

# Traitement chirurgical de la pseudo-ptose en augmentation mammaire

Un certain nombre de demandes d'augmentation mammaire s'accompagnent d'une ptose aréolaire et parfois glandulaire dont le caractère peu important laisse à penser que l'augmentation mammaire corrigera le défaut existant.



→ A. AZENCOT

Premier Vice-Président de la SOFCEP,  
Cabinet de Chirurgie esthétique du  
Grand Théâtre, BORDEAUX.

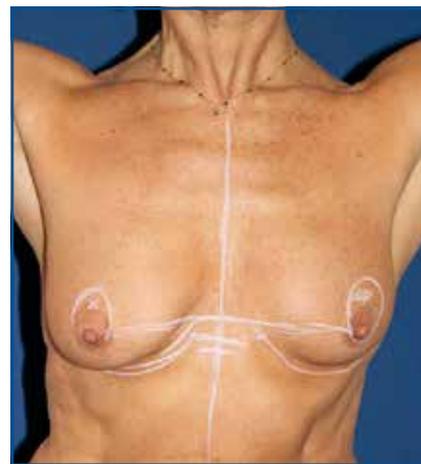
**S**i on essaie de définir une pseudo-ptose, on ne parlera pas de mesures, mais plutôt d'une dysharmonie entre le contenant et le contenu du sein. Le mamelon dépasse rarement le sillon sous-mammaire et, *a priori*, la pose d'un implant mammaire pourra corriger la position du mamelon.

En pratique, la difficulté pour le chirurgien est de choisir un implant mammaire adapté afin d'assurer au mieux la correction de la ptose, mais aussi de rester dans les attentes de la patiente en termes de profil et de volume global de ses seins.

Cependant, l'incertitude de pouvoir corriger la ptose sans mastopexie impose au chirurgien le devoir d'informer la patiente d'une éventuelle mastopexie péri-aréolaire associée plus ou moins verticale.

## Examen et choix de l'implant

La manœuvre de J. Tebbetts, qui consiste à positionner les mains sur la tête, s'est révélée fiable pour anticiper la future position du mamelon en verticalité une fois l'implant inséré (*fig. 1*). En effet, c'est grâce à cette manœuvre que, lors

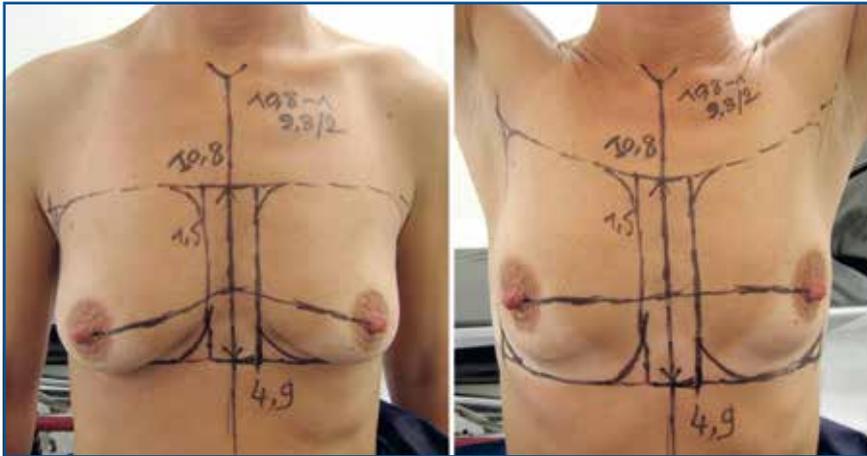


**FIG. 1:** Simulation de repères préopératoires en consultation dans le cas de pseudo-ptose.

des dessins préopératoires, la future position du mamelon va déterminer la place du futur sillon sous-mammaire et donc la position verticale de l'implant. Ce simple test peut être réalisé en consultation.

>>> Si le mamelon remonte en position normale par rapport au sillon sous-mammaire, une mastopexie ne sera pas nécessaire (*fig. 2*).

>>> Si on note une sous-corrrection jusqu'à un centimètre, cela peut être rattrapable en trichant sur la position



**FIG. 2 :** Dessins préopératoires pour un implant rond de base 10,8 cm. En position mains sur la tête, on voit que la ligne horizontale passant par les mamelons croise la projection idéale du mamelon. Aucune mastopexie ne sera nécessaire.

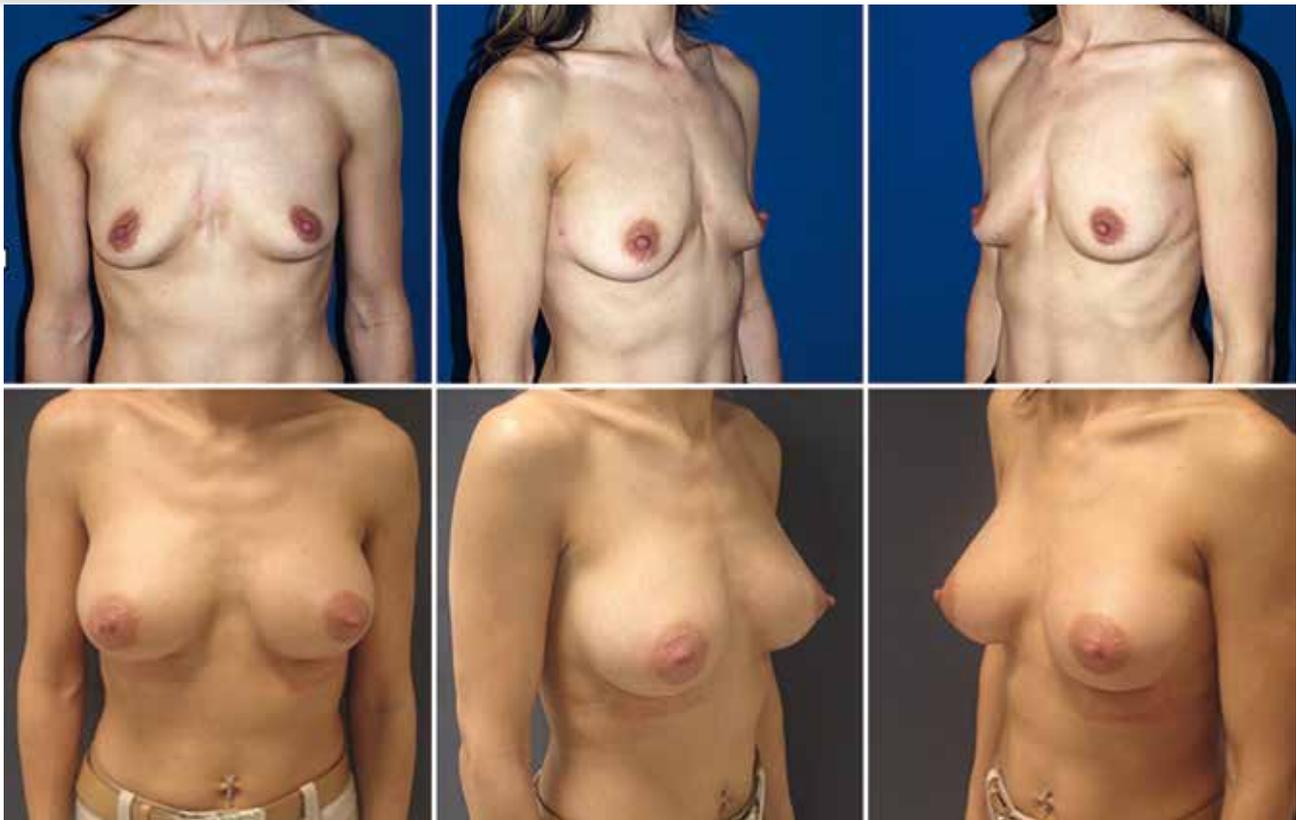
verticale de l'implant, à condition que le segment sous-aréolaire ne soit pas déjà trop allongé.

>>> Au-delà, on peut se préparer à la mastopexie ou à une technique de manipulations internes de la glande avec fixation au muscle.

### Influence du choix de l'implant sur les capacités de correction

La projection reste un élément déterminant. C'est le *push-up* qui va projeter le sein et, par effet pendulaire, remonter le mamelon.

## CAS CLINIQUE 1



Pseudo-ptose traitée par implants anatomiques 410 MM 280 ST voie sous-mammaire dual plane.

## CONGRÈS SOFCEP

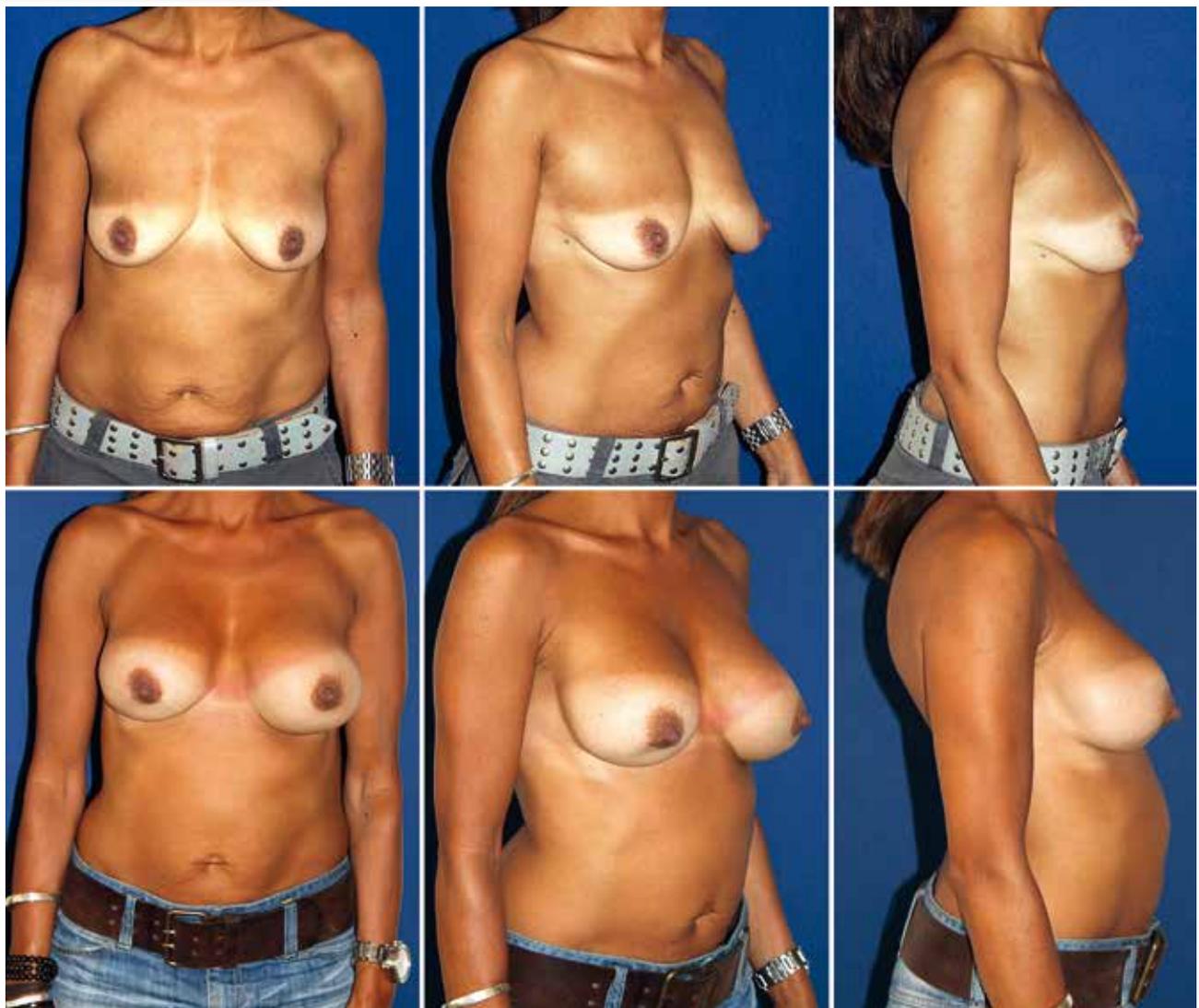
● **La forme de l'implant** : un implant anatomique a un point de projection maximal se situant plus bas qu'un implant rond ; il sera, à projection égale, plus efficace pour accentuer l'effet de relèvement pendulaire vers le haut et ascensionner le mamelon. La répartition du gel préférentielle vers le segment sous-aréolaire va également optimiser l'adé-

quation peau-glande dans ce segment souvent distendu. Un implant rond sera plus efficace pour remplir et compenser la fonte glandulaire et la ptose du segment sus-aréolaire. Enfin, les implants coniques à forte projection peuvent être une solution d'optimisation de la projection ; mais, à mon sens, ils ne donnent pas une forme assez naturelle au sein.

● **La cohésivité du gel** : toujours cohésif ou semi-cohésif pour un implant anatomique, ce qui assure la stabilité de forme et minimise les plis ou vagues potentiellement visibles.

Pour un implant rond, un gel plutôt semi-cohésif assurera l'efficacité de projection souhaitée.

### CAS CLINIQUE 2



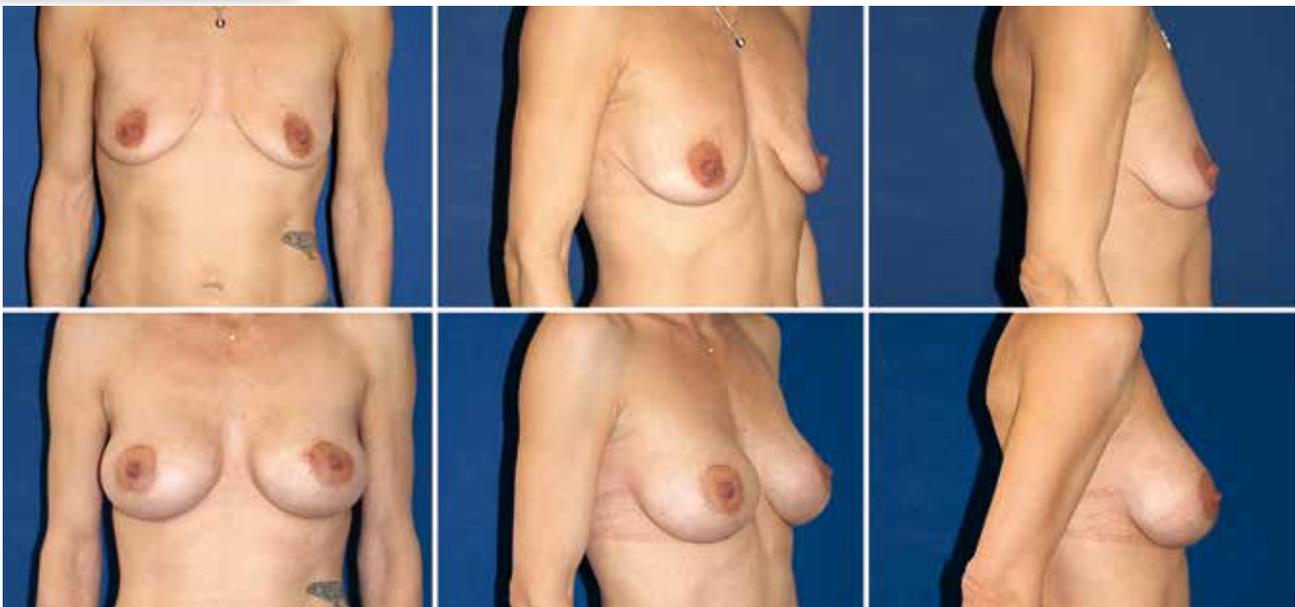
Implants anatomiques dual plane pexie interne musculaire, voie aréolaire.

### CAS CLINIQUE 3



Augmentation par implant anatomique TM-M2 205 cc, dual plane, pexie péri-aréolaire confirmée selon le planning préopératoire.

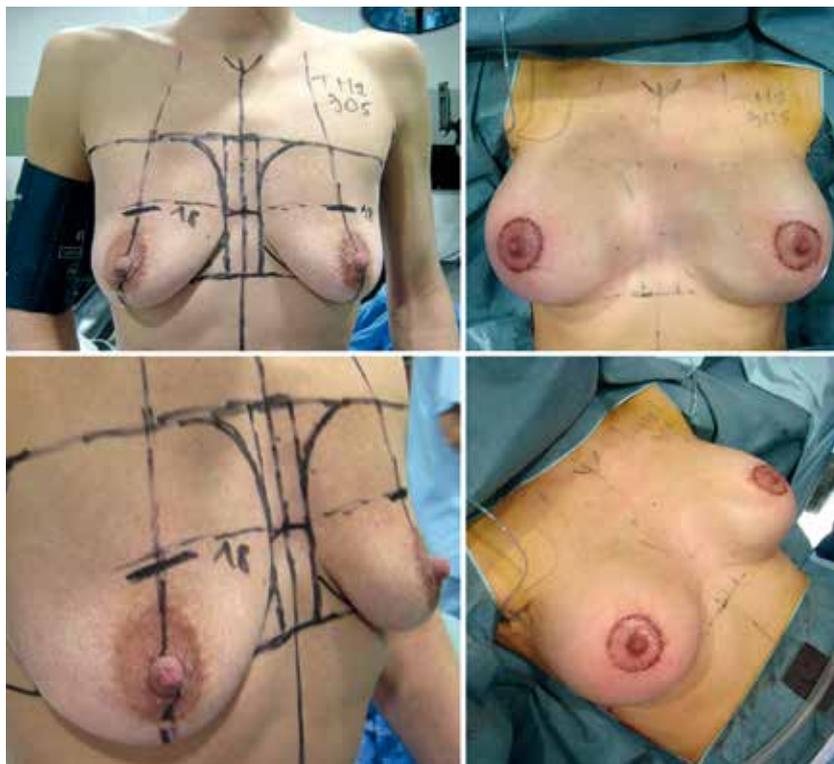
### CAS CLINIQUE 4



Implants anatomiques 305 cc dual plane, pexie interne et mastopexie péri-aréolaire.

## CONGRÈS SOFCEP

## CAS CLINIQUE 5



Implants anatomiques 305 cc dual plane, pexie interne et mastopexie péri-aréolaire.

## Le choix de la loge

Pour ces types de seins souvent émaciés, on optera pour une loge sous-musculaire en dual plane type 3, afin d'optimiser la projection et l'ascension glandulaire du segment inférieur.

Le lipomodélage du pôle supérieur avec loge rétrofasciale peut représenter une alternative technique à apprécier selon les cas, tout en sachant que l'addition de volume améliore le volume global du sein et l'adéquation peau-glande.

Cependant, le lipomodélage n'est en aucun cas comparable à l'effet mécanique de l'implant sur la correction de la ptose.

## La voie d'abord

Son choix peut avoir une importance dans certains cas particuliers. Une asymétrie de hauteur des aréoles pourra être compensée par une résection cutanée en croissant à partir d'une voie sus-hémiaréolaire, une asymétrie de longueur de la distance mamelon-sillon sous-mammaire par une incision sous-mammaire et une résection cutanée en fuseau raccourcissant le segment concerné. La voie aréolaire, en cas de doute au départ sur une mastopexie péri-aréolaire potentielle, reste l'incision de choix que l'on complétera en peropératoire.

Parmi les techniques de suspensions et de fixations internes de la glande mam-

maire, celle décrite par Constantin Stan repose sur le choix d'un implant anatomique à base étroite et de projection forte, d'une dissection sous-musculaire et sous-glandulaire biplan, et d'une suture de la face profonde de la glande au muscle constituant une mastopexie interne. La stabilité à long terme par rapport à une mastopexie péri-aréolaire reste à évaluer.

## Planning préopératoire

● Rappelons **les objectifs de l'intervention qui sont triples** :

- positionner l'implant mammaire sélectionné dans une loge parfaitement ajustée;
- gérer la position verticale de la plaque aréolo-mamelonnaire en fonction de l'implant choisi;
- assurer une bonne adéquation peau-glande en péri-aréolaire et dans le segment inférieur par l'obtention d'une distance mamelon-sillon sous-mammaire en rapport avec le LVCL de l'implant (longueur ventrale du pôle inférieur de l'implant fournie par le fabricant).

● Les **dessins préopératoires** sont réalisés en position assise :

- limites horizontales : ligne médio-sternale, limite médiale de l'implant à 1,5 cm de cette ligne;
- limite latérale de l'implant à Bi cm de la limite médiale au pied à coulisse (Bi = base de l'implant);
- limites verticales : s'agissant d'une pseudo-ptose, nous partons du principe qu'il n'y a pas besoin, *a priori*, d'abaisser la position du sillon sous-mammaire existant puisque souvent le segment inférieur est déjà trop long. On ne songera à l'abaisser un peu, de l'ordre de 1 cm, pour éviter la mastopexie. Cela peut se décider en peropératoire.

La ligne horizontale basse, passant par les sillons sous-mammaires, représente la limite inférieure. La ligne horizontale

haute est définie par la distance de hauteur de l'implant reportée sur la ligne médiosternale depuis la ligne horizontale basse.

● **Position de la PAM :**

- bras posés sur la tête, on trace une ligne horizontale passant par le milieu de la distance  $H_i/2$  (hauteur implant divisé par deux) reportée sur la ligne médiosternale;
- cela détermine la future position du mamelon une fois l'implant inséré, au croisement de cette ligne horizontale et de l'axe clavicule-mamelon;
- si ce point coïncide avec le mamelon, la correction de la ptose se fera par l'implant uniquement;
- si ce point est plus haut, on prévoira une mastopexie péri-aréolaire à environ 2,2 cm du futur point mamelonnaire;
- ce point est à marquer fortement au feutre pour le conserver comme point-clé;
- le dessin péri-aréolaire rejoindra en bas la limite inférieure de l'aréole.

● **La longueur et la largeur du segment inférieur, axe vertical et transversal :**

- l'excédent cutané éventuel dans un axe transversal sera évalué implant en place, et dictera une éventuelle cicatrice verticale par fuseau vertical ajusté en peropératoire;
- la longueur mamelon-sillon sous-mammaire doit idéalement être égale à la LVCL plus 1 à 3 cm selon le *pinch* glandulaire rétro-aréolaire);
  - la péri-aréolaire permet de tricher un peu et raccourcir au besoin ce segment, en évitant l'aplatissement du sein;

– en cas de verticale nécessaire, l'adéquation de cette longueur devient aisée.

● **La voie d'abord :**

- si pas de mastopexie potentielle = voie sous-mammaire ou aréolaire;
- si mastopexie potentielle = voie aréolaire inférieure.

▮ **Technique opératoire**

Elle peut être résumée ainsi :

- patiente en position demi-assise;
- dissection d'une loge aux dimensions de l'implant en respectant les limites latérales et verticales préétablies;
- on prend soin de séparer la glande du muscle jusqu'en sous-aréolaire;
- libération sous-musculaire latérale puis médiale, section oblique des fibres inféro-internes, pas à pas, de la face profonde du muscle jusqu'en superficiel;
- insertion de l'implant choisi ou d'un *sizer* si besoin;
- on assoit un peu plus la patiente et on regarde si le mamelon s'est positionné face au point préétabli sur la ligne médiosternale. On vérifie également l'apparence du segment inférieur et l'absence de convexité excessive;
- si on est au bon niveau, on peut préparer la fermeture de la loge;
- si le mamelon est plus bas, jusqu'à 1 cm, on peut s'aider d'une suture interne entre glande profonde et muscle pectoral pour suspendre la glande et maintenir ainsi le mamelon en meilleure position. Au-delà de 1 cm, on peut décider d'une mastopexie péri-aréolaire. On dessine la désépidermisation 2 cm au-dessus de la

position idéale du mamelon, et on fait une simulation avec une agrafe ou un fil avant d'inciser, pour ne pas être trop haut;

- désépidermisation qui rejoint l'incision aréolaire inférieure;
- suture aréolaire en surjets aller-retour de Vicryl 4/0;
- en cas de ptose plus importante, une correction associée du segment inférieur peut s'avérer nécessaire afin de créer une pince inférieure qui corrige une convexité excessive, donne au sein une forme plus conique, et évite le risque à terme de sein à double étage (implant en place et glande ptosée).

▮ **Conclusion**

Devant une demande d'augmentation mammaire associée à une ptose de stade 1 ou 2, il est parfois difficile de promettre une pose d'implant sans mastopexie associée.

Un examen précis et une sélection d'implant adéquat permettent de prédire au mieux les cicatrices nécessaires. Dans les cas limites, les éléments exposés permettent de gérer au mieux l'évitement de cicatrices ou la mastopexie si elle devient nécessaire, le tout étant basé sur des mesures et repères précis en préopératoires. Ces conseils sont applicables en mastopexie avec augmentation classique.

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