

ARTICLE ORIGINAL

LES ASYMETRIES MAMMAIRES CONGENITALES
A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS

CONGENITAL BREAST ASSIMETRY : ON 5 PATIENTS

SANKALÉ AA, EL KOUZI B, NDIAYE A, NDIAYE L, TOURE CT

Service de Chirurgie Pédiatrique Hôpital Le Dantec - Dakar

CORRESPONDANCE Docteur Anne Aurore SANKALE Tel : 77-455-89-30

BP 15186 Dakar Fann - e-mail : aasankale@yahoo.fr

RESUME

L'asymétrie mammaire congénitale est une pathologie entraînant des répercussions psychologiques parfois importantes, nécessitant une chirurgie mammaire de symétrisation. L'essor récent, dans nos régions, de la chirurgie plastique et esthétique, a fait qu'une demande ancienne de ce type de chirurgie, commence à être satisfaite.

Notre étude porte sur 5 patientes traitées entre 2003 et 2005. L'âge moyen des patientes était de 31 ans. Trois patientes présentaient une hypertrophie mammaire bilatérale. Celle-ci était unilatérale chez une jeune patiente. Dans 1 cas, il existait une asymétrie sans hypertrophie mammaire. La ptose mammaire était retrouvée dans tous les cas.

Une intervention chirurgicale de symétrisation mammaire a été réalisée chez toutes les patientes. La technique la plus utilisée était celle de Mac Kisson bilatérale chez 3 patientes, puis celle de Thorek bilatérale chez 1 patiente et enfin la technique du pédicule inférieur dans 1 cas, unilatéral. Le port de soutien-gorge compressif et le massage des cicatrices ont été effectués dans 4 cas sur 5.

Les résultats ont été bons dans 4 cas (80%) et mauvais dans un cas où il est apparu une suppuration puis nécrose partielle de la plaque aréolo-mammellaire, évoluant ensuite vers des cicatrices hypertrophiques jugulées par des infiltrations de corticoïdes locaux.

La prise en charge de telles pathologies doit être très rigoureuse, car les résultats doivent toujours être satisfaisants pour les patientes. Les conditions opératoires optimales et le suivi strict des consignes post-opératoires influencent la qualité des résultats.

Mots clés : asymétrie, hypertrophie, sein, chirurgie, plastie, réduction

ABSTRACT

Congenital breast asymmetry is a condition causing significant psychological impacts sometimes requiring breast symmetrisation surgery. Due to a recent growth of plastic and aesthetic surgery in our region, the demand for this kind of surgery is starting to be met.

Our study focuses on 5 patients between 2003 and 2005. The average age of patients was 31 years. Three patients had bilateral mammary hypertrophy. It was unilateral in a young patient. In one case there was an asymmetry without mammary hypertrophy. Breast ptosis was found in all cases.

Surgery for breast symmetrisation was performed in all patients. The most commonly used technique was a bilateral Mc Kisson reduction in 3 patients, followed by a bilateral Thorek technique in one patient and an inferior pedicle technique in one unilateral case. Compression bras and scar massages were efficient in 4 out of 5 cases.

Results were good in 4 cases (80%) and bad in one case where suppuration and partial necrosis of the nipple-areola complex occurred, later evolving into hypertrophic scars controlled by local infiltration of steroids.

The management of such conditions must be very careful, because results must always be satisfactory for patients. Optimal operating conditions and strict adherence to post-operative instructions influence the quality of results.

Keywords : asymmetry, hypertrophy, breast, surgery, plasty, reduction

INTRODUCTION

La chirurgie mammaire est l'une des interventions les plus fréquentes en chirurgie plastique et esthétique. Les malformations congénitales du sein ont des répercussions psychologiques néfastes chez les femmes, aboutissant souvent à une intervention chirurgicale. Pour caractériser ces anomalies, l'on se réfère à une anatomie morphologique d'un sein jugé « idéal », défini par des mesures objectives [1].

Notre travail porte sur le traitement de l'asymétrie

mammaire congénitale, par plastie mammaire de symétrisation. Le but de ce travail est de décrire les caractéristiques morphologiques de cette anomalie, les modalités thérapeutiques et les résultats.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 2 ans (2003 à 2005), portant sur 5 patientes, opérées et suivies au Centre Hospitalo-Universitaire ou dans des structures privées.

Nous avons limité notre étude aux asymétries mammaires congénitales, uni ou bilatérales, associées à un développement mammaire normal. Ont été exclues certaines asymétries telles que le syndrome de Poland, où il existe une hypoplasie ou atrophie mammaire, généralement unilatérale. Ont été aussi exclues les asymétries après mastectomie.

RESULTATS

L'âge moyen des patientes était de 31 ans [extrêmes 15 et 55 ans].

Trois patientes présentaient une hypertrophie mammaire bilatérale d'importance variable et 1 patiente une hypertrophie majeure unilatérale. La cinquième ne présentait pas d'hypertrophie vraie. Une ptose mammaire était retrouvée dans tous les cas.

Une intervention chirurgicale de symétrisation a été réalisée chez toutes les patientes. Trois techniques différentes ont été utilisées :

- la technique de Mac Kisson dans 3 cas ;
- la technique de Thoreck dans 2 cas ;
- le technique du pédicule inférieur dans 1 cas [1].

Le poids moyen d'exérèse était de 620 g, avec des extrêmes de 3 kg et 40 g.

La durée d'hospitalisation variait autour de 3 jours.

Les suites opératoires ont été simples dans 4 cas, le 5e ayant posé un retard de cicatrisation lié à une suppuration et une nécrose de la plaque aréolo-mammelonnaire (PAM), qui a abouti à des cicatrices hypertrophiques jugulées par des infiltrations de corticoïdes.

Le port de soutien gorge compressif et le massage des cicatrices ont été efficaces chez 4 patientes.

Toutes les pièces d'exérèse ont été analysées en anatomo-pathologie, sans jamais retrouver de lésion suspecte de malignité.

Les résultats ont été jugés satisfaisants du point de vue esthétique dans 4/5 des cas et mauvais dans le cas compliqué.

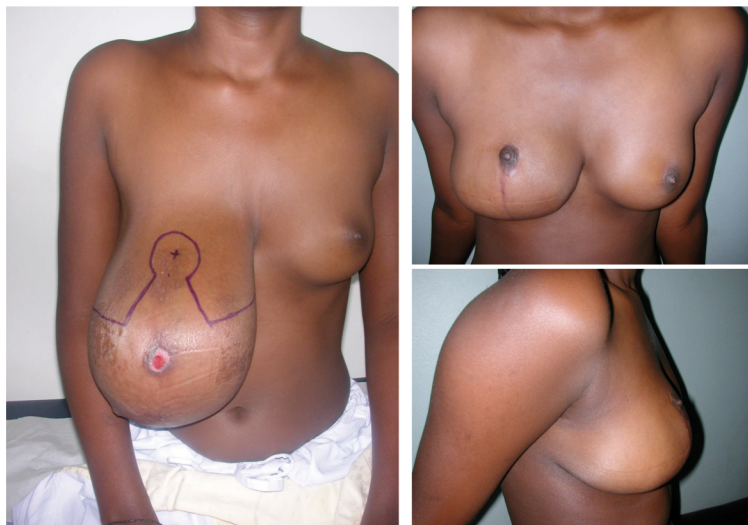


Avant



Après Chirurgie

Figure 2 : Asymétrie mammaire de la femme jeune



Avant

Après chirurgie

Figure 1 : asymétrie mammaire juvénile

DISCUSSION

Qu'elle soit acquise ou congénitale, l'asymétrie mammaire est un motif fréquent de consultation en chirurgie esthétique. Dans notre expérience, la chirurgie de l'asymétrie représente 17% des mammoplasties réali-

sées pendant le même période.

Quatre des patientes avaient moins de 31 ans, chiffres semblables à ceux de Araco qui retrouvait, sur 177 patientes, une moyenne d'âge de 32 ans [2].

La principale motivation reste esthétique, les douleurs dorsales étant retrouvées dans 2 cas. L'évolution des mentalités et des critères de beauté africains, surtout chez les plus jeunes, se fait vers des critères européens. D'où une demande de plus en plus forte vers la chirurgie esthétique.

Sur le plan clinique, l'hypertrophie était constante, mais une patiente était satisfaite du volume important de ses seins avant intervention et ne souhaitait pas le réduire. La flèche (distance entre le creux sternal et le mamelon) était en moyenne de 29,4 cm, avec des extrêmes de 42 et 24 cm.

C'est cette norme qui, selon Hulard permet de guider le choix technique : l'indication de la technique de Mac Kissock sera posée si la flèche est inférieure à 27 cm [3].

Du point de vue thérapeutique, l'anesthésie générale est obligatoire et 2 jours d'hospitalisation sont le minimum nécessaire [3,4,5]. Le choix de la technique chirurgicale a été guidé par l'importance de l'hypertrophie et surtout de la flèche mammaire. Au-delà de 30 cm, l'indication est la réduction mammaire selon la technique de Thoreck.

Dans son étude, Aillet a répertorié 2 cas de reprises chirurgicales dans les 24 h post-opératoires [6]. Nous

n'avons eu aucun cas de reprise, la seule patiente ayant eu des complications, a été perdue de vue. Une reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire était prévue. Cette patiente a été la seule à ne pas observer les prescriptions post-opératoires (massage des cicatrices, port de soutien-gorge compressif...) Peut-être n'a-t-elle jamais compris l'enjeu et les contraintes de cette intervention. Est-ce lié à un niveau socio-économique médiocre ? Niessen trouve que la survenue des chéloïdes est plus importante chez la femme jeune [7]. Nous n'avons pas mis en évidence cette constatation.

Par ailleurs, l'asymétrie mammaire était persistante volontairement chez la plus jeune de nos patientes : nous avons tenu compte de la poussée pubertaire qui était en cours. Une nouvelle intervention de symétrisation sera peut être utile dans un second temps.

CONCLUSION

Le sein constitue un symbole important de la féminité ; c'est pourquoi toute anomalie a des répercussions psychologiques non négligeables.

La chirurgie reste le seul traitement des asymétries mammaires, dont la difficulté technique consiste à obtenir deux seins identiques.

Une information claire et objective par rapport aux résultats escomptés est indispensable.

Dans notre série, les résultats ont été globalement satisfaisants.

REFERENCES

1- De Mey A, Lejour M. *Plasties mammaires pour hypertrophie et ptose. Encycl Méd Chir Techniques chirurgicales- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. Paris : Elsevier 1999;45-661:1-11*

2- Araco A, Gravante G, Araco F, Gentile P, Castri F. *Breast asymmetries : a brief review and our experience. Aesthetic Plast Surg 2006;30:309-19.*

3- Hulard O, Voinchet V, Casanova D, Magalon G. *Etude prospective à propos de 100 cas d'hypertrophie mammaire. Ann Chir Plast Esthét 1998;43:224-233.*

4- Bardot J, Samson P, Aubert JP, Magalon G. *Plastie mammaire de réduction avec greffe d'aréole : à propos de 50 cas. Ann Chir Plast Esthét 1995;40:77-82.*

5- Deconnick C, De Greef C, Walravens C, Calteux N. *A propos de 243 plasties mammaires verticales pour hypertrophie et/ou ptose importantes. Etude rétrospective, analyse des résultats et description des modifications techniques. Ann Chir Plast Esthét 2002;47:623-632.*

6- Aillet S, Watier E, Jarno P, Chevrier S, Pailheret JP. *Hypertrophie mammaire juvénile : analyse des résultats à long terme des plasties mammaires de réduction. Ann Chir Plast Esthét 2001;46:585-94.*

7- Niessen F. *On the nature of hypertrophic scars and keloids : a review. Plast Reconst Surg 1999;104:1435-58.*