# RETENTISSEMENT DE L'HYPERTROPHIE MAMMAIRE SUR LE RACHIS CERVICO-DORSAL

E. AUCLAIR, H. GUERIN-SURVILLE

Il n'existe pas de définition précise de l'hypertrophie mammaire, de même qu'il n'en existe pas du sein mammaire. Tout au plus a-t-on une appréciation claire de la gigantomastie qui correspond à un développement tout à fait normal de la glande mammaire qui va nécessiter une résection de plus de 1 kg au niveau de chaque sein.

L'hypertrophie mammaire serait plutôt définie par la demande de la patiente qui est gênée par une poitrine qu'elle considère comme trop développée, une autre femme pourrait être satisfaite par la même poitrine. L'appréciation de cette gêne fait intervenir de multiples facteurs, pour la plupart subjectifs, qui nous éloignent d'une définition clinique objective. Il faut notamment savoir qu'aux Etats-Unis des patientes demandent une augmentation là où des européennes auraient demandé une réduction. Le facteur ethnique n'est donc pas négligeable.

Toujours est-il que cette glande mammaire mal supportée (donc hypertrophique) va avoir des retentissements directs ou mécaniques, mais aussi indirects ou psychologiques sur le squelette et en particulier le rachis.

# RETENTISSEMENT DE L'HYPERTROPHIE MAMMAIRE

## RETENTISSEMENT DIRECT, MECANIQUE

Il est lié au développement à la face antérieure du thorax d'une masse tissulaire qui va exercer un effet de levier sur le rachis dorsal. Les éléments de compensation vont être une surcharge de travail sur les muscles dorsaux, intercostaux, et cervico-scapulaires, responsables essentiellement de cervico-dorsalgies. D'autres inconvénients mécaniques sont liés à cette surcharge tissulaire, le plus connu est la pression excessive de la bretelle de soutien-gorge entraînant douleurs et lésions de frottement;

Il est par contre difficile d'apprécier le rôle de l'hypertrophie mammaire dans l'apparition de la pathologie dégénérative rachidienne. Tout au plus on peut considérer qu'il s'agit d'un agent adjuvant.

# RETENTISSEMENT INDIRECT, PSYCHOLOGIQUE

Il est à notre avis plus important que le facteur mécanique et surtout plus intéressant à étudier. Le développement précoce et trop important de la poitrine mal acceptée par la jeune adolescente qui se trouve subitement et prématurément affublée d'un attribut sujet d'attention et de réflexion qu'elle est trop jeune pour apprécier. La réaction classique est alors d'essayer de dissimuler l'objet de la concupiscence masculine par plusieurs moyens :

### - Modification de la posture :

Elle arrondit le dos, avance ses épaules pour tenter de diminuer la projection du thorax et donc de la poitrine. Cette déformation va aggraver celle induite par l'effet mécanique de levier cité précédemment.

#### - Modifications pondérales :

La tendance à l'obésité fréquemment remarquée a pour but de tenter de masquer l'hypertrophie mammaire dans une hypertrophie globale du corps. Cette obésité va elle-même participer au développement de la poitrine induisant un cercle vicieux : Hypertrophie Obésité.

# - Modification de l'activité physique :

L'hypertrophie mammaire est gênante au cours de l'activité sportive. Cette activité induit le plus souvent des douleurs au niveau des seins. La diminution, voire la suppression quasi systématique du sport (parfois justifiée par un certificat médical) va favoriser le développement de la surcharge pondérale, et aggraver le cercle vicieux dans lequel la patiente est engagée. De plus, en diminuant son activité physique la patiente va peu développer sa musculature dorsale et

cervico-scapulaire, aggravant les effets du levier mécanique précité.

#### - Modification comportementale :

L'hypertrophie va retentir sur de nombreux domaines comme : l'habillement, les relations amicales et amoureuses, l'approche de la sexualité...

Elle peut être la cause de complexes durables. C'est le rôle du traitement chirurgical de rompre le plus tôt possible ce cercle vicieux afin d'éviter l'installation de cicatrices psychologiques trop profondes.

# TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HYPERTROPHIE MAMMAIRE

Le principe en est très simple : il consiste à supprimer l'excès de peau et de glande mammaire pour reconstituer un sein fonctionnel de taille et de forme satisfaisante.

L'intervention a lieu au cours d'une hospitalisation de quelques jours (2 à 4). Elle se déroule sous anesthésie générale et dure 2 à 3 heures.

Les suites opératoires sont dans la plupart des cas extrêmement simples:

- douleurs pendant 2 à 3 jours cédant facilement aux antalgiques simples;
- drains laissés en place 1 ou 2 jours;
- reprise d'une activité normale au bout de 10 à 15 jours ;

- reprise de l'activité sportive au bout de 6 semaines.

Les complications sont rares :

- les hématomes sont évités par une hémostase soigneuse et l'utilisation de drains;
- la nécrose est extrêmement rare depuis l'avènement des techniques modernes de plastie mammaire (Pitangy, Skoog, Strombek) dans les années 60. Elle peut être redoutée dans le traitement des gigantomasties, et sera alors évitée par le recours à une greffe du mamelon (Thorek).

Le résultat est l'obtention d'une glande fonctionnelle pour la lactation. La sensibilité du mamelon est le plus souvent conservée, elle peut être diminuée transitoirement. Toutes les études ont montré l'absence d'augmentation du taux de cancer par rapport aux seins non opérés. On peut même considérer que la diminution du volume de la glande diminue le risque théorique de dégénérescence.

La rançon cicatricielle habituelle est constituée par une cicatrice en ancre de marine (schéma 1). Des techniques récentes ont recherché la diminution de la taille des cicatrices:

- en diminuant la longueur de la cicatrice horizontale sous-mammaire (Marchac);
- en supprimant les cicatrices périaréolaires et verticales (Staub);
- en supprimant les cicatrices horizontales et verticales pour ne laisser qu'une cicatrice périaréolaire (Auclair, Bustos).

## **DISCUSSION**

L'indication d'une plastie de réduction ne fait aucun doute quand on a affaire à une gigantomastie ou à une hypertrophie qui a un retentissement psychologique négatif. Les inconvénients (inconfort post-opératoire, cicatrices) sont minimes par rapport au bénéfice majeur apporté à la patiente. L'âge de l'intervention doit à notre avis être le plus précoce possible, dans le double but de diminuer la longueur des cicatrices sur une peau qui n'a pas encore trop souffert de la distension liée au développement de la glande, mais aussi de diminuer le retentissement psychologique de l'hypertrophie mammaire. On peut ainsi être amené à opérer avec bénéfice des patientes âgées de moins de 15 ans.

Quand le traitement chirurgical a été précoce, il est exceptionnel que l'on ait à traiter des lésions dégénératives rachidiennes. Par contre, il peut être bénéfique de prescrire une rééducation active de la musculature pararachidienne dans la période post-opératoire.

# CONCLUSION

Nous considérons que la plastie mammaire de réduction est une intervention fiable quand elle est pratiquée par un chirurgien compétent. Elle apporte une amélioration substantielle de la qualité de vie à la patiente. Elle doit être pratiquée le plus tôt possible afin d'éviter l'installation de séquelles mécaniques et psychologiques définitives.