

Esthétique

Augmentation mammaire esthétique : comment choisir entre prothèses et lipofilling ?

RÉSUMÉ : L'augmentation mammaire par prothèses est une intervention courante en chirurgie esthétique. L'essor des transferts graisseux en chirurgie mammaire a permis aujourd'hui au lipofilling de devenir, dans certaines indications, une alternative aux prothèses. Le but de cet article est de comparer les résultats à long terme des deux techniques d'augmentation mammaire afin de définir la meilleure solution pour chaque patiente.

Le lipofilling apporte une augmentation modérée avec une forme plus naturelle, alors que les prothèses apportent une augmentation franche avec un décolleté plus galbé. Le point clé est donc de comparer les deux types de résultats possibles, avec la patiente en consultation préopératoire, afin de choisir ensemble la technique la plus adaptée.



C. HO QUOC

Chirurgie plastique, esthétique
et reconstructrice,
LYON.
www.dr-hoquoc.com

L'augmentation mammaire est une intervention courante en chirurgie esthétique. Cette procédure se fait classiquement par la mise en place de prothèses. L'avènement des transferts graisseux en chirurgie mammaire [1,2] a permis au lipofilling de devenir une alternative aux prothèses [3] dans certaines indications. Aussi, il nous a semblé intéressant de comparer les résultats à long terme des deux techniques d'augmentation mammaire. Le but de cette étude est d'apporter des réponses à chaque patiente, afin de choisir la meilleure solution entre prothèses ou lipofilling pour une augmentation mammaire esthétique.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une série homogène de patientes consécutives opérées par le même chirurgien. Chaque cas d'augmentation mammaire a été réalisé avec

des prothèses ou avec un lipofilling esthétique [4,5], sans geste de pexie cutanée associée. Une antibioprophylaxie systématique était réalisée en peropératoire.

Les prothèses mammaires ont été mises en place en position rétro-pectorale par voie péri-aréolaire inférieure [6] sous anesthésie générale. Un anesthésique local type ropivacaïne était injecté dans la loge rétomusculaire en fin d'intervention. Les sutures au niveau du sein étaient réalisées à l'aide d'un surjet de fil résorbable. Le drain mis en place était retiré le lendemain de l'intervention et une contention mammaire était maintenue pendant 15 jours. Les prothèses étaient en gel de silicone, de forme ronde, de profil haut à extra-haut, et à paroi micro texturée.

Le lipofilling mammaire était également réalisé sous anesthésie générale. La lipoaspiration des stéatoméries avait lieu après infiltration au sérum

Esthétique

Cas clinique n° 1

Prothèses rondes rétromusculaires 320 cc profil haut

Patiente de 28 ans.



Vue préopératoire de face



Vue préopératoire de 3/4



Vue à un an postopératoire de face



Vue à un an postopératoire de 3/4

Lipofilling de 400 cc à droite et 405 cc à gauche

Patiente de 33 ans.



Vue préopératoire de face



Vue préopératoire de 3/4



Vue à un an postopératoire de face



Vue à un an postopératoire de 3/4

adréaliné (un milligramme d'adré-
naline dans 500 cc de sérum physio-
logique injectable). Le prélèvement
se faisait à la canule de 4 mm de dia-
mètre branchée sur une aspiration avec
recueil du tissu grasseux dans un fla-
con de redon [4]. L'anesthésique local
type ropivacaïne était infiltré au niveau
des zones donneuses après le prélève-
ment. Le tissu grasseux prélevé était
centrifugé à 3 000 tours par minute pen-
dant 30 secondes (500G). Les incisions
au niveau du sein étaient réalisées à
l'aide d'un trocart de 18G, et la réinjec-
tion de tissu grasseux centrifugé était
rétro-traçante avec une canule de 2 mm
mono-perforée. Le transfert grasseux
se faisait de la zone profonde vers la
superficie, jusqu'à obtenir une surcor-
rection par rapport au volume souhaité
[5]. Les gestes associés à la chirurgie
étaient les fasciotomies percutanées, à
la demande, dans les zones de tension
localisée. Les sutures au niveau du sein
étaient réalisées à l'aide de points de fil
très fin à résorption rapide, et un panse-
ment gras modelant était mis en place
sur la zone receveuse.

L'efficacité et la tolérance des deux tech-
niques chirurgicales ont été évaluées par
la patiente et par le chirurgien à un an
postopératoire.

Résultats

L'étude rétrospective homogène a
retrouvé 51 patientes opérées, dont
24 cas de prothèses et 27 cas de lipofil-
ling. Le volume moyen de la prothèse
mammaire a été de 312,5 cc (225-350)
par sein. Le volume moyen du lipofil-
ling a été de 344,8 cc (180-620) par sein.
Les résultats à un an postopératoire ont
été jugés bons à très bons dans 96 %
des cas de prothèses et dans 91 % des
cas de lipofilling. Dans 4 % des cas,
une intervention complémentaire a été ré-
alisée pour obtenir le résultat souhaité
par la patiente. Les cas cliniques sont
illustrés de façon comparative par les
cas cliniques 1 et 2.

Cas clinique n° 2

Prothèses rondes rétomusculaires 350 cc profil haut

Patiente de 34 ans.



Vue préopératoire de face



Vue préopératoire de 3/4



Vue à un an postopératoire de face



Vue à un an postopératoire de 3/4

Lipofilling de 360 cc à droite et 350 cc à gauche

Patiente de 40 ans.



Vue préopératoire de face



Vue préopératoire de 3/4



Vue à un an postopératoire de face



Vue à un an postopératoire de 3/4

Discussion

L'étude que nous avons réalisée permet de comparer les prothèses et le lipofilling dans les augmentations mammaires esthétiques.

Le volume moyen de l'augmentation mammaire est sensiblement équivalent. Pour les prothèses [6], le choix du volume dépend essentiellement de la base du sein et de la laxité cutanée. Pour le lipofilling, il dépend essentiellement du site receveur [7, 8] dans lequel est transférée la graisse centrifugée [9]. Bien que le volume soit pratiquement le même pendant l'intervention, il convient d'anticiper le taux de résorption de 30 % sur les trois premiers mois [10] pour les patientes traitées par lipofilling, ce qui explique en partie la différence de résultat à distance.

Le résultat à long terme est donc différent entre les deux techniques. Les prothèses apportent une projection du sein plus importante (bonnet C à D) et un décolleté plus galbé. Le lipofilling apporte une projection modérée (bonnet B à C) et une forme plus naturelle du sein. De plus, le remodelage de la silhouette lié à la lipoaspiration est un bénéfice secondaire très apprécié par la patiente qui a choisi la solution lipofilling [11].

Le taux de satisfaction à long terme est très élevé dans notre série de patientes opérées par prothèses ou par lipofilling esthétique. Il résulte de la discussion avec la patiente lors de l'entretien préopératoire. Il est important de comprendre le souhait de la patiente notamment sur le volume et la forme des seins [9]. L'iconographie comparative entre les deux techniques nous apparaît fondamentale lors de cette consultation, et le choix se fait de façon conjointe avec la patiente [10, 11].

L'association du lipofilling avec les prothèses est, dans notre expérience, intéressante dans certains cas secondaires

Esthétique

POINTS FORTS

- Le volume moyen peropératoire de l'augmentation mammaire par prothèses (312,5 cc) ou par lipofilling (344,8 cc) est sensiblement équivalent dans notre série de patientes.
- Le résultat à long terme est différent entre les deux techniques. Les prothèses apportent une projection du sein plus importante (bonnet C à D) et un décolleté plus galbé. Le lipofilling apporte une projection modérée (bonnet B à C) et une forme plus naturelle du sein.
- Le taux de satisfaction à long terme est très élevé dans les deux séries. L'iconographie comparative en consultation préopératoire permet d'orienter la patiente vers la solution la plus adaptée.
- Le suivi par imagerie à distance est important à faire par un radiologue expérimenté dans le domaine, et par le même radiologue que celui qui a réalisé le bilan préopératoire.
- Dans le cas du lipofilling, des petits kystes classiques de cytotéatonécrose peuvent apparaître à distance de l'intervention. Ces kystes peuvent se traiter simplement par une ponction en consultation.

ou alors chez des patientes très minces pour lesquelles le tissu sous cutané est tellement fin que des plis peuvent se sentir lors de la palpation des prothèses. Dans ce cas, le transfert graisseux peut agir comme une interface naturelle entre la peau et la prothèse, apportant ainsi un aspect plus souple lors de la palpation des seins [12].

Il est important que le suivi par imagerie à distance soit réalisé par un radiologue expérimenté dans le domaine, et par le même radiologue que celui qui a réalisé le bilan préopératoire. En effet, il pourra comparer plus facilement les clichés qu'il aura lui-même réalisés [13].

Dans le cas du lipofilling, de petits kystes classiques de cytotéatonécrose peuvent apparaître à distance de l'intervention. Ces kystes, lorsqu'ils sont gênants, peuvent être ponctionnés en consultation de façon simple afin d'en faire le diagnostic et le traitement [14].

Conclusion

La primo-augmentation mammaire esthétique par prothèses ou par lipofilling donne d'excellents résultats au long cours. Nous constatons un fort taux de satisfaction des patientes avec les deux techniques, bien que les deux types de résultats soient différents. Le lipofilling apporte une augmentation modérée avec une forme plus naturelle du sein [4, 5, 9], alors que les prothèses apportent une augmentation franche avec un décolleté plus galbé [3, 6, 12]. Le point clé est de comparer, en consultation avec la patiente, les deux types de résultats possibles, afin de choisir ensemble la technique la plus adaptée.

BIBLIOGRAPHIE

1. HO QUOC C, FOYATIER JL, MERUTA A *et al.* Lipofilling, an efficient solution for breast sequelae after cardiotoxic surgery. *Ann Chir Plast Esthet*, 2015;60:522-526.

2. HO QUOC C, FAKIHA M, MERUTA A *et al.* Breast lipofilling: a new treatment of Becker nevus syndrome. *Ann Chir Plast Esthet*, 2015;60:336-339.
3. HANDEL N, JENSEN JA, BLACK Q *et al.* The fate of breast implants: a critical analysis of complications and outcomes. *Plast Reconstr Surg*, 1995;96:1521-1533.
4. HO QUOC C, PIAT JM, MICHEL G *et al.* Apport du transfert graisseux dans les formes sévères de seins tubéreux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2015;44:503-509.
5. HO QUOC C *et al.* Breast asymmetry and pectus excavatum improvement with fat grafting. *Aesthet Surg J*, 2013;33:822-829.
6. BAEKE JL. Breast deformity caused by anatomical or teardrop implant rotation. *Plast Reconstr Surg*, 2002;109:2555-2564.
7. HO QUOC C *et al.* Percutaneous Fasciotomies and Fat Grafting: Indications for Breast Surgery. *Aesthet Surg J*, 2013;33:995-1001.
8. HO QUOC C *et al.* Fasciotomies percutanées en complément des transferts graisseux: indications en chirurgie du sein. *Ann Chir Plast Esthet*, 2014;59:130-135.
9. COLEMAN SR. Structural fat grafting: more than a permanent filler. *Plast Reconstr Surg*, 2006;118:108S-120S.
10. HO QUOC C, TAUPIN T, GUÉRIN N *et al.* Volumetric evaluation of fat resorption after breast lipofilling. *Ann Chir Plast Esthet*, 2015;60:495-499.
11. ILOUZ YG, STERODIMAS A. Autologous fat transplantation to the breast: a personal technique with 25 years of experience. *Aesthetic Plast Surg*, 2009;33:706-715.
12. PRANTL L, SCHREML S, FICHTNER-FEIGL S *et al.* Clinical and morphological conditions in capsular contracture formed around silicone breast implants. *Plast Reconstr Surg*, 2007;120:275-284.
13. HO QUOC C, CARRABIN N, MERUTA A *et al.* Lipofilling et cancer du sein: où en sommes-nous en 2015? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2015;44:812-817.
14. HO QUOC C *et al.* Comment gérer les lésions de cytotéatonécrose mammaire après transfert graisseux? *Ann Chir Plast Esthet*, 2015;60:179-183.

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