Seins

Hypertrophie mammaire : le dogme renversé d'une cicatrice verticale sous-mammaire courte à une longue verticale sous-mammaire

RÉSUMÉ : La bataille pour des cicatrices horizontales courtes été initiée par Claude Lassus : ce chirurgien imaginatif a même publié des réductions mammaires avec une cicatrice verticale pure sans aucune horizontale ! Toutefois, il nous semble qu'il existe beaucoup de cas ou une courte cicatrice horizontale contribue à l'harmonie du sein reconstruit. L'intérêt d'allonger la cicatrice verticale au-delà des 4 à 5 cm rituels tient au fait qu'on gagne en projection, tout en limitant la détestable cicatrice horizontale. Un survol de l'évolution des paradigmes cicatriciels au cours des plasties mammaires ou pour traiter une ptôse mammaire est présenté dans cet article.

V. MITZ
Chirurgien plasticien et esthétique,
PARIS.

En préambule

Rien n'est plus étonnant pour un chirurgien plasticien qu'une poitrine féminine qui tient bien sans ptôse passé les 60 ans. Ayant fait ma thèse de médecine en 1973 sur l'hypertrophie mammaire selon la technique de la voûte dermique décrite par Jean-Pierre Lalardrie, j'avais eu l'occasion de mesurer des seins normaux non ptôsiques : la verticale sous-mammaire de ce que je qualifiais à l'époque de jolis seins s'étendait de 7 à 12 cm. Plus cette longueur était grande, plus la ptôse correspondante l'était, ce qui ne déparait pas un sein féminin lorsqu'elle était inférieure ou égale à 2 cm (***fig. 1***).

La technique de Lalardrie reposait sur l'utilisation d'un clamp vasculaire pour bien pincer le segment IV du sein, j'ai d'ailleurs *a posteriori* mis au point un clamp mammaire spécifique à cet effet. Après une quinzaine d'années d'utilisation de ce clamp et toujours adepte de la

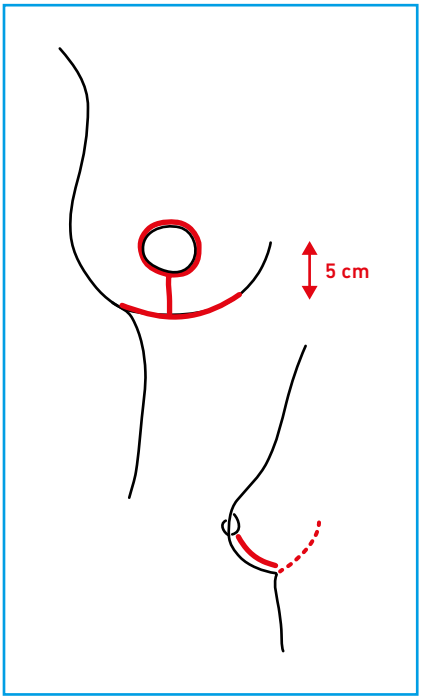

Fig. 1 : Cicatrice verticale de 4 cm comme classiquement (illustration V. Mitz).

Seins

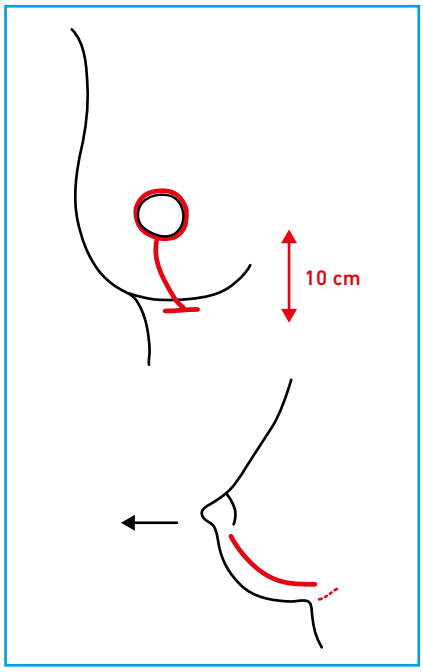

Fig. 2 : Cicatrice verticale de 10 cm projetant le sein (illustration V. Mitz).

technique de la voûte dermique, je me suis aperçu que l'allongement de la cicatrice verticale permettait de raccourcir l'horizontale et de donner néanmoins un joli sein (***fig. 2***).

J'étais stimulé dans cette direction par le fait d'avoir observé des résultats magnifiques de plastie mammaire pratiquée par Paul Tessier, fervent adepte de la méthode de Biesenberger. Dans cette technique, une glande mammaire est retournée sur elle-même en colimaçon. Le résultat esthétique était fabuleux, il existait cependant des risques vasculaires glandulaires qui n'encourageaient pas à une pratique de routine. Mais l'élément fondamental de cette technique était la longueur du segment sous-mammaire vertical cicatriciel, qui donnait un très joli sein en forme d'obus juvénile. Cela m'a décidé à modifier la technique initiale de Lalardrie pour pratiquer et enseigner une méthode dérivée que j'ai appelée "jolicône".

Au cours de discussions avec mes collègues, nous sommes arrivés progressivement à l'idée qu'une cicatrice verticale longue était une bonne solution pour diminuer la rançon cicatricielle horizontale, source de beaucoup de défauts esthétiques, de poussées hypertrophiques voire chéloïdiennes. Nous étions alors dans les années 1990. C'est Rami Selinger qui poussa le plus loin ce concept en publiant très rapidement en 2003 une technique de plastie mammaire à la cicatrice verticale courte : la technique "Bamaco".

Le dogme d'une cicatrice verticale de 4 à 5 cm avait vécu : il était particulièrement enseigné et rigoureusement respecté dans l'école de chirurgie plastique et reconstructrice de l'hôpital Saint-Louis à Paris.

Historique de la cicatrice verticale sous-aréolaire

1. Une cicatrice verticale sous-mammaire réduite à zéro

Les premières opérations de réduction mammaire fiables ont consisté en une résection du disque glandulaire postérieur. L'idée de cette opération revient à Theodore Gaillard-Thomas en 1882 et est rapportée dans le livre de Max Thorek sur la chirurgie des seins en 1942. Mais c'est le chirurgien français Hippolyte Morestin qui publia très clairement le traitement de l'hypertrophie mammaire par résection discoïde en 1907 et qui est donc crédité de l'invention de cette opération.

J'ai moi-même parfois pratiqué cette opération remarquable pour réduire la poitrine glandulaire chez des jeunes filles présentant une hypertrophie harmonieuse mais insupportable.

2. Une cicatrice verticale sous-mammaire courte de 4 à 6 cm

Depuis la publication d'Ivo Pitanguy en 1961 montrant la réalisation d'une résection glandulaire en quille de bateau, la majorité des auteurs dont Lalardrie pratiquait une réduction mammaire avec transposition de la plaque aréolomamelonnaire, aboutissant à une cicatrice verticale sous-mammaire de 4 à 6 cm de long. Le but était d'obtenir un sein stable dans le temps, mais qui s'avérait un peu plat par manque de projection. Je rappelle ici que Lalardrie fut un fervent défenseur d'une réduction mammaire très importante pour traiter les hypertrophies mammaires, allant presque jusqu'au concept d'une mammectomie glandulaire sous-cutanée subtotale.

Ce mouvement chirurgical était destiné à obtenir un sein bien galbé mais petit, correspondant à la mode de l'époque où la poitrine européenne devait être plutôt menue qu'arrogante. À cette époque (1961), Claude Dufourmentel et Roger Mouly de Saint-Louis préconisaient une réduction mammaire par une méthode oblique, qui me paraissait très satisfaisante et que j'ai pratiquée avec bonheur. Déjà dans cette technique, la longueur de la verticale approchait 6 à 9 cm.

En 1972, Jean Elbaz et mon collègue Verhaecque de Belgique publiaient la plastie mammaire avec cicatrice en L, dont la verticale sous-mammaire mesurait plus de 4 cm. Progressivement, Elbaz transforma cette cicatrice à 2 branches en une cicatrice en J abolissant la cicatrice horizontale interne afin de privilégier la branche externe du L horizontal. Cette technique fut beaucoup employée à l'hôpital Rothschild grâce à l'enthousiasme de Maurice Mimoun.

3. Une cicatrice verticale longue de 9 à 13 cm

En 1982, Daniel Marchac fit un plaidoyer pour une cicatrice courte horizontale à un congrès de chirurgie plastique à Paris et publia son expérience. C'est à Claude Lassus, chirurgien libéral à Nice, que l'on doit attribuer la plus importante contribution à la cicatrice verticale longue et isolée (chirurgien qui est resté trop méconnu car c'est véritablement lui l'initiateur du refus total de la cicatrice

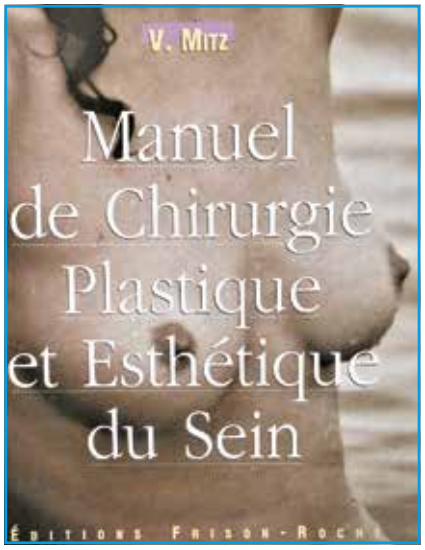

Fig. 3 : Mitz V. *Manuel de chirurgie plastique et esthétique du sein*. Éditions Frison-Roche, 1995.

POINTS **FORTS**

- La cicatrice verticale sous-mammaire ne doit plus être limitée aux 4 à 6 cm classiques.
- L'allongement de cette cicatrice permet de raccourcir la cicatrice horizontale sous-mammaire, voire de s'en passer complètement.
- L'allongement de la cicatrice verticale rend le sein plus projeté vers l'avant, moins plat, mais expose paradoxalement à une récidive de la ptôse.

horizontale au profit d'une seule cicatrice verticale) moyennant des manipulations sophistiquées de la glande et de la peau de recouvrement. Ce chirurgien au talent exceptionnel a commencé à réfléchir au problème posé par la cicatrice horizontale peu satisfaisante dès les années 1970 et a publié plusieurs articles assez peu connus sur la cicatrice verticale isolée en 1987.

Plusieurs chirurgiens ignorant les travaux prémonitoires de Lassus ont commencé indépendamment l'un de l'autre à mettre en doute le dogme de la cicatrice verticale sous-mammaire courte en 1990 : moi-même (***fig. 3***), suivi par Selinger à l'hôpital Boucicaut (technique du Bouddha ou de la queue de poisson). Madeleine Lejour, avec ses élèves en Belgique, fut la principale promotrice de la technique verticale tirée de la méthode Lassus.

Puis en 1999, l'Américain Foad Nahai publie un important article concernant la technique de la verticale pure qui semble avoir aussi gagné les États-Unis. Moustapha Hamdi, Dennis C. Hammond et Foad Nahai publient le livre de référence sur la *vertical scar mammaplasty* en 2005, qui résume l'histoire de ce concept d'allongement de la cicatrice sous-mammaire, en acceptant une petite horizontale dans certains cas – ce qui me paraît tout à fait important pour diminuer l'oreille inférieure telle qu'elle apparaît à la suite d'une cicatrice verticale pure, quand il faut une réduction mammaire importante.

Fig. 4A : Hypertrophie mammaire préopératoire. **B :** vue postopératoire selon la technique jolicône avec clamp.

Fig. 5A : Hypertrophie mammaire et asymétrie préopératoires. **B :** 3 mois après l'opération type queue de poisson. **C :** Même patiente les bras levés. Noter la courte cicatrice horizontale et la longue verticale.

Seins

Conclusion

L'histoire des techniques de plastie mammaire est fascinante, les dogmes d'hier peuvent être abandonnés au profit de leur exact opposé : il en est ainsi de la cicatrice verticale sous-mammaire courte. Pendant de très longues années, elle a été considérée comme nécessaire pour éviter le phénomène désagréable de la re-ptôse mammaire.

Instinctivement au départ, certains chirurgiens ont privilégié une résection discoïde de la glande pour éviter les cicatrices apparentes. Puis on est passé à des cicatrices sous-mammaires verticales courtes pour stabiliser le sein reconstruit. La période actuelle est marquée par la prééminence des cicatrices verticales longues avec au besoin une très courte horizontale – ce qui représente mon choix technique actuel (***fig. 4 et 5***).

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