Bimestriel
Mars 2018

réalités en CHIRURGIE PLASTIQUE

n° 25

Comment optimiser son codage CCAM ?

Le microlift : une approche biplan des mini-lifts

Reconstruction mammaire immédiate par prothèse avec matrice dermique acellulaire

10 étapes pour débuter une activité de greffe capillaire

Impact des implants mammaires sur l'allaitement

www.realites-chirplastique.com
La FMC du plasticien d'aujourd'hui pour préparer la médecine de demain

réalités
en CHIRURGIE PLASTIQUE

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr J.-B. Andreoletti, Dr B. Ascher,
Dr M. Atlan, Pr E. Bey, Dr S. Cartier,
Pr D. Casanova, Pr V. Darsonval,
Dr E. Delay, Dr S. De Mortillet,
Dr P. Duhamel, Pr F. Duteille, Dr A. Fitoussi,
Dr J.-L. Foyatier, Pr W. Hu, Dr F. Kolb,
Dr D. Labbé, Pr L. Lantieri, Dr C. Le Louarn,
Dr Ph. Levan, Dr P. Leyder, Pr G. Magalon,
Dr D. Marchac†, Pr V. Martinot-Duquennoy,
Pr J.-P. Méningaud, Dr B. Mole, Dr J.-F. Pascal,
Dr M. Schoofs, Pr E. Simon,
Pr M.-P. Vazquez, Pr A. Wilk, Dr G. Zakine

COMITÉ DE LECTURE/RÉDACTION

Dr R. Abs, Dr C. Baptista, Dr A. Bonte,
Dr P. Burnier, Dr J. Fernandez, Dr C. Herlin,
Dr S. La Padula, Dr W. Noël,
Dr Q. Qassemyar, Dr B. Sarfati

RÉDACTEURS EN CHEF

Dr J. Niddam, Dr J. Fernandez

ILLUSTRATION MÉDICALE

Dr W. Noël

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

RÉALITÉS EN CHIRURGIE PLASTIQUE

est édité par Performances Médicales
91, avenue de la République
75540 Paris Cedex 11
Tél. 01 47 00 67 14, Fax : 01 47 00 69 99
E-mail : info@performances-medicales.com

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

J. Laurain, M. Meissel

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

D. Plaisance

IMPRIMERIE

Impression : bialec
23, allée des Grands-Pâquis
54180 Heillecourt
Commission Paritaire : 0522 T 91811
ISSN : 2268-3003
Dépôt légal : 1er trimestre 2018

Sommaire

Mars 2018

n° 25

Exercice professionnel

3 **Comment optimiser son codage CCAM ?**
B. Potier

Esthétique

9 **Le microlift : une approche biplan des mini-lifts**
V. Mitz

Reconstruction

15 **Reconstruction mammaire immédiate par prothèse avec matrice dermique acellulaire**
R. Billon, B. Sarfati, S. Struk, N. Leymarie

Cuir chevelu

19 **10 étapes pour débuter une activité de greffe capillaire**
L. Lievain, A. Pegot

Seins

23 **Impact des implants mammaires sur l'allaitement**
L. Bompy, B. Gerenton, A. Stivala, B. Hersant, P. Rizzi, L.-A. See, V. Moris, F. Braye, J.-P. Meningaud, N. Zwetyenga, D. Guillier

Supplément vidéo

27 **Les injections d'acide hyaluronique dans la sphère vulvo-vaginale**
B. Hersant

Un bulletin d'abonnement est en page 14.

Image de couverture : W. Noël.

Exercice professionnel

Comment optimiser son codage CCAM ?

RÉSUMÉ : Un constat s'impose : le budget alloué par les tutelles pour l'exercice médical est à la baisse. L'optimisation de la cotation devient vitale pour le praticien, l'établissement et le patient. Ces optimisations sont applicables aux secteurs 1 et 2 ainsi qu'aux établissements publics et privés. L'optimisation passe aussi par la compréhension des méandres de la protection sociale française car certains droits supposés ne sont pas absolus et soumis à conditions que chaque praticien se doit de connaître afin de résister aux demandes parfois abusives.

B. POTIER
Chirurgien Plasticien,
Polyclinique du Parc, CHOLET.

Un constat s'impose : le budget alloué par les tutelles pour l'exercice médical est à la baisse : -2/-3 % pour les établissements et non révision des tarifs opposables (TO). L'optimisation de la cotation devient vitale tant pour le chirurgien que pour l'établissement. Je suis jeune chirurgien libéral exerçant en solitaire dans un établissement dont je suis actionnaire. Il m'a fallu comprendre et trouver des voies d'optimisation légales tant pour ma comptabilité que pour celle de mon établissement.

Ces optimisations sont applicables aux secteurs 1 et 2 ainsi qu'aux établissements publics et privés.

L'une des conséquences de l'optimisation a été la compréhension des méandres de la protection sociale française et de pondérer les droits "supposés" envers certains patients. Si chaque patient a indiscutablement le droit de voir ses soins pris en charge par l'Assurance Maladie à laquelle il cotise, les nouvelles obligations de tiers-payant (TP) et d'interdiction de dépassement (DP) pour certains bénéficiaires (CMUC, ACS) ne sont pas absolues et soumises à conditions que chaque praticien se doit de connaître afin de résister aux demandes parfois abusives.

La protection sociale française de base

Un régime de base est la couverture minimale obligatoire, les garanties variant d'un régime à l'autre. Ces régimes de base sont pour les salariés la CNAMTS et les CPAM, les agriculteurs la MSA et les professions libérales le RSI (en sursis). S'y ajoute une multitude de régimes spéciaux.

La protection universelle maladie (PUMA) constitue depuis le 1er janvier 2016 le 4e régime de base pour toute personne résidant en France de manière stable et régulière. La PUMA remplace la CMU créée en 1999 dont elle en reprend les principales caractéristiques. Sur son site, l'Assurance Maladie incite fortement les bénéficiaires de la PUMA à consulter les praticiens de secteur 1 [1, 2].

Aucun régime de base n'est conditionné à un niveau de ressources. La facturation en HL est possible dans tous les régimes de base. Le praticien n'a pas l'obligation de pratiquer le TP (sauf accident du travail et maladie professionnelle). L'Assurance Maladie couvre les soins à 100 % du TO sans ticket modérateur pour les ALD ou les soins en rapport avec un accident du travail ; mais rien n'empêche le praticien de facturer au-delà du TO, en HL ou dépassements exceptionnels (DE).

Exercice professionnel

Les dispositifs sociaux particuliers

1. CMU-C [3]

La CMU-C est une protection complémentaire soumise à conditions de ressources et concerne 5 400 000 patients. Elle permet à son bénéficiaire d'accéder, sous certaines conditions (apporter la preuve du bénéfice et consulter dans le parcours de soins coordonnés), de soins au TO, sans DP sauf DE pour exigences particulières et du TP. Le barème de conditions de ressources implique que le bénéficiaire de la CMU-C est également bénéficiaire de l'assistance juridique gratuite. Aujourd'hui, 50 % des procédures à l'encontre des plasticiens sont le fait des patients CMU-C.

2. ACS [4]

L'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire est un dispositif d'aide au paiement d'une complémentaire santé, soumise à conditions de ressources. Elle garantit au patient une absence de DP, sauf DE. L'ACS concerne 1 400 000 patients et constitue une extension du plafond de ressources de la CMU-C. Elle permet le bénéfice du TP total à la condition que le patient ait souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le ministère de la Santé (informations figurant sur la carte Vitale) ou seulement partielle le cas contraire. Tout comme pour la CMUC, le bénéfice de ces mesures est conditionné à la preuve du patient de ses droits et qu'il consulte en respectant le parcours de soins coordonnés. Le bénéfice de l'assistance juridique est partiellement gratuit.

3. AME [5]

L'aide médicale d'État est une protection sociale pour les immigrés en situation irrégulière en France. Son but est humanitaire. Elle concerne 400 000 patients, n'empêche pas le praticien de travailler en HL et n'oblige pas le patient à respecter le parcours de soins coordonnés, sauf en cas d'admission à l'AME pour la part complémentaire (dans le cadre du maintien des droits l'année suivant l'affiliation à un régime de l'Assurance Maladie). Elle permet le bénéficie du TP.

>>> La question du TP pour les patients hors du parcours de soins coordonnés

Pour les ACS, le bénéfice du TP est conditionné au respect du parcours de soins coordonnés et dispense de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifiques. Idem pour les patients CMUC [6, 7].

En pratique, sans respect du parcours de soins, le TP pourra ne pas être consenti, mais il est interdit de refuser de recevoir le patient, ce qui constituerait une discrimination dans l'accès aux soins ou à la prévention [8]. Le patient pourra être reçu aux conditions tarifaires habituelles du praticien. En l'absence d'urgence ou de soins vitaux, si le patient refuse d'avancer les frais car il ne peut justifier de sa situation particulière, le praticien conserve le droit de ne pas recevoir le patient.

>>> La question du TP pour les patients n'apportant pas la preuve de leurs droits

Un praticien peut refuser le bénéfice du TP à un patient n'apportant pas la preuve de ses droits [9]. En cas d'impossibilité de lecture de la carte ou d'absence de mise à jour de cette dernière, le bénéficiaire peut présenter l'attestation de droit délivrée par l'organisme lui servant les prestations de base de l'Assurance Maladie. La règle est identique pour les patients relevant de l'AME, CMU-C et de l'ACS (***fig. 1***).

>>> La question des DE pour exigences particulières du patient

Le praticien peut facturer des DE en cas d'exigence particulière du patient, notamment en cas de visite médicale injustifiée. La notion d'exigence particulière est vague : de temps, de lieu ou toute autre exigence non nécessaire à la réalisation de l'acte. Le DE n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie et doit conserver un caractère exceptionnel pour rester crédible et ce, au regard de la conception très restrictive du Conseil national de l'Ordre des médecins du DE. Le DE est reconnu par l'Assurance Maladie dans tous les régimes d'assurance, CMU-C et ACS compris. La jurisprudence semble même faire du caractère esthétique de l'intervention la conséquence d'une exigence particulière du patient [10].

>>> La question des DP pour des patients hors parcours de soins

Certains praticiens estiment qu'un patient CMUC ou ACS consultant hors

Tiers Payant

- TP pour AME, CMU, ACS
- **OUI**, si justification droits et parcours de soins
- Sinon, tarification normale
- Si patient refuse, pas de défaut de soins

Fig. 1 : Diapositive présentée au Congrès SOFCPRE 2017- TP *vs* droits des usagers.

Facturation

- DP aux PUMA : **OUI**
- DP aux AME : **OUI**
- DE aux CMU-C, ACS : **OUI**, exceptionnel
- DP aux CMU-C, ACS : **OUI** risqué, limité 17,5 %
- DP aux ALD, AW : **OUI**

Fig. 2 : Diapositive présentée au Congrès SOFCPRE 2017 – DP *vs* DE.

parcours de soins coordonnés lui ferait perdre le bénéfice des avantages procurés. Qu'il s'agisse de patients CMUC ou ACS, la réglementation est extrêmement complexe, voire contradictoire. Elle nécessite une interrogation officielle de l'Assurance Maladie sur ces textes et leur compatibilité avec sa position actuelle consistant à exclure tout DP pour un patient CMU ou ACS, sauf DE. S'agissant des patients ACS consultant hors du parcours de soins coordonnés et en dehors des cas d'urgence et d'éloignement, le DP reste autorisé dans la limite du plafond de 17,5 % du TO [11] (***fig. 2***).

>>> La question des actes HN

Concernant les actes HN, les honoraires facturés à l'occasion d'un acte de chirurgie non remboursable doivent respecter les notions de tact et de mesure qui s'appréciera notamment au regard de la condition de fortune du patient. Dans ce dernier cas, il ne s'agira pas d'un refus de soins mais davantage d'une absence d'accord du patient sur le tarif de l'intervention qui lui est proposé dans le devis, ce qui n'est *a priori* pas condamnable. Cette attitude est valable quel que soit le régime de protection de base, complémentaire ou dispositions particulières (ACS, ALD, accident travail, AME) [12].

L'optimisation de la cotation

1. La question de la rémunération du praticien

Le catalogue commun des actes médicaux contient les actes, leurs conditions de remboursement et leur TO. Les versions évoluent vite, 2-3 fois par an ; actuellement à la V.50. Il est important d'être à jour sous peine de méconnaître les évolutions de remboursement ou de tarif. Certains de nos actes ont récemment subi une baisse (QEEA002 QEEA003) alors que d'autres viennent d'obtenir un remboursement (QEEB172 QEEB317).

Le TO peut être modulé par des lettres clés : J (+ 6,5 %) majoration transitoire de chirurgie, K (+20 %) pour les S1/OPTAM ou pour les S2 avec les CMU-C et ACS, R (+50 %) téguments de la face et des extrémités. Si ces modulateurs sont applicables, ils apparaissent directement sous le code CCAM. Elles sont parfois additionnables : +J + R + K = +76,5 %, ce qui n'est pas négligeable.

En cas d'actes multiples au cours d'une seule intervention, l'acte le plus onéreux est facturé à 100 % (code 1) ; celui qui lui est associé à 50 % (code 2), par exemple l'ablation d'une lésion et sa reconstruction. Si un troisième acte "ORL" est effectué en même temps, il peut être rajouté à 50 % (code 2). S'il est effectué sur une anatomie distincte ; il est facturé à 75 % (code 3), par exemple 1 jambe et 1 bras. Les autres codes 4 et 5 ne sont en pratique pas utilisables par les plasticiens. Dans tous les cas, au-delà du troisième acte, le praticien et l'établissement travaillent gratuitement… Plus le TO est élevé, plus le remboursement de la "mutuelle" sera élevé car proportionnel et le reste à charge pour le patient plus faible.

Limiter à 2 codes par geste pour multiplier les actes à 100 % + 50 % augmente la rémunération du praticien et de l'établissement mais aussi le remboursement du patient. La seule condition est que le médecin est tenu dans tous ses actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins [13] (***fig. 3***). La multiplication d'actes dans le seul intérêt financier et au détriment de la santé du patient est interdite. Tout comme la rentabilité au détriment de l'indication ; par exemple choisir par défaut une greffe de peau totale à la face en lieu et place d'un lambeau plus indiqué (QZEA024 + J + R > QAMA002 + rien).

La lecture du CCAM doit se faire au sens strict pour éviter les pièges. Les codes par approximation sont interdits. Un acte qui ne figure pas dans le CCAM n'est pas remboursable, quel que soit le motif, l'indication ou la spécialité. Les codes anatomiques l'emportent sur les codes génériques. Par exemple, l'ablation d'une lésion de l'oreille (CAFA) est à différencier de l'ablation d'une lésion de lèvre (HAFA) ou du nez (GAFA) par rapport au reste du corps (QZFA). L'avantage est la prise en charge automatique car seul le QZFA est soumis à remboursement exceptionnel alors que les autres n'ont aucune condition.

D'ailleurs, le praticien ne peut interpréter le CCAM en sa faveur ni refuser une prise en charge existante. Si certains actes sont conditionnels, comme les dermolipectomies (QBFA avec DEP)

Exercice professionnel

Les optimisations

- Codes Associations

Les codes Associations (ANP)

1. Acte principal le plus onéreux qui doit être facturé à **100 %**.
2. Acte associé facturé à **50 %** de sa valeur.
3. Acte associé facturé à **75 %** de sa valeur.
4. Permet de facturer à **100 % de leur tarif** les actes d'une même séance (ex. : ACP, la plupart des actes bucco-dentaires).
5. Acte facturé à **100 %** de son tarif, pour des actes réalisés à des moments non continus de la même journée, pour des raisons médicales justifiées.

Fig. 3 : Diapositive présentée au Congrès SOFCPRE 2017 – les codes associations.

ou les otoplasties (CAMA sans DEP) ; d'autres sont systématiques. Il n'y a aucune raison administrative de refuser le remboursement d'une nymphoplastie (JMMA), s'il existe une indication médicale. D'ailleurs, le raisonnement vaut également pour le remboursement de la déchirure du lobule auriculaire. Techniquement, la réparation que l'on m'a apprise se fait par amputation transfixiante des cicatrices (CAFA) et plastie en Z (CAMA). Aucun de ces deux codes n'est soumis à condition de remboursement. Ne boudons pas notre plaisir lorsque la rédaction du CCAM nous est favorable.

Aucun praticien ne peut refuser une DEP dans le but de facturer en HN un patient CMU-C ou ACS si les critères sont remplis. Le DE est plus efficace. En revanche, il ne doit pas la demander si les critères ne sont atteints car, même en cas de réponse favorable, le praticien reste responsable de ses prescriptions et un refus *a posteriori* reste possible. La DEP ne sert pas à tester l'Assurance Maladie. Lors de la rédaction de la DEP, le praticien doit reprendre au mot l'intitulé et les critères de remboursement marqués dans le CCAM, laissant au médecin conseil le rôle de vérificateur. Attention, le code demandé doit être celui utilisé. Si l'indication change, le code aussi et la DEP doit être refaite. La durée de validité de la DEP est de 6 mois, spécifique à la CPRE. L'absence de réponse sous quinzaine vaut acceptation, à condition de prouver la date d'envoi. Ainsi, en dehors de l'absence de réponse à une DEP notifiée par RAR, il est conseillé d'obtenir réponse. Attention encore, si une DEP n'a pas été demandée alors que le patient pouvait y prétendre, l'intervention risque de ne pas être remboursée ; problématique récurrente pour la reconstruction mammaire par prothèse quand le patient navigue entre hôpital public et praticien libéral.

2. La question de la rémunération de l'établissement

Pour chaque acte, l'Assurance Maladie détermine si l'acte doit être fait au cabinet (pas de rémunération), au cabinet mais dans un environnement spécifique (forfait de sécurité dermatologique) ou en établissement. En fonction de l'acte et du patient (notion de groupement homogène de malade ou de groupement homogène de séjour), l'acte devra être réalisé en soins externes (SE2), en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle. Il faudra alors particulièrement argumenter votre cas si vous décidez qu'un geste habituellement lié à un SE2 sous anesthésie locale soit réalisé en hospitalisation. Généralement, le recours à un anesthésiste ou à une surveillance postopératoire sont des éléments en votre faveur. À défaut, l'Assurance Maladie peut rétrograder le séjour avec remboursement des trop-perçus. Si un acte génère un FSD, il peut être intéressant de le réaliser dans votre cabinet, vous permettant de facturer à votre avantage les frais d'établissement. Le pendant est que votre établissement peut vous refuser ou vous facturer les actes non couverts par aucune rémunération de structure.

La durée moyenne de séjour est un autre facteur de rentabilité pour l'établissement. Si pour les actes non remboursables, chaque nuit passée dans l'établissement est directement facturée au patient ; ce n'est pas le cas pour les actes remboursables. En fonction du GHM et des comorbidités du patient, l'Assurance Maladie verse un forfait fixe pour toute la durée du séjour. Parce que nos patients sont souvent en bonne santé, à quelques exceptions près, la DMS moyenne en CPRE est de zéro jour et nous avons intérêt pour l'établissement à raccourcir au minimum la durée d'hospitalisation. D'ailleurs, la volonté de l'Assurance Maladie est d'augmenter progressivement le taux d'ambulatoire à 70 % en 2022 avec des sanctions financières pour les établissements en dessous de l'objectif.

3. La question du prix du marché

Notre spécialité a souvent un taux de DP élevé en pourcentage au regard du TO particulièrement bas et éloigné des contraintes économiques réelles. L'avenant 8 a défini un pourcentage au-delà duquel les DP deviendraient abusifs et il devient difficile pour le jeune plasticien d'estimer le prix du marché de sa pratique. Le site de l'ATIH (http://www.scansante.fr/applications/

GAMMES CICATRISANTES

- CONCEPTION ET PRODUCTION **FRANÇAISES**
- EFFICACITÉ **PROUVÉE***
- SÉCURITÉ **DÉMONTRÉE***

PLAIES PROFONDES

PLAIES SUPERFICIELLES

ALGOSTÉRIL est destiné à la cicatrisation, à l'hémostase, à la maîtrise du risque infectieux des plaies et peut être utilisé en interface des systèmes TPN (Traitement par Pression Négative). Dispositif Médical (DM) de classe III, CE 0459. ALGOSTÉRIL compresses et mèche plate sont remboursées LPP sous nom de marque avec un prix limite de vente pour les indications : plaies chroniques en phase de détersion, plaies très exsudatives et traitement des plaies hémorragiques. ALGOSTÉRIL mèche ronde est non remboursée.

COALGAN et COALGAN-H sont destinés à l'hémostase et à la cicatrisation. DM de classe IIb, CE 0459. COALGAN mèche est remboursée LPP sous nom de marque avec un prix limite de vente pour les indications : épistaxis et autres saignements cutanés et muqueux chez les patients présentant des troubles de l'hémostase congénitaux ou acquis. COALGAN-H est non remboursé.

Toujours lire les notices avant utilisation.

ALGOSTÉRIL et COALGAN sont développés et fabriqués en France par Les Laboratoires BROTHIER. Siège social : 41 rue de Neuilly - 92735 Nanterre Cedex (France), RCS Nanterre B 572 156 305.

ALGOSTÉRIL et COALGAN sont distribués par ALLOGA FRANCE 02 41 33 73 33.

* Étude KSC-ALG-M-94.03.01

LABORATOIRES BROTHIER
Naturellement Coalgan
www.brothier.com

SERVICE CLIENTS

info@brothier.com

0 800 355 153 Service & appel gratuits

MTP17BRO17A – Octobre 2017 – ALGOSTÉRIL® et COALGAN®, marques déposées de BROTHIER.
Document destiné exclusivement aux professionnels de santé – Réalisation : PDJ Production.

Exercice professionnel

depassements-honoraires), organe de l'Assurance Maladie, permet de connaître par zone géographique et par année le prix moyen et médian des actes remboursables et donc les prix du marché. Aucune baisse n'a été enregistrée depuis la mise en application de l'avenant 8. On peut en déduire le prix du marché pour les actes non remboursables à partir des actes remboursables techniquement proches.

4. L'optimisation 2.0

Aujourd'hui, grâce aux outils informatiques, il devient plus facile de s'y retrouver. Certaines cliniques se sont équipées d'aide à la cotation en temps réel avec thésaurus CCAM/PMSI. Ces logiciels proposent l'acte principal voire l'acte associé le plus fréquent ainsi que le PMSI associé et jusqu'à la DMS préconisée. Ces données sont ensuite incrémentées pour optimiser le temps d'occupation de salle opératoire. À conditions que les tables de facturation soient à jour et sous la dépendance des éditeurs de logiciel… Pour ceux qui exercent dans des établissements ne disposant pas ces outils informatiques, des alternatives en ligne sont disponibles : site de l'Assurance Maladie avec le CCAM à jour, règles de prise en charge et taux de remboursement. https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php ; site https://www.aideaucodage.fr/qui est une base de données gigantesque CCAM/CIM/PMSI/GHM/GHS.

Conclusion

Dans un contexte économique défavorable, l'optimisation de la cotation est nécessaire pour le praticien, vitale pour l'établissement et économique pour le patient. Les règles de calcul sont compliquées et non enseignées en faculté, ni par l'Assurance Maladie alors qu'elles constituent la base de rémunération du praticien, de l'établissement et de remboursement du patient. La parfaite connaissance des régimes d'assurance de base, des particularités des régimes PUMA/CMUC/ACS est indispensable pour éviter de se faire imposer des "droits" abusifs. Aujourd'hui, les outils informatiques sont suffisamment puissants pour aider le praticien. Ces outils d'optimisation trouveront malheureusement leur limite dans la course au "toujours moins" de nos tutelles. Car chaque augmentation d'activité ou chaque optimisation de cotation doit se faire à enveloppe, au mieux constante, mais plus généralement déflationniste. Une rémunération au forfait serait même à l'étude, remplaçant la rémunération à l'acte.

POINTS **FORTS**

- La facturation en honoraires libres est possible dans tous les régimes de base, PUMA comprise.
- Le bénéfice des régimes particuliers est souvent conditionné au parcours de soins coordonnés.
- La facturation de dépassements exceptionnels pour exigence particulière est possible, PUMA, CMU-C, ACS compris.
- Au-delà du troisième acte, le praticien et l'établissement travaillent gratuitement.
- Aucun praticien ne peut refuser une DEP si les critères sont remplis.
- Les outils informatiques sont une aide indispensable à la cotation, PMSI, DMS et prix du marché.

BIBLIOGRAPHIE

1. Article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.
2. http://www.cmu.fr/protection_universelle_maladie_puma.php.
3. Articles L. 861-1 et suivants du code de la sécurité sociale.
4. Articles L. 863-1 et suivants du code de la sécurité sociale.
5. Articles L. 251-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.
6. Articles L. 162-5-3 avant dernier alinéa et L. 863-7-1 du code de la sécurité sociale.
7. Article 5 de la convention nationale des médecins.
8. Articles L. 162-5-3 avant dernier alinéa et L. 861-3 7e alinéa du code de sécurité.
9. Article L. 1110-3 du code de la santé publique.
10. Article D. 861-2 du code de la sécurité sociale
11. Article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale.
12. Article 35-1 de la convention nationale des médecins.
13. Articles L 162-5-13, L861-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale.
14. Article L.162-2-1 du code de la Sécurité Sociale.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Esthétique

Le microlift : une approche biplan des mini-lifts

RÉSUMÉ : La demande de patients pour un lifting plus léger que le traditionnel lifting cervico-facial avec décollement étendu ne cesse de croître ; certains d'entre eux ont déjà subi un grand lifting cervico-facial biplan qui les a marqué ; ils redoutent des suites importantes qui les rendraient inaptes au travail pendant trop longtemps et qui auraient des conséquences locales, psychologiques, physiques et comportementales délétères.

La possibilité technique d'effectuer un microlift avec un dessin de l'excision cutanée préétablie, associé à un soulèvement monobloc des téguments et du SMAS, permet d'effectuer un lifting avec un décollement limité sous le SMAS distal, tout en préservant la majorité des ligaments suspenseurs de la face. L'idée que ces ligaments sont aussi distendus par le vieillissement, et que l'on peut les retendre sans les sectionner pour obtenir une couverture homogène au niveau du visage, méritait d'être explorée : un tel lifting obtiendrait une retension cervico-faciale monobloc sans dysharmonie, ni altération des traits caractéristiques du visage.

Le microlift peut devenir une nouvelle arme chirurgicale pour contrebalancer la tendance aux fils tenseurs en médecine esthétique.

V. MITZ
Chirurgien, PARIS.

Bilan du vieillissement du visage

Il semble préférable d'utiliser des évaluations simples pour déterminer une codification des déformations décrivant le vieillissement du visage ; par exemple, voici l'échelle que j'utilise :
– stade 1 : petites bajoues et discrète ptose de la région cervicale ;
– stade 2 : bajoues tombantes et plis du cou marqués sur visage tonique ;
– stade 3 : affaissement évident du visage avec cou empâté, bandes platysmales, peau cassée ;
– stade 4 : effondrement du visage avec cou gras, bandes platysmales marquées.

De plus, il paraît intéressant de différencier 2 types de visage :
– *visage maigre* avec peau fine et distendue ;
– *visage rond* avec couche adipeuse sous-cutanée notable.

Principes de la technique (*fig. 1*)

La technique du microlift est basée sur le concept de ne pas détacher la peau du SMAS sous-jacent, on relève le masque facial en monobloc comptant sur la distension des ligaments suspenseurs de la face, qu'il ne semble pas nécessaire de sectionner pour mobiliser les tissus que l'on veut remonter et repositionner.

- Dessin préopératoire en estimant avec la manœuvre du pincé entre les doigts de l'excédent cutané en pré-auriculaire, puis rétro-auriculaire, et sous le lobule de l'oreille.

Esthétique

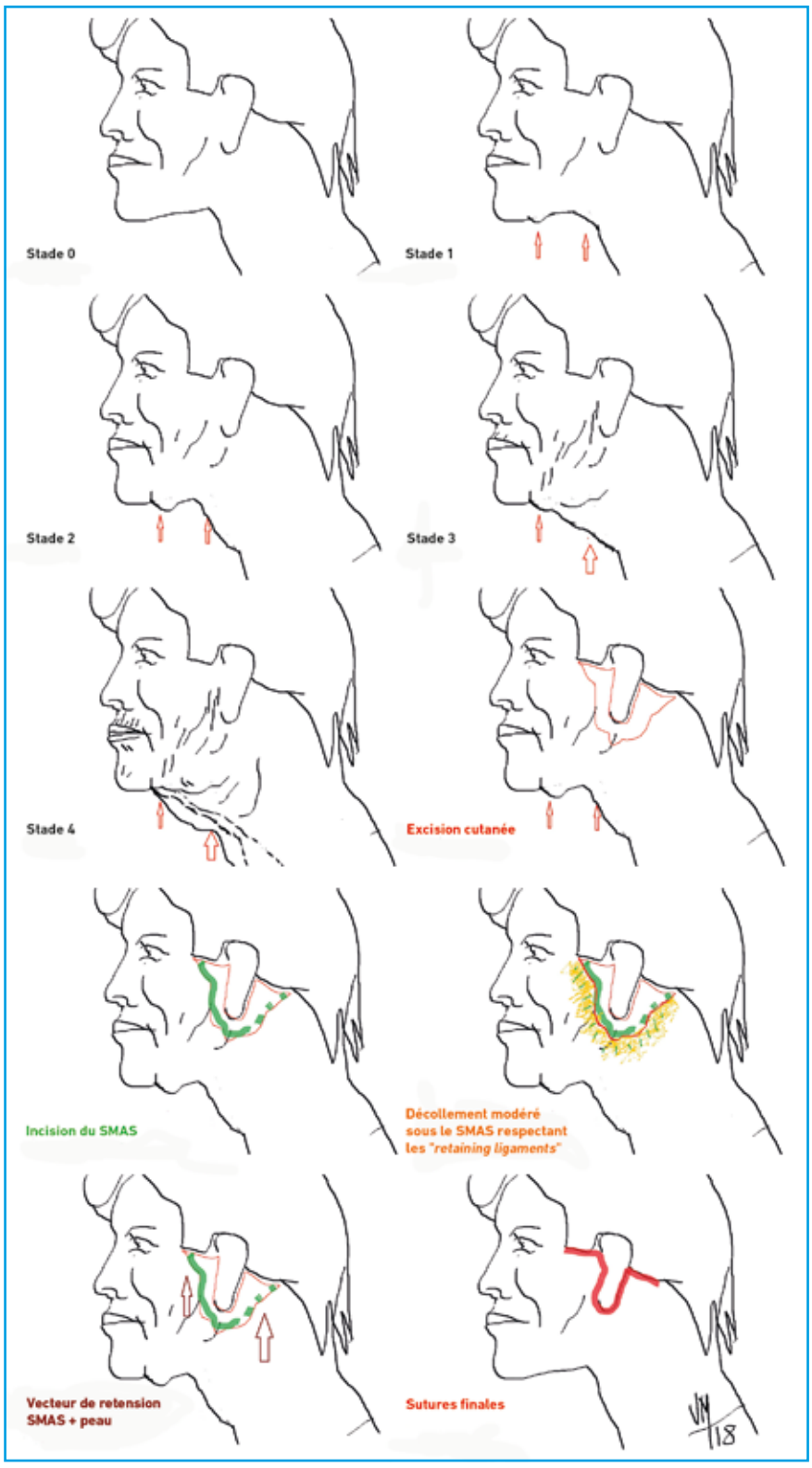


Fig. 1 : Principes de la techniques.

- Infiltration de lidocaïne adrénalinée (LA) très diluée : 1 cc de L.A. pour 100 cc de sérum physiologique.

- Excision de la peau comprise entre le dessin et le pourtour de l'oreille en passant à l'intérieur du tragus chez l'homme comme chez la femme.

- Hémostase.

- Incision du SMAS au niveau du pourtour distal de l'excision cutanée, en prenant garde de ne pas être trop profond, mais en vérifiant que le SMAS est bien incisé.

- Décollement sous le SMAS à l'aide de ciseaux maniés perpendiculairement à la surface de la peau, afin de distendre, en profondeur les ligaments suspenseurs de la face sans les sectionner obligatoirement ; il est utile de les abaisser progressivement avec la pointe des ciseaux maniés avec précaution. Cette manœuvre est à répéter jusqu'au moment où l'on sent que l'on a gagné la laxité nécessaire pour pouvoir suturer sans tension.

- Hémostase en profondeur, très minutieuse au niveau de toutes les régions exposées, notamment dans les tempes et dans la région rétro-auriculaire.

- Sutures profondes du SMAS amarré au pourtour de l'oreille, au fil résorbable 3 : 0 ; 2 points clés de tension sont utilisés au niveau de l'angle supérieur des cicatrices horizontale tempe-verticale pré-auriculaire, et la jonction cicatrice verticale rétro-auriculaire et horizontale-mastoïde, il est parfois nécessaire de pratiquer des points de suture en X pour assurer une bonne approximation.

- Sutures sous cutanées résorbables.

- Sutures cutanées après approximation parfaite au Vicryl rapide 5-0 devant l'oreille et 3 : 0 derrière l'oreille.

- Colle sur la peau ou steristrips.

Patiente 1. A : dissection sous le SMAS préservant la majorité des ligaments suspenseurs de la face. **B :** patiente 1 avant. **C :** patiente 1 après 6 mois. **D :** la quantité de peau qui a été enlevée (environ 3 cm de large) en pré- et rétro-auriculaire.

● Petit pansement de protection absorbant autour de l'oreille.

Casuistique

Nous reportons ici une statistique préliminaire sur 32 patients opérés et suivis pendant plus d'un an, dont la dégradation était au stade 1 ou 2 chez 29 patients ; trois patients présentaient une dégradation stade 3, mais ne désiraient pas le grand lifting cervical, et ils préféraient un geste chirurgical plus léger.

>>> Dans l'ensemble, **les résultats** ont été gratifiants et satisfaisants :
– nous avons observé 3 cas défavorables avec "reptose" modérée mais indiscutable entre 6 mois et 1 an d'évolution ;
– une patiente a subi un lipolift (liposuccion associée des bajoues et du cou) conjointement au microlift. Les suites ont été marquées chez elle par un œdème prolongé, puis par une distension tissulaire très longue à se résorber. Depuis, nous avons séparé l'indication de la liposuccion du visage et la pratique du microlift ;
– 4 patients ont présenté des petits rejets de fil au niveau des cicatrices ;
– 2 patients ont présenté une petite désunion cicatricielle à la jonction de la cicatrice rétro-auriculaire et mastoïde, probablement par excès de tension initiale.
– 4 autres patients ont eu un élargissement de 2 à 3 mm de la cicatrice cutanée après 1 an, sans demander de retouche.

Au total, il y a donc 8 patients avec petits soucis sur 32 cas opérés, soit 25 % des cas mais cette évolution rentre dans le cadre global du vieillissement tissulaire individuel, ce qui ne remet pas en cause la validité de l'intervention, si elle est bien indiquée.

>>> **Les suites opératoires habituelles :**
– intervention en ambulatoire ;
– retour au domicile quelques heures après l'opération avec vérification préalable que tout va bien ;
– peu de douleur et d'hémorragie ;
– conseil de protection de l'oreiller par une serviette pendant propre pour 3 nuits ;
– œdèmes et hématomes sont discrets, pouvant persister une dizaine de jours ;
– suites beaucoup plus simples qu'un grand lifting cervico-facial ;

>>> **Complications observées :**
– ecchymoses spontanées qui peuvent s'étendre jusque dans la région périorbitaire ;
– hématome localisé pré-auriculaire ou rétro-auriculaire ;
– accumulation d'eau de douche, entre deux points de sutures non étanches quand la patiente se douche trop précocement ;
– infection localisée avec rejet des fils de monocryl ;
– désunion de la cicatrice pré-auriculaire ou rétro-auriculaire ;
– insatisfaction de la patiente pour perte de l'ovale du visage regagné, en postopératoire ;
– asymétrie, résultat jugé trop modeste.

Les indications et contre-indications

Les bonnes indications :
– dégradation du visage au stade 1 et 2 ;
– alternative chirurgicale aux fils tenseurs demandés initialement par la patiente ;
– reprise d'ancien lifting opéré, avec dégradation consécutive ;
– retouche de lifting cervico-facial ;
– symétrisation pour une correction d'un lifting jugé non satisfaisant par la patiente.

Les contre-indications :
– dégradation du visage stades 3 et 4 ; peau de très mauvaise qualité avec nombreux plis, crevasses ;
– nécessité d'un abord temporal pour retendre la région périorbitaire ;
– patiente très exigeante demandant un résultat maximal et très durable ;
– nécessité d'un déplissage étendu de la face avec dissection sous-cutanée indispensable.

Esthétique

Patiente 2. A : Aspect préopératoire. **B :** Aspect postopératoire après 2 ans, résultat un peu décevant avec reptose faciale modérée. **C :** Quantité de peau enlevée.

Discussion

Le microlift est une variante technique des mini-lifts, qui, en réalité, ont été les premiers liftings réalisés. Attribué à l'américain C.C. Miller qui a bien décrit les étapes de l'opération en 1906 [30], il semble néanmoins que l'idée princeps revienne à E. Hollander en 1901 [31].

Très documenté et presque moderne, on trouve le lifting sous forme mini dans les œuvres de J. Joseph à Berlin.

Le thème du rajeunissement facial passe par la populaire chirurgienne Suzanne Noël, qui opérait Sarah Bernhardt dans sa loge : elle retirait des bandes de cuir chevelu au-dessus de l'oreille, après avoir fait boire du thé à la célèbre artiste ! En 1999, Z. Saylan [5] a popularisé le S-LIFT une technique de mini-lift où il associe des suspensions par bourse au niveau du SMAS, préludant ainsi au technique de Tonnard en Belgique.

Depuis les années 2000, le mini-lift est apparu souvent dans la littérature, popularisé par D. Baker en 2001 [7] qui doit être considéré comme celui qui a le plus contribué à réaliser des liftings plus légers que le grand lifting cervico-facial.

L'irruption des liftings endoscopiques (O. Ramirez en 1996) [9] a contribué à pousser les chirurgiens dans une recherche d'opérations de rajeunissement moins agressives au niveau cicatriciel, tout en apportant une efficacité comparable.

Pendant la même période, les grands liftings cervico-faciaux ont gagné en précision et en popularité, notamment grâce à l'introduction de l'exploitation du SMAS comme deuxième couche possible de tension des tissus en profondeur [15].

Furnas [1, 2] est celui qui a le mieux décrit les ligaments suspenseurs de la face, en 1999, contribuant ainsi à la nécessité de les sectionner si l'on voulait retendre le masque facial d'une façon globale ; mais déjà les liftings sous-périostés pratiqués par Hamra dès 1992 [29] conduisaient à retendre le masque facial sans toucher aux ligaments suspenseurs de la face, car ils étaient détachés du périoste lui-même !

Depuis les années 1995, l'irruption des fils tenseurs en médecine esthétique, pratiqués au cabinet médical à grande échelle a considérablement diminué la demande de grands liftings cervico-faciaux.

Certes, dans le même temps ont été développé des techniques de lifting partiel temporal (Baker et Gordon [8] en 1976 !) ou cervical, ou comme je l'ai décrit moi-même : par exemple le lifting facial supérieur isolé, dans certains cas où l'on ne souhaite pas pratiquer de grand lifting. En 2014, j'ai introduit une technique différente du mini-lift cutané pur usuel, que j'ai appelée le *micro lift biplan*, pour le différencier. En effet, dans cette technique de microlift, le décollement sous-cutané et sous le SMAS ne dépasse pas 3 cm, *en respectant les ligaments suspenseurs de la face*, ce qui le différencie considérablement des autres mini-lifts ;

Patiente 3. A : Patiente 3 avant. **B :** Patiente 3 après 1 an.

le Dr Funk de Vienne reprend le même concept dans son *presto-lift* [3].

L'idée de créer un décollement extensif sous le SMAS et la peau conjointement, de faire donc un lifting biplan monobloc avait été évoquée devant moi au cours d'un congrès de l'Euraps par le professeur Jürgen Holle de Vienne, il y a 30 ans !

Les résultats observés après l'expérience d'une trentaine de patients constituent un encouragement pour publier cette méthode simple, possible sous anesthésie locale pure ou assistée, dans un environnement technique adapté.

POINTS **FORTS**

- Le microlift est une variante biplan monobloc (peau + SMAS non décollés) du minilift, sans sacrifier les principaux ligaments suspenseurs de la face.
- C'est une opération ambulatoire, aux suites simples et peu douloureuses.
- Le microlift est indiqué dans les formes légères et débutantes du vieillissement de la face.
- La microlift peut être associé à tous les types de lipofilling faciaux et aux autres corrections nécessaires pour rajeunir et rendre du volume.

Conclusion

Le microlift biplan est dérivé des minilifts qui sont apparus au début du XX^{e} siècle.

Il s'agit d'une opération apparemment simple à effectuer, moins complexe que les grands liftings cervico-faciaux, du fait d'un décollement plus modéré mais conjoint des téguments et du SMAS mais sans sectionner les principaux ligaments suspenseurs de la face.

De ce fait, la remise en tension des téguments et du SMAS s'effectue d'une façon harmonieuse, sans déformer les traits. Les vecteurs de rotation sont essentiellement verticaux, ce qui diffère cette opération du grand lifting cervico-facial biplan, où les vecteurs du SMAS sont différents, conduisant à une rotation supéro-interne du SMAS parotidien.

Cette opération pratiquée depuis 2014 apporte sa part de petites complications et d'insatisfactions postopératoires.

Le principal reproche que l'on peut faire à ce geste chirurgical est la dégradation secondaire que l'on observe dans presque 10 % des cas, après une année d'évolution. Mais cette reptose du visage du visage peut être aisément corrigée par une retouche chirurgicale minimale.

Les patientes ont exprimé leur satisfaction après cette intervention moins lourde que le grand lifting cervico-facial. Toutefois, il est nécessaire de bien cibler les indications qui semblent prédominer pour pratiquer un microlift : n'opérer que les patientes qui présentent une déformation stade 1 ou 2, c'est-à-dire un tout début de vieillissement du visage.

Dans ces conditions, le microlift peut concurrencer la *méthode des fils tenseurs*.

Car par le microlift, on enlève de la peau excédentaire, au contraire des méthodes purement médicales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Furnas DW. The retaining ligaments of the cheek. *Plastic and reconstructive surgery*, 1989.
2. Furnas DW. The superficial musculoaponeurotic plane and the retaining ligaments of the face- Deep Face-Lifting Techniques. *Thieme Medical*,1994.
3. Funk. Presto lift a facelift that preserves the retaining ligaments and SMAS tethering. *Oral Maxillofac Surg*, 2017;21: 33-39.
4. Basile FV, Basile AR, Basile VV. Triple-anchoring sub-SMAS face-lift. *Aesthet Plast Surg*, 2012;36:526-533.
5. Saylan Z. *Aesthetic Surgery Journal*, 1999.
6. Stephenson KL. The mini lift an old wrinkle in face lifting. *Plastic and Reconst Surgery*, 1970;46:226-235.
7. Baker DC. Minimal incision rhytidectomy (short scar face lift) with lateral SMASectomy: evolution and application. *Aesthetic Surgery Journal*, 2001.
8. Baker TJ, Gordon HI. The temporal facelift ("mini-lift"). *Aesthetic Surgery Journal*, 2001.
9. Ramirez OM, Pozner JN. Subperiosteal minimally invasive laser endoscopic rhytidectomy: the SMILE facelift. *Aesthetic plastic surgery*, 1996.
10. Del Campo AF. Update on minimally invasive face lift technique. *Aesthetic surgery journal*, 2008.
11. Tonnard P, Verpaele A, Monstrey S. Minimal access cranial suspension lift: a modified S-lift. *Plastic and reconst surg*, 2002.
12. Panfilov DE. MIDI face-lift and tricuspidal SMAS-flap. *Aesthetic plastic surgery*, 2003.
13. Môle B. Le lifting cervico-facial à double verrouillage. *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 2011.
14. Bonnefon A. Le lifting cervico-facial, une intervention légère, performante et durable. *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 2011.
15. Mitz V, Leblanc P, Maladry D. Results of biplane face lifts with maximal skin undermining and vertical SMAS flap. *Annales de chirurgie*, 1996.
16. Alghoul M, Codner MA. Retaining ligaments of the face: review of anatomy and clinical applications. *Aesthet Surg J*, 2013;33:769-782.
17. Ozdemir R, Kilinç H, Unlü RE. Anatomical Histological study of the retaining ligaments of the face and use

Esthétique

in face lift: retaining ligament correction and SMAS plication. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2002;110: 1134-1147.
18. Pozner PN. Subperiosteal minimally invasive laser endoscopic rhytidectomy: The SMILE facelift. *Aesthetic Plast Surg*, 1996,20:463.
19. Miller TA. Face lift: Which technique? *Plast Reconstr Surg*, 1997;100:501-503.
20. Duminy F, Hudson DA. The mini rhytidectomy. *Aesthetic plastic surgery*, 1997.
21. Onizuka T, Hosaka Y, M. Miyata M. Ichinose ;Our mini-facelift for orientals. Aesthetic plastic surgery, 1995.
22. Daher JC, Cosac OM, Domingues S. Facelift. *Neck Surg*, 1989;115:797.
23. De la Fuente A, Santamaria AB. Endoscopic subcutaneous and SMAS facelift without preauricular scars. *Aesthetic plastic surgery*, 1999.
24. Rossell-Perry P, Paredes-Leandro P. Study of the retaining ligaments of the face and applications for facial rejuvenation. *Aesthetic plastic surgery*, 2013.
25. Rohrich RJ, Pess JE. The retaining system of the face: histologic evaluation of the septal boundaries of the subcutaneous fat compartments. *Plastic and reconstructive surgery*, 2008.
26. Stuzin JM, Baker TJ, Gordon HL. The relationship of the superficial and deep facial fascias: relevance to rhytidectomy and aging. *Plast Reconstr Surg*, 1992.
27. Mendelson BC. Facelift anatomy, SMAS, retaining ligaments and facial spaces. *Aesthetic plastic surgery*, 2009.
28. Brandt MG, Hassa A, Roth K *et al.* Biomechanical properties of the facial retaining ligaments. *Arch Facial Plast Surg*, 2012;14:289-294.
29. Hamra ST. Composite rhytidectomy. *Plastic and reconstructive surgery*, 1992.
30. Miller CC. Cosmetic surgery of the face. *Int J Surg*, 1907;20: 311.
31. Holländer E. XVII. Die kosmetische Chirurgie. In Joseph, M. (ed.): *Handbuch der Kosmetik*, 1912:688.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

réalités
en CHIRURGIE PLASTIQUE

☐ oui, je m'abonne à ***Réalités en Chirurgie Plastique***

Médecin : ☐ 1 an : 60 € ☐ 2 ans : 95 €
Étudiant/Interne : ☐ 1 an : 50 € ☐ 2 ans : 70 €
(joindre un justificatif)
Étranger : ☐ 1 an : 80 € ☐ 2 ans : 120 €
(DOM-TOM compris)

Bulletin à retourner à : **Performances Médicales**
91, avenue de la République – 75011 Paris
Déductible des frais professionnels

Bulletin d'abonnement

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Ville/Code postal : .....
E-mail : .....

Règlement
☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)
☐ Par carte bancaire n° └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘
(à l'exception d'American Express)
Date d'expiration : └┴┴┘ Cryptogramme : └┴┴┘

Signature :

Reconstruction

Reconstruction mammaire immédiate par prothèse avec matrice dermique acellulaire

RÉSUMÉ : Encore peu utilisées en France, les matrices dermiques acellulaires ont révolutionné les pratiques en reconstruction mammaire immédiate par prothèse. Elles permettent de placer en un temps l'implant définitif de taille idéale tout en améliorant les résultats esthétiques. Dans cet article, nous présentons les avantages de l'utilisation de matrices dermiques acellulaires en reconstruction prothétique, nous décrivons la technique chirurgicale et discutons du risque de complications liées à ces matrices.

R. BILLON[1], B. SARFATI[2], S. STRUK[2], N. LEYMARIE[2]
[1] Service de Chirurgie plastique, CHI, CRÉTEIL,
[2] Service de Chirurgie plastique, Gustave Roussy, VILLEJUIF.

La reconstruction mammaire par implant est la technique la plus utilisée en reconstruction mammaire dans le monde. La possibilité d'une reconstruction mammaire immédiate (RMI) doit être systématiquement évoquée et discutée car elle réduit l'impact psychologique de la mastectomie et améliore les résultats esthétiques [1].

La RMI peut être réalisée en un temps avec mise en place d'une prothèse définitive (*direct-to-implant*), ou en deux temps avec une phase d'expansion préalable par un expandeur (reconstruction mammaire immédiate différée) [2].

Les implants sont traditionnellement placés en position rétromusculaire pure. La loge est constituée par le muscle grand pectoral, dont les attaches inférieures sont laissées intactes, par le muscle *serratus anterior* (ou son fascia) pour la couverture latérale de l'implant et par la gaine des muscles grands droits (ou par le fascia sous-pectoral) pour sa couverture inférieure permettant ainsi une couverture musculaire totale.

Les résultats esthétiques sont cependant parfois décevants avec des seins qui présentent un aspect peu naturel. En effet, la couverture musculaire pure limite le volume des implants (et impose donc souvent un temps d'expansion préalable du muscle et de la peau), empêche l'expansion du pôle inférieur du sein et limite donc sa définition, diminue la projection du sein reconstruit et expose au risque de malposition de l'implant liée à la contrainte musculaire (luxation vers le haut ou en externe).

L'utilisation de matrices (matrices dermiques acellulaires [MDA] ou matrices synthétiques résorbables) permet de résoudre ces problèmes. Suturées entre le bord inférieur du muscle grand pectoral qui est désinséré et la paroi thoracique, elles permettent d'élargir la loge prothétique pour utiliser l'implant idéal sans phase d'expansion préalable.

Enfin, les matrices dermiques acellulaires ont joué un rôle majeur dans la résurgence des reconstructions prépectorales.

Reconstruction

Intérêts des matrices dermiques acellulaires

Depuis la première publication de reconstruction mammaire utilisant une MDA en 2005 [3], un nombre croissant de produits sont disponibles aux États-Unis où elles sont utilisées dans près de la moitié des reconstructions prothétiques [4].

En France, leur utilisation est encore limitée en raison de restrictions règlementaires par l'ANSM et du non-remboursement des matrices par la Sécurité sociale.

Les MDA sont conçues à partir de derme d'origine humaine (AlloDerm), porcine (Strattice) ou bovine (SurgiMend). Il s'agit d'un tissu biologique riche en fibres de collagène avec élimination des cellules antigéniques par différents moyens physiques (radiation) et chimiques permettant leur intégration dans les tissus receveurs avec une revascularisation et une recolonisation cellulaire par les cellules de l'hôte.

Les avantages de ces matrices :
– elles augmentent la loge prothétique rétropectorale, permettant de placer en un temps la prothèse définitive idéale, sans qu'aucune tension ne soit exercée par l'implant sur le lambeau cutané de mastectomie ni sur la cicatrice ;
– la projection au pôle inférieur du sein est maintenue ;
– elles permettent un contrôle précis et une bonne définition du sillon sous-mammaire ;
– elles empêchent le déplacement de l'implant ;
– elles apportent un renfort tissulaire ;
– elles préviennent la rétraction secondaire du muscle grand pectoral vers le haut lorsque ses attaches inférieures sont sectionnées ;
– de nombreuses études suggèrent que l'utilisation des MDA pourrait réduire l'incidence des coques périprothétiques. Des résultats à plus long terme sont cependant nécessaires [5-8].

Technique chirurgicale (*fig. 1*)

Le premier temps est celui de la mastectomie conservatrice de l'étui cutané avec sacrifice de plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) (*skin-sparing mastectomy* ou SSM) ou avec conservation de la PAM (*nipple-sparing mastectomy* ou NSM), avec ou sans geste axillaire associé (***fig. 1B***).

Les attaches inférieures du muscle grand pectoral sont sectionnées jusqu'aux attaches sternales qui sont respectées. Le muscle grand pectoral est ensuite décollé de la paroi thoracique, en préservant le muscle petit pectoral, pour créer la loge de l'implant. La matrice dermique acellulaire est rincée dans du sérum physiologique pour éliminer les éventuels conservateurs et/ou pour l'hydrater s'il s'agit d'un modèle lyophilisé (***fig. 1C***).

En cas de SSM, un lambeau d'avancement abdominal est réalisé afin de recruter la peau manquante due au sacrifice de la PAM sur l'abdomen. Le bord inférieur de la matrice est suturé à la paroi thoracique au niveau du sillon sous-mammaire. L'implant idéal est alors inséré dans la loge rétropectorale (***fig. 1D***). La matrice est redrapée pour couvrir le pôle inférolatéral de l'implant et fixée au bord inférieur du muscle grand pectoral (***fig. 1E et 1F***).

En cas de NSM par voie sous-mammaire, il est plus facile de commencer par fixer la matrice au bord inférieur du pectoral avant la mise en place de l'implant puis la matrice est suturée à la paroi thoracique au niveau du sillon sous-mammaire (***fig. 1G***). Un lambeau de fascia sous-pectoral peut être interposé entre la matrice et la cicatrice sous-mammaire afin de protéger d'avantages cette

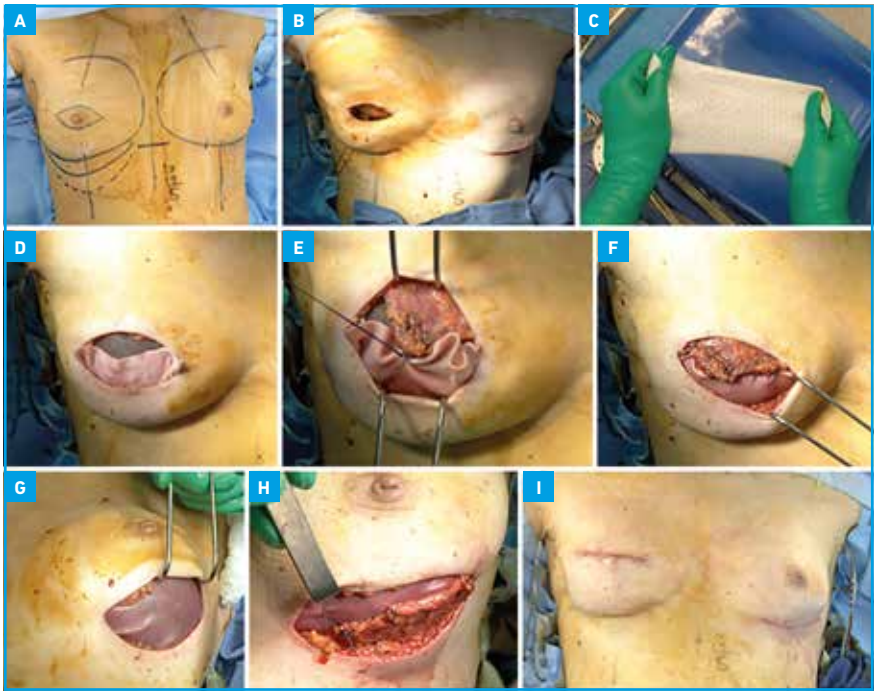


Fig. 1 : SSM droite thérapeutique (CCIS) avec GS et NSM gauche prophylactique par voie sous-mammaire. RMI bilatérale en un temps par prothèse et MDA (*direct-to-implant*) avec lambeau d'avancement abdominal à droite (photos de Gustave Roussy, Dr Nicolas Leymarie). **A :** Dessins préopératoires. **B :** aspect après mastectomie bilatérale et lambeau d'avancement abdominal droit. **C :** matrice SurgiMend perforée après rinçage au sérum physiologique. **D :** suture de la matrice au niveau du sillon sous-mammaire et mise en place de la prothèse à droite. **E :** suture de la matrice au bord inférieur du muscle grand pectoral. **F :** couverture totale de la prothèse. **G :** même technique par voie sous-mammaire. **H :** un lambeau de fascia sous-pectoral permet de protéger d'avantages la cicatrice sous-mammaire. **I :** aspect postopératoire immédiat.

dernière (***fig. 1H***). La traction du muscle vers le bas est contrôlée afin d'adapter la loge en respectant la projection du pôle inférieur et la ptose mammaire. Les plis sur la matrice doivent être évités afin de limiter l'espace mort source de sérome ou d'hématome. La matrice est recoupée à la demande. La couverture de l'implant est ainsi totale. Si la MDA n'est pas fenêtrée, il est judicieux de la perforer manuellement. Un drain de Redon est placé en sous-cutané au niveau du sillon sous-mammaire.

Complications

Selon certaines études, les risques de séromes, infections et dépose de l'implant seraient augmentés [9]. À l'inverse, d'autres études ne retrouvent pas d'association entre MDA et risque de complications [10]. En fait, les biais de sélection et nombreux facteurs confondants de ces études ne permettent pas de conclure.

Quelques précautions sont à prendre afin d'éviter la survenue de complications :

>>> **Sérome :** l'incidence des séromes est augmentée dans la plupart des études. Le drainage de la loge prothétique et de la loge sous-cutanée est obligatoire. Celui-ci doit être maintenu jusqu'à obtenir un débit inférieur à 30 cc/24 h. La perforation de la matrice est indispensable. Certaines matrices sont commercialisées déjà perforées comme le SurgiMend et permettraient l'utilisation d'un seul drain. La matrice doit être tendue pour éviter l'espace mort. Une ponction évacuatrice sous échographie est parfois nécessaire en cas de survenue de sérome après l'ablation des drains, cependant elle peut être source d'infection iatrogène.

>>> **Infection :** une asepsie peropératoire stricte et une moindre manipulation de la matrice et de la prothèse sont indispensables. Une dose d'antibioprophylaxie peropératoire est recommandée. En évitant les séromes, on prévient également la survenue d'infection. Le drain doit être placé à travers un long trajet sous-cutané pour éviter la contamination de la loge. Les drains ne doivent cependant pas être maintenus trop longtemps sous peine de colonisation bactérienne (7 jours maximum de préférence).

>>> **Hématome :** l'hémostase doit être soigneuse.

>>> **Nécrose cutanée :** le volume de l'implant doit être adapté pour éviter toute tension cutanée, la bonne vascularisation des lambeaux cutanés de mastectomie doit être vérifiée en peropératoire (clinique, vert d'indocyanine). Au moindre doute, un expandeur sera préféré.

>>> ***Red-breast syndrome :*** il s'agit d'une complication spécifique des MDA caractérisée par la survenue d'un érythème au pôle inférieur du sein (ou sur la totalité du sein en cas de position prépectorale) sans infection associée et régressant spontanément en quelques jours (***fig. 2***).

Le *red-breast syndrome* pourrait résulter d'une réaction inflammatoire aux produits de conservation de la matrice ou être dû à la revascularisation de la matrice [11]. Le rinçage abondant de la matrice avant son implantation pourrait limiter sa survenue. Au moindre doute d'infection ou de sérome, une échographie avec ponction diagnostique et/ou évacuatrice doit être réalisée.

POINTS FORTS

- En reconstruction mammaire immédiate, l'utilisation d'une matrice dermique acellulaire permet de placer en un temps l'implant définitif idéal.
- Elles permettent également d'améliorer la définition du pôle inférieur et du sillon sous-mammaire.
- Elles pourraient réduire le risque de coque périprothétique.
- La sélection appropriée des patientes et une technique chirurgicale rigoureuse sont indispensables afin d'éviter les complications liées à l'utilisation des matrices dermiques acellulaires.
- Les matrices dermiques acellulaires ont contribué à la résurgence des reconstructions prépectorales.

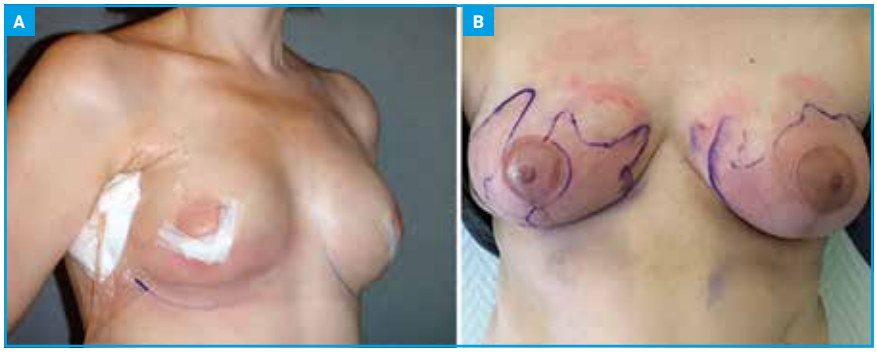


Fig. 2 : *Red-breast syndrome*. **A :** RMI avec MDA couvrant le pôle inférieur de la prothèse rétropectorale (érythème localisé au pôle inférieur de la prothèse). **B :** RMI avec MDA couvrant l'ensemble de la prothèse prépectorale (érythème de l'ensemble du sein).

Reconstruction

Sélection des patientes

Les MDA peuvent être utilisées en cas de reconstruction mammaire immédiate par implant après mastectomie de type SSM ou NSM, qu'elle soit prophylactique ou thérapeutique, avec mise en place d'une prothèse définitive ou d'un expandeur. La radiothérapie postopératoire n'est pas une contre-indication.

La sélection des patientes est primordiale pour éviter les complications. Les facteurs de risque de complications identifiés sont [11, 12] :
– antécédent de radiothérapie ;
– tabagisme actif ;
– IMC ≥ 30 ;
– volume mammaire important (> 600 g) ; ptôse importante (grade 3 et 4) ;
– réduction de l'étui cutané ;
– faible vascularisation des lambeaux cutanés en peropératoire.

Évolution vers la reconstruction prépectorale

Les MDA peuvent aussi être utilisées en position prépectorale, recouvrant ainsi totalement l'implant [13-15]. Elles apportent un soutien supplémentaire qui maintient l'implant en place. La loge est parfaitement ajustée et l'implant ne peut pas tourner. L'avantage est d'éviter l'animation du sein lors des contractions du muscle grand pectoral et d'éviter les douleurs liées au décollement du muscle. Le taux de coque périprothétique serait également diminué par l'utilisation des MDA.

Conclusion

L'utilisation des MDA est de plus en plus répandue en France. Une sélection appropriée des patientes et une technique chirurgicale rigoureuse permettent de minimiser le risque de complications et d'obtenir des résultats esthétiques naturels en un seul temps opératoire (***fig. 3***). Un suivi à long terme est nécessaire, en particulier pour évaluer l'incidence des coques périprothétiques.

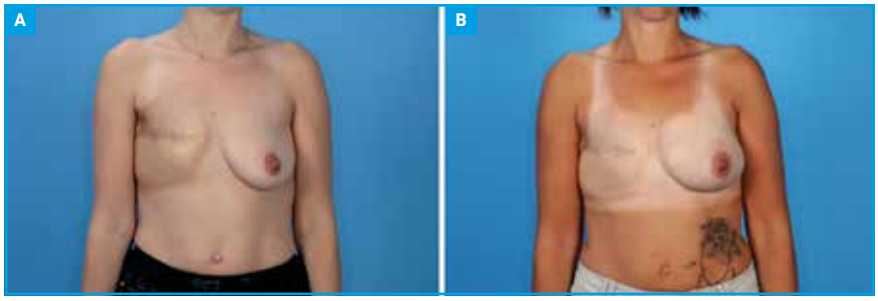


Fig. 3 : Photos préopératoires (**A**) et à 1 an postopératoire (**B**) après NSM gauche et RMI par prothèse rétropectorale et MDA (SurgiMend).

BIBLIOGRAPHIE

1. Al-Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L *et al.* The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol*, 2000;26:17-19.
2. Kronowitz SJ, Hunt KK, Kuerer HM *et al.* Delayed-immediate breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 2004;113:1617-1628.
3. Breuing KH, Warren SM. Immediate bilateral breast reconstruction with implants and inferolateral AlloDerm slings. *Ann Plast Surg*, 2005;55:232-239.
4. Gurunluoglu R, Gurunluoglu A, Williams SA *et al.* Current trends in breast reconstruction: Survey of American Society of Plastic Surgeons 2010. *Ann Plast Surg*, 2013;70:103-110.
5. Basu CB, Leong M, Hicks MJ. Acellular cadaveric dermis decreases the inflammatory response in capsule formation in reconstructive breast surgery. *Plast Reconstr Surg*, 2010;126:1842-1847.
6. Leong M, Basu CB, Hicks MJ. Further evidence that human acellular dermal matrix decreases inflammatory markers of capsule formation in implant-based breast reconstruction. *Aesthet Surg J*, 2015;35:40-47.
7. Salzberg CA, Ashikari AY, Berry C *et al.* Acellular Dermal Matrix-Assisted Direct-to-Implant Breast Reconstruction and Capsular Contracture: A 13-Year Experience. *Plast Reconstr Surg*, 2016; 138:329-337.
8. Lardi AM, Ho-Asjoe M, Junge K *et al.* Capsular contracture in implant based breast reconstruction-the effect of porcine acellular dermal matrix. *Gland Surg*, 2017;6:49-56.
9. Kim JYS, Davila AA, Persing S *et al.* A meta-analysis of human acellular dermis and submuscular tissue expander breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 2012;129:28-41.
10. Sbitany H, Serletti JM. Acellular dermis-assisted prosthetic breast reconstruction: a systematic and critical review of efficacy and associated morbidity. *Plast Reconstr Surg*, 2011;128:1162-1169.
11. Israeli R. Complications of acellular dermal matrices in breast surgery. *Plast Reconstr Surg*, 2012;130:159S-72S.
12. Lardi AM, Ho-Asjoe M, Mohanna PN *et al.* Immediate breast reconstruction with acellular dermal matrix: factors affecting outcome. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2014;67:1098-1105.
13. Sigalove S, Maxwell GP, Sigalove NM *et al.* Prepectoral Implant-Based Breast Reconstruction: Rationale, Indications, and Preliminary Results. *Plast Reconstr Surg*, 2017;139:287-294.
14. Tasoulis M-K, Iqbal FM, Cawthorn S *et al.* Subcutaneous implant breast reconstruction: Time to reconsider? *Eur J Surg Oncol,* 2017.
15. Salibian AA, Frey JD, Choi M *et al.* Subcutaneous Implant-based Breast Reconstruction with Acellular Dermal Matrix/Mesh: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 2016;4:1139.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Cuir chevelu

10 étapes pour débuter une activité de greffe capillaire

RÉSUMÉ : La greffe capillaire connaît un essor spectaculaire et devient attractive pour de nombreux praticiens. Nous avons souhaité partager notre expérience de début d'activité et donner quelques conseils aux confrères débutants sous forme de 10 étapes. L'objectif est de fournir une sorte de *check-list* de démarrage afin de pouvoir débuter l'activité sereinement, dans des conditions de sécurité optimales. Les 10 étapes sont résumées ainsi : connaître les bases, faire une étude de marché, choisir et équiper un local, acheter le matériel, gérer la logistique, sélectionner le premier patient, entraînement courbe d'apprentissage, faire connaître l'activité, évoluer vers un centre de traitement de la calvitie, astuces.

L. LIEVAIN, A. PEGOT
Chirurgiens plasticiens,
Centre Esthétique Saint Hilaire, ROUEN.

Débuter une nouvelle activité n'est pas évident. Notre formation initiale de médecin ne permet pas toujours d'aborder sereinement cette aventure. La greffe capillaire est en plein essor. Elle devient de plus en plus attractive pour les praticiens à la recherche d'une activité complémentaire à leur activité de médecine ou de chirurgie esthétique. En France, elle peut être réalisée au cabinet par un médecin formé, chirurgien ou non. Plusieurs questions se posent avant de franchir le pas de débuter cette activité, nous allons essayer d'apporter des éléments de réponse sous forme de 10 étapes afin de guider les praticiens débutants. Nous rappelons que nous n'avons aucun conflit d'intérêt avec les fournisseurs cités dans l'article. Ces références sont données à titre d'exemples.

Étape 1 : connaître les bases

Il est primordial de connaître les fondamentaux de la transplantation capillaire avant de débuter cette activité. Si la technique peut paraître désuète pour un chirurgien habitué à réaliser des interventions plus lourdes, il serait imprudent de minimiser cette procédure. Elle présente des contre-indications à connaître, dure plusieurs heures et peut devenir éprouvante pour le patient comme pour le praticien lorsque les éléments de base ne sont pas maîtrisés. Ainsi, une formation *via* un Diplôme Universitaire permet d'aborder le sujet sur le plan théorique en fournissant des bases scientifiques, et permet d'échanger avec des professionnels du secteur. Cette formation théorique doit être complétée par la lecture d'ouvrages de références français ou anglosaxons [1, 2] et par une formation pratique auprès d'un confrère pratiquant régulièrement la greffe capillaire. Le compagnonnage nous semble être l'élément clef pour apprendre les fondamentaux de cette pratique, soit en rendant visite à un confrère soit *via* une formation payante.

Étape 2 : faire une étude de marché

Comme au moment de l'installation, il convient de réfléchir à différents paramètres qui vont conditionner la viabilité

Cuir chevelu

de votre activité. Il faut évaluer l'offre et la demande, les tarifs pratiqués dans votre secteur, mais aussi connaître les tarifs et prestations proposées par le tourisme médical. Toutes ces informations vont conditionner vos tarifs et vos arguments face à vos patients.

Étape 3 : choisir et équiper un local

La meilleure option pour pratiquer la greffe capillaire semble être au sein de son propre cabinet : emploi du temps flexible, salle équipée également pour la dermato-chirurgie, pas de redevance envers la clinique. Les inconvénients principaux de ce choix sont l'espace que requiert une salle de greffe capillaire et l'investissement initial en matériel. Concernant l'espace, notre salle mesure environ 11 m², elle est divisée en 2 zones : 1 zone opératoire qui doit permettre de tourner librement autour du patient, et 1 zone regroupant le stockage du matériel et le secteur de tri des greffons. Concernant l'investissement initial, il est en fait relativement limité en faisant appel à des prestataires adaptés. La table opératoire doit permettre le décubitus ventral prolongé. Le plan de travail doit pouvoir accueillir minimum 2 personnes pour le tri des greffons et peut être réalisé par n'importe quel cuisiniste (***fig. 1***). Un bistouri électrique est nécessaire pour les bandelettes, et il faut penser au point d'eau, au réfrigérateur, à l'éclairage opératoire… sans oublier les règles d'hygiène en cabinet médical [3]. Enfin, il nous semble important que la salle soit confortable pour le patient, c'est pourquoi nous l'avons équipée de musique, d'une tablette pour visionner des films en décubitus ventral et d'une télévision pour le décubitus dorsal.

Étape 4 : acheter le matériel

Concernant le matériel chirurgical, il existe plusieurs fournisseurs proposant des kits de démarrage (www.edipecinstruments.com, www.robbinsinstruments.com, www.ellisinstruments.com, www.georgetiemann.com, etc.). Il semble indispensable de s'équiper de punchs manuels et motorisés de 0,8 à 1,2 mm, de plusieurs pinces d'horlogerie, d'un ou deux micromoteurs et de stylos implanteurs de Choï ou Lion (***fig. 2***). D'autres outils sont utiles voire indispensables comme des loupes grossissantes, une tondeuse électrique, des sprays vaporisateurs pour le sérum physiologique, des cupules en verre réfrigérées pour conserver les greffons… (***fig. 3***). Un compteur de follicules est aussi utile pour ne pas perdre le fils de l'intervention.

Fig. 2 : Boîte de matériel de greffe capillaire : pinces d'horloger, punchs de 0,8 à 1,2, manche pour *punchs* manuels, pièce à main pour micromoteur, manche pour slits, peigne stérilisable.

Fig. 3 : Cupule en verre stérilisable remplie de sérum physiologique et de greffons, posée sur un dispositif contenant de la glace permettant une meilleure conservation des greffons.

Fig. 1 : Salle de greffe capillaire et dermato-chirurgie. La zone opératoire est composée d'une table permettant le décubitus ventral, d'un bistouri électrique et d'un éclairage opératoire. En arrière-plan, la zone de stockage du matériel et de tri des implants (au moins 2 postes de travail).

Étape 5 : gérer la logistique

Les contraintes logistiques représentent l'obstacle principal du début d'activité de greffe capillaire. Pour pallier les difficultés d'organisation et éviter des premières procédures trop longues, nous conseillons de débuter avec au moins 3 personnes autour du patient (phase I : 2 qui prélèvent et 1 qui trie, phase II :

1 qui réimplante et 2 qui chargent les stylos implanteurs). Il faut aussi prévoir des collations pour le patient et pour l'équipe. La stérilisation doit être également organisée en amont, soit en s'équipant de matériel de stérilisation, soit en faisant appel à un prestataire.

Étape 6 : sélectionner le premier patient

La sélection du premier patient est délicate car la première procédure est un moment de rodage de l'équipe mais ne doit pas se faire au détriment du patient. En débutant par une FUE avec peu de greffons sur une zone receveuse de petite taille, il est possible d'assurer au premier patient une procédure peu invasive et sans séquelle avec un résultat qui sera sans doute modeste, mais qui ne contre-indiquera pas d'autres séances pour atteindre un résultat totalement satisfaisant. Notre choix s'est porté sur un ami qui nécessitait une redensification du vertex par FUE. Un objectif de 400 greffons est tout à fait réaliste pour une première procédure. Cela permettra d'améliorer la densité de la zone receveuse en respectant la zone donneuse. Il peut y avoir un taux important de transsections au début, raison pour laquelle le nombre de greffons implantés doit être modeste. Prolonger la procédure va aboutir à une baisse de qualité des greffons du fait de leur conservation *ex vivo* et donc un taux de repousse moindre.

Étape 7 : entraînement, courbe d'apprentissage

Il existe une vraie courbe d'apprentissage en greffe capillaire. La sélection des premiers patients et les premières indications doivent être adaptées aux compétences techniques de l'équipe. Il faut aller du plus simple vers le plus complexe : débuter avec des hommes patients, calmes, dont le scalp est entièrement tondu à 1 ou 2 mm, sur des zones de petites tailles (uniquement le vertex ou que les golfes, ou bien une redensification globale sans avancer la ligne frontale en prévenant de la nécessité de 2 séances…) avec des *punchs* un peu plus gros pour diminuer le taux de transsections (ne pas dépasser les 1,2 mm de diamètre pour ne pas laisser de cicatrices visibles). Puis, progressivement il est possible d'être plus ambitieux en diminuant la taille des *punchs* vers 0,9 puis 0,8, de greffer de plus en plus de cheveux par séances et d'aller vers des cas plus complexes. Cette courbe d'apprentissage n'est possible qu'en pratiquant de façon régulière avec toute l'équipe à chaque procédure (***fig. 4***).

Étape 8 : faire connaître l'activité

Une fois à l'aise avec la logistique et la technique, il est temps de faire connaître cette activité aux patients de votre secteur. Outre le bouche-à-oreille qui est le principal vecteur d'information et de recrutement des patients, l'information sur Internet est devenue aujourd'hui incontournable. Elle est d'ailleurs recommandée et encadrée par le CNOM [4]. Les hommes de la quarantaine sont la principale patientèle de cette activité. Ces patients sont demandeurs d'informations très précises, voire parfois exhaustives, et se présentent régulièrement en consultation de la calvitie avec beaucoup de données récoltées sur Internet. Une présence sur la toile suffit à informer les patients que la greffe capillaire est réalisable prêt de chez eux. Dans ce secteur très concurrentiel avec le tourisme médical, il est difficile de rester passif en termes de communication tant les médias et les publicités pour les centres étrangers inondent nos écrans à longueur de journée non sans une certaine concurrence déloyale. Sans basculer vers une démarche mercantile, il est important de présenter cette activité sur un site web tant pour faire connaître votre savoir-faire que pour éviter à certains patients de voyager loin afin d'aller au bout de leur projet thérapeutique.

Étape 9 : évoluer vers un centre de traitement de la calvitie

La prise en charge de la calvitie ne se limite pas à la greffe capillaire. L'évolution de cette activité au sein de votre pratique peut prendre de l'ampleur de telle sorte que vous souhaitiez évoluer

Fig. 4 : Troisième patient pris en charge par l'équipe, réimplantation des golfes, 650 greffons. **A :** À 1 mois, la majeure partie des tiges sont tombées. **B :** À 3 mois, la repousse est visible mais partielle. **C :** À 6 mois, la repousse est franche et va continuer à s'améliorer tout au long de la première année.

Cuir chevelu

POINTS **FORTS**

- Débuter par une formation théorique et pratique.
- Équiper entièrement votre local et gérez en amont la logistique.
- Commencer avec des patients faciles que vous connaissez.
- Démarrer réellement l'activité une fois que vous vous sentez à l'aise.

vers un véritable centre de traitement de la calvitie. Il faudra alors investir dans du matériel de diagnostic permettant de compter la densité de cheveux au cm², l'épaisseur des cheveux… et dans du matériel de traitement comme des LED ou une centrifugeuse pour le PRP. Vous pourrez également acheter du matériel pour améliorer votre confort durant les procédures comme des microscopes ou un appareil d'extraction-réimplantation semi-automatisé (NéoGraft, Artas). Ce matériel ne nous semble pas indispensable en début d'activité, mais représente un complément de prise en charge des patients.

Étape 10 : quelques astuces

Voici quelques astuces afin de ne manquer de rien le jour J :
– n'oubliez pas de donner à votre patient des consignes pré et postopératoires écrites (ne pas toucher les greffons, comment réaliser les shampoings…). Vous pouvez même publier une vidéo expliquant comment faire le shampoing ;
– soyez indolores : commandez des aiguilles fines, vous pouvez utiliser un dispositif d'anesthésie complémentaire par *gate control* comme le Nüevibe et aussi donner au patient des antalgiques ainsi que des anxiolytiques en début de procédure (paracétamol-hydroxyzine) ;
– débutez avec un patient plutôt qu'une patiente et tondez intégralement entre 1 et 2 mm la zone donneuse et la zone receveuse, cela facilite la procédure. N'hésitez pas à tondre tout le scalp si vous faites de la redensification. Nous nous sommes aidés de grilles dessinées sur la zone receveuse afin de compter le nombre de greffons à réimplanter au cm² dans un souci d'homogénéité (***fig. 5***) ;

Fig. 5 : Grille dessinée sur la zone receveuse afin de guider la réimplantation. Cette technique n'est pas obligatoire, mais peut être utile en début d'activité.

– préservez bien vos greffons en les conservant dans un milieu humide et frais, il ne faut jamais les laisser sécher (***fig. 3***) ;
– soyez généreux sur les consommables : vous allez avoir besoin en quantité d'adrénaline, de sérum physiologique et de compresses.

Conclusion

Lorsque l'on démarre une activité de greffe capillaire, il n'y a pas qu'une seule façon de faire. Nous avons souhaité partager notre expérience de manière didactique afin d'assister le praticien débutant sous forme d'une *check-list* de démarrage. Le meilleur moyen de prendre connaissance de tous les facteurs qui font le succès des procédures de greffe capillaire reste pour nous le compagnonnage, raison pour laquelle il nous semble indispensable d'assister à une procédure complète avec un confrère habitué à cette chirurgie avant de débuter.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les alopécies de la clinique au traitement, Pierre BOUHANNA, éditions MED'COM, 2000.
2. Walter P UNGER *et al.* Hair Transplantation 5th edition, éditions THIEME, 2010.
3. Recommandations professionnelles de l'HAS : hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical – Juin 2007.
4. Déontologie médicale sur le web. Le livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins, 2011.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Seins

Impact des implants mammaires sur l'allaitement

RÉSUMÉ : L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un allaitement exclusif au cours des six premiers mois de vie. L'augmentation mammaire par pose d'implants est l'opération la plus réalisée en chirurgie esthétique. Le but de cette étude rétrospective, réalisée sur trois centres hospitaliers universitaires français, était d'analyser l'éventuel impact qu'auraient les implants mammaires esthétiques sur l'allaitement.

Nous avons pu inclure 998 patientes qui avaient reçu des implants mammaires entre juin 2011 et octobre 2016.

Les résultats de notre étude montrent qu'une femme porteuse d'implants mammaires dans un but esthétique a 75 % de réussir son allaitement si elle le désire, sans prendre en compte le type et le volume d'implant, ni la voie d'abord. Ce chiffre augmente à 82 % lorsque la prothèse est située en rétromusculaire et chute à 17 % si elle est positionnée en rétroglandulaire.

L. BOMPY [1], B. GERENTON [1], A. STIVALA [1], B. HERSANT [2], P. RIZZI [1], L.-A. SEE [1], V. MORIS [1], F. BRAYE [3], J.-P. MENINGAUD [2], N. ZWETYENGA [1,4], D. GUILLIER [1]

[1] Service de Chirurgie Plastique, Esthétique et Réparatrice, Service de chirurgie Maxillo-faciale, CHU, DIJON,
[2] Service de Chirurgie Plastique, Esthétique et Réparatrice, Service de chirurgie Maxillo-faciale, CHU Henri Mondor, CRÉTEIL
[3] Service de Chirurgie Plastique, Esthétique et Réparatrice, CHU, LYON,
[4] Université de Bourgogne-Franche-Comté, Équipe Lipides, Nutrition et Cancer NuTox, UMR 866, DIJON.

L'allaitement exclusif est vivement recommandé au cours des six premiers mois de vie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce afin de garantir à l'enfant un développement optimal. Certaines études ont mis en évidence que les enfants ayant reçu un allaitement exclusif durant leurs premiers mois de vie étaient moins à risque de développer certaines pathologies ainsi que le syndrome de la mort subite du nourrisson [1]. Cependant, seulement 60 % des femmes allaitent à la naissance de l'enfant et ce chiffre chute à 18 % à 6 mois de vie [2].

Par ailleurs, le culte du corps est devenu un des piliers de la société actuelle en raison de l'influence des diktats de la beauté physique, surtout pour la gente féminine. Une silhouette harmonieuse est indispensable afin d'aboutir à un corps féminin idéal. Cela explique le fait que l'augmentation mammaire à visée esthétique, par implants mammaires notamment, soit une des interventions les plus répandues en chirurgie plastique avec presque 12 700 opérations chaque année et environ 400 000 femmes porteuses de prothèses mammaires, en France (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé ANSM – France).

On retrouve deux profils types : des femmes jeunes qui n'ont pas d'enfants et des femmes plus âgées qui ont déjà réalisé leur projet familial et souhaitent corriger les stigmates de la grossesse et/ou du vieillissement. C'est pourquoi les femmes ont besoin de savoir si les prothèses mammaires ont un impact ou non sur l'allaitement. Dans le but de les informer, des fiches explicatives ont été créées en France par la société de chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice et l'ANSM. L'allaitement est "sûr et possible" pour la première et "moindre avec une incision péri-aréolaire" pour la deuxième.

Les informations n'étant pas clairement définies à ce propos, nous avons

Seins

décidé d'évaluer l'impact éventuel qu'aurait l'augmentation mammaire par prothèses sur l'allaitement, en fonction des différentes caractéristiques des implants. Le but de cette étude est donc d'analyser le potentiel impact des implants mammaires esthétiques sur l'allaitement.

Matériels et méthodes

Afin de réaliser notre étude rétrospective, nous avons collecté des données de trois centres hospitalo-universitaires français entre janvier 2011 et octobre 2016 : le CHU de Dijon, le CHU Henri Mondor à Créteil et le CHU La Croix-Rousse à Lyon. Nous avons recherché les patients ayant subi une augmentation mammaire par pose de prothèses mammaire ou changement prothétique au cours de cette période, à partir des données médicales informatisées des différents hôpitaux. Le principal critère d'inclusion était des femmes en âge de procréer (de 18 à 50 ans) qui présentaient une hypotrophie mammaire bilatérale. Étaient exclus de prime abord les patients de sexe masculin et les mineurs. Après cette sélection, étaient exclues en raison d'un éventuel impact négatif sur l'allaitement : les patientes ayant des antécédents de cancer, particulièrement un carcinome mammaire, une agénésie mammaire, une asymétrie mammaire, un syndrome de Poland, des seins tubéreux ou une maladie systémique majeure.

Certaines informations sur l'intervention étaient recueillies, telles que l'indication opératoire, la voie d'abord, la position de l'implant par rapport au muscle pectoral et les caractéristiques de la prothèse (matériau, volume, profil). Nous avons ensuite soumis un questionnaire téléphonique aux patientes retenues au sein duquel la question principale était la survenue d'une grossesse et d'un accouchement après l'intervention. Si les patientes répondaient par la négative à cette question cruciale, elles étaient exclues de l'étude. Si elles affirmaient avoir eu un enfant après l'opération, nous leur demandions si elles avaient allaité, pendant combien de temps (allaitement total ou partiel), si cela était de manière exclusive ou non et si elles avaient allaité auparavant. Un allaitement total est défini par un allaitement d'une durée supérieure ou égale à six mois, contrairement à l'allaitement partiel qui dure moins de six mois. Un allaitement non exclusif est caractérisé par l'apport d'un lait artificiel en complément du lait maternel. Le critère principal de jugement était l'impact des implants mammaires sur l'allaitement. Nous avons également étudié les variations des capacités d'allaitement en fonction des différentes caractéristiques des prothèses. Les statistiques ont été réalisées à l'aide d'un test de Student pour les données concernant l'âge, la durée après la chirurgie et le volume des prothèses et d'un test de Chi² pour toutes les autres données binaires. Une différence était considérée comme significative si $p < 0,05$.

Résultats

Nous avons recensé 998 patientes ayant reçu des implants mammaires au sein des trois centres de janvier 2011 à octobre 2016, correspondant à nos critères d'inclusion. 7,5 % d'entre elles ont enfanté après la chirurgie. Une seule femme avait eu deux enfants après l'intervention. L'âge était significativement différent entre les femmes ayant et n'ayant pas eu de grossesse après l'opération ($p = 0,0002$), ainsi que la forme et la position de l'implant tel que démontré dans le ***tableau I***.

Parmi les 75 patientes ayant accouché après l'intervention, 51 ont désiré allaiter (68 %). Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les patientes souhaitant allaiter et ne souhaitant pas allaiter (***tableau II***).

Seule la position de la prothèse était significative. Les patientes porteuses d'implants rétroglandulaires étaient significativement moins aptes à allaiter

	Pas de grossesse (n=998)	Grossesse (n=75)	p
Âge (années)	31,41 (18-49,8)	27,26 (20,75-43,67)	0,0002
Délai après la chirurgie (années)	3,648 (1,03-7,77)	4,365 (1,21-7,77)	0,0094
Volume prothétique (grammes)	295,9 (120-800)	286,5 (120-800)	0,2967
Type de chirurgie : – Implants mammaires – *Round-block*	 904 94	 67 8	 0,72
Voie d'abord : – Sillon sous-mammaire – Aréolaire	 585 413	 51 24	 0,11
Position de l'implant : – Rétropectorale – Rétroglandulaire	 963 35	 66 9	 0,002
Forme prothétique : – Ronde – Anatomique	 714 284	 69 6	 0,0001
Matériau : – Sérum physiologique – Silicone	 168 830	 5 70	 0,0973

Tableau I : Comparaison des patientes qui ont accouché ou non. Seules les données à propre de l'âge, de la position et de la forme de la prothèse sont différentes et de manière significative.

	Désir d'allaitement (n=51)	Pas de désir d'allaitement (n=24)	P
Âge (années)	27,03 (20,75-43,47)	27,73 (21,26-35,98)	0,6297
Délai après la chirurgie (années)	4.292 (1,21-7,67)	4,51 (1,53-7,77)	0,6995
Implant volume (gr)	277,6 (175-450)	305 (225-410)	0,1649
Type de chirurgie : – Implants mammaires – *Round-block*	 45 6	 22 2	0,6534
Vois d'abord : – Sillon sous-mammaire – Aréolaire	 35 16	 16 8	0,865
Position de l'implant : – Rétropectorale – Rétroglandulaire	 45 6	 21 3	0,9271
Forme prothétique : – Ronde – Anatomique	 48 3	 21 3	0,3244
Matériau : – Sérum physiologique – Silicone	 3 48	 2 22	0,6914

Tableau II : Comparaison des patientes qui souhaitaient allaiter *versus* celles qui ne le souhaitaient pas. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux échantillons.

	Allaitement réussi (n=38)	Échec d'allaitement (n=13)	P
Âge (années)	27,55 (20,75-43,67)	25,61 (21,08-32,07)	0,3403
Délai après la chirurgie (années)	4,139 (1,21-6,77)	4,715 (2,46-5,73)	0,3889
Implant volume (gr)	286,3 (175-450)	252,5 (175-320)	0,2135
Type de chirurgie : – Implants mammaires – *Round-block*	 34 4	 11 2	0,6388
Vois d'abord : – Sillon sous-mammaire – Aréolaire	 28 10	 7 6	0,1833
Position de l'implant : – Rétropectorale – Rétroglandulaire	 37 1	 8 5	0,0005
Forme prothétique : – Ronde – Anatomique	 37 10	 11 2	0,09
Matériau : – Sérum physiologique – Silicone	 3 35	 0 13	0,9280

Tableau III : Comparaison des patientes ayant réussi à allaiter *versus* celles qui n'ont pas réussi. Les deux groupes étaient similaires sur le plan de l'âge. Il n'a pas été mis en évidence de différence entre les deux groupes concernant le type de chirurgie, la voie d'abord, la forme et le matériau de l'implant. Cependant, les patientes présentant des prothèses placées en rétroglandulaire étaient significativement moins aptes à allaiter que celles ayant des prothèses rétromusculaires.

Allaitement	Réussite totale (n=11)	Réussite partielle (n=27)	p
Exclusif	6	13	
Non exclusif	5	14	0,7205

Tableau IV : Comparaison des allaitements avec réussites partielle et totale, exclusif et non exclusif.

que celles avec des prothèses positionnées en rétromusculaire (p = 0,0005) (***tableau III***). Une femme porteuse de prothèses mammaires a 75 % de chance d'allaiter si elle le désire, ce chiffre augmente à 82 % si l'implant est rétromusculaire et chute à 17 % s'il est rétroglandulaire. Les deux groupes présentaient des âges similaires. Il n'a pas été retrouvé de différence entre les groupes "allaitement réussi" et "échec d'allaitement" en fonction de l'âge, du type de chirurgie, de l'approche chirurgicale, de la forme et du matériau de l'implant.

Aucune différence n'a été retrouvée entre les types d'allaitement, exclusif ou non, partiel ou total (***tableau IV***). La durée moyenne d'allaitement était de 2,75 mois. Il n'a pas été mis en évidence de résultats différents entre les patientes ayant allaité avant la chirurgie, que celles qui n'avaient pas allaité auparavant.

Discussion

Notre étude démontre qu'une femme porteuse de prothèses mammaires a 75 % de chances d'allaiter si elle le désire, et ce sans prendre en compte du type ou du volume de l'implant, ni de la voie d'abord chirurgicale. Le taux d'allaitement est de 82 % si la prothèse est placée en rétromusculaire. Ce taux passe à 17 % si celle-ci est en rétroglandulaire.

L'OMS recommande un allaitement exclusif au cours des six premiers mois de vie de l'enfant [3]. Selon le comité de nutrition de la société française de pédiatrie [4] et l'OMS, l'allaitement exclusif présente plusieurs bénéfices à la fois pour le nouveau-né et la mère : moins de risques de mortalité et de syndrome de mort subite du nourrisson dans le premier mois [1], un risque plus faible de développer un diabète insulino-dépendant [5], une protection relative contre le développement de maladie cœliaque [6] et de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin [7], un risque moindre de déve-

Seins

POINTS **FORTS**

- L'augmentation mammaire est l'intervention de chirurgie esthétique la plus pratiquée en France.
- Il est important d'apporter des informations claires et précises aux patientes concernant les possibilités d'allaitement après cette chirurgie.
- Seule la position de l'implant aurait un impact sur l'allaitement selon notre étude.
- Une femme porteuse de prothèses mammaires a 75 % de chance d'allaiter (sans prendre en compte du type et du volume de l'implant, ni de la voie d'abord).

lopper de l'asthme et de l'eczéma [5], un risque moindre de survenue d'obésité ou de surpoids à l'adolescence [2] et un meilleur développement psycho-affectif [4] sont les principaux bénéfices d'un allaitement exclusif pour l'enfant au cours des premiers mois de vie. Concernant la mère, on retrouve quelques avantages tels que le bénéfice économique, une diminution des risques de développer des cancers mammaires et ovariens ainsi qu'un diabète de type 2 [4] et même une perte de poids plus rapide après l'accouchement [8]. Cependant, le respect des recommandations de l'OMS à ce sujet est loin d'être optimal. En effet, seuls 60 % des nouveau-nés sont allaités en France à la naissance et ce pourcentage diminue à 18 % à l'âge de six mois [2]. Le but de notre étude était de déterminer si les prothèses mammaires étaient ou non un obstacle à l'allaitement pour les patientes ayant subi l'intervention avant la grossesse.

La relation entre l'allaitement et la chirurgie mammaire a d'ores et déjà été étudiée essentiellement pour les chirurgies de réduction mammaire [9]. La littérature est cependant pauvre en ce qui concerne l'augmentation mammaire, les experts ne sont donc pas en mesure d'informer au mieux les patientes. On retrouve tout de même quelques études avec notamment celle de Roberts *et al.* [10], dans laquelle il était conclu que les femmes ayant subi une intervention mammaire étaient moins aptes à allaiter que les femmes n'ayant pas bénéficié cette chirurgie. Cependant, la technique chirurgicale n'était pas spécifiée et la durée de suivi était courte. Notre étude a les avantages de comporter une cohorte de taille significative issue de trois centres et un recul d'au moins plusieurs mois à quelques années. Nous avions donc suffisamment de temps en postopératoire et *post-partum* pour évaluer la durée de l'allaitement (complet si supérieur ou égal à 6 mois). Andrade *et al.* [11] ont mis en évidence que les chirurgies de réduction et d'augmentation mammaire réduisaient significativement le taux d'allaitement jusqu'à 30 jours de vie, mais les techniques chirurgicales n'étaient pas spécifiées.

Selon Neifert *et al.* [12], les patientes avec des incisions péri-aréolaires ont cinq fois plus de risque de développer une insuffisance lactéale, ce que nous ne constatons pas dans notre étude. En effet, nous n'avons pas retrouvé de différence entre les groupes "échec d'allaitement" et "allaitement réussi" en fonction de la voie d'abord. Brody *et al.* [13] ont quant à eux conclu que la compression de la glande mammaire par l'implant n'avait pas d'impact sur l'allaitement. Dans notre étude, le volume de l'implant n'avait pas d'impact sur les capacités d'allaitement.

Un autre intéressant travail rétrospectif a été réalisé par Filiciani *et al.* [14] à propos des prothèses mammaires. Ils ont démontré qu'il n'y avait pas de modalités d'allaitement différentes que les patientes aient subi ou non une augmentation mammaire prothétique, ni en fonction des voies d'abord pour les patientes ayant été opérées. Ces résultats sont en accord avec les nôtres étant donné que nous n'avons pas mis en évidence de différence que les patientes aient eu une incision sous-mammaire ou péri-aréolaire.

On peut remarquer qu'aucun de nos sujets ne présentait d'abord axillaire, probablement du fait de son utilisation peu répandue en France. Nous ne pouvons donc pas conclure quant à l'impact de cette approche dans cette étude. De plus, nous n'avons pas pris en compte les facteurs indépendants ayant un effet négatif sur l'allaitement tels que l'usage d'une tétine, les antécédents de tabagisme chez la mère [15], les facteurs psychosociaux et démographiques qui pourraient apparaître comme un biais dans notre travail.

Conclusion

Selon notre étude, les femmes porteuses de prothèses mammaires ont 75 % de chance d'allaiter si elles le désirent, sans tenir compte du type et du volume de l'implant, ni de la voie d'abord. Elles ont 82 % de chance de réussite si les prothèses sont placées en rétromusculaire contre seulement 17 % si celles-ci sont positionnées en rétroglandulaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO *et al.* Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, 2011;128:103-110.
2. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J *et al.* Durée de l'allaitement maternel en France. *Etude Epifane,* 2012-2013, 2014;450-457.

3. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants. cited 2017.
4. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A *et al.* with Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Breastfeeding: health benefits for child and mother. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*, 2013;20:29-48.
5. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid ReportTechnology Assess, 2007;153:1-186.
6. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I *et al.* Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child*, 2006;91:39-43.
7. Barclay AR, Russell RK, Wilson ML *et al.* Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr*, 2009;155:421-426.
8. Sharma AJ, Dee DL, Harden SM. Adherence to breastfeeding guidelines and maternal weight 6 years after delivery. *Pediatrics*, 2014;134:42-49.
9. Thibaudeau S, Sinno H, Williams B. The effects of breast reduction on successful breastfeeding: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2010;63:1688-1693.
10. Roberts CL, Ampt AJ, Algert CS *et al.* Reduced breast milk feeding subsequent to cosmetic breast augmentation surgery. *Med J Aust*, 2015;202:324-328.
11. Andrade RA de, Coca KP, Abrão ACFV. Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. *J Pediatr*, 2010;86:239-244.
12. Neifert M, DeMarzo S, Seacat J *et al.* The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth Berkeley Calif*, 1990;17:31-38.
13. Brody GS. Lactation after augmentation mammoplasty. *Obstet Gynecol*, 1996;87:1062-1063.
14. Filiciani S, Siemienczuk GF, Nardín JM *et al.* Cohort Study to Assess the Impact of Breast Implants on Breastfeeding. *Plast Reconstr Surg*, 2016;138:1152-1159.
15. Gerd A-T, Bergman S, Dahlgren J *et al.* Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr Oslo Nor,* 1992, 2012;101:55-60.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

SUPPLÉMENT VIDÉO

B. HERSANT
Service de Chirurgie Plastique,
Hôpital Henri-Mondor, CRÉTEIL.

Les injections d'acide hyaluronique dans la sphère vulvo-vaginale

L'augmentation des grandes lèvres génitales peut se faire par lipofilling ou injection d'acide hyaluronique (AH). Le Desirial plus (Vivacy) a le marquage CE dans cette indication. Ces injections permettent de traiter l'aspect hypotrophique et ridé des grandes lèvres et peut également permettre de camoufler les petites lèvres qui sont très souvent jugées comme hypertrophiques.

Ces injections d'AH se font en consultation, sous anesthésie locale à l'aide d'une canule de 21G. Un massage est nécessaire pour répartir correctement le produit.

Les injections d'HA non réticulé ont également un intérêt pour améliorer la trophicité vaginale. En effet, le Desirial permet une induction de la muqueuse par stimulation des fibroblastes et d'améliorer l'hydratation. Les injections se font à l'aide d'une fine aiguille (27, 30, 32G) en point par point dans les 3 premiers centimètres de la muqueuse vaginale et dans le vestibule. Une anesthésie locale et une inhalation de Meopa permettent de réaliser ces injections en consultation.

Retrouvez cette vidéo :

– à partir du flashcode* ci-contre

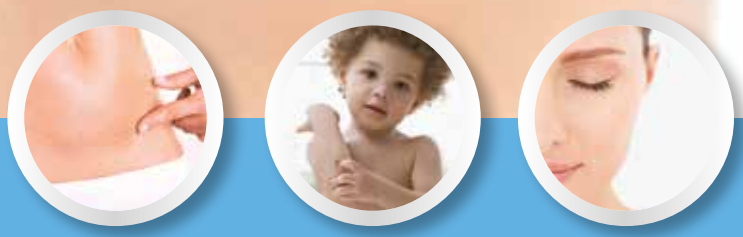
– en suivant le lien :
https://www.realites-chirplastique.com/hyaluronique-genital

* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES CICATRICES HYPERTROPHIQUES ET CHÉLOÏDES

Une belle cicatrice est une cicatrice qui s'oublie

EXISTE EN GEL, GEL UV ET SPRAY



KELO-COTE®

Appliquer en couche mince 2 fois par jour.
Plus d'informations sur : www.kelocote.fr

Ce dispositif Médical de classe I est un produit de santé réglementé qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE.
Lire attentivement les instructions figurant sur la notice ou sur les fiches produits.
Fabricant : Advanced Bio-Technologies, USA.
CE Représentant autorisé : Alliance Pharma S.r.l., Italie.

ALLIANCE

DMED/17/009/AP - MARS 2017