

# Chirurgie de la plaque aréolomamelonnaire

N Bricout

**Résumé.** – La plaque aréolomamelonnaire joue un rôle essentiel dans l'harmonie d'un sein, d'autant que c'est le premier élément qui attire le regard.

Aréole et mamelon doivent être bien situés, de dimensions adaptées au volume du sein, lui donnant une apparence satisfaisante : ceci concerne couleur, texture, taille et forme, sans oublier les cicatrices éventuelles qui doivent être les plus discrètes possibles.

Ceci est valable pour toute la chirurgie mammaire, qu'elle concerne l'augmentation, la réduction ou la reconstruction.

© 2002 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

**Mots-clés :** aréole, mamelon, réduction mammaire, augmentation mammaire, reconstruction mammaire.

## Introduction

Sans aréole et sans mamelon, un sein n'est qu'une forme, qu'un volume.

C'est dire le rôle important joué par ces éléments pour qu'un sein mérite ce nom et paraisse harmonieux.

En chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire, aussi bien qu'en reconstruction, aréole et mamelon doivent attirer le regard au bon endroit.

Ils doivent :

- être correctement situés au sommet du volume correspondant ;
- avoir des dimensions adaptées à celui-ci : rien n'est plus laid que l'effet de « soucoupe » donné par une aréole trop grande et trop étalée ;
- avec, pour l'aréole, une forme et une couleur satisfaisantes, et pour le mamelon un relief correct ;
- être symétriques, et présenter les cicatrices les plus discrètes possibles.

En effet, si deux volumes mammaires sont symétriques mais que les aréoles ne le sont pas (l'œil étant attiré en premier par celles-ci), il en résulte une impression d'asymétrie et de déséquilibre très gênante esthétiquement. À l'inverse, si les deux volumes mammaires, sans bien sûr être difformes, sont légèrement asymétriques, mais que les aréoles sont, elles, symétriques, l'illusion est excellente et le résultat satisfaisant.

Dans toute cette chirurgie, il est donc essentiel, quel que soit le geste réalisé au niveau du sein, de toujours réfléchir préalablement et de prévoir les conséquences d'une modification d'aspect, d'emplacement, de taille et de forme de l'aréole.

Comme dans bien d'autres domaines, la distinction, en dehors de problèmes de nomenclature, entre chirurgie esthétique et chirurgie

réparatrice est artificielle, car il ne s'agit pas de gestes obligatoires, et le résultat se doit toujours d'être esthétique, au sens large du terme.

## Augmentation mammaire

Deux éléments sont pris en considération : le choix de la voie d'abord et la position de l'aréole sur le volume augmenté, pour la facilité du geste opératoire et la discrétion de la rançon cicatricielle.

### VOIE D'ABORD

Quelle que soit la voie d'abord choisie, elle doit permettre :

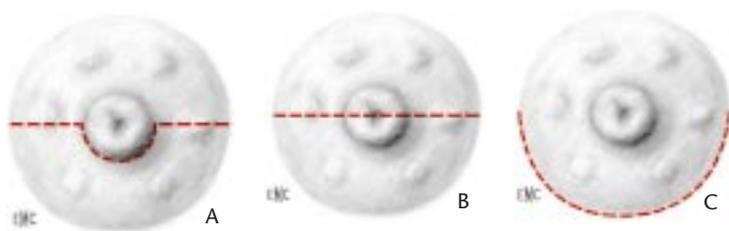
- de créer aisément une loge bien placée, et adaptée à la prothèse prévue ;
  - un contrôle rigoureux de l'hémostase (l'un des éléments de prévention d'une rétraction périprothétique) ;
  - d'introduire sans difficulté majeure la prothèse, tout en laissant une rançon cicatricielle discrète.
- Les trois voies d'abord classiques sont :
- axillaire ;
  - sous-mammaire ;
  - aréolaire, qui nous intéresse plus particulièrement ici ;
  - exceptionnellement mamelonnaire.

Cette voie d'abord aréolaire (fig 1) peut être hémiaréolaire inférieure, ou transaréolaire, contournant le mamelon à son bord inférieur, ou traversant également le mamelon transversalement.

La voie transaréolaire paraît séduisante, mais avec le temps nous l'avons abandonnée, car dans un certain nombre de cas elle donne une cicatrice moins pigmentée que le reste de l'aréole, voire blanche, et trop visible.

Il nous semble que la voie hémiaréolaire inférieure est préférable : à dimensions égales d'aréole, cette voie a une longueur supérieure à

Nathalie Bricout : Ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté, chirurgien des Hôpitaux, 96, avenue Victor-Hugo, 75116 Paris, France.



- 1 Voies d'abord aréolaires.  
 A. Transaréolaire contournant le mamelon.  
 B. Transaréolaire directe =  $2R$ .  
 C. Hémiaréolaire inférieure =  $\pi R$ .

la transaréolaire (demi-cercle :  $\pi R$ , diamètre :  $2R$ ). Elle est plus discrète car située dans une zone de transition de couleur, un peu floue : il ne faut pas inciser dans l'aréole mais dans cette zone de transition. De plus, elle est dans une zone d'ombre relative, puisque sur le versant inférieur du sein (si la prothèse est bien placée).

Elle paraît enfin plus discrète pour des raisons optiques : au premier coup d'œil, le regard est attiré par le mamelon plus que par l'aréole, et se focalise inconsciemment sur la zone la plus éclairée, c'est-à-dire la partie supérieure de l'aréole et le mamelon, et non sur la moitié inférieure (fig 2).

La voie mamelonnaire (fig 3) consiste en une incision limitée à l'hémicirconférence mamelonnaire inférieure : elle ne peut être utilisée que si le mamelon est de bonne taille, et pour introduire une prothèse gonflable. Elle est techniquement difficile, ne serait-ce que pour contrôler le décollement et l'hémostase, mais a le grand avantage, lorsqu'elle est possible, de donner une rançon cicatricielle que l'on peut qualifier d'invisible.

#### POSITION DE L'ARÉOLE

Pour que ce sein augmenté paraisse harmonieux, l'aréole doit rester au sommet du volume acquis : trop basse, sur le versant inférieur de la prothèse, cela donne un effet désagréable de bascule

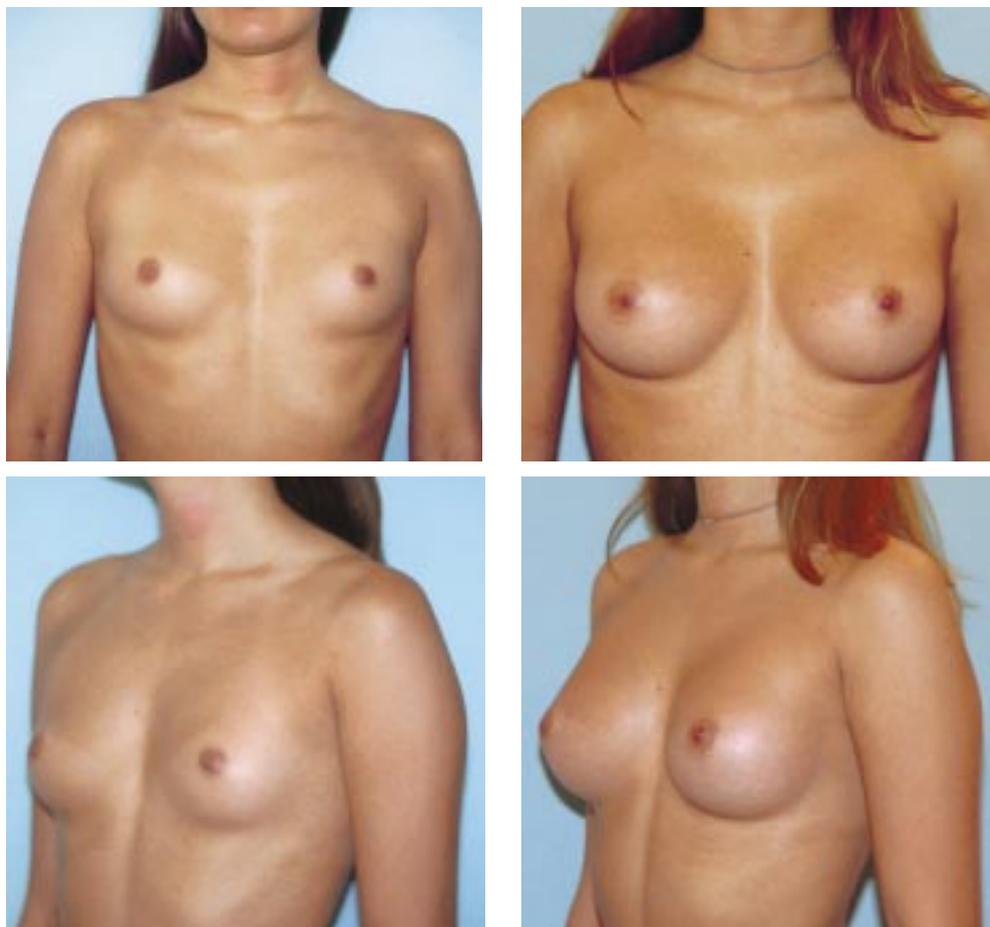
et de ptôse artificielle, trop haut située sur son versant supérieur, le sein paraît déroulé, et ce n'est pas plus esthétique (fig 4).

Ceci pose le problème du rapport entre les dimensions de la prothèse et le niveau du sillon sous-mammaire.

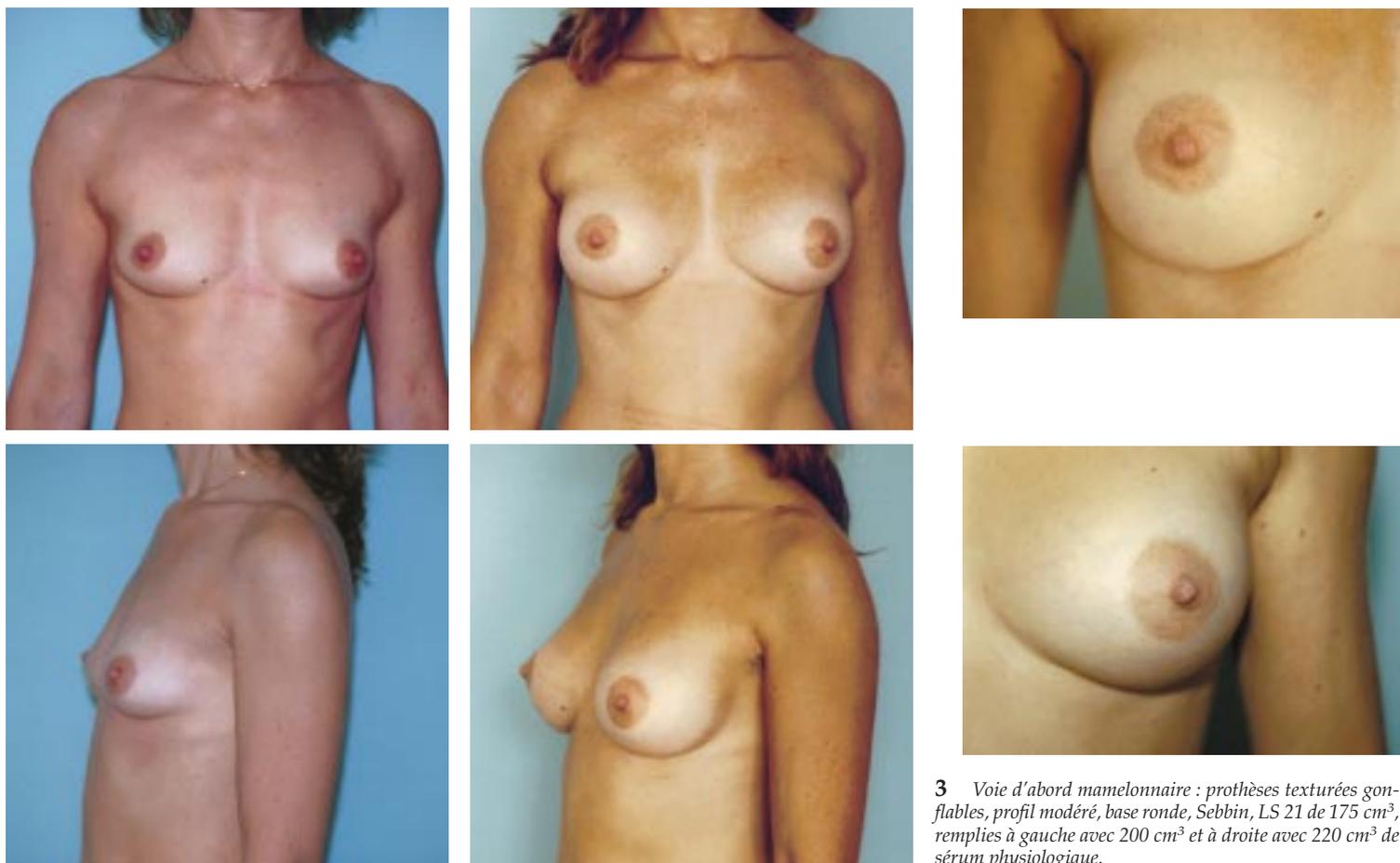
#### ■ En cas d'hypoplasie

Lorsque le sillon est absent ou à peine ébauché, le dessin préopératoire trace sur la patiente debout une ligne horizontale qui détermine le point le plus déclive du sillon sous-mammaire souhaité, correspondant à l'ébauche existante, ou souvent un peu plus bas, lorsque la distance du bord inférieur de l'aréole à cette ébauche de sillon est très faible (fig 5). Le niveau du sillon est un compromis entre la hauteur du thorax et la prothèse que l'on souhaite introduire, puisque la distance mamelon-sillon doit correspondre au rayon de la prothèse. Il vaut donc mieux raisonner en termes de base mammaire et de diamètre de prothèse, plutôt qu'en volume de prothèse.

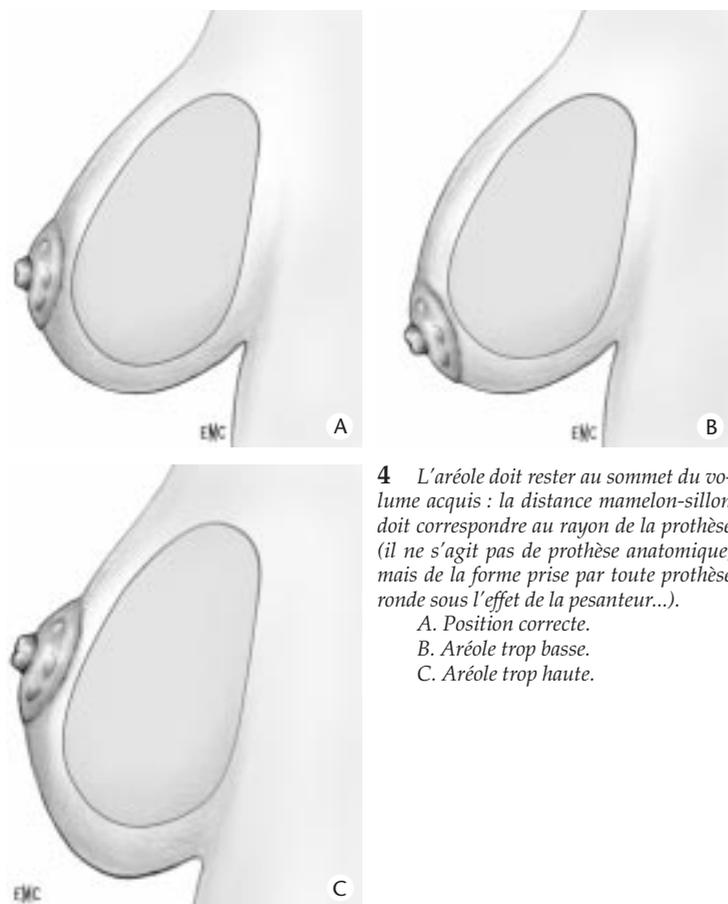
Le volume de la prothèse donne un aspect différent selon que sa base est plus ou moins étalée, mais les fabricants parlent eux de profil bas ou de profil haut. À volume égal, la prothèse a une forme différente, qui influence considérablement le résultat, selon son diamètre : si le diamètre est faible, la projection antérieure est importante, et la prothèse n'apporte qu'une projection centrale (prothèse dite à profil haut) : ceci peut donner un bon résultat s'il existe déjà un volume mammaire non négligeable, une base étalée, et que l'on souhaite simplement projeter le sein. Cela suppose en fait que la prothèse ne fait que compléter un volume mammaire existant, et que participer partiellement au volume global. Si le sein est très hypoplasique, la situation est pratiquement comparable à celle d'une reconstruction : il faut que la prothèse non seulement projette le sein, mais reconstitue également la base mammaire. Il ne faut donc pas utiliser de prothèse dite à profil haut dans ce cas, car l'on n'obtiendrait, dans les volumes modérés qui sont les nôtres en pratique européenne, qu'un aspect de « jaune d'œuf sur le plat ». Il



- 2 Voie d'abord aréolaire : mise en place, par voie hémia-  
 réolaire inférieure, en position rétro- et infrapectoral, de  
 prothèses Sebbin, LS 21 (gonflables, paroi texturée, profil  
 modéré, base ronde) de  $200\text{ cm}^3$ , remplies à gauche avec  
 $220\text{ cm}^3$  et à droite  $200\text{ cm}^3$ .

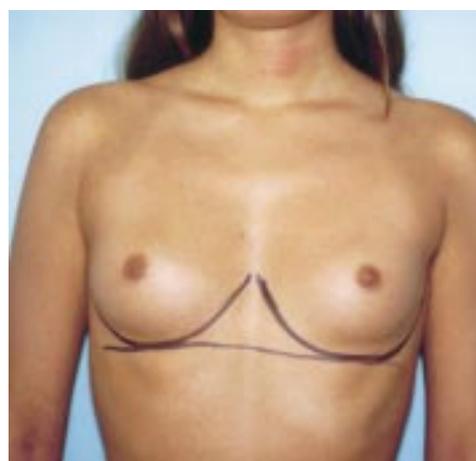


**3** Voie d'abord mamelonnaire : prothèses texturées gonflables, profil modéré, base ronde, Sebbin, LS 21 de 175 cm<sup>3</sup>, remplies à gauche avec 200 cm<sup>3</sup> et à droite avec 220 cm<sup>3</sup> de sérum physiologique.



**4** L'aréole doit rester au sommet du volume acquis : la distance mamelon-sillon doit correspondre au rayon de la prothèse (il ne s'agit pas de prothèse anatomique, mais de la forme prise par toute prothèse ronde sous l'effet de la pesanteur...).

- A. Position correcte.  
B. Aréole trop basse.  
C. Aréole trop haute.



**5** Sillon à peine ébauché et trop haut situé : le sillon souhaité sera dessiné plus bas, la distance mamelon-sillon correspondant au diamètre de la prothèse (même cas que sur la figure 2).

#### ■ En cas de ptôse associée

Il faut évaluer son degré pour déterminer si, avant l'intervention, en plus de l'introduction de la prothèse, un geste cutané sera nécessaire (et utile), et en prévenir la patiente. Mais ce geste aboutit à une rançon cicatricielle supplémentaire, qui ne doit pas être disproportionnée par rapport à l'avantage morphologique obtenu : il vaut mieux dans certains cas tolérer une légère ptôse si son aspect est naturel, plutôt que barder ce sein de cicatrices supplémentaires, et par trop évidentes.

Le but est toujours le même : que l'aréole reste centrée sur le volume restauré.

On différencie classiquement les ptôses d'origine glandulaire et cutanée (fig 6), distinction légèrement artificielle car elles sont souvent associées, mais pratique car il importe en fait d'évaluer quelle est celle qui est prépondérante, cela ayant des conséquences sur le geste chirurgical. C'est pourquoi cette distinction reste intéressante.

faut utiliser des prothèses dites à « profil modéré », qui assurent une projection correcte, tout en s'étalant sur toute la base mammaire.



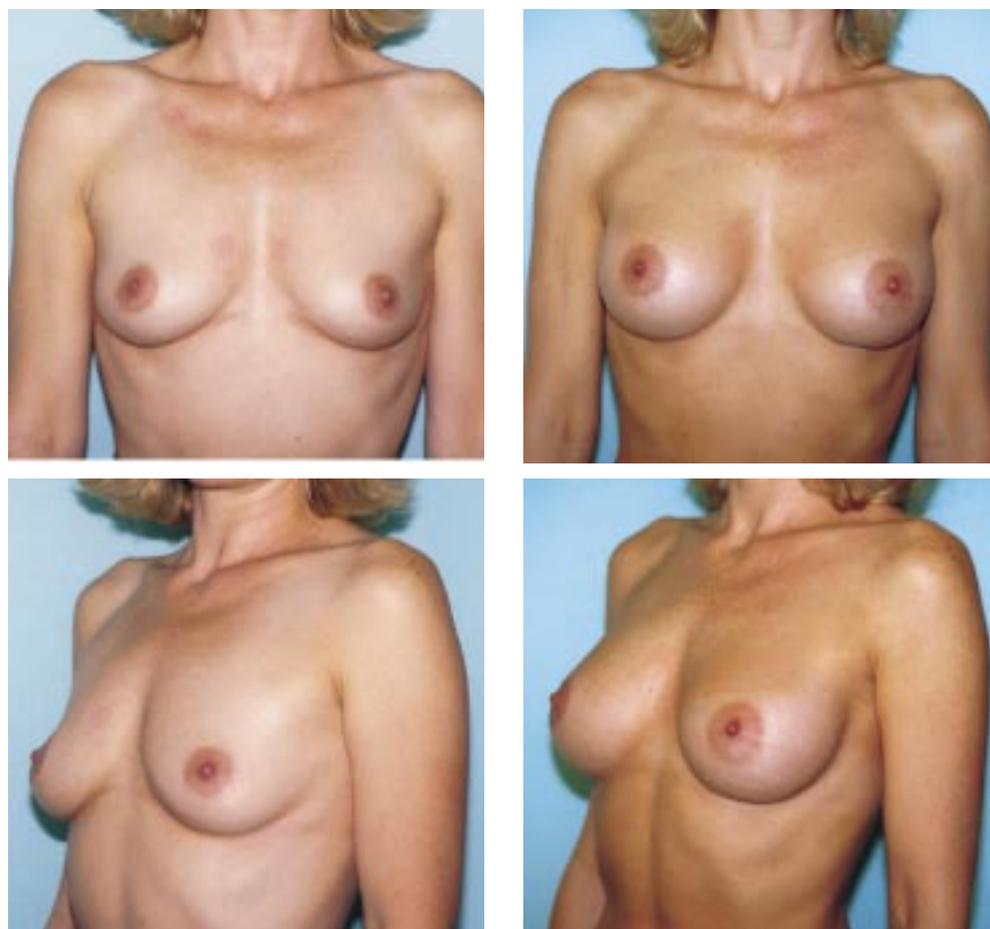
- 6 A. Ptôse glandulaire : les segments II et III ne s'allongent pas, le mamelon recule sur le plan thoracique.  
B. Ptôse cutanée : les segments II et III s'allongent, le mamelon descend plus qu'il ne recule.

Classiquement, une ptôse glandulaire est due à la perte de volume mammaire, après grossesse et/ou allaitement, ou amaigrissement, et ne s'accompagne que d'un simple recul de l'aréole. Elle est corrigée simplement par l'augmentation mammaire, qui reprojette correctement le mamelon, en bonne position. Le sillon sous-mammaire est bien marqué, et en bonne place, il convient donc de vérifier que la distance mamelon-sillon correspond au rayon de la prothèse choisie. Évidemment, si l'on a choisi d'introduire la prothèse par voie sous-mammaire (fig 7) (ce qui est commode et discret car une incision strictement placée dans le sillon ne se voit guère) ou axillaire, il n'y a aucune rançon cicatricielle aréolaire.

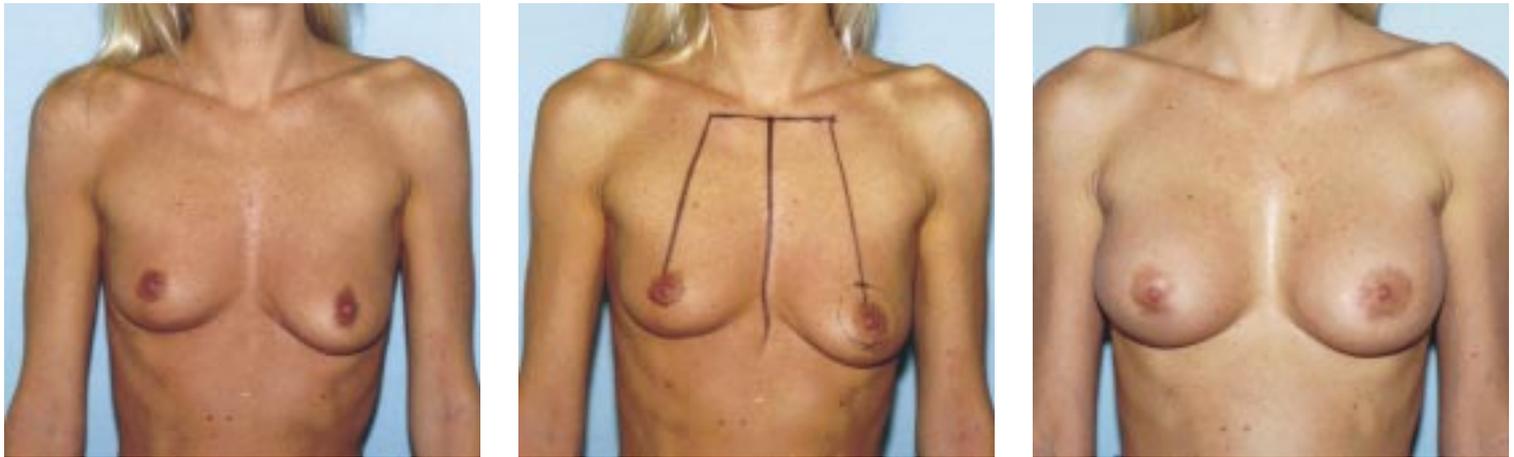
La ptôse glandulaire est en fait souvent associée à une ptôse cutanée, la peau ayant été auparavant distendue (augmentation mammaire

d'une grossesse ou d'une prise de poids, avec perte plus ou moins importante de l'élasticité cutanée). Non seulement le mamelon a reculé sur le thorax, mais en plus il s'est abaissé. Le geste nécessaire pour recentrer l'aréole sur le volume restauré dépend du degré de cette chute, mais également du volume de la prothèse introduite (et intervient ici le poids supplémentaire représenté par la prothèse) et du degré de rupture des fibres élastiques. Pour recentrer correctement l'aréole sur le volume restauré, il faut d'abord introduire l'implant choisi par la voie à la fois la plus discrète et la plus adaptée au geste suivant (la correction de la ptôse). Si l'on pense que seule une résection périaréolaire est nécessaire, la prothèse est introduite par voie hémiaréolaire inférieure, puis, brèches musculaire et glandulaire fermées, derme bâti, la résection périaréolaire est ensuite dessinée et réalisée. La correction de ptôse par résection périaréolaire seule a tendance à diminuer la projection antérieure du sein, mais ici ce défaut est compensé par la mise en place de la prothèse qui projette justement le sein. Mais seule une ptôse discrète, sans déroulement excessif et élargissement marqué de l'étui cutané dans les quadrants inférieurs, peut être corrigée de manière satisfaisante par ce procédé (fig 8). Une résection cutanée périaréolaire trop importante aboutit soit à une aréole trop grande (désagréable effet de « soucoupe »), soit à des fronces, avec le risque de persistance de celles-ci, de cicatrice irrégulière ou d'élargissement secondaire de l'aréole. Pour éviter un élargissement de l'aréole, on peut verrouiller par un surjet intradermique de Nylon ou de Gore Tex® la réduction du cercle périphérique, mais les ptôses s'accompagnent généralement d'une peau fine, et ce fil risque d'être palpable, ou au pire, de s'extérioriser au niveau du nœud.

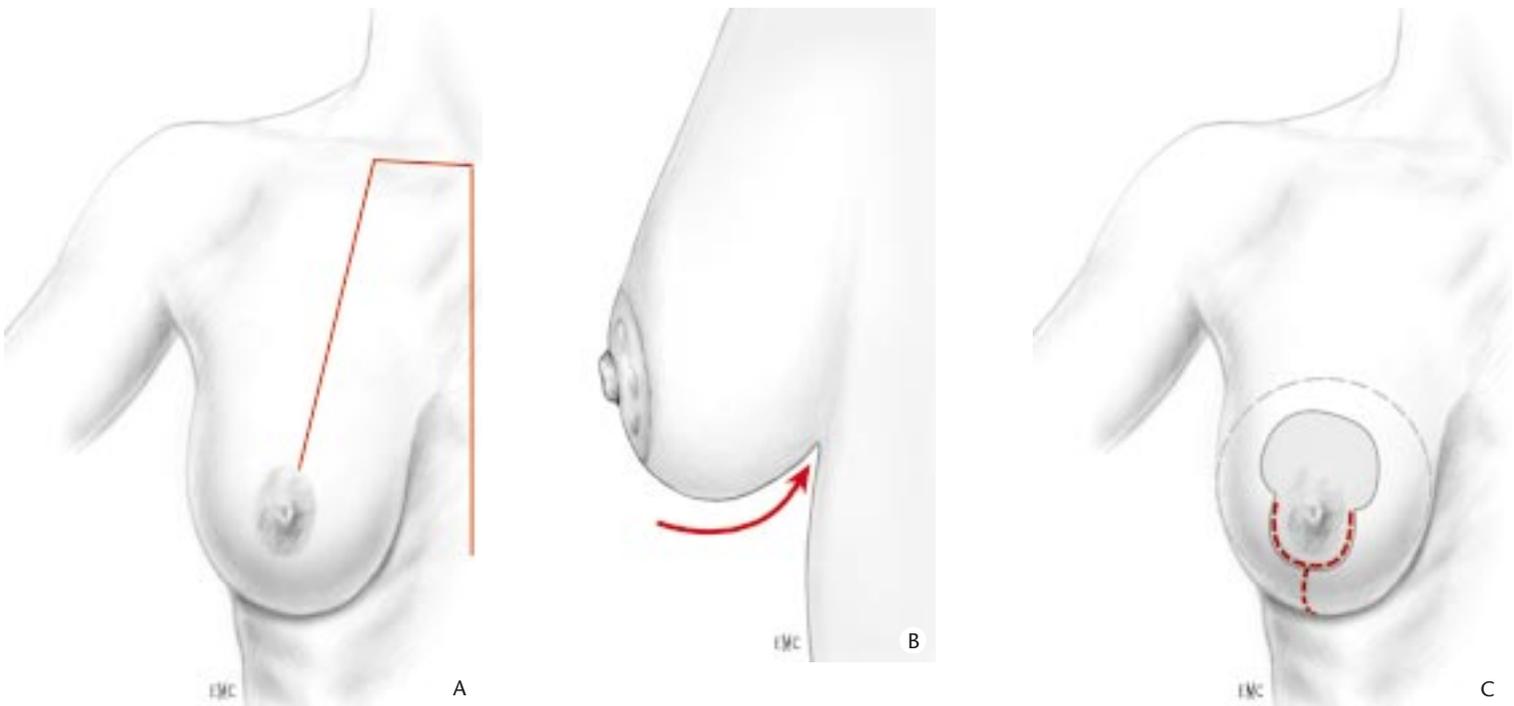
Dès qu'une résection cutanée est nécessaire au niveau des quadrants inférieurs, pour réduire à la fois la base mammaire et la surface des quadrants inférieurs, il faut remodeler le sein par une plastie complète, aboutissant le plus souvent à une cicatrice périaréolaire et en T inversé (fig 9, 10), parfois limitée à la branche verticale du T. Dans ces cas, il est plus facile et pratique d'introduire la prothèse par une courte incision sous-mammaire, à cheval sur l'axe du sein ;



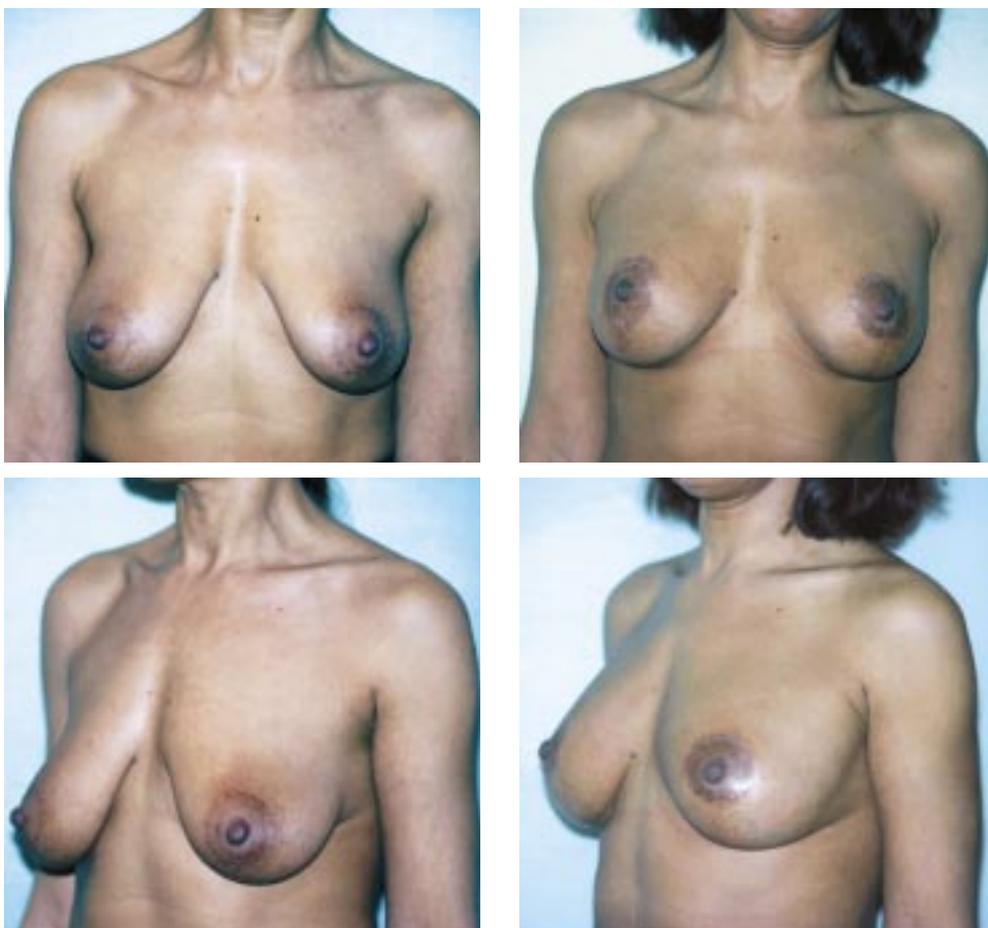
- 7 Prothèses introduites par voie sous-mammaire, car le sillon était bien marqué : prothèses Sebbin LS 21 (gonflables, paroi texturée, profil modéré, base ronde) de 225 cm<sup>3</sup>, remplies à gauche avec 270 cm<sup>3</sup> et à droite avec 250 cm<sup>3</sup> de sérum physiologique.



**8** Hypoplasie avec asymétrie : l'asymétrie cutanée, avec ptôse relative à gauche, a été corrigée par résection cutanée périaréolaire unilatérale (prothèses LS 21 de 175 cm<sup>3</sup>, remplis à gauche avec 180 cm<sup>3</sup> et à droite avec 190 cm<sup>3</sup> de sérum physiologique).



**9** En cas de ptôse glandulaire et cutanée nécessitant à la fois un remplissage et une résection cutanée (A), la prothèse est tout d'abord introduite par une courte voie sous-mammaire strictement placée dans le sillon (B), puis la ptôse est corrigée en replaçant correctement l'aréole au point le plus projeté du volume obtenu (C, D).



**10** Fonte glandulaire et distension cutanée: volume restauré par prothèses rétro- et infrapectoraes, et résection de l'excédent cutané par technique à pédicule supérieur et concentration cutanée sur clamp, sans dessin préétabli.

elle sera incluse dans la résection ultérieure. Les dessins préopératoires marquent l'axe du sein, à partir d'un point situé à 5 cm du creux sus-sternal et passant par le mamelon (si celui-ci est bien centré sur le sein), et le sillon sous-mammaire.

## Plasties mammaires

Les buts d'une plastie mammaire sont :

- de rétablir un volume mammaire résiduel en harmonie avec la morphologie générale de la patiente ;
- d'y réadapter correctement l'étui cutané ;
- de centrer correctement la plaque aréolomamelonnaire, en lui conservant sa sensibilité ;

au prix de cicatrices les plus discrètes possibles :

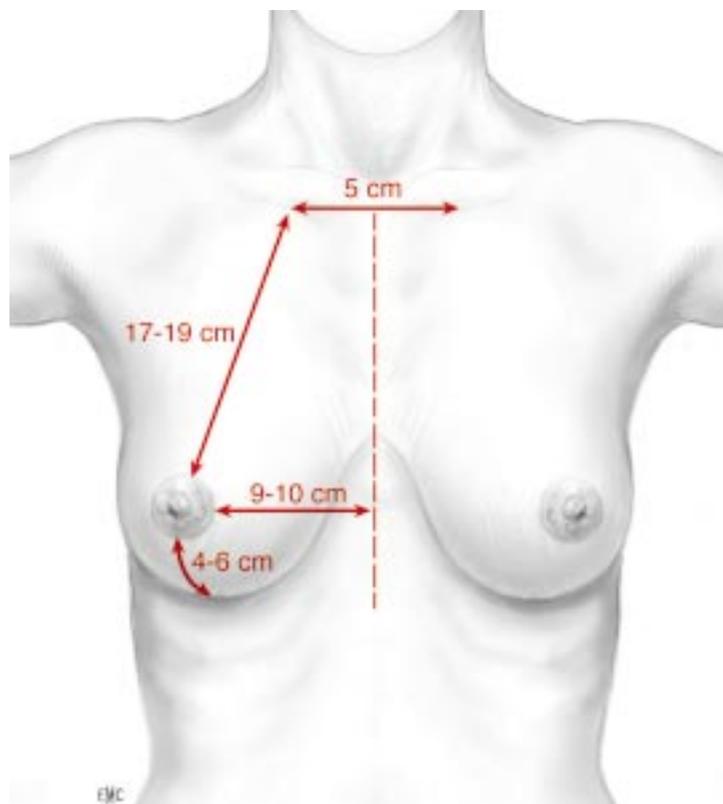
- bien situées ;
- les plus courtes possibles ;
- de bonne qualité.

L'aréole, comme toujours, est le premier élément qui attire le regard. Elle doit donc être :

- bien centrée au sommet du volume restauré (on entend par sommet l'endroit le plus projeté du sein) ;
- de dimensions adaptées à ce même volume ;
- symétrique en taille et en forme au côté opposé.

### POSITION DE L'ARÉOLE

En moyenne, on peut donner comme repères (fig 11), pour une femme de morphologie « européenne », 1, 60 m, taille de soutien-gorge 90 B-C, ni géante, ni obèse, ni héroïne de feuilleton californien... :



**11** Position de l'aréole d'un sein de volume modéré, non ptôse, pour une femme de taille et de corpulence moyennes.

- une distance du sommet de l'axe du sein (5 cm en dehors du creux sus-sternal) de 17 à 19 cm ;

– une distance de la ligne médiane à la tangente interne à l'aréole non inférieure à 9 cm, en moyenne entre 9 et 11 cm ;

– une distance du bord inférieur de l'aréole au sillon de 4,5 à 6 cm.

Ces repères sont des moyennes, remis en cause notamment par les techniques à cicatrice verticale, mises au point dans le louable souci de réduire la rançon cicatricielle lorsque l'on craint des cicatrices chéloïdes (certaines peaux noires).

Lorsque l'on souhaite laisser un volume résiduel plus important, toujours parce qu'il serait plus en harmonie avec la silhouette générale (poids, taille, donc thorax plus long ce qui veut dire une distance du creux sus-sternal au sillon plus importante) et non pas simplement dans le but de raccourcir les cicatrices, c'est là que probablement les techniques à cicatrice verticale trouvent leur place. Mais souvent, si cette verticale est trop longue, le sein se déroule ou, en cas de bourse inférieure exagérément froncée, la cicatrice est disgracieuse et une reprise en T est nécessaire. La longueur du T est finalement voisine de la cicatrice horizontale que l'on aurait obtenue avec un T sur clamp, c'est-à-dire sans prédétermination du dessin inférieur. Faire une cicatrice verticale plus longue, ou unique, impose également d'allonger la distance de l'extrémité supérieure de l'axe du sein à l'aréole, pour que la position de l'aréole reste satisfaisante, et minimiser le risque de déroulement ; cela veut dire également laisser un volume résiduel plus important ; mais plus le sein sera gros, plus la peau risque d'être distendue et le sein reptôse, plus ou moins vite.

### ■ Aréole trop haute

Quelle que soit la technique utilisée, le défaut le plus ennuyeux est de situer une aréole trop haut, ce qui n'est pas rattrapable, et a pour conséquence d'aboutir à un segment III déroulé.

Pourquoi ?

Si le sillon sous-mammaire est mobilisable avec le sein sur le thorax, il est fixe anatomiquement, car c'est le point où le fascia superficialis passe du plan sous-cutané au plan rétro-glandulaire ; il est donc en pratique impossible de tricher délibérément avec son niveau, en dehors de 2 ou 3 cm d'incertitude sur sa position réelle, liés à la distension cutanée par le poids de la glande.

Une aréole placée trop haut sera donc compensée tôt ou tard par un segment III exagérément long :

– soit immédiatement, lors de la réalisation de la suture verticale, avec une cicatrice très longue, qu'il s'agisse d'une verticale pure, ou d'une cicatrice en T, la branche horizontale étant correctement placée dans le sillon ;

– soit ultérieurement, si l'on a décidé de tricher avec la hauteur de la cicatrice verticale, et de la conserver à tout prix d'une longueur habituelle : le sein va en quelque sorte récupérer sa peau, et en quelques semaines ou quelques mois, la cicatrice horizontale va migrer sur le versant inférieur du sein, et le sillon retrouver son niveau initial. Ceci est également valable lorsque l'on a voulu trop tricher avec les fronces ou la bourse inférieure d'une technique verticale.

### ■ Aréole trop basse

L'aréole devant rester au sommet du sein, un résultat harmonieux est obtenu lorsque les segments II et III sont proportionnés. Ils ne doivent pas varier de façon inversement proportionnelle : un segment II trop court sera compensé tôt ou tard, nous venons de le voir, par un segment III trop long. Si à l'inverse on place l'aréole trop bas, ce segment II trop long sera compensé par un segment III trop court, l'aréole est trop basse, le sein prend un aspect ptôse : mais dans ce cas le défaut est un peu plus facilement rattrapable, par recentrage aréolaire et reprise de la concentration cutanée.

### ■ Aréole trop interne

La distance de la ligne médiane au bord interne de l'aréole ne doit pas être inférieure à 9 cm.



**12** Mauvais résultat d'une méthode oblique (patiente opérée en position couchée) : entre autres défauts, les aréoles sont trop internes.

Une aréole trop externe est un défaut rattrapable par désépidermisation complémentaire, une aréole trop proche ne l'est jamais, tout comme une aréole exagérément haute, puisqu'il faudrait pouvoir allonger cette distance. Deux moyens seulement seraient utilisables :

– une greffe, mais il persisterait la cicatrice du patch que représente la greffe, sans oublier les problèmes de couleur : c'est donc remplacer un problème par un autre pratiquement équivalent ;

– certains ont voulu utiliser le principe de l'expansion cutanée pour allonger cette zone. Cela ne marche pas non plus, car une fois la prothèse d'expansion retirée, rien ne maintient l'étirement cutané, et l'aréole reprend sa place.

Indépendamment, ou presque, de la distance, s'associe un problème d'optique : les seins doivent donner une impression de divergence, et non de convergence, et c'est la position de l'aréole qui se remarque en premier : rien n'est plus affreux que des seins qui « louchent », avec des aréoles trop proches de la ligne médiane, que ce défaut soit absolu ou relatif (problème des méthodes obliques mal comprises (fig 12), et des volumes prépondérants dans les quadrants externes). D'autre part, si les aréoles sont (légèrement) divergentes, le regard ne peut les saisir en même temps, et donc les intégrer, il doit passer de l'une à l'autre, tout au moins dans la réalité : une légère asymétrie morphologique sera donc dans ce cas moins évidente à l'œil nu.

C'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles une photo de face (qui est l'incidence essentielle pour juger du résultat d'une plastie mammaire) pardonne moins que la réalité : le champ de vision réduit aux dimensions de la photo saisit la totalité du buste d'un seul coup d'œil.

## DIMENSIONS DE L'ARÉOLE

Les deux aréoles doivent non seulement être symétriques en position, mais également en taille, ce qui implique une égalité de tension, donc des dessins symétriques. Ceci ne pose guère de problème pour le dessin périphérique, qui est en général fait préalablement au geste opératoire, et l'on ne peut que recommander l'usage d'un anneau de Dufourmentel pour vérifier sa régularité. Le dessin interne doit être fait dès le début de l'intervention, et surtout des deux côtés en même temps, quel que soit l'instrument utilisé, car l'aide qui étale l'aréole ne le fera pas forcément avec la même énergie, donc la même tension, après l'intervalle de la réalisation d'un côté.

Il vaut mieux dessiner de petites aréoles : 40 à 45 mm de cercle interne, en étalant l'aréole. Les aréoles ont tendance à s'élargir, car leur peau fine se laisse facilement distendre par la tension périphérique, et des aréoles trop grandes donnent un effet de soucoupe très disgracieux. Il faut également que le cercle périphérique soit en rapport avec le cercle interne : trop d'incongruence aboutit à un élargissement pas toujours symétrique de l'aréole et de la cicatrice, bien que ce soit le principe des



**13** *Plastie périaréolaire en VT parachute (technique personnelle) ; résection de 285 g à gauche et 315 g à droite.*

résections périaréolaires. Le problème ne peut être nié, mais est un peu différent, sans doute parce que la peau est décollée de la glande (tension sous-jacente probablement moins importante), et surtout parce que l'on verrouille la suture avec un fil non résorbable.

#### CICATRICE ARÉOLAIRE

La cicatrice aréolaire, quelle que soit la technique employée, reste inévitable.

Comment, sinon l'oublier, du moins la rendre tolérable ?

Indépendamment des facteurs liés à la peau elle-même, et pas vraiment contrôlables, les cicatrices les plus discrètes sont obtenues :

- en faisant des surjets intradermiques et non pas des points séparés ;
- en évitant des tensions exagérées, génératrices d'élargissement et de cicatrices hypertrophiques. Il vaut mieux éviter une différence importante entre les deux cercles.

Une exception encore non expliquée : dans les techniques périaréolaires s'accompagnant d'un décollement cutanéoglandulaire étendu, la cicatrice peut être irrégulière et élargie, mais il n'est pas observé de cicatrice hypertrophique. Peut-être le décollement joue-t-il un rôle par la dénervation temporaire qu'il induit, en plus de celui joué par le fil non résorbable qui maintient les tensions et en soulage la peau (fig 13).

En conclusion de ce chapitre, soulignons l'intérêt des dessins préopératoires, réalisés sur la patiente debout, le plus précisément possible, en fonction de la taille et de l'élasticité cutanée prévisible. Même si ces repères ne sont que des garde-fous, car il faut pouvoir conserver une marge de manœuvre et des possibilités d'adaptation en cours d'intervention, leur intérêt est de fixer les limites à ne pas enfreindre : une résection cutanée insuffisante se rattrape, une incision d'emblée trop haute ou trop interne ne peut se corriger. Nous utilisons largement le centimètre de couturière en

préopératoire, une règle métallique et un jeu d'anneaux de Dufourmentel en peropératoire, qui ont l'avantage de pouvoir s'ouvrir et se fermer, donc de permettre de vérifier l'adéquation des cercles externes et internes, et éviter une tension exagérée due à une inadéquation trop importante, source prévisible de cicatrice hypertrophique et d'élargissement.

La cicatrice aréolaire est finalement la cicatrice inévitable d'une plastie mammaire (fig 14), quelle que soit la technique employée, et en même temps celle qui se voit le plus. Il faut prévenir la patiente d'une reprise éventuelle 9 mois à 1 an du geste initial, car souvent, une fois les tensions stabilisées, une reprise donnera un aspect plus régulier (en forme et en taille) et plus satisfaisant (cicatrice plus fine en secondaire, surtout si elle n'a été hypertrophique et/ou élargie qu'en un seul point).

#### **Reconstruction mammaire**

*Plus que dans tout le reste de la chirurgie mammaire, l'aréole et le mamelon vont attirer le regard sur le volume reconstruit. C'est la touche finale qui va, de ce volume, donner l'illusion d'un sein.*

*Il faut donc reconstruire en bonne situation une plage colorée, de couleur et de taille adéquates, avec un relief central, le mamelon.*

#### PROCÉDÉS

Le moyen le plus utilisé pour l'aréole a longtemps été une greffe, prise dans des endroits variés : retenons essentiellement le prélèvement controlatéral, et le sillon génitocrural. L'aréole opposée ne peut être utilisée que si elle est de taille suffisante, et qu'une plastie mammaire est prévue : attention donc si la plastie est réalisée dès le premier temps opératoire, à garder toute l'aréole, et à ne pas la placer trop haut. Une greffe prélevée dans le sillon génitocrural a une couleur plus soutenue que la peau thoracique, et souvent proche de l'aréole opposée, sauf lorsque celle-ci est franchement rose



**14** *Plastie de réduction à pédicule supérieur, concentration sur clamp et cicatrice en T inversé (technique personnelle) ; résection de 360 g à gauche et 460 g à droite.*



**15** *Reconstruction de l'aréole par greffe du sillon génitocrural.*

(fig 15). Il faut veiller en la dégraissant à bien couper tous les follicules pileux visibles, et prévenir la patiente qu'une épilation électrique ultérieure sera peut-être nécessaire.

Oublier les greffes prélevées au niveau des petites lèvres, qui ont tendance, au contraire des autres greffes, à se pigmenter davantage et à devenir trop rouges, ou marron foncé.

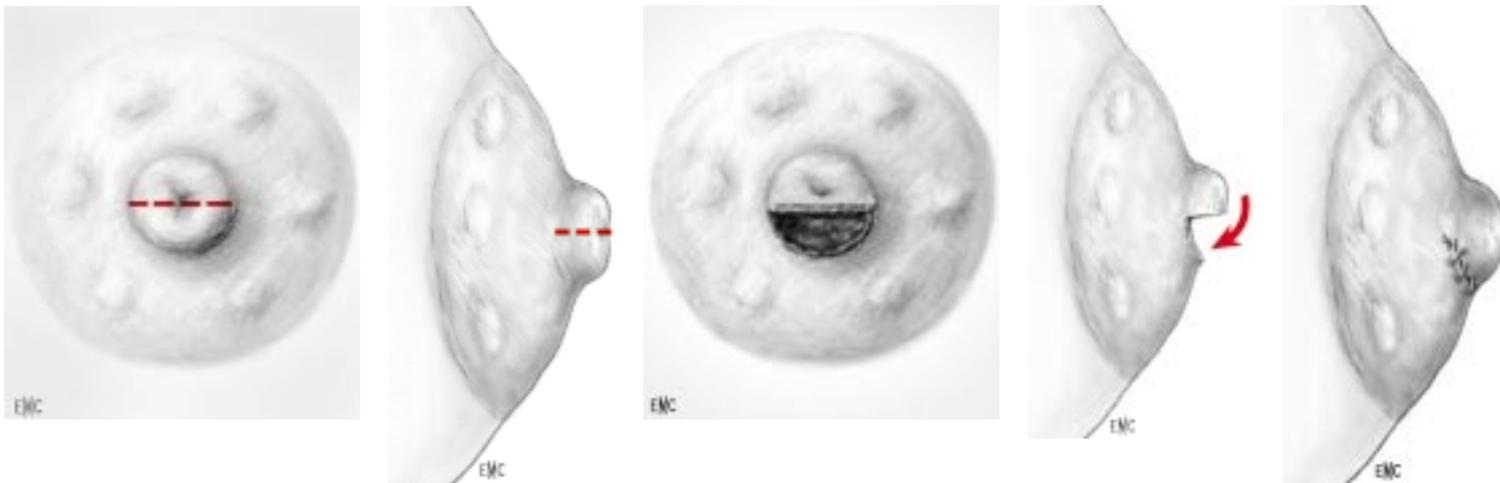
Il faut être prudent dans la taille de la greffe : se servir d'un anneau de Dufourmentel, et plutôt reconstruire des aréoles de petite taille, car une asymétrie de diamètre entre les deux côtés sera moins perceptible que pour de grandes aréoles. Or, lorsque la patiente est endormie, l'aréole du côté intact n'est plus contractée et a tendance à être plus grande qu'en réalité. D'autre part, certaines greffes ont tendance à se rétracter, d'autres à s'étaler, quel que soit le terrain sous-jacent (prothèse ou lambeau, tissu irradié ou non), et cela est difficilement prévisible : habituellement, les greffes en terrain irradié ont plutôt tendance à se rétracter, ou à garder la même taille, tandis

que les greffes sur sein reconstruit par prothèse (tissu déjà tendu) ont tendance à s'étaler.

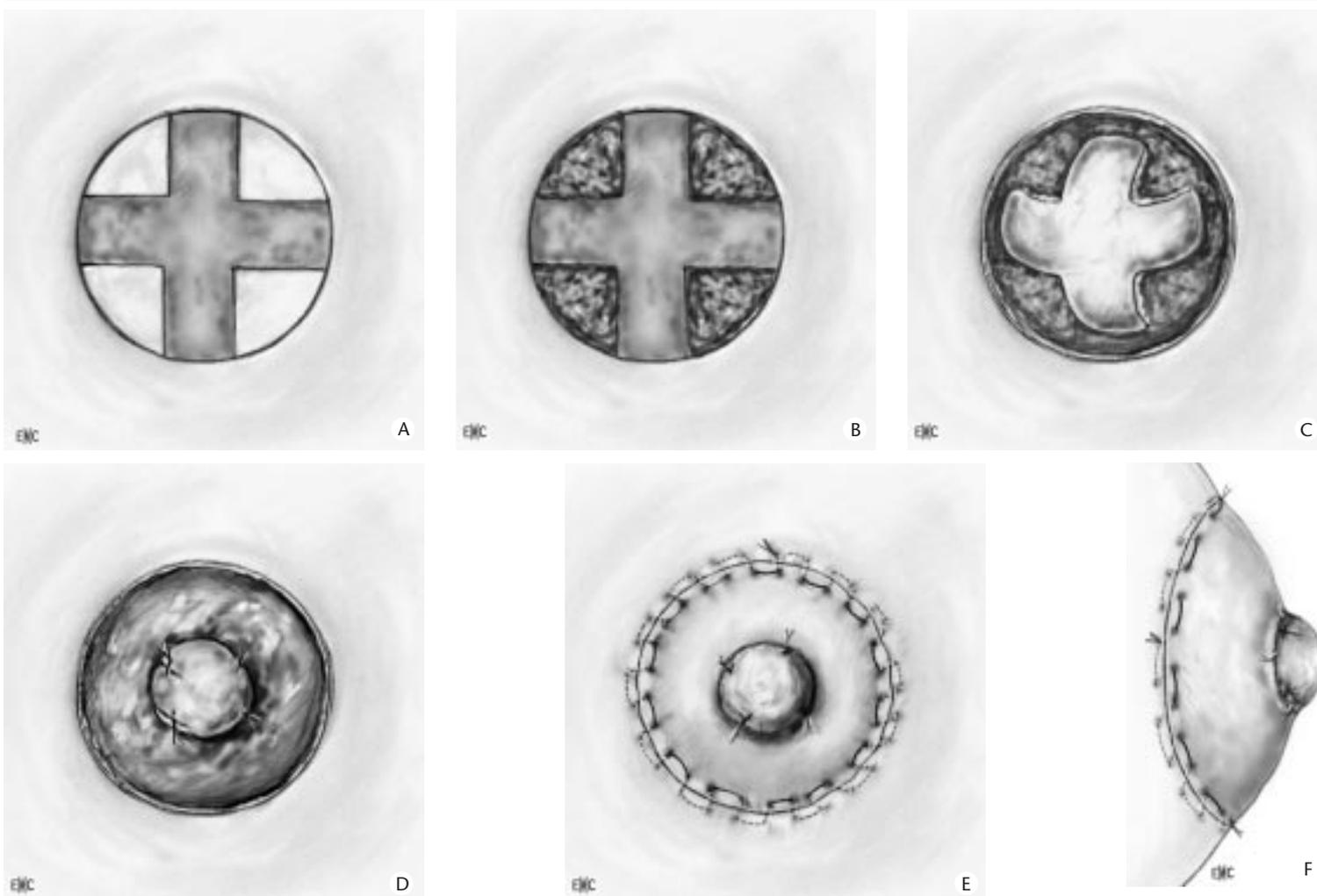
Les tatouages sont un moyen simple, et l'on dispose maintenant d'une large gamme de coloris, adaptés sans mélange à cette reconstruction. Mais ils ne donnent aucun relief, et malheureusement, les couleurs ne sont pas stables et s'estompent plus ou moins vite. Il ne faut pas les exposer aux ultraviolets. Attention aux couleurs trop orangées, aux nuanciers à fond blanc !

On revient donc davantage aux greffes actuellement, pour le petit relief qu'elles donnent, et qui peuvent au besoin être pigmentées secondairement. Le pigment sera-t-il plus stable dans ce tissu cicatriciel ?

Pour le mamelon, le meilleur matériau reste le mamelon opposé, qui peut être prélevé dès que son volume est suffisant, au niveau de sa moitié inférieure, sans séquelle (fig 16). Même un mamelon invaginé peut être désinvaginé, corrigé et prélevé, si son volume est correct.



16 Prélèvement du mamelon opposé.



17 Lambeau local en croix de Malte : la zone de prélèvement nécessite d'être couverte par une greffe.

A. Tatouage préalable des quatre branches.  
B. Désépidermisation des angles.

C. Incision des quatre lambeaux jusqu'à leur base.  
D. Suture des côtés deux à deux.  
E, F. Greffe de l'aréole (sillon génitocrural).

Les lambeaux locaux sont une alternative. Il y en a une multitude de décrits : Little, champignon, croix de Malte (fig 17). Certains, comme le lambeau en queue de poisson (fig 18), permettent de fermer directement la zone donneuse. Il faut toujours créer un mamelon plus volumineux que le résultat définitif souhaité, car ils ont une fâcheuse tendance à s'aplatir. Ils ne sont pas pigmentés, il faudra donc les tatouer, immédiatement, et alors avant l'incision, ou secondairement.

Lorsqu'une greffe est prévue pour l'aréole, nous donnons la préférence à un lambeau en croix de Malte, dont le volume est plus constant, et l'aspect satisfaisant.

#### CHRONOLOGIE

La plaque aréolomamelonnaire sera toujours reconstruite dans un deuxième temps opératoire, pour plusieurs raisons :



18 Lambeau local en « queue de poisson ».

– c'est l'aréole qui transforme un volume en sein : il faut donc qu'elle soit très bien située sur ce volume. Il n'est généralement pas possible de le déterminer au premier temps opératoire car, quelle que soit la technique utilisée, le sein n'a pas pris sa forme et son galbe définitifs ;

– si les deux volumes mammaires ne sont pas parfaitement symétriques, mais que les aréoles le sont, l'illusion sera satisfaisante ; si en revanche les deux volumes sont identiques et symétriques, mais que les aréoles ne le sont pas, la reconstruction paraîtra ratée ;

– le deuxième temps opératoire est bien souvent l'occasion d'y associer des retouches, des petits gestes qui font que cette reconstruction est réussie, et pas seulement approximative. C'est une chirurgie qui demande d'être perfectionniste.

Le deuxième temps d'une reconstruction est réalisé en moyenne entre 4 et 6 mois après le premier geste, délai nécessaire pour que la forme autour d'une prothèse se soit stabilisée, et que l'on puisse juger d'une rétraction éventuelle et de son degré, plus probable et plus fréquente après radiothérapie. Ce délai, tout comme pour un lambeau, qu'il s'agisse de grand dorsal ou de grand droit, indépendamment des particularités propres à ces techniques, est également utile pour juger de la forme et de la position du sillon sous-mammaire, et des améliorations à apporter.

### **Invagination mamelonnaire**

Sujet qui a fait couler beaucoup d'encre, comme tout point de détail, mais chirurgie utile.

L'invagination est liée à une brièveté des canaux galactophores. Il faut donc employer des techniques qui les sectionnent complètement, sous peine de récurrence.

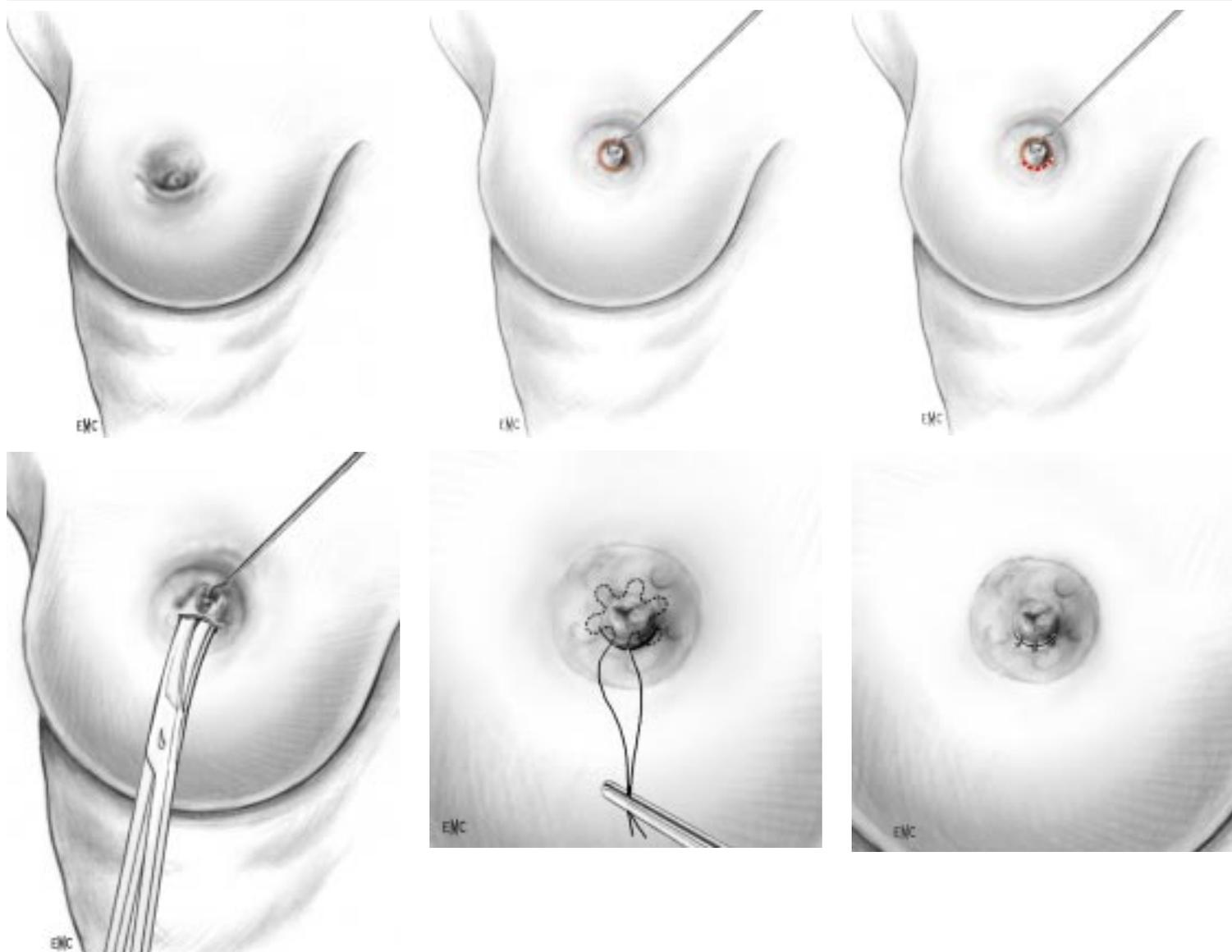
L'une d'elles consiste à extérioriser le mamelon par un crochet (ne pas utiliser d'adrénaline), à marquer la périphérie à l'encre de la base mamelonnaire, à inciser l'hémicirconférence inférieure, à sectionner tous les galactophores (ce qui conduit à atteindre pratiquement le derme), à effacer la perte de substance interne, après hémostase soignée par un point en « X » de fil résorbable lent, à passer avec le même fil une bourse interne à la base du mamelon, modérément serrée, pour que celui-ci ne se rétracte pas, et à fermer par quelques points séparés de fil à résorption rapide. La cicatrice, bien placée dans la base du mamelon, est quasiment invisible (fig 19).

La question souvent posée est celle de l'allaitement : il est impossible avant, mais on dit que les canaux se reconstituent, et qu'il doit être possible après. L'intervention ne représente donc pas une perte de chance.

### **Références**

- [1] Berger K, Bostwick J 3<sup>rd</sup>. A woman's decision: breast care, treatment and decision. St Louis : QMP, 1998
- [2] Bostwick J 3<sup>rd</sup>. Plastic and reconstructive breast surgery. St Louis : QMP, 1990
- [3] Bricout N. Chirurgie du sein. Paris : Springer-Verlag, 1998
- [4] Hypertrophie mammaire. Rapport du XXXIV<sup>e</sup> congrès de la société française de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, 1989

**Figure 19 ►**



19 Correction d'invagination mamelonnaire.