Revue de presse

Greffe adipeuse autologue : notre trésor

R. ABS
Chirurgien plasticien, MARSEILLE.

La greffe adipeuse autologue est désormais considérée comme une solution omniprésente pour les problèmes esthétiques et réparateurs impliquant une perte de volume des tissus, un vieillissement ou une perte de souplesse et de vascularisation des tissus irradiés.

Les variations des méthodes de prélèvement et de manipulation, qu'il s'agisse de la filtration, de la décantation ou des autres paramètres de centrifugation, et enfin les différentes solutions de réinjection ne permettent pas de comprendre comment le praticien peut exploiter le potentiel clinique de manière reproductible et scientifiquement mesurable.

Désormais, l'évolution se fait plutôt dans le sens du circuit fermé. La macrograisse, décrite par Sydney Coleman, a des indications dans la sculpture du corps (seins, fesses…), la microgaisse, promue par Guy Magalon, trouve son utilisation dans la volumétrie des espaces fins ou exigus (face, main et doigts…) et la nanograisse, dont la recette a évolué entre les mains de Patrick Tonnard et Alexis Verpaele, est une façon d'utiliser les cellules souches d'origine adipeuse sans être soumis aux contraintes légales ou administratives puisqu'elles sont extraites par voie mécanique et non enzymatique. Cette nanograisse, sans effet volumateur, n'a d'ailleurs de graisse que le nom. Elle jouit de vertus trophiques intéressantes pour le rajeunissement cutané et l'aide à la cicatrisation tout en étant injectée à travers une simple aiguille, à la façon d'une mésothérapie. À suivre.

Avant de plonger vos pieds dans le sable des plages ou de hisser vos têtes vers les cimes des montagnes, je vous livre cette revue de littérature estivale.

Evaluation of retropectoral fat grafting in breast reduction by magnetic resonance imaging: a pilot study

Guimarães PAMP, Sabino Neto M, Lage FC *et al. Aesthet Surg J*, 2019;39:518-523.

L'un des défis de la réduction mammaire consiste à maintenir la projection mammaire avec 45 % de son volume dans le pôle supérieur et 55 % dans le pôle inférieur. Bien que largement utilisé dans les chirurgies du sein, le comportement des greffes graisseuses n'est pas encore complètement compris.

Cette étude a évalué en imagerie par résonance magnétique (IRM) la survie de la graisse transférée dans le plan rétropectoral chez des patientes en réduction mammaire, dans le cadre de la recherche d'une procédure sans risque d'oncologie offrant une prévisibilité et une reproductibilité élevées. 7 patientes ayant subi une réduction mammaire combinée à une greffe de graisse dans le plan sous-musculaire ont été suivies. La graisse aspirée a été traitée par sédimentation. Une IRM des seins était réalisée en préopératoire et à 1 et 6 mois après l'opération. La survie de la graisse a été calculée en faisant la différence entre les volumes de graisse mesurés par IRM avant et après l'intervention, cette différence a été ensuite divisée par le volume de graisse greffée.

14 seins opérés ont reçu en moyenne 119,6 mL de graisse autologue dans le plan sous-musculaire. Le taux de survie de la graisse était de 43,9 % un mois après la chirurgie et diminuait à 23,4 % à la fin de la période postopératoire. La projection antéropostérieure moyenne du tissu greffé était de 1,51 cm un mois après l'opération, diminuant à 1,07 cm à la fin de la période postopératoire.

La greffe de graisse rétropectorale peut donc contribuer au maintien de la plénitude du pôle supérieur des seins. Il s'agit d'un modèle expérimental innovant pour les études futures sur les techniques de récolte, de préparation et de greffe de graisse, permettant d'évaluer la survie de cette greffe.

Long-term outcomes in breast augmentation in trans-women: a 20-year experience

Fakin RM, Zimmermann S, Kaye K *et al. Aesthet Surg J*, 2019;39:381-390.

L'augmentation mammaire chez les femmes transgenres nécessite une attention particulière et une planification préopératoire minutieuse. Cette étude visait à présenter les résultats à long terme et l'expérience acquise au cours des 21 dernières années. Les femmes transgenres qui ont bénéficié, depuis 1995 dans notre centre, d'une augmentation mammaire en chirurgie primaire ont été examinées en ce qui concerne le type d'incision, le site de l'implant, la taille et la forme de l'implant et les révisions.

138 patientes avec un suivi de 4,6 ans (extrêmes : 2,0-13,3) ont été incluses. Chez 112 patientes (82,4 %), l'incision inframammaire a été choisie. Une implantation rétropectorale a été réalisée chez 70 d'entre elles (51,5 %). Les implants mammaires ronds (91 patientes, 66,9 % ; p = 0,010) avec projection basse (103 patientes, 75,7 % ; p < 0,001) ont été favorisés. Le volume de l'implant utilisé entre 2011 et 2015 était de de 363,3 ± 97,3 cm^3, significativement supérieur à celui utilisé entre 1995 et 1999 (différence moyenne de 142,1 cm^3 ; p < 0,001) et entre 2000 et 2004 (différence moyenne de 113,5 cm^3 ; p < 0,001).

Dans le même temps, les taux de révision ont considérablement diminué au fil du temps (52,9 % entre 1995 et 1999 contre 6,9 % entre 2011 et 2016 ; p < 0,001). Dans l'ensemble, la demande d'implants plus grands était l'indication la plus commune pour la révision (13 patientes, 9,4 %) après 6 mois (extrêmes : 4,0-18,7). À la révision, le volume de l'implant était de 355,4 ± 132,8 cm^3, ce qui indiquait une augmentation significative de 107,0 ± 48,1 cm^3 par rapport aux implants primaires (+ 30,0 % ; p = 0,048).

La demande d'implants mammaires plus grands était le motif de révision le plus courant. En fonction des divers degrés de croissance du tissu mammaire dus à l'hormonothérapie, nous recommandons, le cas échéant, des implants ronds à faible projection, d'une taille moyenne de 360 cm^3 dans la poche pré-pectorale.

>>> Commentaires par E. Bensimon

La plupart de mes patientes trans visent un bonnet C ou plus. Elles présentent généralement une circonférence thoracique plus large (souvent ≥ 38 pouces) et une largeur de poitrine plus grande que la plupart des patientes cis demandant une augmentation mammaire. De plus, elles recherchent souvent des implants plus gros que les femmes cis, la taille utilisée étant souvent supérieure à 450 cm^3.

Je trouve que le défi le plus difficile chez les patientes transgenres est la courte distance entre le complexe mamelon-aréole et le pli inframammaire. Cette distance peut être même de 2 cm chez certaines patientes. Par conséquent, nous sommes confrontés à une base large et une hauteur courte qui justifie une grande manipulation du pli inframammaire pour pouvoir placer le méridien de l'implant au niveau du mamelon, ce qui est le but ultime pour un résultat esthétique optimal.

À mon avis, lorsqu'un implant de grande taille est souhaité, l'utilisation d'un implant anatomique de faible hauteur et de forte projection, qu'il soit pré ou sous-pectoral, doit être envisagée, car il est possible de contrôler la hauteur et le diamètre et de permettre en particulier l'expansion du segment III court. Je ne privilégie pas particulièrement les implants anatomiques pour diverses raisons, notamment le LAGC-AIM, le risque de rotation et la coque.

J'utilise principalement des implants ronds avec une projection élevée et un diamètre inférieur, souvent d'une taille > 450 cm^3. Les implants à forte projection permettent de minimiser la manipulation du pli inframammaire afin de centrer l'implant derrière le mamelon et d'atteindre un taux de satisfaction élevé.

Intra-areolar pexy: the "*Compass rose*" suture technique for small and moderate areola herniation

Ionescu R, Dima D, Antohi N. *Aesthet Surg J*, 2019;39:393-402.

Les méthodes courantes de traitement du sein tubéreux mineur (type 0 ; base mammaire normale avec hernie aréolaire isolée) ne résolvent pas la pathologie sous-jacente et peuvent laisser une cicatrice inesthétique.

Cette étude a évalué l'efficacité et la sécurité d'une méthode simple, sans cicatrice, basée sur une nouvelle technique "rose des vents", qui traite de l'étiologie des seins tubéreux mineurs et des autres cas souhaitant une réduction légère du diamètre aréolaire. La technique utilise 3 couches de suture : 1 dans un motif de boussole et 2 dans un bloc rond (***fig. 1***). Des données rétrospectives ont été fournies pour 77 femmes consécutives (141 seins) subissant une chirurgie

Revue de presse

Fig. 1 : Technique de la "rose des vents" (repris de Ionescu *et al. Aesthet Surg J*, 2019;39:393-402).

esthétique d'augmentation mammaire et nécessitant une correction mammaire uni- ou bilatérale de type 0 (n = 22) ou une réduction de la largeur aréolaire ≤ 15 mm (n = 55).

L'âge et l'indice de masse corporelle moyens étaient respectivement de 29,7 ± 6,0 ans et de 19,4 ± 1,5 kg/m^2. Les patientes ont été suivies pendant une moyenne de 27,2 ± 19,5 mois.

Dans la poitrine tubéreuse, l'indice de Northwood moyen a diminué de 0,55 ± 0,06 au début de l'étude à 0,36 ± 0,02 six mois après la chirurgie, indiquant une déformation résiduelle minimale. Dans les réductions de largeur aréolaire sans tubérosité, des réductions de largeur moyennes de 11,3 ± 1,8 mm (20,0 %) ont été obtenues. La satisfaction des patientes était élevée en ce qui concerne l'absence de cicatrices, la stabilité du résultat et l'attractivité globale du sein. 8 complications ont été enregistrées (2 hématomes superficiels, 3 hypersensibilités, 2 palpabilités à 2 nœuds et 1 récurrence) et toutes ont été corrigées.

La méthode est efficace et sûre, elle peut s'appliquer à toutes les patientes ayant un sein tubéreux de type 0 ou souhaitant une réduction du petit diamètre aréolaire.

>>> Commentaires par JC. Grotting et NB. Patel

La technique "rose des vents" est ingénieuse car elle cherche à restaurer l'action de deux ensembles de muscles, les fibres circulaires du "muscle de Sappey" et les fibres radiales du "muscle de Mayerholtz". Cependant, moins de succès ont été obtenus quand le chirurgien ne créait pas de surface crantée, permettant aux plans de tissus cicatrisés de supplanter la fonction de suture à terme.

La technique "rose des vents" telle que décrite semble offrir moins de chances de produire cette difformité, mais seul un suivi à long terme révélera la fin de cette histoire.

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