

Dr Helen Aghahosseini

FMH Chirurgie plastique, reconstructive
et esthétique
Chirurgie de la main
Médecin-chef adj. Hôpitaux valaisans
17 Avenue de la Dôle, 1005 Lausanne

CHIRURGIE DU SEIN CORRECTION DE PTOSE (DERMOMASTOPEXIE) CORRECTION D'HYPERTROPHIE (REDUCTION MAMMAIRE)

Lorsque le sein est tombant (problème esthétique) ou que le sein est trop lourd ou trop volumineux (problème maladif), la chirurgie plastique moderne permet d'offrir des solutions correctrices.

Dans les deux cas la chirurgie se fait sous anesthésie générale par un médecin anesthésiste et quelques fois par une technique d'anesthésie plus légère, appelée la sédation renforçant une anesthésie locale.

Le principe des deux interventions est le même : enlever l'excès de volume et remodeler un sein d'une forme normale, adapté au thorax et à la silhouette de la patiente et de la forme la plus harmonieuse possible.

La chirurgie du sein se faisait jusqu'il y a peu avec une longue cicatrice horizontale dans le pli sous-mammaire, complétée par une verticale sous l'aréole et une troisième cicatrice dissimulée autour de l'aréole.

Depuis quelques années, après les travaux de différents auteurs, tels que Arié, Peixoto, et Claude Lassus, Marchac, G.-F. Maillard, Madeleine Lejour, on ne pratique, dans la mesure du possible, plus qu'une courte cicatrice verticale sous-mammaire et l'on évite dans une large mesure toute cicatrice horizontale sous le sein.

Il y a là un avantage évident : la diminution de la rançon cicatricielle. Ces techniques sont souvent complétées par des liposuccions, et nécessitent le port de bandages "corset" durant plusieurs semaines.

En règle générale il s'agit d'une chirurgie avec extrêmement peu de complications. Le taux de satisfaction des patientes est très élevé.

Les complications principales de la chirurgie mammaire sont les hématomes (formation d'un caillot de sang à l'intérieur du sein opéré), ce qui nécessite une reprise en salle d'opération ou en salle de pansement pour vider l'hématome et assurer l'arrêt du saignement (il s'agit d'une situation rare mais qu'il faut connaître et que le chirurgien doit pouvoir maîtriser dans 100% des cas).

L'infection est extrêmement rare et traitée préventivement par des antibiotiques à titre prophylactique.

La nécrose du mamelon ne se voit pratiquement plus dans ces nouvelles techniques de chirurgie mammaire car la circulation du mamelon et de l'aréole est mieux assurée que lors des anciennes techniques.

Une cicatrisation anormale type chéloïde peut arriver dans certains type de peau, surtout pigmentées. On peut beaucoup plus facilement corriger une cicatrice courte, dans les techniques modernes, par rapport aux techniques anciennes, qui présentaient des cicatrices plus longues.

En règle générale, le chirurgien demande à sa patiente de pouvoir la reconstruire à un an puis 5 - 10 ans.

Si la situation devait présenter une évolution défavorable, le chirurgien doit pouvoir proposer une "retouche", ce qui est rare mais toujours possible en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.

Douleurs : la chirurgie mammaire est très peu douloureuse.

Activités sportives : elles sont interdites durant 6 semaines à deux mois selon l'importance du cas. Dans les deux premières semaines, on ne devra pas lever les bras plus haut que l'horizontale, afin d'éviter de tirer sur les cicatrices inférieures.

Tendance actuelle : diminution au maximum des cicatrices, quelques fois choix d'une cicatrice purement péri-aréolaire et enfin utilisation de la liposuction qui en résulte avec un minimum de cicatrice.

Respect de la physiologie : les réductions mammaires modernes que nous pratiquons permettent de sauvegarder la fonction d'allaitement. On peut donc proposer ces techniques à des femmes très jeunes avant même que la peau ne soit complètement abimée par des vergetures. La sensibilité de l'aréole et du mamelon sont aussi mieux respectés par les techniques modernes qu'auparavant, *une légère diminution peut cependant être rencontrée dans les grosses réductions mais cela reste acceptable par la majorité des patiente.*

Condition pré-opératoire : l'arrêt total de la fumée 15 à 21 jours avant et après l'opération.

* Je remercie le Dr G-F Maillard pour l'élaboration de ce texte.

* Révision en mai 2007

Dr H. Aghahosseini