



Les défauts usuels après lifting

Correction de la déformation en banane sous le sillon sous-fessier

Complications en chirurgie plastique post-bariatrique

Malposition et complications des prothèses mammaires

Retouches après une lipoaspiration

Revue de presse : LAGC-AIM (suite)



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 B. Hersant, Dr J. Niddam

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

M. Anglade, 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: 2^e trimestre 2019

Sommaire

Mai 2019

n° 31



ÉDITORIAL

3 V. Mitz

FACE

4 Les défauts usuels après lifting
V. Mitz

ESTHÉTIQUE

12 Correction de la déformation
en banane par résection cutanée en
parallélogramme et conservation
dermique du sillon sous-fessier
R. Selinger

SILHOUETTE

18 Complications en chirurgie plastique
post-bariatrique: après perte de
poids réellement massive, c'est du
lourd!
D. Maladry

SEINS

26 Malposition et complications
des prothèses mammaires
V. Mitz

SILHOUETTE

35 Les retouches après une
lipoaspiration
P. Knipper

CONCLUSION

38 V. Mitz

REVUE DE PRESSE

39 Lymphome anaplasique
à grandes cellules associé
aux implants mammaires (suite)
R. Abs

Un bulletin d'abonnement est en page 43.
Image de couverture: W. Noël.

Éditorial



V. MITZ
Chirurgien plasticien et esthétique, PARIS.

Ce numéro spécial est consacré à certains défauts observables en matière de chirurgie esthétique et plastique, concernant essentiellement l'esthétique corporelle.

Nous avons déjà consacré un numéro de ACRE aux retouches chirurgicales après une chirurgie esthétique. Mais, après plusieurs années, il nous a semblé nécessaire de revenir sur ce sujet car l'insatisfaction du patient peut conduire à des conflits virulents avec le chirurgien allant jusqu'au procès, mais aussi plus simplement, mais toujours aussi douloureusement, constituer un poids lourd moral que porte en lui le chirurgien : devant l'insatisfaction d'un patient récriminateur, parfois à juste raison, notre conscience souffre et nous taraude.

Un des points les plus essentiels de notre activité de groupe en tant que chirurgiens esthétiques de l'école de Raymond Vilain, soucieux de son staff matinal sacré de tous les matins, est d'avoir aussi organisé un staff mensuel entre collègues indépendants, adultes et non complices, où nous pouvons revoir les patients à problème, les récriminants furieux comme les déçus revanchards, ou les timides moins passifs que déprimés !

Ce staff a lieu dans une clinique privée, ce qui nous permet d'examiner librement et gracieusement le patient insatisfait, de le laisser longuement parler, exprimer ses doléances et son histoire parfois complexe, déroutante, puis de discuter devant lui de son cas en proposant des solutions adaptées. Libre à son chirurgien ensuite de pratiquer ou non l'intervention recommandée par le groupe, après confrontation des solutions existantes et de leur impact à tous égards, y compris financier. Dans les mois qui suivent, le chirurgien nous rapporte quelle opération il a effectué et comment le patient a réagi.

Ce souci d'une écoute maximale en postopératoire et d'une réintervention adaptée provient d'un concept simple : seul un patient satisfait permettra, par le bouche-à-oreille, d'amplifier notre patientèle et ainsi de contribuer à une amélioration constante de notre activité, aussi bien sur le plan du nombre de patients opérés que de la qualité des gestes opératoires pratiqués.

Face

Les défauts usuels après lifting

RÉSUMÉ : Il n'y a pas un mais des liftings ! Chacun de ces gestes opératoires comporte des dessins particuliers en fonction de chaque auteur spécifique et peut déclencher des complications, des insuffisances ou des excès postopératoires, et leur combinaison peut encore davantage accentuer ce qui peut apparaître au patient comme une complication dont il n'aurait pas été informé.

La recherche d'une faute commise par le chirurgien est à la base des récriminations que les patients insatisfaits vont produire. De ce fait, l'étude des complications, incidents et désagréments postopératoires après un lifting est d'une grande importance. L'information donnée au patient a du mal à être exhaustive, tant les tableaux des incidents postopératoires sont variables et plus ou moins dramatisés. Diminuer les aléas postopératoires a conduit à imaginer la technique du microlift biplan, publié dans un numéro précédent de *Réalités en Chirurgie Plastique*.



V. MITZ
Chirurgien plasticien et esthétique,
PARIS.

Il n'y a pas un mais des liftings ! Chacun de ces gestes opératoires comporte des dessins particuliers en fonction de chaque auteur spécifique, des décollements sous-cutanés plus ou moins poussés, un geste sur le Smas (système musculoaponévrotique superficiel) plus ou moins développé, un geste éventuel sur les muscles peauciers ou sur l'os hyoïde ou sur les boules de Bichat, un dégraissage aux ciseaux ou par liposuction, des lipofillings volumateurs différents d'un opérateur à l'autre. Ces gestes peuvent déclencher des complications, des insuffisances ou des excès postopératoires, et leur combinaison peut davantage accentuer ce qui peut apparaître au patient comme une complication dont il n'aurait pas été informé, à ses dires, ce qui est actuellement le point le plus négatif en matière de contrat de bonne santé entre patient et chirurgien.

C'est pourquoi il est apparu plus agréable de traiter cet article, non pas comme une énumération énervante (et qui ne sera jamais complète) de toutes les complications observables après un lifting, mais plutôt de diviser ces complications en plusieurs thèmes dont le discriminatif est : **la faute à qui ?**

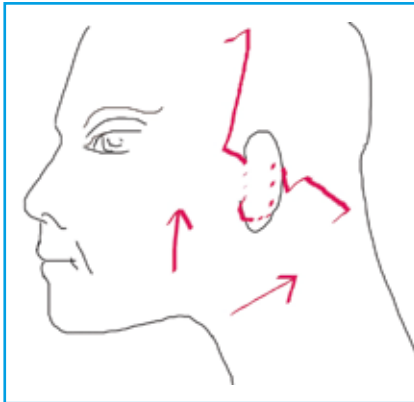
Mais, point essentiel, l'information qui est délivrée au patient se doit d'être exhaustive, exempte de toute manipulation, et si possible accompagnée d'un schéma avec les mentions des principales complications et de leur fréquence, schémas dont on conservera le double au cas où : plus facile à dire qu'à faire !

■ La faute au patient ?

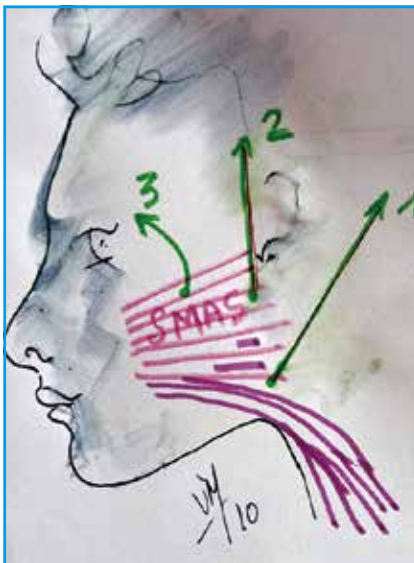
C'est une tendance naturelle que de faire porter le chapeau de l'échec au patient, car le chirurgien esthétique tente de s'exonérer d'une responsabilité qui le tarabuste. C'est le patient qui se retrouve ainsi en position de fautif par accusation directe :

- vous avez fumé trop longtemps ;
- vos tissus sont trop fragiles ;
- vous n'étiez pas pareil des deux côtés avant ;
- vous avez un défaut de naissance ;
- vous avez manipulé vos cicatrices ;
- vous n'avez pas suivi mes conseils postopératoires ;
- vous avez mal mais c'est normal après un lifting, etc.

Nous sommes tous passés par là, car il est tellement plus facile d'incriminer



Incisions habituelles du lifting biplan.



Vecteurs différenciés de redrapage du Smas.

le patient ou d'invoquer des impondérables pour échapper à la cruauté d'une analyse objective qui témoignerait de notre insuffisance technique.

Cela étant, il est des cas où les patients ne jouent pas le jeu : ils peuvent effectivement porter leurs doigts mal lavés au niveau des plaies dès le soir de leur opération. Ainsi, par manque d'hygiène et de retenue, **ils colonisent leur cicatrice fraîche** de germes présents au niveau de leur intimité ou créent des lacs d'eau de douche en profondeur d'une plaie fraîche. C'est pourquoi les pansements étanches sont importants, plus pour

isoler la plaie opératoire des mains baladeuses que pour des vertus cicatrisantes intrinsèques.

La faute à une mauvaise analyse préopératoire ?

C'est certainement un motif fréquent de problèmes postopératoires, car l'analyse en matière de vieillissement du visage est très complexe et multifactorielle. Les attentes des patients diffèrent totalement des propositions que nous voulons leur faire en fonction de ce que nous voyons. Notre diagnostic est plutôt global et maximaliste dans les actions chirurgicales à mener. Or, l'analyse du patient pour lui-même tient compte de deux facteurs très importants pour lui alors qu'ils le sont moins pour nous : combien va-t-il payer ? Et au bout de combien de temps sera-t-il opérationnel ?

C'est donc moins la perfection du résultat qui l'intéresse, étant bien entendu qu'il veut quand même un résultat maximal pour un investissement minimal. Il souhaite surtout obtenir un résultat très naturel que personne ne remarque, mais aussi que tout le monde lui dise qu'il a très bonne mine et qu'il y a quelque chose de changé en lui, quelque chose qui doit rendre l'opération complètement invisible et indétectable. Bref, toutes ces contradictions ne font que s'additionner : l'analyse que nous portons des déformations au niveau du visage d'un patient à opérer ne correspond pas absolument à ce que lui ressent, souhaite ou imagine.

De plus, le patient n'a, en général, aucune conscience des différences gauche droite de son visage, habitué à se voir toujours de la même façon dans un miroir, sur des selfies. Et il est très peu convaincu si l'on essaie d'attribuer à une asymétrie préexistante un résultat de lifting qui serait différent à droite et à gauche de son visage.

Dans ces conditions, l'analyse préopératoire en matière de lifting se fait au mieux

en graduant les déformations selon une classification qui est propre à chacun d'entre nous. Les gestes à effectuer devront être anticipés et marqués comme un véritable plan de bataille, et non pas improvisé sur la table d'opération – encore que l'opération laisse largement la place à des améliorations immédiates imprévues ou imaginées pour le bien du patient, notamment l'intensité du décollement et l'action sur le Smas, le platysma, les paupières, l'acte volumateur éventuel, etc. **Changer de plan opératoire est risqué**, et il est inconcevable de pratiquer des actions sur des sites corporels non prévus dans le consentement mutuel et le devis préalablement signés.

Par ailleurs, certaines cliniques font payer le temps opératoire effectivement consommé au bloc, et non plus des forfaits par type d'opération. Il devient donc indispensable de chiffrer la durée de chaque opération entre première incision et fin du pansement, afin que ni l'équipe technique ni les anesthésistes ne puissent revenir sur les frais prévus par le chirurgien, car il subirait des factures de bloc opératoire disproportionnées par rapport à ceux affirmés de l'établissement ou de l'anesthésiste. Dans ce domaine, l'analyse préopératoire aboutit donc aussi à l'établissement d'un devis préopératoire cohérent, en plus de fournir au patient toutes les informations concernant les gestes techniques que nous envisageons pour chaque cas particulier.

Personnellement, je recommande de faire un schéma de l'état actuel et des actes opératoires qui sont prévus, avec les vecteurs de rotation de la peau et du Smas, et de mentionner sur ce schéma les principales complications qui sont à redouter en fonction de chaque cas particulier.

La faute à la technique opératoire ?

C'est la première réponse que nous donnons lorsque nous avons un

Face

Patiente 1



Avant lifting, de profil.



Après lifting, avec insatisfaction: persistance d'un pli d'amertume non corrigé.

problème évident qui survient en post-opératoire :

- un hématome géant ou compressif inattendu suite à une hémostase insuffisante;
- une plaie nerveuse avec paralysie labiale ou frontale partielle et temporaire;
- exceptionnellement une paralysie faciale totale, mais celle-ci peut-être d'une autre origine. Raymond Vilain nous racontait qu'il avait dû reporter un lifting un après-midi à l'hôpital américain car il était retenu le jour prévu de l'opération. Revenant pour opérer la patiente le lendemain, il eut la surprise de constater qu'elle avait une paralysie faciale unilatérale d'origine virale ! Il se sentit béni par les cieux de ne pas l'avoir opérée la veille, et de ne pas porter le chapeau d'une paralysie faciale chirurgicale.

Que faire et que dire lorsque nous avons conscience d'avoir fait une faute technique qui a entraîné un problème post-opératoire ?

Nous avons le choix de le cacher à la patiente pour essayer de trouver une explication vaseuse. Mais cela finira toujours par se retourner contre nous

car le collègue auprès de qui la patiente va requérir un deuxième avis est toujours un ami, mais il est toujours aussi critique et un peu ironique si ce n'est franchement virulent (ce qui se fait beaucoup aujourd'hui en état d'inflation du nombre de chirurgiens, à Paris tout du moins), et il finira par mettre le doigt là où ça fait mal.

L'autre choix est d'être honnête et sincère, de reconnaître son erreur, s'excuser et la réparer : nous devons alors

expliquer ce qu'il s'est passé. La patiente peut prétendre à une réparation, mais une faute avouée est à demi pardonnée. Cela contribuera à maintenir la confiance entre la patiente et nous. C'est donc la voie que je recommande pour pouvoir ensuite rattraper une erreur, puis rebondir afin de donner toute satisfaction à la patiente par une reprise chirurgicale si elle devient nécessaire.

La faute à un hématome compressif

L'hématome compressif postopératoire est un événement auquel nous avons tous été confrontés. Surprenant, indésirable et violent, il entraîne un inconfort marqué pour le patient, une pénibilité pour la réintervention qui doit être faite en urgence alors que tous les blocs sont occupés, pour éviter la compression extensive au niveau du cou et de la trachée. Ni une hémostase rigoureuse minutieuse et maniaque ni les drains ne peuvent garantir qu'un hématome ne surviendra pas.

Une hypertension brutale peut survenir à l'occasion d'un choc émotionnel inattendu, générant un **hématome géant** même après 48 h postopératoires... Cela est d'autant plus vrai chez l'homme ou

Patiente 2



Avant lifting, de trois quarts.



Après lifting, avec apparition d'une poche malaire persistante.

Patiente 3

Avant lifting, de profil.



Après lifting biplan: insatisfaction vindicative au niveau du cou.



Avant lifting biplan, de trois quarts.



Après lifting, avec ptôse récidivée du cou et des platysmas.

chez les patients qui sont à tendance hypertensive ou très émotifs. Certains collègues ont voulu incriminer l'utilisation de lidocaïne ou d'adrénaline à effet rebond. Toutes ces études restent néanmoins sujet à caution, il ne paraît pas possible de façon scientifique de garantir à un ou une patiente l'impossibilité de la survenue d'un hématome expansif dans son cas.

Un hématome extensif a trois inconvénients majeurs :

>>> Un inconvénient immédiat : le risque est local, parfois vital, si le chirurgien responsable n'intervient pas tout de suite ou s'il ne relâche pas les points et ne décomprime pas les tissus écrasés sous la masse impressionnante de sang, qui provient en général de la jugulaire externe ou d'un de ses affluents. Or, il n'est pas évident dans certaines cliniques de pouvoir immédiatement reprendre un

patient si les salles d'opération sont occupées, car il faut utiliser une salle d'opération disponible en urgence ou faire patienter le temps qu'une salle d'opération se libère.

>>> Un inconvénient secondaire : l'hématome, une fois évacué, va laisser la place à une fibrose et parfois une rétraction. Certains auteurs ont incriminé l'existence d'un hématome lors de la survenue d'une fasciite rétractile sous-cutanée. En tout cas, cet hématome va entraîner un délai de cicatrisation rallongé et une perception désagréable des suites opératoires par le patient.

>>> Un inconvénient tardif : les patients se plaindront très longtemps d'avoir encore un peu de dureté ou de rétraction au niveau de la profondeur de leurs chairs, ce qui explique des douleurs rémanentes ou une petite asymétrie d'apparence qui va les traumatiser de

façon prolongée. Si le résultat se dégrade dans les mois qui suivent, il faudra leur proposer une petite retouche, ce qui leur fait très plaisir et répare les souffrances et les angoisses endurées.

■ La faute à une plaie nerveuse

La plaie nerveuse peut-être consécutive à un geste anodin, elle n'est pas forcément liée à une section profonde avec le bistouri. Elle peut résulter d'une électrocoagulation un peu près au voisinage d'un petit filet nerveux.

Les zones les plus fréquentes mentionnées dans la littérature sont :

>>> Une plaie du rameau frontal

Cette lésion se rencontre assez souvent, surtout lorsqu'un décollement temporal du lifting (en passant sous l'aponévrose temporale superficielle) est pratiqué. La lésion est d'ailleurs souvent liée à une coagulation d'un petit vaisseau adjacent au nerf plutôt qu'à une section complète du nerf. Ce nerf peut être aussi coagulé directement au moment d'une cautérisation pour hémostase. La récupération prend plusieurs semaines voire 2 à 3 mois. Si elle ne se produit pas, la paralysie frontale qui en résulte et l'abaissement du sourcil peuvent être corrigés par deux moyens :

- des injections de botox controlatérales pour paralyser le muscle frontal et symétriser les 2 côtés ;
- un lifting frontal endoscopique unilatéral, du côté où il n'y a pas la paralysie, pour symétriser les deux hémifronts.

>>> Une plaie de la branche zygomaticofaciale

La lèvre supérieure d'un côté ne se relève pas au moment du sourire : c'est une paralysie très préoccupante pour le patient. On peut tenter une symétrisation momentanée par des injections de botox dans le muscle zygomatic releveur de la lèvre controlatérale, pour éviter un effet

Face

Patiente 4



Avant lifting.



Les quantités de peau enlevées et le lipolift.



Après lifting: la patiente se plaint de la récidive – constante – des sillons nasogénien. Le lifting biplan ne corrige pas de façon suffisante ces sillons, qu'il faut remplir !

de grimaces. Dans mon expérience, cette lésion nerveuse récupère dans la plupart des cas, ou est compensée dans les situations quotidiennes sans nécessité de ré-opération.

>>> Une plaie de la branche mandibulaire

La lèvre inférieure est tombante d'un côté et ne se soulève pas au moment du sourire : cette anomalie est très frappante, d'autant plus que la lèvre inférieure controlatérale a tendance à être attirée vers le côté hyperactif sain, d'où l'apparition d'une asymétrie et d'un visage grimaçant très gênant. Là encore, la récupération est de règle dans les 3 mois qui suivent l'opération, car la lésion est en général consécutive à une coagulation malencontreuse au niveau de la région para-mandibulaire ou au cours de la libération du bord postérieur du muscle peaucier. En cas de perception d'une non-récupération, il reste l'option de l'injection de botox dans la lèvre inférieure controlatérale, voire au pire la réduction d'un tiers de la lèvre paralysée pour retendre la lèvre inférieure et entraîner mécaniquement une meilleure apparence faciale.

>>> Une plaie du tronc du nerf facial

Il est très difficile d'imaginer, au cours d'un lifting, qu'il peut se produire une plaie profonde du tronc du nerf facial ou des branches intra-parotidiennes du nerf facial : cela serait une faute technique grave par méconnaissance anatomique. Il faut aussi éliminer une paralysie faciale *a frigore* qui aurait pu survenir en dehors de toute opération. Mais s'il existe une paralysie faciale séquellaire et de type tronculaire qui persiste pendant plus de 4 mois, un bilan électromyographique devient nécessaire. Il sera alors discuté d'une réintervention microchirurgicale afin d'explorer le nerf facial et de le réparer par suture directe ou greffe nerveuse, s'il avait été sectionné malencontreusement.

Parfois, l'existence de "tics" ou de spasmes vient témoigner d'une hyper-irritabilité locale par plaie tangentielle ou partielle d'un nerf facial qui n'en demandait pas tant. Des injections de botox ciblées pourront aider à la résolution du problème.

>>> Une plaie du nerf spinal

Les signes en sont une paralysie du trapeze du même côté : le patient ne peut

soulever son épaule. Les rares cas de ce type de paralysie ont conduit à une ré-exploration chirurgicale qui a montré une section de la branche supérieure du nerf spinal dans la région cervicale basse. La section est survenue par une échappée du ciseau qui est allé sectionner la partie inférieure du muscle peaucier au cours des cervicoplasties contemporaines du lifting. L'intervention a permis à chaque fois de re-suturer les branches sectionnées du nerf spinal concerné, avec une récupération satisfaisante au niveau fonctionnel.

■ La faute à une fistule salivaire

Une fistule salivaire postopératoire n'est pas aussi rare qu'on veut bien le croire, j'en ai observé deux cas personnels. Il s'agissait de liftings cervico-faciaux biplans qui s'étaient déroulés sans aucun problème. Dans les suites postopératoires secondaires après un mois, une **tuméfaction molle considérable** est apparue dans la joue, indolore et augmentant après les repas. La ponction a révélé qu'il s'agissait de liquide clair de type salivaire, ce n'était pas une simple lymphorrhée. Des injections locales de corticoïde retard après vidange du

Patiente 5

Avant lifting de trois quarts, notez le creux sous-malaire gauche.



Le résultat postopératoire après 6 semaines est décevant.



Les quantités de peau enlevée, dont le Smas sous-zygomatique fléché, qui sera utilisé pour combler la dépression sous-cutanée.



Le résultat à 6 mois montre une amélioration de la dépression, subtotale. La patiente a demandé un peu de *filler* (acide hyaluronique) en complément.

liquide salivaire ont entraîné en trois semaines la sédation de la sécrétion et la disparition des symptômes.

Certains auteurs ont aussi décrit l'utilisation de botox dans ce cas car ils incriminent une hypersécrétion parotidienne avec une mini-fistule d'un petit canal afférent au canal de Sténon. Il ne semble pas s'agir d'une plaie directe du canal de Sténon, qui est très profond et qui semble indemne dans l'immense majorité des cas.

La faute à une déformation des oreilles ou "oreilles de diable"

Après un lifting cervico-facial, la déformation en **oreilles de diable** consiste en des lobes qui sont trop distendus, attirés vers le bas et l'angle mandibulaire. Cette anomalie peut être observée dans de nombreux cas si l'on examine un large

échantillonnage dans la population des patients opérés. Cette déformation provient du fait que la tension cutanée infligée aux tissus autour de l'oreille comporte un vecteur de tension vertical vers le bas trop important. Cette déformation est facilement réparable par une petite plastie en V-Y péri-lobulaire.

Mais le mieux est de prévenir l'apparition de cette déformation inesthétique par un bon respect du contour du lobule de l'oreille au cours de la suture et de fixer le lobule de l'oreille aux tissus parotidiens sous-jacents pour éviter l'attraction exagérée vers le bas du lobule de l'oreille.

La faute à une perte excessive de cheveux

L'apparition d'une zone glabre au-dessus de la tempe est caractéristique des

opérations de lifting cervico-facial à composante temporelle haute, où la rotation vers le haut des téguments de la face amène **une zone glabre** au-dessus de l'oreille. Plusieurs astuces de dessin permettent d'éviter cette zone, qui n'est pas toujours une source de récriminations chez les patientes mais qui peut devenir gênante pour certaines coiffures.

La correction de cette zone peut être effectuée par des plasties locales de cuir chevelu (technique d'E. Auclair), ou bien par des micro-greffes de cuir chevelu pratiquées à distance du lifting. Évidemment, le mieux est de respecter scrupuleusement la ligne pileuse antérieure tout en réalisant un vecteur très vertical d'ascension du visage dans la région pré-auriculaire. Mais cela n'est pas toujours aisé ni évident !

La faute à des douleurs intolérables

L'existence de douleur postopératoire après un lifting cervico-facial pourtant bien mené peut devenir un problème préoccupant. En tant que chirurgien, nous avons trop tendance à incriminer un problème psychologique plutôt que d'examiner très précisément la zone concernée à la recherche d'un névrome, consécutif à la section d'un petit filet nerveux sous-cutané du plexus cervical superficiel. Si l'on constate un névrome évident à la percussion très précise d'un petit nerf sous-cutané, on pourra d'abord proposer une anesthésie locale pour vérifier que c'est bien d'un petit névrome dont il s'agit. Dès lors, si cette manœuvre confirme l'existence d'un petit **névrome sous-cutané**, il ne servira à rien d'aller le réséquer car la récidive est obligatoire. Il faudra simplement l'enfouir en profondeur dans un tissu musculaire adjacent, car cet emplacement permettra, au moins pendant un certain temps, de substituer une sensation de tension à une sensation de douleur.

Évidemment, prescrire des traitements antalgiques n'a aucun intérêt dans ces

Face

cas où on a tendance à trop psychiatriser les patients qui présentent une intolérance pernicieuse à ces douleurs névromateuses profondes.

La faute à une détente précoce des tissus

La détérioration précoce d'un résultat de lifting constitue l'un des problèmes les plus difficiles à résoudre. Cette détérioration se produit entre 6 mois et 1 an au niveau de la bajoue et du cou, qui de nouveau réapparaissent distendus : ils se relâchent assez brutalement. Les patients sont conscients de la survenue de cette détérioration qui les angoisse et les déprime. Ils exigent une réparation.

La survenue de cette détente cutanée, voire une saillie des tissus profonds, peut correspondre à une fracture des fibres élastiques, consécutive à un choc émotionnel, ou bien une génétique défavorable au niveau du derme sous-cutané. Fumeurs et diabétiques sont les candidats habituels, ainsi que ceux qui se sont trop exposés au soleil.

Il ne faut pas hésiter à reconnaître qu'il s'est produit une **distension tissulaire** chez les patients qui l'ont remarqué. 5 % des patients sont dans cette catégorie, et cela concerne toutes les statistiques, quelle que soit la méthode de lifting qui a été employée. Un grand décollement sous-cutané ou biplan ne garantit pas un résultat très stable dans le temps, un mini-décollement ou un microlift ne prédisposent pas forcément à une distension précoce.

La reconnaissance de la distension cutanée conduit à envisager une réintervention. Celle-ci se fera au mieux après une année d'évolution du lifting afin d'éviter de réopérer en pleine période de fragilité des fibres élastiques. Ces reprises précoces (que l'on peut faire sous anesthésie locale) vont conduire à un excellent résultat et une bien meilleure stabilité dans le temps, stabilité qui va fidéliser

les patients conscients que l'on s'est battu pour eux.

La faute à un résultat trop tiré

C'est une remarque très fréquente que nous font les patientes : *"J'ai peur que, après mon lifting, j'ai l'air trop tirée avec les coins de la bouche qui partent trop vers l'arrière et un côté actrice américaine vieillissante totalement transformée."*

Cette apparence désastreuse est liée à une erreur technique : en effet, le vecteur de rotation en niveau de la joue et de la bajoue doit être vertical (vers le haut, pratiquement parallèle au grand axe de l'oreille). **La direction de tension du Smas sous-jacent est une rotation en haut et en dedans avec pratiquement aucune tension vers l'arrière.** C'est pourquoi je ne réserve pas de bande de Smas pré-auriculaire (contrairement à la smas-sectomie de D. Baker) et que je pousse l'incision du Smas sous-zygomatique loin en avant, vers la proéminence malaire, jusqu'à atteindre le bord postérieur du muscle grand zygomatique dont on aperçoit les faisceaux qui filent vers l'avant.

En utilisant cette technique, on ne provoque aucune déformation de la bouche

POINTS FORTS

- Les défauts usuels des liftings proviennent le plus souvent de petites erreurs techniques.
- Plutôt que de chercher la faute à qui, le patient doit privilégier la recherche de solutions avec son chirurgien opérateur.
- Les plaies nerveuses sont rares et réversibles dans la majorité des cas, et sans rapport forcé avec l'exploitation chirurgicale du Smas.
- La dégradation des résultats du lifting est plus en rapport avec l'état altéré des fibres élastiques du Smas et du derme que causé par une opération insuffisante.

vers l'arrière mais, au contraire, on remonte la loge graisseuse zygomatique au niveau de sa partie distale. Cette loge graisseuse en forme de piment redevient horizontale et souligne la pommette.

Il est donc tout à fait fondamental de bien comprendre ces différences de vecteurs à utiliser. Je suis resté fidèle à ce vecteur vertical depuis les années 1980 et j'ai vu avec bonheur d'autres chirurgiens, dont Alain Bonnefon, s'y ranger également dans les années 1990-2000.

Conclusion

Il n'est pas simple de gérer les patientes qui vont subir un lifting, ni avant ni après l'opération. Cette opération, aux implications psychologiques très importantes, est l'une des opérations les plus complexes, les plus sophistiquées et les plus valorisantes que le chirurgien esthétique peut être amené à accomplir. Depuis les années 1900, qui ont vu la naissance des liftings en Allemagne (J. Joseph) et aux États-Unis (A. Miller), nous avons fait une longue route. Mais il n'en demeure pas moins que l'importance du "fait chirurgical lifting biplan" trop impressionnant, trop grave par rapport à ses suites, a conduit les médecins esthétiques à imaginer des opérations

moins traumatisantes et beaucoup plus simples, tels les fils tenseurs initiés par Sulamanidze en 2001.

Les complications énumérées dans cet article ne sont ni obligatoires ni constantes. Elles constituent néanmoins une entrave à la joie de se faire opérer pour celui ou celle qui souhaite un rajeunissement facial efficace. Il faut particulièrement **développer l'information des patients en préopératoire** en parlant de la qualité des résultats obtenus mais également des soucis postopératoires, qui sont gérables et qu'il faut envisager avec une forme de sérénité : le patient sera toujours accompagné de nos soins vigilants !

C'est pour que cette équation (à multiples inconnues) que représente le lifting devienne plus facile à résoudre que **j'ai imaginé le microlift**, qui n'a pas vocation à concurrencer le grand lifting cervico-facial aux résultats spectaculaires, mais qui implique une durée de récupération prolongée en postopératoire. Le microlift a par contre l'avantage de pouvoir être effectué en ambulatoire et comporte moins de soucis sérieux en postopératoire.

Toutefois, il y aura toujours une place privilégiée pour les grands liftings cervico-faciaux biplan avec une tension effectuée selon des vecteurs non superposables au niveau de la peau et du Smas : c'est vraiment **une opération maximaliste**, aux résultats époustouflants et dont la durabilité moyenne est de 10 à 15 ans... Le grand lifting cervico-facial est l'opération royale par excellence du rajeunissement facial.

POUR EN SAVOIR PLUS

- FEDOK FG. The avoidance and management of complications, and revision surgery of the lower face and neck. *Clin Plast Surg*, 2018;45:623-634.
- FLOYD EM, SUKATO DC, PERKINS SW. Advances in face-lift techniques, 2013-2018: a systematic review. *JAMA Facial Plast Surg*, 2019 [Epub ahead of print].
- BLOOM JD, IMMERMANN SB, ROSENBERG DB. Face-lift complications. *Facial Plast Surg*, 2012; 28:260-272.
- MATARASSO A, ELKWOOD A, RANKIN M *et al*. National plastic surgery survey: face lift techniques and complications. *Plast Reconstr Surg*, 2000;106:1185-1195.
- RUIZ R, HERSANT B, LA PADULA S *et al*. Facelifts: Improving the long-term

outcomes of lower face and neck rejuvenation surgery: The lower face and neck rejuvenation combined method. *J Craniomaxillofac Surg*, 2018;46:697-704.

- MITZ V. [The biplane microlift. Principles, technic, results]. *Ann Chir Plast Esthet*, 2018;63:262-269.
- ROHRICH RJ, STUZIN JM, RAMANADHAM S *et al*. The Modern male rhytidectomy: lessons learned. *Plast Reconstr Surg*, 2017;139:295-307.
- DERBY BM, CODNER MA. Evidence-based medicine: face lift. *Plast Reconstr Surg*, 2017;139:151e-167e.
- MARICEVICH MA, ADAIR MJ, MARICEVICH RL *et al*. Facelift complications related to median and peak blood pressure evaluation. *Aesthetic Plast Surg*, 2014; 38: 641-647.
- MITZ V. [Fasciitis following face lift]. *Ann Chir Plast Esthet*, 1997;42:603-607; discussion 608.
- MITZ V. The superficial musculoaponeurotic system: a clinical evaluation after 15 years of experience. *Facial Plast Surg*, 1992;8:11-17.
- MITZ V. Current face lifting procedure: an attempt at evaluation. *Ann Plast Surg*, 1986;17:184-193.

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



■ Esthétique

Correction de la déformation en banane par résection cutanée en parallélogramme et conservation dermique du sillon sous-fessier

RÉSUMÉ : La déformation en banane est essentiellement un excès cutané étendu transversalement sous le sillon sous-fessier, emprisonné entre ce dernier et une seconde zone sous-jacente d'attaches profondes. Toute résection-suture cutanée dans la région sous-fessière entraîne un allongement-ptôse du hamac sous-fessier, qui doit être prévenue. Les techniques de lifting du sillon par résection-suspension à l'ischion sont le plus souvent vouées à l'échec, à la fois par lâchage secondaire et par phénomène d'allongement-suspension (la ligne de suture de berges longues remplace l'axe initial plus court de la figure réséquée).

La technique de banana-plastie en parallélogramme et suspension au derme du sillon permet une correction satisfaisante de la déformation en banane, par un *up & medial lift* (de l'excès cutané inféro-latéral), une suture congruente (berges égales) et une prévention de l'allongement-ptôse du sillon.



R. SELINGER
Chirurgien plasticien et esthétique,
PARIS.

La déformation dite “en banane” est une voussure transversale sous-jacente au sillon sous-fessier (SSF), soulignant ce dernier le long de son trajet et de sa courbure, d'où son nom. Assez fréquente, elle correspond à un excès cutané ou cutanéograisseux emprisonné entre deux lignes transversales : en haut le sillon sous-fessier et, quelques centimètres plus bas, une seconde zone d'adhérence de la peau aux plans profonds.

Parfois asymétrique mais le plus souvent symétrique, elle n'est pas corrigée par une simple liposuction [1], qui peut même aggraver la déformation [2] : il s'agit surtout de corriger un excès cutané localisé. Dans ce but, la résection cutanée en parallélogramme avec conservation du derme du sillon comporte quelques avantages qui vont être exposés dans cet article.

■ Méthode

Le tracé de la résection a la forme d'un parallélogramme dont la grande diagonale est axée par le sillon sous-fessier, positionné de façon à ce que ses petits côtés soient en situation inféro-latérale et supéro-médiale et les grands côtés supéro-latéral et inféro-médial (*fig. 1*). Sous anesthésie générale et infiltration d'une solution de xylocaïne adrénalinée, la résection est cutanée pure tout en préservant une bande étroite désépidermée au fond du sillon sous-fessier, le long de la diagonale du parallélogramme dans toute sa longueur. La future suture devra s'appuyer sur ce “ruban dermique” (suture d'un plan dermo-sous-dermique) qui a conservé toutes les attaches profondes du sillon, ce qui aura pour effet de prévenir la ptôse du nouveau sillon, principale complication que l'on peut

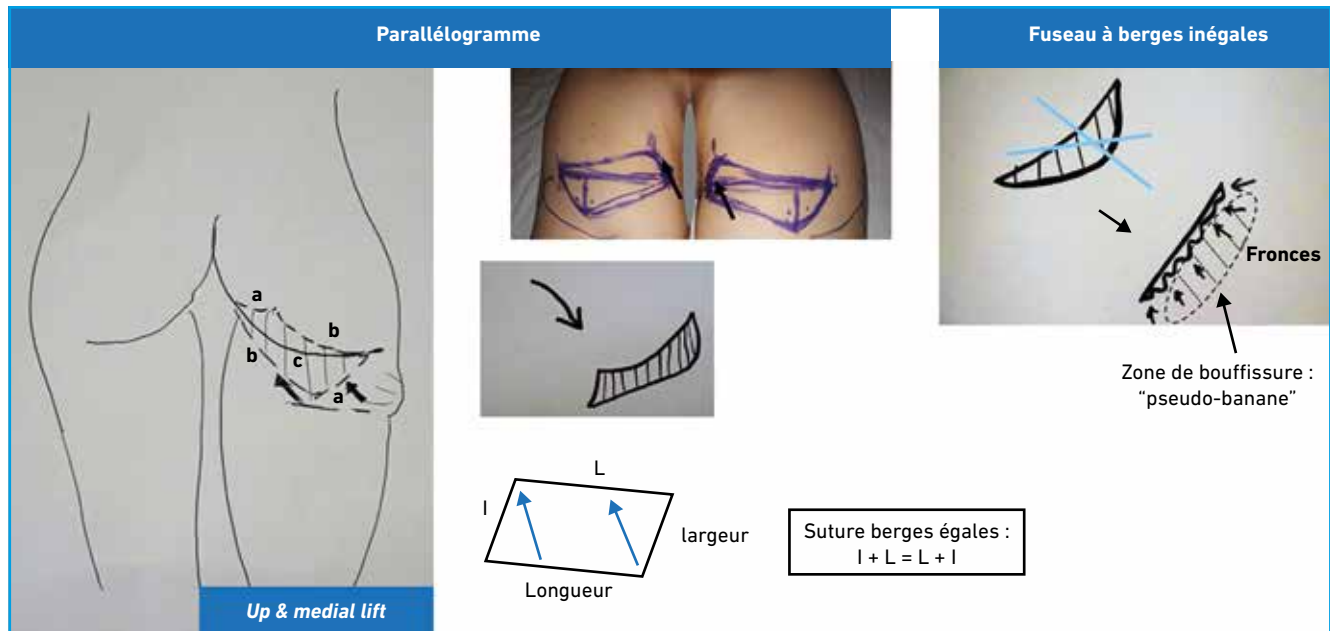


Fig. 1 : La résection en parallélogramme dont la grande diagonale est axée par le sillon sous-fessier permet : une retension adéquate supéro-médiale de l'excès cutané inféro-latéral (évitant les bouffissures d'une suture incongruente), une suture de berges égales (minimisant les disgrâces cicatricielles) et une cicatrice finale cachée dans le sillon.

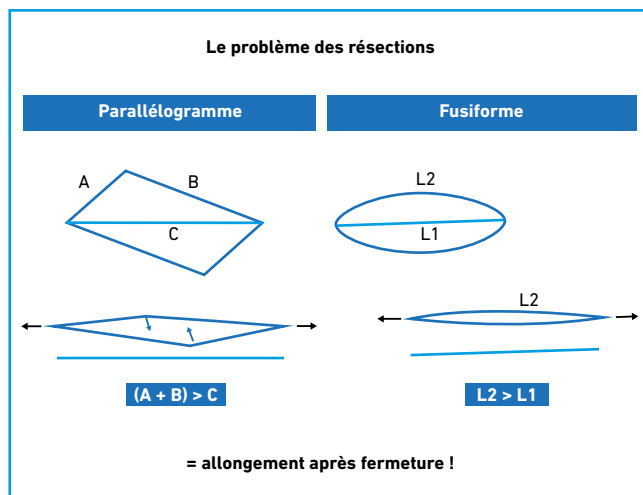


Fig. 2 : Toutes les résections-sutures (en parallélogramme ou fusiformes) sont responsables d'un allongement de l'intervalle entre les deux points d'extrémité.

observer après les opérations comportant une résection cutanée de la région du sillon (voir plus loin).

En effet, toute résection fusiforme entraîne après suture une plaie plus longue que la longueur initiale du fuseau (**fig. 2**), entraînant une ptôse du nouveau sillon, tel un hamac plus long

descendant plus bas (**fig. 3**). La résection du parallélogramme n'échappe pas à ce principe car la longueur finale de la plaie est la somme du petit et du grand côté, par conséquent plus longue que la diagonale initiale (**fig. 2**). La ptôse sera donc prévenue par la suspension au SSF. Les autres avantages de la plastie en parallélogramme

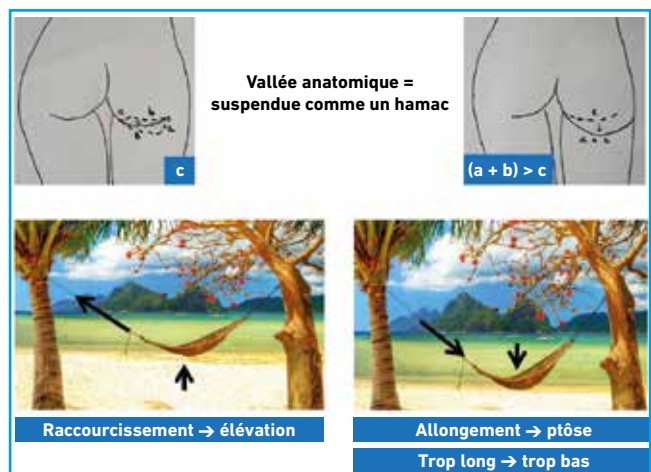


Fig. 3 : Si l'on considère que le sillon est une vallée anatomique suspendue comme un hamac, tout ce qui raccourcit un hamac le remonte et tout ce qui l'allonge l'affaisse. C'est l'explication du phénomène d'allongement-ptôse.

sont : mouvement supéro-médial de la peau suturée avec un effet liftant sur l'excédent cutané latéral, suture de berges égales (congruence) permettant d'éviter des bouffissures cutanées adjacentes (pseudo-banane) et favorisant une belle cicatrisation de la plaie, qui par ailleurs est dissimulée dans le SSF (**fig. 1**).

Esthétique

Trois cas cliniques

>>> Cas n° 1:

Jeune femme de 35 ans ayant déjà subi une liposuction. Déformation en banane quasiment cutanée pure, avec peau cellulitique comportant quelques capitons

adjacents (**fig. 4A et B**). Dessin “sur mesure” d’un parallélogramme asymétrique par rapport à la diagonale avec bord inférieur quasiment celui d’un fuseau. Résection et suture-suspension au sillon dermique, *up & medial lift* (**fig. 4C**). Effet modéré sur la “banane” mais peau difficile (**fig. 4D et E**).

>>> Cas n° 2:

Jeune femme de 29 ans ayant une déformation en banane prédominant latéralement (**fig. 5A et B**). La fesse elle-même présente une concavité supéro-latérale surplombée d’une stéatomérie des hanches. Durant le même temps



Fig. 4.

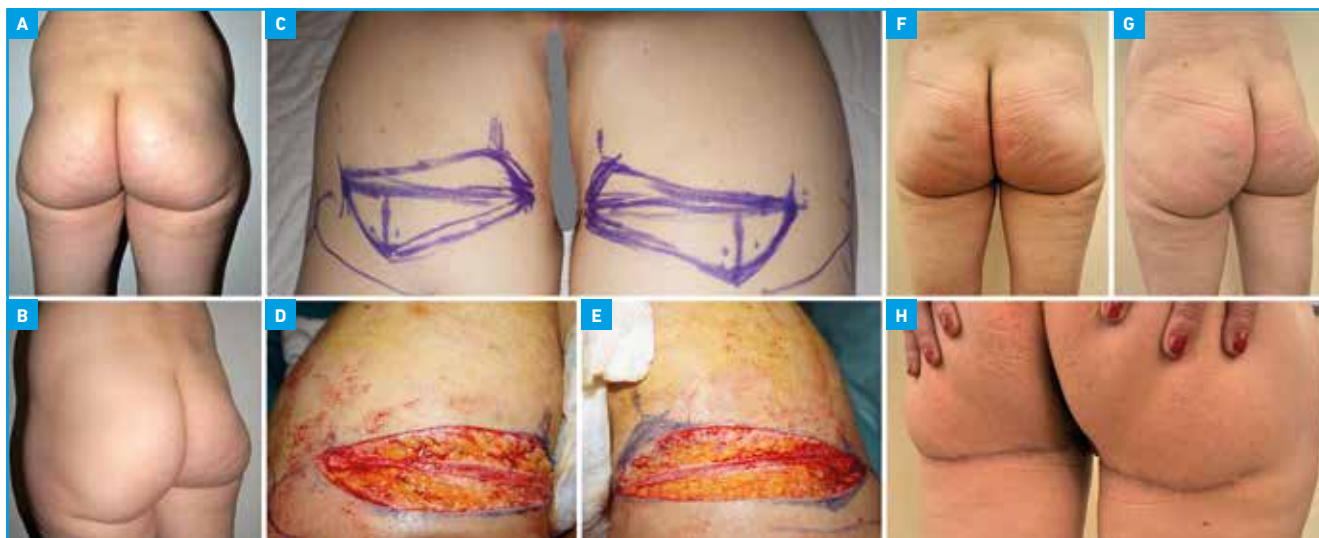


Fig. 5.

opératoire : liposuction-lipofilling pour rééquilibrer les régions latérales fessière et supra-fessière et traitement de la déformation en banane par plastie en parallélogramme avec suspension au sillon dermique (**fig. 5C, D et E**). Résultat satisfaisant tant sur le plan morphologique que cicatriciel (**fig. 5F, G et H**).

>>> Cas n° 3 :

Jeune femme de 26 ans ayant des déformations fessièrès et infra-fessièrès. Les fesses très affaissées ont nécessité deux procédures itératives de lifting fessier supérieur. Quelques pseudo-capitons séquellaires d'injections hyposmolaires ont été partiellement corrigés par lipofilling. La déformation en banane est caractéristique, importante, cutanéograsseuse, soulignant le SSF dans toute sa longueur (**fig. 6A et B**). La plastie en parallélogramme avec suspension au sillon dermique combinée à une

liposuction de la banane grasseuse a été effectuée durant le temps du deuxième lift fessier supérieur (**fig. 6C, D et E**). Excellent résultat morphologique et cicatriciel (**fig. 6F, G et H**).

■ Discussion

>>> À propos du parallélogramme

Tout d'abord, cette forme de résection permet une fermeture en lifting oblique : *up & back lift* dans les cruroplasties que j'ai appelé "en parallélogramme" (**fig. 7**) [3], *up & medial lift* dans les "banana-plasties en parallélogramme". Par ailleurs, elle permet une fermeture de berges égales (congruente) qui, outre le fait de favoriser une belle cicatrice, évite certaines distorsions cutanées. En effet, imaginons une "bananectomie" fusiforme dont le bord supérieur serait placé dans le SSF (**fig. 1**). Ce serait forcément

un fuseau à bords inégaux avec berge supérieure courte et berge inférieure longue cheminant sur toute la courbure de la déformation, dont la fermeture (incongruente) a l'inconvénient, outre un facteur de risque de disgrâce cicatricielle, de mal retendre la peau sous-jacente : bouffissures, pseudo-banane postopératoire.

>>> À propos de la suspension au derme du sillon : prévention et traitement de la ptôse postopératoire du SSF

Il s'agit de la complication de toutes les résections cutanées transversales sous-fessièrès. En effet, le sillon sous-fessier a la courbure d'un hamac suspendu entre ses extrémités latérale et médiale. Par ailleurs, des connexions fibreuses [4] maintiennent le derme du SSF suspendu aux plans profonds tout le long de son trajet. Les résections fusiformes transversales classiques



Fig. 6.

Esthétique

[5-7] prétendant lifter le SSF mènent quasiment toujours à l'échec (**fig. 8A**) pour deux raisons : la première est le lâchage des sutures profondes d'amarage à l'ischion, la deuxième est qu'elles se compliquent également d'une ptôse aggravée du sillon, la suture des berges du fuseau réséqué ayant pour conséquence un effet d'allongement du hamac. Car la longueur initiale séparant les deux extrémités du fuseau sera remplacée par la longueur de suture des deux bords, or chaque bord du fuseau est plus long que l'axe du fuseau. Et l'on sait qu'un hamac allongé descend plus bas !

La résection-suture d'un parallélogramme n'échappe pas à cet effet d'allongement, car la longueur de suture est celle de la somme des grand et petit côtés, plus longue que la diagonale initiale. L'allongement du SSF est inévitable,

POINTS FORTS

- La déformation en banane est essentiellement un excès cutané étendu transversalement sous le sillon sous-fessier, emprisonné entre ce dernier et une seconde zone d'attaches profondes sous-jacente.
- Toute résection-suture cutanée dans la région sous-fessière entraîne un allongement-ptôse du hamac sous-fessier, qui doit être prévenue. Les techniques de lifting du sillon par résection-suspension à l'ischion sont le plus souvent vouées à l'échec.
- La technique de banana-plastie en parallélogramme et suspension au sillon dermique permet une correction satisfaisante de la déformation en banane, par un *up & medial lift* de l'excès cutané inféro-latéral et une prévention de l'allongement-ptôse.



Fig. 7A, B et C : La cruroplastie en parallélogramme. Il s'agit ici d'un *up & back lifting* avec suture de berges égales et peau retendue sans bouffissures. **D et E :** double fixation dermique permettant le maintien de la ligne de suture dans le fond du pli inguinal.

c'est pourquoi il est essentiel de prévenir la ptôse qui en résulte par la conservation des moyens de suspension naturels, les connexions fibreuses profondes, grâce à la désépidermisation en ruban et une suture appuyée sur le derme du sillon.

Il est intéressant de dire deux mots sur le traitement de l'allongement-ptôse du sillon compliquant les résections-suture transversales sous-fessièrès, principalement les échecs des liftings du sillon avec suspension à l'ischion. Dans ces cas où on ne peut plus s'appuyer sur les moyens de fixité naturels, il reste une solution : raccourcir le hamac sous-fessier.

C'est sur un cas de ce type que j'ai effectué et décrit la première glutéopexie verticale (**fig. 8B**), dont le principe est de réséquer un fuseau vertical perpendiculaire au sillon que l'on veut raccourcir. Ce fuseau est placé dans le versant le plus médial de la fesse pour que la cicatrice soit "cachée dans le string". C'est le principe même du lifting cervical : deux fuseaux réséqués perpendiculaires à la vallée du cou (trop longue et tombante) et aux lignes transversales (trop longues également) passant par les bajoues, dont la fermeture est



Fig. 8 : Il s'agit à ma connaissance du premier cas de glutéopexie verticale, corrigeant la complication d'un lifting du sillon (avec suspension sur l'ischion). **A :** ptôse aggravée par perte des moyens de fixité naturels et par phénomène d'allongement du hamac sous-fessier. **B :** la résection fusiforme perpendiculaire au sillon et au segment inférieur de la fesse permet une correction par le phénomène inverse de raccourcissement-élévation de tous les hamacs transversaux : sillon sous-fessier remonté et redéfini, segment inférieur retrouvant un galbe bien arrondi, au prix d'une cicatrice "cachée dans le string".

élégamment répartie autour des oreilles. Les oreilles sont les deux arbres du hamac, ou plutôt des multiples hamacs que constituent l'ensemble des lignes transversales à raccourcir. C'est aussi le cas de la glutéopexie verticale [8, 9], qui permet d'obtenir à la fois un raccourcissement-lifting du SSF et un galbe plus arrondi de la "bajoue de la fesse" (**fig. 8A et B**).

dermique montrent des résultats satisfaisants. Cette technique originale comporte plusieurs avantages : reten- sion supéro-médiale de l'excès cutané inféro-latéral, suture de berges égales (congruente) favorisant une belle cicatrisation et évitant des bouffissures cutanées (pseudo-banane), et prévention de l'allongement-ptôse grâce à une suture appuyée sur le sillon désépidermisé et ses attaches profondes.

Conclusion

Les premiers cas de déformation en banane traités par plastie en parallélogramme avec suspension au sillon

BIBLIOGRAPHIE

1. SCHLESINGER SL. Two arcane areas in liposuction: The banana and the sen-

suous triangle. *Aesthet Plast Surg*, 1991;15:175-180.

2. PEREIRA LH, STERODIMAS A. Correction for the iatrogenic form of banana fold and sensuous triangle deformity. *Aesthet Plast Surg*, 2008;32:923-927.

3. SELINGER R. Liftings des plis et des vallées anatomiques. *Actualités en Chirurgie Reconstructrice et Esthétique*, 2015.

4. BABUCCU O, BARUT C, ZEYREK T *et al*. Infragluteal sulcus: A combined histologic and anatomic reappraisal. *Aesthet Plast Surg*, 2008;32:496-502.

5. GONZALEZ R. Trating the banana fold with the dermotuberal anchorage technique: case report. *Aesthet Plast Surg*, 2005;29:300-303.

6. COBAN YK, UZEL M, CELIK M. Correction of buttock ptosis with anchoring deep-ithelialized skin flaps. *Aesthet Plast Surg*, 2004;28:116-119.

7. KIRWAN L. Anchor thighplasty. *Aesthet Surg J*, 2004;24:61-64.

8. SELINGER R. Retouche sein et fesse. *Actualités en Chirurgie Reconstructrice et Esthétique*, 2008.

9. SELINGER R. Lifting des fesses. *Actualités en Chirurgie Reconstructrice et Esthétique*, 2015.

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



Silhouette

Complications en chirurgie plastique post-bariatrique : après perte de poids réellement massive, c'est du lourd !

RÉSUMÉ : Les pertes de poids massives s'accompagnent de plis cutanés surinfectés favorisant les complications locales infectieuses aux sites opératoires. Le poids des tissus adjacents aux excisions et la laxité cutanée généralisée expliquent aussi le positionnement et l'aspect final, parfois inhabituel, des cicatrices. Les effets généraux adverses restent cependant rares si la chirurgie est réalisée rapidement par des chirurgiens entraînés.

La demande de chirurgie plastique est dictée *“par une gêne, un inconfort, un handicap”* mais, plus ou moins consciemment, se pose une demande qui s'apparente à de la chirurgie esthétique : le terrain psychique des obèses et ex-obèses, porteurs d'une maladie générale, physique, sociale, souvent familiale et psychologique, est source de déception, avec une impossibilité de découvrir un corps parfait qui porte toujours les marques de la transformation des plis et des volumes en cicatrices longues et visibles.

En pratique, la désunion postopératoire du site de chirurgie plastique peut représenter jusqu'à 40 % des cas dans certaines séries. Ce n'est donc plus un aléa mais une particularité de l'évolution qui implique de savoir traiter, suivre et prendre en charge une cicatrisation dirigée, tout en gardant une bonne relation avec l'opéré et son entourage.



D. MALADRY
Chirurgien plasticien et esthétique,
PARIS.

“ *L*a demande de chirurgie plastique est dictée par une gêne, un inconfort, un handicap” : la preuve serait apportée s'il existait toujours des plis macérés, des irritations cutanées et divers intertrigos. Mais, plus ou moins consciemment, se pose, surtout chez les jeunes femmes, une demande sur l'aspect qui s'apparente à de la chirurgie esthétique, ce qui finalement résume assez bien l'ambivalence de cette pratique.

La chirurgie plastique de remodelage du corps après amaigrissement massif induit par une chirurgie bariatrique (*fig. 1*) reste pourvoyeuse de complications fréquentes [1], bien plus qu'après chirurgie de la silhouette post-gravidique

ou secondaire à la senescence, ou bien encore après la perte de 20 à 30 kg obtenue relativement facilement par un geste chirurgical bariatrique ou un changement d'hygiène de vie et alimentaire.

Nous illustrerons de façon démonstrative les suites du traitement plastique après réduction pondérale, souvent incomplète mais stabilisée et sans plus d'amélioration possible, chez les ex-super obèses. Nous en verrons les probables causes, décrirons les complications et tenterons d'en proposer une prévention.

Outre qu'il est très dommage pour l'opérée de subir des suites compliquées, évitables avec beaucoup d'expérience, dans le cadre d'une chirurgie de l'aspect de



Fig. 1 : Chirurgie plastique post-bariatrique.

type esthétique, des demandes de réparations par voie judiciaire peuvent être intentées contre l'opérateur du fait de la fréquence de la chirurgie plastique après chirurgie bariatrique et du terrain psychosocial habituel de cette population.

■ Quelques chiffres

En France, entre 2007 et 2013, suivant les bases du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), 183 514 patients ont été opérés de chirurgie bariatrique. Dans cette population, 23 120 temps plastiques secondaires (soit environ 13 %) ont été recensés chez 17 695 patients (avec prise en charge selon le PMSI, excluant de fait nombre de chirurgies mammaires pour cure de ptôse avec ou sans implant ou encore greffe graisseuse et plis du tronc dont la cotation est mal systématisée).

Nous avons noté, en fréquence :

- abdominoplasties et équivalents (bodylift, dermolipectomie [DL] circulaire) : 62 % ;
- DL des membres : 25 %. Le QZFA014 de la DL des membres ne permet pas de différencier la DL des membres supérieurs de celle des membres inférieurs ;
- chirurgie mammaire avec prise en charge : 14 %.

Le taux de chirurgie plastique secondaire est de 13 %, 18 % et 21 % à 3, 5 et 7 ans respectivement après la chirurgie bariatrique. La majeure partie de cette chirurgie était effectuée en établissement privé jusqu'en 2013. Les techniques de bypass digestifs, amenant plus de perte de poids, sont le plus souvent à l'origine de reconstructions complexes de la silhouette avec plusieurs sites à traiter (6 à 7, hors retouches !). Nous ne disposons pas encore de chiffres très précis concernant les complications recensées, mais l'étude des bases du PMSI sera très intéressante en associant le code CCAM de l'acte avec les événements repérables survenant dans les suites.

■ Quelques règles de base en préambule

Nous décrirons donc les complications assez spécifiques en les rapprochant du geste plastique réalisé et en nous référant à l'expérience acquise de longue date. Nous indiquerons nos "trucs et astuces".

D'emblée, nous récusons l'argument de traiter peu de sites opératoires lors de la même séance pour éviter les risques. Cette opinion est partagée [2] et justifiée par certains. En effet, la multiplication des séances opératoires est une source d'ennuis importants responsables parfois de complications générales, bien plus graves que les complications locales habituelles des très longues zones de sutures, qui sont finalement ce à quoi se résume l'excision des divers plis et excédents cutanéograsseux induits par la perte de poids massive, hormis la lipoaspiration.

Suivant ce pseudo-argument de précaution, un chirurgien peu au fait de la chirurgie de lift cervico-facial, encore novice dans le domaine et plutôt lent, choisirait de réaliser la moitié du lift et s'autoriserait à finir l'intervention, en passant à l'autre côté, quelques jours après ! Surtout, du fait du nombre de sites à opérer sur les corps des grandes amaigries et de la lenteur de récupération des patientes opérées par bypass et dénutries, avec des convalescences de plusieurs semaines, faudrait-il effectuer une intervention tous les 3 à 6 mois durant 2 à 3 ans pour pouvoir satisfaire une demande de reconstruction ?

Il est, de notre point de vue, plus adapté de connaître les points techniques et les simplifications qui permettent de réaliser une intervention, même multiseptaire, en peu d'heures, et de respecter la règle de ne pas ôter plus de 8 % de masse corporelle (lipoaspiration comprise) par séance opératoire. Et, une fois la biologie normalisée (hémoglobine et protidémie) depuis au moins 1 mois, d'entreprendre les séances suivantes en prévenant l'anémie, les événements thromboemboliques et en privilégiant les méthodes mécaniques (manchons jambiers gonflables intermittents mimant la pompe musculaire ; éviter les bas anti-thrombose qui coupent presque toujours, chez ces ex-obèses avec des plis importants, le retour veineux à mi-cuisse en formant un sillon sur la racine du membre et préférer la chaussette, en vérifiant toujours l'absence d'effet garrot ; ne pas dépasser 3 à 4 h de chirurgie, etc.).

Par ailleurs, il faut savoir que plus il restera du tissu graisseux, plus les suites seront compliquées (surpoids persistant = risques généraux + suites locales avec cytotéatonecroses et écoulements surinfectés). Après 18 mois à 2 ans, la perte de poids est stable, elle ne progressera pas plus et il est temps de passer aux temps plastiques.

Il est important de ne pas perdre de vue que les pertes de poids massives

Silhouette

s'accompagnent de plis cutanés surinfectés favorisant les complications infectieuses aux sites opératoires, et que le poids des tissus adjacents aux excisions et la laxité cutanée généralisée expliquent aussi le positionnement final parfois inhabituel des cicatrices... Bien évidemment, toutes les complications peuvent se voir pour chaque geste, et la pratique d'excisions tissulaires associées, *via* des lipoaspirations plus ou moins importantes, majore aussi les risques de formation d'un 3^e secteur volumique postopératoire. Cependant, cette lipoaspiration participe au décollement, voire le remplace, et est utile au remodelage; elle reste donc nécessaire.

De façon générale, l'insatisfaction importante et les revendications, après cette chirurgie aux suites difficiles, restent en réalité rares sauf dans certains cas que nous allons aborder rapidement. Mais une grande satisfaction est tout aussi rare! L'insatisfaction majeure est souvent évitée car un lien étroit entre l'opérée, le chirurgien et son assistante-infirmière se forme lors du suivi régulier postopératoire des plaies, de leurs désunions ou de leurs écoulements. Les explications et l'énoncé des difficultés en préopératoire, tant à la future opérée qu'à l'entourage, restent aussi un point clef.

Pour expliquer, une fois la cicatrisation obtenue, le peu de grand bonheur ressenti par l'opérée (contrairement à celui observé après un lift cervico-facial, des implants mammaires ou une rhinoplastie), il faut se souvenir que si l'obésité est une maladie, qui touche donc une malade, la demande de réduction de la forme disgracieuse est souvent motivée par un souci esthétique, c'est-à-dire personnel, social et culturel. Ces patientes au psychisme et au contexte socio-économique souvent éloignés d'un état de santé correct présentent un mal-être, un isolement et de nombreuses anomalies de perception. L'objectif irréaliste d'obtenir un corps normal, voire joli, peut même exister. C'est pour cela que l'âge et la maturité jouent un rôle

important : les meilleurs résultats sur la reconnaissance des effets bénéfiques de la chirurgie plastique après temps bariatrique sont obtenus chez les femmes ayant élevé leurs enfants, travaillant et en tout cas bénéficiant d'un environnement au moins personnel stable et apaisé, et qui cherchent un confort vestimentaire, la disparition des plis qui macèrent et des irritations par frottement...

La jeune femme, amaigrie de quelques dizaines de kilos par bypass, de 18 ou 20 ans et même jusqu'à la trentaine, qui n'a pas fait le deuil de sa silhouette et de bien d'autres choses et qui peut même exprimer qu'elle a choisi cette démarche d'amaigrissement par chirurgie bariatrique parce qu'ensuite les interventions plastiques seraient gratuites (double malentendu : conquérir un corps normal et même joli et ne rien payer), sera souvent, pour peu que la cicatrisation soit épaisse comme cela se voit chez les individus les plus jeunes et pour certains phénotypes, extrêmement déçue et peu sensible à la répétition des explications : elle aura remplacé des plis et des volumes, voire seulement une zone de peau distendue, molle et vergeturée, par des cicatrices très longues et toujours visibles une fois déshabillée [3-4].

Même dans les jolis cas aux suites parfaites et au galbe très bien rétabli, il existe une déception chez les jeunes femmes car la maladie psychique, sociale et très personnelle de l'obésité ne sera pas guérie par le bistouri du chirurgien plasticien, qui est une méthode trop immédiate.

C'est peut-être là que se trouverait l'intérêt des temps de reconstruction de la silhouette très progressifs, sur de très nombreuses années, mais avec à courte échéance une impossibilité de poursuivre et une lassitude devant l'apparition des cicatrices aux divers sites opérés, faisant suite aux événements et aléas que nous allons maintenant expliciter.

■ Complications générales

Voyons d'abord les complications générales, rares en dehors de la perte sanguine :

>>> Les accidents d'anesthésie générale et de positionnement peropératoire sont très rares, mais leur possibilité doit faire choisir, autant qu'il est possible et raisonnable, de traiter les silhouettes très abimées en le moins de séances possibles.

>>> Les complications thromboemboliques, pouvant être mortelles et craintes à juste titre (les antécédents de ce type personnels et familiaux sont à prendre en compte dans l'indication) : nous choisissons de les prévenir en privilégiant l'aspect mécanique, alors qu'un excès de prévention médicamenteuse est source d'épanchements, de déglobulisation puis de suppuration et de désunion. La mobilisation passive par des bottes gonflables intermittentes, en peropératoire et jusqu'au premier lever, puis active à J0 ou J + 1, nous semble primordiale si ce n'est préférable à de fortes doses d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) commencées trop tôt.

Le thrombus est avant tout pelvien, intra-abdominal, et un long temps de chirurgie, d'anesthésie générale ainsi qu'un manque de remplissage en sont les causes probables. Le port d'une gaine abdominale, la suture d'un diastasis abdominal (souvent inutile pour le galbe dans ces morphologies où la graisse mésentérique est encore bien présente) sont également des facteurs d'hypertension qui gênent le retour veineux en comprimant la veine cave.

Nous avons, après bodylift, observé 2 accidents thromboemboliques avec migration :

– une embolie pulmonaire très distale chez une jeune amaigrie prenant du cannabis et beaucoup d'antalgiques : la cause semblait être une absence totale de mobilisation active au retour à domicile à J + 3 (malgré les consignes, la patiente

ne se levait pas du divan, se faisait nourrir au lit et utilisait un fauteuil roulant pour aller aux toilettes);

– une embolie massive avec un séjour en réanimation chez une patiente de 60 ans: l'enquête a montré un adénocarcinome utérin en cours d'évolution.

Enfin, nous avons observé une thrombophlébite jambière au 6^e jour postopératoire lors d'un contrôle et de l'ablation des sutures, l'opérée venant avec ses seringues d'HBPM accumulées pour qu'elles lui soient toutes administrées lors de ce RDV, n'ayant pas trouvé d'infirmière à ses dires pour s'en occuper... Les accidents thromboemboliques représentent bien moins de 1 % après bodylift et plastie abdominale.

>>> L'hypovolémie 3^e secteur et la déglutition mal tolérée: elles sont particulièrement fréquentes après bypass, geste extensif plastique sur la silhouette ou grande lipoaspiration. Il faut un suivi nutritionnel (vérifier l'hémoglobine et la protidémie en préopératoire) et prévenir de la possibilité réelle de transfusions postopératoires. De plus, la récupération est très lente sous traitement ferreux *per os*, le Venofer serait un peu plus efficace.

La perte sanguine est aussi en rapport avec les particularités capillaires et veineuses du derme chez les amaigris: la peau en grand excès est irriguée par des vaisseaux excessivement larges, nombreux et "très saignants". Une infiltration avec vasoconstricteur est donc très utile, tout comme une intervention rapide avec hémostase pas à pas (1 ou 2 aides). Cette hypovolémie est constante, les pertes sanguines réelles, en revanche la tolérance est très variable. L'indication de transfusion se posera sur le chiffre d'Hb et surtout sur la tolérance clinique. Lors de l'intervention et en postopératoire, il faut que l'anesthésiste assure un remplissage réel.

Dans une série personnelle communiquée à la Société française de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

(SoFCPRE) de 100 séances opératoires de chirurgie plastique extensive (bodylift, chirurgie combinée) du corps post-bariatrique, nous avons 2 % de transfusions après bypass chez des patientes jeunes qui n'avaient pas un suivi médical nutritionnel optimal (chiffre bas préopératoire de la protidémie).

>>> La complication septique générale ou locale avec répercussions générales: c'est la suite des petites complications locales mal gérées, insuffisamment drainées en l'absence de réouverture large par la ligne de suture encore fraîche les premiers jours en salle de pansement. Les poches de lymphorrhée ou les poches sanguines, avec lavage et méchage, seront reprises chirurgicalement si une évolution septique survenait. Le retard de ce geste chirurgical peut être source de cellulites infectieuses très graves, dont les augures sont la prescription d'une antibiothérapie aveugle après une simple ponction à l'aiguille ou devant une rougeur localisée, la fixation d'un RDV de contrôle pour dans quelques jours...

■ Complications locales

Elles sont marquées de façon très fréquente, entre 8 et 30 % des cas suivant certaines séries, par des désunions et des écoulements. Il est utile de dire aux patientes et à l'entourage que ces suites sont quasi obligatoires compte tenu de la taille des vaisseaux dermiques qui, comme la peau en excès, restent d'une taille phénoménale, avec des suintements postopératoires importants, saignements majorés par la nécessité de prévenir les phlébites par des doses même faibles d'anticoagulant.

Nous allons décrire les complications locales suivant les sites où elles sont le plus souvent observées [5].

1. Abdominoplastie et bodylift

Le bodylift étant une plastie abdominale recto-verso, les complications, en

particulier locales, sont au moins 2 fois plus fréquentes. Les nécroses cutanées sont très rares car il existe un excès de peau et peu de traction malgré des hauteurs d'excision importantes, sauf en haut du pli interfessier qui est soumis à un point fixe sous-jacent surtout si le dessin en V est trop fermé et la hauteur d'ablation cutanée importante pour le temps postérieur avec une suture ischémiant.

>>> La nécrose ombilicale: le pied graisseux doit être disséqué large si l'on veut traiter une petite hernie ombilicale par suture directe rapide. Il faut ouvrir sur un peu moins de la moitié de la circonférence du pied, au ras de la paroi, et suturer le collet par des points en U en chargeant la face profonde péritonéale de la paroi et en refermant cette minilaparotomie. Du fait des risques locaux septiques et des risques généraux accrus, nous ne réalisons pas de réparation par voile synthétique, de réparations complexes ni de suture des diastasis.

Ce sont les épanchements et leurs évacuations, inflammations et écoulements éventuellement suppurés, qui représentent le "gros du travail" en postopératoire dans cette chirurgie. Localement, nous n'avons pas de moyens bien efficaces de les prévenir. Les drains posés en peropératoire posent la problématique d'un séjour hospitalier plus long avec plus de risques généraux, d'un risque septique accru et des incidents des drains (rupture à l'ablation, débranchement, douleurs...). Nous sommes très fortement déçus par le capitonnage des décollements.

Finalement, hormis quelques cas de silhouette avec peu d'excès, nous considérons que la chirurgie des plis importants après amaigrissement se traite par excision-suture avec une très bonne hémostase dans un temps très rapide, après infiltration vasoconstrictive intensive. Une lipoaspiration des berges et de la zone d'excision est bénéfique, en diminuant les amas adipocytaires et les cytotéatonécroses.

Silhouette

>>> Les cicatrices : elles sont nécessaires pour supprimer des plis et de la peau en trop mais parfois disgracieuses, larges, épaisses, rouges, puis blanches et en creux, pigmentées parfois sur les peaux brunes, voire franchement pathologiques. Nous en connaissons tous la survenue assez aléatoire, tout comme l'inconstance de l'efficacité des traitements préventifs ou curatifs par injection *in situ* de corticoïde (attention au surdosage des injections sur les longues cicatrices des bodylifts : syndrome de Cushing) ou compression dont la réalisation est délicate. Le laser peropératoire préventif a probablement un intérêt pour la simple hypertrophie cicatricielle, mais son coût est peu adapté à cette population le plus souvent démunie. Les *doggy ears* sont très facilement prévenues ou traitées par excision et allongement des cicatrices.

Les cicatrices mal positionnées sont plus difficiles à corriger. Trouvées trop basses ou trop hautes par la patiente, elles ne permettent pas toutes les possibilités d'habillage de la garde-robe : le dessin doit être expliqué, avec photographies à l'appui. Cela ne suffit pas toujours, comme nous l'avons vu plus haut, pour éviter les déceptions en rapport avec les marques cicatricielles. Cette chirurgie est une chirurgie non pas pour se déshabiller, mais pour s'habiller, et sans pouvoir forcément choisir la coupe et la forme ! Ainsi, une très jeune femme qui vient en consultation préopératoire avec une silhouette vêtue près du corps très bien dessinée n'est pas une candidate optimale pour ce type de soins... Les excisions traitent les plis et les formes, la lipoaspiration les volumes : la peau reste distendue et les marques type capitons et encoches persistent.

2. Dermolipectomie des membres supérieurs

Au niveau axillaire, on observe une désunion mécanique plus que par nécrose ischémique pour la composante



Fig. 2 : Majorations de sillons transversaux des bras.

longitudinale brachiale interne : la cicatrice est souvent très rouge au début, pouvant rester épaisse et avec cytotéatonécrose de temps à autre. De façon exceptionnelle, si l'importance d'excision circonférentielle brachiale est excessive, on peut retrouver des complications nerveuses et des compressions vasculaires : l'absence de pouls distal en fin d'intervention doit faire désunir la ligne de suture et laisser en cicatrisation dirigée.

Si l'excision est trop proche des muscles, emportant le réseau de drainage lymphatique, œdèmes et lymphœdèmes apparaissent : il faut réaliser une avulsion au-dessus du plan du fascia *superficialis* pour le *bingo wing*, et une lipoaspiration pour le volume du bras. Pour la majoration des sillons transversaux sur la rondeur des bras perpendiculaires à l'axe longitudinal, le fuseau longitudinal d'excision doit être agrémenté à ces endroits d'un triangle en regard afin de réaliser une plastie locale en Y-V (fig. 2).

3. Dermolipectomie des membres inférieurs

On observe une désunion mécanique de la composante horizontale juxtapérinéale et de la jonction avec la partie verticale. Le traitement consiste en des soins d'hygiène simples et une cicatrisation dirigée. À cet endroit, cytotéatonécrose, thrombose de la saphène parfois surinfectée, écoulement et points septiques se voient. La persistance des bourrelets sus-rotuliens est à traiter par excision sus-rotulienne, qui gênera le port des jupes au-dessus des genoux !

Dans les cas de lymphœdèmes non exceptionnels et d'aggravation des phénomènes de ce type préexistants, nous conseillons la même prévention par excision assez superficielle, lipoaspiration et port de chaussettes de contention veineuse longtemps s'il existe des antécédents d'œdèmes de cheville. Les désunions inflammatoires sont la règle en juxtapérinéale, les éventuels fils de

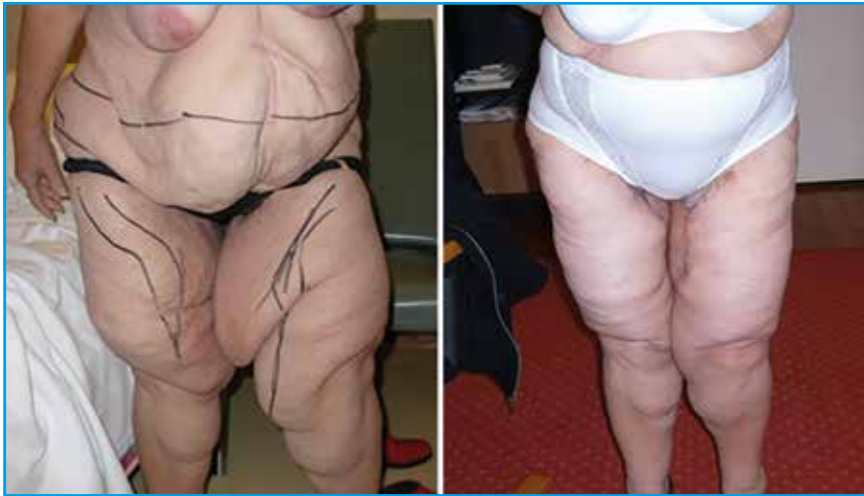


Fig. 3 : Dermolipectomie cuisse et ventre, après perte de 58 kg.

suspension sont exposés dans ces cas de cuisse très lourdes, leur intérêt est assez théorique (fig. 3).

4. Chirurgie mammaire de réduction et seins axillaires

Pour les seins axillaires, il faut pratiquer une excision modelante de surface, sans rentrer dans la graisse plus jaune et épaisse du creux axillaire lymphatique, et une lipoaspiration périphérique. Pour les seins, il s'agit de seins gras, lourds et très tombants, et il faut privilégier des techniques simples aux dessins pré-établis sans aucun décollement, avec un lambeau porte-aréole désépidermisé large (ratio I/L = 1/3-1/4, par exemple 9 à 10 cm de large et 30 à 40 cm de long au besoin), amenant une plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) bien plus large que d'habitude, mais de toute façon réduite par rapport à celle d'origine et adaptée aux seins remodelés et au thorax large. Nous ne pratiquons pas de greffe de principe de la PAM, mais avons déjà été amenés à réaliser, en fin d'intervention, une greffe unilatérale de PAM après excision du bas du lambeau porte-PAM, du fait d'un aspect engorgé ne cédant pas aux ponctures et à l'héparination locale du tétou.

Surtout, les bâts et les sutures doivent être suffisamment lâches pour ne pas

avoir un sein tendu et dur en postopératoire immédiat. Il faut concevoir la plastie mammaire comme une excision d'un fuseau vertical, avec préservation de la PAM sur un large lambeau désépidermisé et une excision en fuseau horizontal. Avec une bonne infiltration, il est possible de réaliser cette intervention en 45 min. Une variante intéressante est de réduire le volume mammaire par lipoaspiration sur les seins en involution adipeuse et de traiter par excision et désépidermisation l'excès cutané. Il est d'ailleurs assez difficile d'adapter le contenu final au contenant dans ces cas, et les seins risquent de rester très flasques...

5. Chirurgie mammaire de cure de ptôse sans augmentation prothétique

Le sein est vidé, et le volume restant après excision de la peau en excès peut être trop petit pour la patiente. Une greffe grasseuse associée est souhaitable : il s'agit d'une intervention aux suites simples, hormis le point du volume et de la flaccidité persistante à bien expliciter avant. Notons que la technique dite verticale pure, qui a notre préférence habituellement, n'est pas adaptée le plus souvent car l'excès cutané est important et le pouvoir rétractile de la peau est si diminué que le pli "minime et qui doit se



Fig. 4 : Réduction du poids de 27 kg, cure de ptôse, seins toujours un peu mous.

résorber au niveau du sillon sous-mammaire" est en fait assez volumineux et persistant.

Nous proposons, s'il existait une demande de cicatrice courte (qui comme vu plus haut est en fait un signe orientant vers une non-indication), de régler suivant notre jugement cette oreille inférieure par excision en fin d'intervention, ou sinon de la reprendre 6 mois après, sous anesthésie locale en salle de pansement, avec des honoraires spécifiques sans participation de l'Assurance maladie (fig. 4).

6. Chirurgie mammaire avec implants et remodelage mammaire

Du fait des grands excès cutanés, la seule bonne façon d'obtenir un galbe correct avec absence de descente de l'implant est une cicatrice d'emblée en T inversé. Aucune

Silhouette

indication d'intervention péri-aréolaire + prothèse, qui est de façon générale une mauvaise intervention, et dans ces cas une très mauvaise intervention !

7. Plis du tronc, réduction mammaire chez l'homme

Ils sont traités par excisions-sutures, en plaçant la cicatrice résultante à l'endroit du sillon naturel sous-mammaire, ou inter-plis et lipoaspirations périphériques et, pour le complexe aréolo-mamelonnaire chez l'homme porteur d'une ptôse mammaire après amaigrissement, reconstruction par greffe de la PAM. Les épanchements lymphatiques sont très fréquents, leurs surinfections non rares mais les cicatrices sont souvent fines et blanches (*fig. 5*).



Fig. 5 : Combiné ventre + sein (greffe des PAM).

POINTS FORTS

- Les complications de la chirurgie plastique après perte de poids massive sont avant tout locales, fréquentes et impressionnantes mais aisément traitées à défaut de ne pas pouvoir récuser de principe les grands amaigris.
- Les facteurs de risques reconnus sont : une perte de poids très importante avec des plis très macérés, mais plus il restera du tissu graisseux, plus les suites seront compliquées (surpoids persistant = risques généraux + suites locales avec cytotéatonecroses et écoulements surinfectés).
- Les reprises précoces des sites opératoires évitent les répercussions générales ou locorégionales (cellulites infectieuses).
- Le terrain psychique des obèses et ex-obèses, porteurs d'une maladie générale, physique, sociale, souvent familiale et psychologique, est parfois source de déception.
- Cette chirurgie plastique doit être présentée comme une chirurgie pour mieux s'habiller et la pratique de chirurgies itératives, aux résultats esthétiques très modestes lors du déshabillé, acceptée par les opérés afin de parvenir à un résultat.

8. Retouches de cicatrices, greffes graisseuses, retouches de lipoaspiration, petite excision complémentaire

Elles font partie des temps habituels. En chirurgie plastique post-bariatrique, l'origine de ces reprises localisées et légères étant régulièrement une chirurgie avec prise en charge de la Sécurité Sociale, elles sont également prises en charge au titre d'une correction d'une imperfection et permettaient jusqu'il y a peu de poursuivre le traitement des sites non encore traités lors d'un temps précédent, hors nomenclature et en s'affranchissant de la TVA.

Actuellement, l'origine de la chirurgie même non prise en charge par la Sécurité Sociale étant parfaitement en rapport avec une pathologie, l'obésité morbide réduite, la TVA n'a plus lieu d'être appliquée sur la chirurgie mammaire de ptôse post-bariatrique par exemple...

Conclusion

Finalement, pourquoi un tel exposé qui semble indiquer que la chirurgie plastique post-bariatrique est marquée de nombreuses complications : c'est d'une part que la demande est importante et que les suites doivent en être connues (*fig. 6*) et, d'autre part, que la réalisation de cette chirurgie plastique post-bariatrique a diminué depuis les mesures gouvernementales de 2013 qui ont désolvabilisé en pratique libérale les patientes, ne permettant plus d'apporter ces soins à la population des amaigris avec des moyens suffisants et des conditions optimales.

Pour autant, cette chirurgie à risque est toujours demandée mais réalisée pour des coûts très supérieurs en milieu hospitalier public (du fait des tarifs très importants) à ceux de la clinique privée (y compris les honoraires nécessaires à la réalisation des soins).



Fig. 6 : Suites locales banales, pas de complication générale.

L'organisation du cursus d'enseignement chirurgical est faite de telle sorte que ce sont maintenant les chirurgiens les moins expérimentés, les plus jeunes, plein d'allant, qui sont chargés de ce service aux patientes. La réalisation technique en est simple mais l'évaluation du cas et la prise en charge des

suites, nous l'avons vu, compliquées. Notre serment médical implique le partage des connaissances, qui ne sont pas que techniques, afin d'assurer la réalisation médicale de cette chirurgie qui demande surtout beaucoup d'expérience et d'éviter à ces patientes des parcours très difficiles.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALY AS, CRAM AE, CHAO M *et al.* Belt lipectomy for circumferential truncal excess: the University of Iowa experience. *Plast Reconstr Surg*, 2003;111:398-413.
2. FAVRE S, EGLOFF DV. Chirurgie de la silhouette chez l'ancien obèse. *Rev Med Suisse*, 2005;1:30551.
3. BONDOLFI G, ALBERQUE C, LYMPEROPOULOU F *et al.* Chirurgie bariatrique: enjeux psychiatriques avant et après l'intervention. *Rev Med Suisse*, 2017;13: 367-370.
4. BRUANT-RODIER C, BODIN F, SCHOHN T *et al.* Could breast remodeling after bariatric surgery be reasonably qualified as aesthetic surgery? *E-Mémoires de l'ANC*, 2016;15:037-039.
5. UT Southwestern Medical Center. Massive weight loss increases risk of complications in body-shaping surgery. *ScienceDaily*, 25 septembre 2014.

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



I Seins

Malposition et complications des prothèses mammaires

RÉSUMÉ : Les polémiques ne manquent pas actuellement en matière d'implants mammaires !

Dès le départ, nous sommes confrontés à quelques choix délicats pour lesquels les patientes, surinformées par leurs explorations tatillonnes du web et des forums féminins, veulent avoir un droit de regard. Le choix et le placement parfait des prothèses mammaires n'est pas un problème simple à résoudre. La qualité des prothèses, perpétuellement remise en question et suspecte de créer des complications graves (LAGC), justifie une attention particulière.

D'où cet article reprenant un ensemble de soucis liés à la technique chirurgicale employée et aux événements indésirables en postopératoire immédiat et secondaire. Mais la filière des prothèses en silicone ne paraît pas menacée dans un futur proche par une autre technique technologiquement différente, supérieure ou alternative fiable, hormis le réel progrès apporté par la conjonction ou la répétition d'un lipofilling mammaire quand il est possible.



V. MITZ
Chirurgien plasticien et esthétique,
PARIS.

Dès le départ, nous sommes confrontés à quelques choix délicats pour lesquels les patientes, surinformées par leurs explorations tatillonnes du web et des forums féminins, veulent avoir un droit de regard. Le choix et le placement parfait des prothèses mammaires n'est pas un problème simple à résoudre :

- placement pré ou rétromusculaire ;
- forme ronde ou anatomique des implants (12 formes différentes !) ;
- gel ou sérum physiologique ;
- lisses, texturés, macro, micro ou couverts de polyuréthane ;
- plutôt plats, projetés ou hyperprojetés : *“That is the question!”* Mais cela fait beaucoup de questions...

Le choix est néanmoins assez simple au départ, avec l'expérience de chacun et les écoles de formation, mais compliqué par les variations anatomiques parfois déroutantes de l'insertion du muscle grand pectoral :

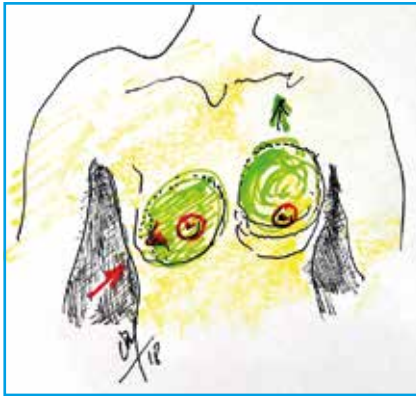
- peau fine sans couche graisseuse : prothèses en position rétromusculaire ;

- graisse et glande abondante : prothèses en position rétroglandulaire.

Quant à la forme idéale des implants – anatomiques, ronds, symétriques ou asymétriques gauche-droite –, c'est plus une affaire de croyance, car toutes les études à long terme ont montré l'impossibilité de discerner la forme initiale après 10 années d'évolution.

Mais en réalité, le problème est beaucoup plus complexe que cela. D'abord, de multiples déformations anatomiques peuvent être rencontrées, et une asymétrie gauche-droite thoraco-musculaire est extrêmement fréquente. De plus, l'évolution de la poitrine refaite 8 à 10 ans après l'implantation des prothèses peut engendrer des anomalies qui étaient imperceptibles au début : une ptôse mammaire vient souvent abîmer le superbe résultat initial et dévaster le moral de la patiente.

Dans ces conditions, l'analyse préopératoire se doit d'être vigilante et très



Prothèse trop haute d'un côté.



Prothèses mammaires formant des vagues.



Prothèse mammaire retournée, le devant arrondi passe derrière, avec aspect aplati du sein.

précise, et les indications de positionnement des implants prennent toute leur importance. En cas de malposition postopératoire, l'indication chirurgicale n'est pas très simple à poser et nous envisagerons plusieurs schémas thérapeutiques possibles. Enfin, le progrès récent introduit par Éric Auclair, qui est la possibilité de faire un lipofilling contemporain de la mise en place des implants mammaires, représente à la fois une solution à des problèmes délicats que nous ne savions pas résoudre auparavant, mais aussi une source de complications en cas de mauvaise prise de la graisse injectée ou d'asymétrie persistante.

■ La faute à qui ?

Dans un monde pétri de récriminations et de plaintes juridiques plus ou moins justifiées, il incombe au chirurgien qui a mis en place les prothèses mammaires d'avoir un jugement médical impartial pour déterminer quelle est la raison la plus vraisemblable des anomalies dont la patiente se plaint, et quelle pourrait être la méthode la moins coûteuse et la plus efficace pour pallier son problème.

C'est plus facile à dire qu'à faire, car il n'est pas toujours évident d'arriver au diagnostic précis avec un simple examen clinique et une palpation. Il faudra savoir s'aider dans certains cas d'examen

complémentaires, notamment d'échographie, de mammographie, de scanner ou d'une IRM.

Il apparaît qu'il n'est pas facile de rassurer les patientes, en disant que *"tout va bien madame, c'est normal que vous ne soyez pas identique des 2 côtés, car jamais personne n'est pareil des deux côtés avant !"* Cette assertion ne fonctionne pas vraiment bien en pratique clinique. C'est pourquoi nous allons envisager les différents facteurs qui peuvent jouer dans l'insatisfaction de la patiente concernant la morphologie obtenue après implant mammaire.

1. La faute à la patiente qui est asymétrique avant l'opération

C'est la situation la plus fréquente, on peut même dire constante en matière de chirurgie thoracique. L'asymétrie peut être liée à plusieurs composants :

- une asymétrie transversale : l'hémithorax est plus large d'un côté que de l'autre ;
- une asymétrie des plans costaux : une base thoracique est plus enfoncée que l'autre, les bases d'implantation mammaire ne sont donc pas au même niveau ;
- une asymétrie musculaire des muscles pectoraux plus ou moins développés d'un côté. Il y aura une conséquence immédiate si on a implanté les prothèses en rétromusculaire ;
- une asymétrie au niveau des sillons sous-mammaires, qui ne sont pas à la

même hauteur ou qui sont décalés l'un par rapport à l'autre ;

- une scoliose importante qui entraîne une déviation de la colonne vertébrale et des plans thoraciques.

La correction de ces malformations ou déformations est assez compliquée, en tout cas pas facile du tout au cours de la première opération. Il convient de prévenir ces patientes qu'il y aura une asymétrie, pas pire que celle qui préexistait mais que la patiente ne remarquait même pas le plus souvent. Elle en sera beaucoup plus concernée en postopératoire car il se produit une rupture dans la perception de l'image de son corps, et l'insatisfaction s'installe irrémédiablement.

Il est toutefois possible de pratiquer des corrections secondaires en cas d'asymétrie très importante, tout dépendra de la situation constatée. Il sera toujours plus facile de remonter le sein qui se trouve un peu en retrait ou trop relevé par un geste approprié, au mieux sous anesthésie générale : il n'y a que les petits lipofillings compensateurs qui peuvent être pratiqués sous anesthésie locale en ambulatoire. Dès qu'un décollement chirurgical est nécessaire, le risque d'hématome postopératoire est présent et la patiente doit être prévenue qu'un drain, avec une hospitalisation de sécurité de 24 h, peut être indiqué.

I Seins

2. La faute à l'implant prothétique

Il ne paraît pas raisonnable d'imputer à l'implant prothétique la responsabilité d'une malposition, car c'est le chirurgien qui crée la loge et met en place la prothèse. Néanmoins, deux complications de position paraissent particulièrement intéressantes à signaler :

>>> Le retournement de base vers le haut des prothèses mammaires anatomiques

Dans le cas où la patiente présente une peau assez laxo et que la prothèse a été mise en place en position rétroglандаire, il peut se produire une migration du pôle nord de la prothèse : la partie la plus fine se retrouve en bas alors que la partie ventrue se retrouve en haut. La patiente se rend compte immédiatement qu'une anomalie s'est produite au niveau de sa poitrine.

Le retournement et la remise en place de la prothèse par manœuvre externe doit être tentée d'abord en consultation, mais n'est pas toujours couronnée de succès. Dans ces conditions, une réintervention sera nécessaire, avec parfois un changement de loge et un passage en rétro-musculaire.

>>> Le retournement d'arrière en avant des prothèses mammaires tiers de sphère symétriques

La patiente se rend compte instantanément du changement de forme. Elle perçoit la saillie latérale de la bordure de la prothèse car la face plate se retrouve en avant alors que la face bombée a migré vers l'arrière. Ayant eu à traiter plusieurs cas de ce type, consécutifs à une perte de poids, une perte du volume graisseux mammaire ou une distension qui est survenue quelques années après l'implantation des prothèses, j'ai tenté la remise en place par manœuvre externe. Il existe deux axes de rotation possibles :

- soit vertical ;
- soit horizontal, lorsque les côtes sont très courbes vers l'arrière dans un plan frontal.

Il convient de comprendre comment la prothèse a tourné pour lui faire effectuer le chemin inverse pour la remettre en place, parfois avec difficulté ! Mais j'ai réussi la plupart du temps, par manœuvre externe, à replacer ces prothèses en bonne position sans avoir à les changer. J'ai alors conseillé le port de soutien-gorge compressif pendant une semaine et j'ai appris à certaines patientes à retourner leur prothèse elles-mêmes si cette dernière se retourne inopinément. En cas de récurrence de retournement des implants, ce n'est pas à mon avis un motif suffisant pour changer les prothèses.

>>> Les plis et les vagues apparaissant en sous-claviculaire

Cette déformation est liée à une détente de la peau, ce qui autorise les prothèses remplies incomplètement de gel de silicone assez fluide à condenser leur contenu sous forme de colonnes espacées par des creux à la partie haute, et des cornes de se former au niveau du quart inférieur des implants. Le traitement de cette déformation est difficile. L'idéal serait la prévention, il faudrait que tous les fabricants aient à notre disposition des prothèses remplies de gel de silicone ultra-cohérent et résistant, avec un remplissage proche des 100 %. Il n'y a que quelques fabricants qui actuellement proposent des prothèses sur-remplies et à gel très cohérent. L'inconvénient des gels très fermes est que l'introduction de ces prothèses est plus difficile, et que leur palper révèle l'existence de corps étranger et non pas de seins de consistance très naturelle.

Dans mon expérience, la correction des plis par un remplissage sous-cutané de graisse (lipofilling) n'a pas donné les résultats escomptés et n'a pas totalement supprimé le problème. Une réintervention peut s'imposer avec un changement de prothèse si la patiente ne supporte pas l'existence de ces plis, fort laids au demeurant, plis qui apparaissent quand elle se déshabille ou se penche en avant.

3. La faute au chirurgien

Notre responsabilité est-elle systématiquement en cause en cas de défaut esthétique après augmentation mammaire ? Juridiquement, cela est à craindre, mais tant d'aléas et d'événements contraires imprévus peuvent perturber notre acte et notre bonne volonté, et ce n'est pas forcément à cause de nous que la majorité des imperfections se manifestent...

>>> Une mauvaise analyse préopératoire

C'est certainement la cause principale de toutes les erreurs techniques que nous sommes amenés à faire. L'utilisation d'un centimètre ne remplace pas une vision globale de l'apparence du thorax et des seins. Le repérage des pôles supérieur et inférieur de chaque sein est malaisé si on ne marque pas les plis sus et sous-mammaires.

La mesure qui me paraît la plus fondamentale est celle du diamètre de chaque sein car cela va conditionner le diamètre maximal de la prothèse que l'on va implanter. Une seconde mesure est importante, c'est le futur placement des aréoles mesurées en centimètres le long du méridien de Galtier, qui commence à 5 cm en dehors du bord interne de la clavicule et non pas du creux sus-sternal. Enfin, la dernière mesure essentielle et celle de la position des sillons sous-mammaires et de leurs différences gauche-droite.

>>> Une mauvaise voie d'abord

C'est une erreur à ne pas commettre, notamment si l'on décide de passer par une voie d'abord dont on n'a pas l'habitude !

● La voie axillaire

Cette voie a ma préférence depuis les années 1980, exactement dans un pli de l'aisselle et non pas au bord du grand pectoral. Peu utilisée, elle expose à des déconvenues : c'est le cas de ceux qui n'ont pas une expérience d'un abord

Patiente 1

Hypoplasie majeure avant.



Vue de ¾ avant.



Vue avant.



Prothèse gauche trop haute et encoquée grade 2, 1 an après.



Vue de ¾ après.



Après, notez-le bombé supra-mammaire.

axillaire et du passage rétro glandulaire. Le passage rétro musculaire est beaucoup plus facile par cette voie car il suffit d'aborder le gril costal et de le suivre, en passant de plus sous le petit pectoral. L'avantage est qu'il y a besoin de peu d'hémostase si on avance par écartement sans sectionner, abordant l'espace de destination progressivement à l'aide du dissector courbe (sabre de Greco-Mitz).

● Les autres voies d'abord

Mais quelle que soit la voie d'abord, l'essentiel est de faire une loge suffisante pour maintenir la prothèse stable, et pas trop grande sans dépasser le sillon sous-mammaire vers le bas (ce qui entraînerait automatiquement un phénomène de *sagging*). Les autres voies d'abord hémi-aréolaire inférieures ou sous-mammaires sont en général moins complexes à utiliser et exposent donc à beaucoup moins de complications, ce qui explique pourquoi elles sont les favorites de la majorité des chirurgiens

esthétiques en matière d'augmentation mammaire.

>>> Un mauvais choix de types de prothèses

N'importe quelle prothèse n'est pas adaptée à toutes les patientes ! Pour chaque cas particulier, il faut raisonner et choisir la prothèse qui est la plus adéquate. Beaucoup d'entre nous exposent à la patiente les différentes possibilités techniques et les différentes formes utilisables, en demandant à la patiente de choisir. Cela est notamment le cas lorsque les patientes ont beaucoup étudié les sites internet et exposent les propositions contradictoires des collègues qu'elles ont déjà consulté.

Je trouve personnellement qu'il faut expliquer puis influencer la patiente dans son choix de prothèses : pourquoi le chirurgien fait ce choix pour elle, les avantages qu'un type particulier de prothèse possède dans son cas, le pourquoi

du choix entre prothèse anatomique et ronde symétrique, une forme plus ou moins projetée – toutes ces décisions dépendent étroitement de notre expérience, beaucoup plus que des photos que les patientes auront vu sur la toile ou de cabines d'essayage de prothèses en réel ou en 3D, car les seins des sites et des programmes ne ressemblent pas aux leurs !

C'est néanmoins normal de respecter la vision de sa future poitrine chez la patiente très déterminée, qui est maîtresse de la taille et de la forme générale à obtenir, désirs qu'elle indique sur des exemples pour mieux nous expliquer sa demande.

>>> Une mauvaise loge

C'est la création d'une loge satisfaisante en largeur et en projection qui constitue l'essentiel du travail, permettant d'obtenir ensuite une prothèse bien placée ayant une forme agréable. Pour créer

I Seins

cette loge, chaque collègue à sa façon particulière de procéder : **dissection** sous lumière froide, création d'une loge exsangue sous bistouri électrique, utilisation de la rugine de Slama, etc. Certains utilisent comme moi un simple dilateur tel que le sabre de Greco (dont j'ai modifié un peu la forme grâce à un fabricant d'instruments français), d'autres ne jurent que par une dissection prudente et progressive grâce à la mise en place d'une endoscopie ou d'une dilatation au ballon à air comprimé.

L'hémostase de la loge est un temps essentiel qui prend du temps, car si elle est mal faite un hématome géant post-opératoire peut se produire, obligeant à une réintervention en urgence dans les 6 h qui suivent. Enfin, **la symétrie de la loge** que nous fabriquons doit être bien vérifiée, de façon à ce qu'en postopératoire il ne se produise pas une asymétrie des implants du fait d'une loge trop importante, avec migration au niveau de la région axillaire, sous-mammaire ou médio-sternale.

>>> Une mauvaise surveillance

Elle peut entraîner des complications postopératoires inattendues :
– hématome géant ;
– infection précoce avec des signes généraux locaux de sepsis ;
– réouverture de la plaie, exposition de la prothèse par manipulation intempestive par une patiente dépressive et auto-agressive.

C'est pourquoi la mise en place d'un pansement facile à retirer pour surveiller la plaie et ne pas masquer les signes locaux d'évolution inflammatoire ou infectieuse est si importante. Cette nécessité de surveillance plaide (quand cela est possible et peu onéreux) pour l'hospitalisation de la patiente pendant la première nuit postopératoire, ce qui permet un suivi sécurisé.

De plus, quand la patiente est opérée en ambulatoire, elle a tendance à décoller

les pansements pour aller voir ce qui se passe en dessous et prendre des douches trop précoces, avec le risque de la création de lacs sous-cutanés liquidiens venus de la douche, dont l'eau est passée au travers des lèvres de la plaie fraîche pas encore étanchéifiée.

>>> Une mauvaise cicatrisation

Il est assez fréquent de constater un caractère rétractile pour certaines cicatrices, c'est notamment le cas des cicatrices axillaires. Elles deviennent tendues et soulignées par un cordon fibreux rétractile, évoquant une maladie de Mondor. Cette rétraction sous-cutanée, qui va du coude à l'aisselle sous forme d'un cordon dur et inquiétant, apparaît au bout de 3 semaines et va spontanément disparaître en 6 semaines environ, sans traitement particulier ni massage ou infiltration.

>>> La persistance d'un corps étranger oublié (textilome)

Cette complication n'est pas si rare, quelques cas sont rapportés chaque année par les compagnies d'assurance. La cause est le caractère hémorragique de l'intervention : plus la patiente aura tendance à saigner, plus on va utiliser de compresses, une aspiration murale et la coagulation. Il est possible qu'à la fin de l'intervention, une compresse soit oubliée, car le fait de les compter peut laisser la place à l'erreur humaine malgré toutes les précautions.

Les signes cliniques d'un textilome sont :
– existence d'une tuméfaction persistante un peu indurée latérale ou interne au niveau du sein qui a été augmenté ;
– cette masse est douloureuse et ne disparaît pas après la 6^e semaine. On peut penser à un hématome enkysté, mais il vaut mieux alors pratiquer une échographie ou une IRM qui permettra de savoir s'il s'agit d'une induration creuse, contenant des caillots sanguins, ou s'il s'agit une image hyperdense et irrégulière caractéristique d'un corps étranger oublié.

Réopérer au plus vite est absolument indispensable pour aller enlever ce corps étranger. Il vaudra mieux être franc avec la patiente et lui expliquer qu'il y a eu un problème afin que le différend potentiel soit tout de suite réglé à l'amiable.

Des complications tardives peuvent toujours apparaître

>>> La différence gauche-droite majeure

Il faut se résoudre à reprendre chirurgicalement s'il s'agit d'une mauvaise opération ou d'une opération qui n'a pas respecté la symétrie des loges. De petites différences peuvent être corrigées par des séances de lipofilling.

>>> La prothèse qui ne descend pas

Un hématome collecté au pôle inférieur de la prothèse constitue une sorte de lit surélevant la prothèse, il peut disparaître spontanément. Le plus souvent, la cause est une erreur dans la confection de la loge au moment de l'intervention. Passé le 4^e mois, il faut envisager une reprise chirurgicale et vérifier par échographie et IRM s'il n'y a pas un textilome responsable de cette anomalie.

>>> L'apparition d'une coque précoce et empirant, non homogène

Cette coque aiguë entraîne une distorsion du sein avec des placards plus durs à certains endroits et un bombé anormal au niveau du segment 1 et 2. Elle peut être liée à une infection à bas bruit, un biofilm septique ou à un hématome mal résorbé. Une ré-exploration avec reprise chirurgicale, coquatomie équatoriale et lavage de la prothèse et de sa loge est indiquée, mais elle ne donne pas toujours le résultat escompté et expose à la récurrence.

>>> L'existence de "cornes"

Ces petits pics qui inquiètent la patiente témoignent de l'apparition d'une coque plicaturant la prothèse. Les cornes

Patiente 2

Hypoplasie et ptôse asymétrique.



Avant de ¾.



Après : grande asymétrie avec ectopie des aréoles.



Après : très insatisfaite et récriminatrice à cause de l'asymétrie de position des aréoles.

peuvent créer une menace pour la peau, dont l'érosion progressive va entraîner l'exposition de la prothèse. Les patientes s'inquiètent et exigent une reprise chirurgicale, d'où l'indication d'une coquettomie large et d'un agrandissement de la loge périprothétique. Mais la récurrence peut se produire, liée peut-être à l'intolérance de la patiente aux produits siliconés.

>>> Le rejet de la prothèse

Sous forme d'une coque de grade Baker 3 ou 4 : la prothèse devient une boule tendue sous la peau, hémisphérique devenue sphérique, entraînant des moqueries quand la patiente se promène sur la plage les seins dénudés ! Il faudra alors discuter avec la patiente réticente de l'ablation des prothèses et de leur remplacement volumétrique par un lipofilling, si par chance elle a des réserves de graisse utilisables.

>>> Des vagues périprothétiques à distance de l'implantation

C'est l'un des soucis les plus actuels en matière de prothèses mammaires : elles sont remplies à 80 % et les tissus de recouvrement de la patiente se ramollissent avec le temps, ce qui entraîne l'apparition de vagues au pôle nord de la prothèse. Le lipofilling périphérique par les auteurs d'une augmentation mammaire hybride est parfois vain, car les vagues se reproduisent à terme et imposent une réintervention avec changement de prothèse de volume plus important, de remplissage supérieur à 95 % au moins avec un gel plus ferme.

>>> Le retournement de la prothèse ronde

Cet incident méconnu angoisse beaucoup les patientes qui remarquent soudain au réveil que la forme de leurs seins a changé ! En réalité, ce changement

d'apparence est sans gravité. Il survient parce que la loge périprothétique est devenue un peu grande, parfois la peau de recouvrement est devenue excédentaire. Les prothèses modernes n'adhèrent pas aux tissus périphériques, ce qui a l'avantage de diminuer le risque de LAGC (lymphome anaplasique à grandes cellules).

Le repositionnement est plutôt facile, si on a compris dans quel sens la prothèse a tourné, soit verticalement et horizontalement, la face arrière se mettant devant : il suffit de faire parcourir le même chemin à l'envers pour la replacer de façon satisfaisante. Point n'est besoin d'une anesthésie ni d'une intervention au bloc opératoire, la remise en place s'effectue au cabinet.

>>> L'infection tardive

Cette complication demeure un réel problème, car il y a des infections tardives qui sont survenues des années après l'implantation initiale. On a incriminé la persistance de germes microbiens dans les conduits galactophores ou dans les villosités ultramicroscopiques des parois prothétiques, ou bien une infection secondaire à la suite d'une angine ou d'un abcès corporel présent à un autre endroit du corps, avec migration des germes autour du corps étranger qui est représenté par la prothèse mammaire...

Dans ce cas redoutable, il est malheureusement impossible de conserver la prothèse en place, il faudra accepter d'en faire l'ablation. Celle-ci sera suivie d'une période de repos de quelques mois, avec une reconstruction au bout de 3 à 4 mois sous couvert de protection antibiotique (après antibiogramme initial) per et postopératoire.

>>> L'augmentation subite du volume du sein

Cette complication a été rapportée par plusieurs auteurs, et concerne essentiellement les prothèses qui sont en hydrogel plutôt que celles qui sont remplies en gel

Seins

de silicone, bien que quelques cas sporadiques aient été décrits. On a incriminé un hématome tardif, post-traumatique brutal, qui serait survenu soudainement ou une rupture de la prothèse (au temps des PIP) entraînant un épanchement périphérique. On a mentionné aussi une lymphorrhée tardive ou une infection à bas bruit se manifestant soudain. Mais le diagnostic le plus redoutable actuellement est dans tous les cas **le lymphome anaplasique à grandes cellules**, qui semble consécutif aux implants mammaires à texturation chevelue.

Un prélèvement du liquide périprothétique avec analyse histologique est indispensable après IRM pour vérifier si la prothèse est rompue ou non. Le geste d'exploration sera suivi d'une ablation des implants et d'un traitement anticancéreux ajusté selon le cas. S'il n'y a pas de cellule tumorale retrouvée, une remise en place d'implants sera possible pour conserver l'acquis esthétique. Dans le cas contraire, l'ablation des prothèses est indispensable accompagnée d'un traitement spécifique pour pathologie tumorale grave.

>>> La lymphorrhée à distance

Après plusieurs années paisibles, un des deux seins gonfle brutalement, entraînant panique, angoisse et consultation en urgence. Une lymphorrhée bénigne a été décrite après quelques cas d'augmentation mammaire, avec apparition plusieurs années après l'intervention initiale. Il est toujours nécessaire de

vérifier si l'implant n'est pas rompu par mammographie et IRM afin d'intervenir à temps pour évacuer la lymphe surprenante, nettoyer la loge et changer les implants des 2 côtés.

>>> La rupture de l'implant vérifiée sur le scanner ou l'IRM

Dans les statistiques publiées contemporaines, la rupture de l'enveloppe des implants est très rare avant la 8^e année, qui semble être le début des événements indésirables. Ces événements augmentent ensuite en fréquence entre la 10^e et la 20^e année postopératoire et imposent un changement d'implants au moindre doute. Mais le gel de silicone plus cohérent entraîne moins de migrations dramatiques, comme autrefois dans les années 1990. Nous n'envisageons pas ici le problème des implants PIP qui sont traités selon un protocole bien connu et organisé par les pouvoirs publics.

Aussi, en cas de rupture précoce des implants (entre 1 et 4 ans postopératoires), il est nécessaire d'en faire le diagnostic à l'occasion d'un signalement d'une anomalie (lymphorrhée subite, douleur inhabituelle, inconfort angoissant, etc.), essentiellement par les examens complémentaires type scanner ou IRM. Si la rupture est suspectée, il convient de proposer une intervention réparatrice avec changement des deux implants par précaution, et de négocier avec le laboratoire qui a fabriqué des implants la mise en place gracieuse d'une nouvelle paire de prothèses. Les

anciennes partiront à l'analyse, renvoyées au fabricant, et signalées par le bloc ou le praticien sur le registre des événements contraires en matière d'implants mammaires. Ce registre n'est pas encore national, mais il est bon que la clinique en possède un.

Faut-il systématiquement changer d'implant en cas de complication et de reprise chirurgicale ?

De nombreux collègues penseront que ce n'est pas toujours indispensable. Certains imaginent même que l'on peut garder les implants bien nettoyés en cas d'infection périprothétique. La décision est surtout prise pour ne pas pénaliser financièrement les patientes.

Mais il paraît irresponsable – devant une infection avérée et prouvée localement par prélèvement bactériologique, culture et antibiogramme – de choisir cette mauvaise solution de conserver les implants : leur biofilm contaminé pourrait de nouveau prêter naissance à une infection secondaire, car le nettoyage de la prothèse et de la coque périprothétique interne, de façon totalement stérilisante au bloc opératoire, est quasi impossible !

Dans les autres cas d'infection crainte mais pas prouvée, quand les prothèses sont récentes et de moins de 5 ans, leur conservation n'est pas forcément une mauvaise idée. Le risque est surtout juridique, car conserver des prothèses

Patiente 3



Avant la reprise pour vagues et douleurs périprothétiques, après 1 an d'évolution.



Les prothèses partiellement calcifiées retirées.



Aspect à 1 an après la reprise, coquettomie, changement d'implants (+ 50 cc par côté).

Patiente 4

A: asymétrie mammaire peu importante après allaitement, refus de lipofilling, demande d'augmentation mammaire profonde par implant hémisphérique de 280 cc. B: avant de $\frac{3}{4}$. C: après augmentation asymétrique bilatérale, bel aspect dans le soutien-gorge. D: après, le résultat est contesté par la patiente car la prothèse gauche est restée trop haute. Pas de reprise chirurgicale (par mes soins!). E: après de $\frac{3}{4}$.



infectées est une faute au sens de la responsabilité médicale, qui impose leur ablation. Tout dépend de la qualité de ces prothèses, de leur marque et des statistiques d'événements contraires que la firme a pu produire avant l'intervention.

Les prothèses actuelles, notamment celles fabriquées en France, sont de qualité supérieure et devraient résister entre 15 et 20 ans en postopératoire, et non plus seulement pendant 10 ans. L'avenir nous dira si les progrès techniques des fabricants ont permis d'allonger la durée de conservation interne des nouveaux implants multicouches et quand envisager le changement des prothèses mammaires implantées au cours des années 2010-2025.

Conclusion

L'augmentation mammaire par implant en silicone reste une opération extrêmement demandée et valorisante pour les patientes. Le taux de satisfaction est de 95 % des cas selon les différentes statistiques. Les opérations hybrides

avec lipofilling contemporain sont à la mode et gagnent du terrain. En France, la majorité des implants utilisés sont remplis de gel de silicone, plus rarement (moins de 10 %) de sérum physiologique ou d'hydrogel.

Le taux national des complications est faible. Le changement ou l'ablation des prothèses n'est indispensable que dans moins de 2 % des cas, essentiellement pour infection, exposition des implants, vagues, plis insupportables ou coques Baker 3 ou 4. Les séquelles de l'affaire PIP se sont éloignées mais il reste encore des patientes porteuses de ces implants, que l'on découvre de temps en temps.

Néanmoins, dans la population des patientes très satisfaites ou moyennement satisfaites, il existe une marge de progression des résultats que nous pouvons obtenir : il faut viser le résultat maximal en fonction du souhait exprimé de chaque patiente, dont les habitudes et les goûts varient aussi bien en matière de forme du sein à obtenir que de la taille, du volume, de la forme (anatomique ou ronde symétrique ?), de la position et de la fermeté

souhaitée. On ne peut donc pas employer un seul type de prothèses, un seul type de forme, un seul type de remplissage ou un seul type d'abord chirurgical...

Actuellement, d'autres types de prothèses mammaires sont à l'étude : prothèses remplies avec de l'hydrogel à base de certains composants celluloseux, prothèses contenant de l'acide hyaluronique ou des microbilles en matériau inerte disséminées dans le silicone qui permettent d'alléger le poids total des prothèses implantées. N'oublions pas qu'il existe aussi des prothèses remplies de sérum physiologique, dont certains collègues restent partisans parce qu'elles sont d'une innocuité absolue par rapport au gel de silicone.

Nous les avons aussi employées pendant le moratoire sur les implants mammaires siliconés. L'expérience a montré que les résultats, au moins pendant 10 à 15 ans, sont presque aussi satisfaisants que les prothèses en gel de silicone ! Les implants remplis de sérum physiologique étaient les seuls autorisés de 1990 à 2000 à cause du moratoire imposé en

Seins

France dans les années 1990, interdisant les prothèses remplies de gel siliconé, ce qui a conduit à l'implantation obligatoire de prothèses en sérum physiologique : certaines patientes en France et aux États-Unis continuent de porter ce type de prothèses avec satisfaction.

Mais, dans mon expérience personnelle, la consistance des prothèses modernes en gel de silicone offre un toucher plus agréable et quasi identique au contenu d'une glande mammaire normale. C'est pourquoi je suis resté favorable aux implants remplis de gel de silicone et non pas de sérum physiologique, bien que les deux solutions soient possibles en France.

Reste le problème toujours agaçant des vices de positionnement des implants, que nous avons largement relatés dans cet article : la reprise opératoire me paraît être une bonne solution dans les cas où la patiente le désire intensément, ayant entendu **l'information capitale du risque infectieux augmenté** et d'une insatisfaction finale que l'on ne peut pas éviter à tous les coups.

POUR EN SAVOIR PLUS

- GUERRA M, CODOLINI L, CAVALIERI E *et al.* Galactoceles after aesthetic breast augmentation with silicone implants: an uncommon presentation. *Aesthetic Plast Surg*, 2019;43:366-369.
- HADAD E, KLEIN D, SELIGMAN Y *et al.* Submuscular plane for augmentation mammoplasty patients increases silicone gel implant rupture rate. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2019;72:419-423.
- CHANG EI, HAMMOND DC. Clinical results on innovation in breast implant design. *Plast Reconstr Surg*, 2018;142:31S-38S.
- CORONEOS CJ, SELBER JC, OFFODILE AC *et al.* US FDA breast implant postapproval studies: long-term outcomes in 99,993 patients. *Ann Surg*, 2019;269:30-36.
- POOL SMW, WOLTHUIZEN R, MOUËS-VINK CM. Silicone breast prostheses: a cohort study of complaints, complications, and explantations between 2003 and 2015. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2018;71:1563-1569.

POINTS FORTS

- Les différences droite-gauche représentent une cause fréquente d'insatisfaction postopératoire si la patiente n'a pas été avertie des problèmes avant l'opération.
- Aucun implant n'est idéal pour toutes les situations, d'où la complexité des algorithmes décisionnels !
- Les vagues et les malpositions sont des complications somme toute bénignes mais énervent les patientes.
- L'infection et les coques grade 3 et 4 n'ont pas totalement disparu malgré les progrès techniques des fabricants contemporains d'implants mammaires.
- Le risque de LAGCD doit rester présent à l'esprit quand on ignore la nature d'un implant qui pose problème.
- Le lipofilling est une amélioration significative pour réaliser une augmentation hybride, mais ne supprime pas le potentiel des implants quand il s'agit d'augmenter les seins de 2 ou 3 bonnets en un seul acte opératoire.

- STEVENS WG, CALOBRACE MB, ALIZADEH K *et al.* ten-year core study data for Sientra's Food and Drug Administration-approved round and shaped breast implants with cohesive silicone gel. *Plast Reconstr Surg*, 2018;141:7S-19S.
- NICTER LS, HARDESTY RA, ANIGIAN GM. IDEAL IMPLANT structured breast implants: core study results at 6 years. *Plast Reconstr Surg*, 2018;142:66-75.
- EL-HADDAD R, LAFARGE-CLAUQUE B, GARABEDIAN C *et al.* A 10-year prospective study of implant-based breast augmentation and reconstruction. *Epasty*, 2018;18:e7.
- SPEAR SL, CARTER ME, GANZ JC. The correction of capsular contracture by conversion to "dual-plane" positioning: technique and outcomes. *Plast Reconstr Surg*, 2003;112:456-466.
- DUTEILLE F, PERROT P, BACHELEY MH *et al.* Eight-year safety data for round and anatomical silicone gel breast implants. *Aesthet Surg J*, 2018;38:151-161.
- KHAN UD. Breast augmentation, antibiotic prophylaxis, and infection: comparative analysis of 1,628 primary augmentation mammoplasties assessing the role and efficacy of antibiotics prophylaxis duration. *Aesthetic Plast Surg*, 2010;34:42-47.
- HENRIKSEN TF, FRYZEK JP, HÖLMICH LR *et al.* Surgical intervention and capsular contracture after breast augmentation: a pro-

spective study of risk factors. *Ann Plast Surg*, 2005;54:343-351.

- COLLIS N, SHARPE DT. Recurrence of subglandular breast implant capsular contracture: anterior versus total capsulectomy. *Plast Reconstr Surg*, 2000;106:792-797.
- HAMMOND DC, MIGLIORI MM, CAPLIN DA *et al.* Mentor Contour Profile Gel implants: clinical outcomes at 6 years. *Plast Reconstr Surg*, 2012;129:1381-1391.
- SEIFY H, SULLIVAN K, HESTER TR. Preliminary (3 years) experience with smooth wall silicone gel implants for primary breast augmentation. *Ann Plast Surg*, 2005;54:231-235.
- MITZ V, CERCEAU M, SEKNADJE P *et al.* [Indications and results of breast implant replacement with implants pre-filled with silicone gel]. *Ann Chir Plast Esthet*, 1997;42:21-26.

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

Silhouette

Les retouches après une lipoaspiration

RÉSUMÉ : La lipoaspiration nécessite une bonne indication et une parfaite connaissance de la technique chirurgicale pour que le résultat soit satisfaisant.

Bien que parfaitement exécutée, le résultat peut parfois ne pas être parfait. Une retouche après une lipoaspiration est donc tout à fait envisageable. Cette notion de retouche devrait être expliquée systématiquement lors de la consultation.



P. KNIPPER
Policlinique chirurgicale, Hôpital Cochin, PARIS.

La lipoaspiration est une intervention qui peut être magique. Elle est assez récente dans l'histoire de la chirurgie plastique (Y.-G. Illouz, 1980), et est une des interventions les plus pratiquées au monde [1]. Elle nécessite cependant une parfaite connaissance de la technique chirurgicale et une bonne indication pour que les résultats soient satisfaisants. Elle ne peut être pratiquée que par un chirurgien spécialiste et expérimenté.

Bien que parfaitement exécutée, les résultats peuvent varier en fonction de différents facteurs. Les retouches après une lipoaspiration sont donc habituelles et elles devraient faire partie de l'intervention première. Je m'explique...

Quelles sont, plus généralement, les raisons d'une retouche en chirurgie plastique ? L'acte chirurgical est un acte technique qui implique de nombreux facteurs et différents acteurs. Il essaye de répondre à un ou plusieurs objectifs. Le résultat obtenu est généralement satisfaisant voire exceptionnel, mais il peut présenter des imperfections. Idéalement, une intervention chirurgicale ne nécessite pas de retouche. Cependant, et dans certains cas, celle-ci peut être envisagée. Cette notion doit toujours être évoquée avant l'intervention.

En effet, et surtout en chirurgie esthétique, la notion de "résultat" est toujours

difficile à préciser. Que désire réellement le patient ? Qu'attend-il vraiment de l'intervention ? Que peut lui apporter la chirurgie ? Le mécontentement survient souvent quand le patient n'a pas obtenu ce qu'il voulait. Il doit être considéré comme une pseudo-complication car il nécessite une vraie prise en charge secondaire. Pour éviter tout cela, et si une amélioration semble possible, une simple retouche viendra parfois apaiser ce mécontentement [2].

Le chirurgien plasticien n'a pas d'obligation de résultat au sens juridique du terme, mais l'intervention sera réussie si le résultat désiré par le patient est obtenu. Si le résultat est plastiquement bon mais que le patient veut plus, nous évoquerons plutôt la notion de geste complémentaire. Il faudra négocier. Si le résultat est objectivement imparfait sur le plan esthétique, nous envisagerons une retouche chirurgicale. Il faudra l'expliquer.

Les raisons d'une retouche en chirurgie plastique

1. La technique appliquée initialement n'est pas parfaite

La reprise chirurgicale viendra corriger l'imperfection du geste technique premier, et cela reste souvent de la responsabilité de l'opérateur.

Silhouette

2. Le résultat esthétique obtenu est satisfaisant mais il peut être amélioré

Dans ce cas, trois situations possibles :

>>> Un événement est venu interférer avec les suites de l'intervention

Par exemple, une intervention peut être parfaitement réalisée mais une légère infection postopératoire compromet la cicatrisation finale. La cicatrisation normale s'en trouvera altérée, laissant une cicatrice inesthétique. Dans ce cas, une reprise de cette cicatrice après l'intervention permettra d'améliorer le résultat final si le patient le désire.

>>> L'évolution habituelle de l'intervention ne s'est pas produite

La loi des statistiques s'applique également à la chirurgie. Par exemple, pour éviter de faire une trop grande cicatrice, le chirurgien "triche" avec la peau. Il peut créer des plis ou "froufrous" (comme sur des rideaux) pour éviter de faire une cicatrice trop longue. La rétraction physiologique de la peau permet normalement en quelques semaines de faire disparaître ces plis en excès. Donc, statistiquement, les froufrous observés juste après l'intervention sur la cicatrice disparaissent dans les semaines qui suivent. Mais certains patients n'ont pas l'élasticité de peau escomptée et ils verront leurs froufrous persister... Un geste complémentaire s'imposera alors pour les corriger.

>>> La technique initiale nécessite systématiquement une retouche

Dans une technique de lifting cutané qui "tire" beaucoup sur la peau, et donc sur la zone de suture, la cicatrice finale est généralement de mauvaise qualité. Nous le savons à l'avance. Quand il y a trop de traction sur une cicatrice, elle s'élargit secondairement. Pour qu'une cicatrice soit belle, il ne faut pas de tension sur ses berges. Dans le cas de la plastie abdominale, le principe est de tendre

au maximum la peau pour obtenir un beau résultat plastique (un ventre plat). Il faut donc avoir une bonne tension sur la peau en postopératoire immédiat pour que, une fois le relâchement physiologique cutané obtenu, le résultat final soit parfait. On sait donc que l'on aura une traction cutanée importante en postopératoire et, par conséquent, que l'on risque d'avoir une cicatrice imparfaite.

Nous devons choisir entre une peau bien tendue au prix d'une cicatrice imparfaite que l'on améliorera facilement un an après, ou éviter la retouche en ne tirant pas trop sur la peau au prix d'un résultat plastique moins satisfaisant. Selon notre expérience, les patients ont toujours été déçus devant un résultat plastique imparfait (quand nous n'avons pas assez tendu la peau). En revanche, ils ont toujours accepté une reprise de la cicatrice un an après pour parfaire le résultat final. Certains sont tellement contents du résultat plastique global obtenu qu'ils ne désirent plus faire cette retouche secondaire de la cicatrice...

Les retouches après une lipoaspiration

Nous venons de voir dans quelles situations nous pouvions envisager de faire une retouche en chirurgie plastique. Certaines retouches sont imprévisibles puisque peu fréquentes (par suite d'une complication par exemple), d'autres peuvent être systématiquement envisagées puisqu'elles sont plus habituelles (comme devant un manque d'élasticité de la peau). C'est précisément le cas de la lipoaspiration [3].

Avant chaque geste chirurgical, un chirurgien plasticien a le devoir d'informer au maximum son patient sur le déroulement de l'intervention, sur les suites opératoires voire sur les risques éventuels. Cette information doit être sincère et éclairée pour que le patient ait toutes les données possibles avant de se faire opérer. Dans le cas de la lipoaspiration, l'im-

prévisibilité de la rétraction de la peau est telle qu'évoquer la possibilité d'une retouche pourrait être systématique avant l'intervention. J'exagère un peu car nous savons par expérience que cette retouche ne sera pas forcément nécessaire quand nous faisons une lipoaspiration sur une peau de bonne qualité et sur une zone anatomique favorable. Mais je pense que cette notion de retouche chirurgicale devrait faire partie intégrante de la technique première, et notamment dans le cas de la lipoaspiration.

Aujourd'hui, quand nous reconstruisons un nez (rhinopoièse), plusieurs temps opératoires sont d'emblée envisagés. C'est la même démarche avec l'auto-greffe de graisse (lipofilling) quand nous reconstruisons un sein, plusieurs temps chirurgicaux sont toujours proposés. Et cela ne pose pas de problème.

J'ai, dans mon expérience personnelle, trois types de demande en matière de **lipoaspiration où la notion de retouche est souvent évoquée** :

>>> Soit il s'agit d'une demande d'une lipoaspiration importante *one shot*, le patient désire une lipoaspiration d'un maximum de zones et d'un volume optimum. Cette demande concerne souvent les patients étrangers ou "de passage", pour lesquels une retouche sera forcément nécessaire mais en pratique inenvisageable. À titre personnel, je refuse ce genre de demande.

>>> Soit il s'agit d'une demande d'une importante lipoaspiration avec le désir, de la part du patient, d'un résultat le plus parfait possible. Dans ce cas, je propose :

- deux lipoaspirations avec un intervalle de temps de quelques mois entre les deux. Le deuxième temps me permet de compléter la lipoaspiration première et de faire les retouches nécessaires ;
- ou une belle lipoaspiration avec l'intégration immédiate d'une possible retouche présageant d'une rétraction

cutanée indisciplinée. La retouche sera ici expliquée et envisagée systématiquement.

>>> Soit il s'agit d'une demande d'une lipoaspiration standard pour laquelle, dans le cadre d'une information éclairée, la retouche est systématiquement évoquée puisque toujours possible.

■ En pratique

Une retouche après une lipoaspiration va souvent dépendre de l'indication première de la lipoaspiration. Si l'indication est bonne, c'est-à-dire une lipoaspiration adaptée sur une zone favorable et avec élasticité cutanée de bonne qualité, la retouche peut ne pas être envisagée systématiquement.

Si l'indication est limite, c'est-à-dire sur une zone où l'élasticité de la peau est aléatoire, la retouche est souvent envisagée et se fait secondairement :

- par un complément de lipoaspiration d'une zone présentant un excédent de graisse ;
- par une autogreffe de graisse (lipofilling) d'une zone présentant un déficit de graisse ;
- par les deux gestes associés au cours de la retouche ;
- par un temps de lifting cutané secondaire pour mettre en tension la peau qui ne s'est pas rétractée.

L'indication première de ce temps de lifting cutané est parfois délicate à poser. En effet, il est parfois plus simple de l'associer d'emblée à la lipoaspiration quand on sait que la peau a perdu son pouvoir de rétraction (séquelles d'amaigrissement). Cependant, nous sommes parfois agréablement surpris devant

une rétraction secondaire d'une peau qui semblait de médiocre élasticité initialement. Certains patients préfèrent prendre le risque. Cela évite un temps de lifting immédiat qui est toujours plus lourd en matière de suites opératoires et de coût financier.

La question reste de savoir si l'on doit présenter ce temps de traction cutanée secondaire comme une retouche ou comme un geste complémentaire à la technique chirurgicale initiale. La symbolique est différente. Un complément est reçu comme un geste chirurgical à part entière, alors qu'une retouche peut parfois être assimilée à un défaut technique qu'il convient de corriger...

■ Conclusion

La retouche chirurgicale après une intervention de chirurgie plastique n'est pas exceptionnelle et elle est plus fréquente après une lipoaspiration. Selon notre expérience, elle devrait faire partie de l'intervention première, c'est-à-dire que le patient devrait être systématiquement informé qu'une retouche est toujours possible.

POINTS FORTS

- La notion de retouche en chirurgie esthétique devrait faire partie de l'intervention première. Il faut l'expliquer !
- Une retouche n'est pas synonyme de complication. Il faut l'expliquer !
- Une retouche après une lipoaspiration est toujours possible. Il faut l'expliquer !

La retouche après une lipoaspiration se fait quelques mois après l'intervention première pour vraiment apprécier les irrégularités définitives. S'il persiste un excès de graisse, nous préconisons un complément de lipoaspiration. S'il existe une dépression, une autogreffe de graisse remplira l'affaissement. Généralement, nous associons les deux gestes lors de la retouche.

BIBLIOGRAPHIE

1. ILLOUZ YG. Une nouvelle technique pour les lipodystrophies localisées. *La Revue de Chirurgie Esthétique de Langue Française*, 1980;19.
2. Wood WG, Grazer FM. Body contour surgery. In PECK GC ed. *Complications and problems in aesthetic plastic surgery*. Gower Medical Publishing, 1992.
3. ILLOUZ YG. Complications de la lipoaspiration. *Ann Chir Plast Esthet*, 2004; 49:614-629.

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

Conclusion

Après cette description un peu terrifiante des complications, même mineures, de la chirurgie esthétique, des nombreux défauts observables ou des petites anomalies imprévisibles voire inévitables, notre spécialité se met à porter soudain une image fantomatique : spectres des procès à venir ou passés, plaintes pour insatisfaction justifiée ou non, exigence d'argent pour dommages et intérêts (des demandes que nous jugeons infamantes), chantage au remboursement pour une insuffisance de résultat peu objective ou pour un manque d'informations préalables, manque allégué, inventé ou malheureusement parfois... réel ! Ainsi se creuse le malaise cataclysmique qui peut se jouer entre le discours négatif voire menaçant du patient et l'écoute si difficile de son chirurgien déstabilisé.

Heureusement, les complications mentionnées dans ce numéro ne représentent en réalité qu'environ 5 % des patients opérés, nombre qui n'est pas nul et qu'il nous faut en permanence essayer de limiter, voire réduire à 0.

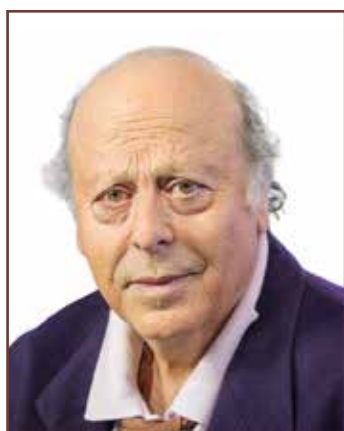
Néanmoins, quand nous nous retrouvons face à un patient qui pose un problème d'insatisfaction, il faut bien avouer que nous mettons parfois sur le compte de l'insatisfaction psychologique ce qui provient d'une anomalie de cicatrisation ou de résultats pas tout à fait satisfaisants. C'est pourquoi la chirurgie esthétique et réparatrice reste et restera une discipline pour laquelle **la retouche chirurgicale fait partie intégrante de l'armement technique** que nous sommes supposés posséder parfaitement.

Or, cela n'est pas le cas dans l'absolu : il arrive en permanence que surviennent des complications inattendues, des anomalies non répertoriées ou des nouvelles pathologies parfois graves comme **le lymphome anaplasique à grandes cellules**. Celui-ci a été récemment découvert après l'implantation de prothèses mammaires en silicone. Il est bizarrement plus fréquent après l'implantation de certaines marques de prothèses.

Chaque nouvelle technique de médecine esthétique ou de chirurgie esthétique mise sur le marché ou développée par des praticiens innovants génère son lot d'échecs, de complications et d'insatisfactions. Le chapitre des anomalies postopératoires n'est donc pas prêt de se refermer de sitôt : notre vigilance permanente est la marque d'un désir de faire au mieux pour chaque patient. C'est cela qui fait la noblesse de notre spécialité de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.

En 1972, Robert M. Goldwyn avait écrit un livre entier sur les complications de la chirurgie esthétique, qu'il avait dénommé **Les Résultats non favorables en chirurgie esthétique !** Plus récemment, notre maître Raymond Vilain insistait sur **la difficulté du "pardon"** de la part du patient après la constatation de l'erreur du praticien – si le chirurgien ne reconnaissait pas humblement son erreur, et ne s'en excusait pas sincèrement !

Aujourd'hui, nous en sommes à un autre stade, **la potentielle judiciarisation des litiges** magnifie les angoisses réciproques patient-opérateur, d'où une déstabilisation que nul formulaire ne saura réparer si on n'y ajoute pas du sentiment humain d'empathie et de responsabilité assumée de l'acte d'opérer en pleine éthique de médecin : d'abord ne pas nuire !



V. MITZ
Chirurgien plasticien et esthétique, PARIS.

I Revue de presse

Lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires (suite)



R. ABS

Chirurgien plasticien, MARSEILLE.

La revue de presse précédente (*Réalités en Chirurgie Plastique* n° 30, mars 2019), dédiée au lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM), a été publiée quasi concomitamment à la décision de l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) du 18 avril 2019.

Cette décision a surpris les chirurgiens plasticiens français, et cela pour plusieurs raisons :

- elle a surpassé les recommandations des sociétés savantes françaises (SOFCPRE, SOFCEP) et du comité scientifique spécialisé temporaire (CSST) mis en place par l'ANSM elle-même

qui avaient recommandé une utilisation motivée des autres macrotextures (Biocell® surreprésenté exclu) et des implants recouverts de polyuréthane. L'ANSM a retiré du marché tous les implants macrotexturés ainsi que les implants recouverts de polyuréthane et n'autorise désormais que les implants lisses ou microtexturés ;

- elle a induit beaucoup d'angoisse chez les patientes qui portent ces implants ;
- elle est unique : ni l'Europe, ni le reste du monde n'a suivi la France dans cette décision qui ne repose pas sur des bases scientifiques solides.

Les chirurgiens plasticiens français défendent la sécurité de leurs patientes

sur la base d'un principe de précaution "approprié", des reconstructions mammaires de qualité et l'utilisation d'un registre des implants mammaires – tant attendu – afin de recueillir des données scientifiquement exploitables.

La revue *Plastic and Reconstructive Surgery* (PRS) du mois de mars 2019 a publié un supplément consacré au LAGC-AIM. Voici un aperçu des différents articles qui le composent.

Bonne lecture.

Avant propos – A review of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: the supplement

ROHRICH RJ. *Plast Reconstr Surg*, 2019; 143:1S-2S.

"Les implants mammaires sont sûrs, mais aucun dispositif médical n'est sans risque."

Au moment d'écrire ces lignes, en décembre 2018, l'*American Society of Plastic Surgeons* (ASPS) avait reçu des rapports faisant état d'environ 656 cas confirmés ou suspectés de LAGC-AIM dans le monde (257 aux États-Unis). Nous faisons tout ce qui est en notre pouvoir pour rechercher, rendre compte, éduquer et faire comprendre au public et aux professionnels le risque que représente le LAGC-AIM.

Ce supplément passe en revue l'histoire et les principaux chercheurs dans le signalement des LAGC-AIM, fournit les premiers résultats du registre PROFILE (registre des patients, résultats pour les implants mammaires, étiologie et épidémiologie du lymphome) et des mises à jour factuelles sur le diagnostic, la pathogenèse, le risque, le traitement, les inducteurs moléculaires et les implications pour la reconstruction mammaire.

Préface – Introduction to "a review of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma"

CLEMENS MW, DEVA AK. *Plast Reconstr Surg*, 2019;143:5S.

Le lien entre la chirurgie esthétique la plus courante et une tumeur maligne

potentiellement mortelle suscitera toujours de la peur. Notre tâche est, d'une part, de veiller à ce que les patients soient informés et en sécurité et, d'autre part, que la science et les preuves orientent la prise de décision.

Depuis les pionniers qui ont attiré l'attention sur ce lymphome anaplasique à grandes cellules au partage mondial actuel de données scientifiques et cliniques, la création des registres pour l'étude prospective des résultats des implants mammaires, l'action concertée de l'industrie pour favoriser la transparence et le respect des données de ventes et le dialogue de plus en plus ouvert avec les régulateurs du monde entier, cette histoire, bien que toujours en cours d'écriture, témoigne du pouvoir et de la nécessité de la collaboration entre tous.

Revue de presse

Pioneers of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: history from case report to global recognition

MIRANDA RN, MEDEIROS LJ, FERRUFFINO-SCHMIDT MC *et al. Plast Reconstr Surg*, 2019;143:7S-14S.

Le premier cas LAGC-AIM a été décrit par John Keech et le regretté Brevator Creech en 1997. Ahmet Dogan et ses collègues de la clinique Mayo ont ensuite rapporté une série de 4 patientes avec un LAGC-AIM. C'est l'équipe de Daphne de Jong (Pays-Bas) qui a été la première à fournir des preuves épidémiologiques de l'association entre les implants mammaires et le LAGC, et Garry Brody a été l'un des premiers chercheurs à rassembler un grand nombre de patients atteints de la maladie, à présenter le spectre des résultats cliniques et à alerter la communauté des chirurgiens plasticiens. Roberto Miranda et L. Jeffrey Medeiros ont ensuite étudié les résultats pathologiques d'un grand nombre de cas.

La reconnaissance et l'acceptation de cette maladie par les chirurgiens, les épidémiologistes et les oncologues médicaux, travaillant ensemble, a conduit à des études ultérieures sur la pathogenèse et le traitement optimal de cette maladie.

Achieving reliable diagnosis in late breast implant seromas: from reactive to anaplastic large cell lymphoma

DI NAPOLI A. *Plast Reconstr Surg*, 2019;143:15S-22S.

La récupération tardive du sérome entourant les implants mammaires peut représenter un problème sérieux si l'on considère la possibilité d'un LAGC-AIM. Cependant, de nombreux autres facteurs, y compris les traumatismes et les infections, peuvent être impliqués dans la formation d'épanchements tardifs non néoplasiques. Une prise en charge appropriée des séromes tardifs, comprenant

une ponction guidée par échographie, des cultures, une cytologie et des études d'immunocytochimie et de clonage des lymphocytes T, doit être effectuée pour permettre un diagnostic correct et rapide du LAGC-AIM.

Theories of etiopathogenesis of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma

RASTOGI P, RIORDAN E, MOON D *et al. Plast Reconstr Surg*, 2019;143:23S-29S.

Les théories actuelles sur la pathogenèse des maladies se concentrent sur l'interaction entre la texturation de l'enveloppe des implants, les bactéries à Gram négatif, la génétique de l'hôte et le temps. Les rôles possibles des particules de silicone ont été moins bien définis. Cette revue a pour but de synthétiser les preuves scientifiques existantes concernant l'étiopathogenèse du LAGC-AIM.

Current risk estimate of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma in textured breast implants

COLLETT DJ, Rakhorst H, Lennox P *et al. Plast Reconstr Surg*, 2019;143:30S-40S.

L'objectif de cet article est de fournir une revue globale, complète et actualisée des données épidémiologiques disponibles et de la littérature relative à l'incidence, au risque et à la prévalence du LAGC-AIM. En effet, il existe des obstacles importants à l'estimation précise du nombre de femmes porteuses d'implants (dénominateur) et du nombre de cas de LAGC-AIM (numérateur), notamment du fait de registres de mauvaise qualité, d'une sous-déclaration, d'un manque de sensibilisation, du tourisme médical et de la crainte de poursuites judiciaires. L'incidence et le risque de LAGC-AIM ont considérablement augmenté, passant de 1/1 million à 1/2 832 selon les estima-

tions initiales. Ils dépendent en grande partie de la "population" examinée (type d'implant et caractéristiques) et d'une sensibilisation accrue à la maladie.

En conclusion, bien que de nombreux obstacles empêchent de calculer avec précision l'incidence et le risque de développer un LAGC-AIM, des progrès constants, l'ouverture de registres internationaux et la collégialité entre équipes de recherche permettent, pour la première fois, de disposer d'estimations précoces. Le plus frappant est l'augmentation exponentielle de l'incidence au cours de la dernière décennie, ce qui s'explique en grande partie par les sous-types d'implants de plus en plus spécifiques examinés, et par notre volonté d'en comprendre les mécanismes physiopathologiques. Les implants macrotecturés à grande surface (grade 4) présentent le risque le plus élevé de LAGC-AIM (1/2 832).

Characteristics and treatment of advanced breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma

COLLINS MS, MIRANDA RN, MEDEIROS LJ *et al. Plast Reconstr Surg*, 2019;143:41S-50S.

Le LAGC-AIM suit le plus souvent une évolution indolente. Cependant, un sous-groupe de patientes présente une maladie plus avancée, caractérisée par une croissance récurrente, disséminée et réfractaire au traitement. Cette étude a évalué les caractéristiques d'une maladie avancée, en particulier d'une maladie bilatérale, d'une atteinte des ganglions lymphatiques, de métastases d'organes et/ou de décès liés à la maladie. Les cas publiés de LAGC-AIM de 1997 à 2018 et les cas non publiés dans les départements des auteurs ont été passés en revue de manière rétrospective, et les patientes présentant une maladie avancée ont été sélectionnées. Le traitement et ses résultats ont été comparés à un groupe témoin de sujets atteints de LAGC-AIM ne présentant pas de maladie avancée.

Parmi les 39 patientes atteintes de LAGC-AIM avancé, on retrouve une maladie bilatérale (n = 7), une métastase ganglionnaire et d'organe (stade IIB-IV, n = 24) et des décès (n = 8). 65 patientes ont été incluses dans un groupe témoin (stades 1A-1C). Les types de traitement pour les patientes à un stade avancé de la maladie étaient une chirurgie complète (n = 16 [55,2 %]), une chirurgie limitée (n = 19 [65,5 %]), une chimiothérapie (n = 26 [89,7 %]), une chimiothérapie adjuvante (n = 11 [37,9 %]), une radiothérapie (n = 15 [51,7 %]) et une greffe autologue de cellules souches (n = 6 [20,7 %]). Les taux de rémission complète des groupes maladie bilatérale et métastase ganglionnaire étaient respectivement de 4 sur 7 (57 % ; p < 0,001) et de 16 sur 24 (67 % ; p = 0,128). Comparativement au groupe témoin, les patientes à un stade avancé de la maladie présentaient un délai significativement plus long entre le diagnostic et la chirurgie définitive (21 mois contre 8 ; p = 0,039) et un taux inférieur de chirurgie complète (59 % contre 88 % ; p = 0,004).

En conclusion, la maladie avancée du LAGC-AIM peut être la conséquence d'un traitement tardif ou sous-optimal. La chimiothérapie adjuvante et les indications de radiothérapie chez les patientes présentant des caractéristiques avancées ne sont pas encore clairement définies. La maladie avancée de ces patientes est la fin du spectre des stades de cancer et ces patientes confirment la classification du LAGC-AIM de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en tant que lymphome plutôt qu'en lymphome bénin ou lymphoprolifératif.

Breast reconstruction following breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma

LAMARIS GA, BUTLER CE, DEVA AK *et al.* *Plast Reconstr Surg.* 2019;143:51S-58S.

Le traitement standard du LAGC-AIM implique un retrait de l'implant

et une capsulectomie complète. Les auteurs rapportent une série de cas de reconstruction avec des propositions de choix du timing et de la technique. Cette équipe a examiné rétrospectivement et inscrit de manière prospective tous les patients atteints de LAGC-AIM dans 2 centres de soins et 1 cabinet privé de chirurgie plastique de 1998 à 2017. Les données démographiques, le traitement, la reconstruction, la stadification pathologique, la satisfaction des patients et les résultats oncologiques ont été examinés.

66 patientes consécutives atteintes de LAGC-AIM ont été traitées et 18 (27 %) ont bénéficié d'une reconstruction. 7 patientes (39 %) ont eu une reconstruction immédiate et 11 (61 %) une reconstruction secondaire. Le stade de la maladie au moment de la présentation était :

- IA (maladie T1N0M0 confinée à un épanchement ou à une prolifération intracapsulaire sans atteinte ganglionnaire et sans propagation à distance) dans 56 % des cas ;
- IB dans 17 % des cas ;
- IC (agrégats de cellules T3N0M0 ou infiltration de la capsule, aucune atteinte des ganglions lymphatiques et aucune propagation à distance) dans 6 % des cas ;
- IIA (lymphome T4N0M0 infiltrant au-delà de la capsule, aucune atteinte des ganglions lymphatiques et aucune propagation à distance) dans 11 % des cas ;
- III dans 11 % des cas.

Les types de reconstruction comprenaient les implants lisses (72 %), la mastopexie immédiate (11 %), les lambeaux autologues (11 %) et la greffe de graisse (6 %). Aucune complication chirurgicale n'a été rapportée, mais une patiente a progressé vers une métastase osseuse étendue (6 %). Finalement, toutes les patientes ont atteint une rémission complète. 94 % étaient satisfaites/très satisfaites des reconstructions, tandis que 6 % étaient

très insatisfaites des implants lisses immédiats.

En conclusion, la reconstruction mammaire après LAGC-AIM peut être réalisée avec des complications acceptables si l'ablation chirurgicale complète est possible. La reconstruction immédiate est réservée aux atteintes confinées à la capsule.

Les prédispositions génétiques et les cas bilatéraux suggèrent que les patientes atteintes de LAGC-AIM ne devraient pas recevoir d'implants texturés. Les options autologues sont préférables pour les patientes présentant un LAGC-AIM. Les patientes présentant une maladie étendue doivent être envisagées pour une reconstruction différée de 6 à 12 mois.

Molecular drivers of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma

BLOMBERG P, THOMPSON ER, PRINCE HM. *Plast Reconstr Surg.* 2019;143:59S-64S.

La caractérisation génomique réalisée dans les LAGC-AIM a démontré des anomalies moléculaires qualitativement similaires à celles observées dans le lymphome systémique anaplasique à grandes cellules (ALK négatif), son homologue plus commun.

Malgré ces similitudes observées au niveau moléculaire, les résultats des LAGC systémiques et des LAGC-AIM sont nettement différents, le LAGC systémique étant généralement associé à un parcours agressif et à des résultats moins bons par rapport au LAGC-AIM.

Cette revue décrit les résultats du séquençage à haut débit et d'autres caractérisations génomiques à ce jour dans le LAGC-AIM, ainsi que les informations fournies par ces études sur les inducteurs moléculaires de ce sous-type de lymphome rare.

Revue de presse

Patient registry and outcomes for breast implants and anaplastic large cell lymphoma etiology and epidemiology (PROFILE): initial report of findings, 2012-2018

McCARTHY CM, LOYO-BERRÍOS N, QURESHI AA *et al. Plast Reconstr Surg*, 2019; 143: 65S-73S.

En janvier 2011, la *Food and Drug Administration* (FDA) aux États-Unis a publié une communication sur la sécurité concernant l'association potentielle entre les implants mammaires et le lymphome anaplasique à grandes cellules. En août 2012, la Société américaine des chirurgiens plasticiens, la *Plastic Surgery Foundation*, et la FDA ont signé un accord de recherche et de développement visant à développer un registre de patientes intitulé "Registre des patientes et résultats concernant les implants mammaires et étiologie et épidémiologie du lymphome anaplasique à grandes cellules" (PROFILE: *Patient Registry and Outcomes For breast Implants and anaplastic*

large cell Lymphoma etiology and Epidemiology).

D'août 2012 à mars 2018, 186 cas distincts de LAGC-AIM ont été signalés à PROFILE. Au moment de la présente analyse, des formulaires complets avaient été reçus pour 89 cas (48 %). Le délai médian entre l'implantation de tout dispositif et le diagnostic LAGC-AIM était de 11,0 ans (extrêmes = 2 à 44 ans; n = 89). Au moment de la présentation, 96 % des cas avaient des symptômes locaux et 9 % des symptômes systémiques concomitants. Le symptôme local le plus commun était une collection de sérome périprothétique observée chez 86 % des patientes. Toutes les patientes avaient des antécédents d'implant texturé; il n'y avait aucune patiente qui avait une histoire d'implant lisse. Au moment de la soumission initiale du rapport de cas, 3 décès avaient été signalés.

En conclusion, le registre PROFILE s'est révélé être un outil essentiel pour unifier la collecte de données relatives au LAGC-AIM.

Breast implant illness: a way forward

MAGNUSSON MR, COOTER RD, RAKHORST H *et al. Plast Reconstr Surg*, 2019; 143: 74S-81S.

Le lien entre les implants mammaires et la maladie systémique a été signalé depuis les années 1960. Bien que de nombreuses études aient cherché à soutenir ou à réfuter son existence, le problème persiste et porte désormais le nom de "maladie des implants mammaires". L'intensification du plaidoyer et de la communication avec les médias sociaux a entraîné un nombre croissant de présentations des chirurgiens plasticiens. Cet article résume l'historique des implants mammaires et des maladies systémiques, il analyse de manière critique la littérature (et les carences associées) et suggère une voie à suivre au moyen d'études scientifiques systématiques.

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



SYMPOSIUM RHINOPLASTIE

"N'oubliez pas la voie fermée"

Samedi 21 septembre 2019 de 9h à 13h30
Hôpital Européen Georges Pompidou

Programme :

- Aspects techniques et particularités de la voie fermée, indications, intérêts.
- Rhinoplastie cartilagineuse sans bossectomie et tissu modelage.
- Techniques de greffe par voie fermée
- Videos intégrales de rhinoplastie primaire et secondaire

V. HUNSINGER - Y. LEVET - E. AUCLAIR - L. LANTIERI

Inscriptions symposium2019@docteurhunsinger.com



Se connecter | S'inscrire gratuitement à la version en ligne





Chercher...




en CHIRURGIE PLASTIQUE



réalités

11 numéros par an

ABONNEZ-VOUS

et recevez la revue
chez vous

Feuilleter la revue >

ACCUEIL

ARTICLES ▾

CAS CLINIQUES

VIDÉOTHÈQUE

VIE PROFESSIONNELLE

PASSERELLES

REVUE DE PRESSE

CONTACT



Amélioration des résultats à long terme du lifting cervico-facial

Par J.-P. Ménegaud

REVUES GÉNÉRALES

REVUES GÉNÉRALES




Fils faciaux: complications et comment les éviter



Quels suppléments utiles en chirurgie plastique ?



Volume et maintien en médecine esthétique

[illegible]

GAMMES

CICATRISANTES

BIO-ACTIVES



EFFICACITÉ
PROUVÉE^{1,2}

SÉCURITÉ
DÉMONTRÉE^{1,2}



CONCEPTION & PRODUCTION
FRANÇAISES

1. Étude KSC - ALG - M - 94.03.01.

2. Étude COALGAN RD043 - 1982.

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 : Traitement séquentiel des 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 et COALGAN-H sont non remboursés.

ALGOSTÉRIL et COALGAN sont des dispositifs médicaux, respectivement de 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.
- Distribués par ALLOGA FRANCE. Tél. : 02 41 33 73 33.

MTP19BRO02A – Janvier 2019 – ALGOSTÉRIL® et COALGAN®, marques déposées de BROTHIER.
Document destiné exclusivement aux professionnels de santé.



LABORATOIRES
BROTHIER

SERVICE CLIENTS

info@brothier.com

0 800 355 153

Service & appel
gratuits