

Adiposo-gynécomastie chez le jeune garçon obèse : chirurgie et techniques complémentaires

RÉSUMÉ : La prise en charge de l'adiposo-gynécomastie chez le jeune garçon obèse est un sujet d'actualité. La composante adipeuse étant importante et le régime le plus souvent insuffisant, il faut savoir proposer rapidement, en l'absence de cause avérée, un traitement chirurgical.

La technique que nous utilisons accorde une place essentielle à la lipoaspiration. Elle vide le sein de tout contenu graisseux, facilite l'exérèse glandulaire et la rétraction cutanée. Elle s'étend à la région pér mammaire pour harmoniser le résultat. La mastectomie est ensuite réalisée par une voie hémi-aréolaire inférieure classique. L'hémostase et la fermeture de l'espace mort par des points de capitons permettent d'éviter les complications classiques que sont les hématomes et les séromes.

Chez ces sujets jeunes au fort potentiel de rétraction cutanée, il n'y a jamais de résection de la peau apparemment en excès de première intention.



→ C. FRANÇOIS-FIQUET¹,
G. CONSTANTINESCU^{1,2},
J. BUIS¹, N. KADLUB^{1,2},
S. CASSIER^{3,4}, A. PICARD^{1,4},
M.P. VAZQUEZ^{1,2,3}

¹ Service de chirurgie Maxillo-faciale et Plastique, Hôpital Necker Enfants Malades, PARIS.

² Université Paris-Descartes, PARIS.

³ Unité de chirurgie des Brûlés, GH HUEP, Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

⁴ Université Pierre et Marie Curie, PARIS.

La prise en charge de l'adiposo-gynécomastie du jeune garçon obèse est un sujet d'actualité qui devrait logiquement se développer dans l'avenir en raison de l'augmentation progressive de l'obésité en général et en période pérpubertaire en particulier.

La première phase de la prise en charge est préopératoire. Il s'agit d'une étape multidisciplinaire dont l'objectif est d'assurer à la fois la bonne indication de la prise en charge chirurgicale et le bon contexte psychologique dans lequel elle se déroulera. La seconde phase est l'intervention chirurgicale proprement dite. Le déroulement technique de l'acte repose sur une lipoaspiration première aux objectifs précis, suivie d'une mastectomie subtotale par voie hémiaréolaire inférieure.

L'objectif de cet article est de décrire dans le détail les caractéristiques de la prise en charge chirurgicale dans notre service.

Définition, physiopathologie

La gynécomastie est une hyperplasie uni- ou bilatérale non tumorale, plus ou moins réversible de la glande mammaire chez l'homme. L'adipomastie est une augmentation de volume du sein, secondaire à une augmentation de la masse des adipocytes dans la région mammaire, mais sans hypertrophie concomitante de la glande mammaire. L'adiposo-gynécomastie est l'association d'une gynécomastie et d'une adipomastie. Il s'agit de la forme clinique couramment observée chez les jeunes garçons obèses.

Hors contexte d'obésité, la gynécomastie parapubertaire est fréquente. Elle est souvent modérée en taille. Dans la grande majorité des cas, lorsqu'il n'existe pas d'autres causes, elle ne nécessite pas de traitement et disparaît au terme de la puberté. Quand elle ne disparaît pas, les traitements à la testostérone, lorsqu'ils sont utilisés, donnent souvent des résultats décevants et il est logique d'envisager la chirurgie [1].

SILHOUETTE

Chez le jeune garçon obèse, la gynécomastie est très fréquente et sa physiopathologie est différente de celle de la gynécomastie parapubertaire du sujet mince. En raison de l'adipomastie associée, les seins ont une taille supérieure. La durée d'évolution est plus importante que dans les gynécomasties péripubertaires classiques et sa régression est beaucoup plus incertaine. L'influence de l'obésité chez les jeunes garçons peut avoir un effet variable sur l'âge de la puberté qui peut être avancé ou reculé [2].

Principe de prise en charge

1. La phase préopératoire

Elle est multidisciplinaire et associe différentes étapes pour assurer la bonne indication du geste chirurgical et un environnement adapté à la psychologie des adolescents :

- l'approche nutritionnelle est utilisée, ou non, pour obtenir dans la mesure du possible une meilleure maîtrise du poids avant l'intervention ;
- le bilan endocrinien a pour objectif la recherche systématique d'une autre cause classique de gynécomastie : médicale, carcinologique ou médicamenteuse ;
- l'évaluation psychologique s'attache à déceler d'éventuels troubles majeurs de l'image corporelle. Ces derniers pouvant entraîner des complications psychiatriques dans les suites d'une chirurgie modifiant cette même image ;
- l'étape anesthésique recherche tous les facteurs de risques sans rapport ou en rapport avec l'obésité et susceptibles de majorer les risques opératoire et postopératoire ;
- l'étape radiographique est plus ou moins systématique. La mammographie préopératoire recherche toute image mammaire susceptible de modifier notre approche chirurgicale ;
- dans notre expérience, la dernière étape est une consultation infirmière

spécialisée destinée à relayer les informations données par le chirurgien, en vérifier la bonne compréhension et donner un ensemble d'informations pratiques supplémentaires en fonction d'un plan de soins-guide.

2. L'intervention chirurgicale

La technique chirurgicale réalisée comporte 6 étapes. À titre systématique, les patients portent des bas de contention qui sont mis dans la chambre avant l'acheminement au bloc opératoire. Le patient est installé les bras le long du corps sur une table opératoire adaptée à sa corpulence. Le respirateur est placé à sa tête, à distance de celle-ci, laissant un libre accès aux deux épaules. Les champs sont posés à plat sur l'extrémité céphalique du patient, idéalement avec une composante transparente pour contrôler le visage.

>>> **La première étape** consiste en une infiltration importante au sérum adrénaliné (sérum physiologique isotonique et adrénaline), son objectif étant de permettre une lipoaspiration avec un minimum de pertes sanguines. La lipoaspiration est effectuée à partir des incisions réalisées pour l'infiltration et dissimulées dans un pli à la partie antérieure et haute du pilier antérieur du creux axillaire de chaque côté, ce qui explique pourquoi l'installation doit permettre à l'opérateur de se positionner de part et d'autre de la tête (pour introduire la canule à la partie haute du pilier antérieur de l'aisselle au-dessus de l'épaule et se diriger sans gêne vers la région mammaire).

L'aspiration est réalisée au moteur avec des canules successivement de diamètre 4 puis de 3 mm. Cette lipoaspiration comprend elle-même trois temps successifs sur un patient en décubitus dorsal, avec un léger proclive pour que l'axe de la canule soit tangentiel au grill costal lors des mouvements d'aspiration, comme lors de l'infiltration, afin d'éviter

tout risque d'effraction thoracique. Le premier temps est réalisé avec une canule de diamètre plus important, type 4 mm, avec pour objectif d'enlever toute la graisse de la région mammaire périglandulaire. Durant cette étape, l'opérateur enlève progressivement la graisse tout autour de la glande mammaire de manière systématique. Le geste se poursuit ensuite en dehors, tout autour de la première région ainsi que dans le prolongement axillaire, si nécessaire.

Ce geste permettra d'éviter qu'au terme du geste chirurgical, un bourrelet de graisse périphérique soit responsable d'un aspect en creux de la région.

L'objectif de ces deux premiers temps d'infiltration et de lipoaspiration est de dégager complètement la glande mammaire de la graisse qui l'entoure, afin de réaliser avec facilité et rapidité le temps de mammectomie sous-cutanée et d'harmoniser l'épaisseur du pannicule graisseux dans la région.

Le troisième temps de lipoaspiration est réalisé avec une canule de taille plus petite (type 3 mm). Son objectif est de parfaire l'étape précédente mais surtout de supprimer la gangue de graisse sous la peau et d'agresser la face profonde du derme pour garantir une rétraction cutanée maximale et ce dans toute la zone de la région mammaire et sa périphérie. Au terme de cette étape primordiale pour la réalisation de la mammectomie sous-cutanée et pour la rétraction future de la peau, la glande doit être parfaitement palpable et visible lorsqu'on la fait rouler sous la peau des deux côtés. **Cette étape est une étape clé qu'il ne faut pas négliger.**

>>> **La seconde étape** est la mammectomie bilatérale sous-cutanée. Elle est réalisée par une voie hémi-aréolaire inférieure, juste à l'intérieur de la jonction entre l'aréole et la peau. Elle est réalisée avec facilité au bistouri électrique en mode coagulation, ce qui permet

un geste rapide et sans saignement. La mammectomie est subtotale car une petite partie doit être conservée sous la plaque aréolo-mamelonnaire afin d'éviter un aspect cupuliforme dans les suites et d'éviter une souffrance de l'hémi-aréole inférieure. La section de la glande sous la plaque aréolo-mamelonnaire est réalisée avec une lame froide en conservant 3 à 4 millimètres d'épaisseur de glande. Les pièces de mastectomie sont systématiquement adressées en anatomopathologie pour examen histologique.

>>> **La troisième étape** est réservée aux patients particulièrement corpulents. Elle est réalisée en position demi-assise afin de vérifier en périphérie, notamment en bas et en dehors, l'absence de relief graisseux persistant. Si tel était le cas, toujours en position demi-assise, un complément de lipoaspiration devra être réalisé afin d'harmoniser la région.

>>> **La quatrième étape** (en décubitus dorsal) consiste à cloisonner et à fermer l'important espace mort créé par la mammectomie et la lipoaspiration. Son objectif est la prévention des hématomes et des séromes. L'hémostase doit être draconienne. Le capitonnage avec des fils résorbables est minutieux (et fastidieux) mais indispensable. Il est réalisé, après la mise en place d'un drainage aspiratif type drain de Blake, méticuleusement de la périphérie vers le centre en incluant la face profonde de l'aréole.

>>> **La cinquième étape** est la fermeture des voies d'abord axillaires et hémi-aréolaires. La fermeture est réalisée au fil résorbable avec un appui en profondeur pour éviter tout espace mort et collection sanguine sous la ligne de suture.

>>> **La sixième étape** a lieu après l'injection généreuse de Naropéine dans toute la région opérée. Elle consiste à la mise en place d'un pansement modérément compressif léger et d'un vêtement compressif de la moitié supérieure du tronc

(type panty Roméo). La durée du port de ce vêtement compressif est variable en fonction du confort du patient.

Il n'est jamais pratiqué de résection cutanée de première intention dans ce contexte bien particulier de patient jeune, à la peau élastique, et ce quelque soit l'apparent excès constaté en peropératoire. Il est toujours temps de réévaluer entre 12 et 18 mois postopératoires, lorsque toute la rétraction possible aura été obtenue, et d'intervenir uniquement si le besoin s'en fait sentir.

Les suites postopératoires

L'injection en quantité suffisante d'anesthésiques locaux de longue durée dans la zone opérée a transformé les suites chez ces patients particulièrement sensibles que sont les jeunes adolescents.

Le drainage est systématiquement retiré le lendemain, lorsque les drains ramènent un liquide séreux ou séro-sanguant, et cela quelle que soit la quantité dans les bouches. Le patient peut sortir dès l'ablation des drains. Le pansement n'est pas touché jusqu'à J5-J7, date à laquelle le patient est revu en consultation. Pendant cette période, il est invité à modérer l'usage de ses bras et à privilégier les vêtements faciles à enfiler comme des chemises amples (plutôt que des pulls ou tee-shirts impliquant de lever les bras).

Les bas de contention sont gardés dans les suites de l'intervention jusqu'à la reprise d'une déambulation normale, avec, quoi qu'il en soit, un lever précoce dès le lendemain de l'intervention.

Les complications

1. Les complications précoces

Depuis que nous réalisons en complément d'une bonne hémostase des infiltrations peropératoires adrénalinées

et un capitonnage systématique et très complet de l'ensemble de l'espace mort, nous avons supprimé les complications de type sérome ou hématome.

Une complication possible est la souffrance partielle hémi-aréolaire inférieure partielle, plus ou moins étendue. Elle est vraisemblablement en rapport avec une exérèse trop marquée du reliquat glandulaire sous la plaque aréolo-mamelonnaire.

2. Les complications à distance

Dans ce contexte d'adiposo-gynécomastie chez le jeune garçon obèse, la seule complication notable est la persistance en bas et en dehors d'une partie du volume mammaire. Elle est la conséquence d'une insuffisance de lipoaspiration dans la périphérie de la zone de la gynécomastie, principalement dans la région inférieure et externe. Cette insuffisance est responsable de la présence inesthétique d'un croissant graisseux qui est une source d'insatisfaction, alors que le problème du volume mammaire a été réglé. Pour cette raison, nous insistons à présent beaucoup lors de l'intervention sur l'aspiration de cette localisation externe et basse, en vérifiant son efficacité par le positionnement en proclive du patient.

Dans notre expérience, les cicatrices ne posent pas de problème particulier de type chéloïde.

Discussion

L'objectif du traitement chirurgical est un retour à un volume mammaire normal (*fig. 1A, 1B*).

>>> L'étape nutritionnelle réalisée dans un service spécialisé a pour objectif la maîtrise du poids. Elle est essentielle dans ce contexte d'obésité. En l'absence de maîtrise du poids, la stabilité du résultat morphologique après la

SILHOUETTE

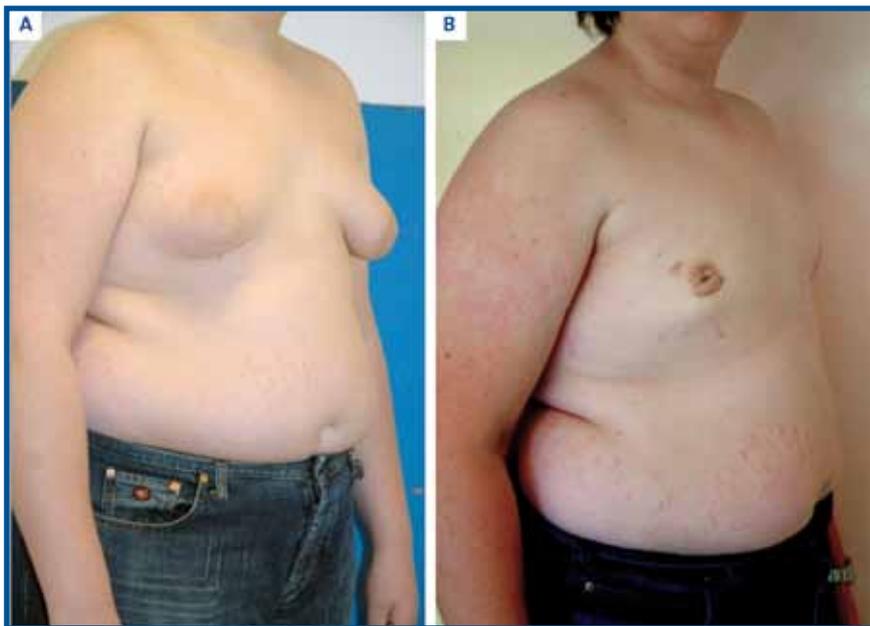


FIG. 1: **A**: Patient avant la chirurgie. **B**: Patient 2 mois après la chirurgie.

chirurgie n'est pas garantie. Par ailleurs, réaliser l'intervention alors que le poids est en baisse permet une diminution des risques anesthésiques.

>>> L'étape endocrinienne: si dans le cas de la gynécomastie parapubertaire du sujet jeune mince, la forme idiopathique est de loin la plus fréquente; dans le cas de l'adiposo-gynécomastie du jeune garçon obèse l'excès pondéral est systématiquement en cause. Cependant, la recherche des autres causes classiques (hormonales, génétiques, tumorales et médicamenteuses) doit être réalisée à titre systématique. C'est le rôle du bilan endocrinien. Ce bilan dans le cadre des adiposo-gynécomasties chez le jeune garçon obèse s'avère cependant le plus souvent normal, sans cause autre que l'obésité.

>>> L'étape psychologique: dans ce contexte d'obésité et de période péripubertaire, les problèmes psychologiques en rapport avec la modification progressive de l'image corporelle sont encore plus marqués que chez l'adolescent mince. Dans ces conditions, il apparaît

essentiel de faire précéder la chirurgie d'un bilan psychologique et d'assurer dans les suites une prise en charge du même ordre.

>>> Étape anesthésique: la survenue d'apnées obstructives du sommeil chez environ 17 % des obèses enfants et adolescents doit vraisemblablement nous inciter à réaliser, dans le cadre du bilan anesthésique, une polysomnographie du sommeil. Certains signes évocateurs comme le ronflement, les difficultés de sommeil, les difficultés de respiration, les somnolences dans la journée, les énurésies doivent être recherchés lors de la consultation. Ce diagnostic incite à des pratiques anesthésiques adaptées [2].

>>> Étape radiographique: la mammographie préopératoire est systématique chez la femme en cas de chirurgie mammaire en raison de la fréquence du cancer du sein. Chez l'homme, il s'agit le plus souvent d'un cancer rare qui se déclare essentiellement après 40 ans. Il est responsable d'une gynécomastie le plus souvent unilatérale. Dans ce contexte d'adiposo-gynécomastie du

jeune obèse, la mammographie pourrait donc ne pas être systématique en théorie. En pratique, il faut systématiquement la réaliser car la prise en charge chirurgicale sera différente si une image anormale est détectée.

>>> Consultation de chirurgie préopératoire: s'agissant d'une chirurgie destinée à modifier le corps chez un adolescent fragile, il faut s'attacher à rassurer et faire attention d'utiliser des termes neutres quand il est question de la description des gestes techniques. De même, il faut donner une information complète et réaliste sur les suites de l'intervention en matière de complications possibles, de gêne, de durée des éventuels soins ou des précautions à prendre.

>>> La consultation infirmière: elle est destinée à relayer les informations données par le chirurgien et à donner un ensemble d'informations pratiques. Ce temps nous paraît important dans la bonne compréhension de l'ensemble des informations. La discussion avec l'infirmière étant moins formelle, les questions sont souvent plus nombreuses et plus pratiques.

Dans ce contexte d'obésité, la disgrâce physique engendrée par l'augmentation de volume de la région mammaire est en grande partie secondaire aux dépôts graisseux. Il ne sert à rien d'attendre une éventuelle et incertaine régression de la composante glandulaire pour obtenir une amélioration de l'aspect esthétique. C'est pourquoi il est licite dans ce contexte d'obésité – lorsque le bilan endocrinien s'avère normal et que le régime tarde à obtenir une modification de volume des seins – de proposer un traitement chirurgical de manière plus précoce avec comme objectif le volume graisseux mammaire et la glande mammaire.

Plusieurs propositions de techniques sont évoluées dans la littérature. Aucune publication propre à la prise en charge

chirurgicale de l'adiposo-gynécomastie du sujet jeune en excès pondéral n'est cependant retrouvée. La majorité des auteurs cherche au travers de leur technique à minimiser la visibilité et la taille de la cicatrice. La plupart des articles porte sur la réalisation d'une ou deux cicatrices, la fragmentation de la glande, l'intérêt de la liposuction associée et la gestion de l'éventuel excès cutané. Il est recommandé de faire l'incision dans la partie pigmentée de l'aréole et non dans la peau non pigmentée en périphérie [3].

La résection de la glande mammaire, après le temps de lipoaspiration, peut être réalisée par deux petites incisions :

- la première au niveau de l'hémi-aréole inférieure permettant la section des canaux galactophores et la libération du pôle supérieur de la glande ;
- la deuxième, de petite taille, au niveau du sillon sous-mammaire, permet de découper en petites pièces longitudinales la glande et de retirer petit à petit [4] ;

Dans le cadre de l'adiposo-gynécomastie, les volumes glandulaires que nous rencontrons sont importants et le temps nécessaire à la réalisation de cette réduction en de multiples petites languettes n'est vraisemblablement pas négligeable dans ce contexte d'obésité. Par ailleurs, l'incision réalisée au niveau du sillon sous-mammaire pour faciliter l'exécution de cette technique est visible en raison de l'absence de volume résiduel mammaire (objectif du traitement).

Une autre technique de traitement chirurgical décrite pour diminuer la taille des cicatrices est l'ablation de la glande par une destruction progressive à l'aide d'un système emprunté à l'orthopédie. Il s'agit d'un appareillage destiné à réaliser sous arthroscopie l'exérèse des cartilages endommagés. La glande, après le temps de lipoaspiration, est transformée en copeaux à l'aide de cet arthroscope particulier [5]. Encore une fois, l'argument opposé est celui de la

minimisation de la taille de la cicatrice. La cicatrice hémi-aréolaire inférieure est ici remplacée par une cicatrice au niveau sillon sous-mammaire. Les copeaux sont aspirés en même temps que la glande est détruite et sont adressés en anatomopathologie pour examen histologique. Là encore, le problème est que l'incision se fait dans le sillon sous-mammaire, zone où la cicatrice chez l'homme sera la plus visible, particulièrement si elle se pigmente. Il n'est pas certain, dans le cadre qui nous intéresse, compte tenu du volume glandulaire et du temps nécessaire, que cette technique apporte une amélioration décisive.

La lipoaspiration est maintenant devenue une technique associée particulièrement utile. Elle est évoquée dans cette indication dès 1985 [6], puis ensuite très régulièrement avec comme objectif de réduire le volume graisseux. La lipoaspiration porte sur la graisse et pas sur la glande [7, 8]. Toutefois, il a été proposé d'utiliser deux types de canules : l'une de 7 mm de diamètre destinée à retirer le tissu adipeux et l'autre de 2 à 4 mm de diamètre pour retirer la glande avec étude histologique du produit d'aspiration glandulaire [9]. À noter que depuis cet article, il n'a plus jamais été fait référence à cette éventuelle aspiration du tissu glandulaire qui semble particulièrement difficile à réaliser quel que soit le matériel utilisé. Concernant la réalisation de la lipoaspiration en elle-même, l'intérêt de la technique tumescence a été plusieurs fois démontré dans la littérature avec une diminution notable des risques d'infection, d'hématome et de sérome. [10] Cependant, il est vraisemblable que les concentrations d'adrénaline plus importantes utilisées maintenant, jouent un rôle tout aussi important dans la maîtrise des saignements per et post opératoires. Le rôle possible de la lipoaspiration superficielle et étendue dans la rétraction de la peau est connu [3]. De même, l'un des principaux avantages de la lipoaspiration réalisée dans ce contexte est de

grandement faciliter la résection de la glande en rendant ses contours nets et plus facilement accessibles à la chirurgie de résection.

La liposuction par ultrasons a été également proposée dans le traitement des gynécomasties pour son action sur la rétraction de la peau. Dans son expérience, cette technique permet par l'échauffement du derme engendré par les ultrasons d'obtenir une contraction cutanée plus importante. Le reliquat glandulaire restant serait également diminué par cette technique et son exérèse serait facilitée avec nécessité d'une incision de taille inférieure [11]. Cette technique, à la mode à une certaine époque, a été délaissée principalement en raison des séromes et des brûlures générées, surtout au point d'entrée des canules. L'avantage était, et demeure, que l'effort à réaliser pendant l'intervention de lipoaspiration est moins important. Le but est essentiellement d'utiliser les ultrasons pour casser l'ensemble des éléments fibreux responsables d'une résistance à la lipoaspiration. L'évacuation finale étant réalisée par une liposuction de type conventionnel [12].

En ce qui concerne les réductions de peau et éventuellement d'aréoles, plusieurs techniques sont proposées. Une désépidermisation périaréolaire permettant de traiter à la fois la taille de l'aréole et l'excès cutané peut être réalisée [13]. Il s'agit là de patients adultes pour lesquels le potentiel de rétraction cutanée est moindre que chez les jeunes gens. Une technique de lambeau graisseux périphérique de la zone de mastectomie destinée à éviter l'aspect en creux dans les suites a été également décrite en 1990 mais non retrouvée depuis [14]. L'incision transaréolaire permettrait l'exérèse d'un plus grand volume de tissu glandulaire que par la voie périaréolaire ; elle serait d'autant plus intéressante lorsque le diamètre de la plaque aréolo-mamelonnaire est petit [15]. Dans ces conditions, il nous semble

SILHOUETTE

POINTS FORTS

- ⇒ Nécessité d'un bilan préopératoire et d'une évaluation psychologique pour une bonne indication et un bon vécu psychologique.
- ⇒ Importance de la lipoaspiration pour faciliter le temps d'exérèse glandulaire et optimiser la rétraction cutanée. Cette étape est une étape clé qu'il ne faut pas négliger.
- ⇒ Importance du capitonnage dans la prévention des hématomes et des séromes.
- ⇒ Rôle essentiel de l'injection généreuse d'anesthésiques locaux en fin d'intervention sur les zones opérées dans le confort et la gestion des suites postopératoires.
- ⇒ Jamais de résection cutanée de première intention quel que soit l'excès cutané en fin d'intervention.

que, si une lipoaspiration importante est faite avant le temps de mastectomie, le volume de la pièce à retirer est moindre et si la taille de l'aréole est petite et que le reliquat glandulaire est important, de simples sections de la glande permettent de sortir celle-ci en 2 ou 3 morceaux sans qu'il soit utilisé une voie de ce type. Une autre technique utilise une incision circumaréolaire avec une résection glandulaire faite à la manière d'un cône évidé d'un cylindre axial constituant le pédicule postérieur de la plaque aréolomamelonnaire. Cette technique semble présenter, entre autres, comme inconvénient de laisser en place une partie non négligeable du volume mammaire [15]. Sont proposées également des exérèses, en bloc fusiforme avec greffe libre de plaque aréolo-mamelonnaire sur un disque désépidermisé [15]. Elles pourraient être indiquées dans le cadre de gigantomasties. À ce jour, nous n'avons pas été confrontés à cette situation.

Les études réalisées sur l'utilisation des lasers permettant une lipolyse par voie percutanée dans le traitement des excès graisseux localisés font état de résultats appréciables sur le volume et

également sur la rétraction cutanée. En effet, l'effet thermique qui accompagne la lipolyse laser induit une augmentation en température du derme. Si cette élévation est suffisante, elle entraîne une contraction dermique par dénaturation collagénique. Cette méthode d'avenir devrait permettre d'optimiser, lorsque cela semble nécessaire, la rétraction cutanée avec un résultat final bien meilleur et éventuellement faciliter le temps de lipoaspiration avec cependant un allongement du temps opératoire.

Dans notre expérience, nous n'avons jamais eu recours à ces possibilités. S'agissant de sujets jeunes, nous ne faisons aucune résection cutanée, et nous comptons sur l'élasticité naturelle de la peau et le temps systématique de lipoaspiration superficielle pour favoriser une réaction de type rétraction. Une fois le volume disparu, la taille de l'aréole diminue spontanément. De même, nous n'avons jamais eu à réaliser de résection cutanée secondairement. Nous apportons beaucoup d'importance au temps de lipoaspiration sous-cutanée superficielle afin de supprimer

l'épaisseur de graisse sous cutanée qui empêcherait par son volume une bonne rétraction de la peau. Nous insistons également sur la nécessité de générer une agression dermique à la face profonde du derme avec la canule de lipoaspiration pour faciliter davantage la rétraction de la peau.

Conclusion

La prise en charge de l'adiposo-gynécomastie chez le jeune garçon obèse est un sujet d'actualité. La composante adipeuse étant importante, attendre une diminution du volume mammaire secondaire à la disparition de la composante glandulaire avec le temps ne semble pas un bon calcul. Si le régime est insuffisant et si le bilan ne retrouve pas de cause avérée, pour le bien-être psychologique du patient et améliorer son image, il faut proposer rapidement un traitement chirurgical.

La technique est parfaitement standardisée. Elle débute par une lipoaspiration qui a pour premier objectif de vider le sein de tout contenu graisseux. Elle est étendue aux contours de la glande pour faciliter son exérèse, à la région superficielle sous-cutanée pour faciliter la rétraction de la peau et à la région sous-mammaire et externe pour éviter la persistance d'un croissant graisseux inesthétique. La mastectomie est ensuite réalisée par une voie classique hémiaréolaire inférieure en respectant une petite partie située sous la plaque aréolomamelonnaire pour éviter un aspect de cupule. Hémostase et fermeture de l'espace mort par des points de capitons permettent d'éviter les complications classiques que sont les hématomes et les séromes, lesquels ont totalement disparus dans notre expérience. Enfin, chez ces sujets jeunes au fort potentiel de rétraction cutané, nous ne réalisons jamais de résection cutanée de première intention et n'avons jamais été confrontés à une demande secondaire.

Bibliographie

- MATHUR R, BRAUNSTEIN GD. Gynecomastia: pathomechanisms and treatment strategies. *Horm Res*, 1997;48:95-102.
- SLYPER AH. Childhood obesity, adipose tissue distribution, and the pediatric practitioner. *Pediatrics*, 1998;102:e4.
- SAMDAL F, KLEPPE G, AMLAND PF *et al*. Surgical treatment of gynaecomastia. Five years' experience with liposuction. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*, 1994;28:123-130.
- MENTZ HA, RUIZ-RAZURA A, NEWALL G *et al*. Correction of gynecomastia through a single puncture incision. *Aesthetic Plast Surg*, 2007;31:244-249.
- SHAVER PRADO AC, CASTILLO PF. Minimal Surgical Access to treat gynecomastia with the use of a power assisted arthroscopic-Endoscopic cartilage. *Plast Reconstr Surg*, 2005;115:939-1142.
- LEWIS CM. Lipoplasty: treatment for gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg*, 1985;9(4):287-292.
- MAGUIRE CP. Gynecomastia in the male: correction by liposuction. *JSC Med Assoc*, 1987;83:430-431.
- COURTISS EH. Gynecomastia: analysis of 159 patients and current recommendations for treatment. *Plast Reconstr Surg*, 1989;79:740-753.
- ROSENBERG GJ. Gynecomastia: suction lipectomy as a contemporary solution. *Plast Reconstr Surg*, 1987;80:379-386.
- BONI R. Tumescant power liposuction in the treatment of the enlarged male breast. *Dermatology*, 2006;213:140-143.
- GÓES JC, LANDECKER A. Ultrasound-assisted lipoplasty (UAL) in breast surgery. *Aesthetic Plast Surg*, 2002;26:1-9.
- FRUHSTORFER BH, MALATA CM. A systematic approach to the surgical treatment of gynecomastia. *British Journal of Plastic Surgery*, 2003;56:237-246.
- PERSICHETTI P, BELOCO M, CASADEI RM. Gynecomastia and the complete Circumareolar approach in the surgical management of skin redundancy. *Plast Reconstr Surg*, 2001;107:948-954.
- STEITTYEH MR, AL-AMER AF, AL-AMAD HE. Gynaecomastia. Subcutaneous mastectomy with adipose tissue flap. *Int Surg*, 1990;75:15-16.
- ABBES M, BOURGEON Y, DE GRAEVE B. A propos of 72 gynecomastia. *J Chir*, (Paris). 1988;125:327-331.

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

Ne manquez pas...

Réalités en Chirurgie Plastique sera présente

au 58^e Congrès Annuel de la SOF-CPRE

du 28 au 30 novembre au CNIT à Paris

Toute l'équipe rédactionnelle vous attend pour discuter de vos attentes, de vos souhaits d'articles et échanger... autour d'un verre de champagne et de petits gâteaux.

Vous y découvrirez également en avant-première le numéro 4 de *Réalités en Chirurgie Plastique*.

