Bimestriel
Septembre 2018

réalités

n° 27

en CHIRURGIE PLASTIQUE

La “grenouille” et le nerf sciatique : alerte !

Couverture des pertes de substances axillaires dans l’hydrosadénite suppurative chronique

Les kystes éruptifs à duvet

Optimisation de l’expérience du patient de médecine esthétique

Où en sommes-nous avec la lipolyse médicale cervicale ?

www.realites-chirplastique.com

La FMC du plasticien d’aujourd’hui pour préparer la médecine de demain

LEXUS IS 300h BUSINESS

L'ALTERNATIVE HYBRIDE TOUT COMPRIS

À PARTIR DE

499 €/MOIS(1)

Maintenance, assistance 24/24 et gestion des pertes totales incluses

LEXUS
EXPERIENCE AMAZING*

UN CRÉDIT VOUS ENGAGE ET DOIT ÊTRE REMBOURSÉ. VÉRIFIEZ VOS CAPACITÉS DE REMBOURSEMENT AVANT DE VOUS ENGAGER.
Consommations (L/100 km) et émissions de CO_2 (g/km) en conditions mixtes : de 4,1 à 4,4 et de 93 à 101. Valeurs corrélées NEDC, déterminées sur la base du nouveau cycle d'homologation WLTP ("Procédure d'essai harmonisée au niveau mondial pour les véhicules légers"). Voir sur lexus.fr.

(1) Exemple pour la location longue durée, incluant les prestations ci-dessus, d'une **Lexus IS 300h Business** au prix catalogue de **41890 €** (tarif conseillé n°1072 au 25/07/2018), sur une durée de **36** mois et **60 000** km, soit **36** loyers mensuels de **499 €**. Modèle présenté : **Lexus IS 300h F SPORT, avec option Pack F SPORT + à 1900 €**, au prix total de **51390 €**, **36** loyers de **605 €** / mois pour une durée de **36** mois et **60 000** km. Montants exprimés TTC. Offre non cumulable, réservée aux professionnels, valable pour toute commande passée entre le 25/07/2018 et le 30/11/2018 auprès d'un concessionnaire agréé Lexus d'une IS 300h Business (modèle décrit ci-dessus) neuve en location longue durée selon les Conditions Générales de Location longue durée et prestations de services associés Lexus Lease en vigueur, et sous réserve d'acceptation du dossier par TOYOTA France FINANCEMENT, 36 bd de la République 92423 Vaucresson, RCS 412 653 180 - n° ORIAS 07 005 419 consultable sur www.orias.fr. Sous réserve de variation de la fiscalité et/ou du tarif constructeur en vigueur. *Vivez l'exceptionnel.

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, Dr S. Smarrito

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 : 3e trimestre 2018

Sommaire

Septembre 2018

n° 27

Juridique

4 **La "grenouille" et le nerf sciatique : alerte !**
E. Bauersachs, J.-P. Reynaud

Enquête

8 **Un essai d'optimisation de l'expérience du patient de médecine esthétique**
M. Magnani

Reconstruction

13 **Mise à plat et couverture des pertes de substances axillaires par double lambeau libre type DIEP dans le cadre de l'hydrosadénite suppurative chronique : à propos d'un cas**
H. Chatel, B. Hersant, S. La Padula, J.-P. Meningaud

Esthétique

16 **Les kystes éruptifs à duvet en chirurgie plastique**
C. Lazăr

Silhouette

21 **Où en sommes-nous avec la lipolyse médicale cervicale ?**
N. Georgieu

Un bulletin d'abonnement est en page 7.
Image de couverture : W. Noël.

Juridique

La “grenouille” et le nerf sciatique : alerte !

RÉSUMÉ : À partir de dossiers de mises en cause relatives à des paralysies du nerf sciatique après plasties de la face interne des cuisses – dossiers recueillis auprès du Cabinet Branchet –, nous analyserons dans cet article les raisons possibles de cette complication grave.
Si le terrain joue un rôle (déficits vitaminiques chez les patients opérés en chirurgie bariatrique), la posture dite “en grenouille” est aussi un facteur déterminant. Une mise en abduction-rotation externe de la cuisse sur le bassin trop prolongée entraîne en effet un conflit dans le défilé entre le massif trochantérien et la tubérosité ischiatique, responsable d’une atteinte directe du tronc du nerf sciatique. Prévenir cette complication repose, certes, sur l’appréciation du terrain et sur une éventuelle complémentation vitaminique. Mais il faut surtout veiller à l’installation (coussins sur table) et à ne pas maintenir trop longtemps la position en grenouille.

E. BAUERSACHS, J.-P. REYNAUD
Chirurgien plasticien et esthétique, NICE,
Cabinet Branchet, MEYLAN.

La constatation d’un trouble neurologique périphérique au décours d’une intervention chirurgicale est une complication rare, voire exceptionnelle. Mais elle est redoutée par les chirurgiens et les anesthésistes, qui voient ici leurs responsabilités professionnelles engagées conjointement ou individuellement.

Au cours d’assistances à expertise missionnées par l’assureur médical Branchet, nous avons recensé plusieurs cas de neuropathies sensitivo-motrices du nerf sciatique après lifting crural.

Fig. 1.

Nous avons donc cherché auprès de cet assureur d’autres cas de déclaration ou d’assignation relatives à cette complication. Nous avons ainsi recensé 7 cas de paralysie postopératoires ayant fait l’objet d’une réclamation et d’une procédure. Tous les patients avaient été positionnés d’emblée ou secondairement en position de flexion-abduction-rotation externe de la cuisse, position dite “en grenouille” (***fig. 1***).

S’agissant d’un phénomène récurrent, nous avons tenté de comprendre le mécanisme lésionnel afin d’établir une mise en garde des praticiens et de dégager des pistes de prévention.

Contexte clinique

Il s’agit de la découverte d’une paralysie du membre inférieur au réveil du patient. Dans 5 cas sur les 7 recensés, la paralysie du nerf sciatique était apparue dans les suites d’un lifting crural à visée réparatrice après une chirurgie bariatrique, dans 1 cas après prélèvement de peau totale en

face interne des cuisses, et un autre lors du traitement d'une maladie de Verneuil au niveau des sillons génito-cruraux.

Les patients avaient été installés avec l'un ou les deux membres en grenouille, pendant une durée variable au cours de l'intervention. Dans tous les comptes rendus opératoires retrouvés dans les dossiers, on note une position unilatérale pour les opérations ne concernant pas les *liftings* de la face interne de cuisse et une position bilatérale pour les autres. Pour ces seconds cas, la position a été installée dès le départ et maintenue pendant les deux temps opératoires dans 2 cas, ou mise en place alternativement (soit temps droit puis temps gauche, soit temps de liposuccion droit et gauche et plastie cutanée de chaque côté en suivant).

L'atteinte neurologique s'est révélée unilatérale dans chaque cas.Une atteinte centrale a pu être écartée, scanners et IRM étant normaux. Seul un patient a récupéré intégralement, après 18 mois. Pour les 6 autres, des séquelles neurologiques motrices ont été constatées lors de la consolidation fixée par l'Expert. En revanche, les troubles sensitifs avaient bien régressé.

Analyse et discussion

S'agissant d'une analyse rétrospective, en outre dans un contexte judiciaire, l'ensemble des renseignements disponibles est incomplet car nous ne pouvons pas contacter les patients.

Les données recueillies et une revue de la littérature nous permettent tout de même d'avancer une hypothèse et de l'étayer : il s'agirait d'une neuropathie traumatique liée au terrain et à l'installation opératoire.

1. Le terrain

La chirurgie bariatrique a été développée à partir des années 1950 [1] afin de remédier à la morbi-mortalité des grands obèses. Depuis, l'amélioration constante des techniques, notamment l'apport de la chirurgie laparoscopique, a simplifié les suites et réduit les complications post-opératoires. D'où le succès grandissant de cette chirurgie auprès des patients et des praticiens.

Depuis 2003, la *sleeve*-gastroplastie [2], qui emporte en partie la grande courbure gastrique, est la plus pratiquée devant le *gastric bypass* et l'anneau de réduction gastrique. Dès 2004 [3], certains auteurs se sont interrogés sur l'incidence des neuropathies périphériques après chirurgie bariatrique [3-5]. Il semble à présent établi que nombre de patients qui ont bénéficié d'une gastroplastie présentent après une durée d'environ 24 mois des troubles neurologiques périphériques d'origine carentielle : polynévrites sensitives ou mono-neuropathie axonale [6]. L'étiologie retenue est un déficit en vitamines B12 ou en thiamine par malabsorption ou encore une malnutrition globale par insuffisance d'apport.

Il est donc licite de penser que ces patients présentent un risque accru de complication neurologique par traumatisme nerveux au cours d'une intervention chirurgicale, malgré une installation standard correcte du patient.

2. L'installation et la position opératoire

Réaliser une bonne installation du patient et une bonne position sur la table d'opération incombe à l'équipe, sous la surveillance de l'anesthésiste et du chirurgien, avant la mise en place des champs opératoires. La modification de la position opératoire après le début de l'intervention est de la responsabilité du chirurgien.

Le possible traumatisme per-opératoire du tronc du nerf sciatique a été décrit en cas de chirurgie de la hanche, lors d'accouchements prolongés et lors d'interventions en position de lithotomie [7]. En chirurgie plastique réparatrice, nous avons trouvé 3 publications relatives à ce sujet [8-10]. L'une des causes envisagées est une compression du tronc du nerf sciatique, fragilisé par la diminution de son environnement graisseux lié à la perte de poids, après son émergence du petit bassin au niveau du canal infrapiriforme. À partir du bord inférieur du muscle piriforme, il chemine dans un défilé ostéo-musculaire, en arrière des muscles pelvi-trochantériens, entre le massif du grand trochanter et la grande tubérosité ischiatique.

Nous avons souhaité visualiser ce trajet par une dissection sur cadavre frais, dans un premier temps en position d'extension de la hanche et rotation neutre, puis en flexion-abduction-rotation externe. Après avoir récliné les deux faisceaux du muscle grand fessier, le tronc du nerf sciatique est visualisé selon un trajet rectiligne dans la première position. Dans la seconde, il se trouve refoulé contre la grande tubérosité ischiatique par le grand trochanter, puis soulevé et étiré par l'action des muscles pelvi-trochantériens (***fig. 2 et 3***).

Une possible zone de compression nerveuse au niveau du bord inférieur du

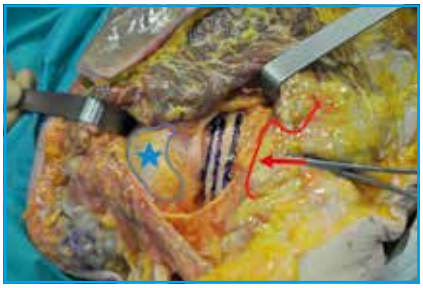

Fig. 2 : Hanche en extension rotation neutre : espace inter-trochantéro-ischiatique ouvert.

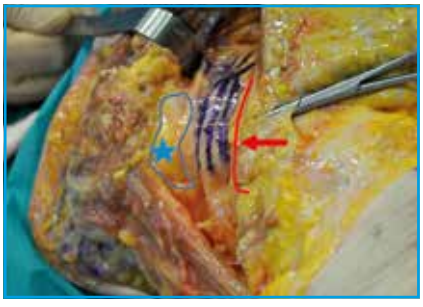

Fig. 3 : Hanche en flexion-abduction-rotation externe : espace inter-trochantéro-ischiatique rétréci.

Juridique

POINTS **FORTS**

- Complication neurologique des plasties de la face interne des cuisses.
- Bases anatomiques des paralysies sciatiques post-opératoires.
- Postures chirurgicales et installation sur table opératoire.
- Terrains à risques neurologiques de paralysies post-opératoires.
- Prévention des paralysies sciatiques postopératoires.

muscle piriforme ou au niveau de la cuisse, au-delà du pli sous-fessier, également envisagée par certains auteurs, nous a semblé moins évidente.

La prévention

La chirurgie bariatrique est justifiée par une diminution de la morbi-mortalité des patients obèses malgré des mesures diététique bien conduites (diabète, HTA, IDM, EP). Cependant, la nature même de la gastroplastie fragilise ces patients sur le plan de l'état général et augmente leurs risques de complications en cas de chirurgie réparatrice ultérieure. Il est donc essentiel de mettre en place des mesures de prévention afin de ne pas remplacer un problème de santé par un autre.

- La supplémentation en vitamines B12, thiamine, etc. est recommandée par différents auteurs, mais doit être instaurée plusieurs mois avant d'être efficace. Cela est incompatible avec le désir d'une date opératoire dans un délai rapide qu'expriment ces patients, anxieux d'améliorer leur silhouette. Lors de l'interrogatoire en consultation, on doit noter si la supplémentation a été prescrite par l'équipe de soins post-bariatriques et inciter fortement, si elle n'est pas suivie, à s'en rapprocher pour une meilleure prise en charge.

- Pendant les interventions, la protection des points d'appuis fessiers sur la table opératoire par des coussins siliconés est impérative. Il faudra également veiller au bon placement des coussins intégrés car ceux-ci peuvent présenter un décalage, et donc ne pas installer le patient au niveau d'un interstice – notamment dans le cas de patients de petite taille.

- La position opératoire doit obéir à des règles strictes : la position en grenouille ne doit pas être permanente ni même prolongée. Il est recommandé d'exposer la totalité du membre inférieur dans le champ afin de pouvoir le mobiliser de temps à autre.

Responsabilité en cas de mise en cause

L'installation avant champage relève en général de la responsabilité partagée de l'équipe chirurgien-anesthésiste. En revanche, une fois les champs opératoires disposés, la surveillance du membre au cours du geste chirurgical est exclusivement de la responsabilité du chirurgien.

Au cours des expertises étudiées, la survenue de la complication a toujours été classée comme alea thérapeutique. Les 5 cas de lifting crural avaient bénéficié d'une prise en charge par la Sécurité sociale (QZFA014). Les patients ont été indemnisés par l'intermédiaire de l'ONIAM après avis favorable de la Commission d'indemnisation.

Lorsqu'il s'agit d'une chirurgie de confort, les conseils juridiques des patients sont à même d'exciper au minimum d'un défaut d'information et de réclamer une "perte de chance" engageant la responsabilité professionnelle du praticien à 100 %.

Les préjudices évalués (DFP, aide humaine, aménagement de l'environnement de vie, etc.) sont toujours élevés, avec des conséquences matérielles majeures pour les structures d'indemnisation (assureurs médicaux et ONIAM).

Conclusion

La position en grenouille du patient lors d'une intervention chirurgicale s'avère risquée en raison d'une compression possible du nerf sciatique au niveau du défilé trochantéro-ischiatique. En cas de fragilité neuronale présumée ou patente chez les patients diabétiques, alcooliques, tabagiques ou vasculaires, ou après une chirurgie bariatrique, une paralysie postopératoire est à redouter. Il convient donc d'adopter les mesures préventives adéquates et éventuellement de mentionner ce risque de manière spécifique dans le consentement éclairé. Mais pour une intervention de confort qu'est la plastie de la face interne de cuisse, la complication neurologique ne devrait jamais arriver !

BIBLIOGRAPHIE

1. Blaine TP, Scott AS. The history of metabolic and bariatric surgery: Development of standards for patient safety and efficacy. *Metabolism*, 2018.
2. Gagner M, Steffen R, Biertho L *et al.* Laparoscopic adjustable gastric banding with duodenal switch for morbid obesity: technique and preliminary results. *Obes Surg*, 2003;13:444-449.
3. Thaisetthawatkul P, Collazo-Clavell ML, Sarr MG *et al.* A controlled study of peripheral neuropathy after bariatric surgery. *Neurology*, 2004;63:1462e70.

4. Koffman BM, Greenfield LJ, Ali II *et al.* Neurologic complications after surgery for obesity. *Muscle Nerve*, 2006;33:166-176.
5. Clark N. Neuropathy following bariatric surgery. *Semin Neurol*, 2010;30: 433-435.
6. Elias WJ, Pouratian N, Oskouian RJ *et al.* Peroneal neuropathy following successful bariatric surgery. Case report and review of the literature. *J Neurosurg*, 2006;1.
7. Winfree CJ, Kline DG. Intraoperative positioning nerve injuries. *Surg Neurol*, 2005;63:51.
8. Rawlani V, Lee MJ, Dumanian GA. Bilateral sciatic neurapraxia following combined abdominoplasty and mastopexy. *Plast Reconstr Surg*, 2010; 125:31e-32e.
9. Kiermeir D, Banic A, Rösler K *et al.* Sciatic neuropathy after body contouring surgery in massive weight loss patients. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2010;63:e454-e457.
10. Abdel-Naby R, Ablavsky M, Shteynberg A. Bilateral Sciatic Neuropathy after an Autologous Breast Reconstruction in a Massive Weight Loss Patient. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 2017; 24;5:e1204.

Remerciements au Pr. P. Baqué pour le libre-accès au Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Nice, et à Florian Alcaraz pour son assistance dévouée.

Les auteurs ont déclaré une collaboration rémunérée avec le Cabinet Branchet.

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 :

Enquête

Un essai d'optimisation de l'expérience du patient de médecine esthétique

RÉSUMÉ : Le rendez-vous et le traitement en médecine esthétique représentent pour le patient une véritable expérience. Le but de cette étude était de faire un point sur le vécu de cette expérience par les patients, et de comprendre les freins pour les personnes n'ayant jamais eu recours à cette spécialité. Les résultats de cette étude permettent de mieux comprendre les attentes des patients et d'orienter chacun de nous vers une optimisation de la communication, à tous les stades de la procédure.
Une réflexion s'ouvre également sur notre responsabilité dans les limites raisonnables des traitements, car 20 % des personnes refusant des traitements esthétiques le font par peur de ressembler à certains visages qu'elles croisent encore trop souvent.

M. MAGNANI
Chirurgien esthétique, NICE.

De nos jours, les actes esthétiques sont de plus en plus codifiés et modélisables. La partie purement technique tend à s'uniformiser vers une excellence consensuelle. Cependant, le vécu du patient peut être celui d'une expérience plus ou moins agréable, voire traumatisante.

À partir de l'analyse de deux questionnaires, l'un concernant des personnes n'ayant jamais eu recours à ce type de soins et l'autre concernant des patients de médecine esthétique, et à partir de sessions d'enregistrement vidéo de journées de consultations, cet article a pour but de mettre en lumière les idées associées par les patients aux actes de médecine esthétique et le vécu de leur expérience.

Matériel et méthodes

Un panel aléatoire de 130 personnes (116 femmes et 14 hommes) âgées de 15 à 81 ans et n'ayant jamais eu recours à des actes de médecine esthétique ont répondu à un questionnaire visant à connaître leur attitude et leurs *a priori* vis-à-vis de la médecine esthétique (***tableau I***).

151 personnes (128 femmes et 22 hommes) âgées de 17 à 84 ans et ayant déjà eu recours à des actes de médecine esthétique ont répondu à un autre questionnaire visant à explorer leur ressenti vis-à-vis de cette expérience (***tableau II***).

Les questionnaires étaient placés dans des pharmacies et des boutiques.

Résultats

La très grande majorité des répondants était de sexe féminin, reflétant la patientèle des cabinets de médecine esthétique. L'âge moyen était d'un peu moins de 50 ans pour les deux questionnaires, allant de 15 à 84 ans.

1. Personnes n'ayant jamais eu recours à la médecine esthétique

- ***Connaissance des techniques***

Le peeling et le laser sont connus par la quasi-totalité des personnes ayant répondu au questionnaire, l'acide hyaluronique est connu par la très grande majorité. La toxine botulique n'est

connue que des trois quarts des répondants, mais il est possible que cette dénomination pharmaceutique soit moins reconnue par le grand public que la dénomination commerciale. La radiofréquence est connue d'un quart de la population et la mésothérapie est connue de seulement 13 % d'entre elle.

• *Image associée à la médecine esthétique*

Pour la moitié des répondants, la médecine esthétique est associée prioritairement à l'idée de bien vieillir et/ou d'embellir. Mais environ un cinquième de la population associe la médecine esthétique au luxe et à des prix élevés, et un autre cinquième en a une mauvaise image liée à la crainte de résultats non souhaités. Seuls 1,5 % des répondants associent spontanément les actes de médecine esthétique à un faible risque ou à des gestes rapides.

Sexe	116 F	14 H
Âge	Min 15	Max 81
Âge moyen (ans)	47,03	
Q1 : Connaissez-vous les techniques suivantes (plusieurs réponses possibles) :		
	Nombre	**%**
Peeling	125	96
Toxine botulinique	96	74
Acide Hyaluronique	118	90,7
Mésothérapie	17	13
Radiofréquence	33	25,4
Laser	126	97
Q2 : Quelle idée vous faites-vous de la médecine esthétique (une seule réponse) ?		
Bien vieillir/Embellir	65	50
Rapide/Peu risqué	2	1,5
Aucune	4	3
Luxe/Cher	28	21,5
Mauvaise image (catastrophes, perdre son identité…)	26	20
Autre	5	4
Q3 : Qu'est-ce qui vous attire le plus (une seule réponse) ?		
Résultat (jeunesse, beauté…)	88	67,6
Simple, abordable	29	22,3
Rien	8	6,1
Autre	5	3,8
Q4 : Qu'est-ce qui vous déplaît le plus (une seule réponse) ?		
Résultat	39	30
Risques, complications, douleur	33	25,4
Prix, traitement à refaire…	58	44,6
Q5 : Pensez-vous un jour avoir recours à la médecine esthétique (une seule réponse) ?		
Certainement	26	20
Peut-être	51	39,2
Ne sait pas	34	26,1
Sans doute pas	3	2,3
Jamais	16	12,3

Tableau I : Personnes n'ayant jamais eu recours à la médecine esthétique (n = 130).

• *Attraction de la médecine esthétique :*

Pour 2/3 des répondants, l'attrait de la médecine esthétique réside dans le résultat et pour près d'un quart dans le coût abordable. Toutefois, 6 % de la population ne voit aucun intérêt à la médecine esthétique.

• *Freins vis-à-vis de la médecine esthétique*

Les freins vis-à-vis de la médecine esthétique sont relativement mieux répartis, entre principalement le coût et la nécessité de traitements itératifs, puis la crainte d'un résultat non satisfaisant et enfin la douleur et les risques associés.

• *Intention de recourir à la médecine esthétique*

Au total, plus de 14 % de la population interrogée est hostile à l'idée de recourir à la médecine esthétique, contre 20 % de personnes certaines d'y avoir recours un jour, une majorité des deux tiers étant constituée d'indécis.

2. Personnes ayant eu recours à la médecine esthétique

• *Accueil, contact, durée*

Globalement l'accueil et le contact avec le médecin apparaissent satisfaisants, avec moins de 1 % des répondants les jugeant moyens à très mauvais.

La durée de la consultation semble adéquate pour une majorité de patients (80 %) mais 17 % la jugent trop courte.

• *Geste et suites*

Le geste médical a été considéré comme désagréable ou très désagréable par une

Enquête

Sexe	128 F	22 H
Âge	Min 17	Max 84
Âge moyen (ans)	49,09	
Q1 : Comment avez-vous vécu l'accueil dans le cabinet ?		
	Nombre	**%**
Excellent	54	35,8
Très bien	58	38,4
Bien	35	23,2
Moyen	3	2
Mauvais	1	0,6
Très mauvais	0	0
Q2 : Comment jugez-vous le contact avec le médecin ?		
Excellent	50	33,1
Très bien	58	38,4
Bien	40	26,5
Moyen	3	0,020
Mauvais	0	0
Très mauvais	0	0
Q3 : La durée du rendez-vous vous a semblé :		
Trop longue	3	2
Normale	122	80,8
Trop courte	26	17,2
Q4 : Le geste en lui-même a-t-il été :		
Très agréable	19	12,6
Agréable	75	49,6
Normal	39	26
Désagréable	17	11,2
Très désagréable	1	0,6
Q5 : Quel souvenir avez-vous des suites du traitement ?		
Très simples	35	23,2
Simples	91	60,2
Compliquées	12	7,9
Très compliquées	5	3,3
Ne sait pas	8	5,3
Q6 : Seriez-vous prêt(e)à refaire un traitement ?		
Certainement	106	70,2
Peut-être	34	22,5
Ne sait pas	11	7,3
Jamais	0	0
Q7 : Si vous deviez qualifier cette expérience en un mot, ce serait :		
Satisfait	117	77,5
Insatisfait	34	22,5

Tableau II : Personnes ayant eu recours à la médecine esthétique (n = 151).

minorité de patients (12 % environ). Mais les suites ont été jugées comme compliquées ou très compliquées par 11 % d'entre eux.

• *Évaluation globale*

Seuls 70 % des patients seraient prêts à renouveler l'expérience avec certitude. 30 % sont hésitants, mais aucun ne rejette formellement l'idée de recommencer. Au total, un peu plus des ¾ des patients se déclarent satisfaits.

Discussion

L'expérience esthétique commence bien avant le premier contact avec le praticien ; elle se construit dans le vécu en lien avec les actes qui jalonnent son parcours avant, pendant et après la consultation. Un ensemble de souvenirs visuels, auditifs et kinesthésiques sont reliés et chargés de leur composante émotionnelle.

Les résultats de notre enquête indiquent que chez les personnes n'ayant jamais eu recours à des actes de médecine esthétique, seulement la moitié d'entre elles associe prioritairement la médecine esthétique à l'idée d'embellissement et/ou de bien vieillir. Un cinquième pense d'abord au prix élevé et un autre cinquième aux résultats inesthétiques ou aux complications et risques. À l'inverse, la rapidité des gestes et leur niveau élevé de sécurité sont méconnus. Ainsi 6 % de la population interrogée ne voient aucun intérêt à la médecine esthétique, 30 % craignent un mauvais résultat esthétique et 25 % redoutent les complications. Ces appréhensions sont largement surestimées par comparaison à la réalité des pratiques, pour lesquelles le taux de complications est très faible [1-3]. Sans doute faut-il y voir l'effet de la médiatisation très supérieure des mauvais résultats (les lèvres en bec de canard de telle ou telle actrice, le visage figé de telle ou telle autre) et des complications, alors que les patients satisfaits

sont pourtant les plus nombreux, mais aussi souvent plus discrets.

Parmi les patients ayant déjà eu recours à la médecine esthétique, l'accueil est le contact avec le médecin sont globalement jugés satisfaisants. Toutefois, 17 % jugent la consultation trop courte, 11 à 12 % considèrent le geste comme désagréable et les suites compliquées. En conséquence, seuls 70 % des patients sont avec certitude prêts à se faire retraiter et environ un quart se déclarent insatisfaits. Ces résultats sont à rapprocher de ceux d'une enquête patients réalisée en 2003 et qui a montré que plus de 30 % des patients ayant subi une intervention de chirurgie plastique considéraient l'information donnée comme insuffisante, et en particulier reprochaient au praticien un déni et un manque de suivi, résultant en un blocage de la communication décourageant le patient de subir une autre intervention [4].

Ces résultats montrent que les pratiques peuvent et doivent être améliorées, afin de rendre l'expérience de la médecine esthétique plus agréable et plus attractive pour les patients. L'optimisation de la qualité de la communication est primordiale, sachant qu'en cas de communication de mauvaise qualité, c'est le langage non verbal qui va primer.

Le patient se présente à nous avec un ensemble d'informations et de souvenirs, auxquels s'ajoutent éventuellement les messages reçus à l'accueil et dans votre salle d'attente. En début de consultation, il est intéressant de faire rapidement un état des lieux : croyances, émotions, attentes, avec bienveillance et sans jugement.

Par exemple, la peur de l'injection peut provenir pour le patient de la panique liée à une piqûre d'insecte dans l'enfance… Il sera dans un état de peur intense, à ne pas interpréter comme une attitude hystérique, mais à accueillir avec compréhension. Sont à prendre aussi en compte toutes les raisons qui l'ont conduit dans votre cabinet : bouche à oreille, tarifs, renommée, proximité… Ainsi, une confiance excessive sera à recadrer, pour éviter une possible déception du patient en attente d'un résultat irréel.

La disponibilité du thérapeute est un facteur déterminant. Les consignes post-acte, par exemple, peuvent être parfaitement énoncées, mais si le médecin était préoccupé et tendu à cause d'un problème n'ayant rien à voir avec cette consultation, il est probable que le patient ne retienne rien des consignes, voire même qu'il manifeste de l'inquiétude vis-à-vis des suites. Cela ne doit pas générer le moindre agacement de notre part : le patient n'a retenu que le non-verbal, c'est-à-dire notre tension nerveuse traduite dans nos gestes, le ton et le rythme de notre voix, et le discours verbal sera ainsi occulté.

On pourrait faire un parallèle entre l'acte esthétique et l'accompagnement dans un voyage aérien. Le patient n'a pas de contrôle sur la situation, il peut s'en trouver inquiet ou désemparé. L'équipage a une double mission : accomplir les gestes protocolaires, les *check-list* et savoir intervenir en cas de problème, mais aussi savoir cadrer, rassurer, être disponible et rendre le voyage agréable. Idéalement, donner envie de refaire un voyage avec la même compagnie !

POINTS **FORTS**

- L'information sur les différentes techniques esthétiques est bonne.
- 1/3 des patients hésite à refaire un traitement après la première fois.
- 17 % des patients jugent la consultation trop courte.
- 1/4 des patients sans expérience ont une mauvaise image de la spécialité.
- 22,5 % des patients ne sont pas satisfaits des suites des traitements.
- Une meilleure communication permettrait de fidéliser sa clientèle et de convertir les personnes hésitantes.

Les bases de la communication

Les techniques sont faciles à acquérir en peu de temps et deviendront vite une seconde nature. Contrairement aux idées reçues, bien écouter fera gagner un temps précieux et permettra d'établir le lien de confiance avec le patient. Dans l'analyse des procédures juridiques intentées contre un praticien, le sentiment de n'avoir pas été écouté ou celui d'avoir été abandonné en cas de problème reviennent très souvent.

Le déroulement de la consultation se basera donc sur les points suivants :
– écoute active (de la demande, des attentes, des craintes, des expériences passées éventuelles…) ;
– questions ouvertes, laissant le loisir au patient de s'exprimer complètement ;
– reformulation permettant de vérifier que l'on a bien compris ce que veut dire le patient ;
– accusé de réception indiquant que l'on prend en compte ce qui a été dit.

Cette première phase peut prendre moins de 10 minutes et constitue un pacte, véritable accord entre les deux parties.

Si la demande de la personne doit être traitée d'une façon indirecte, par exemple améliorer un ovale en utilisant des points à distance, il faut expliquer

Enquête

Exemple de première partie de consultation

La patiente est assise, calée au fond de son siège, bras croisés, parle doucement et semble hésitante. Le praticien adopte sans singer la même position, le même rythme de parole, peut même se synchroniser sur la respiration, et doucement va prendre le leadership et conduire la personne à s'ouvrir, ce qui va se traduire par plus d'assurance dans la parole et dans le langage corporel : la patiente s'avance dans son siège en desserrant les bras…

On prend 5 minutes pour solliciter la demande de la patiente par une question cadrée mais ouverte : "Pourriez-vous en deux ou trois phrases me dire ce que vous voudriez changer chez vous et quel résultat vous satisferait" ?

Puis on écoute vraiment sa réponse, sans projeter notre vision de professionnel. Ces éléments sont fondamentaux pour la suite du contrat.

Une fois le projet de la patiente exposé, le reformuler avec les mots de la patiente, sans déformer ni "spécialiser" les termes.

Terminer par une demande d'accusé réception : "Est-ce bien votre demande et le résultat que vous souhaitez obtenir ?"

simplement la procédure et la genèse du vieillissement sans dire que la demande du patient n'est pas la bonne, et surtout ne pas faire un traitement qui peut sembler à première vue ne pas correspondre à l'attente du patient sans l'en avoir informé avant et sans avoir obtenu son approbation.

Il faut se souvenir que les 10 premières secondes sont primordiales ! Tout doit être mis en œuvre pour être présent et accueillant dans ce tout premier contact. Cela passe par le regard, les premiers mots, notre posture, notre disponibilité et notre bienveillance. Il faut également penser à tout ce qui est reçu par le patient comme des messages indirects : tenue vestimentaire, décoration, éclairage…

L'optimisation de l'opérateur

Il est toujours possible d'améliorer le geste technique de façon à ce qu'il ne soit pas un obstacle à la communication de qualité établie préalablement avec le patient. Par exemple, optimiser l'espace et le matériel pour rester concentré et serein, utiliser des techniques comme la vision périphérique pour globaliser notre regard sur un visage, apprendre à entrer dans un état de calme intérieur, pour avoir des gestes doux et permettre au patient de se détendre aussi.

Le discours doit être adapté, en parlant à la première personne, en utilisant les bases de conversation hypnotique basée sur la psychologie cognitive et sociale, la PNL, les pratiques narratives et rhétoriques pour focaliser l'attention du patient sur une expérience positive et l'amener à se projeter dans le futur. Par exemple auprès d'un patient craignant un mauvais résultat de l'acte esthétique, on utilisera des métaphores rassurantes et faisant appel à des notions simples, concrètes, reconnues, telles que "*un acte d'esthétique médicale est comme une recette, si l'on utilise les bons produits, les bonnes doses, le bon ustensile et le bon timing, on obtient toujours un bon résultat*". Il est possible à ce niveau d'ancrer en soi et de projeter l'image optimale de nous que nous souhaitons véhiculer au moment du geste technique.

Conclusion

Tous les praticiens en médecine esthétique vont être de plus en plus soumis aux évaluations sur des sites internet, comme le sont les hôtels, restaurants, ou agences de voyage. Or, l'évaluation d'un médecin par ses patients prend en compte autant la qualité du résultat obtenu que l'attitude du thérapeute telle qu'elle est perçue.

Si les qualités artistiques nécessaires à ce métier sont personnelles et peuvent être développées chez les médecins pratiquant des gestes esthétiques, il est aussi possible de devenir plus performant en communication, de façon à rendre l'expérience agréable, voire très agréable pour le patient par tout ce qui entoure le geste technique : disponibilité, état mental interne, durée de la consultation et du geste. Ces éléments sont en mesure de faire la différence de façon nette, dans l'intérêt du patient, qui n'hésitera pas à revenir et à évoquer son expérience de façon convaincante pour l'entourage, et aussi dans l'intérêt du praticien, qui améliorera sa communication dans d'autres domaines de sa vie, et apprendra à vivre sa pratique en pleine conscience.

POUR EN SAVOIR PLUS

- N. Junod, J. Sommer. Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation.
- https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/approches_bon_deroulement_consultation.pdf

BIBLIOGRAPHIE

1. De Boulle K, Heydenrych I. Patient factors influencing dermal filler complications: prevention, assessment, and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol,* 2015;8:205-214.
2. Chiang YZ, Pierone G, Al-Niaimi F. Dermal fillers: pathophysiology, prevention and treatment of complications. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2017;31:405-413.
3. Urdiales-Gálvez F, Delgado NE, Figueiredo V *et al.* Treatment of Soft Tissue Filler Complications: Expert Consensus Recommendations. *Aesthetic Plast Surg*, 2018;42:498-510.
4. Perrogon F. Aesthetic surgery, patient's opinion. Quantitative and qualitative analysis of the aesthetic surgery results of 481 survey responders and 50 records of "dissatisfied" patients. *Ann Chir Plast Esthet*, 2003;48:307-312.

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

Reconstruction

Mise à plat et couverture des pertes de substances axillaires par double lambeau libre type DIEP dans le cadre de l'hydrosadénite suppurative chronique : à propos d'un cas

RÉSUMÉ : Cet article fait la description d'une mise à plat radicale d'hidrosadénite suppurative chronique (HSC) axillaire bilatérale avec couverture immédiate par double lambeau libre type thin DIEP. Il s'agissait d'un patient de 39 ans présentant une HSC de localisation axillaire bilatérale Hurley 3. Les arguments en faveur d'une couverture en un temps étaient basés sur la demande du patient, l'examen clinique et l'angioscanner. La couverture par un lambeau libre abdominal type thin DIEP a été retenue. L'intervention a été un succès. La satisfaction du patient sur le plan fonctionnel et esthétique est importante à trois mois. La couverture en un temps des HSC axillaires par lambeau libre est une chirurgie difficile et dont les indications sont réservées à des patients rigoureusement sélectionnés.

H. CHATEL, B. HERSANT, S. LA PADULA, J.-P. MENINGAUD
Service de Chirurgie plastique et reconstructive
Hôpital Henri Mondor, CRETEIL.

L'hidrosadénite suppurative chronique (HSC) ou maladie de Verneuil affecte les régions axillaires, sous mammaires et génito-périnéales. Elle se caractérise par la présence récurrente de nodules douloureux, abcès, fistules et cicatrices pouvant altérer de façon considérable la qualité de vie des patients [1]. La maladie touche la femme de façon prédominante, volontiers en région axillaire et semble être liée au tabagisme et à l'obésité [2]. Le traitement chirurgical des stades Hurley 3 est la mise à plat des tissus pathologiques. La perte de substance est ensuite souvent laissée en cicatrisation dirigée à l'aide d'un système VAC [3] et greffée secondairement [4]. Selon Soldin *et al.*, la couverture en un temps par lambeaux est très efficace dans le cadre des HSC axillaire [5]. Des techniques ont été décrites avec des lambeaux perforants [6-8], lambeaux en ilôts [9], lambeaux thoraciques [10], lambeaux parascapulaires [11] mais aucun travail ou case report ne fait mention de lambeaux libres dans cette région pourtant riche en possibilités de branchements microchirurgicaux. Nous présentons le cas d'une mise à plat radicale d'HSC axillaire bilatérale avec couverture immédiate par double lambeau libre type *thin DIEP* (DIEP sous fascial) chez un homme de 39 ans.

Case report

Il s'agissait d'un patient de 39 ans présentant une HSC de localisation axillaire bilatérale de stade Hurley 3. Le patient pesait 100 kg pour 1,80 m (IMC à 31) sans tabagisme actif associé. Les argu-

Reconstruction

ments en faveur d'une couverture dans le même temps chirurgical que la mise à plat étaient : la taille importante prévisible de la perte de substance qui dépassait largement la zone pileuse axillaire, l'âge jeune, l'activité professionnelle manuelle (maçon) et la motivation du patient. Le patient présentait à l'examen clinique une importante laxité abdominale, et un angioscanner demandé révélait la présence de perforantes de bon calibre des deux côtés en abdominal en médial. La décision de couverture par un lambeau libre abdominal type thin DIEP a donc été proposée au patient.

1. Procédure chirurgicale

Le geste chirurgical a été réalisé en double équipe par des chirurgiens expérimentés (chirurgien ayant une fréquence opératoire d'un lambeau libre par semaine depuis plus de deux ans). L'équipe 1 a pratiqué la mise à plat des lésions et la préparation des vaisseaux thoraco-dorsaux pendant que l'équipe 2 levait un premier lambeau. L'équipe 1 a ensuite levé le second lambeau pendant que l'équipe 2 réalisait les anastomoses microchirurgicales. Enfin, l'équipe 1 a fermé la zone donneuse du lambeau pendant que l'équipe 2 réalisait les anastomoses du second côté. Les lambeaux on été branchés sur les vaisseaux thoraco-dorsaux des 2 cotés en termino-terminal. Du fait du drainage veineux superficiel prédominant *in situ* des deux lambeaux, ce qui est fréquent chez le sujet de sexe masculin, une anastomose sur la veine épigastrique superficielle a été réalisée. Le modelage des lambeaux a inclus une exérèse de toute la zone en dessous du *fascia superficialis* (*thin DIEP*) pour en réduire l'épaisseur ainsi qu'une résection à la demande pour couvrir les pertes de substances. L'intervention a duré 600 minutes entre l'incision et la fermeture cutanée.

2. Période postopératoire

Le patient a eu un *monitoring* de 12 heures en salle de soins post-interventionnelle avant d'être ramené dans le service. L'intervention a été un succès, aucune complication n'a eu lieu en postopératoire.

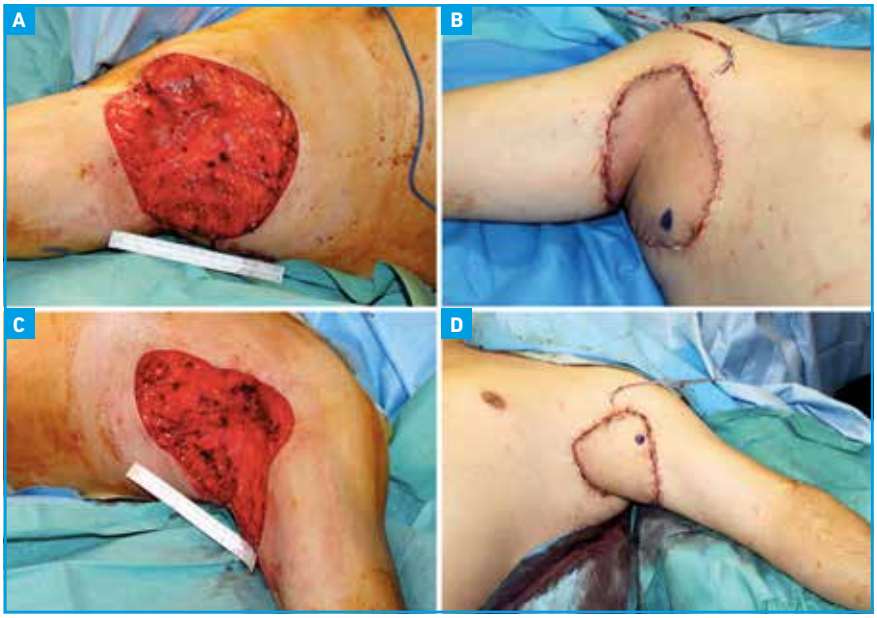

Fig. 1 : Mise à plat de l'unité pileuse axillaire droite (**A**) et gauche (**C**) puis couverture immédiate par double lambeau libre type thin DIEP (**B** et **D**).

Le retrait des drains a été fait au cinquième jour d'hospitalisation et la sortie a eu lieu à une semaine de l'intervention.

La qualité de la couverture était excellente avec des pertes de substance bilatérales totalement couvertes sans nécrose, ni désunion. La satisfaction du patient aussi bien sur le plan fonctionnel qu'esthétique était importante à trois mois (***fig. 1***), cotée à 9 sur une échelle VAS.

Discussion

La chirurgie des lambeaux libres est une chirurgie difficile nécessitant une équipe entraînée [12].

Nous pensons que la couverture en un temps des HSC axillaires est une option envisageable chez certains patients sélectionnés et dont les pertes de substances importantes exposent des structures vasculaires ou nerveuses ou laissent présager une longue convalescence.

Nos équipes ont cependant rencontré plusieurs difficultés. Tout d'abord les indications sont limitées puisque l'intervention nécessite un excès cutané abdominal, une absence de localisation génito-crurale et pubienne de la maladie ainsi que la présence de perforantes des deux côtés en région abdominale sur l'angioscanner.

La seconde difficulté est d'ordre technique. La zone axillaire est le siège dans le cadre de la maladie de remaniements fibreux rendant la préparation des vaisseaux plus difficile que d'ordinaire. Il s'agit également d'une région anatomique ou l'exposition des vaisseaux en vue d'un branchement microchirurgical n'est pas toujours aisée.

L'indication d'un tel geste doit être nuancée, puisqu'il s'agit d'une intervention longue, techniquement difficile et enfin que la localisation pubienne d'une partie du lambeau pourrait être le siège d'une récidive de la maladie. Cependant, nous pensons au regard des résultats

de ce premier cas qu'il peut s'agir chez certains patients motivés d'une option envisageable. La couverture en un temps a déjà montré sa supériorité par rapport à la cicatrisation dirigée [13] et les rançons cicatricielles du lambeau de DIEP semblent plus acceptables que pour certains autres lambeaux.

Conclusion

La couverture en un temps des HSC axillaires par lambeau libre est une chirurgie techniquement difficile mais possible pour des équipes expérimentées. Les indications sont restreintes et réservées aux patients motivés, ayant des impératifs fonctionnels comme les sportifs ou les travailleurs manuels, et souhaitant éviter une longue convalescence.

BIBLIOGRAPHIE

1. Zouboulis CC, Del Marmol V, Mrowietz U *et al.* Hidradenitis Suppurativa/Acne Inversa: Criteria for Diagnosis, Severity Assessment, Classification and Disease Evaluation. *Dermatol Basel Switz*, 2015;231:184-190.
2. Schrader AMR, Deckers IE, van der Zee HH *et al.* Hidradenitis suppurativa: a retrospective study of 846 Dutch patients to identify factors associated with disease severity. *J Am Acad Dermatol*, 2014;71:460-467.
3. Chen YE, Gerstle T, Verma K *et al.* Management of hidradenitis suppurativa wounds with an internal vacuum-assisted closure device. *Plast Reconstr Surg*, 2014;133:370-377.
4. Humphries LS, Kueberuwa E, Beederman M *et al.* Wide excision and healing by secondary intent for the surgical treatment of hidradenitis suppurativa: A single-center experience. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*, 2016.
5. Soldin MG, Tulley P, Kaplan H *et al.* Chronic axillary hidradenitis - the efficacy of wide excision and flap coverage. *British Journal of Plastic Surgery*, 2000;434-436.
6. Alharbi M, Perignon D, Assaf N *et al.* Application of the inner arm perforator flap in the management of axillary hidradenitis suppurativa. *Ann Chir Plast Esthét*, 2014;59:29-34.
7. Hallock GG. Island thoracodorsal artery perforator-based V-Y advancement flap after radical excision of axillary hidradenitis: reply. *Ann Plast Surg*, 2015;74:134-135.
8. Egemen O, Özkaya Ö, Bingöl D *et al.* Islanded perforator flaps in the reconstruction of hidradenitis suppurativa defects. *J Reconstr Microsurg*, 2013;29:297-302.
9. Schmidt M, Dunst-Huemer KM, Lazzeri D *et al.* The versatility of the islanded posterior arm flap for regional reconstruction around the axilla. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*, 2015;68:953-959.
10. Teo W-L, Ong Y-S, Tan B-K. Radical surgical excision and use of lateral thoracic flap for intractable axillary hidradenitis suppurativa. *Arch Plast Surg*, 2012;39:663-666.
11. Tercedor-Sánchez J, Ródenas-López JM, Ramón-Faba P *et al.* Parascapular perforating flap to treat severe axillary hidradenitis suppurativa. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 2015 ;106:669-671.
12. Bauer F, Koerdt S, Hölzle F *et al.* Eight free flaps in 24 hours: a training concept for postgraduate teaching of how to raise microvascular free flaps. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2016;54:35-39.
13. Wormald JCR, Balzano A, Clibbon JJ *et al.* Surgical treatment of severe hidradenitis suppurativa of the axilla: thoracodorsal artery perforator (TDAP) flap *versus* split skin graft. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*, 2014;67:1118-1124.

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

Esthétique

Les kystes éruptifs à duvet en chirurgie plastique

RÉSUMÉ : La maladie des kystes à duvet entraîne l'apparition sporadique de kystes intradermiques chez de jeunes patients, même si des formes familiales et congénitales sont possibles.
Les sites touchés sont surtout le thorax et les membres supérieurs, mais des formes généralisées sont décrites. Ces kystes sont habituellement asymptomatiques.
Comme les traitements ne font pas consensus, la prise en charge reste difficile. De plus, compte tenu de la gêne essentiellement esthétique, l'indication de méthodes invasives est discutable. Des méthodes moins invasives, rapides et bien tolérées ont donc été proposées pour faire le diagnostic histologique et pouvoir proposer un traitement.
La technique de ponctuation puis évacuation du kyste par pression répond ainsi parfaitement à ces deux objectifs. Cependant, en cas de confirmation histologique, la prudence thérapeutique voire l'abstention sont conseillées.

C. LAZĂR
Praticien Hospitalier – Chirurgie Plastique
CHIMM (Centre Hospitalier Intercommunal)
MEULAN-LES MUREAUX).

Article présenté sous forme de communication orale lors de la 38e conférence annuelle de l'ASAPS, en octobre 2015, à Sydney (Lazăr CC. *Eruptive vellus hair cyst*).

Pathologie initialement décrite en 1977 [1], la maladie des kystes à duvet reste, avec moins de 200 cas décrits, une pathologie méconnue probablement sous-diagnostiquée (acné, folliculite, kystes épidermoïdes ou sébacés étant ses principaux diagnostics différentiels). Même si sa prévalence réelle reste inconnue, les études [2, 3] tendent à montrer qu'elle n'est pas aussi rare que le peu de publications à son sujet pourraient laisser penser. Affection bénigne sans prédominance de sexe ou de race, elle se traduit par l'apparition récurrente de kystes intradermiques asymptomatiques évoluant habituellement sous la forme de poussées sporadiques, le plus souvent sur des enfants entre 4 et 18 ans (pic entre 17 et 24 ans). Des associations sont possibles avec d'autres dermatoses, dont la pachyonychie congénitale [4, 5], la dysplasie ectodermique [6, 7] et, surtout, la stéatocystomatose multiple [8-11] qui, pour certains auteurs, ne serait qu'une variante clinique de l'anomalie à l'origine des kystes à duvet en raison de la grande proximité clinique des 2 entités. L'association avec d'autres maladies systémiques est possible [12, 13].

Bien que la maladie soit l'objet, dans la littérature internationale, de publications de dermatologie essentiellement, le chirurgien plasticien peut probablement et sans le savoir être amené à prendre en charge ces lésions kystiques en raison de demandes esthétiques exprimées par le patient et/ou le dermatologue en cas de lésions centimétriques mimant les kystes sébacés.

Or il n'existe pas de traitement curatif à cette pathologie et les traitements symptomatiques médicaux ou chirurgicaux ne sont en rien nécessaires car les résultats sont souvent jugés insatisfaisants. Pire, les gestes invasifs peuvent aggraver dans certains cas l'aspect esthétique.

Le but de cet article est de sensibiliser les jeunes chirurgiens plasticiens à cette pathologie, afin qu'ils sachent la suspecter et surtout s'abstenir de tout

geste invasif non indispensable en cas de confirmation diagnostique, au risque d'aboutir à l'insatisfaction du patient voire à une plainte.

Description

Les kystes éruptifs à duvet sont des formations bénignes situées dans le derme, où ils se forment à partir de l'*infundibulum* des follicules lanugineux du tronc. Touchant le plus souvent les jeunes patients entre 4 à 18 ans (pic entre 17 et 24 ans), sans prédilection de sexe ou de race, ils se situent essentiellement au niveau de la zone thoracique antérieure, des épaules et des membres supérieurs (***fig. 1***). Les formes congénitales sont possibles. Des atteintes cervico-faciales (***fig. 2***), dorsales, axillaires, abdominales, fessières, génitales ainsi que des formes généralisées ont été décrites [14-23]. Une régression spontanée des kystes peut être observée dans 25 % des cas.

Avec un nombre qui varie de moins d'une dizaine à plusieurs centaines, ces kystes forment des papules en dôme d'aspect lisse (parfois ombiliquées ou hyper-kératosiques), dont la couleur peut être chair, jaune, marron, rosée, hyperpigmentée voire bleue (***fig. 2***).

Fig. 1 : Atteinte caractéristique diffuse prédominant sur le thorax et les épaules.

Fig. 2 : Atteinte diffuse du visage, avec aspect lésionnel bleuté.

Fig. 3 : Chéloïdes post-exérèse-suture (**flèches**).

Généralement sans retentissement clinique hormis un éventuel prurit, voire de rares formes inflammatoires, ces kystes entraînent surtout des troubles esthétiques lorsqu'ils sont gros, amenant le patient à consulter en vue d'une ablation chirurgicale. Mais cela l'expose paradoxalement à un mauvais résultat esthétique en cas de cicatrisation de type chéloïde (***fig. 3***)

1. Macroscopie

Habituellement de taille millimétrique (de 1 à 4 mm), ces kystes peuvent mesurer jusqu'à 1 cm. Fragiles, ils présentent une membrane fine et transparente (***fig. 4A***), avec un contenu onctueux inodore de couleur jaune canari (***fig. 4B et 4C***) pouvant parfois inclure des poils (***fig. 5***). Leur aspect est cependant plus fréquemment gris ardoise sur les peux foncées ou noires (***fig. 6***).

2. Histologie

C'est elle qui fait le diagnostic de kyste à duvet, en confirmant la structure kystique du derme développée aux dépens de l'*infundibulum* d'un follicule pileux.

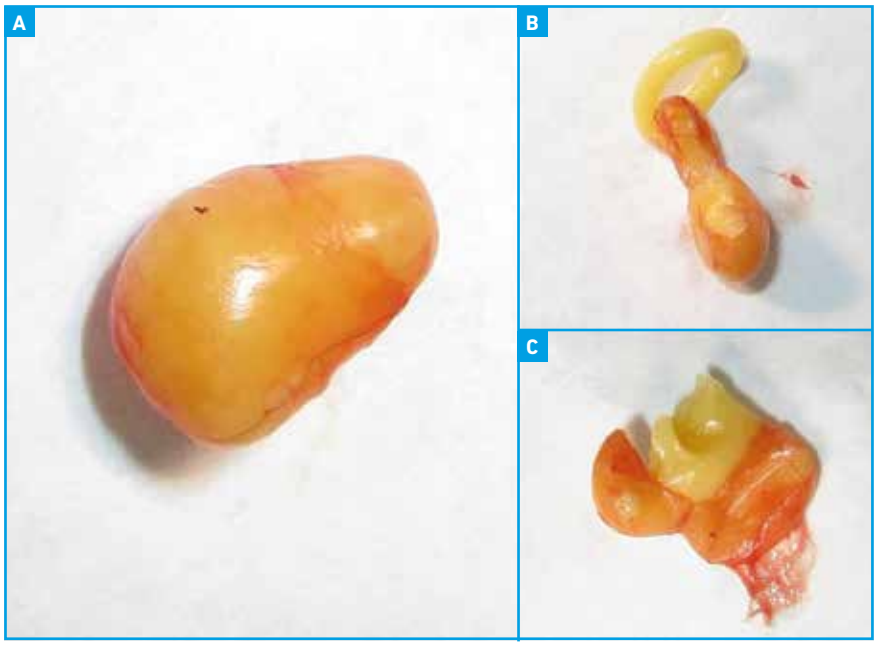

Fig. 4 : Aspect macroscopique. **A :** membrane fine et transparente. **B et C :** contenu onctueux jaune canari.

Esthétique

Fig. 5 : Aspect macroscopique avec inclusion de poils.

Fig. 6 : Variante macroscopique avec aspect gris ardoise chez les patients à peaux noires.

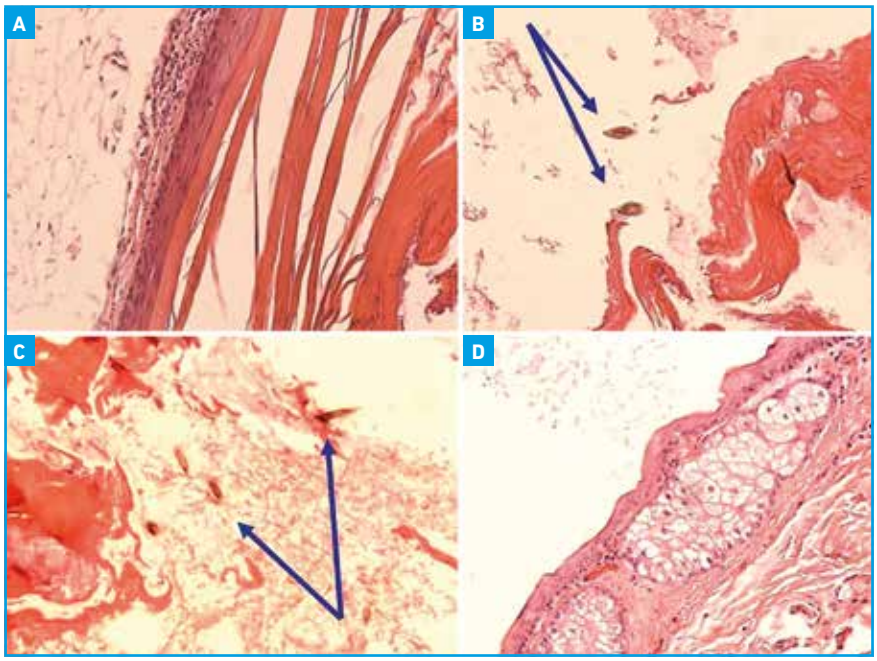

Fig. 7 : Caractéristiques histologiques d'un kyste à duvet. **A :** épithélium malpighien kératinisant. **B :** strates de matériel kératinocytaire et sections pileuses (**flèches**). **D :** glandes sébacées.

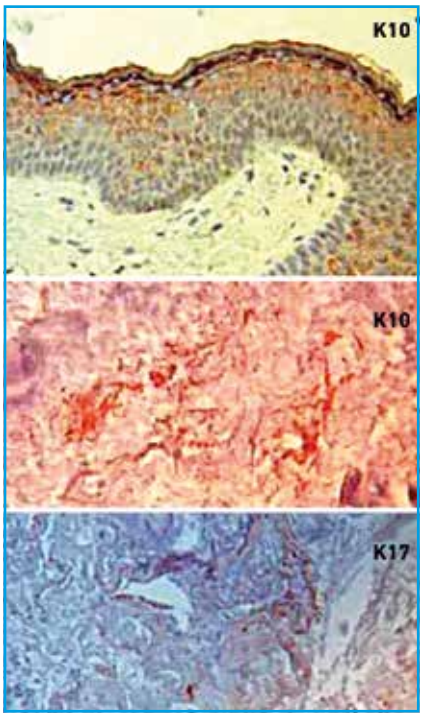

Fig. 8 : Expression des cytokératines K10 et K17 au sein des kystes en immuno-histochimie.

Les kystes sont bordés d'un épithélium malpighien kératinisant (***fig. 7A***) et contiennent des strates de matériel kératinocytaire ainsi que des sections pileuses (***fig. 7B et 7C***), mais très rarement des glandes sébacées (***fig. 7D***) [24].

3. Immuno-histochimie

Les auteurs retrouvent habituellement l'expression de la cytokératine K17 au sein de ces kystes, mais l'expression des K10, K14 et K19 est également possible (***fig. 8***) [25-27].

4. Génétique

La maladie a été décrite sous forme familiale, y compris chez des jumelles, et sous forme congénitale [28-32]. Sa transmission serait de type autosomique dominant [11, 33].

Discussion

La prise en charge de cette pathologie reste difficile et les solutions thérapeutiques décrites dans la littérature sont variées mais ne font pas consensus, souvent tentées par les différents auteurs en fonction de la sévérité de l'atteinte.

Les traitements médicaux locaux comportent le laser (CO_2 ou Erb:YAG) [34], la dermabrasion [35], les topiques rétinoïdes [36, 37] et les crèmes kératolytiques à base d'acide lactique [38, 39], d'acide salicylique ou d'urée. Les traitements médicaux systémiques comportent essentiellement l'isotrétinoïne [40], le calcipotriène [41] et la vitamine A.

Les traitements interventionnels comportent le curetage-cautérisation [42], le punch-biopsie, l'incision-drainage et l'exérèse complète.

L'efficacité et les indications des différentes thérapeutiques médicales et/ou chirurgicales varient selon les auteurs [24, 34-44]. Leur intérêt est cependant discutable puisqu'il s'agit de traitements symptomatiques sans incidence sur la survenue de nouvelles lésions et dont le résultat est souvent jugé insatisfaisant. De plus, les récidives sont fréquentes et les kystes à duvet sont spontanément résolutifs dans un quart des cas. Le problème est d'autant plus compliqué que la gêne initiale des patients est essentiellement d'ordre esthétique. En effet, les gestes invasifs comme le laser, le curetage, la dermabrasion, la biopsie ou l'exérèse-suture peuvent être douloureux et exposent de fait le patient à des séquelles cicatricielles multiples voire à de mauvaises cicatrisations de type chéloïde dont le traitement (corticoïdes, gel de silicone, chirurgie) est loin d'avoir des résultats parfaits. Cela peut être source de mécontentement voire aboutir à une demande d'indemnisation qui n'est pas si rare dans notre spécialité tant médiatisée et soumise aux risques judiciaires [45-47]. Des méthodes moins invasives rapides et bien tolérées ont donc été proposées (***vidéo***), elles permettent à moindre risque de faire à la fois le diagnostic histologique des lésions et de les traiter si l'indication est posée [48-51] avec un très faible taux de récurrence.

Retrouvez la vidéo relative à cet article :

– à partir du flash code* suivant

– en suivant le lien :

https://www.realites-chirplastique.com/kystesduvet

** 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.*

Conclusion

Le chirurgien plasticien doit évoquer une maladie de kystes à duvet devant une polykystose infracentimétrique superficielle ou une acné résistant aux traitements dermatologiques. Avant de répondre à une demande du patient d'exérèses-sutures parfois multiples de telles lésions, le diagnostic histologique de cette maladie devrait être recherché. La technique de choix permettant aussi bien de traiter le kyste que d'obtenir le matériel histologique nécessaire avec un minimum de rançon cicatricielle est alors la ponctuation kystique (laser, aiguille, pointe bistouri, instrument de cautérisation) puis l'évacuation de son contenu par pression.

En cas de confirmation, le patient doit être renseigné sur l'évolution et l'absence de traitement curatif de cette pathologie, en lui proposant l'abstention chirurgicale. S'il persiste dans sa demande opératoire, les techniques peu invasives comme celles qui sont citées ci-dessus doivent être privilégiées. Enfin, en cas de formes sévères, atypiques et/ou généralisées, une prise en charge médicale spécialisée devra être proposée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Esterly NB, Fretzin DF, Pinkus H. Eruptive vellus hair cysts. *Arch Dermatol*, 1977;113:500-503.
2. Torchia D, Vega J, Schachner LA. Eruptive Vellus Hair Cysts: A Systematic Review. *American Journal of Clinical Dermatology*, 2012;13:19.
3. Espinoza Hernández CJ, Fonte Ávalos V. Eruptive vellus hair cysts: prevalence and clinical features. *Gac Med Mex*, 2013;149:406-408.
4. Moon SE, Lee YS, Youn JI. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multiplex in a patient with pachyonychia congenita. *J Am Acad Dermatol*, 1994;30:275-276.
5. Lee HT, Chang SH, Yoon TY. Eruptive vellus hair cyst in a patient with pachyonychia congenita. *J Dermatol*, 1999;26:402-404.
6. Köse O, Taştan HB, Deveci S *et al.* Anhidrotic ectodermal dysplasia with eruptive vellus hair cysts. *Int J Dermatol*, 2001;40:401-402.
7. Romiti R, Festa Neto C. Eruptive vellus hair cysts in a patient with ectodermal dysplasia. *J Am Acad Dermatol*, 1997;36:261-262.
8. Hurlimann AF, Panizzon RG, Burg G. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multiplex: hybrid cysts. *Dermatology*, 1996;192:64-66.
9. Jerasutus S, Suvanprakorn P, Sombatworapat W. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multiplex. *J Am Acad Dermatol*, 1989;20:292-293.
10. Patrizi A, Neri I, Guerrini V *et al.* Persistent milia, steatocystoma multiplex and eruptive vellus hair cysts: variable expression of multiple pilosebaceous cysts within an affected family. *Dermatology*, 1998;196:392-396.
11. Roberts CM, Birnie AJ, Kaye P *et al.* Papules on the trunk. Eruptive vellus hair cysts. Clin Exp Dermatol, 2010;35:e74-75. doi:10.1111/j.1365-2230.2009.03494.x.
12. Kwon KS, Lee HT, Jang HS *et al.* A case of generalized eruptive vellus hair cysts. *J Dermatol*, 1997;24:556-557.
13. Park JH, Her Y, Chun BM *et al.* A case of eruptive vellus hair cysts that developed on the labium major. *Ann Dermatol*, 2009;21:294-296. doi:10.5021/ad.2009.21.3.294.
14. Oiso N, Matsuda H, Kawada A. Eruptive vellus hair cysts of the labia majora: detection of openings of the cysts to the epidermis by dermoscopy. *Eur J Dermatol*, 2013;23:417-418. doi:10.1684/ejd.2013.2036.
15. Soares T, Warschaw K, Hansen R. Eruptive vellus hair cysts with granulomatous inflammation in an unusual location. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Volume 56, Issue 2, AB157, P2414.
16. Yanik ME, Aliagaoglu C, Güvenç SC *et al.* Eruptive vellus hair cysts occurring on the ears. *J Dermatol*, 2009;36:360-361. doi:10.1111/j.1346-8138.2009.00654.x.

Esthétique

17. Aloi F, Tomasini C. Eruptive vellus hair cysts: a facial variant. *G Ital Dermatol Venereol*, 1990;125:515-518.
18. Chan KH, Tang WY, Lam WY *et al.* Eruptive vellus hair cysts presenting as bluish-grey facial discoloration masquering as naevus of Ota. *Br J Dermatol*, 2007;157:188-189.
19. Khatu S, Vasani R, Amin S. Eruptive vellus hair cyst presenting as asymptomatic follicular papules on extremities. *Indian Dermatol Online J*, 2013;4:213-215. doi:10.4103/2229-5178.115521.
20. Bhushan P, Singh A. Facial variant of eruptive vellus hair cyst. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2014;80:96. doi:10.4103/0378-6323.125513.
21. Urbina Gonzalez F, del Carmen Cristóbal Gil M, Aguilar Martínez A *et al.* Eruptive vellus hair cyst with singular histologic finding. *Arch Dermatol*, 1987;123:299-301.
22. Ginguené P. Kystes éruptifs à duvet : autour d'un cas original. Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en médecine. Présentée et soutenue publiquement le 2 novembre 2011. (archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/368190ba-bacb-4c8e-875c-7ee8095ec222).
23. Tomková H, Fujimoto W, Arata J. Expression of keratins (K10 and K17) in steatocystoma multiplex, eruptive vellus hair cysts, and epidermoid and trichilemmal cysts. *Am J Dermatopathol*, 1997;19:250-253.
24. Shi G, Zhou Y, Cai YX *et al.* Clinicopathological features and expression of four keratins (K10, K14, K17 and K19) in six cases of eruptive vellus hair cysts. *Clin Exp Dermatol*, 2014;39:496-499. doi:10.1111/ced.12337. Epub, 2014 Apr 28.
25. Pauline G, Alain H, Jean-Jaques R *et al.* Eruptive vellus hair cysts: an original case occurring in twins. *Int J Dermatol*, 2015;54:e209-12. doi:10.1111/ijd.12307. Epub, 2014 Jul 11.
26. Rodgers SA, Kitagawa K, Selim MA *et al.* Familial eruptive vellus hair cysts. *Pediatr Dermatol*, 2012;29:367-369. doi:10.1111/j.1525-1470.2011.01411.x. Epub, 2011 Dec 9.
27. Mayron R, Grimwood RE. Familial occurrence of eruptive vellus hair cysts. *Pediatr Dermatol*, 1988;5:94-96.
28. Piepkorn MW, Clark L, Lombardi DL. A kindred with congenital vellus hair cysts. *J Am Acad Dermatol*, 1981;5:661-665.
29. Benoldi D, Allegra F. Congenital eruptive vellus hair cysts. *Int J Dermatol*, 1989;28:340-341.
30. Morgan MB, Kouseff BG, Silver A *et al.* Eruptive vellus hair cysts and neurologic abnormalities: two related conditions? *Cutis*, 1991;47:413-415.
31. Fernández-Torres R, Del Pozo J, Castiñeiras I *et al.* Treatment of multiple eruptive vellus hair cysts with carbon dioxide laser vaporization and manual lateral pressure. *Clin Exp Dermatol*, 2009;34:e716-718. doi:10.1111/j.1365-2230.2009.03443.x. Epub, 2009 Jul 29.
32. Reep MD, Robson KJ. Eruptive vellus hair cysts presenting as multiple periorbital papules in a 13-year-old boy. *Pediatric Dermatology*, 2002;19:26-27.
33. Fisher DA. Retinoic acid in the treatment of eruptive vellus hair cysts. *J Am Acad Dermatol*, 1981;5:221.
34. Held JL, Andrew JE, Toback AC. Eruptive vellus hair cysts. *Cutis*, 1987;40:259-260.
35. Tran B, Lee A, Curtis A *et al.* Eruptive vellus hair cysts treated with lactic acid: case report and review of the literature. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Vol. 62, Issue 3, AB27, P1106.
36. Urbina-González F, Aguilar-Martínez A, Cristóbal-Gil MC *et al.* The treatment of eruptive vellus hair cysts with isotretinoin. *Br J Dermatol*, 1987;116:465-466.
37. Erkek E, Kurtipek GS, Duman D *et al.* Eruptive vellus hair cysts: report of a pediatric case with partial response to calcipotriene therapy. *Cutis*, 2009;84:295-298.
38. Sárdy M, Kárpáti S. Needle evacuation of eruptive vellus hair cysts. *Br J Dermatol*, 1999;141:594-595.
39. Bergfeld WF. Letter to the editor. *J Am Acad Dermatol*, 1981;5:221.
40. Watson A. Eruptive vellus hair cysts. *Int J Dermatol*, 1982;21:273-274.
41. Saks K, Levitt JO. Tazarotene 0.1 percent cream fares better than erbium:YAG laser or incision and drainage in a patient with eruptive vellus hair cysts. *Dermatol Online J*, 2006;12:7.
42. Coras B, Hohenleutner U, Landthaler M *et al.* Early recurrence of eruptive vellus hair cysts after Er:YAG laser therapy: case report and review of the literature. *Dermatol Surg*, 2005;31:1741-1744.
43. Kaya TI, Tataroglu C, Tursen U *et al.* Eruptive vellus hair cysts: an effective extraction technique for treatment and diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2006;20:264-268.
44. Hong SD, Frieden IJ. Diagnosing eruptive vellus hair cysts. *Pediatr Dermatol*, 2001;18:258-259.
45. Karadag AS, Cakir E, Pelitli A. Eruptive vellus hair cysts: An alternative diagnosing method. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2009;75:537-538.

L'auteur remercie le Dr Pauline Ginguené (dermatologue à Pornic) pour les ***figures 2*** et ***8*** ainsi que le Dr Gaëlle Lamoureux (praticien hospitalier – anatomopathologiste – CHIMM) pour la ***figure 7***.

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

Silhouette

Où en sommes-nous avec la lipolyse médicale cervicale ?

RÉSUMÉ : L'excès graisseux cervical est une affection fréquente, gênante pour le patient qui est insuffisamment prise en charge de façon isolée et dont les traitements actuels sont d'efficacité relative. Un nouveau traitement cytolytique, le Belkyra® du laboratoire Allergan, sera bientôt à notre disposition et permettra de traiter de façon efficace, reproductible et sans danger cette affection.
Ce traitement s'effectue au cabinet par injection sous-cutanée dans le compartiment graisseux sous-mentonnier selon un protocole établi et codifié. 4 séances espacées de 1 mois sont nécessaires pour un résultat optimal.

N. GEORGIEU
Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique, BAYONNE.

L'excès graisseux sous-mentonnier, que l'on qualifie parfois de "double menton", est une affection esthétique faciale souvent évoquée, mais insuffisamment traitée. Ce double menton donne souvent au visage un aspect plus âgé, plus lourd et peu dynamique et il est souvent associé à un impact psychologique négatif.

Les causes les plus fréquentes sont le vieillissement, la génétique ou la prise de poids.

Cette graisse peut être résistante à un régime alimentaire ou à l'exercice physique [1].

Selon une enquête de l'ASDS [2], 68 % des patients qui sont gênés par une partie de leur visage, le sont au niveau de la graisse sous-mentonnière. La gêne causée par un double menton est sous-estimée et insuffisamment prise en charge, elle ne représente que 4,1 % des lipoaspirations réalisées chaque mois par les chirurgiens plasticiens [2]. Il existe donc une gêne chez les patients qui n'est peut-être pas suffisamment prise en compte.

Historique des traitements adipolytiques

Les deux principales molécules utilisées étaient la phosphatidylcholine (PC) et le désoxycholate (DC) [2, 3]. Le premier médicament utilisé à visée cytolytique est le Lipostabil® qui contient de la phosphatidylcholine (PC). La PC est un glycérolphospholipide d'origine naturelle qui émulsifie les graisses alimentaires pour faciliter la digestion. C'est un constituant naturel de la membrane cellulaire [4].

Le Lipostabil® doit être solubilisé avant injection ; cette procédure est souvent réalisée en ajoutant du DC, un sel biliaire [4]. Ces traitements ont donc été utilisés sans vrai protocole ni études et surtout sans AMM pour diminuer les lipoméries sous cutanées par injection *in situ*. Les résultats existaient mais avec de nombreuses complications telles que fonte graisseuse non contrôlée, irrégularités cutanées, résultats non reproductibles, atteintes nerveuses sensitives…

De récentes analyses *in vivo* corroborent la conclusion selon laquelle la PC/DC

Silhouette

semble faire double emploi en matière de lipolyse [2].

Rotunda *et al.* [2] ont découvert que l'association PC/DC affectait négativement le métabolisme des adipocytes par :
– perte de la viabilité cellulaire ;
– rupture de la membrane cellulaire ;
– désorganisation de l'architecture du tissu adipeux.

Il y a donc eu des mises en gardes internationales contre l'association PC/DC.

En 2003, le Lipostabil® a été interdit par l'Agence Nationale de la Santé brésilienne pour manque de preuves scientifiques [6]. En 2005, la *Medical Protection Society*, organisation proposant aux médecins britanniques des conseils et une protection juridiques prenant en charge les frais de justice et les préjudices, a cessé de proposer une assurance couvrant les mauvaises pratiques d'utilisation du Lipostabil®, de la lipodissolution, de la lipolyse par injection ("Flabjab" ou "Fat-Away") ou d'autres produits similaires contenant de la phosphatidylcholine comme principe actif en raison de problèmes de sécurité [7]. En 2007, l'*American Society of Plastic Surgeons* a publié une mise en garde contre l'utilisation des injections de PC préparées en pharmacie spécialisée dans les médicaments de médication officinale [8]. L'EMA (*European Medicines Agency*) déclare que l'utilisation non conforme au mode d'emploi est souvent associée aux médicaments de médication officinale préparés par les médecins et les pharmaciens dans le but d'adapter les doses de produit à une indication spécifique pour laquelle il a été prescrit. La promotion d'une utilisation non conforme au mode d'emploi par les organismes de santé contourne, et par là même compromet, le processus d'homologation réglementaire strict mis en place pour garantir la sécurité du patient et limiter les erreurs médicales [9].

Rotunda *et al.* ont été les premiers à suggérer que l'acide désoxycholique (DC) était le composé et le principe actif. L'acide désoxycholique est un acide biliaire secondaire, sous-produit du métabolisme des bactéries du microbiote intestinal humain.

Dans l'organisme, il participe, comme les autres acides biliaires, à l'émulsification des graisses afin de faciliter leur absorption par les intestins. Il peut être utilisé pour dissoudre les calculs biliaires. Il est utilisé en laboratoire comme détergent doux pour isoler les protéines membranaires. Son sel de sodium, le désoxycholate de sodium, est utilisé comme détergent pour lyser les cellules et solubiliser leurs constituants membranaires.

Le DC pur s'est avéré aussi efficace que l'association PC/DC sous forme de médicament pour générer une adipocytolyse [3-6].

Par conséquent, le concept actuel de traitement n'est plus l'hypothétique émulsification des graisses mais la lésion membranaire directe avec effets destructeurs du DC sur les adipocytes = **effets adipocytolytiques** [2, 3].

Le Kybella® /Belkyra® (acide désoxycholique) des laboratoires Allergan (*fig. 1*)

C'est cette nouvelle molécule qui sera bientôt à notre disposition pour un traitement codifié de la graisse sous mentale. Ce traitement est autorisé par les autorités sanitaires depuis avril 2015 aux États-Unis, novembre 2015 au Canada, septembre 2016 en Australie, 12 Pays de l'Est : décembre 2016, 2017 en Espagne, en Italie et en Belgique. En France, nous sommes toujours en attente de l'AMM.

Fig. 1.

Pour la future AMM, le Belkyra® est indiqué chez l'adulte dans le traitement d'une convexité ou d'une rondeur modérée à sévère liée à la présence de graisse sous-mentonnière, lorsque la présence de graisse sous-mentonnière entraine un retentissement psychologique chez le patient.

Le mécanisme d'action

L'acide désoxycholique est un acide biliaire secondaire. Il agit essentiellement comme tensioactif dans l'intestin, facilitant l'absorption des lipides [10]. Dans l'organisme, le mécanisme de dissolution de la graisse fait par adipocytolyse, ce qui correspond à atteinte de l'intégrité de la membrane plasmatique, ce qui entraîne la mort cellulaire. Le Belkyra® agit donc comme un médicament cytolytique qui détruit physiquement la membrane cellulaire, qui entraîne de ce fait une dégradation ou lyse cellulaire définitive et une stimulation de la réponse tissulaire locale.

Le résultat est une réduction durable du nombre d'adipocytes (***fig. 2***) [11].

Les études cliniques [11-13]

Deux grandes études multicentriques menées en Europe, États-Unis et Canada sur environs 1 000 patients. Les principaux critères d'inclusion sont des hommes et femmes, 18 à 65 ans avec un poids corporel stable et un IMC ≤ 30 kg/m^2 (Europe) ou 40 kg/m^2 (Amérique du Nord). Aucune intervention préalable

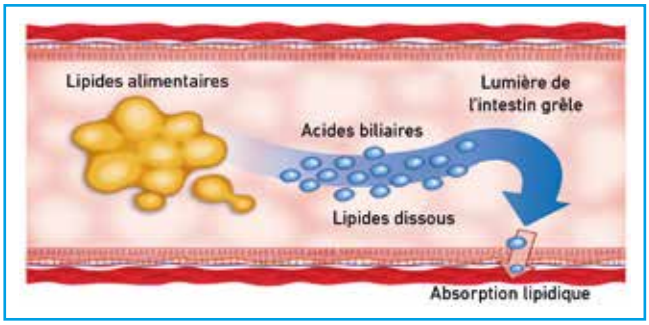

Fig. 2.

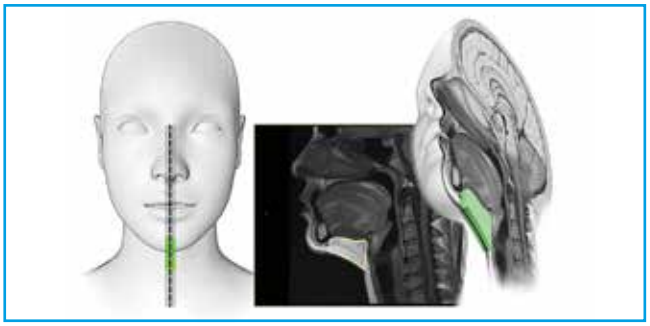

Fig. 4.

visant la graisse sous-mentonnière. Aucun relâchement excessif de la peau. Aucune autre cause d'hypertrophie ou de rondeur de la région sous le menton, en dehors de la GSM

3 échelles d'évaluation communes :

- **CR-SMFRS :** *Clinician-Reported Submental Fat Rating Scale* (échelle d'évaluation de la graisse sous-mentonnière par les médecins) ;
- **PR-SMFRS :** *Patient-Reported Submental Fat Rating Scale* (échelle d'évaluation de la graisse sous-mentonnière par les patients) ;
- **PR-SMFIS :** *Patient-Reported Submental Fat Impact Scale* (échelle d'évaluation de l'impact de la graisse sous-mentonnière par les patients).

Les critères d'inclusion des patients étaient les convexités sous mentonnières de stades 2 et 3 (***fig. 3***).

Une autre évaluation par mesure du compartiment graisseux par IRM a été effectué en Amérique du nord pour corroborer les résultats. L'IRM a été effectuée à l'inclusion et 12 semaines après le traitement, à l'aide d'une seule coupe de 10 mm dans le plan sagittal médian (***fig. 4***).

Les résultats

Les évaluations des médecins et des patients étaient significativement congruentes et différentes par rapport au placebo. Le taux de répondeur est situé entre 78 et 80 % 12 semaines après le premier traitement quels que soient les critères d'évaluation (***fig. 5 et 6***).

Exemples de résultats cliniques avec photos selon les études citées en référence (***fig. 7 à 10***). On peut donc apprécier sur les photos de très bons résultats aussi bien sur la diminution du compartiment graisseux (***fig. 11***) que sur la rétention cutanée.

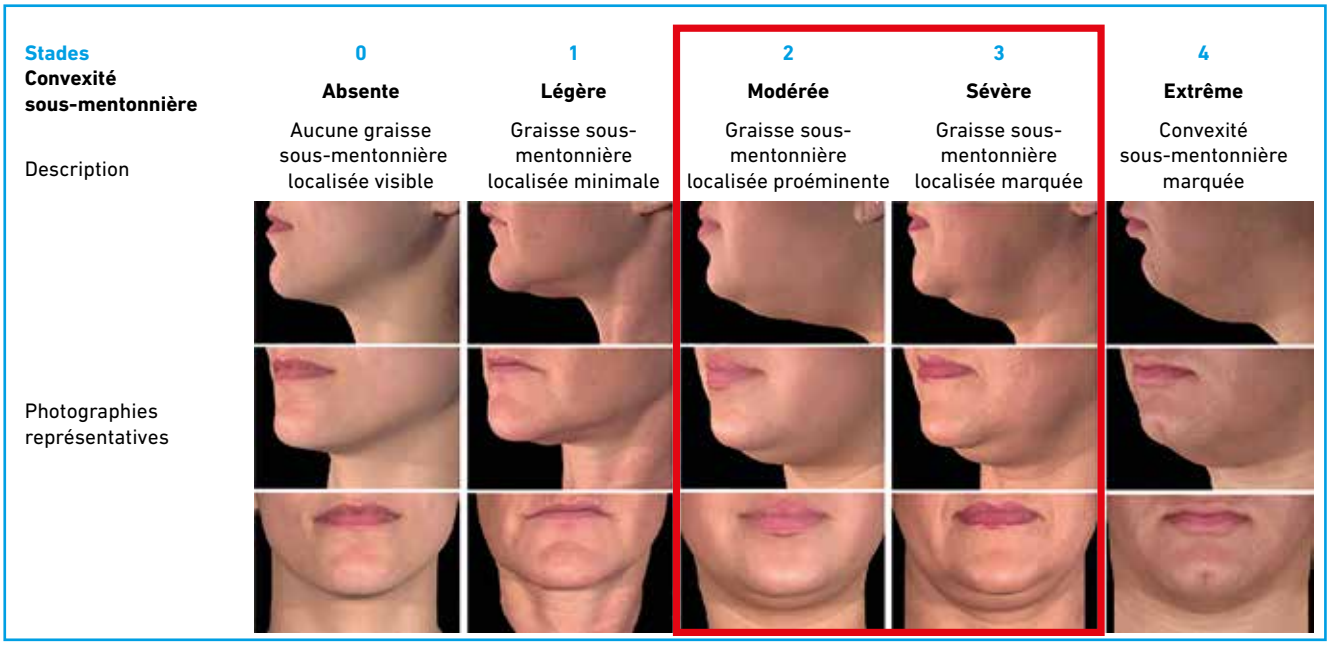

Fig. 3 : CR-SMFRS.

Silhouette

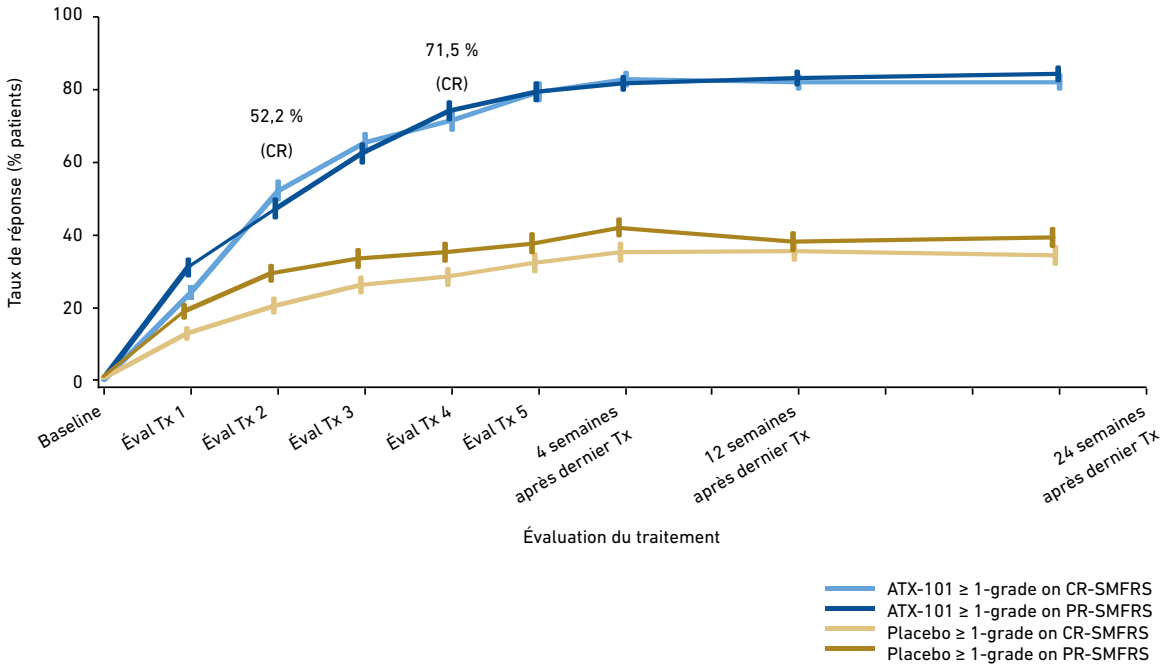

Fig. 5 : Taux de répondeurs aux échelles CR- et PR-SMFRS : la plupart des sujets sous ATX-101 ont présenté une amélioration ≥ 1 grade en 2 à 4 traitements.

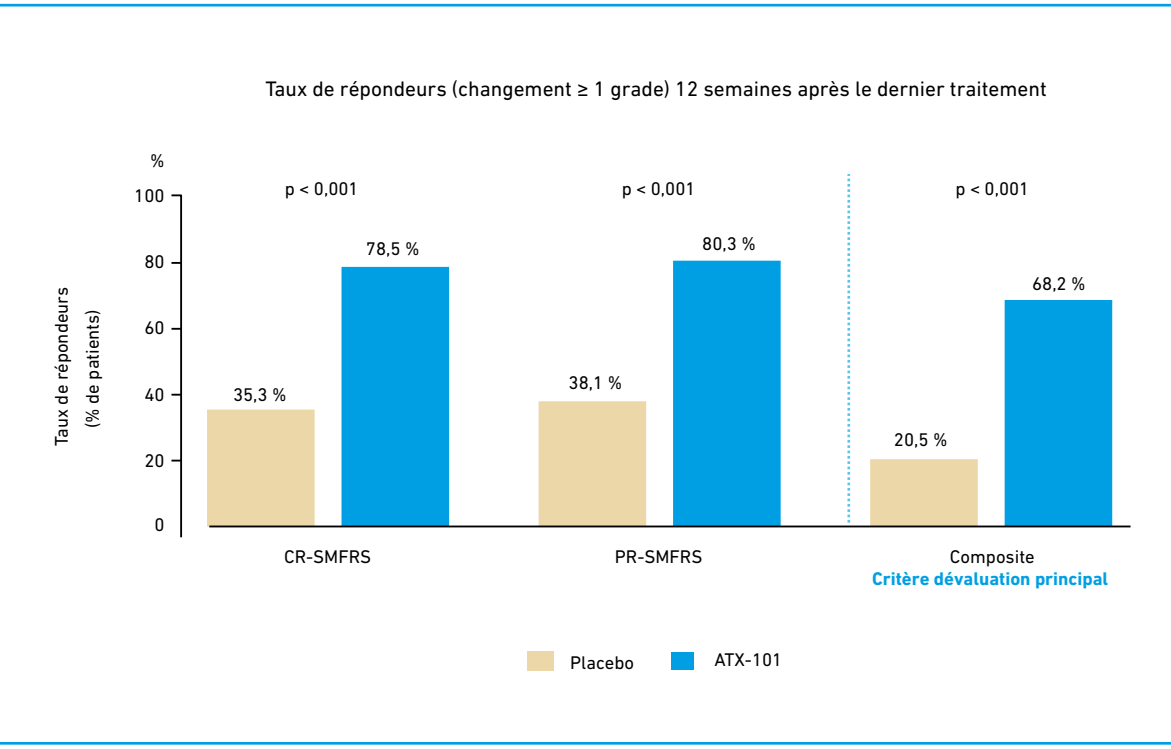

Fig. 6 : REFINE 1 et 2. Réponse statistiquement significative d'après les critères d'évaluation des médecins, des patients et composites.

Fig. 7 : Amélioration de 2 grades d'après l'évaluation du médecin et du patient (composite). 6 séances de traitement.

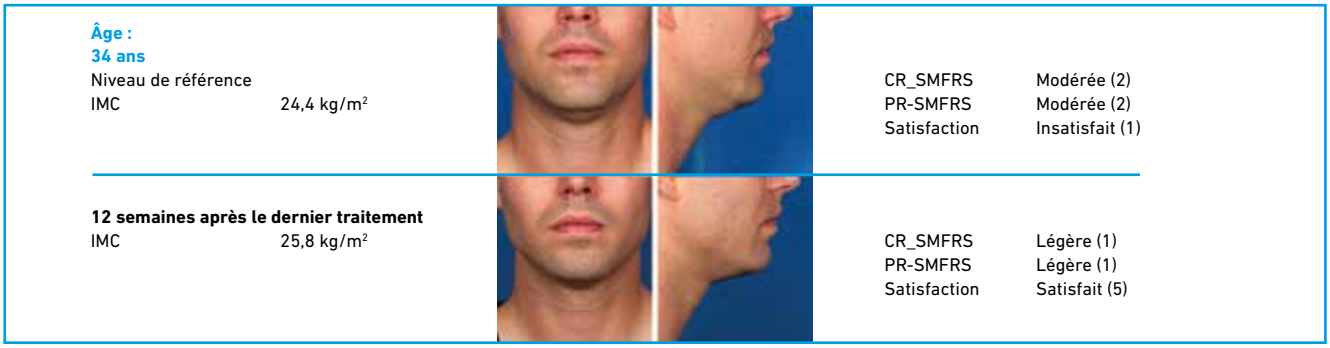

Fig. 8 : Amélioration de 1 grade d'après l'évaluation du médecin et du patient (composite). 5 séances de traitement.

Fig. 9 : Exemple de répondeur avec résultat composite ≥ 2 grades. 6 séances de traitement.

Fig. 10 : Exemple de répondeur avec résultat composite ≥ 1 grade. 5 séances de traitement.

Silhouette

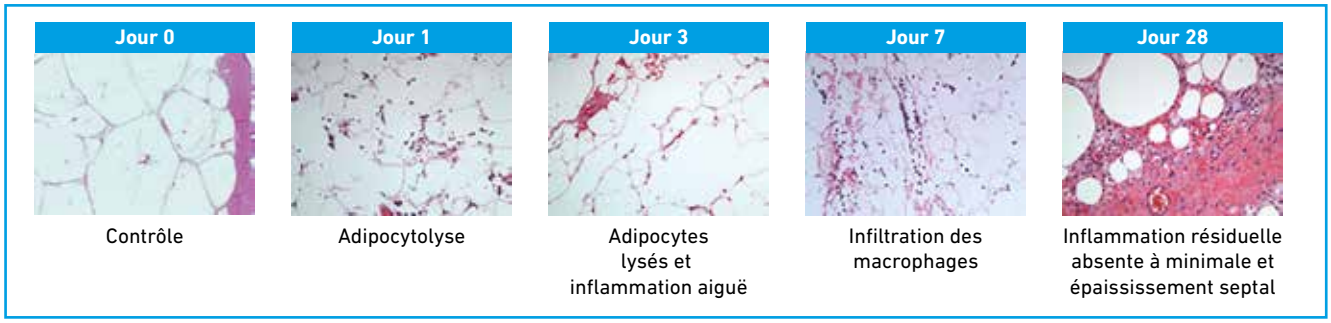

Fig. 11. D'après [11].

Effets secondaires

Ce sont essentiellement des douleurs, des ecchymoses, un engourdissement et un œdème de la zone injectée, ces effets secondaires diminuent lors des injections suivantes. L'engourdissement et l'induration sont les plus longues à disparaître et peuvent durer jusqu'à un mois (***tableau I***).

Anatomie cervicale et sous mentonnière

Il est important de bien connaître la région anatomique avec ses repères osseux, cartilagineux, les compartiments graisseux pré et rétroplatysmal ainsi que les trajets nerveux de la branche mandibulaire du nerf facial (***fig. 12, 13 et 14***).

Technique d'injection

L'injection se fait dans le compartiment graisseux sous mentonnier pré-platysmal, donc entre le derme et le muscle platysma (***fig. 12***). Faire attention à ne pas léser la branche mandibulaire du nerf facial par effet cytolytique, donc bien rester en superficie pour l'injec-

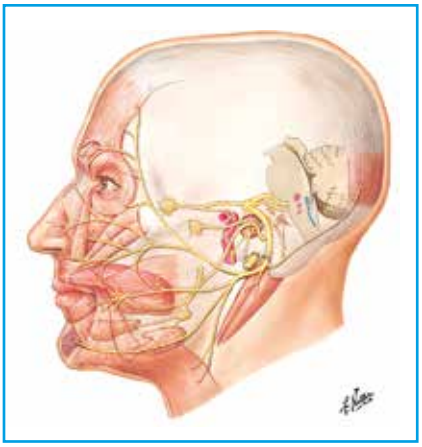

Fig. 14.

	Études en Europe (16/17)			Études aux États-Unis (22/23)	
Événement indésirable	Placebo (n = 236)	ATX-101 1 mg/cm^2 (n = 237)	ATX-101 2 mg/cm^2 (n = 243)	Placebo (n = 504)	ATX-101 2 mg/cm^2 (n = 515)
Douleur	27,5 %	82,7 %	84,0 %	31,3 %	69,5 %
Ecchymose	42,4 %	55,3 %	50,2 %	70,0 %	71,5 %
Engourdissement	19,5 %	49,8 %	48,6 %	15,7 %	33,2 %
Œdème	7,2 %	14,3 %	15,6 %	29,2 %	60,4 %

Tableau I: Effets secondaires.

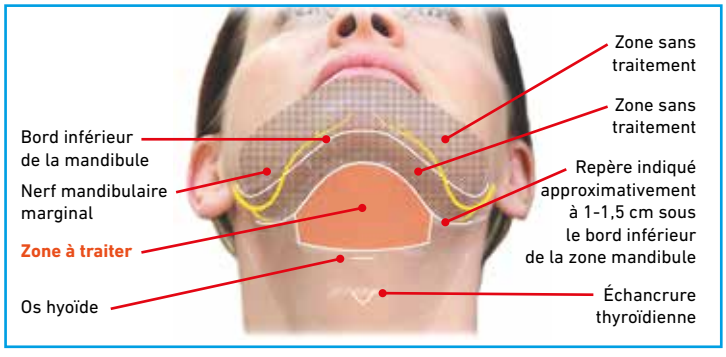

Fig. 12.

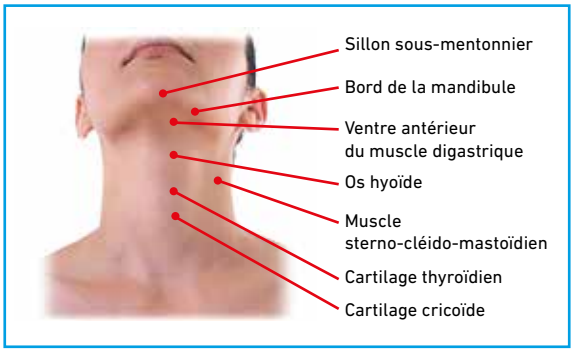

Fig. 13.

Fig. 15.

tion et ne pas injecter en rétropatysmal ni trop latéral.

Le repérage de la zone à traiter s'effectue à l'aide d'un calque fourni par le laboratoire, ce calque est apposé sur la zone à traiter avec les points à injecter [14] (***fig. 15***).

L'injection est faite en sous cutanée, la quantité de produit injecté est de 0,2 mL par point d'injection séparé de 1 cm avec d'une aiguille de 30G. La dose moyenne est de 4 à 6 mL de produit injecté par traitement (l'équivalent de 2 à 3 flacons). Il faut en moyenne 2 à 4 traitements à 1 mois d'intervalle en allant jusqu'à 6 traitements maximum. La durée du traitement est de 15 à 20 minutes au cabinet. Le prix moyen de la séance est de 400 € à 500 €.

Conclusion

Il s'agit d'une solution thérapeutique supplémentaire qui va permettre de traiter efficacement, de façon reproductible et sans danger, les excès graisseux cervicaux et sous mentonniers. Cette technique pourra éventuellement être utilisée en association à d'autres techniques non invasives telles que les ultrasons ou la radiofréquence pour potentialiser le résultat. Des études futures seront menées sur l'efficacité du produit par rapport à la rétention cutanée qui est observée dans les études.

POINTS **FORTS**

- Excès graisseux sous mental et cervical.
- Gêne importante et fréquente dans la population.
- Nouveau traitement adipocytolytique : Belkyra®.
- Injection dans la graisse sous mentonnière dans le compartiment préplatysmal.
- Se pratique au cabinet en 15 à 20 minutes en 4 injections à intervalle de 4 semaines.
- Technique sécurisée.

Prochainement, nous espérons de futures AMM sur d'autres localisations pour étendre des indications.

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquête 2014 de l'ASDS 2. Huettner F *et al.* Neck rejuvenation--anatomy and clinical correlation. *Facial Plast Surg*, 2012;28:40-51.
2. Rotunda AM. Injectable treatments for adipose tissue: terminology, mechanism, and tissue interaction. *Lasers Surg Med*, 2009;41:714-720.
3. Rotunda A *et al.* Detergent effects of sodium deoxycholate are a major feature of an injectable phosphatidylcholine formulation used for localized fat dissolution. *Dermatol Surg*, 2004;30:1001-1008.
4. Matarasso A *et al.* Mesotherapy and injection lipolysis. *Clin Plastic Surg*, 2009;36:181-192.
5. Yagima O *et al.* Action of sodium deoxycholate on subcutaneous human tissue: local and systemic effects. *Dermatol Surg*, 2007;33:178-88l .
6. Al Faresi F *et al. Expert Rev Dermatol*, 2011;6:157-162.
7. http://www.medicalprotection.org/docs/default-source/pdfs/practice-xtra-pdfs/1229a-uk- information-for-applicants-2015_web.pdf?sfvrsn=2 [Consulté en avril 2016]
8. Surgery.org. http://www.surgery.org/media/news-releases/american-society-for-aesthetic-plasticsurgery-warns-patients-to-steer-clear-of-injection-fat-loss-treatment
9. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Overview_of_comments/2015/11/ WC500196988.
10. Chiang JY. Bile acids: regulation of synthesis. *J Lipid Res*, 2009;50:1955-1966.
11. Walker P *et al.* présenté au congrès de l'ASDS 2013.
12. McDiarmid J *et al.* Results from a pooled analysis of two European, randomized, placebo-controlled, phase 3 studies of ATX-101 for the pharmacologic reduction of excess submental fat. *Aesth Plast Surg*, 2014;38:849-860.
13. Aschera B, Fellmannb J, Monheitc G. ATX-101 (deoxycholic acid injection) for reduction of submental fat. *Expert review of clinical pharmacology*, 2016;9:1131-1143.
14. Rzany B *et al.* Reduction of unwanted submental fat with ATX-101 (deoxycholic acid), an adipocytolytic injectable treatment: results from a phase III, randomized, placebo-controlled study. *British Journal of Dermatology*, 2014;170:445-453.
15. Belkyra™ Product Monograph Including Patient Medication Information. Kythera Biopharmaceuticals, Inc. 2015. BELKYRA™ is a trademark of Kythera Biopharmaceuticals, Inc., an Allergan affiliate, used under license by Actavis Specialty Pharmaceuticals Co.

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

POUR LA CICATRISATION DES PLAIES[1]

- INFECTÉES
- EXSUDATIVES
- CAVITAIRES
- HÉMORRAGIQUES

UNE GAMME **BIO-ACTIVE** À L'EFFICACITÉ PROUVÉE[2,3]

1. Indications extraites de la notice ALGOSTÉRIL.
2. Étude KSC-ALG-M-94.03.01.
3. Étude PA-ALG-C-94002-94.03.01.

ALGOSTÉRIL et COALGAN sont destinés à l'hémostase et à la cicatrisation. Remboursement LPP sous nom de marque avec un prix limite de vente, respectivement pour les indications : Plaies chroniques en phase de détersion, plaies très exsudatives et traitement des plaies hémorragiques ; Épistaxis et autres saignements cutanés et muqueux chez les patients présentant des troubles de l'hémostase congénitaux ou acquis. ALGOSTÉRIL mèche ronde est non remboursée. ALGOSTÉRIL et COALGAN sont des dispositifs médicaux, classes III et IIb, CE 0459. Toujours lire les notices avant utilisation.

ALGOSTÉRIL et COALGAN sont développés et fabriqués en France par BROTHIER.

Siège social : 41 rue de Neuilly, 92000 Nanterre.

ALGOSTÉRIL et COALGAN sont distribués par ALLOGA France. Tél : 02 41 33 73 33.

Algostéril® Coalgan®

SERVICE CLIENTS

info@brothier.com

0 800 355 153 Service & appel gratuits

MTP18ALG09A – Avril 2018 – ALGOSTÉRIL® et COALGAN®, marques déposées de BROTHIER.
Document destiné exclusivement aux professionnels de santé.