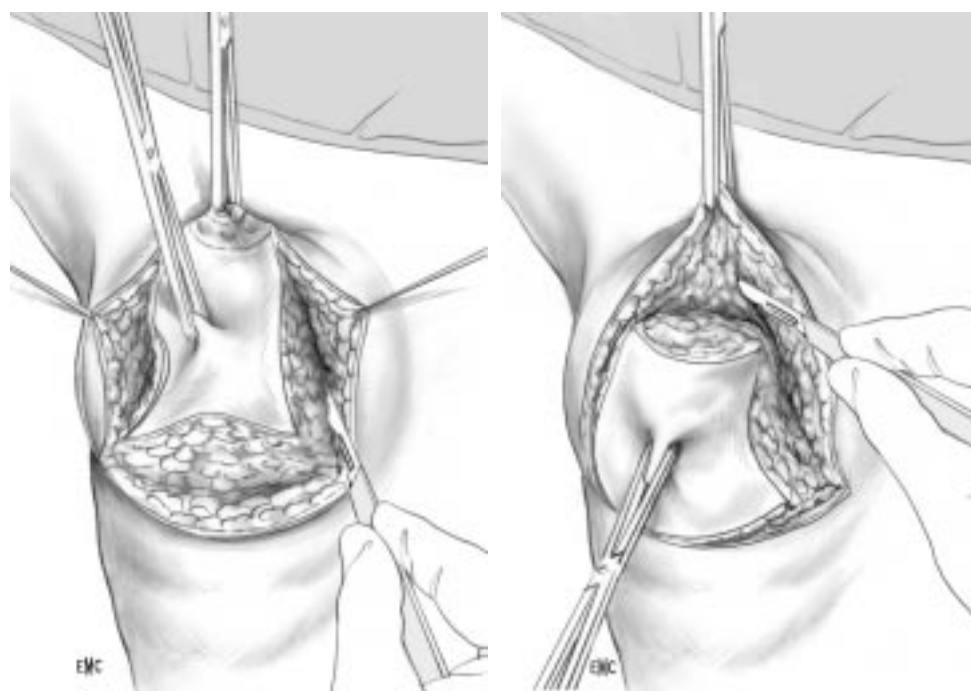
6 Mesures de la limite externe.



7 Tracé des limites supérieures et inférieures en position demi-assise.

Limites de résection dans le segment III : la berge interne va du point Bi au point clé C. Sa longueur est extrêmement variable suivant la morphologie et le volume du sein (8 à 20 cm). La berge externe du segment III est mesurée sur une longueur de 5 cm, peau tendue entre le point Be et le point Ce.

À partir du point Ce, on trace une ligne perpendiculaire à la berge externe qui rejoint la ligne du nouveau sillon formant avec lui un angle d'environ 30° pour éviter une oreille externe tout en réduisant au maximum la longueur de cette cicatrice.



8 Luxation du bloc cutanéoglandulaire.

### ■ Incisions cutanées et désépidermisation

Le dessin de l'intervention est marqué au scalpel : contrairement aux mauvaises habitudes des chirurgiens plasticiens, il ne sera plus modifié. L'aréole est tracée avec le grand côté d'un marqueur d'aréole (*cookie-cutter*) soit 4,2 cm. En cas de seins juvéniles et d'hypertrophie modérée, on utilise le petit côté du marqueur, soit 3,8 cm.

La limite inférieure de désépidermisation est une courbe semi-circulaire partant généralement des encoches latérales (Bi-Be) et passant à quelques centimètres au-dessous du bord inférieur de la plaque aréolomamelonnaire.

La mise en place d'un mammostat à la base du sein facilite grandement une désépidermisation circulaire et centrifuge au bistouri-lame n° 21.

Les berges verticales (segment III) et horizontales (sillon) sont désépidermisées sur 1 cm pour permettre leur section ultérieure au bistouri électrique et la réalisation en fin d'intervention d'un plan profond solide par amarrage dermodermique.

### ■ Résection glandulaire (fig 8)

Le temps de résection glandulaire se fait en trois phases : luxation, évidement et adaptation glandulaire.

#### Luxation glandulaire

Deux grandes pinces de Museux sont fixées au tissu glandulaire sous-aréolaire permettant la suspension du sein vers le haut, l'autre à la peau du segment III permettant l'attraction du bloc cutanéoglandulaire dans toutes les directions pour faciliter son extirpation du lit cutanéoglandulaire restant.

Les berges sont incisées rapidement au bistouri électrique sur les bandes désépidermisées ; l'hémostase des vaisseaux sous-dermiques est faite par plan par plan. Le bloc cutanéoglandulaire est progressivement luxé :

- au niveau du sillon : le sein est tendu vers le haut, la section se fait à l'aplomb de la berge cutanée inférieure jusqu'au plan musculaire du grand dentelé, le muscle pectoral est dégagé avec modération 3 cm environ au-dessus de son bord inférieur, de façon à respecter au maximum les pédicules perforants les plus volumineux constituant le contingent vasculaire postérieur ;
- au niveau interne : le bloc cutanéoglandulaire est récliné à l'extérieur, la berge cutanée interne mise en tension par deux

crochets : cela permet la libération transglandulaire au bistouri électrique en maintenant une couche glandulaire de sécurité au contact de la peau mais en la libérant au maximum de façon à lui donner toute la souplesse nécessaire à sa rétraction dans cette zone clé ;

- au niveau externe : le sein est récliné vers l'intérieur et libéré de ses attaches externes, à distance de la peau qui ne reste fine que dans le triangle inférieur, sur une hauteur d'environ 6 cm. Cette libération se fait en longeant le bord grand pectoral qui remonte vers le prolongement axillaire.

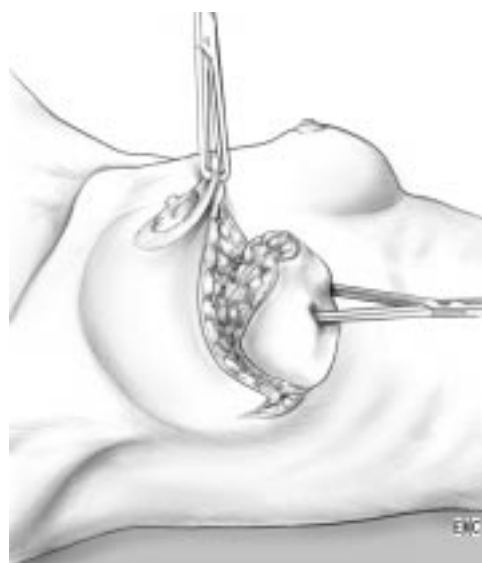
#### Évidement glandulaire

Après luxation du bloc cutanéoglandulaire et libération de ses attaches inférieures, interne et externe, le sein est suspendu verticalement par la pince de Museux sous-aréolaire alors que la pince du bloc cutanéoglandulaire met celui-ci en tension modérée vers l'avant (fig 9). On réalise au bistouri-lame un évidement régulier, l'épaisseur du tissu dermoglandulaire restant est constamment contrôlée par la main gauche. Ce geste est parallèle au plan dermique et réalise une plaque dermoglandulaire relativement mince vers la distalité, mais s'épaississant vers la partie haute du sein, jusqu'au bord inférieur du grand pectoral. Cette partie correspondant au futur segment II permet de constituer une réserve supérieure grossièrement en croissant. Latéralement, l'incision respecte deux colonnes glandulaires interne et externe qui gardent leurs attaches cutanées sans aucun décollement cutanéoglandulaire (fig 10).

#### Adaptation glandulaire

Pour obtenir une adéquation glandulaire et cutanée parfaite, il faut réaliser un montage cutané provisoire : points de bâti au fil 3/0 avec :

- un amarrage sus-aréolaire (A-Aa) ;
- les encoches latérales (Bi-Be) sont amarrées au point sous-aréolaire Ba ;
- le pied de la verticale sous-aréolaire est réalisé en amarrant le point Ce au point clé C (point d'angle), sans tenir compte de l'incongruence de longueur des berges internes et externes ;
- l'adaptation des deux berges est possible même en cas de différence notable entre les 5 cm de la berge externe et la berge interne Bi-C qui peut être absorbée jusqu'à 20 cm. Des points



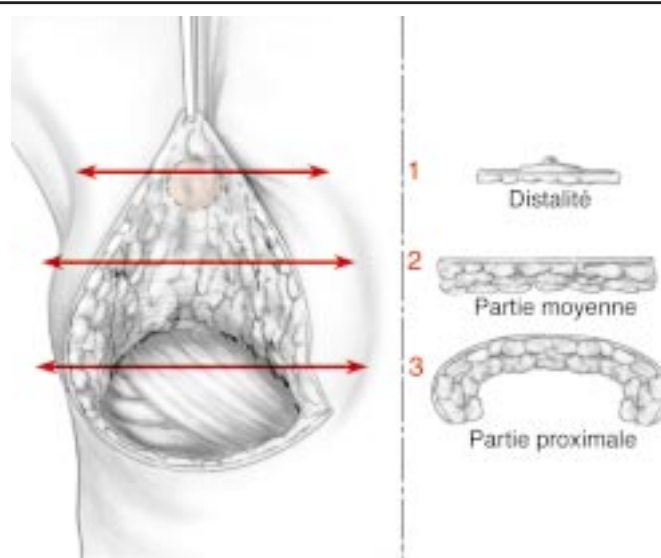
9 Évidement glandulaire.

intermédiaires de bâti sont noués à l'équateur de la plaque aréolomamelonnaire et au milieu de la verticale sous-aréolaire. Le montage provisoire étant ainsi réalisé, on contrôle l'équilibre des deux seins et la tension cutanée. Si la réduction glandulaire est suffisante et a correctement compensé la symétrie, on parachève la fermeture cutanée. Dans le cas contraire, le montage provisoire est défait et on réalise un complément d'exérèse au niveau de la face profonde de la plaque dermoglandulaire en bandes verticales parallèles à la surface sur toute la hauteur et sur toute la largeur, sous forme de véritables « aiguillettes » (fig 11) de façon à obtenir progressivement une adéquation parfaite. Il y a donc adaptation du volume glandulaire résiduel au sac cutané restant dont le schéma a été préétabli (*gland to skin adaptation technic*).

#### ■ Fermeture cutanée

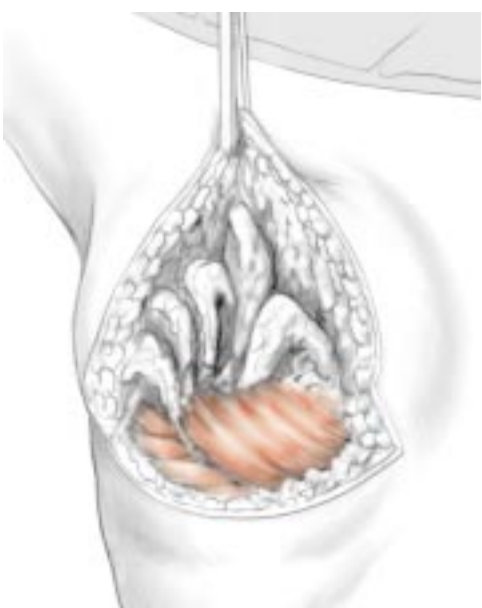
Le montage étant reconstitué, on adapte deux berges verticales sous-aréolaires pour réaliser un fronçage symétrique réparti sur toute la hauteur des 5 cm qui peuvent absorber jusqu'à 15 et même 20 cm pour peu que le triangle cutané inféro-interne ait été convenablement libéré (fig 12). En cas de trop grande différence, au-delà de 15 à 20 cm, il est toujours possible d'absorber une partie de l'excédent des fronces par une courte branche interne.

Un plan sous-cutané à points séparés inversés résorbables (Monocryl® 3/0) est réalisé, la fermeture cutanée étant elle-même assurée par un surjet intradermique au fil résorbable 3/0.



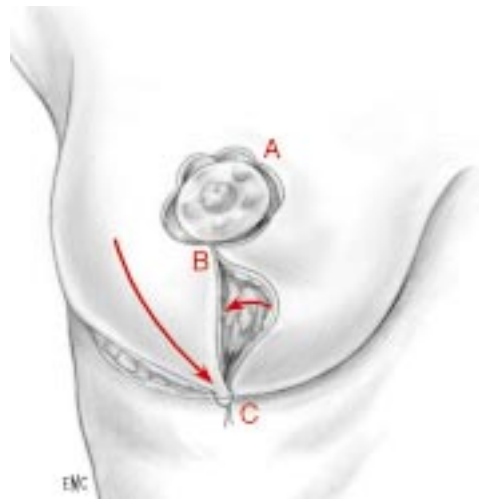
10 Répartition du tissu glandulaire restant.

1. Plaque dermoglandulaire fine avec plaque aréolomamelonnaire ; 2 : plaque cutanéoglandulaire ; 3. « réserve » glandulaire supérieure et latérale sans décollement cutanéoglandulaire.



11 Techniques des « aiguillettes » pour adaptation précise du volume glandulaire à l'enveloppe cutanée prédéterminée.





**12** Fermeture cutanée : la différence de longueur des berges est absorbée dans le segment III dont la longueur est verrouillée par la berge externe de 5 cm. Bonne adéquation des berges au niveau du sillon et de l'aréole.

Un drainage aspiratif par Redon n° 14 est mis en place le long du sillon avec sortie du Redon vers la ligne axillaire moyenne. Un pansement est mis en place sur les zones d'incision, le thorax est recouvert d'un jersey et remodelé par Élastoplaste®.

Dans les suites opératoires, un soutien-gorge de contention élastique médical est à porter nuit et jour pendant 2 mois.

### Indications et résultats

La méthode du sein restant peut être utilisée dans pratiquement toutes les indications de la chirurgie morphologique du sein.

#### Hypertrophie mammaire (fig 13)

Tous les types d'hypertrophie mammaire et tous les degrés de ptôse sont accessibles à cette technique. Une surcharge pondérale excessive rend cependant plus difficile le remodelage glandulaire avec risques d'aplatissement ou de cupulisation de la plaque aréolomamelonnaire. Comme cela est la règle, une stabilisation pondérale à un niveau raisonnable est hautement souhaitable.

En cas de seins cicatriciels ou très fibreux, le mode de résection glandulaire doit être adapté pour permettre une meilleure plicature, mais en conservant les mêmes repères cutanés. En cas de gigantisme mammaire, on peut adapter cette méthode à la technique de Thorek d'amputation-greffe. Les repères cutanés sont les mêmes mais le point sus-aréolaire est situé plus bas (16 à 17 cm suivant le volume).

#### Asymétrie mammaire (fig 14)

Cette méthode trouve ses meilleures implications dans la chirurgie des asymétries mammaires hypertrophiques ou non. Grâce au dessin préétabli, l'on peut repérer les asymétries, même mineures, dues à



**13** Hypertrophie mammaire  
A. Avant.  
B. Après.  
C. Cicatrice en L court à 3 mois.  
D. Cicatrice à 1 an.



**14** Asymétrie mammaire.  
A. Schéma préopératoire.

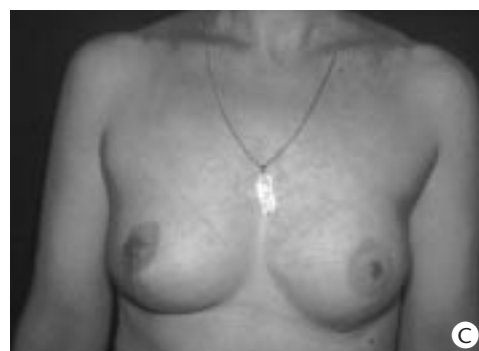
B. Avant.  
C. Après (3 mois).



15 Ptôse mammaire.  
A. Avant.  
B. Après.



16 Ptôse mammaire avec hypotrophie.  
A. Avant.  
B. Après dermopexie et prothèses.



17 Symétrisation dans le cadre d'une reconstruction mammaire prothétique.  
A. Avant.

B. Schéma préopératoire.  
C. Après.

une différence de volume ou ptôse des seins, mais également à une différence de forme thoracique (thorax asymétrique).

En cas de différence notable de volume des deux seins, il est important de tenir compte de l'extension cutanée supérieure du côté du gros sein en allongeant la distance clavicule-aréole du côté le plus hypertrophié d'environ 1 cm.

#### Ptôse mammaire pure (fig 15)

Dans les ptôses mammaires, la réduction de l'enveloppe cutanée se fait selon le schéma préétabli avec les mêmes repères : ligne interne, point clé, la ligne externe est souvent tangente au bord externe de l'aréole ou à proximité (1 à 2 cm). L'horizontale externe est courte et tracée dans le sillon et non pas au-dessus. Dans les cas où la base du sein est étroite, une verticale peut suffire.

La glande mammaire est luxée de la même manière que pour les hypertrophies, pour la libérer dans son hémisphère inférieur. Puis, elle est simplement drapée dans l'enveloppe cutanée sans lambeau ou suture glandulaire. La tension doit être ferme au niveau de la suture du segment III qui doit être plat pour anticiper la ptôse secondaire.

#### Ptôse mammaire avec hypotrophie (fig 16)

La dermopexie doit permettre la remontée en bonne position de la plaque aréolomamelonnaire par rapport à la clavicule et au sillon sous-mammaire. Celui-ci peut être abaissé en cas de segment III trop court. Il est souvent inutile de réaliser une branche cicatricielle horizontale, la rançon cicatricielle sera alors périaréolaire et verticale. Seuls certains types de seins tubulaires (tubéreux type III) ne feront l'objet que d'une cicatrice périaréolaire.

#### Symétrisation et reconstruction mammaire (fig 17)

La reconstruction mammaire se fait souvent par mise en place de prothèses précédée d'une période d'expansion chronique de la peau thoracique. Dans d'autres cas, la mauvaise qualité des téguments (chirurgie, radiothérapie) impose la réalisation de lambeaux musculocutanés à distance (grand dorsal, grand droit de l'abdomen). Une symétrisation du sein opposé est souvent nécessaire et fait intervenir la méthode du sein restant pour correction d'une hypertrophie ou d'une ptôse éventuelle. Cette symétrisation se fait le plus souvent dans un deuxième temps opératoire en position demi-assise.



## Conclusion

En matière de chirurgie mammaire de correction pour hypertrophie, ptôse ou asymétrie, le choix technique doit se faire en fonction des conditions locales qui sont tout à la fois cutanées (élasticité), glandulaires (plasticité) et morphologiques (harmonie).

La rançon cicatricielle est raisonnable, si tant est qu'il ne faut pas demander à la peau plus qu'elle n'en peut accorder.

La méthode du sein restant trouve son originalité dans l'adaptation de la résection glandulaire à une enveloppe cutanée prédéterminée avec précision. Elle apporte dans notre expérience à la fois sécurité vasculaire, sécurité morphologique et adaptabilité à toutes les situations, en particulier les fréquentes asymétries.

L'avantage essentiel de cette méthode reste donc sa reproductibilité sécurisante pour nos élèves, à l'inverse d'autres qui sont très dépendantes de l'expérience et du talent de leurs auteurs.

## Références

- [1] Benelli L. Plastie mammaire, technique Round Block. *Rev Fr Chir Esthét* 1988 ; 50 : 7-11
- [2] Biesenberger H. Eine neue Methode der Mammoplastik. *Zentralbl Chir* 1930 ; 48 : 2971-2975
- [3] Bricout N, Groslieres D, Servant JM, Banzet P. Plastie mammaire : la technique utilisée à Saint Louis. *Ann Chir Plast Esthet* 1988 ; 33 : 7-15
- [4] Chavoin JP. Hypertrophie mammaire. Complications et résultats à distance. In : Hypertrophie mammaire. Rapport du 34<sup>e</sup> congrès de la société française de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, 1989 : 82-97
- [5] Chavoin JP, Rouge D, Fradin-Joly N, ElKholli R, Costagliola M. "Remaining Breast" technique for hypertrophic and asymmetric breasts. In : Transactions of the X<sup>e</sup> international congress of plastic and reconstructive surgery, Madrid. Elsevier Science Publishers BV, 1992 ; 2 : 631-637
- [6] Costagliola M, Chavoin JP, Rouge D, Laffitte F. The mammostat: a new device for easier de-epithelialization in mammoplasty. In : Transactions of the IX<sup>e</sup> international congress of plastic and reconstructive surgery, New Delhi. Elsevier Science Publishers BV, 1987 : 366
- [7] De Mey A, Lejour M. Plasties mammaires pour hypertrophie et ptôse. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructive et esthétique, 45-661, 1999 : 1-11
- [8] Dufourmental CL, Mouly R. Plastie mammaire par la méthode oblique. *Ann Chir Plast* 1961 ; 6 : 45-48
- [9] Elbaz JS, Ver Heecke G. La cicatrice en L dans les plasties mammaires. *Ann Chir Plast* 1972 ; 17 : 283-288
- [10] Flageul G, Karcenty B. À propos des plasties mammaires verticales : la méthode verticale triangulaire ou "verticale triangulaire technique". Description, indications, étude rétrospective sur six ans. *Ann Chir Plast Esthét* 2000 ; 45 : 531-547
- [11] Hester TR Jr, Bostwick J 3<sup>rd</sup>, Miller L, Cunningham SJ. Breast reduction utilizing the maximally vascularized central breast pedicle. *Plast Reconstr Surg* 1985 ; 76 : 890-900
- [12] Hidalgo DA. Update on vertical mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999 ; 104 : 2303-2304
- [13] Lalardrie JP, Jouglard JP. Chirurgie plastique du sein. Rapport de la société française de chirurgie plastique reconstructive et esthétique 1973. Paris : Masson, 1974
- [14] Lalardrie JP, Mitz V. Plastie mammaire de réduction par la technique de la voûte dermique. *J Chir* 1974 ; 108 : 57-68
- [15] Lassus C. Breast reduction. Evolution of a technique. A simple vertical scar. *Aesthetic Plast Surg* 1987 ; 11 : 107-112
- [16] Lassus C. Update on vertical mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999 ; 104 : 2289-2298
- [17] Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1994 ; 94 : 100-114
- [18] Lejour M. Vertical mammoplasty. Update and appraisal of late results. *Plast Reconstr Surg* 1999 ; 104 : 771-784
- [19] Levot Y. The pure posterior pedicle procedure for the breast reduction. *Plast Reconstr Surg* 1990 ; 86 : 67-75
- [20] Mac Kisson PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 1972 ; 49 : 245-252
- [21] Marchac D, De Olarte G. Reduction mammoplasty and correction of ptosis with a short infra-mammary scar. *Plast Reconstr Surg* 1982 ; 69 : 45-55
- [22] Mouffarege R, Muller GH, Beauregard G, Bosse JP, Papillon J. Plastie mammaire à pédicule dermo-glandulaire inférieur. *Ann Chir Plast* 1982 ; 27 : 249-254
- [23] Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technic. *Plast Reconstr Surg* 1980 ; 65 : 217-226
- [24] Pitanguy I. Une nouvelle technique de plastie mammaire. Étude de 245 cas consécutifs et présentation d'une technique personnelle. *Ann Chir Plast* 1962 ; 7 : 199-208
- [25] Ribeiro L. A new technic for reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1975 ; 55 : 330-334
- [26] Richard L, Delay E, Payement G, Cresseaux P, Cantaloube D. Mammoplasty with an L-shaped scar and a pre-established design. Apropos of 80 cases. *Ann Chir Plast Esthet* 1998 ; 43 : 69-77
- [27] Robbins TH. A reduction mammoplasty with the areola-nipple based on an inferior dermal pedicle. *Plast Reconstr Surg* 1977 ; 59 : 64-67
- [28] Strombeck JO. Mammoplasty: report of a new technique based on the two pedicle procedure. *Br J Plast Surg* 1960 ; 13 : 79-90
- [29] Weiner DL, Dolich BH, Miclat MI Jr. Reduction mammoplasty utilizing the superior pedicle technique: a six-year retrospective. *Aesthetic Plast Surg* 1982 ; 6 : 1-7