

CAS CLINIQUE

Reprise d'augmentation mammaire

→ J. QUILICHINI, P. LEYDER

Service de Chirurgie Plastique,
AULNAY-SOUS-BOIS.

Nous vous présentons le cas d'une patiente de 52 ans, demandeuse d'une amélioration du résultat morphologique d'une augmentation mammaire prothétique bilatérale réalisée il y a 5 ans dans un autre centre.

Lors de la première implantation, une voie d'abord hémi-péri-aréolaire inférieure avait été pratiquée, permettant la pose de prothèses en gel de silicone rondes, de 340 cc, dans un plan prépectoral (**fig. 1 à 3**).

A l'examen, les prothèses présentent une coque Baker II de chaque côté. Au niveau des quadrants supérieurs, le tégument est fin avec un *pinch test* inférieur à 2 cm. Au niveau sous-aréolaire, le tégument est plus épais avec une glande mammaire palpable. Au niveau du sillon sous-mammaire, le *pinch test* est supérieur à 0,5 cm.

La patiente se plaint actuellement :

- d'une trop grande visibilité du bord supérieur de la prothèse ;
- d'un aspect global peu naturel ;
- et souhaite si possible une nouvelle augmentation de volume.

Quelle prise en charge peut-on proposer à cette patiente ?



FIG. 1.



FIG. 2 ET 3.

CAS CLINIQUE

Plusieurs options thérapeutiques peuvent être envisagées :

1. Changement de prothèse sans changement de loge

Dans ce cas, il semble nécessaire d'utiliser une prothèse anatomique, de profil haut et de projection équivalente à la prothèse initiale pour essayer de corriger le pôle supérieur, tout en augmentant le volume global de l'implant. Une retouche de la loge visant à remonter le sillon sous-mammaire pourra être réalisée dans le même temps. Cependant, la patiente présentant un tégument fin dans les quadrants supérieurs, cette solution ne permettra probablement pas de masquer le bord supérieur de l'implant.

2. Greffe adipocytaire sur le bord supérieur de la prothèse

Cette technique est proposée par certains auteurs en première intention, lors d'une implantation prépecturale. Cette technique pourrait être réalisée seule ou associée à un changement prothétique et une retouche de la loge, notamment au niveau du sillon sous-mammaire, pour positionner la nouvelle prothèse plus haut sur le thorax.

Dans le cas présent, le défaut de couverture semble trop important pour espérer une correction totale par un lipofilling en un temps, même associé à un remplacement prothétique.

3. Changement de prothèse avec conversion de loge

Nous avons opté pour cette technique. Comme préconisé par Tebbetts [1], le *pinch test* inférieur à 2 cm en sus-aréolaire contre-indique selon nous une implantation en prépectoral. Cependant, une loge rétropectorale stricte chez cette patiente présentant un volume glandulaire modéré entraînerait un risque de



FIG. 4 : Vue opératoire. Sur le sein gauche, la correction a été réalisée. On peut constater une meilleure adéquation implant/tissus mous du côté gauche, par rapport au sein droit où aucune modification n'a encore été effectuée.

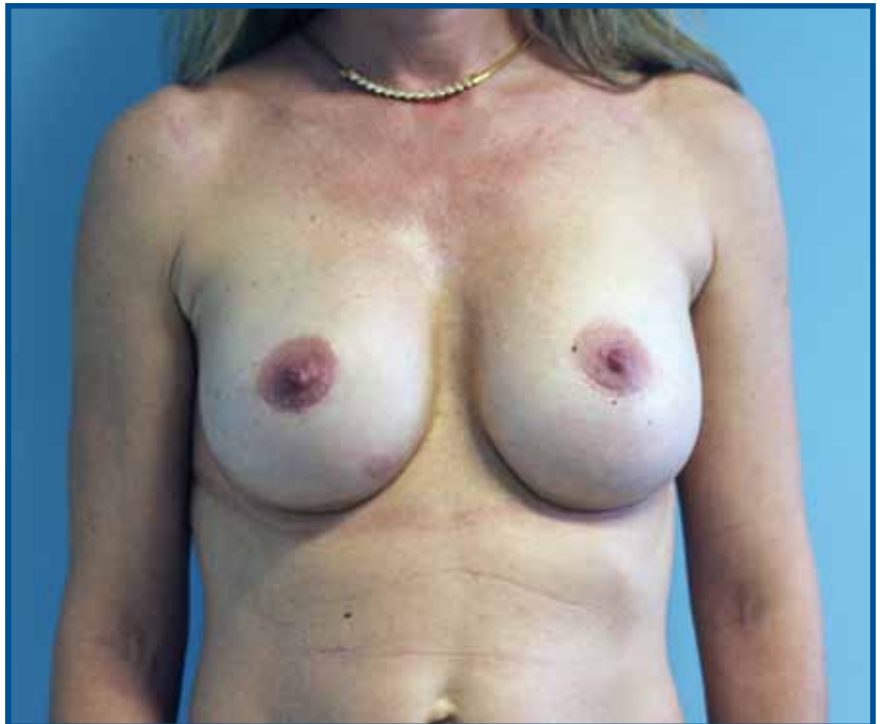


FIG. 5.



FIG. 6.



FIG. 7.

double sillon supérieur, avec une prothèse haut située ainsi qu'un tégument cutané et glandulaire "glissant" sur la prothèse et venant ptoser sous l'implant. Nous avons donc choisi de convertir la loge prépectorale en *dual plane* de type II.

La voie d'abord a été reprise, permettant une dissection extracapsulaire de la prothèse et une capsulectomie complète. Le muscle grand pectoral a ensuite été désinséré, 1 cm au-dessus de son insertion distale. Les insertions sternales

ont été laissées intactes pour éviter une visibilité de l'implant en interne. Une loge rétropectorale a été disséquée, et le bord inférieur du muscle a été suturé à la face profonde de la glande par plusieurs points simples de PDS 2-0. La ligne de suture a été placée au niveau de la projection du bord inférieur de l'aréole pour réaliser un *dual plane* de type II. Nous n'avons pas utilisé les suture "en marionnettes" préconisées par Spear [2], car nous pensons que ce type de suture transfixiante augmente le risque septique. Le choix de la prothèse s'est porté sur une prothèse en gel de silicone, anatomique, de volume 395 cc, de projection moyenne et de hauteur élevée chez cette patiente mesurant plus de 1,70 m. Dans le même temps, la loge a été retouchée avec une remontée de 1 cm du sillon sous-mammaire (fig. 4).

A 6 mois (fig. 5 à 7), le résultat morphologique est satisfaisant, les seins sont souples et indolores. Il n'y a pas eu de migration de la prothèse dans son ancienne loge prépectorale.

Bibliographie

1. TEBBETTS JB. Dual plane breast augmentation: optimizing implant-soft-tissue relationships in a wide range of breast types. *Plast Reconstr Surg*, 2001 ; 107 : 1 255-1 272.
2. SPEAR SL, CARTER ME, GANZ JC. The correction of capsular contracture by conversion to "dual-plane" positioning: technique and outcomes. *Plast Reconstr Surg*, 2003 ; 112 : 456-466.

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

**Vous auriez peut-être proposé
un autre traitement ?**

Pour réagir :
info@realites-chirplastique.com