



R. SELINGER  
PARIS.

## Chirurgie esthétique des seins chez la jeune fille : à partir de quel âge ?

**S'il est discutable d'affirmer que des femmes de plus en plus jeunes accèdent aujourd'hui à la chirurgie esthétique, notamment mammaire, ce sujet "d'actualité" mérite une mise au point concernant les techniques et les indications, liées ou non à l'âge de la jeune fille.**

**Depuis toujours, les chirurgiens plasticiens opèrent les seins de très jeunes filles dès la fin de la puberté, notamment en cas d'hypertrophie ou d'hypotrophie mammaires, ou encore de l'existence d'une anomalie nette ou d'une asymétrie du développement mammaire.**

**Une chirurgie esthétique judicieusement indiquée et utilisant des techniques appropriées a montré ses effets bénéfiques, et ce indépendamment de l'âge de la patiente. Pour cela, elle mérite le nom de "chirurgie de l'image", mettant la patiente "en phase" avec son idée de sa propre féminité. La chirurgie esthétique est alors véritablement réparatrice, à condition également de prendre soin de minimiser le risque de disgrâces cicatricielles.**

**Effectuée précocement, elle permet de résoudre rapidement des situations extrêmement "complexantes" chez la jeune fille.**

**Ce n'est que dans des cas particuliers que l'on décidera de repousser l'heure de l'intervention : immaturité, manque de motivation, incompréhension, conflit avec les parents ou encore dans le cas de seins proches de la normale...**

**S**ujet à la mode dans les médias, la chirurgie esthétique chez la très jeune femme semble être une question d'actualité : la mode viendrait du Brésil, nous dit-on... Mais est-ce réellement un sujet d'actualité ? Quelle est la réalité des prétendues opérations esthétiques des seins chez des femmes de plus en plus jeunes ? Existe-t-il des indications opératoires chez les mineures ? Et si oui, est-il utile ou non de temporiser avant de les opérer ? Quelles sont les particularités de la chirurgie plastique des seins chez les très jeunes femmes ?

C'est à ces questions délicates que nous nous proposons, sinon de répondre totalement et de façon univoque, d'apporter une certaine clarification tirée de l'expérience et de la pratique que nous avons de la chirurgie plastique des seins en France.

Enfin, dans ce contexte, les problèmes de chirurgie esthétique et de chirurgie réparatrice sont particulièrement intriqués : qu'il s'agisse des aspects réparateurs de la chirurgie esthétique ou à l'inverse des aspects esthétiques de la chirurgie réparatrice des anomalies et malformations, c'est toujours une "chirurgie réparatrice de l'image" dont les effets bénéfiques sont indéniables lorsque l'indication est bien posée et la technique appropriée. Aussi, au terme de chirurgie esthétique nous substituerons volontiers le terme plus général de "chirurgie plastique du sein".

### ■ EXISTE-T-IL DES INDICATIONS OPÉRATOIRES CHEZ LES MINEURES ?

Chez la jeune fille en fin de puberté, lorsque l'on pense que le volume et l'aspect des seins ne changera quasiment plus, l'indication opératoire peut se discuter dans trois types de situations :

- l'hypertrophie mammaire,
- l'hypotrophie mammaire,
- les anomalies et asymétries mammaires.

Ces situations peuvent être responsables d'un désaccord entre la jeune femme et son image, d'une entrave à l'affirmation de sa féminité et susciter une

demande de correction des seins qu'elle trouve trop gros, trop petits ou disgracieux. Avant de discuter de l'heure de la chirurgie dans ces indications a priori bonnes, il est utile d'analyser séparément chacune des situations.

### 1. – L'hypertrophie mammaire

Son retentissement semble lié au poids et au volume des seins hypertrophiés, sans oublier l'existence d'une ptose associée dont le degré et la rapidité d'apparition sont, entre autres, liés à la lourdeur des seins.

En ce qui concerne le retentissement sur le dos et la posture (cyphose dorsale), plusieurs facteurs peuvent être incriminés :

Le poids des seins est probablement et paradoxalement le facteur le moins influent sur la posture, car on peut difficilement admettre qu'une réduction même importante (à partir de 500 grammes par sein) puisse soulager tellement significativement et expliquer à elle seule la restauration d'une position dorsale correcte.

- La ptose : facteur plus important à notre avis, car le degré de traction et de serrage de la bretelle du soutien-gorge est en relation directe avec le degré de ptose. Cette tension est supportée par les épaules, au point d'y laisser après quelques années d'évolution une marque (encoche).

Le complexe psychologique se répercute sur la posture : attitude introvertie, recroquevillée ("fœtale"), qui cache la poitrine complexante et la dérobe aux regards extérieurs. C'est donc un exemple de cercle vicieux d'interaction entre physique et psychique (dans laquelle le poids lui-même n'est pas le facteur le plus important).

#### >>> Possibilités opératoires, inconvénients et bénéfiques

La chirurgie de réduction mammaire doit permettre de supprimer l'excédent mammaire, le but étant de guérir le complexe en traitant la cause. Mais une réduction du volume glandulaire ne se conçoit pas sans une résection cutanée associée : c'est ce que l'on peut appeler **la règle de la résection cutanée obligatoire** dans toute opération de réduction mammaire. En effet, l'existence constante d'une ptose associée à l'hypertrophie signifie qu'il existe déjà au départ un excédent cutané relatif qu'une réduction isolée du volume mammaire ne ferait qu'aggraver : cela impliquerait de rendre le sein encore plus ptosé, plus laid et complexant et, par le biais de la ptose et du serrage du soutien-gorge, aggraverait le retentissement postural.

Réduire le volume mammaire ne se conçoit donc pas sans une résection cutanée associée dans le but de rétablir l'adéquation volume-surface. D'où le problème des cicatrices ! Or une chirurgie qui laisserait en place des cicatrices longues et disgracieuses risquerait de "remplacer le complexe des gros seins par le complexe des seins séquelleaires". Transformer un sein gros en un sein laid est contraire à la mission de la chirurgie esthétique : c'est ce que l'on appellerait un "ratage" !

Un combat important de ces dernières années dans la chirurgie plastique des seins a été à la fois celui de la belle cicatrice et celui de la cicatrice courte [1, 3-5, 7-9, 11]. Mais autant il est aisé pour nous de maîtriser une belle cicatrice dans une technique à cicatrice longue, autant dans de nombreuses techniques dites "à cicatrice courte" la brièveté cicatricielle s'est faite aux dépens de la qualité cicatricielle.

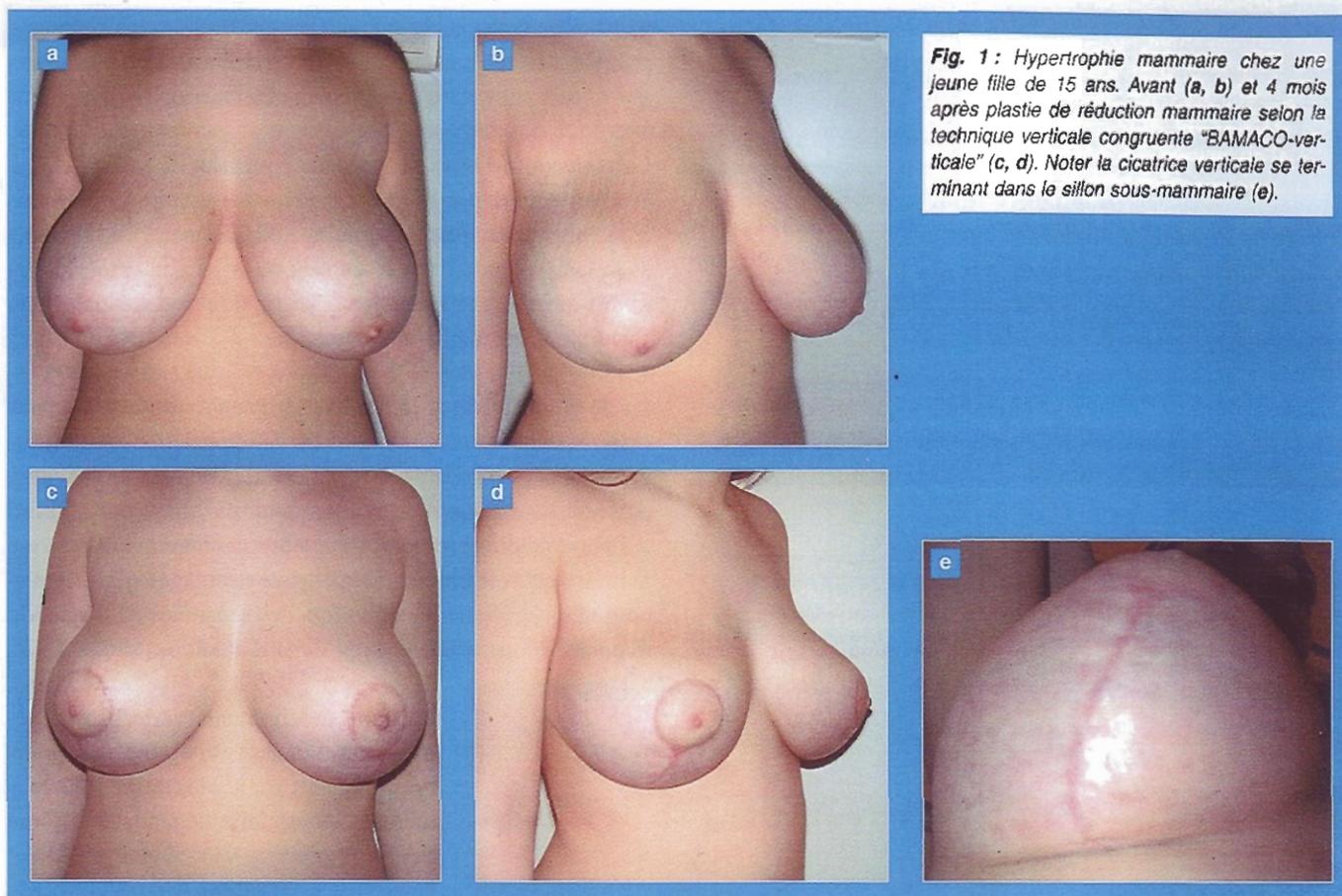
Ce sujet m'a personnellement préoccupé il y a plus de dix ans [12-15], au point de mettre en évidence par une méthodologie géométrique qu'un double concept pouvait permettre l'obtention de cicatrices à la fois courtes et belles (du moins avec la même maîtrise de la qualité cicatricielle que dans les techniques à cicatrice plus longue) :

- Congruence cutanée, soit le fait de suturer des berges cutanées toujours égales sans raccourcir artificiellement la peau par des fronces, l'incongruence étant une source de disgrâces cicatricielles (hypertrophiques, élargies, effet bride).

"Base mammaire conservée" (d'où le nom "BAMACO"), soit le fait de n'effectuer aucune résection cutanée aux dépens de la base du sein ; toute réduction du périmètre de la base mammaire entraîne une inégalité d'interface entre le sein et le thorax et des problèmes de fermeture de la plastie mammaire : seule la non réduction de la base permet de rendre compatibles une fermeture congruente et une cicatrice ne dépassant pas le sillon sous-mammaire (*fig. 1*).

Cela s'applique à la fois dans la technique BAMACO-verticale (suppression de la branche horizontale du "T inversé") et dans la technique BAMACO-T ("T inversé" à branche horizontale courte) que l'on utilise pour des seins plus volumineux et ptosés.

Revenons maintenant à la règle de la résection cutanée obligatoire : n'a-t-elle aucune exception ? En fait si, et précisément chez les très jeunes femmes, avec cependant des incidences pratiques limitées...



**Fig. 1 :** Hypertrophie mammaire chez une jeune fille de 15 ans. Avant (a, b) et 4 mois après plastie de réduction mammaire selon la technique verticale congruente "BAMACO-verticale" (c, d). Noter la cicatrice verticale se terminant dans le sillon sous-mammaire (e).

Chez les jeunes filles, juste à la fin du développement mammaire, la peau ne s'est pas encore distendue et la ptose est encore très limitée; on peut alors parler d'une "ptose élastique": il existe encore une adéquation volume/surface, avec un potentiel de "retour élastique" de la peau, ce qui signifie que la peau serait capable d'une adaptation élastique à un volume mammaire réduit. Des auteurs ont décrit dans ce type précis d'indication (femme jeune, hypertrophie récente, faible ptose, peau élastique) des techniques à réduction volumique isolée: le premier d'entre eux fut le chirurgien français Morestin [2] effectuant une résection discoïde postérieure par une voie d'abord sous-mammaire, technique reprise plus récemment par d'autres, avec des résultats tout à fait éloquents. Cependant, le problème réside dans le mode de résection, provoquant le plus souvent une insensibilité complète du mamelon.

Aujourd'hui, d'autres auteurs effectuent des réductions volumiques isolées en utilisant la technique de liposuction lorsqu'il s'agit de seins gras, mais ce n'est quasiment jamais le cas des très jeunes femmes qui nous intéressent ici, chez lesquelles la trame glandulaire (sous imprégnation estrogénique) est trop dense pour autoriser ce procédé.

Nous retiendrons cependant de toutes ces considérations le fait que si la résection cutanée est quasiment toujours effectuée, elle peut être plus "économique" chez une femme jeune à peau élastique, c'est-à-dire dans le cas d'une hypertrophie mammaire au stade de début. En effet, plus on attend, plus la perte d'élasticité, la distension et l'excédent cutané s'accroissent et plus la résection cutanée devra être importante avec pour conséquence des cicatrices d'autant plus longues: verticale plus longue, voire la nécessité de rajouter une branche horizontale (T inversé).

Une des autres particularités techniques dans les réductions mammaires chez la jeune femme est qu'elles sont volontiers "conservatrices" (fig. 1): il est préférable que le sein opéré soit plutôt un peu trop gros qu'un peu trop petit, car l'évolution du sein dans le courant de la vie de la femme se traduit plus souvent par une perte de volume que par une stabilisation ou une augmentation de volume.

Dans tous les cas, un point technique important (indépendamment de l'âge de la patiente) est d'éviter chaque fois que possible les décollements cutanéoglandulaires ou rétro-glandu-

laïres (résection monobloc), afin de minimiser la morbidité :

- sur le plan nerveux (sensitivité du mamelon),
- sur le plan vasculaire : minimiser le risque d'une nécrose graisseuse pouvant être responsable d'écoulements (parfois septiques) et de séquelles cicatricielles, voire morphologiques.

Nous retiendrons donc comme facteurs essentiels d'une belle cicatrisation : **la congruence cutanée et l'absence de décollements**, en insistant sur l'importance de ne pas remplacer le complexe du gros sein par celui du sein séquellaire !

Toutes ces considérations sont essentielles pour peser le pour et le contre d'une opération de réduction mammaire chez la très jeune femme, ce qui sera le sujet du dernier chapitre.

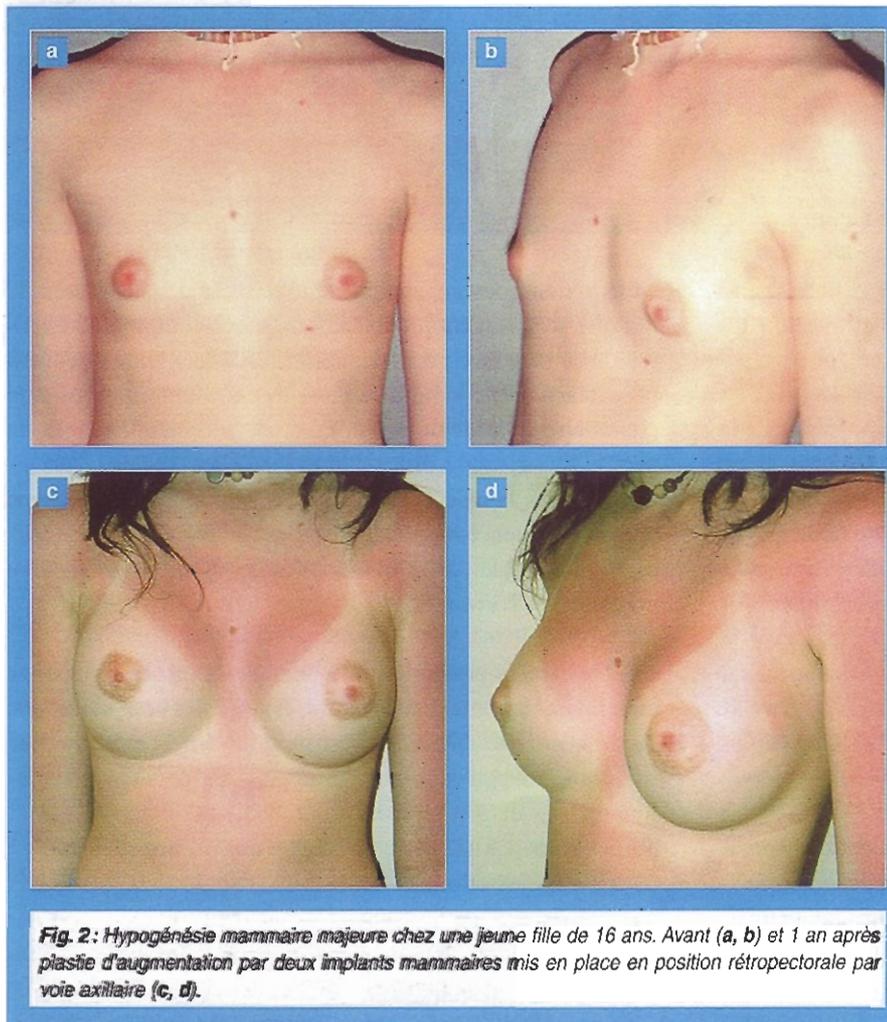
## 2. – L'hypotrophie mammaire

Programmée ou non génétiquement, favorisée ou non par des antécédents d'anorexie, l'hypotrophie mammaire se révèle

très rapidement par la faible croissance des seins durant la puberté. Le tableau est évident en fin de puberté : on sait alors que la taille des seins ne changera quasiment plus.

Le contexte est souvent parlant : conflit de la jeune femme avec son image et sa féminité, pouvant se traduire par une attitude introvertie, parfois agressive, voire fuyant les contacts avec les garçons... C'est souvent dans ce contexte plus ou moins affirmé que naît chez la jeune fille la demande d'une chirurgie d'augmentation mammaire.

Sur le plan technique [6, 10] : des implants (prothèses) mammaires (le plus souvent remplis de gel de silicone) sont introduits dans l'espace pré- ou rétropectoral (le choix se fait selon des considérations morphologiques), par une voie d'abord axillaire, aréolaire, ou plus rarement sous-mammaire. La voie axillaire est souvent choisie pour ses avantages (*fig. 2*) : discrétion cicatricielle, peu de séquelles sensibles au niveau du mamelon (comparativement à l'abord aréolaire).



**Fig. 2 :** Hypogénésie mammaire majeure chez une jeune fille de 16 ans. Avant (a, b) et 1 an après plastie d'augmentation par deux implants mammaires mis en place en position rétropectorale par voie axillaire (c, d).

La taille des implants varie habituellement entre 200 et 350 grammes (mais pratiquement toutes les tailles de prothèse existent) ; elle dépend du volume des seins que l'on veut obtenir en tenant compte de leur taille au départ. Lors de la consultation préopératoire, des essais à l'aide de prothèses externes de différentes tailles (calibrées et corrélées aux tailles des implants) peuvent permettre une bonne prévision de l'aspect postopératoire et sont aussi un bon moyen de connaître le désir de la patiente.

La surveillance par le chirurgien plasticien est annuelle, puis bi-annuelle, mais ne doit pas se substituer au suivi des seins par le gynécologue (dont elle ne doit en aucun cas modifier la fréquence habituelle d'examen cliniques, mammographies, échographies, etc.). Celle du plasticien concerne l'évolution locale après la mise en place des implants : apparition ou non d'une capsulite rétractile périprothétique ("coque") ou d'un déplacement de l'implant qui nécessiteraient une réintervention. A plus long terme (10 ou 20 ans après l'implantation), c'est l'imagerie qui décèlera une éventuelle rupture

intracapsulaire d'une prothèse, plutôt qu'une modification clinique, du fait de la cohésivité des gels de silicone modernes ; il est vrai que les gels anciens, plus fluides, se manifestaient en cas de rupture par la constitution de granulomes parfois disgracieux et douloureux, ou encore par la survenue d'une coque tardive. Le diagnostic de rupture fera poser l'indication d'un changement d'implant.

L'expérience de la chirurgie d'augmentation mammaire est particulièrement éloquent pour avoir montré sa capacité d'apporter une véritable "restauration de féminité" : comblant un "manque" physique et psychique, remettant la personne en phase avec son image, c'est dans ces cas que la chirurgie esthétique représente une véritable "psychothérapie chirurgicale". Dans les cas les plus spectaculaires, on pourrait parler sans hésiter d'opération salvatrice, ouvrant la voie d'un relationnel normal, d'une vie de femme et de la maternité.

### 3. – Les anomalies morphologiques et les asymétries mammaires

#### »» Un exemple de seins disgracieux : les seins tubéreux (dits "en tamanoir")

Cette forme n'est pas exceptionnelle : le sein est cylindrique avec souvent un faible développement des quadrants inférieurs et une implantation haute du sillon sous-mammaire ; l'aréole est souvent large, parfois elle-même cylindrique ou hémisphérique ("hernie aréolaire"). C'est l'aspect disgracieux qui motive la demande de correction chirurgicale, et ce quel que soit le volume mammaire.

Lorsque le sein est de taille normale, l'opération correctrice est habituellement une plastie mammaire dont le but est schématiquement de transformer un sein cylindrique en un sein plutôt conique (forme plus naturelle) : pour cela, une mammaplastie à cicatrice verticale avec conservation de la base mammaire est particulièrement adaptée. La résection est alors purement cutanée, comme dans le traitement des ptoses pures (mastopexie) : c'est la modification de l'"étui cutané" qui impose sa forme au contenu parenchymateux. En absence de geste sur la glande mammaire, la sensibilité du mamelon est préservée et les suites opératoires sont habituellement simples (morbidité minimale) et quasiment toujours indolores.

Certains gestes s'adaptent aux formes particulières :

– en cas d'hypotrophie globale : on peut tenter une simple augmentation mammaire par implant, avec des difficultés techniques particulières liées à l'hypoplasie des quadrants

- ▶ Opérer précocement une hypertrophie mammaire a l'avantage de nécessiter une résection cutanée moindre, ce qui entraîne une économie de longueur de cicatrices.
- ▶ La ptose retentit au moins autant sur le dos et sur la posture que l'hypertrophie mammaire, par le biais de la mise en tension de la bretelle du soutien-gorge.
- ▶ Parmi les plasties mammaires dites "à cicatrice courte", les techniques "congruentes" permettent d'obtenir une cicatrice à la fois belle et courte.
- ▶ Il faut éviter de "déplacer le complexe" en remplaçant les disgrâces morphologiques par des disgrâces cicatricielles.
- ▶ La correction d'une hypotrophie mammaire par implants représente souvent une véritable "restauration de féminité" chez la jeune fille, avec des conséquences extrêmement bénéfiques dans la vie relationnelle.
- ▶ Une intervention esthétique mammaire est habituellement indiquée précocement en dehors de cas particuliers tels : immaturité, manque de motivation, incompréhension, conflit avec les parents ou encore dans le cas de seins proches de la normale... Dans ces cas, on peut décider de temporiser ou de tout de même opérer, au besoin après avoir renouvelé les entretiens, voire après une courte psychothérapie.
- ▶ La surveillance à long terme des implants mammaires par le chirurgien plasticien ne doit en aucun cas se substituer aux examens mammaires réguliers suivis par le gynécologue.

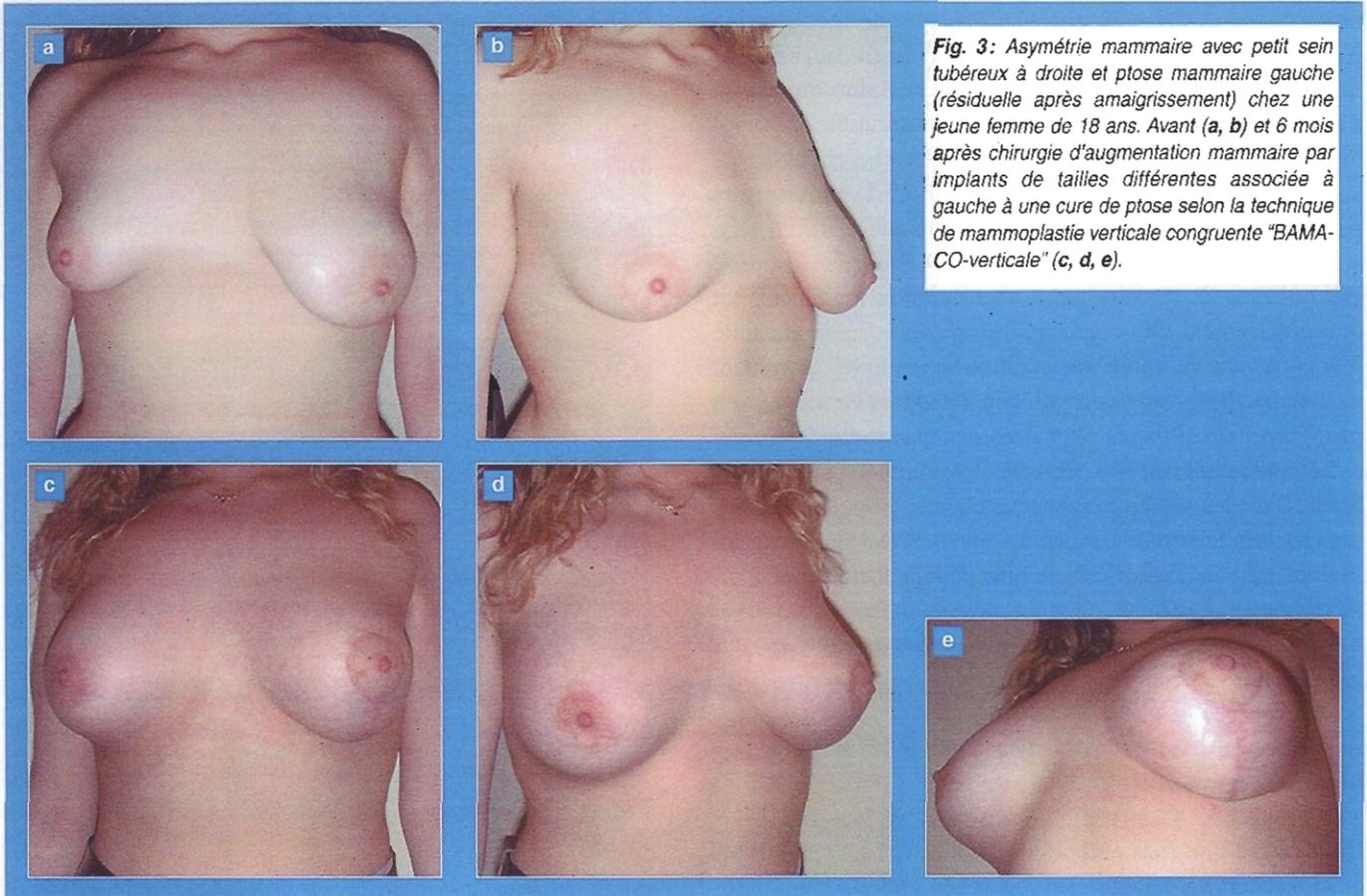
inférieurs (parfois complétée par un procédé de relâchement tissulaire au voisinage du sillon sous-mammaire) ; elle est en fait souvent associée à une mastopexie ("plastie-prothèse" ou "mastopexie d'augmentation"),

– dans les formes mineures avec prédominance d'une aréole cylindrique ou hémisphérique ("hernie aréolaire"), une résection péri-aréolaire isolée suffit parfois : ce sont les seuls cas où une plastie péri-aréolaire est capable d'être à peu près congruente (résection d'un segment de cylindre laissant en place des berges circulaires à peu près égales).

Un exemple de malformation mammaire : le syndrome de Poland. Il associe à des degrés variables, du côté atteint :

- une hypoplasie ou une aplasie mammaire,
- une agénésie du muscle grand pectoral (faisceau sterno-costal),
- des anomalies du membre supérieur (phalanges, voire membre entier) et parfois thoraciques (costales, musculaires, voire même cardiaques).

Sur le plan pratique, il s'agit souvent d'une asymétrie mammaire majeure, dont la correction consiste en une opération d'augmentation mammaire avec souvent un apport musculaire (lambeau musculaire de grand dorsal) ; parfois de petits



**Fig. 3 :** Asymétrie mammaire avec petit sein tubéreux à droite et ptose mammaire gauche (résiduelle après amaigrissement) chez une jeune femme de 18 ans. Avant (a, b) et 6 mois après chirurgie d'augmentation mammaire par implants de tailles différentes associée à gauche à une cure de ptose selon la technique de mammoplastie verticale congruente "BAMA-CO-verticale" (c, d, e).

complements par greffe de graisse (prélevée par lipoaspiration) permettent d'affiner la correction de petites asymétries thoracomammaires résiduelles.

### >>> Les asymétries mammaires

Elles sont le résultat d'un développement différent des deux seins. Souvent mineures, dans les limites de la normalité, relativement fréquentes. Parfois importantes, pouvant associer (entre eux ou à un sein normal) tous les cas mentionnés plus haut (hypertrophie, hypotrophie, anomalies...), accessibles à la chirurgie plastique (*fig. 3*) : la symétrisation nécessite souvent une technique opératoire différente pour chaque sein (exemple : mammoplastie de réduction d'un côté et augmentation mammaire par implant de l'autre).

### II CONCLUSION : QUEL EST LE MOMENT OPTIMAL DE LA CHIRURGIE ?

Contrairement aux idées en vogue, notre impression est que nous n'opérons pas plus de femmes mineures qu'auparavant ;

nous avons toujours eu, parmi les patientes que nous opérons des seins, des jeunes filles entre 15 et 18 ans. Dans les cas que nous avons mentionnés, alors qu'il existe une demande justifiée et une solution chirurgicale adaptée, on peut tout de même se poser la question d'attendre ou non la majorité. En pratique :

L'opération peut être effectuée sans attendre la majorité en cas de :

- demande cohérente et bien motivée de la part de la jeune femme,
- demande justifiée par un retentissement physique et/ou psychique,
- cohérence entre la jeune femme et ses parents,
- indication opératoire nette, confirmée cliniquement par le chirurgien,
- a fortiori s'il s'agit d'une hypertrophie mammaire où le fait d'attendre risquerait de laisser se dégrader les conditions techniques d'une mammoplastie à cicatrice courte (ptose, distension cutanée),
- absence d'obstacles à une chirurgie efficace comme : des problèmes techniques dus au cas particulier, l'absence d'amaigrissement chez une obèse, ou encore une immaturité

de la patiente, une mauvaise compréhension des enjeux de la chirurgie...

On peut être incité à attendre (par exemple la majorité) dans les contextes suivants :

- situation conflictuelle entre la patiente et un parent,
- demande peu affirmée ou hésitante de la part de la patiente,
- immaturité, incompréhension des enjeux de la chirurgie et des suites opératoires (par exemple confusion entre la gêne occasionnée par l'hypertrophie et des douleurs cycliques non accessibles à la chirurgie),
- contexte psychopathologique,
- indication objectivement limitée (sein quasi normal, un peu grand ou un peu petit),
- obstacle technique particulier (non amaigrissement d'une grande obèse par exemple),
- enfin, moins rationnellement : toute situation où le chirurgien "ne sent pas" le contexte propice à l'opération et à son bon déroulement.

C'est dans le cas d'un ou surtout plusieurs de ces facteurs que le chirurgien peut décider :

- soit de temporiser et d'attendre la majorité par exemple,
- soit de quand même effectuer l'opération, éventuellement après avoir revu la patiente et ses parents (période de "maturation"), voire après une ou plusieurs entrevues avec un psychiatre ou un psychologue (plutôt pratiquant la psychanalyse ou du moins ayant l'expérience de ce type de problèmes). ■

## Bibliographie

1. ARIE G. Una nueva tecnica de mastoplastia. *Rev Lat Amer Chirur Plast*, 1957 ; 3 : 23-38.
2. MORESTIN H, GUINARD A. Hypertrophie mammaire traitée par la résection discoïde. *Bull Soc Chirugiens*, Paris, 1907 ; 33 : 649-51.
3. BUSTOS A. Periareolar mammoplasty with silicone supporting lamina. *Plast Reconstr Surg*, 1992 ; 89 : 646-57.
4. FLAGEUL G, KARCENY B. A propos des plasties mammaires verticales : la méthode verticale triangulaire ou "vertical, triangular mammoplasty technique". **Description, indications**, étude rétrospective sur six ans. *Ann Chir Plast Esthet*, 2000 ; 45 : 531-47.
5. KNIPPER P. Vertical mammoplasty with a clamp technique. *Ann Plast Surg*, 2002 ; 48 : 622-7.

6. LALARDRIE JP, JOUGLARD JP. Chirurgie plastique du sein. Masson Ed. Paris, 1974.

7. LASSUS C. A technic for breast reduction. *Int J Surg*, 1970 ; 53 : 69-72.

8. LEJOUR M, ABOUD M, DECLEY A, KERTESZ P. Réduction des cicatrices de plasties mammaires : de l'ancre courte à la verticale. *Ann Chir Plast Esthet*, 1990 ; 35 : 369.

9. MARCHAC D, DE OLARTE G. Reduction mammoplasty and correction of ptosis with a short inframmary scar. *Plast Reconstr Surg*, 1982 ; 69 : 45-55.

10. MITZ V. Manuel de Chirurgie Plastique et Esthétique du Sein. Frison Roche Ed., 1995.

11. PITANGUY I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Bras J Surg*, 1967 ; 20 : 78.

12. SELINGER R. Congruence cutanée dans la plastic mammaire à cicatrice verticale avec BASE Mammaire Conservée ("BA.MA.CO."). Bases géométriques et étude préliminaire. *Ann Chir Plast Esth*, 1996 ; 41 : 11-24.

13. OHANA J, SELINGER R. Que maîtrisons-nous dans la plastic mammaire pour ptose et/ou hypertrophie ? Rapport du XLVIII<sup>e</sup> congrès de la SoFCPRE. *Ann Chir Plast Esth*, 2003 ; 48 : 371-88.

14. SELINGER R. Plastic mammaire de réduction. Comment minimiser les cicatrices ? *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, 2001 ; 65 : 17-25.

15. SELINGER R. Les critères érotiques de la chirurgie plastique des seins. *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, 2004 ; 89 : 17-26.

## COMMUNIQUE

### Nouveautés des Laboratoires Grünenthal

Créés en France en 1997, les Laboratoires Grünenthal font aujourd'hui de la gynécologie un de leurs pôles de développement en mettant à disposition un nouveau contraceptif oral, Belara.

L'administration est classique : 1 pilule par jour pendant 21 jours avec un arrêt de 7 jours entre chaque plaquette. Belara est aujourd'hui la deuxième pilule la plus commercialisée en Allemagne.

Les Laboratoires Grünenthal se veulent également acteurs de Santé publique, ils accompagnent les gynécologues dans la prévention des IVG et des IST. Dans cette optique, ils ont conçu des coffrets d'initiation afin de familiariser les jeunes filles à leur pilule et de les sensibiliser aux risques liés aux IST.

Enfin, Grünenthal a mis en place deux sites internet destinés aux jeunes filles : le premier afin de répondre à leurs besoins : [www.questionsdefilles.com](http://www.questionsdefilles.com), l'autre servant de service d'alerte par SMS pour ne plus oublier sa pilule : [www.pilaleur.com](http://www.pilaleur.com).