Congrès

The Aesthetic Meeting 2018, congrès de l'American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS)

RÉSUMÉ : Du 26 avril au 1er mai dernier s'est tenu à New York The Aesthetic Meeting 2018, le congrès de l'American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS). Des débats sur les sujets d'actualité en chirurgie esthétique ont eu lieu, animés par de prestigieux orateurs. De nombreuses sessions menées par des experts de renommée internationale se voulaient également informatives et didactiques, et, en plus des techniques chirurgicales, il était possible d'obtenir des conseils pour commencer ou optimiser son installation en libéral.

K. REM
Service de Chirurgie plastique,
Hôpital Saint-Louis, PARIS.

Le congrès en pratique

Les chirurgiens plasticiens français, dans le cadre du partenariat entre la SoFCEP et l'ASAPS, peuvent s'inscrire en tant que membre de la SoFCEP. Les tarifs sont visibles sur le site internet de l'ASAPS.

De leur côté, les internes et les assistants/chefs de clinique doivent fournir une attestation de fonction dans un service de chirurgie plastique, signée du chef de service, qui doit lui-même être membre d'une société nationale reconnue de chirurgie plastique. Par ailleurs, chaque année, la SoFCEP finance le voyage (billets d'avion et hôtel) pour deux internes ou assistants/chefs de clinique, sur dossier (CV et lettre de motivation). L'inscription au congrès est gratuite, il est également possible d'assister sans frais aux nombreux Educational Courses (en dehors des Cadaver Workshops), à condition de s'y inscrire 45 min avant le début du cours en fonction des places disponibles – le tarif est en principe de l'ordre de 200 dollars par cours. Ce fonctionnement, même en dehors du parrainage de la SoFCEP, est donc très profitable pour les plasticiens juniors.

L'édition 2019 du congrès aura lieu du 16 au 20 mai, à la Nouvelle-Orléans. Chaque année, se tient un French dinner, organisé par la SoFCEP, qui permet d'y rencontrer et/ou d'y retrouver des collègues de toute la France.

Un congrès "à l'américaine"

Le congrès a réuni près de 2 000 chirurgiens et résidents en chirurgie plastique, venus du monde entier, en particulier d'Amérique du Sud, mais aussi d'Asie, du Moyen-Orient et d'Europe. La France était bien représentée, puisque nous étions 30 inscrits pour fêter les 5 ans du partenariat entre la SoFCEP et l'ASAPS.

Le Jacob K. Javits Convention Center, situé dans le quartier Hell's Kitchen, à Manhattan, est une structure en verre monumentale, avec une surface d'exposition disponible de 78 000 m^2. Salles de conférences immenses, très grands stands pour les exposants et les labo-

ratoires, tout était globalement spectaculaire jusqu'aux bandes-annonces diffusées pour les sessions scientifiques, et évidemment les soirées cocktails.

Un symposium spécifique avait été réservé aux Women Aesthetic Surgeons, qui disposaient d'une *Lactation Suite* spécialement aménagée. Par ailleurs, une session du congrès, conduite par le coach Eric Goodman (www.foundationtraining.com) devant un auditoire concentré de plus de 1 000 chirurgiens, était dédiée au travail de la posture. Enfin, des enchères silencieuses étaient organisées au profit de l'ASERF (*Aesthetic Surgery Education and Research Foundation*, branche de l'ASAPS dédiée à la recherche), permettant d'enchérir sur des appareils de médecine esthétique ou sur des journées de formation avec des chirurgiens d'exception comme le Dr Fouad Nahaï.

Sur le plan scientifique

1. Symposium sur la rhinoplastie

Le 27 avril s'est tenu un symposium sur la rhinoplastie, réunissant un impressionnant panel d'orateurs : les docteurs Dean Toriumi, Rod Rohrich, Bahman Guyuron, Jay Calvert [1]… Si la plupart des experts étaient convaincus du bénéfice de la voie ouverte, pour ce qui est des ostéotomies, certains seulement utilisent actuellement le Piézotome (du groupe français Acteon), dont le Dr Larry Berkowitz ou encore le Dr Ali Sajjadian qui prônent une approche individualisée et des ostéotomies rendues aussi précises que possible [2]. Concernant l'indication d'allongement, le Dr Bahman Guyuron propose l'utilisation d'*extended spreader grafts*, associés à la technique du *tongue-in-groove* [3], le Dr Nazim Cerkes préconise d'avoir recours à un étai columellaire associé à un *onlay* [4], tandis que pour le Dr Dean Toriumi, la meilleure technique est la greffe d'extension septale car elle permet de mobiliser les cartilages alaires dans leur globalité et d'améliorer la projection en utilisant le dôme natif du patient [5, 6].

Pour les greffes dorsales, le Dr Jay Calvert nous a rappelé les détails de la technique du DCF [7, 8], le Dr Nazim Cerkes a précisé sa technique de DCF utilisant du fascia des grands droits prélevés par l'abord de prélèvement costal [9], et le Dr Bahman Guyuron est revenu sur le prélèvement de cartilage costal. Les orateurs ont insisté sur le fait de ne pas négliger l'aspect fonctionnel de la rhinoplastie [10].

Un chapitre était également consacré aux rhinoplasties ethniques : les particularités des patients du Moyen-Orient ont été abordées par le Dr Ali Sajjadian [11], celles des patients asiatiques par le Dr Dean Toriumi [12]. Concernant les ailes, le Dr Ghavami a insisté sur le support du triangle mou, et le Dr Sam Most a évoqué la possibilité de réaliser des greffes composites chondro-cutanées prélevées sur la conque pour traiter les rétractions sévères. Une intervention a été consacrée à la rhinoplastie médicale, le Dr Joe Gryskiewicz nous recommandant de n'injecter que des *fillers* résorbables et d'avoir à sa disposition de l'hyaluronidase. Enfin, le Dr Geoffrey Tobias nous a présenté son outil d'enseignement – on peut le retrouver en ligne : rhinoplasty3d.com.

Au cours d'une session différente, ces experts nous ont également livré leurs raffinements techniques : le Dr Nazim Cerkes a développé lui-même des instruments spécifiques moins traumatiques, le Dr Volney Pitombo a présenté sa technique de rhinoplastie "semi-ouverte" pour les cas où aucune greffe

Congrès

cartilagineuse n'est nécessaire, le Dr Aaron Kosins a défendu le concept du Dr Rollin K. Daniel de *Preservation rhinoplasty* [13] qui consiste à préserver les tissus mous en réalisant une dissection totalement sous-périchondrale et sous-périostée, à être très conservateur sur les cartilages alaires, et à préserver autant que faire se peut le *dorsum* [14]. Quant au Dr Jay Calvert, il nous a encouragé à considérer la pointe comme un tétrapode, ajoutant le septum caudal au tripode d'Anderson [15].

2. Rajeunissement cervico-facial

Comme en France, la part des traitements non chirurgicaux dans le rajeunissement cervico-facial est de plus en plus importante aux États-Unis [16] : en 2017, 1,5 million d'injections de toxine botulique y ont été pratiquées, et 720 000 injections de *fillers*. Cette activité ne doit donc pas être négligée, en particulier pour les jeunes chirurgiens qui s'installent : les patientes ne cherchent pas nécessairement un praticien de grande renommée si elles ne souhaitent que des injections, et, le moment venu, le taux de conversion chirurgical est plus important avec ces patientes. La gestion des complications doit aussi être maîtrisée, celles-ci pouvant être dramatiques (occlusion vasculaire pouvant conduire à une nécrose étendue, à une cécité voire à un embole) : savoir les éviter et les dépister implique de garder le patient sous surveillance 30 min après une injection, savoir les traiter [17, 19] nécessite d'avoir un *crash-kit* à disposition.

Nombre d'Educational Courses étaient consacrés aux liftings cervico-faciaux. Le Dr Alan Matarasso a détaillé ses techniques de lifting facial par courte incision, de lifting cervical isolé [20] et de lifting de sourcils [21] ; le Dr Timothy Marten a donné un cours sur sa technique de lifting [22] et l'intérêt d'y associer un *lipofilling* zones par zones, en particulier dans les liftings secondaires, avec des résultats impressionnants [23] qu'il estime plus naturels qu'avec des *fillers* ; il était également possible d'apprendre du Dr Rod Rohrich, du Dr Louis Bucky ou encore du Dr Richard Warren.

Une session très intéressante était par ailleurs consacrée à la région orbito-palpébrale : le Dr Mark Codner a insisté sur la nécessité et la simplicité d'un geste complémentaire de canthopexie latérale dans les blépharoplasties inférieures [24], le Dr Glenn Jelks a souligné quant à lui l'importance de dépister un ptosis avant une blépharoplastie supérieure, et a détaillé sa technique de réamarrage du muscle releveur (visible sur l'application pour iPad : Beut & Jelks Oculoplasty).

3. Chirurgie du sein

Bien entendu, le sujet qui occupe la place prépondérante en ce qui concerne les prothèses est le lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires (BIA-ALCL). Le premier intervenant était le Pr Anand Deva, de Sydney, co-auteur de l'article que nous connaissons tous [25], pour qui l'inflammation est en jeu avec de multiples facteurs en cause : bactéries, friction, les molécules de silicone, et une éventuelle réaction allergique. Globalement, les dénominateurs communs les plus fréquemment impliqués dans les 68 cas décrits en Australie sont : le facteur bactérien, la macrotexturation des implants (grades 3 et 4), le facteur génétique et le facteur temporel. Cela signifie pour lui que nous devons apporter une attention particulière à un élément : limiter au maximum le risque infectieux.

Pour le Dr M. Bradley Calobrace [26], les implants lisses comme les implants texturés ont leurs avantages et leurs inconvénients, et le risque de développer un BIA-ALCL (1/3 000-30 000) est extrêmement faible comparé aux autres risques de complications, ou de façon plus générale au risque de développer un autre cancer. Les points suivants sont ressortis de la discussion du panel d'experts, composé des Dr William Adams Jr [27], Melinda Haws, Jamil Ahmad, Mark Clemens [28], Caroline Glicksman [29] et Peter Lennox : l'utilisation des implants texturés n'est pas à proscrire, à condition d'en respecter les indications, en s'adaptant à chaque cas individuellement ; un suivi annuel des patientes porteuses d'implants mammaires est nécessaire ; toutes les marques d'implants sont concernées, même s'il ressort des études que davantage de cas concernent des implants nacro-texturés d'une marque en particulier. Comme en France, il n'existe donc pas de recommandations spécifiques ni d'interdiction des prothèses macro-texturées.

4. Symposium sur l'augmentation glutéale

La demande en termes d'augmentation glutéale n'a fait que s'accroître ces dernières années sur le continent américain, en partie sous l'influence des réseaux sociaux et des célébrités, et elle concerne des femmes dans 84 % des cas. Cette évolution culturelle est moins significative en France, pourtant il n'est pas inutile d'apprendre de l'expérience de nos collègues.

Si le *lipofilling* a clairement pris le pas sur les implants glutéaux, une *task force* s'est mise en place, menée par l'ASERF, afin d'établir des recommandations sur l'autogreffe de tissu adipeux dans les fesses, intervention qui peut aboutir à des embolies graisseuses pouvant aller jusqu'au décès des patients [30]. Ainsi, les experts, ce jour-là (Dr Ashkan Ghavami, Dr Alfredo Hoyos, Dr Arturo Ramirez Montañana, Dr Douglas Steinbrech…), semblaient s'accorder sur les points suivants : il est indispensable de maîtriser l'anatomie de la région pour obtenir les meilleurs résultats possibles (ligaments à libérer), mais aussi pour limiter les risques de complications (localisation des pédicules glutéaux) ; le diamètre des canules d'injection doit être de 4 à 5 mm et l'extrémité mousse, l'injection doit se faire de préférence en sous-cutané plutôt qu'en intra-musculaire, et la canule doit être orientée vers la superficie.

Le Dr Spero J. Theodorou (qui exerce à New York pour une patientèle généralement pressée) nous a détaillé sa technique de lipofilling fessier sous anesthésie locale, qui relève pour lui de l'*office surgery*, tout comme les lipo-aspirations classiques [31, 32]. Pour les patients chez qui il n'existe pas de site donneur de tissu adipeux, les hommes en particulier, comme l'a rappelé le Dr Douglas Steinbrech [33], les implants glutéaux restent indiqués, en utilisant 2 incisions, une loge intra-musculaire ou sous-aponévrotique [34], des *sizers* pour éviter toute tension excessive, et en insistant sur les consignes post-opératoires.

Enfin, le Dr Ozan Sozer est revenu sur ses techniques d'auto-augmentation glutéale qui utilisent des lambeaux dermo-graisseux [35] ou musculaires retournés [36, 37].

5. Chirurgie de la silhouette

Concernant la silhouette, l'accent a été mis sur le "*high definition body contouring*" autour des notions de lipo-aspiration/lipofilling, *muscle etching* et adjonction de volume. Le Dr Douglas Steinbrech a exposé ses techniques de redistribution de tissu adipeux dans les muscles [38] – vous trouverez aisément ses vidéos de *Body Banking* sur YouTube. Le Dr Ashkan Ghavami, lui, utilise davantage des sutures profondes sur le fascia pour sculpter l'abdomen de part et d'autre des grands droits au cours d'une abdominoplastie, ou bien une lipo-aspiration ciblée pour mimer des contours musculaires en l'absence d'indication de plastie abdominale. Le Dr Alfredo Hoyos, expert reconnu sur le sujet [39, 40], nous a également montré de très impressionnants résultats, notamment à moyen et long terme. Comme pour l'augmentation glutéale, il semblerait qu'en France la demande soit moins importante en termes de *body-contouring* qu'aux États-Unis ou en Amérique du Sud où est née cette tendance, un peu éloignée de la *French touch*, plus naturelle. Mais il est tout à fait possible qu'elle augmente dans les années à venir.

6. Gérer sa communication

Si les réseaux sociaux – Facebook, Instagram ou encore Snapchat –, mais aussi la maîtrise de son image en ligne occupent une place de plus en plus importante chez nous, ils sont absolument essentiels aux États-Unis [41]. Ainsi, certains chirurgiens ont acquis une certaine notoriété, en témoignent leurs milliers de *followers* : @therealdrmiami, par exemple, mais aussi @drjaycalvert, @rod. rohrich, @drghavami ou encore @alfredohoyosmd. Il existe même des sites américains permettant de noter et commenter les performances de son chirurgien : yelp.com, healthgrades.com, ou realself.com qui est un site spécifiquement dédié à l'évaluation des plasticiens par les patients eux-mêmes. Des sessions de cours étaient donc dédiées au contrôle de la réputation sur internet, dont une menée par Keith Humes, CEO de la société Rosemont Media, qui nous a rappelé qu'il fallait éviter de répondre aux *negative reviews*, qui, d'une certaine façon, rendent légitimes celles qui sont positives. Il y a néanmoins de très nombreuses raisons de signaler et faire effacer un avis, auprès de Google par exemple : si tous les avis négatifs proviennent d'une seule adresse IP, si l'émetteur de l'avis est peu fiable (compte créé pour laisser un seul avis négatif), si le vocabulaire est grossier, s'il existe des menaces, ou encore si l'avis a été écrit au nom d'une tierce personne. Il conseille également d'avoir une page dédiée à son activité, avec son nom dans l'URL, et d'envisager cela comme une création de marque.

Il était également possible d'assister à des cours sur les réseaux sociaux : comment concevoir un site internet, comment avoir du succès en ligne – cours parfois même donnés par des plasticiens.

7. S'installer en libéral

Un certain nombre d'Educational Courses étaient également dispensés pour aider à l'installation ou à l'amélioration de son activité privée : les erreurs à éviter lorsqu'on s'installe, comment gérer son personnel, comment apprendre à déchiffrer ce que les patients veulent réellement, comment envisager une reconversion ou sa retraite…

Un congrès très enrichissant

Au final, ce congrès s'est avéré très intéressant sur tous les plans. Sur le plan scientifique, pouvoir apprendre et discuter de sujets controversés avec les plus grands experts internationaux a évidemment été très instructif. Les nombreuses sessions de cours, de plus petite dimension, ont permis d'obtenir des conseils pratiques et d'avoir une approche plus personnalisée de la part d'éminents spécialistes dont la réputation n'est plus à faire. Enfin, compte tenu de la place de plus en plus importante que prennent la communication et les réseaux sociaux, il n'était pas inintéressant d'obtenir des astuces, même si l'aspect marketing tient une place moins primordiale dans notre profession en France.

Pour conclure, en plus du plaisir de voyager aux États-Unis, le congrès de l'ASAPS présente d'innombrables points d'intérêt scientifiques et pratiques, de surcroît pour les internes et les assistants/chefs de clinique, qui peuvent en profiter gratuitement, en outre il est très important que les Français restent représentés dans ce type de congrès.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tanna N, Nguyen KT, Ghavami A *et al.* Evidence-Based Medicine: Current Practices in Rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 2018;141:137e-151e.
2. Ghanaatpisheh M, Sajjadian A, Daniel RK. Superior rhinoplasty outcomes with precise nasal osteotomy: an individualized approach for maintaining function and achieving aesthetic goals. *Aesthet Surg J*, 2015;35:28-39.
3. Guyuron B, Varghai A. Lengthening the nose with a tongue-and-groove technique. *Plast Reconstr Surg*, 2003;111:1533-1539; discussion 1540-1541.

Congrès

4. Cerkes N. Nasal Tip Deficiency. *Clin Plast Surg*, 2016;43:135-150.
5. Toriumi DM. New concepts in nasal tip contouring. *Arch Facial Plast Surg*, 2006;8:156-185.
6. Toriumi DM, Asher SA. Lateral crural repositioning for treatment of cephalic malposition. *Facial Plast Surg Clin N Am*, 2015;23:55-71.
7. Calvert J, Brenner K. Autogenous dorsal reconstruction: maximizing the utility of diced cartilage and fascia. *Semin Plast Surg*, 2008;22:110-119.
8. Calvert J, Kwon E. Techniques for diced cartilage with deep temporalis fascia graft. *Facial Plast Surg Clin N Am*, 2015;23:73-80.
9. Cerkes N, Basaran K. Diced Cartilage Grafts Wrapped in Rectus Abdominis Fascia for Nasal Dorsum Augmentation. *Plast Reconstr Surg*, 2016;137:43-51.
10. Moubayed SP, Ioannidis JPA, Saltychev M *et al.* The 10-Item Standardized Cosmesis and Health Nasal Outcomes Survey (SCHNOS) for Functional and Cosmetic Rhinoplasty. *JAMA Facial Plast Surg*, 2018;20:37-42.
11. Sajjadian A. Rhinoplasty in Middle Eastern Patients. *Clin Plast Surg*, 2016;43:281-294.
12. Toriumi DM, Pero CD. Asian rhinoplasty. *Clin Plast Surg*, 2010;37:335-352.
13. Daniel RK. The Preservation Rhinoplasty: A New Rhinoplasty Revolution. *Aesthet Surg J*, 2018;38: 228-229.
14. Saban Y, Daniel Rk, Polselli R *et al.* Dorsal Preservation: The Push Down Technique Reassessed. *Aesthet Surg J*, 2018;38:117-131.
15. Anderson JR. A reasoned approach to nasal base surgery. *Arch Otolaryngol Chic Ill,* 1960, 1984;110:349-358.
16. Nahai F. The aesthetic surgeon's "new normal." *Aesthet Surg J*, 2015;35:105-107.
17. Delorenzi C. Complications of injectable fillers, part I. *Aesthet Surg J*, 2013;33:561-575.
18. Delorenzi C. Complications of injectable fillers, part 2: vascular complications. *Aesthet Surg J,* 2014;34:584-600.
19. Rzany B, Delorenzi C. Understanding, Avoiding, and Managing Severe Filler Complications. *Plast Reconstr Surg*, 2015;136:196S-203S.
20. Matarasso A. Managing the components of the aging neck: from liposuction to submentalplasty, to neck lift. *Clin Plast Surg*, 2014;41:85-98.
21. Matarasso A. Introduction to the barbed sutures supplement: the expanding applications of barbed sutures. *Aesthet Surg J*, 2013;33:7S-11S.
22. Marten TJ. High SMAS facelift: combined single flap lifting of the jawline, cheek, and midface. *Clin Plast Surg*, 2008;35:569-603.
23. Marten TJ, Elyassnia D. Fat grafting in facial rejuvenation. *Clin Plast Surg*, 2015;42:219-252.
24. Codner MA, Wolfli JN, Anzarut A. Primary transcutaneous lower blepharoplasty with routine lateral canthal support: a comprehensive 10-year review. *Plast Reconstr Surg*, 2008;121:241-250.
25. Loch-Wilkinson A, Beath KJ, Knight RJW *et al.* Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma in Australia and New Zealand: high-surface -area textured implants are associated with increased risk. *Plast Reconstr Surg*, 2017;140:645-654.
26. Calobrace MB, Schwartz MR, Zeidler KR *et al.* Long-term safety of textured and smooth breast implants. *Aesthet Surg J*, 2017;38:38-48.
27. Nava MB, Adams WpP, Botti G *et al.* MBN 2016 Aesthetic breast meeting BIA-ALCL consensus conference report. *Plast Reconstr Surg*, 2018;141:40-48.
28. Clemens MW, Brody GS, Mahabir RC *et al.* How to diagnose and treat breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma. *Plast Reconstr Surg*, 2018;141:586e-599e.
29. Kadin ME, Morgan J, Xu H *et al.* CD30+ T cells in late seroma may not be diagnostic of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma. *Aesthet Surg J*, 2017;37:771-775.
30. Mofid MM, Teitelbaum S, Suissa D *et al.* Report on mortality from gluteal fat grafting: recommendations from the ASERF task force. *Aesthet Surg J*, 2017;37:796-806.
31. Chia CT, Theodorou SJ. 1,000 consecutive cases of laser-assisted liposuction and suction-assisted lipectomy managed with local anesthesia. *Aesthetic Plast Surg*, 2012;36:795-802.
32. Theodorou SJ, Paresi RJ, Chia CT. Radiofrequency-assisted liposuction device for body contouring: 97 patients under local anesthesia. *Aesthetic Plast Surg*, 2012;36:767-779.
33. Inno S, Lam G, Brownstone ND *et al.* An assessment of gender differences in plastic surgery patient education and information in the United States: are we neglecting our male patients? *Aesthet Surg J*, 2016;36:107-110.
34. De La Peña Ja, Rubio OV, Cano JP *et al.* Subfascial gluteal augmentation. *Clin Plast Surg*, 2006;33:405-422.
35. Sozer SO, Agullo FJ, Palladino H. Autologous augmentation gluteoplasty with a dermal fat flap. *Aesthet Surg J*, 2008;28:70-76.
36. Sozer So, Agullo Fj, Palladino H. Split gluteal muscle flap for autoprosthesis buttock augmentation. *Plast Reconstr Surg*, 2012;129:766-776.
37. Sozer So, Erhan Eryilmaz O. Autologous flap gluteal augmentation: split gluteal flap technique. *Clin Plast Surg*, 2018;45:269-275.
38. Steinbrech Ds, Sinno S. Utilizing the power of fat grafting to obtain a naturally-appearing muscular "6-pack" abdomen. *Aesthet Surg J*, 2016;36: 1085-1088.
39. Hoyos Ae, Perez Me, Castillo L. Dynamic definition mini-lipoabdominoplasty combining multilayer liposculpture, fat grafting, and muscular plication. *Aesthet Surg J*, 2013;33:545-560.
40. Hoyos A, Perez M. Arm dynamic definition by liposculpture and fat grafting. *Aesthet Surg J*, 2012;32:974-987.
41. Rohrich RJ. So, do you want to be Facebook friends? How social media have changed plastic surgery and medicine forever. *Plast Reconstr Surg*, 2017;139:1021-1026.

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