

VOLUME 41 - N° 3 - JUIN 1997

PUBLICATION BIMESTRIELLE ISSN 0294 - 1260

Annales de **CHIRURGIE
PLASTIQUE
ESTHETIQUE**

REVUE INTERNATIONALE DE CHIRURGIE
REPARATRICE ET ESTHETIQUE



*Organe de la Société Française
de Chirurgie Plastique
Reconstructrice et Esthétique*

 EXPANSION SCIENTIFIQUE PUBLICATIONS PARIS

4.6.80

Annales de CHIRURGIE PLASTIQUE ESTHÉTIQUE

sommaire

Décompression orbitaire au cours de l'exophtalmie dysthyroïdienne. A propos de 69 cas. Serge MORAX, Corinne BOK, Mohamed CHAHBI, Tarif HURBLI (<i>Paris, France</i>).....	207-215
Intérêt des blocs de corail dans les plasties d'augmentation des pommettes. Étude prospective portant sur 23 patients. Franck BOUTAULT, Daniel CANTALOUBE, Sylvie TESTELIN, Jean-Michel GUEROULT, Pascal HUET (<i>Toulouse, Lyon, Amiens, Clermont-Ferrand, Nantes, France</i>).....	216-222
Résection mandibulaire partielle postérieure pour cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx. Une expérience de 14 cas cliniques. Vincent PINSOLLE, Yves TRUILHÉ, Claire MAJOUFRE, Vincent MICHELET, Jacques PINSOLLE (<i>Bordeaux, France</i>).....	223-227
L'utilisation des déformations dans le traitement des pertes de substance cutanées faciales de l'enfant : «les exérèses déformantes». A propos de 35 cas. Stéphane BERDAH, Sélim BENNACEUR, Thierry BUISSON, Dominique TEILLAC-HAMEL, Bertrand CHRÉTIEN-MARQUET (<i>Paris, France</i>).....	228-237
Plastie mammaire avec triple interposition de lambeaux glandulaires. Note technique. Alberto M.L. CALDEIRA, Alfonso LUCAS (<i>Rio de Janeiro, Brésil</i>)	238-246
Les escarres fessières. Notre attitude thérapeutique au cours des dix dernières années. A propos de 32 cas. Frédérique ROGISSART, Gabriel MALKA, Christine GUYENNE (<i>Dijon, France</i>)	247-252
Le lambeau de muscle <i>extensor digitorum brevis</i> à pédicule distal étendu. A propos de deux cas cliniques. Joseph BAKHACH, Dépi DEMIRI, Nader CHAHIDI, Dominique MARTIN, Jacques BAUDET (<i>Beyrouth, Liban, Bordeaux, France</i>).....	253-259

(Suite du sommaire page suivante)

sommaire (fin)

Étude anatomique des lambeaux interosseux et concept de lambeau interosseux postéro-antérieur. Rapport préliminaire. Jean-Luc ROUX, Marc LEANDRIS, Yves ALLIEU (<i>Montpellier, France</i>) .	260-271
- Commentaire. Dominique MARTIN (<i>Bordeaux, France</i>)	272-273
compte rendu de congrès	
State of the art on rhinoplasty, facial rejuvenation and breast augmentation. Antibes, Juan-les-Pins, 24-26 avril 1997. Bernard MOLE (<i>Paris, France</i>)	275-276
analyses de livres	
Guide pratique en chirurgie capillaire (Marc Divaris). Jean-Pierre CHAVOIN (<i>Toulouse, France</i>)	277
Atlas de rhinoplastie et de la voie d'abord externe (Gilbert Aiach). Jean-Pierre CHAVOIN (<i>Toulouse, France</i>)	277-278
Male aesthetic surgery (Daniel Marchac et coll.). Marc LEANDRIS, Bernard RICBOURG (<i>Besançon, France</i>)	278-279
courrier des lecteurs	
A propos du lambeau frontal à pédicule occipital. Jean-Pierre CHAVOIN (<i>Toulouse, France</i>)	281
Nécrose cutanée après lipolyse ultrasonique. René BUSSIEN, Gaston F. MAILLARD (<i>Lausanne, Suisse</i>)	281-282
informations	283-284

Les opinions exprimées dans les articles ou reproduites dans les analyses n'engagent que leurs auteurs.

La Rédaction décline toute responsabilité sur l'emploi d'un nom de médicament ou autre produit médical, notamment en cas de citation d'un nom déposé pour désigner ce produit. La responsabilité en incombe aux auteurs.

Aucun article ou résumé d'article dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur.

© Société d'Édition de l'Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris, 1997.

ISSN 0294-1260.

Les sommaires des « Annales de Chirurgie Plastique Esthétique » sont reproduits dans « Current contents » et répertoriés dans les publications bibliographiques du C.N.R.S. Paris; l'« Index Medicus » et le Système de Documentation Automatique Medline et dans Excerpta Medica/EMBASE.

Revue éditée par la Société d'Édition de l'Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris.

Directeur de la Publication: P. BERGEAUD.

Rédaction: 31, bd de Latour-Maubourg, 75343 Paris Cedex 07- Tél. 01.40.62.64.00 - Télécopie: 01.45.55.69.20.

Abonnements - Publicité: 15, rue Saint-Benoît, 75278 Paris Cedex 06 - Tél. 01.45.48.42.60 - Télécopie: 01.45.44.81.55.

Annales de CHIRURGIE PLASTIQUE ESTHETIQUE

contents

Orbital decompression during in exophtalmos due to thyroid disease. About 69 clinical cases. Serge MORAX, Corinne BOCK, Mohamed CHAHBI, Tarif HURBLI (<i>Paris, France</i>)	207-215
Value of coral blocks in cheek augmentation plasties. Prospective study of 23 patients. Franck BOUTAULT, Daniel CANTALOUBE, Sylvie TESTELIN, Jean-Michel GUEROULT, Pascal HUET (<i>Toulouse, Lyon, Amiens, Clermont-Ferrand, Nantes, France</i>)	216-222
Posterior marginal mandibulectomy for cancer of the oral cavity and oropharynx. An experience of 14 clinical cases. Vincent PINSOLLE, Yves TRUILHÉ, Claire MAJOUFRE, Vincent MICHELET, Jacques PINSOLLE (<i>Bordeaux, France</i>)	223-227
Use of deformities in the treatment of facial skin defects in children. «Deforming resections». About 35 clinical cases. Stéphane BERDAH, Sélim BENNACEUR, Thierry BUISSON, Dominique TEILLAC-HAMEL, Bertrand CHRÉTIEN-MARQUET (<i>Paris, France</i>)	228-237
Mammoplasty with triple interposition of glandular flaps. Technical note. Alberto M.L. CALDEIRA, Alfonso LUCAS (<i>Rio de Janeiro, Brazil</i>)	238-246
Gluteal decubitus ulcers : our therapeutic approach over the last 10 years, based on a series of 32 cases. Frédérique ROGISSART, Gabriel MALKA, Christine GUYENNE (<i>Dijon, France</i>)	247-252
Very distally based extensor digitorum brevis muscle flap. Two clinical cases. Joseph BAKHACH, Dépi DEMIRI, Nader CHAHIDI, Dominique MARTIN, Jacques BAUDET (<i>Beyrouth, Liban, Bordeaux, France</i>)	253-259
Anatomical study of interosseous flaps and the concept of posteroanterior interosseous flap. Preliminary report. Jean-Luc ROUX, Marc LEANDRIS, Yves ALLIEU (<i>Montpellier, France</i>)	260-271
- Discussion. Dominique MARTIN (<i>Bordeaux, France</i>)	272-273

(Contents continued on next page)

contents (continued)

proceeding

State of the art on rhinoplasty, facial rejuvenation and breast augmentation. Antibes, Juan-les-Pins, France, 24-26 April 1997. Bernard MOLE (Paris, France) 275-276

book reviews

Practical guide to hair surgery (Marc Divaris). Jean-Pierre CHAVOIN (Toulouse, France) 277

Atlas of rhinoplasty and the external surgical approach (Gilbert Aiach). Jean-Pierre CHAVOIN (Toulouse, France) 277-278

Male aesthetic surgery (Daniel Marchac et al.). Marc LEANDRIS, Bernard RICBOURG (Toulouse, France) 278-279

correspondance

Occipital pedicle forehead flap. Jean-Pierre CHAVOIN (Toulouse, France) 281

Skin necrosis after ultrasound lipolysis. René BUSSIEN, Gaston F. MAILLARD (Lausanne, Switzerland) ... 281-282

news 283-284

Each article is accompanied with an English summary

The contents page of «Annales de Chirurgie Plastique Esthétique» appears regularly in «Current Contents» and is indexed in the bibliographical publications of the C.N.R.S. (Paris); in the «Index Medicus», computerized documentation system ; in Excerpta Medica/EMBASE.

Nom, prénom <input style="width: 90%;" type="text"/> Adresse <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/>	BULLETIN D'ABONNEMENT					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Réservé au service</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Code INSEE</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Échéance</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">N°s expédiés</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">N° enregistrement comptable</td> </tr> </table>	Réservé au service	Code INSEE	Échéance	N°s expédiés	N° enregistrement comptable	
Réservé au service	Code INSEE	Échéance	N°s expédiés	N° enregistrement comptable		
souscrit un abonnement d'un an (6 numéros) à ANNALES DE CHIRURGIE PLASTIQUE ESTHÉTIQUE						
FRANCE: 1 600 F – Étudiant: 800 F ÉTRANGER: 1 790 FF – Étudiant: 895 FF						
Ci-joint un règlement de <input style="width: 50px;" type="text"/> F à l'ordre de: LA SEMAINE DES HÔPITAUX Chèque bancaire <input type="checkbox"/> Chèque postal <input type="checkbox"/>						
à retourner à LA SEMAINE DES HÔPITAUX Service Abonnement 15, rue Saint-Benoît - 75278 PARIS Cedex 06						
Règlement au C.C.P. Semaine des Hôpitaux, Paris 877-22 F ou par chèque bancaire à l'ordre de la Semaine des Hôpitaux. Pour tout changement d'adresse, joindre la dernière bande-adresse ainsi que 5 F en timbre-poste. Les abonnements sont payables au comptant et ne sont mis en service qu'après réception du règlement. Les chèques bancaires en provenance de l'étranger devront être adressés au compte n° 065 111 85343 CIC, Montparnasse, 75015 PARIS Cedex (France). Checks drawn on banks in countries other than France should be made payable to account number 065 111 85343 CIC, Montparnasse, 75015 PARIS Cedex (France).						



Alberto M.L. CALDEIRA

PLASTIE MAMMAIRE AVEC TRIPLE INTERPOSITION DE LAMBEAUX GLANDULAIRES

Note technique

Alberto M.L. CALDEIRA, Alfonso LUCAS

Alberto M.L. CALDEIRA, Alfonso LUCAS. – Plastie mammaire avec triple interposition de lambeaux glandulaires. Note technique.

Ann Chir Plast Esthét, 1997, **42**, n° 3, 238-246.

RÉSUMÉ : Les résultats défavorables constatés dans le remodelage des seins soumis aux plasties mammaires de réduction et aux mastopexies ont amené les auteurs à développer une technique capable de réduire la base mammaire et le pôle axillaire, de permettre une médialisation convenable du pôle latéral; capable, aussi, de rendre conique la glande mammaire et de faciliter la projection de la plaque aréolo-mamelonnaire vers le sommet de ce cône. La technique opératoire consiste à confectionner trois lambeaux glandulaires et à préserver au maximum l'intégrité de l'enveloppe cutanée. Entre mars 1987 et mai 1996, 217 interventions ont été pratiquées suivant cette technique avec des résultats satisfaisants et de longue durée.

MOTS-CLÉS : Sein. – Plastie mammaire. – Lambeau glandulo-adipeux.

Alberto M.L. CALDEIRA, Alfonso LUCAS. – Mammoplasty with triple interposition of glandular flaps. Technical note. (In French).

Ann Chir Plast Esthét, 1997, **42**, n° 3, 238-246.

SUMMARY : The unfavorable breast contours resulting from a reductive mammoplasty or a mastopexy influenced the authors into developing a technique that provided reduction of the breast base and axillary pole, convenient medial position of the lateral pole and substantial conification of the breast tissue to help project the areolomamillary complex to the apex of that cone. From March 1987 to May 1996 two hundred and seventeen operations were performed with this technique that consists of construction of three glandular flaps and maximum preservation of the skin covering. The results obtained showed to be very satisfactory and more lasting.

KEY-WORDS : Breast. – Mammoplasty. – Adipose glandular flap.

Rua Visconde de Pirajá, 414/508, 22410-002 RIO DE JANEIRO, RJ (Brésil).

Manuscrit reçu à la Rédaction le 22 novembre 1996. Accepté après modifications le 27 février 1997.

- Chemical, biomechanical, and physical changes in the skin in an experimental animal model of therapeutic tissue expansion. *J. Surg. Res.*, 1989, 47, 507-514.
10. CHRÉTIEN-MARQUET B., SAOUMA S., FERNANDES R., MURTHY J., LANTIERI L. – Exérèse-suture cutanée. Notions fondamentales et applications aux techniques chirurgicales de base. *Encycl. Med. Chir.*, Paris, France, Techniques chirurgicales, Chirurgie plastique, 45-015, 1994, 11p.
 11. CHRÉTIEN-MARQUET B., BENNACEUR S., CERCEAU M., FERNANDES R. SAOUMA S., MURTHY J. – Cutaneous expansion using enforced position in the treatment of large skin defects. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1994, 93, 337-344.
 12. MCGUIRE M. – Studies of the excisional wound : I. Biomechanical effects of undermining and wound orientation on closing tension and work. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1980, 66, 419-427.
 13. SIEGERT R., WEERDA H., HOFFMANN S., MOHDJER C. – Clinical and experimental evaluation of intermittent intraoperative short-term expansion. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1993, 92, 248-252.
 14. CHRÉTIEN-MARQUET B. – Rapid intraoperative expansion using isotonic saline solution. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1995, 96, 158-165.
 15. HIRSHOWITZ B., LINDENBAUM E., HAR-SHAI Y. – A skin-stretching device for the harnessing of the viscoelastic properties of skin. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1993, 92, 260-270.
 16. SASAKI G. – Intraoperative sustained limited expansion (ISLE) as an immediate reconstructive technique. *Clin. Plast. Surg.*, 1987, 14, 563-573.
 17. HIRSHOWITZ B., KAUFMAN T., ULLMAN J., PECHMANN U. – Reconstruction of the tip of the nose and ala by load cycling of the nasal skin and harnessing of extra skin. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1986, 77, 316-319.
 18. GIBSON T. – Reconstruction of tip of the nose and ala by cycling of the nasal skin and harnessing of extra skin (Discussion). *Plast. Reconstr. Surg.*, 1986, 77, 320-321.
 19. FREILINGER G., GRUBER H., HAPPAK W., GRUBER U. – Surgical anatomy of the mimic muscle system and the facial nerve. Importance for reconstructive and aesthetic surgery. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1987, 80, 686-690.
 20. FREILINGER G., HAPPAK W., BURGGASSER G. *et al.* – Histochemical mapping and fiber size analysis of mimic muscles. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1990, 86, 422-428.
 21. LANGER K., GIBSON T. – On the anatomy and physiology of the skin. I-IV. *Br. J. Plast. Surg.*, 1978, 31, 3-8.
 22. COX H. – The cleavage lines of skin. *Br. J. Surg.*, 1941, 29, 234-240.
 23. BORGES A. – Relaxed skin tension lines versus other skin lines. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1984, 73, 144-150.



ANNALES DE CHIRURGIE PLASTIQUE ESTHÉTIQUE

Rédaction : 31, bd de Latour-Maubourg, 75343 PARIS Cedex 07
Tél. : 01 40 62 64 00 – Télécopie : 01 45 55 69 20

Administration – Abonnements – Publicité : 15, rue Saint-Benoît, 75278 PARIS Cedex 06
Tél. : 01 45 48 42 60 – Télécopie : 01 45 44 81 55

ABONNEMENTS (6 numéros par an)

FRANCE : 1 600 F – Étudiant, CES : 800 F
ÉTRANGER : 1 790 FF – Étudiant : 895 FF

Les abonnements sont payables au comptant et ne sont mis en service qu'après réception du règlement.

Les chèques bancaires en provenance de l'étranger devront être adressés au compte n° 065 111 85343 CIC, Montparnasse, PARIS (France).
Checks drawn on banks in countries other than France should be made payable to account number 065 111 85343 CIC, Montparnasse, PARIS (France).

INTRODUCTION

L'expérience nous enseigne que la première préoccupation des patientes immédiatement après une plastie mammaire de réduction ou une mastopexie, concerne la qualité et la position des cicatrices et, ensuite, la nouvelle forme mammaire.

Nos premiers cas de plastie mammaire datent de 1984. La technique la plus utilisée alors fut celle de Pitanguy [1], suivie de procédés qui laissent une cicatrice réduite, telles que la technique de Arié-Pitanguy [2] et celle de Peixoto [3] (tableau I).

Après trois ans d'expérience et en accord avec les informations publiées dans la littérature sur la nouvelle forme des seins opérés, nous sommes arrivés à la conclusion que la plupart des cas n'avaient pas répondu à notre attente ni à celle des patientes, parfois même à la phase postopératoire immédiate.

Nous estimons que seules quelques techniques sont capables d'assurer une conformation mammaire conique, la plupart produisant plutôt des seins d'aspect arrondi [3, 4, 5, 6, 7, 8].

Les techniques qui ne permettent pas une résection suffisante de la base mammaire ni une médiatisation du pôle latéral ont pour résultat des seins élargis [3, 5, 7, 9, 10]. D'autres ne traitent pas de façon convenable le pôle axillaire [1, 2, 3, 11, 12]. L'inconvénient qu'ont en commun toutes ces techniques est peut-être que le sein, dans sa phase postopératoire tardive, a toujours tendance à reprendre sa forme originelle [1, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16].

Afin de trouver une solution à ces problèmes, nous avons commencé, en mars 1987, à développer une technique capable de garantir au sein une forme conique ainsi que de faciliter la transposition de la plaque aréolo-mamelonnaire au sommet de ce cône. Cette technique devait rendre possible, si nécessaire, la réduction de la base mammaire, en diminuant le pôle axillaire et en médialisant ce segment; elle devait aussi faciliter la correction des asymétries et empêcher le retour du sein à sa conformation originelle. En somme, elle devait être une technique universelle pouvant être appliquée dans les cas les plus divers, avec tout type de résection de peau et de préservation maximale de l'enveloppe cutanée, de façon à la libérer de la surcharge de sustentation mammaire.

Tels ont été les avantages recherchés de la confection de trois lambeaux glandulaires: central, latéral et médial; le résultat est ce que nous avons appelé *Technique de la Triple Interposition des Lambeaux (TIL)*.

PATIENTES ET MÉTHODE

La TIL a été utilisée dans 217 cas consécutifs, entre mars 1987 et mai 1996. L'âge des patientes allait de 14 à 74 ans, la majorité entre 30 et 39 ans (tableau II).

TABLEAU I. - Autres techniques de plastie mammaire utilisée entre janvier 1984 et février 1987.

TABLE I. - Mammoplasty techniques used between January 1984 and February 1987.

Techniques	Nombre de cas	Pourcentage
Pitanguy	28	73,68
Arié-Pitanguy	7	18,42
Peixoto	3	7,90

TABLEAU II. - Âge des patientes opérées entre mars 1987 et mai 1996.

TABLE II. - Age of patients operated between March 1987 and May 1996.

Âge (années)	Nombre de patientes	Pourcentage
11-19	18	8,30
20-29	49	22,58
30-39	85	39,17
40-49	46	21,19
50-59	14	6,45
60-70	5	2,31

TABLEAU III. - Récapitulatif des indications des 217 plasties mammaires.

TABLE III. - Summary of the indications for 217 mammoplasties.

Indications	Nombre de patientes	Pourcentage
Hypertrophie mammaire		
Degré I	7	3,23
Degré II	11	5,07
Degré III	6	2,77
Hypertrophie + ptose	109	50,23
Hypotrophie + ptose	52	23,96
Séquelles-plastie mammaire de réduction	23	10,59
Séquelles-plastie mammaire d'augmentation	7	3,23
Seins tubéreux	2	0,92

Cent neuf interventions (50,23 %) concernaient des seins hypertrophiés avec ptose et 52 (23,96 %) des seins hypotrophiés avec ptose. Les indications sont résumées dans le tableau III.

Le tracé cutané et, ensuite, l'incision et la résection de l'excédent cutané dépendaient des conditions de la peau et du volume du sein.

Vu les indications les plus fréquentes et l'attente des patientes quant à l'aspect cicatriciel, nous préférons les résections cutanées qui produisent des cica-

TABLEAU IV. – Type de résection cutanée.
TABLE IV. – Type of skin resection.

Techniques	Nombre de patientes	Pourcentage
Pitanguy	15	6,91
Peixoto	93	42,86
Losangique	97	44,70
Périaréolaire	12	5,53

trices réduites, telles que la technique losangique [17] (fig. 1), celle de Peixoto [3] et la circonférencielle périaréolaire [18, 19, 20] (tableau IV).

Après l'incision cutanée, la classique manœuvre de Schwarzmans [21] est réalisée pour protéger la vascularisation de la plaque aréolaire et du futur lambeau central. A la limite de la zone désépidermée, on procède à un ample décollement cutanéoglandulaire de tout l'hémisphère inférieur du sein jusqu'à la région axillaire, si nécessaire. Ce décollement est fait dans le plan de clivage existant entre la glande et le tissu aréolaire sus-jacent [22] (fig. 2).

On passe ensuite au décollement de la base mammaire du fascia pectoral, en faisant très attention à la zone parasternale, de façon à préserver les ramifications perforantes (II, III, IV) de l'artère thoracique interne. Une fois soulevé tout le tissu mammaire et pratiquées les deux incisions verticales convergeant vers le bas, le lambeau central vertical est préparé, avec une base adéquate à son étendue [9, 23, 24]. Ce lambeau est vascularisé par la deuxième perforante de l'artère thoracique interne [24].

Ensuite, sont préparés deux lambeaux de tissu glandulaire correspondant aux piliers médial et latéral du sein (fig. 3). Le lambeau horizontal médial est vascularisé surtout par les troisième et quatrième perforantes de l'artère thoracique interne, et le lambeau horizontal latéral est vascularisé par les ramifications de l'artère thoracique latérale et par des ramifications acromiales.

Après avoir comparé le volume mammaire total des deux côtés, on passe à la résection du tissu glandulaire, réalisée de forme rhomboïde ou oblique [3]. Ainsi, si le sein a une base ample, on pourra le rendre plus étroit et/ou réduire la hauteur de la projection du futur cône mammaire. L'association des deux types de résection va aussi mener au résultat final désiré (tableau V).

Dans 60,37 % des cas, un tissu mammaire mixte (glandulaire et adipeux) a été trouvé (tableau VI) et le volume réséqué a varié de 0 à 1 055 grammes, avec une moyenne de 210 grammes.

La résection doit être plus petite que le volume final imaginé, car pendant le remodelage et la transposition des lambeaux, on pourra réséquer de

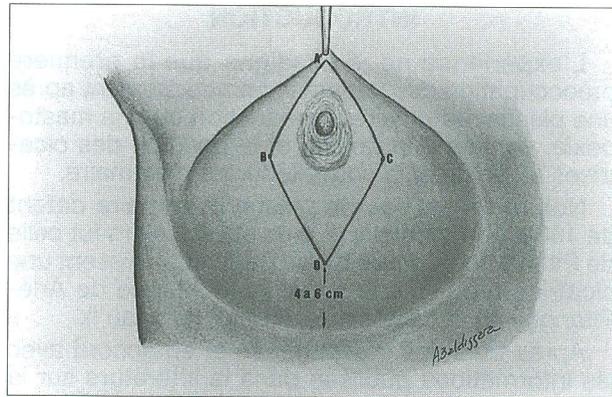


Fig. 1. – Tracé des incisions. Tracé losangique.
Fig. 1. – Outline of incisions. Lozenge marking.

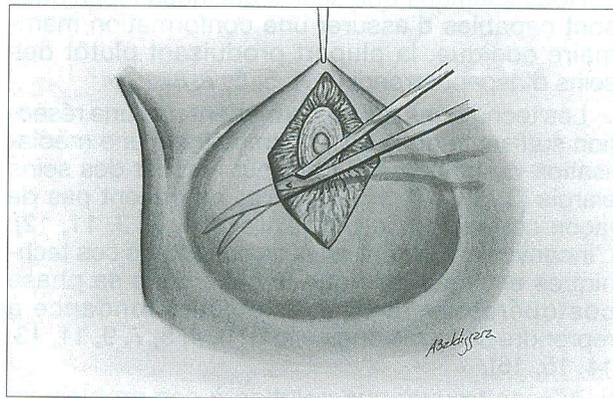


Fig. 2. – Décollement cutanéoglandulaire.
Fig. 2. – Skin-glandular undermining.

petites quantités supplémentaires. Les trois lambeaux pyramidaux sculptés vont déterminer le volume et la configuration finale du sein.

Après une hémostase soignée, le sein est relevé par un crochet placé à son sommet et doit rester ainsi pendant toute la durée du remodelage.

L'extrémité distale du lambeau central est suturée au fascia pectoral par trois points de nylon 2-0. La longueur adéquate du lambeau empêchera la traction vers le bas de la plaque aréolaire (fig. 4). Ce lambeau sert fondamentalement à favoriser la projection de la plaque et à empêcher son aplatissement [13, 25, 26].

Les deux lambeaux horizontaux, médial et latéral, sont roulés dans le sens de la ligne hémiclavculaire et surposés l'un sur l'autre (fig. 5). La disposition de ces lambeaux va déterminer le contour de l'hémisphère inférieur du sein en modelant les pôles latéral et médial, en rendant la base plus étroite et en définissant un nouveau sillon sous-mammaire, ce qui va faciliter aussi la correction d'importantes asymétries mammaires.

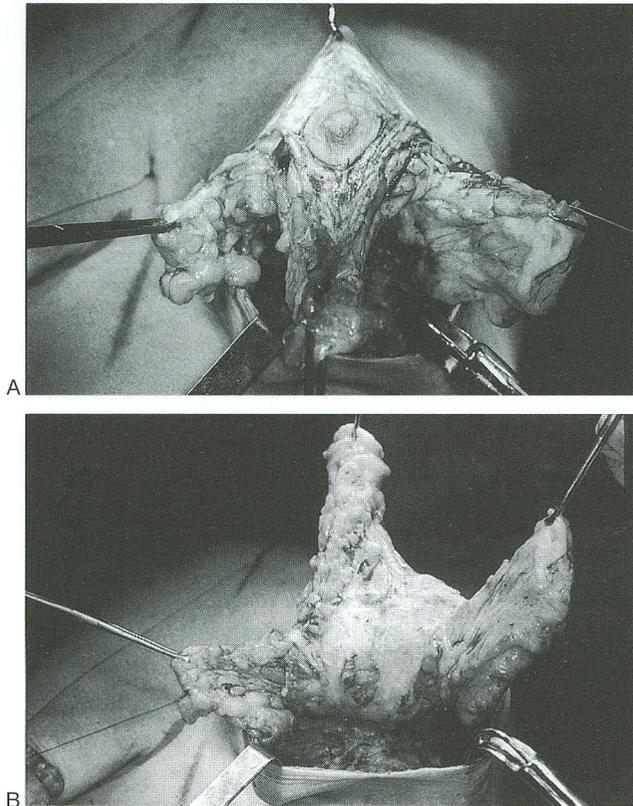


Fig. 3. - A, B: Vues opératoires des lambeaux glandulaires médial, central et latéral déjà préparés.

Fig. 3. - A, B: Operative views of medial, central and lateral glandular flaps.

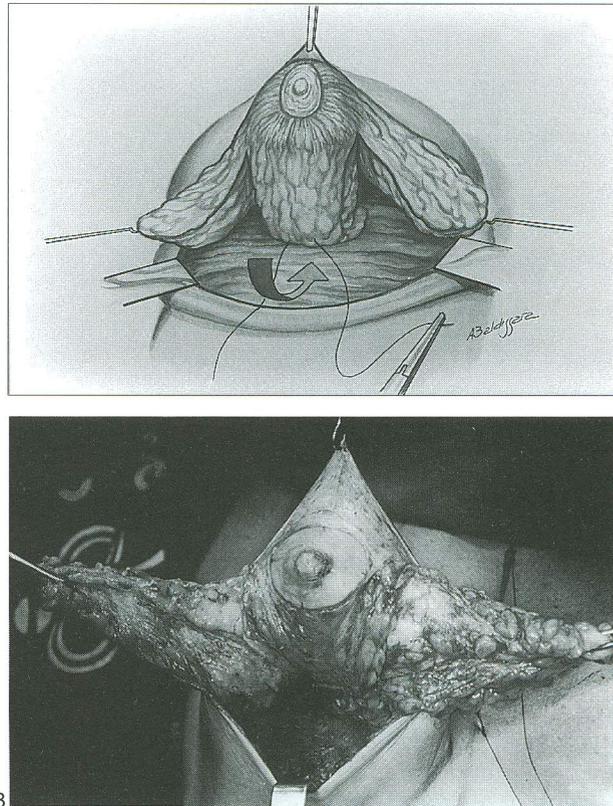


Fig. 4. - Fixation du lambeau central au fascia du grand pectoral. A: Représentation schématique. B: Vue opératoire.

Fig. 4. - Fixation of the central flap to the pectoralis major fascia. A: Schematic drawing. B: Operative view.

TABLEAU V. - Type de résection glandulaire.
TABLE V. - Type of glandular resection.

Type de résection	Nombre de patientes	Pourcentage
Rhomboïde	51	23,50
Base mammaire	68	31,34
Association des deux	70	32,26
Pas de résection	28	12,90

TABLEAU VI. - Type de tissu mammaire.
TABLE VI. - Type of breast tissue.

Tissu	Nombre de patientes	Pourcentage
Glandulaire	47	21,66
Adipeux	39	17,97
Mixte	131	60,37

La disposition des lambeaux médial et latéral dépend de la nécessité de remplir tel ou tel segment. D'habitude, le lambeau médial est fixé profondément à la base du lambeau latéral, qui est roulé sur le premier et est suturé à sa surface avec du nylon 2-0. Les petites irrégularités sont corrigées par «épluchage» (*trimming*) du tissu gras-seux avec des ciseaux. S'il le faut, des plicatures segmentaires sont pratiquées avec du nylon 4-0.

La résection cutanée est toujours faite de façon à ce que la fermeture des berges soit faite sans aucune tension. La peau est distribuée autour du mamelon par 8 points de Gillies avec du nylon 5-0, suivi d'une suture continue avec du fil 4-0. Pour suturer l'incision verticale et l'horizontale, quand elle existe, nous préférons les points séparés sous-cutanés au nylon 4-0 et un surjet intradermique continu avec le même fil.

En raison de l'ample décollement effectué, un drain aspiratif est mis en place dans tous les cas.

Après avoir recouvert les incisions avec un pansement microporeux, on place un soutien-gorge du même tissu, sans tension, pour ne pas

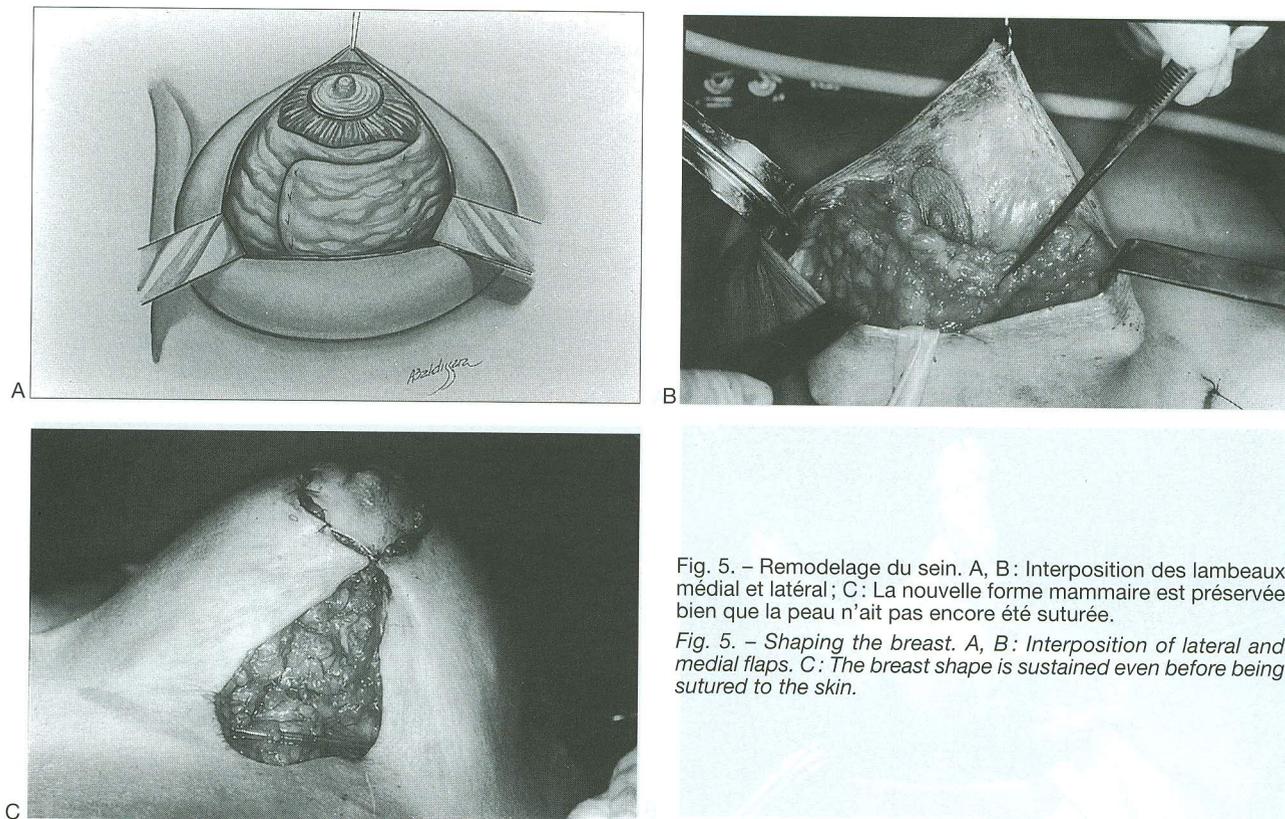


Fig. 5. - Remodelage du sein. A, B : Interposition des lambeaux médial et latéral ; C : La nouvelle forme mammaire est préservée bien que la peau n'ait pas encore été suturée.

Fig. 5. - Shaping the breast. A, B : Interposition of lateral and medial flaps. C : The breast shape is sustained even before being sutured to the skin.

causer une épidermolyse, ce qui diminue le poids soutenu par les points internes. Il est recommandé aux patientes l'utilisation continue du soutien-gorge pendant au moins 60 jours.

COMPLICATIONS

Dans la première phase d'utilisation de cette technique, nous avons observé trois cas de patientes atteintes de stéatonecrose partielle et un autre cas d'une patiente atteinte de stéatonecrose totale dans la région du lambeau central vertical. Nous avons depuis préparé des lambeaux de base plus large.

Dans trois cas, nous avons constaté un durcissement de la région du lambeau latéral, correspondant à des nodules de stéatonecrose survenus à cause d'une manipulation excessive. C'est surtout à cause de ces nodules qu'il a fallu réopérer (7%) pour les enlever ; deux patientes ont subi une chirurgie mammaire complète.

Un cas précoce de sérome a été constaté, résolutif en deux jours après ponction.

Toutes les complications concernant le processus de cicatrisation ont été résolues d'elles-mêmes ou par une petite intervention correctrice chirurgicale (tableau VII).

TABLEAU VII. - Complications postopératoires.
TABLE VII. - Postoperative complications.

Complications	Nombre de patientes	Pourcentage
Hématome	1	0,46
Sérome	1	0,48
Stéatonecrose partielle droite verticale	3	1,38
Stéatonecrose partielle droite latérale	3	1,38
Diminution temporelle sensibilité plaque aréolo-mamelonnaire	29	13,36
Cicatrice hypertrophique ou chéloïdienne	3	1,38
Déhiscence cutanée partielle	4	1,84
Infection	4	1,84

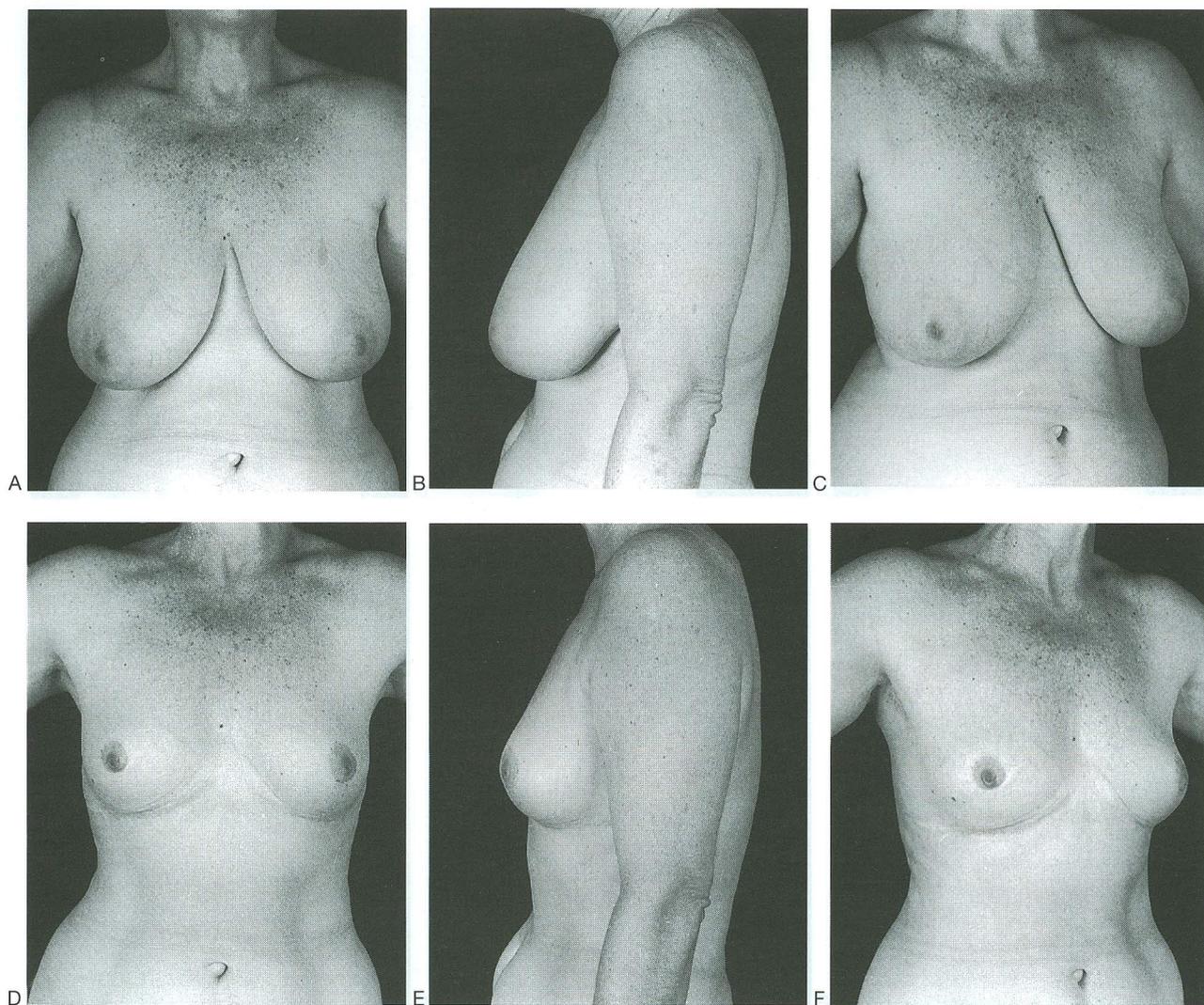


Fig. 6. - Patiente de 58 ans présentant une hypertrophie mammaire associée à une ptose. Le tracé de Peixoto a été réalisé, ayant pour résultat une cicatrice finale en T renversé. A, B, C: Vues préopératoires. D, E, F: Vues postopératoires à cinq ans.

Fig. 6. - Fifty-eight-year-old patient with moderate macromastia and ptosis. Peixoto's marking with resulting inverted T scar. A, B, C: Preoperative views. D, E, F: Five years postoperatively.

DISCUSSION

Quand les techniques traditionnelles de plastie mammaire sont utilisées pour traiter un sein de base étroite ou discrètement élargie, elles peuvent donner des résultats satisfaisants [14, 27, 28, 29, 30, 31]. Mais les seins ayant une base élargie, en forme de sac, ou bien ayant un volume excessif, ont moins de possibilité d'arriver à de tels résultats, vu que les méthodes qui rapprochent les piliers ne permettent pas un résultat satisfaisant [1, 2, 3, 4, 5, 11, 32, 33, 34].

Dans la technique proposée (TIL), ces différents segments mammaires peuvent être facilement vus et manipulés grâce au large décollement cutanéoglandulaire réalisé, ce qui favorise le traitement désiré.

L'utilisation des trois lambeaux adipo-glandulaires est fondée sur l'évidence anatomique de la vascularisation axiale de ces segments [22, 23, 24, 35].

Le sein a tendance à reprendre sa configuration originelle après certaines techniques [7, 17, 23, 33]; cela arrive peu avec la TIL, car l'interposition

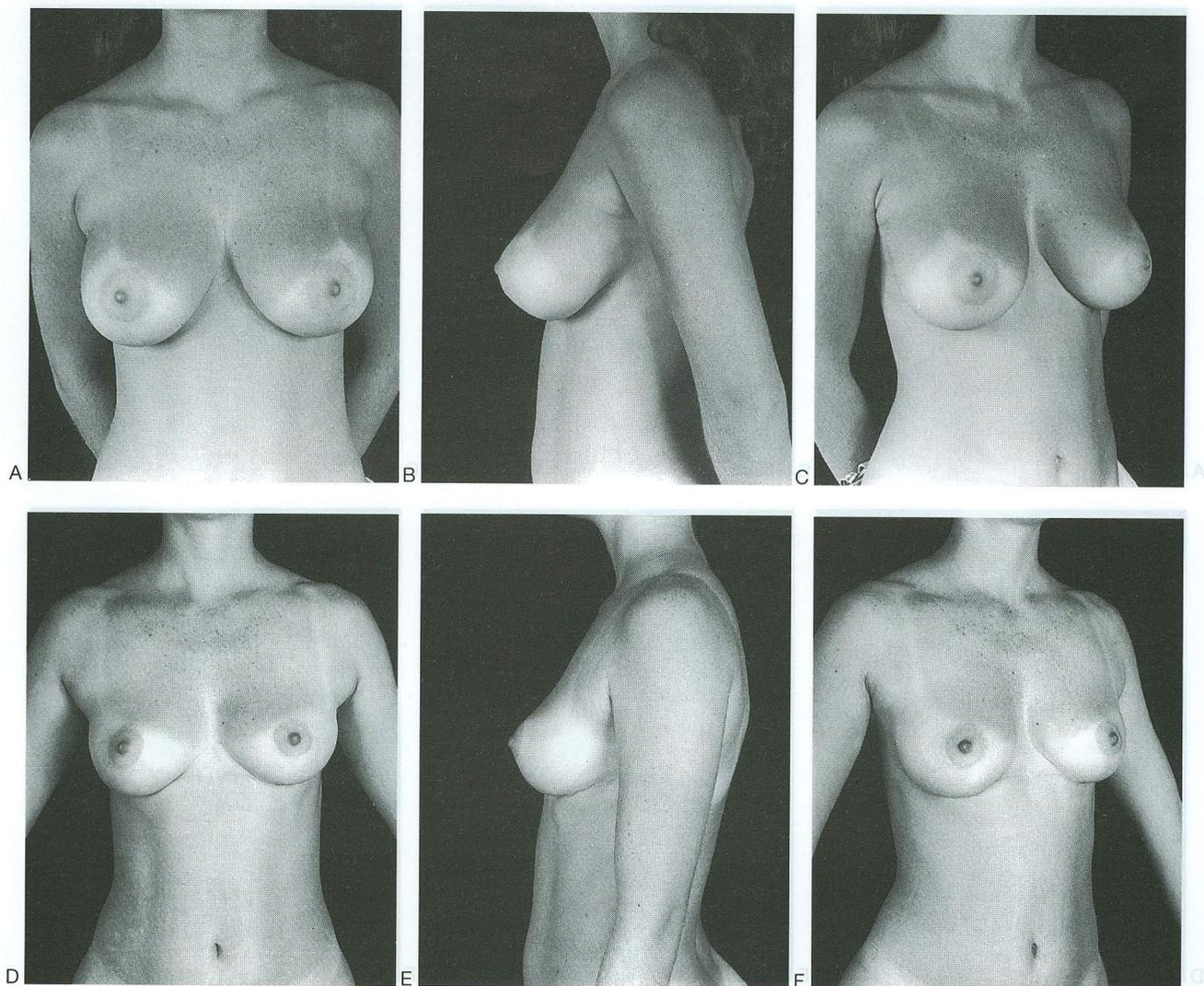


Fig. 7. - Patiente de 27 ans présentant une hypertrophie mammaire modérée.
A, B, C: Vues préopératoires. D, E, F: Vues postopératoires à huit ans.

Fig. 7. - Twenty-seven-year-old patient. Correction of moderate hypertrophy.
A, B, C: Preoperative views. D, E, F: Eight years postoperatively.

des lambeaux reformule la structure de base du système ligamentaire de Cooper [36], à l'origine de la perte de ce que l'on pourrait appeler « *la mémoire structurelle du sein* ». Avec cette technique, seules huit patientes (3,68 %) ont présenté une récurrence de leur difformité mammaire.

Nous sommes d'accord avec les auteurs favorables à une base supérieure bien élaborée et de largeur adéquate pour garantir la survie du lambeau [24, 35]. Ce fait est prouvé par le taux réduit de complications constatées et par l'analyse des différentes techniques qui proposent aussi l'utilisation d'un lambeau porte complexe aérolo-mame-lonnaire de base supérieure [37, 38].

Certains auteurs [23, 39, 40, 41, 42] cherchent des résultats semblables en augmentant le nombre des lambeaux à préparer. Mais ceux qui sont opposés au décollement de la base mammaire [1, 2, 34, 43], ou bien ceux qui utilisent des lambeaux de base inférieure laissent le sein en position ptosée, et le pôle supérieur n'est pas suffisamment rempli [4, 17, 33, 42, 44].

La liberté de rotation et d'avancement des lambeaux que procure la TIL permet le remodelage du sein le plus difficile et la correction d'asymétries étendues, qu'elles soient d'ordre constitutionnel ou bien résultant de séquelles d'interventions précédentes [1, 3, 33].

TABLEAU VIII. – Degré de satisfaction de la patiente.
TABLE VIII. – Patient's degree of satisfaction.

Évaluation	Nombre de patientes	Pourcentage
Très satisfaite	130	59,90
Satisfaite	82	37,39
Insatisfaite	5	2,31

Les détériorations postopératoires tardives peuvent entraîner des petites asymétries de forme qui ne dépendent ni du chirurgien ni de la technique employée, mais de la position différente du sein sur le thorax par rapport au muscle et au squelette thoracique. Dans ces cas spécifiques, notre technique permet la latéralisation du sein, seulement par le changement de l'ordre ou de l'ampleur de la préparation des lambeaux.

Il faut éviter de grands décollements dans les seins adipeux pour ne pas causer une réduction plus grande du volume mammaire en postopératoire tardif, en raison de la labilité et de la fragilité naturelle de ce tissu [34]. Les patientes atteintes de grandes hypertrophies ou de gigantomasties doivent bénéficier des mêmes précautions pour que soit préservée la vascularisation des segments glandulaires et de la peau [24]. Dans ces deux situations, nous préférons garder un peu plus de volume et attendre sa réduction naturelle postopératoire et, s'il le faut, effectuer une réduction secondaire.

La versatilité de la technique TIL est prouvée dans les cas des greffes mammaires recevant une sustentation et une protection mécanique supplémentaire, ainsi que par la reconnaissance éventuelle d'altérations pathologiques intrinsèques, grâce à l'ample décollement et à l'exposition du sein, préconisés par ce procédé.

L'utilisation de patrons préopératoires [45, 46, 47, 48] ne nous semble pas nécessaire car la plaque aréolo-mamelonnaire sera transposée au sommet de la projection conique par la propre modification de la structure globale mammaire.

La technique de Triple Interposition des Lambeaux nous donne des résultats satisfaisants et durables, avec une grande possibilité d'utilisation face aux différentes exigences et attentes des patientes (fig. 6 et 7) (tableau VIII).

CONCLUSION

La conification insuffisante des tissus mammaires, obtenue par diverses techniques existantes de plastie mammaire, nous amène à la conclusion que la forme du sein doit résulter de l'utilisation de son contenu, modelé indépendamment de la résection pratiquée au niveau de l'enveloppe cutanée [49]. Le contenant cutané ne doit recouvrir que le contenu déjà modelé, sans aucune traction ni tension, de façon à préserver les conditions idéales à l'obtention de cicatrices de bonne qualité [50].

RÉFÉRENCES

- PITANGUY I. – Breast hypertrophy. In : *Transactions of the International Society of Plastic Surgeons*, p. 502. 2nd Congress, London, Edinburgh, Livingstone, 1960.
- PITANGUY I. – Mamoplastias. Estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoa. *Rev. Bras. Cir.*, 1961, 42, 201.
- PEIXOTO G. – Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1980, 65, 217.
- McKISSOCK P.K. – Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1972, 49, 245.
- REGNAULT P. – Reduction mammoplasty by the B technique. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1974, 53, 19.
- ELSAHY N.I. – The hexagonal technique for mastopexy and reduction mammoplasty. *Aesth. Plast. Surg.*, 1982, 6, 107.
- LASSUS C. – An «all-season» mammoplasty. *Aesth. Plast. Surg.*, 1986, 10, 15.
- PARENTEAU J.M., REGNAULT P. – The Regnault «B» technique in mastopexy and breast reduction: a 12-year review. *Aesth. Plast. Surg.*, 1989, 13, 75.
- HAKME F. – Técnica en «L» nas ptoses mamárias com confecção de retalhos cruzados. *Rev. Bras. Cir.*, 1983, 73, 87.
- PERS M., NIELSEN I.M., GERNER N. – Results following reduction mammoplasty as evaluated by the patients. *Ann. Plast. Surg.*, 1986, 17, 449.
- SKOOG T. – A technique of breast reduction. Transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. *Acta Chir. Scand.*, 1963, 12, 453.
- HOFFMAN S. – Recurrent deformities following reduction mammoplasty and correction of breast asymetry. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1986, 78, 55.
- McKISSOCK P.K. – Avoiding the flat breast in reduction mammoplasty (Discussion). *Plast. Reconstr. Surg.*, 1980, 66, 69.
- MAILLARD G.F. – A Z-mammoplasty with minimal scarring. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1986, 77, 66.
- HOFFMAN S. – Reduction mammoplasty: A medicolegal hazard? *Aesth. Plast. Surg.*, 1987, 11, 113.
- MARCONI F., CAVINA C. – Reduction mammoplasty and correction of the ptosis. A personal technique. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1993, 91, 1046.
- RIBEIRO L. – Redução mamária. In : *Cirurgia Plástica da Mama*, p. 185. Rio de Janeiro, Medsi, 1989.
- EROL Ö.O., SPIRA M.A. – Mastopexy technique for mild to moderate ptosis. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1980, 65, 603.
- BUSTOS R.A., LOUREIRO L.E.K. – Mamoplastia redutora de retalho glandular trilobulado de pedículo inferior por incisão periareolar. *Transaction XXIV Congrès de Chirurgie Plastique*, p. 484. Gramado, APLUB, 1985.
- RIBEIRO L., MUZZI S., ACCORSI J.A. – Mamoplastia redutora. Técnica circunferencial. *Cir. Plast. Ibero Lat. Americana*, 1992, 18, 249.
- SCHWARZMANN E. – Die Technik der Mammoplastik. *Chirurgie*, 1930, 2, 932.
- BIESEMBERGER H. – Eine neue Methode der Mammoplastik. *Zentralbl. Chir.*, 1928, 55, 2382.
- SOUZA PINTO E.B., DE ALMEIDA A.E.F., CARDIM REYES M.F. – Dermoadipose and adenadipose flaps in mammoplasty. *Aesth. Plast. Surg.*, 1993, 7, 101.
- BERTELLI J.A., PEREIRA J.F.V. – The inframammary island flap: anatomical basis. *Ann. Plast. Surg.*, 1994, 32, 315.

25. MATHES S.J., NAHAI F., HESTER T.R. – Avoiding the flat breast in reduction mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1980, 66, 63.
26. SCHULTZ R.C., MARKUS N.J. – Platform for nipple projection: modification of the pedicle technique for breast reduction. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1981, 68, 208.
27. WILLIAMS G., HOFFMAN S. – Mammoplasty for tubular breast. *Aesth. Plast. Surg.*, 1981, 5, 51.
28. NICOLLE F.V., CHIR M. – Improved standards in reduction mammoplasty and mastopexy. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1982, 69, 453.
29. NICOLLE F.V., CHIR M. – Reduction mammoplasty and mastopexy: a personal technique. *Aesth. Plast. Surg.*, 1984, 8, 43.
30. BRICOUT N., GROSLIERES D., SERVANT J.M., BANZET P. – Plastie mammaire: la technique utilisée à Saint-Louis. *Ann. Chir. Plast. Esthét.*, 1988, 33, 7.
31. GASPERONI C., SALGARELLO M., GARGANI G. – Experience and technical refinements in the «Donut» mastopexy with augmentation mammoplasty. *Aesth. Plast. Surg.*, 1988, 12, 111.
32. STROMBECK J.O. – Mammoplasty: report of a new technique based on the twopedicle procedure. *Br. J. Plast. Surg.*, 1961, 13, 79.
33. RIBEIRO L. – A new technique for reduction mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1975, 55, 330.
34. PITANGUY I., CALDEIRA A.M.L., ALEXANDRINO A., MARTINEZ J.G. – Mammoplastia redutora e mastopexia. Técnica Pitanguy. Vinte e cinco anos de experiência. *Rev. Bras. Cir.*, 1984, 74, 265.
35. FARINA M.A., NEWBY B.G., ALANI H.M. – Innervation of the nipple areola complex. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1980, 6, 497.
36. THOREK M. – Possibilities in the reconstruction of the human form. *NY Med. J.*, 1922, 116, 572.
37. LALARDRIE J.P., MOULY R. – History of mammoplasty. *Aesth. Plast. Surg.*, 1978, 2, 167.
38. CARDOSO A.D., PESSANHA M.C., PERALTA J.M. – Three dermal pedicles for nipple-areola complex movement in reduction of gigantomastia. *Ann. Plast. Surg.*, 1984, 12, 419.
39. BOLGER W.E., SEYFER A.E., JACKSON S.M. – Reduction mammoplasty using the inferior glandular «pyramid» pedicle. Experiences with 300 patients. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1987, 80, 75.
40. GEORGIADIS G.S., RIEFKOHL R.E., GEORGIADIS N.G. – The inferior dermal-pyramidal type breast reduction: Long-term evaluation. *Ann. Plast. Surg.*, 1989, 23, 203.
41. CANDIANI P., CAMPIGLIO G.L., SIGNORINI M. – Personal experience with the central pedicle reduction mammoplasty. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plast.*, 1991, 6, 11.
42. MARTINS P.D.E. – Periareolar mammoplasty with flap transposition. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plast.*, 1991, 6, 1.
43. MARCONI F. – The dermal presuturing suture: a new technique for a short inframammary scar in reduction mammoplasty and dermal mastopexy. *Ann. Plast. Surg.*, 1989, 22, 484.
44. ROBBINS T.H. – A reduction mammoplasty with the areola-nipple based on an inferior dermal pedicle. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1977, 59, 64.
45. WISE R.J. – A preliminary report on a method of planning the mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1956, 17, 367.
46. WEINER D.L. et al. – A single dermal pedicle for nipple transposition subcutaneous mastectomy, reduction mammoplasty, or mastopexy. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1973, 51, 115.
47. SNYDER G.B. – The combined use of the Strombeck pattern and the McKissock keyhole pattern in marking macromastia. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1980, 65, 231.
48. GASPERONI C., SALGARELLO M. – Preoperative breast marking in reduction mammoplasty. *Ann. Plast. Surg.*, 1987, 19, 306.
49. CALDEIRA A.M.L. – New approach to breast surgery. Personal technique. *Annals 8th International Congress on Senology*, p. 1400. Rio de Janeiro, Brésil, 1994.
50. CALDEIRA A.M.L. – Trip flap interposition technique. *Transactions, 11th Congress of the International Confederation of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, p. 188. Yokohama, Japan, 1995.



ANNALES DE GÉNÉTIQUE

Rédaction : 31, bd de Latour-Maubourg, 75343 PARIS Cedex 07

Tél. : 01 40 62 64 00 – Télécopie : 01 45 55 69 20

Administration – Abonnements – Publicité : 15, rue Saint-Benoît, 75278 PARIS Cedex 06

Tél. : 01 45 48 42 60 – Télécopie : 01 45 44 81 55

ABONNEMENTS 1997

(4 numéros par an)

FRANCE : 1600 F – Étudiant, CES : 800 F

ÉTRANGER : 1 780 FF – Étudiant : 890 FF

Les abonnements sont payables au comptant et ne sont mis en service qu'après réception du règlement.

Les chèques bancaires en provenance de l'étranger devront être adressés au compte CIC 065 111 85343, Montparnasse, PARIS (France).

Checks drawn on banks in countries other than France should be made payable to account number CIC 065 111 85343, Montparnasse, PARIS (France).