

## ASYMETRIES CONSTITUTIONNELLES EN CHIRURGIE D'AUGMENTATION MAMMAIRE ESTHÉTIQUE

Incidence, satisfaction et applications chirurgicales

Pr. Elisa Lebreton

Dr. V.Médard de Chardon, Dr. T.Balaguer, Dr. Chignon-Sicard,  
Dr. T.Ihrai  
NICE, FRANCE

ASYMETRIES CONSTITUTIONNELLES EN CHIRURGIE D'AUGMENTATION MAMMAIRE ESTHÉTIQUE

### Matériel et méthodes

- Analyse rétrospective d'une série de **200 patientes** ayant bénéficié d'une augmentation mammaire d'indication esthétique avec un recul moyen de 36 mois.
  - Photographies préopératoires
  - Examen clinique des patientes
  - Analyse du dossier médical, d'un questionnaire de satisfaction rempli par la patiente et des photos pré-opératoires.
  - Réalisation de clichés post-opératoires.

3

### Introduction

- Les **asymétries constitutionnelles légères** sont fréquentes sinon habituelles
- Elles peuvent être la source d'un **mécontentement postopératoire** des patientes après une augmentation mammaire.

### Objectif de l'étude

- Déterminer l'**incidence** des asymétries thoracomammaires en chirurgie d'augmentation mammaire d'indication esthétique.
- Déterminer leur influence sur la **satisfaction** des patientes.
- Analyser le résultat morphologique afin de préciser les meilleures **options chirurgicales**.

ASYMETRIES CONSTITUTIONNELLES EN CHIRURGIE D'AUGMENTATION MAMMAIRE ESTHÉTIQUE

### Critères d'exclusion

- Malformations mammaires (seins tubéreux, syndrome de Poland, asymétries sévères)
- Augmentation et Mastopexie
- Reconstructions mammaires postmastectomie



4

## Examen clinique

- Anomalies de la paroi thoracique, scoliose.
- Asymétries mammaires et thoraciques relevées par l'examen clinique (associé aux mesures standard).
- Analyse photographique préopératoire.
- Analyse des dossiers.

## Analyse des résultats

- Les comparaisons de moyennes faisaient appel au test t de Student et à l'Anova, avec analyse post-hoc de Bonferroni pour les comparaisons en sous-groupe.
- Les comparaisons de proportions étaient réalisées par un test du Khi2 ou par le test exact de Fisher le cas échéant pour les variables indépendantes et par un test du Khi2 de Mac Nemar ou de Mac Nemar-Bowker pour les variables appariées.
- Les statistiques descriptives et analytiques étaient réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 15.

## Questionnaire de satisfaction

La **satisfaction** des patientes, leurs **critiques** et les raisons de leurs **insatisfactions** étaient relevées sur le questionnaire.

- Satisfaction selon un score de 1 à 4
  - 1: mécontente
  - 2: moyennement satisfaite
  - 3: satisfaite
  - 4: très satisfaite

## Résultats – Incidence des asymétries constitutionnelles

- 77% d'asymétries thoracomammaires.
- 69,5% d'asymétries mammaires :
  - 26,5% d'asymétries de volume
  - 62,5% d'asymétries de forme
  - 59% d'asymétries de forme en ne tenant pas compte des asymétries de diamètre aréolaire.

Tableau 1 Incidence des asymétries mammaires constitutionnelles.

		Effectifs	% rapporté à la série	% rapporté au groupe « asymétrie »
Asymétrie de volume		53	26,5	38,1
	Dystopie alvéolaire	73	36,5	52,5
	Verticale	69	34,5	49,6
	Horizontale	6	3	4,3
Asymétrie de forme	Sillon	51	25,5	36,7
	Segment III	41	20,5	29,5
	Base	38	19	27,3
	Ptose	59	29,5	42,4
	Implantation	25	12,5	18
	Total	118	59	84,9
Asymétrie de taille de la PAM		22	11	15,8
Total		139	69,5	100

## Résultats – Incidence des asymétries thoraciques

Tableau 2 Incidence des asymétries thoraciques.

	Effectifs	% rapporté à la série	% rapporté au groupe « asymétries thoraciques »
Scoliose	18	9	52,9
Dépression d'un hémithorax (unilatérale ou asymétrique)	14	7	41,2
Dépression sous-mammaire (unilatérale ou asymétrique)	13	6,5	38,2
Saillie chondrocostale (unilatérale ou asymétrique)	7	3,5	20,6
Pectus excavatum	3	1,5	8,8
Pectus carinatum	1	0,5	2,9
Total	34	17	100

17% des thorax étaient asymétriques

## Résultats – Incidence des asymétries thoraciques

- ❑ Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les asymétries mammaires sur scoliose et sur thorax normal (77,8 % vs 69,6 %, p non significatif).
- ❑ Les dystopies horizontales asymétriques étaient cependant proportionnellement plus fréquentes sur scoliose (38,8 % vs 14,4 %,  $p < 0,01$ ).

## Résultats – Incidence des asymétries thoraciques

- ❑ scoliose, 9 %, cause principale d'asymétrie thoracique
  - ❑ rotation thoracique,
  - ❑ dépression d'un hémithorax,
  - ❑ dépression sous-mammaire
  - ❑ et/ou saillie costale asymétrique.
- ❑ Les thorax asymétriques, comparés aux thorax symétriques, étaient associés significativement aux asymétries mammaires de forme (61,8 % vs 56 %,  $p = 0,02$ ) et de volume (41,2 % vs 21,7 %,  $p = 0,01$ ).

## Résultats – Incidence des asymétries constitutionnelles

- ❑ Les seins étaient de forme
  - ❑ juvénile (13,5 %),
  - ❑ ptosée (40 %)
  - ❑ « normale » (46,5 %).
- ❑ Il n'existait pas de différence statistiquement significative d'asymétries mammaires entre les trois types de seins étudiés
  - ❑ seins juvéniles 51,9 %,
  - ❑ ptose 67,5 %,
  - ❑ seins dits « normaux » 53,8 %.

## Résultats – Incidence des asymétries constitutionnelles



23 ans, G0P0, 1 m 61, 46 kg, 85B, seins juvéniles avec asymétrie thoracomammaire de forme (hauteur du sillon, dystopie aréolaire médiale droite) et de volume sur pectus excavatum de type III et scoliose.

13

## Résultats – Satisfaction postopératoire

- 28% des patientes de la série relevaient une asymétrie postopératoire.
- Parmi les patientes présentant une asymétrie constitutionnelle thoracomammaire, 40,6 % rapportaient une asymétrie postopératoire qu'elles disaient ne pas avoir remarquée en préopératoire.
- Le taux de satisfaction de la série était de 91,5 %.
- **Il n'existe pas de différence statistiquement significative de satisfaction en présence et en l'absence d'une asymétrie thoracomammaire (90,8 % vs 93,7 %,  $p < 0,01$ )**

15

## Résultats – Incidence des asymétries constitutionnelles



Augmentation rétropectorale par implants anatomiques de bases identiques mais aux projections différentes, EHP 325 à droite et ELP 190 à gauche. Résultat satisfaisant à 15 mois. Il persistait cependant une asymétrie de volume. La patiente était satisfaite (score 4).

14

## Résultats – Satisfaction postopératoire

**Tableau 3** Raisons des insatisfactions postopératoires des patientes et motivations pour une réintervention.

	% rapporté aux patientes insatisfaites	% rapporté aux patientes désireuses d'une reprise
Insatisfaction de volume	64,7	52,5
Ptose résiduelle	41,2	37,5
Asymétrie	35,3	30
Malposition-déplacement	35,3	12,5
Vagues	17,6	17,5
Vallée inter mammaire large	17,6	7,5

16

## Résultats – Satisfaction postopératoire

- Les asymétries étaient la troisième cause d'insatisfaction et de désir de reprise après les insatisfactions de volume et les ptoses résiduelles: 30% des patientes désireuses d'une reprise et 35,3 % des patientes insatisfaites critiquaient une asymétrie postopératoire dont la majorité étaient constitutionnelles.

**83,3 % des patientes critiquant une asymétrie postopératoire présentaient en fait une asymétrie constitutionnelle**

- En cas de tentative de correction d'asymétrie de volume par mise en place d'implants de volume différents,

94,4 % des patientes estimaient qu'il persistait une asymétrie de volume en postopératoire.

- Aucune patiente ne souhaitait une reprise pour correction de l'asymétrie de volume.**

## Discussion

- Les anomalies de la paroi thoracique ont un retentissement sur la forme et le volume mammaire (fausse asymétrie de volume) et leur dépistage préopératoire et peropératoire nous semble important à noter. Les scolioses semblent être la principale cause d'asymétrie thoracique représentant 52,9 % au sein de ce groupe.
- Une asymétrie est souvent à l'origine de remarques ou de critiques postopératoires en chirurgie d'augmentation à visée esthétique (28 % pour notre série). Pour la majorité des cas il s'agit d'une asymétrie constitutionnelle que la patiente ne remarque pas en préopératoire ou oublie.
- Au vu de nos résultats, les asymétries préopératoires sont parfois à l'origine d'une insatisfaction voire d'une demande injustifiée de réintervention.

## Discussion

- Une légère asymétrie macroscopique est fréquente dans la population générale.
- Au vu de la littérature et de nos résultats, il semble que le taux d'asymétries thoracomammaires soit de 77 à 88 %.

Tableau 4 Séries analysant les asymétries constitutionnelles mammaires et/ou thoraciques.

	Brown et al. 1999 (n = 60)	Rohrich et al. 2003 (n = 100)	Médard de Chardon et al. 2009 (n = 200)
<b>Asymétrie de volume</b>	–	44	26,5
Dystopie aréolaire	–	53	36,5
Verticale	30	–	34,5
Horizontale	32	–	3,0
Sillon	20–42	30	25,5
<b>Asymétrie de forme</b>	–	–	20,5
Segment III	–	–	–
Base	–	29	–
Ptose	25	–	19,0
Implantation du sein	–	–	29,5
Asymétrie de diamètre aréolaire	28	24	12,5
Total	–	–	21,5
<b>Asymétrie thoracique</b>	–	9	17,0
<b>Total en pourcentage</b>	–	88	77

## Discussion

- Il est important de noter les asymétries thoracomammaires sur le dossier médical et de les expliquer aux patientes en période préopératoire. L'augmentation mammaire est l'équivalent d'une mise du sein sous une loupe grossissante et toute asymétrie préopératoire risque d'être plus accentuée en l'absence de correction.
- En pratique quotidienne, le dépistage est clinique, s'aidant de mesures, de photos et de l'interrogatoire des patientes. Nous proposons la réalisation d'une sixième incidence photographique préopératoire, une face avec les bras en abduction à 90°, afin de visualiser les sillons sous-mammaires des seins légèrement ptosés et de conserver une trace visuelle d'une éventuelle asymétrie de hauteur des sillons.
- Concernant les asymétries de forme, à moins que l'asymétrie ne soit importante, l'augmentation est d'une manière générale réalisée avec deux implants identiques. En effet, une tentative de correction peut faire apparaître d'autres asymétries.

## Discussion

- En présence d'une asymétrie préopératoire de hauteur d'implantation des seins (plaque aréolomamelonnaire et sillon plus haut d'un côté), les attitudes chirurgicales sont divergentes dans la littérature. Certains opérateurs symétrisent le placement des implants et abaissent le sillon le plus haut, tandis que d'autres s'adaptent différemment.



Un juste milieu peut être trouvé entre la symétrisation totale de hauteur des implants et l'absence d'abaissement du sillon le plus haut.

21

## Discussion



40 ans, G3P3, deux enfants allaités, 1 m 70, 48 kg, 80B, hypotrophie-ptose de grade I avec asymétrie de ptose et de hauteur des sillons, thorax oblique. Augmentation rétropectorale par implants anatomiques plus hauts que larges EHP 275 par voie HPAI. Résultat satisfaisant à 25 mois, les implants sont centrés sur les PAM et il n'existe pas de double contour. La patiente était satisfaite (score 4).

23

## Discussion

- Les petites asymétries de ptose (avec peau de moyenne à mauvaise qualité et glande mobile, intermédiaire à lâche) est pour nous le type de sein le plus à risque de double contour de type I de Massiha (unilatéral ou asymétrique).
- Une pexie peut être proposée pour symétriser la hauteur des PAM. En cas de refus ou lorsque l'asymétrie est légère, les attitudes chirurgicales sont divergentes.

Il nous paraît préférable de placer le point de projection maximale de l'implant sur la PAM, en abaissant légèrement le sillon du côté du sein le plus ptosé. Le décolleté est cependant asymétrique et les patientes peuvent avoir des difficultés d'adaptation du soutien-gorge.

Par ailleurs, l'intervention commence du côté du sein le plus ptosé ; la loge doit permettre un redrapage cutanéoglandulaire optimal (rétroglandulaire ou équivalent de dual plane type II ou III selon Tebbets) et les implants choisis à plus forte projection.

22

## Discussion

- Il existe toujours une asymétrie de volume entre les deux seins qui devient visible dès que la différence de volume excède 15 à 20 %.
- Pour notre analyse clinique, les asymétries mammaires de volume (vraies ou fausses) sont de 26,5 %, et il est parfois difficile de faire la part entre une vraie et une fausse asymétrie de volume.
- Il semble difficile de corriger totalement une asymétrie de volume.

En effet, pour la majorité des tentatives de correction des asymétries de volume de cette série (94,4 %), les patientes estimaient qu'il persistait une différence de volume, bien qu'elles soient satisfaites du résultat.

24

## Conclusion

- Les asymétries thoracomammaires constitutionnelles sont fréquentes:  
77 % pour notre série.
- En période postopératoire d'une augmentation mammaire à visée esthétique, les patientes remarquent ou critiquent souvent une asymétrie qui, dans la majorité des cas (83,3 %), est constitutionnelle.
- Une **information claire**, sous forme d'une éducation préopératoire sur l'existence de ces asymétries et leur retentissement sur le résultat de l'augmentation, semble nécessaire quant au succès de l'intervention.
- Une incidence photographique supplémentaire, de face bras en abduction à 90°, semble intéressante afin de conserver une trace visuelle d'une éventuelle asymétrie de hauteur des sillons.
- En présence d'une légère asymétrie de ptose, il nous paraît préférable de centrer le point de projection maximale de l'implant sur le mamelon, en abaissant légèrement le sillon le plus haut, et d'utiliser une loge assurant un redrapage optimal cutanéoglandulaire.

Merci.