

Les critères érotiques de la chirurgie esthétique des seins



La chirurgie qui embellit le sein, en agissant sur l'acceptation et la valorisation de l'image du corps, peut avoir des conséquences bienfaitrices dans la vie érotique de la femme.

Ainsi, en embellissant et restaurant l'intégrité de l'image du corps, chirurgie esthétique et chirurgie reconstructrice sont indissociables, dans un concept global de "chirurgie de l'image"; c'est pourquoi dans cet essai nous parlerons non seulement des seins augmentés, réduits, remontés, mais aussi des seins reconstruits qui représentent souvent une véritable restauration de la féminité.

Nous avons retenu comme critères "érotiques" accessibles à la chirurgie les caractères visuels et tactiles qu'elle peut améliorer (ou altérer), autrement dit ceux qui déterminent la sensualité (perçus par les organes des sens...) du sein : morphologie, cicatrices, souplesse et sensibilité érogène...

Sans oublier l'intrication décisive avec des paramètres psychologiques qui à eux seuls peuvent déterminer la réussite ou l'échec de l'opération.

La chirurgie plastique des seins a pour but d'améliorer la beauté des seins trop petits, trop gros et/ou tombants et de les reconstruire, notamment après chirurgie d'exérèse pour cancer. Cela illustre le lien intime entre les aspects esthétique et réparateur de la chirurgie plastique : les deux embellissent et les deux réparent un "manque" fondamental... Le concept de chirurgie esthétique sera traité au sens large (incluant les aspects esthétiques de la chirurgie reconstructrice); on pourrait aussi l'intituler : **chirurgie de l'image**, puisqu'elle vise à en restaurer l'intégrité ou à l'améliorer.

Améliorer la beauté des seins, c'est valoriser la féminité du corps de la femme. Or on connaît, notamment dans sa vie érotique, l'importance du regard que la femme peut porter sur sa propre image. D'où l'importance de tout ce qui pourra améliorer l'acceptation, voire la valorisation de son propre corps : en particulier la chirurgie plastique, qui peut donc rendre les seins à la fois plus beaux et plus érotiques.

Mais qu'est-ce qu'un sein érotique ? Le sein a au moins une double sensualité, à la fois visuelle et tactile : le sein va être vu et touché par la femme et son partenaire d'amour. Ces critères sont accessibles à l'action du chirurgien :

- critères visuels : forme, cicatrice,
- critères tactiles : souplesse, sensibilité érogène...
- sans oublier les facteurs psychologiques subjectifs liés à la perception par la femme de l'image de son propre corps.

A ce propos, nous nous permettrons une petite remarque : il existe un contraste paradoxal entre :

- l'importance du **regard de soi** : celui porté par soi-même sur soi-même, couramment invoqué comme motivation principale chez la grande majorité des femmes qui consultent pour une demande de chirurgie esthétique (s'affirmant comme indépendante de ce que pourraient penser le compagnon ou les hommes en général...),
- l'importance du **"regard de l'autre"**, auquel il est d'usage d'attribuer un rôle exagérément décisif dans notre vie, avec ses critères sociologiques de beauté, ses modes et ses clichés, véhiculés notamment par les médias.

Dans notre expérience, c'est surtout le regard de soi qui est déterminant : la demande esthétique correspond surtout à une quête de correction d'un désaccord entre l'individu et son image. Cependant, on ne peut nier la réalité d'un "regard de soi habité par le regard de l'autre", car l'individu et le monde sont parties intégrantes l'une de l'autre.

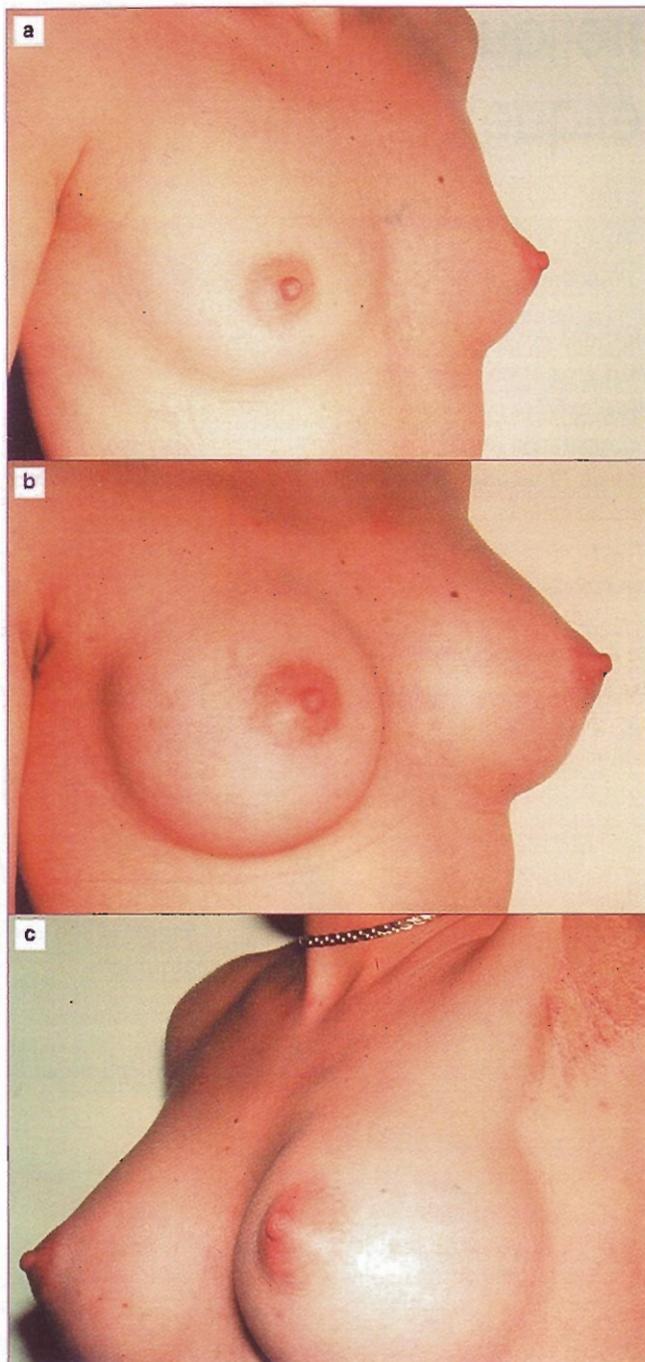


Fig. 1 : Résultats à 2 mois après plastie d'augmentation mammaire par deux implants de 260 g (a, b) mis en place en rétro-pectoral par une incision axillaire (c).

Pour revenir au sujet qui nous intéresse, la chirurgie de l'image peut donc avoir un rôle essentiel allant jusqu'à une véritable psychothérapie chirurgicale (guérison d'un complexe par le traitement de sa cause). Dans le cas du sein, elle correspond au minimum à une "chirurgie de la sensualité".

Parmi les critères visuels, nous envisagerons d'abord la morphologie du sein, puis le problème des cicatrices.

1. – Considérations relatives à la forme du sein

Un joli sein doit avoir un certain volume et une certaine projection [6, 10, 11] par rapport au plan thoracique (grâce à un bon rapport entre base et hauteur), et ce, qu'il soit plutôt conique (en "poire") ou plutôt arrondi (en "pomme").

L'exemple de la *figure 1* montre qu'en cas de seins hypotrophiques, la projection s'obtient conjointement à l'augmentation du volume à l'aide de la mise en place d'implants mammaires. Un bon positionnement des implants (centrage par rapport aux mamelons, souplesse et mobilité) contribue à obtenir une forme harmonieuse.

Il est plus difficile d'obtenir une bonne projection dans la chirurgie de réduction mammaire (*fig. 2*). Nous préférons les techniques où le grand axe de résection est plutôt vertical (adossement de "piliers" glandulaires résiduels verticaux, "conisation" de la glande) qui, à l'aide d'une bonne adéquation peau/glande, permettent une meilleure projection.

Une autre préoccupation est celle de sa durée dans le temps, car la chirurgie de réduction mammaire pose également le problème de la reptose secondaire qui, lorsqu'elle est modérée, est en fait un critère de sein "naturel": en ce cas, la reptose ne compromet la projection que modérément.

>>> Concernant la reconstruction mammaire, le choix se posera entre :

• Des techniques avec simple apport de volume par implant rétro-musculaire

La projection y est souvent faible (résection cutanée non compensée, tension, manque de souplesse parfois aggravé par la radiothérapie...), parfois un peu améliorée par des artifices de translation-suspension de peau thoraco-abdominale. Ces méthodes ont l'avantage de leur faible "lourdeur" chirurgicale chez des patientes déjà marquées par celle (à la fois physique et psychique) des précédents traitements chirurgicaux et médicaux; elles permettent, avec un bon rapport "bienfait/lourdeur", la création d'un sein, imparfait certes, mais d'un sein quand même.





Fig. 2: Résultats à 1 an après réduction de 200 g par sein (technique BAMACO-verticale).

• Des techniques plus "lourdes"

Elles utilisent un apport musculo-cutané par lambeau, permettant un meilleur galbe et une meilleure projection (fig. 3).

2. – Comment minimiser les cicatrices ?

Le problème se pose très peu dans la chirurgie d'augmentation mammaire où les cicatrices sont les rançons minimales de simples incisions d'introduction des implants (hémi-aréolaires, axillaires, voire sous-mammaires) (fig. 1).

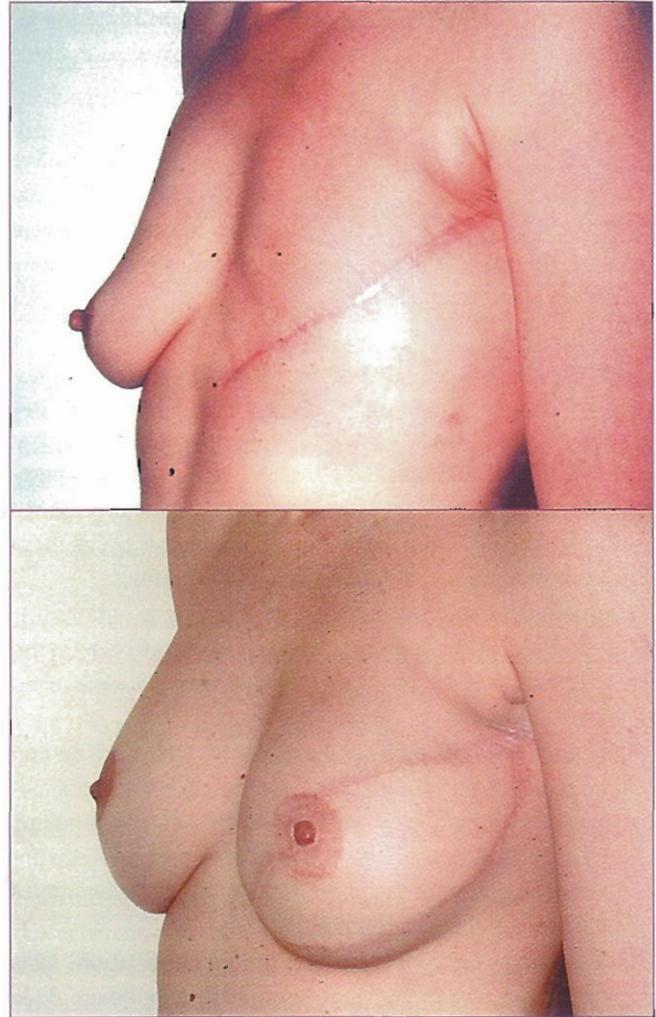


Fig. 3: Résultats à 8 mois d'une reconstruction mammaire post-mastectomie par implant associé à un lambeau musculo-cutané de grand dorsal, avec symétrisation par plastie-prothèse controlatérale.

A l'inverse, après mastectomie pour cancer, les cicatrices souvent importantes et disgracieuses font office de "signature" du traumatisme chez la femme et de "figure imposée" pour le chirurgien. Ce dernier, en les modifiant parfois et surtout en leur donnant toujours une place accessoire dans la globalité de la reconstruction (fig. 3) (apport de volume, positionnement de la nouvelle unité aréole/mamelon reconstruite par greffe ou tatouage jouant par un véritable effet d'optique) contribue à un processus réparateur physique et psychique, allant bien au-delà de la simple restauration du sein : celle de la féminité, voire d'une sensation de "retour à la vie".

C'est surtout dans la chirurgie de réduction mammaire (corrigant les seins tombants ou trop volumineux) que l'importance de la nécessaire résection cutanée déterminera le

nombre et la longueur des cicatrices. C'est la résection de l'excédent cutané qui permet d'adapter la surface cutanée initiale au volume glandulaire final.

Nous envisagerons deux aspects : l'amélioration qualitative des cicatrices, puis les problèmes liés au raccourcissement des cicatrices, et comment ces deux préoccupations peuvent s'intégrer dans le combat actuel des plasties mammaires à cicatrice courte.

● *L'amélioration qualitative des cicatrices*

Une belle cicatrice doit être fine, non boursouflée, sans dyschromie ni adhérence au plan profond. Certains facteurs purement chirurgicaux peuvent favoriser une belle cicatrisation :

- la technique de suture, en évitant notamment les "échelles" (surjet intradermique, ablation rapide des agrafes),
- l'**adéquation volume/surface** (entre la glande et la peau) : l'excès relatif de peau ou, à l'inverse, son insuffisance relative peuvent avoir des répercussions défavorables sur la cicatrisation,
- la **congruence cutanée** qui correspond à l'absence de raccourcissement forcé d'une des longueurs des berges cutanées soit par des fronces, soit par des sutures entre longueurs inégales (incongruence à proprement parler). En effet, l'incongruence peut avoir aussi des répercussions défavorables (cicatrice élargie, hypertrophie),
- des suites opératoires simples sans complication, sans nécrose, sans écoulement, sans réouverture secondaire de la peau permettent d'éviter des séquelles cicatricielles. Elles sont favorisées par des techniques peu traumatisantes, minimum de décollement entre peau et glande, résection monobloc... En cas de séquelles cicatricielles, des retouches secondaires sont possibles, souvent sous anesthésie locale.

Mais en dehors de ce qui est accessible au contrôle chirurgical, il existe des facteurs liés à des prédispositions génétiques, ethniques, métaboliques (chéloïde), dont on ne peut qu'espérer diminuer l'influence en évitant de surajouter des facteurs de risques accessibles au contrôle chirurgical.

● *Le problème des cicatrices courtes*

Une opinion tacitement et classiquement admise par la plupart d'entre nous est qu'il existe un choix à faire entre cicatrice belle et cicatrice longue. Cependant, grâce à des considérations géométriques, nous avons montré qu'il était possible dans un très grand nombre de cas de réunir les conditions d'un raccourcissement de la cicatrice ne compro-

mettant ni sa qualité ni celle de la forme du sein [4-6]. Dans une plastie mammaire à cicatrice longue comme un T "inversé", la plupart des chirurgiens savent obtenir une jolie forme et une jolie cicatrice, souvent au prix d'une longue branche cicatricielle horizontale ; mais même dans ces cas, la branche horizontale du "T" peut être rendue disgracieuse par la suture de berges inégales (lors d'une réduction importante de la base mammaire par exemple) : suture incongruente dans le contexte d'une inégalité entre les deux versants mammaires et thoraciques de la base mammaire.

● *Les plasties mammaires à cicatrice courte*

Il convient d'abord de citer toute une famille de plasties mammaires basées sur le principe de la rétraction cutanée secondaire [7-9]. Le raccourcissement cicatriciel y est réalisé par la concentration d'une grande longueur de berge cutanée dans un espace réduit, avec pour conséquence des fronces censées se résorber secondairement. Qu'il s'agisse des techniques "péri-aréolaires pures" (constamment incongruentes) [7, 8], ou des techniques "verticales" incongruentes, elles posent le problème de la maîtrise de la résorption cutanée secondaire (spéculative et aléatoire). Ces techniques, qui ont beaucoup fait parler d'elles il y a une dizaine d'années, faisant l'objet de nombreuses publications [9], ont eu paradoxalement peu d'adeptes parmi les chirurgiens car posant le problème de leur fiabilité et les risques de disgrâces cicatricielles, voire morphologiques, liées à l'incongruence. Cependant, ces techniques ont eu le mérite de marquer une nouvelle ère, où le concept de plastie mammaire à cicatrice courte, bien que déjà connu auparavant [10-12], va focaliser l'attention et les préoccupations des chirurgiens [9, 13, 14].

En fait, toute la difficulté dans la chirurgie de réduction mammaire est de réunir dans une même opération les éléments favorisant à la fois une cicatrice courte, une cicatrice jolie et une jolie forme de sein. Nous avons publié, depuis une dizaine d'années [4-6], une technique de plastie mammaire verticale à base mammaire conservée (BAMACO). C'est ce principe géométrique qui permet de supprimer la branche horizontale d'un "T" inversé sans compromettre les autres qualités du sein opéré, notamment l'adéquation volume/surface et la congruence des sutures. Il s'agit donc d'une plastie mammaire verticale congruente dont les indications sont larges et qui a prouvé sa fiabilité (série personnelle de 300 patientes opérées).

Un dernier mot concernant les cicatrices et l'aspect post-opératoire immédiat. Les suites immédiates d'une chirurgie



esthétique ne sont pas immédiatement esthétiques : la patiente doit être accompagnée, aidée dans la "réadoption" de ses seins opérés ; nous préconisons des auto-massages qui accélèrent notamment l'assouplissement des cicatrices.

CRITERES TACTILES

1. – La souplesse

Le problème des indurations est surtout celui de la chirurgie d'augmentation mammaire. Une constante "réaction à corps étranger" autour des implants aboutit à la formation d'une "capsule" fine et souple qui permet de transmettre au toucher la consistance molle des implants. Mais dans 5 à 6 % des cas, elle est au contraire le siège d'une contraction péri-prothétique, communément appelée coque (contractée, épaissie, indurée). Cette contraction est toujours palpable, souvent douloureuse, parfois visible de façon positionnelle, voire permanente (grade 3) : tous critères d'altération de sensibilité. Le traitement repose sur une réintervention : capsulotomie circonférentielle et/ou radiaire, voire capsulectomie. Ces interventions permettent dans la plupart des cas de recréer un espace suffisant autour des implants, pouvant être entretenu en post-opératoire par des auto-massages et/ou le port d'un contenseur mammaire. La pose d'implants mammaire représente au maximum une réimplantation de seins qui n'existaient pas auparavant. Il s'agit alors d'une véritable restauration d'une féminité (ayant pu être vécue comme absente auparavant).

Mais qu'il s'agisse d'une réduction ou d'une augmentation mammaire, l'embellissement du sein traite ce qui était vécu comme un manque ; ce fait est bien connu en chirurgie esthétique. Ainsi, dans le cas de l'hypertrophie, le manque était un "trop", mais néanmoins un manque symbolique.

2. – La sensibilité érogène du sein et surtout du mamelon

Sous la dépendance de fines ramifications nerveuses issues des cinquième et sixième nerfs intercostaux, elle peut être compromise par tout procédé chirurgical qui passe à travers la glande mammaire (chirurgie de réduction mammaire, chirurgie d'augmentation avec voie d'abord aréolaire). Dans la chirurgie de réduction mammaire, le risque d'atteinte sensitive est fonction croissante de la quantité de glande mammaire réséquée ; le risque est aggravé dans des techniques qui décolent la glande restante du plan musculaire pectoral (ces décollements, destinés à faire glisser la base du sein, voire de

le suspendre, n'ont d'ailleurs jamais fait la preuve de leur efficacité). Pour la mise en place des implants mammaires, le risque est minimisé quand on utilise la voie d'abord axillaire. En cas d'atteinte de nerfs sensitifs, il existe toujours une récupération secondaire d'une sensibilité, mais parfois moins érogène qu'avant.

REPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES ET CAS CLINIQUES

La chirurgie agit sur des critères visibles et tactiles, perçus par les sens, mais l'importance d'autres paramètres, notamment psychologiques, peut être illustrée à travers quelques exemples.

● *Le cas du cancer du sein*

L'amputation du sein pour cancer peut être vécue comme une castration. Nous insistons à nouveau sur l'importance d'une reconstruction du sein, qui, même imparfaite, réalise une véritable restauration de la féminité.

● *Cas clinique 1 : Augmentation mammaire pour hypotrophie*

Patiente de 20 ans ayant un thorax "quasi masculin", avec des répercussions dans sa vie relationnelle, sociale (agressivité, tristesse, absence de relation avec les hommes). La mise en place d'implant mammaire a représenté également dans ce cas une restauration de la féminité, celle d'organes féminins qui n'avaient jamais "existé" auparavant. La patiente attribue à cette intervention une amélioration fondamentale de sa vie ; connaissance de son mari, naissance de ses enfants et même prise de poids (car elle était en insuffisance pondérale) et même l'apparition d'une glande mammaire s'ajoutant au volume des prothèses rétro-musculaires.

● *Cas clinique 2*

Femme de 50 ans venant consulter quinze ans après la mise en place d'implants mammaires. Il existe une rétraction péri-prothétique visible (grade III de Becker). Les seins sont inesthétiques, peu sensibles et cachés par la patiente à son mari. L'intervention découvre des prothèses rompues et une coque dure calcifiée. On effectue une capsulotomie circonférentielle et radiaire ainsi qu'une capsulectomie partielle. La patiente décrit un changement de ses seins en post-opératoire : ressentis comme plus chauds et plus sensibles ; or il n'existe aucune explication chirurgicale et anatomique à ces

variations de sensibilité: absente avant et présente après l'intervention... Ces variations sont d'ordre psychologique, les seins semblent avoir été exclus auparavant, puis ré-intégrés, ré-adoptés dans l'image du corps par la patiente. Ici, l'amélioration esthétique a provoqué une amélioration de la fonction, dans le sens d'une ré-érotisation des seins: "Je ré-apprends à les connaître" dit la patiente.

● Cas clinique 3

Il s'agit d'une patiente ayant subi 10 ans auparavant une chirurgie d'augmentation mammaire par implants rétro-glandulaires posés par voie aréolaire. Les seins sont objectivement très beaux. Or la patiente ne veut plus de ses prothèses et c'est la raison de sa consultation. Elle affirme par ailleurs que son chirurgien, fier de son intervention, a refusé l'opération de dépose des prothèses. La raison de cette demande est que cette chirurgie d'augmentation mammaire avait été désirée par son mari (dont elle est maintenant divorcée) et non par elle-même. Hésitant à défaire ce résultat objectivement réussi, je pose comme conditions préalables une consultation devant un collègue de cinq chirurgiens (staff) et un entretien avec un psychologue-psychanalyste, ce qui a été fait. La décision est alors prise de procéder à la dépose des prothèses, opération après laquelle la patiente retrouve ses seins "d'avant". En conclusion, une opération même objectivement belle peut être un échec d'ordre psychologique, lorsqu'elle correspond non pas au désir de la patiente mais à celui d'un homme qui n'est plus là pour la valoriser. Dans ce cas, l'acceptation de sa poitrine post-opératoire a entraîné une amélioration de sa sensibilité érogène, pour les mêmes raisons que dans l'exemple précédent.

CONCLUSION

La chirurgie plastique peut contribuer à une valorisation érotique. Les critères chirurgicaux sont visuels, tactiles, mais aussi psychologiques, liés à la relation de l'individu avec son image, perçue par l'intrication du regard de soi et du regard de "l'autre".

Le chirurgien doit tenir compte de tous ces éléments en mettant en jeu non seulement ses qualités d'opérateur, mais aussi son discernement par le regard et par l'écoute: rétablir l'accord entre la patiente et son image, tout en restant en accord avec soi-même (et avec son éthique). Car en cas de distorsion de l'image, de demande démesurée ou ne correspondant pas à un vrai désir, une chirurgie même réussie pourrait entraîner une insatisfaction de la patiente.

Or le seul but, c'est la satisfaction de la patiente: satisfaction de la chirurgie préalable à d'autres satisfactions, notamment érotiques. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. LALARDRIE JP, JOUGLARD JP. Chirurgie plastique du sein. Masson Ed. Paris, 1974.
2. MITZ V. Manuel de chirurgie plastique et esthétique du sein. Frison Roche Ed., 1995.
3. PITANGUY I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg*, 1967; 20: 78-85.
4. SELINGER R. Congruence cutanée dans la plastie mammaire à cicatrice verticale avec BAsE MAMmaire COnservée ("BA.MA.CO."). Bases géométriques et étude préliminaire. *Ann Chir Plast Esth*, 1996; 41: 11-24.
5. OHANA J, SELINGER R. Que maîtrisons-nous dans la plastie mammaire pour ptose et/ou hypertrophie? Rapport du XLVIII^e congrès de la SoFCPRE. *Ann Chir Plast Esth*, 2003; 48: 371-88.
6. SELINGER R. Plastie mammaire de réduction. Comment minimiser les cicatrices? *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, 2001; 65: 17-25.
7. BENELLI L. A new periareolar mammoplasty: the "round block" technique. *Aesth Plast Surg*, 1990; 14: 93-100.
8. BUSTOS RA. Periareolar mammoplasty with silicone supporting lamina. *Plast Reconstr Surg*, 1992; 89: 646-57.
9. LEJOUR M, ABBOUD M, DECLÉTY A, KERTESZ P. Réduction des cicatrices de plasties mammaires: de l'ancre courte à la verticale. *Ann Chir Plast Esthét*, 1990; 35: 369-79.
10. ARIE G. Una nueva tecnica de mastoplastia. *Rev Lat Amer Chir Plast*, 1957; 3: 23-38.
11. LASSUS C. A technic for breast reduction. *Int J Surg*, 1970; 53: 69-72.
12. MARCHAC D, DE OLARTE G. Reduction mammoplasty and correction of ptosis with a short inframammary scar. *Plast Reconstr Surg*, 1982; 69: 45-55.
13. FLAGEUL G, KARCENTY B. A propos des plasties mammaires verticales: la méthode verticale triangulaire ou "verticale triangulaire technique". Description, indications, étude rétrospective sur six ans. *Ann Chir Plast Esthet*, 2000; 45: 531-47.
14. KNIPPER P. Vertical mammoplasty with a clamp technique. *Ann Plast Surg*, 2002; 48: 622-7.

LE CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ (Maternité: 1 350 naissances, 6 PH)

recrute

un GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

Ce poste est ouvert à des praticiens hospitaliers, chefs de clinique, assistants spécialistes, contractuels.

Pour tout renseignement:

M. Gérard Canezza

Tel: 05 65 75 10 12

e-mail: g.canezza@ch-rodez.fr