



**Réinterventions et insuffisances des blépharoplasties esthétiques**

**Le lambeau de DIEP : un lambeau “tout terrain”**

**Les détatouages**

**Prise en charge esthétique du sourcil**

**L'utilisation des réseaux sociaux pour les plasticiens**

**Revue de presse : à propos des articles de cet été**



### 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. Qassemayr,  
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

### SECRETARIAT DE RÉDACTION

M. Anglade, M. Meissel

### PUBLICITÉ

D. Chargy

### RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

### MAQUETTE, PAO

D. Plaisance, A. Gulphe

### IMPRIMERIE

Impression : bialec  
23, allée des Grands-Pâquis  
54180 Heillecourt  
Commission Paritaire : 0522 T 91811  
ISSN : 2268-3003  
Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2019

## PAUPIÈRES

### 3 Réinterventions et insuffisances des blépharoplasties esthétiques : comment les éviter ?

D. Maladry

## RECONSTRUCTION

### 9 Le lambeau de DIEP : un lambeau "tout terrain"

R. Bosc, S. Le Mouel,  
B. Hersant, J.-P. Méningaud

## ESTHÉTIQUE

### 15 Les détatouages

A. Lambert, M. Naouri

## FACE

### 24 Prise en charge esthétique du sourcil : comment l'analyser et comment le gérer

C. Bela



## PRATIQUE PROFESSIONNELLE

### 29 L'utilisation des réseaux sociaux pour les plasticiens Le devoir de communication du praticien 2.0 face au patient 2.0

T. Josse

## REVUE DE PRESSE

### 35 À propos des articles de cet été

R. Abs

Un encart "Épithélial" est routé avec ce numéro.

Un bulletin d'abonnement est en page 14.

Image de couverture : W. Noël.

## I Paupières

# Réinterventions et insuffisances des blépharoplasties esthétiques : comment les éviter ?

**RÉSUMÉ :** Les anomalies les plus fréquentes sont les insuffisances de résection des poches inférieures, les phénomènes rétractiles cicatriciels et/ou les excès de résection cutanée inférieure avec retentissement sur la position de la ligne grise, les anomalies du dessin de l'excision sur la paupière supérieure ou encore les yeux creux, faisant suite à des excisions graisseuses importantes et à l'involution sénile dont la correction est très rarement demandée par des dames très âgées et souvent multi-opérées. Devant ces anomalies où une décision opératoire est discutée, la consultation à plusieurs lors d'un staff collégial a beaucoup d'intérêt.



**D. MALADRY**  
Chirurgien plasticien et esthétique,  
PARIS.

**H**ormis les complications ophtalmologiques exceptionnelles telles que l'amaurose par réflexe vasomoteur (importance d'une sédation au moins minimum), dont la fréquence lors des blépharoplasties est bien difficile à préciser (entre 1/20 000 et 1/200 000), et les décompensations de pathologies préexistantes (détachement de rétine [DDR], glaucome, kératite observée chez certains patients multi-opérés des paupières prévenue par la fermeture inter-palpébrale avec fil en U la première nuit puis collyre et pommade ophtalmologique), on retrouve de rares hématomas intra-orbitaires qui imposent une désunion du site opératoire, un lavage, une hémostase et surtout une prévention (relais des anticoagulants, coagulation ou ligature efficace des pelotons graisseux intra-orbitaires, sédation peropératoire, maintien d'une tension artérielle correcte en per- et postopératoire).

Les diplopies sont plus fréquentes, elles sont liées à l'anesthésie locale dont le

produit s'insinue autour des muscles oculomoteurs ou à la traction, voire à la coagulation de quelques fibres musculaires. Elles régressent spontanément en quelques heures. Le ptosis palpébral par section du releveur a également été décrit, le bistouri doit rester léger !

Le caractère "explosif" de ces événements doit être prévenu par une information préopératoire adaptée. Par exemple, les yeux secs, les antécédents de kératite et d'ulcère de la cornée sont à prendre en compte car la chirurgie peut être source de décompensation. Leur prévention repose sur l'humidification et la protection per- et postopératoires, et surtout sur la réalisation d'un tracé économe des excisions musculocutanées. La suspension palpébrale postopératoire des premières heures joue également un rôle préventif majeur [1-4].

Les insuffisances des blépharoplasties esthétiques sont soit objectives, soit ressenties [5]. Existe-t-il une méthode pour

## I Paupières

éviter la réintervention ? Nous aborderons dans cet article les suites des blépharoplasties par voie cutanée, beaucoup plus fréquentes que celles utilisant la voie conjonctivale inférieure, qui est certes très utile mais nécessite une juste appréciation de l'excision graisseuse et de la qualité du revêtement de surface [6].

### Les consultations préopératoires

Les analyses des motivations des patientes, l'évaluation des défauts améliorables ou non, l'étude des photos préopératoires (face + 3/4 + profil affichées au bloc), les asymétries de même que les excès plus ou moins importants sont des renseignements essentiels à prendre en compte. Il faut par exemple vérifier la course du releveur (à confronter à l'aspect peropératoire du releveur de la paupière supérieure [RPS] et à la présence ou non de l'ombre pupillaire) car une gêne visuelle alléguée n'est pas toujours exclusivement secondaire à un blépharochalasis, elle peut être associée à un blépharoptosis sénile débutant, habituellement asymétrique et souvent démasqué par la position surélevée du sourcil et l'arrondi de la ligne grise inférieure homolatérale.

Ces petits signes sont souvent plus visibles au repos, sur les photos. Il n'est pas rare de retrouver en consultation une anomalie fonctionnelle décompensée par la sénescence, dont l'analyse fine est indispensable (fig. 1).



**Fig. 1 :** Ptosis majeur et mineur. Outre la paupière supérieure gauche qui est trop basse, le sourcil homolatéral est trop haut et la paupière inférieure homolatérale est trop arrondie, comme pour dégager la vision. **En haut :** avant. **En bas :** après, normalisation des signes indirects.

### Le dessin (fig. 2)

>>> **Avant de redessiner une forme afin de l'améliorer**, le chirurgien dessine sur l'opéré son projet. Cette façon de dessiner avant tout geste invasif influence fortement le résultat des blépharoplasties, d'autant plus que le site opératoire sera infiltré pour l'analgésie et le caractère exsanguine du champ opératoire, ce qui modifiera les volumes et les formes à traiter.



**Fig. 2 :** Le dessin. **En haut**, excédent important, cadre orbitaire assez étroit : respect du pli palpébral supérieur et débord externe. **En bas**, dessin par plissé froncé forcé : résection pouvant être importante, si demande, et sans risque d'excès même en cas de paupière encore juvénile.

● **Pour la paupière du haut**, nous procédons par plissé froncé forcé afin de déterminer la ligne supérieure de résection en regard du globe oculaire. Pour la ligne inférieure de la résection, nous restons au niveau du pli palpébral supérieur (PPS), qu'il est important de bien repérer et de marquer (éviter les pommades ophtalmiques grasses de "protection" qui, en coulant, empêchent ce marquage). Le PPS peut être parfois absent, peu visible, bifide ou multiligne. Quoi qu'il en soit, il faudra éviter d'amputer de la peau pré-tarsale (au moins 8 mm de haut/ligne grise) au risque sinon d'obtenir des "petits yeux ronds" avec une paupière trop étroite et très laide :

– en dehors, il faut prolonger suffisamment l'excision dans la région temporale sous-sourcilière pour éviter un défaut souvent visible et habituellement concomitant du précédent : la persistance d'une visière de casquette externe qui laissera un regard triste. Il est aisé de positionner la cicatrice externe dans une ridule naturelle de la patte d'oie,

déjà présente ou en devenir (au moins découverte par le plissé froncé forcé). À noter que les résections externes prolongées, mais encore insuffisantes, laissent une *doggy ear* qui ne se résorbe pas toujours avec les massages et est source de nombreuses questions. La qualité de la cicatrisation palpébro-temporale permet de prolonger d'emblée la résection afin d'éviter cet effet oreille ;

– en dedans, si l'excision ou l'incision dépasse la partie palpébrale et remonte sur la face latérale haute du nez, il existera une bride cicatricielle qui pourra être la source d'une mini-plastie en Z secondaire. Il n'est donc pas possible, comme à l'extérieur, de prolonger autant que nécessaire ! Compte tenu des excédents parfois très importants au niveau de la partie interne des paupières supérieures, il est difficile d'exciser en hauteur et en longueur la quantité suffisante. Nous retirons donc souvent assez peu de peau en dedans et "creusons" en profondeur (excision graisseuse orbitaire interne) de façon à utiliser la quantité de peau saillante pour couvrir le creux. Cette méthode peut parfois laisser une tubérosité par excès de peau plus que par excès de graisse.

● **Pour la paupière du bas**, le dessin est simple : voie sous-ciliaire, obliquant en bas et en dehors, à 1-2 mm en dehors de l'angle externe, autour de 40°, dans une ridule naturelle. Là aussi, il ne faut pas hésiter à prolonger pour obtenir une résection externe suffisante et assurer une remise en tension correcte de la lamelle antérieure. Nous ne retirons pas de peau sous-ciliaire ou à peine (1 mm). Concernant le dessin des pelotons graisseux, après quelques cas d'excision insuffisante du peloton externe inférieur, nous avons pris l'habitude de marquer son relief préalablement, regard vers le haut, en position assise sur la table.

>>> **Concernant les temps suivants**, nous serons brefs. Nous pratiquons bien sûr une excision graisseuse ni trop importante (yeux creux) ni insuffisante,

pour tenir compte de l'aspect familial et en même temps du désir exprimé (consultations préopératoires) lors des chirurgies des paupières lourdes avec cadres orbitaires étroits. Et pour la suture, toujours simple, nous effectuons un surjet intradermique en haut, à points séparés en U avec amarage de l'orbiculaire par le U, sous le cantus externe en bas, et rien en sous-ciliaire inférieur...

### Utilité du staff et décision de la reprise

Il existe une anomalie, une insuffisance ou un défaut perçu par l'opéré et qui est source d'interrogations. Si le phénomène est nié, l'interrogation pourrait devenir revendicatrice, agressive et finalement conflictuelle. Pour que cela reste très exceptionnel, les explications médicales de ce phénomène, l'évolution naturelle et le traitement doivent être exposés à l'opéré. Il est bien sûr important d'évoquer l'évolution désagréable et le traitement en préopératoire mais, devant l'insatisfaction, la déception et surtout l'inquiétude, voire les paroles amères d'un entourage hostile au projet initial, cela ne suffit pas toujours.

De nouvelles photographies comparatives et bien réalisées permettent de suivre précisément le cas et des consultations face-à-face sont absolument nécessaires. Il faut refuser de répondre à un questionnement adressé par mail avec pour "élément objectif" un selfie. La réponse qui serait faite, coupée de toute base objective, nourrirait d'autres interrogations et parfois le dossier de l'avocat.

Dans les cas où il semble exister une évolution conflictuelle ou si la solution ne semble pas évidente, nous recommandons la tenue d'un staff entre collègues liés par un cursus commun, avec si possible un sage plus ancien qui modèrera la rencontre et fera part de son expérience. Ces rencontres du patient confronté à une évolution imprévue avec son chirurgien et des collègues peuvent

désamorcer bien des conflits et apporter une aide à l'opéré et à son chirurgien, en augmentant nos connaissances et nos expériences. Le plus souvent, des réponses qui n'auraient pas été entrevues par le chirurgien ou non comprises par le patient émergent et le délai et les modalités d'une éventuelle reprise sont explicités.

### Anomalies, défauts et insuffisances rencontrés

#### 1. Anomalies de la suture, troubles de la pigmentation et autres petits incidents (fig. 3)



Fig. 3 : Cicatrices rouges, épaisses, un peu rétractiles les premières semaines : aucune conséquence à terme.

>>> **Un fil qui irrite le globe** doit être recouqué ou ôté.

>>> **La désunion des premières heures** : une ouverture brutale des paupières, un fil trop fin, des caillots adhérant à la peau et nettoyés un peu brutalement et la plaie s'ouvre. La prise en charge fait appel soit à la réalisation d'un point au lit du patient en bénéficiant des restes de l'anesthésie locale, soit à la cicatrization dirigée.

>>> **Cicatrices épaisses, pigmentées, dépigmentées, doggy ear** : ce sont surtout des cicatrices blanches, un peu épaisses, sur les peaux laiteuses plutôt qu'une hyperpigmentation qui n'est pas réellement signalée. Pour les *doggy ears*, nous recommandons d'exciser d'emblée l'excédent. Il faut signaler que, par massage et pétrissage, il n'est pas rare de voir disparaître en 4 à 5 mois les oreilles en bout de cicatrice de blépharoplastie... mais que de questions ! L'hypertrophie

pathologique cicatricielle persistante est, quant à elle, plus qu'exceptionnelle. Enfin, une rougeur et une épaisseur des premiers mois pourront être massées et maquillées.

>>> **Le signe de la bande rose** : il s'agit d'une bande rosée de peau en préoculaire, étroite, qui contraste avec le reste de la paupière blanche supérieure sus-jacente. L'excision de surface a été faite à cheval sur le pli palpébral supérieur et la peau fine pré-tarsale révèle le réseau sous-dermique vasculaire. Pour éviter cette bande rose, nous insistons sur l'importance du dessin préopératoire car il n'y a pas de correction évidente.

>>> Les peaux brunes avec beaucoup d'ecchymoses au niveau des paupières inférieures présentent parfois, malgré l'éviction solaire de plus de 6 mois, **une pigmentation brunâtre foncée à type de cerne**. L'application de pommades dépigmentantes (sans effet bien certain) et d'un maquillage couvrant permettent de patienter en attendant la disparition spontanée. La visualisation des photos préopératoires révèle quasi systématiquement des cernes préexistants mais pour lesquels l'opéré n'exprimait pas de gêne.

>>> **L'accentuation des poches malaïres œdémateuses** : l'œdème postopératoire remplit le tissu fibrograisseux d'une poche malaïre minime préexistante. Le traitement le plus efficace est une injection *in situ* de corticoïde à faible dose (risque d'atrophie et de creux si le corticoïde est trop puissant). En l'absence de prise en charge, l'évolution est très longue.

>>> **Les kystes épidermiques** quelques semaines après la chirurgie et la toute première année sont soit tous petits comme des grains de milium, soit plus gros. Ils seraient consécutifs à la migration en profondeur d'une cellule épidermique entraînée par l'aiguille et à son organisation en poche de kératine, facile à percer avec une aiguille ou à inciser en salle de pansement. Nous avons remarqué que les

## I Paupières

sutures aux fils à résorption rapide, qui évitent l'ablation un peu douloureuse des points, sont sources de réactions inflammatoires et de kystes. Les peaux à grains de milium font aussi souvent ce type de concrétions kératiniques postopératoires.

>>> Nous avons aussi observé la **migration centrale de la cicatrice oblique inférieure externe**, tout particulièrement lors de l'association de la bépharoplastie avec un lift de la région jugotemporale et si la blépharoplastie est réalisée en dernier temps, une fois la zone temporale repositionnée vers le haut et le dehors. La cicatrice un peu rouge se retrouve, quelques jours après, bien plus interne que ce qu'elle était en postopératoire immédiat : c'est la preuve que les lifts se détendent assez vite ! La cicatrice va de toute façon blanchir et disparaître...

### 2. Blépharoplasties supérieures

>>> **Asymétrie** : il faut se méfier de l'inversion de l'asymétrie d'origine, bien plus visible pour l'opéré que l'asymétrie initiale et souvent très mal vécue. Pour prévenir cette anomalie, il faut retirer une quantité équivalente de part et d'autre, sans vouloir symétriser et avec le risque de dépasser la juste correction, d'autant qu'habituellement l'asymétrie est en rapport avec le cadre orbitaire. Au bout de 6 mois d'une demande persistante, une reprise très prudente de symétrisation peut être envisagée.

>>> **Manque de résection** pour les paupières lourdes constitutionnelles et les corniches osseuses saillantes :

● **Global** : ce cas est plus théorique que pratique car même une résection minimaliste satisfait généralement les opérés s'ils n'ont pas exprimé la volonté d'avoir une paupière supérieure bien creusée. Une récurrence peut cependant survenir en quelques années et il faudra à ce moment-là envisager une reprise. Certaines paupières lourdes constitutionnelles, chez des patients de type asiatique ayant une orbite étroite, n'auront jamais

une paupière libre pré-tarsale "déliée", haute et élégante : la prévention se fait, ici encore, par l'information. Reprendre ces patients donnera une paupière toujours courte et trop creuse.

● **Externe** : c'est un défaut du dessin. Il persiste un excès supéro-externe, la paupière reste triste. Il faut reprendre l'excision localisée en temporal et sous-sourcilier (fig. 4).

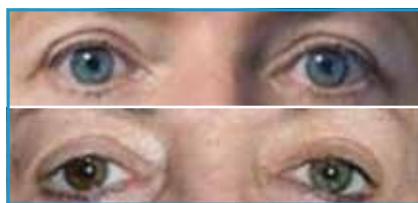


Fig. 4 : Insuffisance de résection externe supérieure.

● **Interne** : il persiste une petite boule interne. Il faut reprendre l'excision de la graisse orbitaire interne largement et l'excès de peau *a minima*.

>>> **Excès de résection** (fig. 5) :



Fig. 5 : Trop de résection en pré-oculaire : paupière courte et creuse, pas assez en dehors, visière externe.

● **Les paupières creuses** : ce défaut est dû à la résection stéréotypée d'une paupière supérieure plissée mais "sèche" et déjà vide. La prévention se fait par excision uniquement cutanée, sans excision du muscle orbiculaire ou de la graisse de Rolando. Si le problème est très visible, nous conseillons une greffe dermograsseuse ou du système musculo-aponévrotique superficiel (Smas) plutôt qu'une greffe cellulo-adipeuse que nous trouvons difficile à bien positionner en sous-dermique (risque de visibilité des lobules sous la peau fine et manque de distension de la cicatrice).

● **Les paupières mobiles courtes** : bande rose et petit œil rond. La ligne inférieure de résection de l'excès ne

doit pas dépasser vers le bas le pli palpébral supérieur. Si cela s'est produit, que faire : une greffe de peau de même qualité (mais où la trouver dans une telle situation) ? des micro-greffes graisseuses pré-tarsales sous-dermiques ? de l'acide hyaluronique ? une greffe en unité esthétique pré-tarsale de bonne hauteur d'une peau qui se marierait bien avec la peau sous-sourcilière ?

● **Les défauts de fermeture palpébrale** :

– défaut primaire : il semble, en fin d'intervention, exister une mauvaise occlusion. Rare en esthétique si le dessin est bien fait, ce défaut se voit lors de la chirurgie d'exérèse carcinologique, de prise de greffe de peau au site palpébral, etc. La méthode du plissé francé forcé permet d'ôter un maximum de hauteur de peau et, même si un défaut de fermeture apparaît du fait de l'infiltration et de l'œdème postopératoire, tout rentre dans l'ordre quelques heures après. Par prudence, pour protéger le globe, une suspension inter-palpébrale en U peut être posée pour la première nuit. Nous avons rencontré un cas de récurrence de carcinome basocellulaire sous-sourcilière où la greffe de peau controlatérale a induit ce défaut. Outre le U inter-palpébral, nous avons laissé la zone de prise en cicatrisation dirigée partielle sur quelques millimètres ;

– lors des reprises successives et excessives apparaît une gêne fonctionnelle (irritations, kératites). Si au bout de 3 mois de soins médicaux (collyre et pommade) il n'y a pas eu d'amélioration, une greffe de peau (un peu visible car habituellement il n'y a plus de site palpébral utilisable) est justifiée. De façon générale, lors des reprises avec antécédent d'irritation oculaire, nous posons une suspension inter-palpébrale en U la première nuit pour protéger le globe oculaire.

### 3. Blépharoplasties inférieures (fig. 6)

Nous utilisons une voie sous-ciliaire et une dissection sous-musculaire et pratiquons une excision oblique externe



**Fig. 6 :** Tendence à l'éversion palpébrale inférieure préopératoire: risque accru.

sans résection sous-ciliaire (ou de 1 mm de haut). Les complications à type de véritable ectropion ne se rencontrent pas avec cette technique.

**>>> Épicanthus externe cicatriciel :** il existe une petite palmure membraneuse cicatricielle avec parfois une gêne ressentie au coin de l'œil. L'attraction vers l'extérieur de la sangle palpébrale améliore la gêne. Il s'agit d'une bride cicatricielle sur une incision externe un peu haute ou d'un défaut de cicatrisation sur le fil le plus haut avec une petite nécrose croûteuse. Une simple incision peut suffire sous anesthésie locale en salle de pansement, ou un micro Z dont les triangles très petits sont assez difficiles à suturer.

**>>> Sangle palpébrale trop tendue :** la ligne grise est basse avec un *scleral show* mais il n'y a pas d'ectropion, la contraction de l'orbiculaire corrige la position de la ligne grise. Il s'agit à l'origine de globes saillants, un peu exophtalmes ou globuleux. La sclère est objectivement plus visible en postopératoire. La remise en tension a mimé le phénomène de la ceinture qui descend sur les ventres tendus et saillants, sans taille marquée. En attendant quelques mois, cette gêne s'amenuise. Il serait possible de reprendre la dissection du plan musculocutané et de repositionner en suturant plus vers le centre ce lambeau pour détendre la paupière.

**>>> Sangle palpébrale trop molle :** si le plan musculocutané a été retendu correctement, le plan tarso-conjonctival est

parfois trop long, même avec un amarrage musculaire externe. Ces paupières séniles, molles, laxes (importance pour le diagnostic et l'information, le choix de la technique et des tests de recoaptation lors des consultations préopératoires) ne sont pas bien accolées au globe. Il persiste une concavité de la ligne grise et un larmolement par décoaptation du point lacrymal inférieur. Il peut être utile, devant une gêne persistant plus de 3 mois, de reprendre en complétant l'intervention par l'excision d'un pentagone de lamelle postérieure. Dans les formes diagnostiquées en préopératoire, un geste global de ce type est très intéressant. Il présente néanmoins un inconvénient : création d'une encoche minime, d'une mini-indentation, assez fréquente, sur la ligne grise au niveau de la suture verticale d'adossement des deux moignons de lamelle postérieure.

## POINTS FORTS

- Les événements graves restent très exceptionnels, à type de complications ophtalmologiques : la surveillance de la vision les premières heures est nécessaire.
- Les autres anomalies importantes rencontrées sont souvent liées au dessin et aux quantités tissulaires excisées :
  - les insuffisances de résection des poches inférieures, en particulier en dehors, faciles à reprendre ;
  - les phénomènes rétractiles cicatriciels et/ou les excès de résection cutanée inférieure avec retentissement sur la position de la ligne grise (ectropion, *scleral show*...);
  - les anomalies du dessin de l'excision sur la paupière supérieure : trop importante en hauteur et empiétant sur la paupière mobile pré-oculaire, ou insuffisante en longueur et tout particulièrement en dehors. Cette dernière anomalie est aisée à reprendre et à compléter ;
  - les yeux creux, faisant suite à des excisions grasses excessives dont le traitement par greffes tissulaires à ciel ouvert nous semble plus aisé que la greffe grasseuse à l'aiguille.
- Les petits événements cicatriciels, kystes épidermiques, dyschromies cicatricielles, etc. sont souvent bien tolérés.
- Devant une insatisfaction et avant une reprise, la pratique d'un staff collégial est très utile.

L'espoir de la disparition progressive du bombé a été déçu, lors de la variante où l'excision préserve la ligne grise, en laissant un bombé face à la suture verticale du plan tarso-conjonctival sous-jacent. Nous avons été amenés à reprendre les patients pour excision de ce bourrelet.

**>>> Sangle palpébrale trop courte avec manque de hauteur :** c'est la vraie complication ! La sclère est trop visible, les cils capotent vers l'avant, la conjonctive peut être vue, le punctum est décollé du globe, il existe une irritation conjonctivale... bref, il s'agit d'un ectropion.

● **Ectropion transitoire mécanique :** c'est une évolution rétractile cicatricielle précoce, plus fréquente avec la dissection sous-cutanée pure mais parfois induite par un hématome, une suture inflammatoire, un épisode de conjonctivite dû à

## I Paupières

une mauvaise occlusion et non prévenu le cas échéant par le fil en U. Cet ectropion cicatriciel apparaît secondairement 1 à 2 semaines après la chirurgie. Il existe quand même une reposition de la ligne grise lors de la contraction musculaire de l'orbiculaire, la quantité verticale sous-ciliaire de peau ne semble pas si insuffisante. Soins locaux et massages régleront rapidement le problème. Si au bout d'un mois il n'y a pas le début d'une amélioration, il faudra craindre une résection réelle (plus de 2 mm) qui aurait été faite en sous-ciliaire. Cette complication est souvent associée à une atteinte fonctionnelle, le muscle orbiculaire ne se contracte pas bien du fait d'une parésie en rapport avec une dissection inféro-externe sous-musculaire extensive. Là encore, la récupération est de quelques semaines. Il ne faut donc pas se presser de réintervenir car le phénomène cicatriciel rétractile en serait aggravé.

● **Ectropion persistant** : parfois, cet ectropion existe d'emblée à cause d'une résection trop importante sous la ligne des cils, la paupière est trop courte, tendue. Si le muscle se contracte, il ne peut remonter la ligne des cils et, au bout d'un mois ou de 45 jours, s'il n'y a pas d'amélioration avec les soins locaux, il faudra proposer une greffe de peau palpébrale sous-ciliaire (il persiste souvent un peu de peau palpébrale supérieure).

>>> **Persistance d'un peloton externe le plus souvent** : il ne disparaîtra pas seul, il faudra donc reprendre.

>>> **Paupière creuse** : l'excision des pelotons a été excessive. Il ne faut pas être plus postérieur que la margelle osseuse en fin de résection des pelotons et, après avoir ouvert le septum orbitaire, la résection ne se fait pas en appuyant sur le globe pour bien faire saillir ces pelotons graisseux. L'artifice de Planas qui, après ouverture complète du septum, "peigne" la graisse en la disposant vers le bas sous le cerne évite sans doute la paupière creuse, mais il reste un bombé homogène persistant dans notre expérience. Ces paupières creuses s'aggravent avec le vieillissement, leur correction fait appel aux greffes graisseuses autologues, aux greffes de Smas et aux greffons dermo-graisseux mais avec des résultats variables (fig. 7).



Fig. 7 : Paupières creuses.

### ■ Conclusion

Finalement, pourquoi un tel exposé qui semble indiquer que les blépharoplasties sont marquées de reprises et de nombreux incidents ? En réalité, c'est une intervention avec une grande satisfaction des patients et une gestion simple.

Mais la blépharoplastie des chirurgiens esthétiques est maintenant très concurrencée par celles réalisées par les autres praticiens tête et cou, et tout particulièrement les ophtalmologistes. La

connaissance des anomalies et de leurs traitements, le rattrapage des cas les plus gênants (visière de casquette externe, bande rose, petits yeux ronds, ectropion), avec beaucoup d'empathie et en restant confraternels, permet de nous distinguer favorablement vis-à-vis des patients.

### BIBLIOGRAPHIE

1. MACK WP. Complications in periorcular rejuvenation. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 2010;18:435-456.
2. MEJIA JD, EGRO FM, NAHAI F. Visual loss after blepharoplasty: incidence, management, and preventive measures. *Aesthet Surg J*, 2011;31:21-29.
3. BAEK JS, KIM KH, LEE JH *et al.* Ophthalmologic complications associated with oculofacial plastic and esthetic surgeries. *J Craniofac Surg*, 2018;29:1208-1211.
4. PARK BY, KWON J, KANG SR *et al.* Informed consent as a litigation strategy in the field of aesthetic surgery: an analysis based on court precedents. *Arch Plast Surg*, 2016;43:402-410.
5. JACONO AA, RANSOM ER. Anatomic predictors of unsatisfactory outcomes in surgical rejuvenation of the midface. *JAMA Facial Plast Surg*, 2013;15:101-109.
6. ROHRICH RJ, COBERLY DM, FAGIEN S *et al.* Current concepts in aesthetic upper blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 2004;113:32e-42e.

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

## Reconstruction

# Le lambeau de DIEP : un lambeau “tout terrain”

**RÉSUMÉ :** Le lambeau libre de DIEP est utilisé préférentiellement pour la reconstruction du sein. La masse de tissu grasseux et cutané utilisable et transférable dans une zone de reconstruction nous a fait également choisir ce lambeau pour des reconstructions en dehors du sein.

Nous présentons 3 cas cliniques de lambeau libre de DIEP simple ou double utilisé pour les reconstructions complexes multitissulaires. Les caractéristiques de la zone donneuse, la longueur du pédicule et la capacité à disposer d'une grande surface de couverture cutanée en font un lambeau de choix pour la reconstruction du membre inférieur, en compétition avec le lambeau musculocutané ou perforant de *latissimus dorsi*.



**R. BOSC, S. LE MOUEL, B. HERSANT,  
J.-P. MÉNINGAUD**

Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale,  
CHU Henri Mondor, CRÉTEIL.

La reconstruction du sein par lambeau libre abdominal de DIEP (*deep inferior epigastric perforator*) est devenue très populaire en France et dans le monde depuis sa description au milieu des années 1990. La capacité à prélever de manière fiable le surplus cutanéograsseux abdominal sans léser les muscles de la paroi a conduit les chirurgiens à proposer cette option à défaut du TRAM (*transverse rectus abdominis myocutaneous flap*) [1] lorsque les patientes présentent un abdomen pendulum. En effet, le prélèvement du pendulum abdominal, à l'instar d'une abdominoplastie classique, permet de rétablir la silhouette et de disposer d'une masse tissulaire suffisante et stable pour la reconstruction d'un ou des deux seins.

Depuis 2012, nous avons réalisé plus de 300 reconstructions mammaires avec lambeau DIEP à l'Hôpital Henri Mondor de Créteil [2]. L'âge moyen de nos patientes était de 49,6 ans (31-74). Il s'agissait d'une reconstruction mammaire immédiate dans 103 cas (27,9 %) et retardée dans 277 cas (72,1 %). 31 patientes ont eu une reconstruction

mammaire bilatérale (8,1 %). 93 % des patientes qui ont eu une reconstruction différée (n = 257) ont eu une deuxième intervention chirurgicale.

Six patients (2 %) ont eu un prélèvement de DIEP avec transfert libre pour une indication différente :

- une reconstruction post-traumatique de jambe [3];
- deux reconstructions du membre inférieur après exérèse de sarcome [3];
- une reconstruction scapulo-thoracique après exérèse d'ostéosarcome [4];
- une reconstruction de la langue mobile et de la base de langue après glossectomie pour carcinome épidermoïde;
- une reconstruction orbito-jugale de rattrapage après un ostéosarcome radio-induit.

L'immense majorité des prélèvements de DIEP le sont pour des reconstructions du sein mais les tissus de l'abdomen peuvent permettre de reconstruire de nombreuses autres zones lésées. La masse de tissus disponibles sur l'abdomen – peau, graisse, muscle, paroi aponévrotique – ainsi que la longueur

## Reconstruction

des vaisseaux permettent d'utiliser ce lambeau dans des indications plus "exotiques" que le sein. Ce lambeau est particulièrement indiqué lorsque la surface cutanée à couvrir est importante. Il permet d'effectuer de la chirurgie de rattrapage lorsque d'autres lambeaux n'ont pu être utilisés ou ont été mis en échec. Le DIEP est également utilisé dans sa version pédiculée pour les reconstructions périnéo-vaginales. Le but de cet article est de décrire à travers trois cas cliniques l'efficacité et la nature "multitâche" de ce lambeau en chirurgie reconstructrice.

### Cas clinique n° 1

Nous présentons le cas d'un patient de 40 ans victime d'un accident de moto à haute cinétique, polytraumatisé avec amputation traumatique trans-humérale du bras droit, double fracture parasymphysaire de la mandibule, fracture splénique, contusion hépatique et fracture ouverte Cauchoix 3 de jambe gauche. Le patient a bénéficié en urgence d'une réimplantation du bras, d'un traitement des lésions viscérales et d'une stabilisation des os de la jambe avec mise en place d'un fixateur externe après nettoyage et débridement simple. Dans les suites, une ostéosynthèse de la mandibule a été réalisée puis, à J6, une amputation trans-humérale haute définitive du membre supérieur droit en raison d'une rupture disséquante de l'artère humérale.

L'état cutané du membre inférieur droit s'est rapidement dégradé et, devant l'exposition large du foyer de fracture, la réalisation d'un lambeau de *latissimus dorsi* libre a été écartée pour ne pas alourdir le déficit musculaire de la racine des membres supérieurs. Le projet d'anastomose sur le membre inférieur lésé n'a pas été retenu en raison de l'altération du flux vasculaire en aval de la zone lésée sur les 3 axes de la jambe traumatisée.

Un lambeau de DIEP avec anastomoses controlatérales *cross leg* sur l'artère tibiale postérieure a été proposé et

réalisé, avec un sevrage progressif par épreuves de clampage quotidiennes à partir de la 3<sup>e</sup> semaine postopératoire. Les deux membres ont été stabilisés par un fixateur externe (**fig. 1**) pour éviter un étirement accidentel du pédicule. Le dessin du lambeau comportait une extension cutanée dans la zone inguinale pour permettre une couverture du

pédicule (**fig. 2**). Le sevrage définitif a été réalisé à la quatrième semaine postopératoire avec une angiographie au vert d'indocyanine pour vérifier l'autonomisation du lambeau.

Les suites opératoires ont été marquées par la nécessité d'une deuxième intervention trois mois plus tard pour

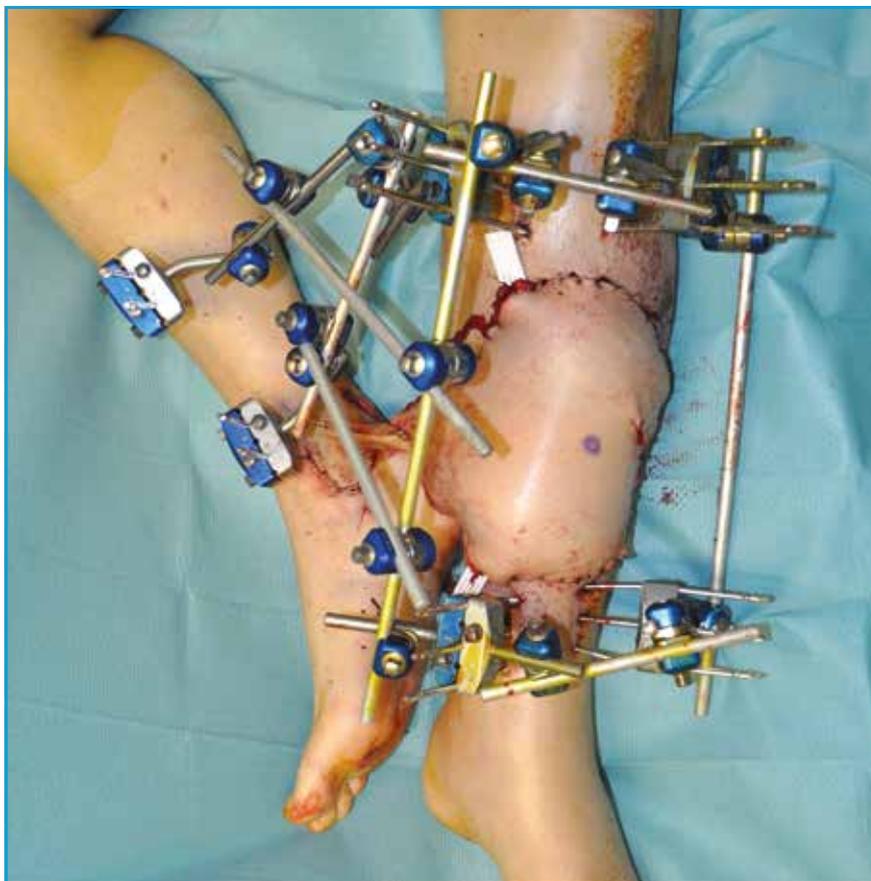
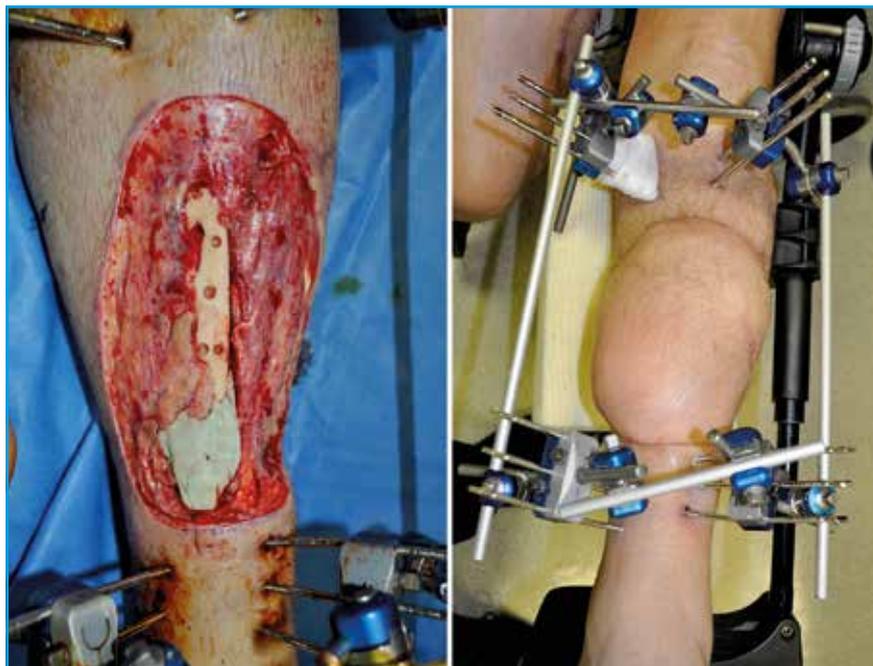


Fig. 1 : Détail du montage pour la stabilisation des deux membres inférieurs.



Fig. 2 : Dessin du lambeau et détail du positionnement du pédicule *cross leg*.



**Fig. 3 :** Détails de la perte de substance cutanéomusculaire avec exposition large du foyer de fracture et de la perte de substance osseuse.



**Fig. 4 :** Exposition de prothèse massive de fémur.

ablation du ciment et greffe osseuse. Une troisième intervention de dégraissage du lambeau a été nécessaire après obtention de la consolidation osseuse.

Cette procédure a permis d'obtenir une couverture cutanée large sans faire le sacrifice d'un muscle chez un patient qui nécessite un appareillage prothétique complexe (**fig. 3**).

## ■ Cas clinique n° 2

Nous présentons le cas d'une patiente de 39 ans porteuse d'une prothèse massive de fémur posée il y a 20 ans après une chirurgie d'exérèse de sarcome de cuisse droite avec irradiation. La patiente présentait une double exposition de la prothèse au niveau inguinal et au niveau de la face interne du genou. Elle avait été opérée à de multiples reprises, avec notamment la réalisation de deux lambeaux de *latissimus dorsi* libres et d'un lambeau *cross leg* 10 ans et 5 ans auparavant respectivement. Le membre inférieur était déformé en varus avec

une mobilité de la prothèse (**fig. 4**). Les rétractions cutanées multiples, le statut multicicatriciel de même que la métallose tissulaire interdisaient un prélèvement local.

Le dossier a fait l'objet d'une analyse et d'une discussion multidisciplinaire. L'indication de changement de prothèse a été posée avec un lambeau de couverture sur les deux zones fistulisées emportant largement les cicatrices et les tissus irradiés. La stratégie opératoire a consisté à proposer un double DIEP pour couvrir les zones cutanées les plus atteintes proximales et distales. Les anastomoses ont été réalisées en termino-latéral sur les vaisseaux fémoraux superficiels et sur l'artère poplitée transarticulaire. Les veines ont été anastomosées sur les veines superficielles du membre inférieur.

Une prothèse massive sur mesure a été mise en place dans le même temps opératoire avec une cimentation mélangée à des antibiotiques. Une antibiothérapie au long cours probabiliste a été poursuivie pendant six semaines. Les

suites opératoires ont été simples avec une cicatrisation rapide et une remise en charge du membre inférieur à la troisième semaine.

**La réfection abdominale** est réalisée en apportant le même soin qu'au reste de l'intervention. Le lambeau abdominal supérieur est levé sur la ligne médiane en "tour Eiffel" jusqu'à l'auvent costal. L'ombilic est positionné sur la ligne médiane à moins de 10 cm de l'emplacement de la cicatrice abdominale, au niveau de la ligne horizontale reliant les deux épines iliaques antéro-supérieures (**fig. 5**). Une cure de diastasis peut être réalisée dans le même temps mais elle constitue un facteur de risque de thrombophlébite [4], qui s'ajoute aux autres facteurs de risque de cette intervention (chirurgie pelvienne longue, antécédent de cancer, hormonothérapie) et ne doit pas gêner la fermeture de l'aponévrose des muscles *rectus abdominis*. Les points d'appuis dermiques péri-ombilicaux [5] permettent d'améliorer le résultat final. Deux drains sont positionnés dans les culs-de-sac latéraux et la

## Reconstruction



Fig. 5 : Détails de l'intervention chirurgicale et du résultat postopératoire.



Fig. 6 : Détails pré et postopératoires de la reconstruction du membre inférieur.

fermeture est réalisée en deux plans avec du fil de suture résorbable monobrin. Une gaine de contention abdominale est posée immédiatement après l'intervention et est conservée pendant quatre à six semaines.

### ■ Cas clinique n° 3

Nous présentons le cas d'un patient de 65 ans présentant une exposition de prothèse massive de genou droit. Le patient avait été opéré 25 ans auparavant pour un ostéosarcome de jambe avec traitement adjuvant par radiothérapie. Ce patient présentait des pathologies dorsales multiples : hernie discale et tassement vertébral. Le membre inférieur controlatéral avait également été opéré avec un pontage fémoro-poplité pour une artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

La proposition d'un changement de prothèse de genou et d'une couverture cutanée par DIEP a été proposée devant l'impossibilité de prélever un lambeau antérolatéral de cuisse controlatérale et la nécessité de conserver une cuisse homolatérale intacte en cas de nécessité d'amputation. Le prélèvement d'un lambeau de *latissimus dorsi* a été écarté pour ne pas aggraver les pathologies dorsales. L'anastomose a été réalisée en terminolateral sur les vaisseaux poplités sous-articulaires. La prothèse de genou a été enlevée et remplacée par une prothèse sur mesure, de même que les tissus les plus touchés par la métallose (**fig. 6**).

Une antibiothérapie intraveineuse large spectre de six semaines a été réalisée pour répondre aux prélèvements bactériens positifs à entérocoques. Une remise en charge a été réalisée à trois semaines.

### ■ Conclusion

Sur la base de notre expérience, on peut conclure que le DIEP libre est utilisé sous sa forme simple ou double en



# PRESERVATION RHINOPLASTY

## Nice – 2020 February 1-3

### Pourquoi s'inscrire?



Cher Collègue, Cher Ami,

L'International Rhinoplasty Research Society (IRRS) est heureuse de vous convier à participer à la deuxième édition du congrès **Preservation Rhinoplasty**, organisée par Yves Saban, qui se tiendra à Nice les **1, 2 et 3 février 2020**.

L'édition 2019 a remporté un grand succès international avec plus de 300 participants qui ont unanimement apprécié le haut niveau scientifique du congrès et la grande qualité de l'organisation.

Nous avons mis tout en œuvre pour que l'édition 2020 surpasse encore vos attentes, que vous soyez rhinoplasticien confirmé ou débutant: 36 ateliers d'une heure, 4 chirurgies en direct, tables rondes, débats et controverses mais aussi présentations libres.

Venez découvrir la **"troisième révolution de la rhinoplastie"**, comme Rollin K. Daniel se plaît à qualifier cette nouvelle approche de la rhinoplastie conservatrice.



Nous serons heureux de vous accueillir  
**les 1, 2 et 3 février 2020 au Palais de la Méditerranée à Nice.**

Langue officielle : anglais

Inscription : [www.preservation-rhinoplasty.com](http://www.preservation-rhinoplasty.com)

#### CONGRÈS des 1 et 2 février 2020

##### MEMBRE SBCP/SOFCEP/EAFPS/RSE/YPCD/IAFPRS/SOFCPRE

700 € jusqu'au 15 octobre 2020 (800 € après)

##### NON-MEMBRE

800 € jusqu'au 15 octobre 2020 (900 € après)

##### INTERNES/ASSISTANTS/RÉSIDENTS

400 € jusqu'au 15 octobre 2020 (500 € après)

#### CONGRÈS + LIVE SURGERY, les 1, 2 et 3 février 2020

##### MEMBRE SBCP/SOFCEP/EAFPS/RSE/YPCD/IAFPRS/SOFCPRE

1 100 € jusqu'au 15 octobre 2020 (1 200 € après)

##### NON-MEMBRE

1 300 € jusqu'au 15 octobre 2020 (1 400 € après)

##### INTERNES/ASSISTANTS/RÉSIDENTS

600 € jusqu'au 15 octobre 2020 (700 € après)





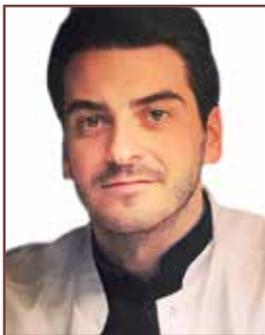
## ■ Esthétique

# Les détatouages

**RÉSUMÉ :** La population française se tatoue de plus en plus et, en conséquence, la demande de patients consultant pour un retrait est en forte croissance. Les tatoueurs déposent désormais dans le derme des pigments très variés.

Les lasers déclenchés *Q-switched* permettent la destruction de ces pigments par photothermolyse sélective. Les deux paramètres majeurs pour obtenir la sélectivité du traitement laser sont la longueur d'onde émise, qui doit être absorbée préférentiellement par le pigment, et la durée de pulse du tir, qui doit être inférieure au temps de relaxation thermique de la cible. La diminution de la durée de pulse des lasers *Q-switched* de la nanoseconde à la picoseconde améliore les résultats de traitement. Les lasers dits "picosecondes" commercialisés actuellement n'émettent que sur des durées de l'ordre de la centaine de picosecondes, ne permettant pas de retrouver cliniquement cette amélioration. Les autres réglages du laser à adapter pour la bonne efficacité et sécurité du traitement sont la fluence et la taille de spot.

En pratique, le traitement nécessite jusqu'à 15 séances espacées de deux mois. Les complications pigmentaires et cicatricielles, ainsi que les limites au traitement sont à connaître pour informer et satisfaire au mieux les patients.



**A. LAMBERT<sup>1</sup>, M. NAOURI<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Médecin esthétique, anti-âge et lasériste,

<sup>2</sup> Centre laser dermatologique, NOGENT-SUR-MARNE.

### ■ Aux origines

Bien qu'il soit difficile de déterminer exactement le début des pratiques de tatouage, le plus vieil homme connu tatoué retrouvé dans un glacier du nord de l'Italie est daté de 5300 avant J.-C. Par la suite, de nombreuses autres momies tatouées ont été découvertes en Égypte et en Asie avec des motifs décoratifs et religieux. Le tatouage s'est ensuite exporté sur l'ensemble des continents, le plus souvent à visée identitaire et pour le marquage social (esclaves, bagnards...).

En Europe, le tatouage fût interdit en 787 par le Pape, qui le considérait comme une marque du démon. Il fallut attendre le retour des explorateurs navigateurs pour que la pratique fasse son retour sur le continent. Mais c'est vraiment depuis les années 1970 qu'elle s'est popularisée grâce aux personnalités publiques (chanteurs, acteurs, sportifs...), ce qui

a entraîné le développement d'une nouvelle profession d'artiste tatoueur.

### ■ Quelques chiffres

D'après l'IFOP en 2017, 18 % des Français étaient porteurs d'un ou plusieurs tatouages, contre 21 % des Britanniques et 31 % des Américains, avec une nette accélération de la tendance depuis 2015. Cela représente plus de 7 millions de personnes en France. Deux tiers des tatouages sont réalisés avant 20 ans [1] et 34 % des 18-25 ans sont actuellement déjà tatoués.

28 % des jeunes tatoués regrettent leur acte [2], et jusqu'à la moitié pour ceux qui se tatouent avant l'âge de 20 ans. 50 % des sujets tatoués consultent pour un retrait. Aussi, si l'on en croit Market Research Future, société de consulting pour l'industrie du laser médical, 80 %

## Esthétique

des tatouages sont considérés comme immatures et susceptibles de pouvoir être retirés. On observe ainsi une croissance annuelle du marché du détatouage proche de 13 %.

Actuellement, on détatoue 10 % de la population tatouée en France, et ce pourcentage doublera au minimum dans la prochaine décennie. Les principales raisons amenant à consulter pour un détatouage sont l'embarras professionnel ou social et l'insatisfaction esthétique [3].

### Le tatouage

On dénombre actuellement en France environ 4 000 tatoueurs qui ont fait une déclaration de pratique à l'agence régionale de santé (ARS). Leur art se dénomme la dermatographie artistique et consiste à déposer des pigments dans la peau à une profondeur cible allant de 1 à 4 mm, en faisant pénétrer un groupe d'aiguilles plusieurs centaines de fois par minute. Le pigment descend par capillarité le long des aiguilles. Le tatouage est majoritairement opérateur dépendant, car la profondeur dépend de la force d'appui exercée sur les aiguilles et la densité est fonction du nombre de passages (*fig. 1*).

#### 1. Les pigments

Traditionnellement, les pigments tatoués étaient l'encre de Chine, de charbon ou de suif. Désormais, les pigments utilisés sont des solutions de colorants, dilués dans un solvant et mélangés à des agents dispersants et tensio-actifs. Ainsi, il existe de nombreuses variétés de pigments pour une même couleur et même différents mélanges de pigments (*tableau 1*). De plus, la taille des particules de pigments peut être hétérogène et varie d'un facteur allant jusqu'à 20 d'un fabricant à un autre, ce qui a des implications thérapeutiques non négligeables.

Dans le cas des tatouages professionnels, les pigments sont généralement déposés à la jonction entre le derme papillaire et

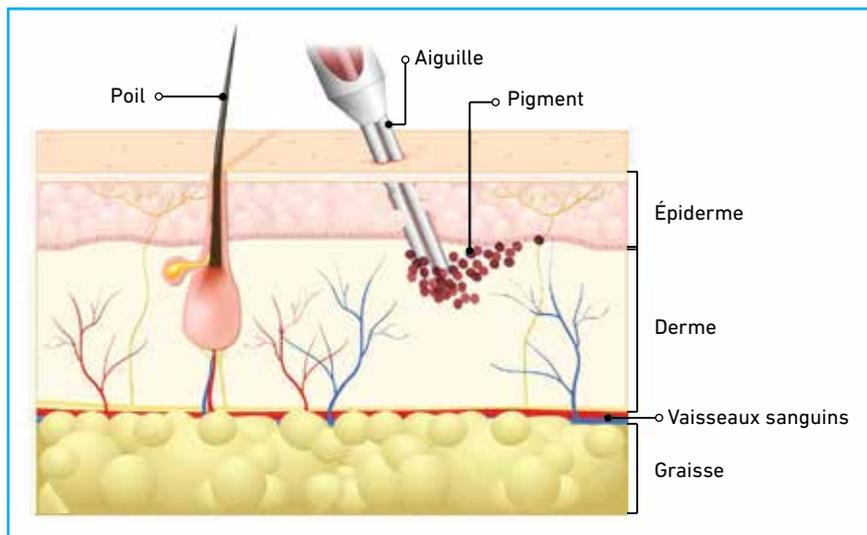


Fig. 1 : Procédé de tatouage.

le derme réticulaire. Les tatouages amateurs présentent une distribution plus hasardeuse.

#### 2. Les suites du tatouage

La pénétration dermique par le dermatographe entraîne immédiatement des altérations micro- et macroscopiques avec la rupture des capillaires sanguins, une réaction inflammatoire douloureuse et la production d'un exsudat. L'épiderme nécrose alors que, dans le derme, l'œdème et les foyers hémorragiques peuvent mettre plusieurs semaines pour régresser.

Durant la première semaine, l'épiderme desquame, éliminant les pigments épidermiques. La majorité des pigments dermiques de taille inférieure à environ 40 nm sont phagocytés et drainés par voie lymphatique (ce qui n'est pas sans poser question sur les conséquences pour l'organisme). Les autres pigments se fixent dans les fibroblastes et le tissu conjonctif, donnant à un mois l'aspect final du tatouage. Ils restent aussi parfois dans les macrophages péri-vasculaires, laissant un aspect bavant des contours.

À terme, il persiste souvent des cicatrices cutanées qu'il convient de repérer avant toute procédure de détatouage.

| Couleur du tatouage | Pigments   |
|---------------------|--|
| Noir                | Carbone<br>Oxyde de fer<br>Extrait de <i>bloodwood</i>   |
| Bleu                | Aluminate de cobalt  |
| Vert                | Oxyde de chrome<br>Vert de malachite<br>Vert de Brunswick<br>Oxyde de fer, cyanure<br>Vert de curcuma, etc.  |
| Rouge               | Sulfure de mercure (cinabre)<br>Sélénure de cadmium (rouge de cadmium)<br>Ocre (hydroxyde et sulfate de fer) |
| Jaune               | Sulfure de cadmium (jaune de cadmium)<br>Ocre<br>Jaune de curcuma  |
| Marron              | Ocre   |
| Violet              | Violet de manganèse  |
| Blanc               | Dioxyde de titane<br>Oxyde de zinc   |
| Chair               | Oxyde de fer (variante de l'ocre)  |

Tableau 1 : Les pigments.

## Le détatouage

Historiquement, depuis que l’humanité se tatoue, elle se détatoue. Les premières techniques de détatouage par salabrasion sont décrites par Aetius dès 500 avant J.-C. et furent utilisées jusqu’au xx<sup>e</sup> siècle [4]. Puis, lui ont succédé les traitements par dermabrasion, exérèses chirurgicales, traitements à l’acide lactique ou acide trichloracétique [5]. Enfin, grâce à l’avènement des premiers lasers, on enlève des tatouages aux lasers CO<sub>2</sub> et argon [6]. Mais aucune de ces méthodes n’est sélective du traitement pigmentaire et les conséquences cicatricielles sont donc majeures [7].

### 1. Le laser déclenché Q-switched

Dès 1965, Goldman *et al.* [8] ont publié la première recherche sur l’interaction entre les pigments de tatouage bleu nuit et le laser Ruby Q-switché. Les lasers déclenchés ont ensuite été commercialisés dans les années 1980 pour réaliser une photothermolysé sélective des pigments. La photothermolysé est la destruction d’une cible prédéterminée appelée chromophore, entraînant le moins de diffusion de chaleur possible afin d’épargner les tissus adjacents [9].

#### >>> Durée de pulse et longueur d’onde

Les lasers déclenchés ont un temps de tir du laser, communément appelé durée de pulse, de l’ordre de la nano-seconde (5 à 100 milliardièmes de seconde), ce qui permet le confinement de l’énergie au chromophore. La cible est donc détruite par effet photo-mécanique.

Dans le cas du détatouage, le chromophore est le pigment. Une fois détruit en fines particules, il pourra être résorbé (*fig. 2*) ou être rendu optiquement invisible par perte de réfraction de la lumière. Si la taille de la cible est importante, un phénomène de cavitation peut se produire, à l’origine de la formation d’une bulle gazeuse.

La photodestruction des pigments de tatouage par traitement laser est une tâche complexe. Puisqu’il existe de nombreux types de pigments avec un spectre d’absorption qui leur est propre, la première difficulté est de déterminer la longueur d’onde du laser à utiliser. Celle-ci doit être suffisamment absorbée par le pigment, mais aussi suffisamment peu absorbée par les autres chromophores

principaux de la peau que sont l’eau, l’hémoglobine et la mélanine pour que le faisceau laser pénètre jusqu’au pigment et qu’il ne lèse pas la peau environnante. C’est le principe de photothermolysé sélective (*fig. 3 et 4*).

Les longueurs d’ondes les plus fréquemment utilisées sont le laser Nd:YAG à 1064 nm, le laser KTP à 532 nm, le laser

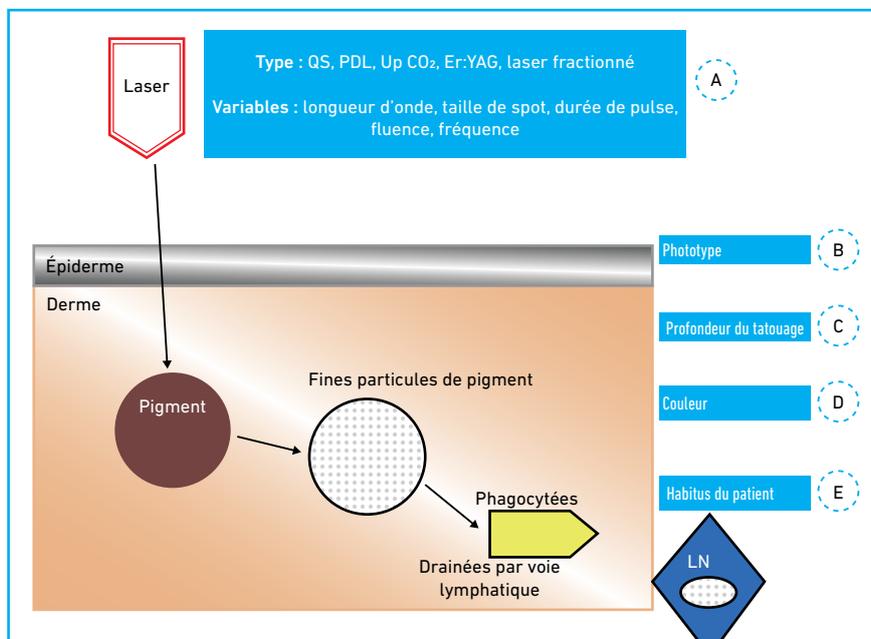


Fig. 2 : Principe du détatouage (d’après Sardana K, Ranjan R, Ghunawat S, Department of Dermatology, Maulana Azad Medical College, Delhi, India).

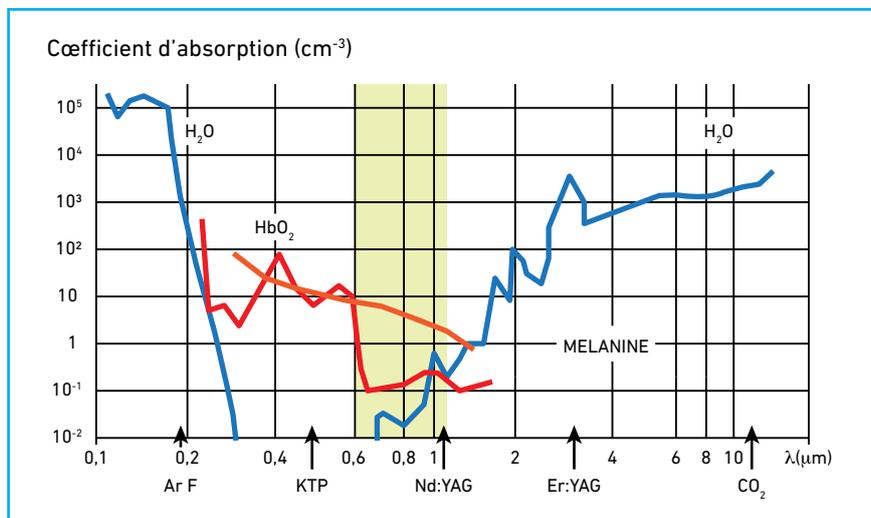


Fig. 3 : Coefficient d’absorption.

# Esthétique

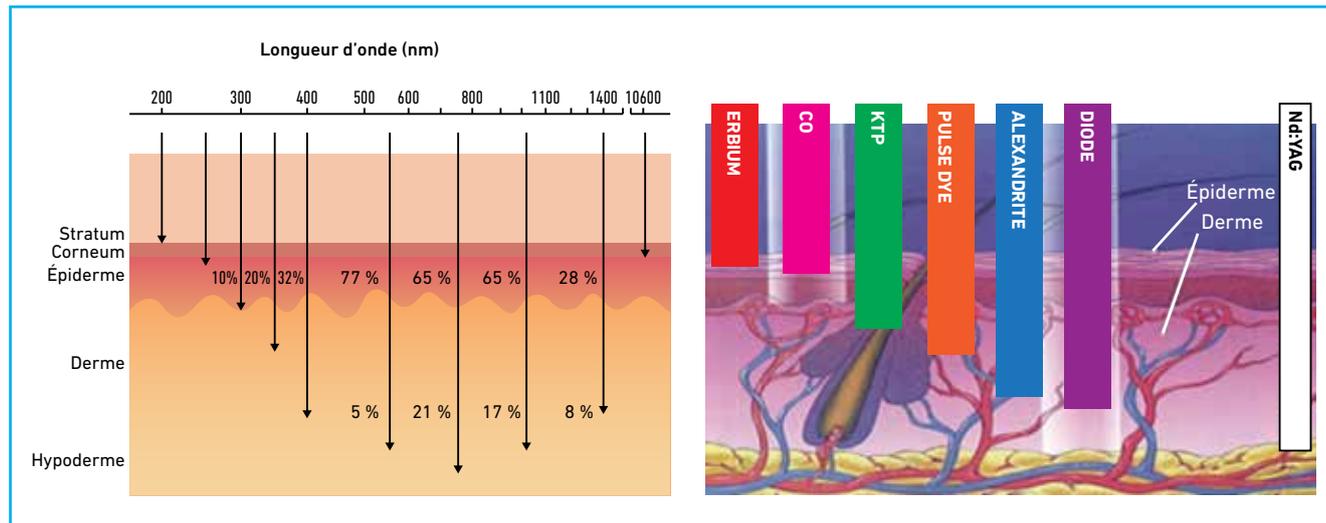


Fig. 4 : Pénétration.

alexandrite à 755 nm et le laser rubis à 694 nm. Plusieurs études ont cherché à démontrer la supériorité d'une de ces longueurs d'ondes sur les tatouages noirs et bleu nuit les plus répandus [10, 11] (fig. 5). En pratique, il semble que le laser rubis soit plus efficace mais avec un risque pigmentaire et cicatriciel plus important. Émettant à 694 nm, il est à proscrire sur les phototypes élevés.

On peut empiriquement dresser un tableau d'efficacité de destruction des pigments selon la longueur d'onde choisie (tableau II) mais, en pratique, il convient de tester sur une petite zone du tatouage du patient si la longueur d'onde

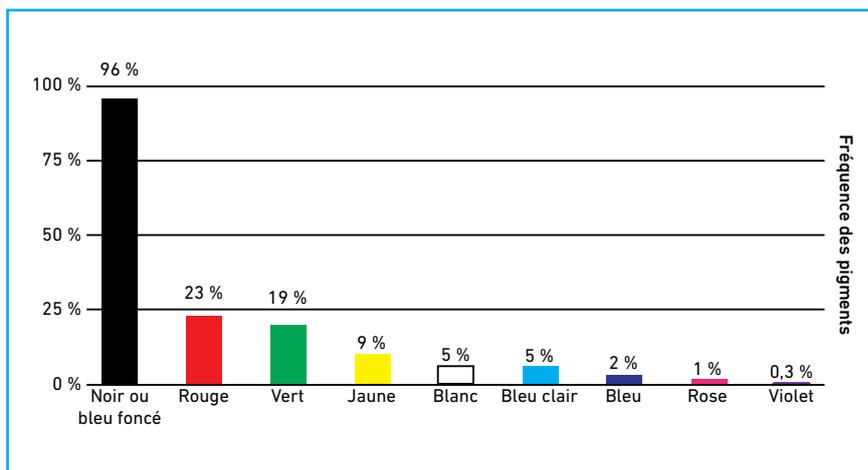


Fig. 5 : Fréquence des pigments.

|             |         | Noir ou bleu foncé | Rouge | Vert | Jaune | Blanc | Bleu clair | Bleu | Rose | Violet |
|-------------|---------|--------------------|-------|------|-------|-------|------------|------|------|--------|
| Alexandrite | 755 nm  | +++                |       | ++   |       |       | +          |      |      |        |
| Ruby        | 694 nm  | +++                |       | +++  | +     |       | +          | +    |      |        |
| Nd:YAG      | 1064 nm | +++                |       |      | +     |       | +          | +    |      |        |
|             | 532 nm  | +                  | +++   |      |       |       |            |      |      |        |
|             | 659 nm  |                    |       | +++  |       |       |            |      |      |        |
|             | 473 nm  |                    |       |      | +++   |       |            |      |      |        |

Tableau II : Tableau d'efficacité de destruction des pigments. Le laser Nd:YAG est potentiellement efficace sur les 4 couleurs de tatouage les plus communes.

choisie permet une photodestruction sélective du pigment sans souffrance cutanée associée. Si la longueur d'onde n'est pas adaptée à la fois au pigment, aux chromophores naturels et au phototype, le traitement perd sa sélectivité. Les risques pigmentaires et trophiques sont dans ce cas importants.

Selon le phototype cutané des patients, la fenêtre thérapeutique peut-être réduite aux longueurs d'ondes élevées. En raison des différences de concentration et de taille de la mélanine chez les sujets aux phototypes élevés et à cause du filtre d'absorption de la mélanine, les longueurs d'onde en deçà de 1 000 nm sont à éviter.

L'autre paramètre majeur est la durée de pulse. Elle doit être inférieure au temps de relaxation thermique (TRT) de la cible. Le TRT représente la vitesse à laquelle le pigment transmet la chaleur absorbée aux tissus environnants. En effet, si la durée de pulse dépasse le TRT, le pigment diffusera la chaleur qu'il obtient du faisceau laser aux structures qui l'entourent, risquant de les léser. D'où l'usage de lasers émettant en nanosecondes et picosecondes.

### >>> Fluence

Une séance test est nécessaire pour déterminer la fluence (quantité d'énergie délivrée au tissu par unité de surface) minimale efficace pour laquelle le pigment blanchit, parfois accompagné d'un purpura. Pour déterminer la fluence initiale, le praticien se base principalement sur l'observation clinique. Si la densité pigmentaire est faible ou si le tatouage est superficiel, le traitement peut débiter d'emblée à des fluences relativement élevées. Si le pigment est dense ou d'aspect plus profond avec des contours bavants, le traitement doit débiter à des fluences faibles. En effet, l'usage de fluences trop élevées sur une densité importante de pigment provoquera un effet de cavitation majeure, causant des plaies pouvant laisser des cicatrices. L'avancement des séances diminuant la densité de pigments du tatouage, les sessions suivantes de traitement pourront être réalisées à des fluences de plus en plus élevées.

Le risque de cavitation est également associé à la grande taille des particules de pigments, mais il s'agit là d'un paramètre non contrôlable pour le praticien.

### >>> Taille de spot

L'usage de petites tailles de spot, bien que de pénétration plus superficielle, permet un traitement moins douloureux et une meilleure cicatrisation cutanée (**fig. 6**). Les spots de plus grande taille sont en effet pourvoyeurs d'un plus grand nombre de cicatrices. En pratique, il est déconseillé d'utiliser des spots de plus de 3 mm de diamètre.

### >>> Association au laser fractionné ablatif

Les lasers fractionnés ablatifs sont généralement utilisés pour le *resurfacing* et pour le traitement des cicatrices. Leur usage en association avec les lasers déclenchés permet un meilleur taux de clairance pigmentaire. Ils permettent également une meilleure évacuation gazeuse et donc une amélioration de la récupération cutanée post-traitement, diminuant ainsi les risques cicatriciels et pigmentaires [12]. Une étude comparative au laser déclenché seul a montré que la réalisation du laser CO<sub>2</sub> fractionné après le passage du laser déclenché donnait un résultat supérieur dans 40 % [13].

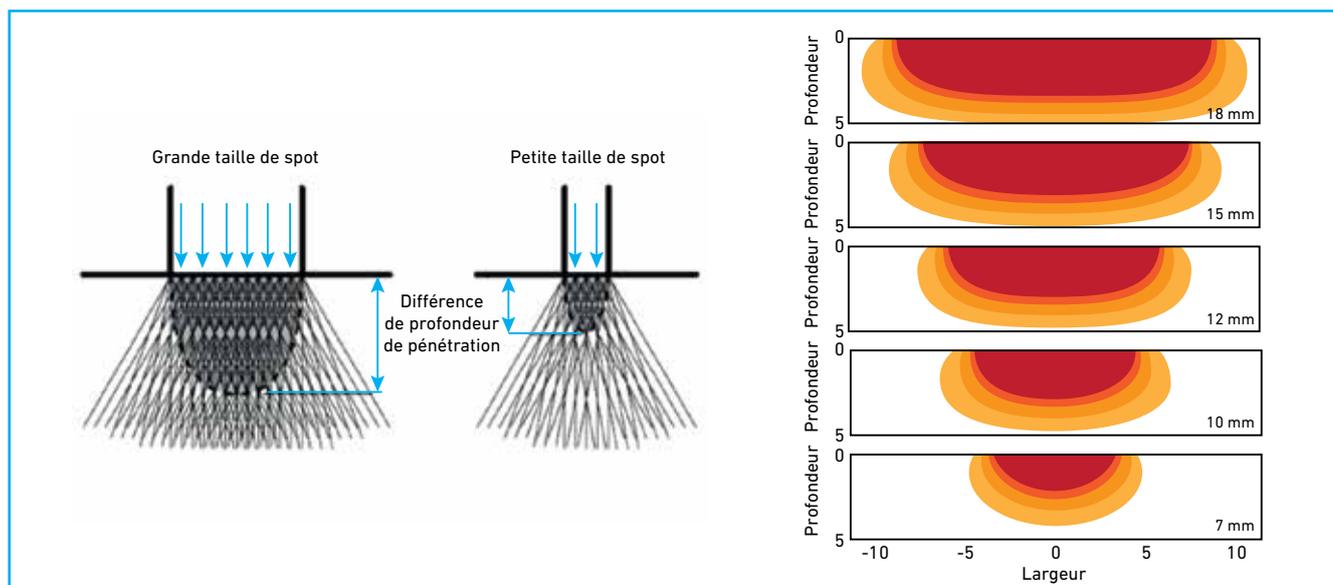


Fig. 6 : Taille de spot (d'après Pope K. *Comparative Monte Carlo examination of energy. Penetration for different hair removal lasers*. Candela Corporation, 2000).

## Esthétique

### POINTS FORTS

- 18 % des Français sont tatoués. 50 % des sujets tatoués consultent pour un retrait.
- La sélectivité du traitement dépend de la longueur d'onde et de la durée de pulse.
- Il existe une grande variété de pigments, au spectre d'absorption qui leur est propre. Il faut donc trouver la longueur d'onde absorbée sélectivement par le pigment cible.
- Les lasers déclenchés émettent des tirs d'une durée de l'ordre de la nanoseconde, inférieure au temps de relaxation thermique du pigment, permettant une destruction des pigments par photothermolyse sélective.
- La fluence est déterminée cliniquement par l'obtention d'un blanchiment associé parfois à un purpura.
- L'association avec le laser fractionné ablatif améliore les résultats et diminue le risque cicatriciel.
- Les lasers picosecondes, avec une durée de pulse 10 fois inférieure, n'ont pour le moment pas permis d'amélioration significative des résultats malgré leur coût.
- Le traitement nécessite en général 4 à 6 séances pour les tatouages amateurs, et 10 à 15 séances pour les tatouages professionnels. L'intervalle entre les séances est classiquement de deux mois.
- Les complications les plus courantes sont pigmentaires et cicatricielles.

### 2. Les lasers picosecondes

L'industrie du laser a cherché à diminuer encore la durée de pulse des lasers, pour obtenir un effet de destruction photomécanique plus pur des pigments et réduire l'effet thermique. Ces nouveaux lasers déclenchés n'émettent plus sur des durées de l'ordre de la nanoseconde, mais de la picoseconde.

La première étude chez l'homme utilisant un laser dit picoseconde date de 1998 [14]. Dans cette étude, un laser émettant des pulses de 35 ps était comparé à un laser déclenché Nd:YAG délivrant des pulses de 10 ns, soit un facteur 285 de différentiel. Elle concluait à une

efficacité significativement supérieure du laser émettant à 35 ps sur les tatouages foncés.

Dès 2012, les premiers lasers picosecondes furent commercialisés. Ils émettent avec des durées de pulse de quelques centaines de picosecondes (350 à 800 ps), soit 10 fois plus longues que celles du laser utilisé dans l'étude de Ross [14]. La première allégation des lasers picosecondes est d'augmenter le nombre de particules impactées, en impactant des particules plus petites. Le deuxième intérêt de la réduction de la durée de pulse est de concentrer dans le temps le pic de puissance et donc de nécessiter

moins d'énergie pour être efficace. Ces lasers seraient donc théoriquement plus efficaces sur les tatouages. Ils seraient aussi moins délétères sur le tissu environnant, autorisant donc un rapprochement des séances de traitement.

Quelques autres études *ex vivo* ont démontré la supériorité des lasers picosecondes sur les lasers déclenchés nanosecondes classiques. Mais la première étude comparative contrôlée randomisée *in vivo* n'a montré aucune différence en termes d'efficacité entre les deux types de lasers [15]. La limite majeure de cette étude est qu'elle ne portait que sur deux sessions de traitement.

Plus récemment, une publication a affirmé une discrète différence d'efficacité sur les tatouages foncés en faveur des lasers picosecondes par rapport aux lasers nanosecondes. Cette publication est en fait une synthèse de deux études comparatives qui ne montrent individuellement pas de différence significative [16]. Les deux études comparatives ne portent d'ailleurs pas sur le même laser picoseconde.

### 3. Discussion nano-pico

Les lasers déclenchés sont des lasers de détatouage efficaces qui ont désormais fait leurs preuves. Les lasers émettant en nanosecondes sont devenus très accessibles pour les praticiens, permettant l'accès aux soins à de nombreux patients. L'arrivée sur le marché des lasers picosecondes n'a pour le moment pas permis d'amélioration significative des résultats malgré leur coût. En outre, les améliorations espérées sur certains pigments colorés ne sont pour le moment pas confirmées.

Les raisons de l'absence majeure d'amélioration clinique malgré l'amélioration technique sont encore mal connues, même s'il est vrai qu'il y a plus de différence de durée de pulse entre les lasers déclenchés émettant à 100 ns et ceux à 5 ns qu'entre ceux émettant à 5 ns et

500 ps. Le différentiel n'est finalement que d'un facteur 10, alors que l'étude de référence de Ross présentait un facteur 235 de différence entre les lasers déclenchés [14].

L'effet thermique provoqué par les lasers déclenchés nanosecondes pourrait avoir une utilité dans le processus de détaouage.

Une autre hypothèse envisagée pour expliquer l'absence d'amélioration notable serait la contrainte technique d'une diminution conséquente d'énergie accompagnant la réduction des durées de pulses.

*A contrario*, les lasers picosecondes ont une efficacité plus importante sur les pigments de petite taille et par conséquent un intérêt supérieur dans les dernières séances du processus de détaouage. Ils permettent aussi de réduire l'intervalle de temps entre les séances, offrant donc une durée totale de suivi plus courte, mais avec un plus grand nombre de séances et au prix d'un risque hypochromique significatif. En pratique, les lasers picosecondes sont utiles pour traiter quelques cas de tatouages résistants encore aux lasers nanosecondes.

Mais le tarif de commercialisation des lasers picosecondes est bien plus important. En conséquence, le prix du traitement est également plus élevé pour les patients.

### ■ La séance en pratique (fig. 7 à 9)

La séance se déroule de façon similaire pour tous les lasers déclenchés. Elle débute par l'application d'une anesthésie topique. Puis, le traitement à proprement dit est réalisé par impacts jointifs de laser ayant pour *endpoint*, c'est-à-dire le résultat cliniquement visualisé après chaque tir, un blanchiment de la peau, parfois accompagné d'un purpura et d'une odeur de poudre. Le *stacking* (plusieurs tirs au même endroit) est à



Fig. 7A : Avant. B : après 2 séances, laser Multiline, Linline.

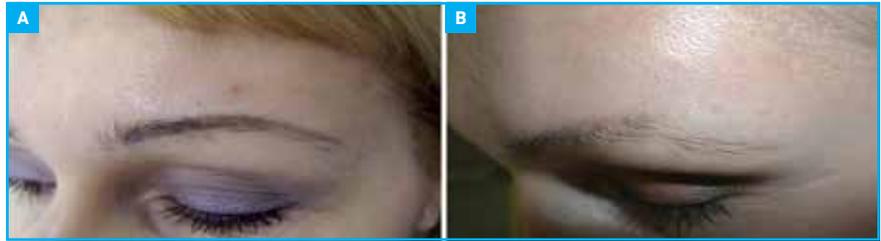


Fig. 8A : Avant. B : après 5 séances, laser Multiline, Linline.



Fig. 9A : Avant. B : après 3 séances. C : après 6 séances. Collection Dr Naouri, laser Curas Illooda.

éviter, mais cependant peu risqué du fait même de ce blanchiment qui empêche le faisceau d'atteindre les pigments sous-jacents.

Il est possible de réaliser un passage de laser fractionné ablatif immédiatement à la suite un traitement. Pour favoriser la cicatrisation, il convient d'appliquer des pansements gras jusqu'à la dispa-

rition des croûtes. Il est attendu que la zone traitée présente un saignement, des croûtes, un œdème inflammatoire et un érythème pendant plusieurs jours, secondaires à l'effet de vacuolisation et aux dommages tissulaires causés par les ondes de choc [17].

Classiquement, les séances doivent être espacées de deux mois. Comme exposé

## Esthétique

précédemment avec l'avancement des séances, la densité pigmentaire diminue et il convient d'augmenter les fluences de traitement. Le nombre de séances et le résultat final sont difficiles à estimer et varient selon les cas. On prédit en général 4 à 6 séances pour les tatouages foncés amateurs et de 10 à 15 séances pour les tatouages foncés professionnels. Les pigments colorés nécessitent parfois plus de séances et sont régulièrement résistants. La taille et la nature des pigments est prépondérante dans le pronostic final de la procédure. La densité pigmentaire est également un paramètre pronostique important : plus elle est faible et plus le résultat sera rapide et satisfaisant.

### Les complications

Il existe un risque de virage pigmentaire lié à la réduction des oxydes de fer et de titane, l'intérêt d'un test préalable est donc majeur. Mais le risque le plus redouté est cicatriciel, souvent secondaire à l'utilisation de fluences inadaptées, une trop grande taille de spot, voire simplement à des séances trop rapprochées [18]. Parfois, lors de traitements correctement réalisés, une ombre cicatricielle blanche est résiduelle. Dans tous les processus cicatriciels, l'habitus du patient et le tabagisme sont impliqués.

Le risque pigmentaire est également important en raison de l'interaction mélanocytaire. De fait, seule la longueur d'onde à 1064 nm pourra être utilisée sur les phototypes élevés. Le risque est surtout hypochromique, mais une hyperpigmentation post-inflammatoire transitoire peut survenir. Le risque d'hypochromie est plus important avec les lasers picosecondes.

Les zones distales telles que les membres sont à risque de syndrome des loges si le tatouage est circonférentiel et traité entièrement dans la même séance. Ce sont aussi des zones à mauvais pronostic clinique.

### Les pistes d'amélioration

Les lasers déclenchés nano- et picosecondes présentent toujours des limites majeures. Il est aujourd'hui impossible de promettre aux patients une disparition totale des pigments, quelle que soit leurs couleurs, ni de leur assurer l'absence d'effets indésirables.

D'après des simulations informatiques, pour minimiser le risque de dommages cutanés, la durée de pulse idéale serait comprise entre 10 et 100 ps [19], ce qui est à mettre en relief par rapport aux lasers commercialisés actuellement. Théoriquement, avec ces durées de pulse, les tirs du laser n'entraînent plus aucun effet thermique. Par effet plasma, les pigments seraient détruits rapidement. Mais les premières expériences tendent à montrer qu'en diminuant autant les durées de pulse, une partie importante du faisceau laser est absorbée par un mélanocyte, avec une énergie de l'ordre de 10-12 W/cm<sup>2</sup>, provoquant ainsi une vacuolisation trop superficielle et *de facto* une barrière de plasma rendant inaccessible les pigments au faisceau laser. Ce phénomène s'appelle le *laser induced optical breakdown* (LIOB) (fig. 10).

La théorie retenue actuellement pour expliquer le manque d'efficacité des lasers déclenchés est la suivante : il est illusoire de penser que tous les pigments sont déposés à la même profondeur. Ainsi, les pigments les plus superficiels absorbent le faisceau laser,

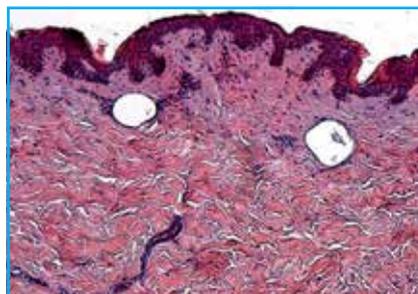


Fig. 10 : Phénomène de *laser induced optical breakdown* (LIOB), d'après [20].

devenant l'épicentre des ondes de choc créées. De par leur destruction, les propriétés optiques de cette strate sont modifiées, augmentant son absorption et rendant l'accès aux pigments plus profonds impossible. Aussi, il est vain d'augmenter la fluence de tir qui ne ferait qu'augmenter les dommages cutanés. Or, la réaction inflammatoire et œdémateuse rend impossible tout traitement rapproché. On attend donc classiquement une durée de deux mois et la cicatrisation complète avant de refaire un traitement.

La solution serait donc d'utiliser des trains de pulses dans un même tir. Les pigments sont plus sensibles aux effets photomécaniques que les tissus cutanés, ils nécessitent donc moins d'énergie à détruire. En réalisant des trains de pulses d'énergie suffisamment importante pour détruire le pigment sans léser les éléments environnants et suffisamment rapprochés pour que les propriétés optiques n'aient pas encore été modifiées, ni que l'œdème ne soit apparu, il serait possible d'éliminer les pigments par plusieurs couches fines dans le même train. C'est ce qu'expérimente une société française.

Une autre expérimentation récente utilise les propriétés de la perfluorodécane qui, en application topique après un passage de laser déclenché, permet de faire disparaître en quelques secondes le blanchiment, offrant la possibilité d'un second passage de laser immédiat [21].

### Conclusion

Les lasers déclenchés ont permis de traiter efficacement la demande croissante de détatouage. Mais il existe encore de nombreuses limites aux traitements. Certains tatouages résistent encore malgré les évolutions technologiques récentes. Il est nécessaire de connaître les indications à bon pronostic et les suites de la prise en charge pour informer et satisfaire au mieux les patients.

## BIBLIOGRAPHIE

1. ASLAM A, OWEN CM. Fashions change but tattoos are forever: time to regret. *Br J Dermatol*, 2013;169:1364-1366.
2. BENCINI PL, CAZZANIGA S, TOURLAKI A *et al*. Removal of tattoos by q-switched laser: variables influencing outcome and sequelae in a large cohort of treated patients. *Arch Dermatol*, 2012;148:1364-1369.
3. LATREILLE J, LEVY JL, GUINOT C. Decorative tattoos and reasons for their removal: a prospective study in 151 adults living in South of France. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2011;25:181-187.
4. HORN W. [Effects of tattoo removal and results after salabrasion]. *Z Hautkr*, 1983;58:336-342.
5. PIGGOT TA, NORRIS RW. The treatment of tattoos with trichloroacetic acid: experience with 670 patients. *Br J Plast Surg*, 1988;41:112-117.
6. Reid R, Muller S. Tattoo removal by CO laser dermabrasion. *Plast Reconstr Surg*, 1980;65:717-728.
7. VEYSEY E, DOWNS AM. Adverse side-effects following attempted removal of tattoos using a non-laser method. *British J Dermatol*, 2004;150:770-771.
8. GOLDMAN L, ROCKWELL RJ, MEYER R *et al*. Laser treatment of tattoos. A preliminary survey of three year's clinical experience. *JAMA*, 1967;201:841-844.
9. ANDERSON RR, PARRISH JA. Selective photothermolysis: precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation. *Science*, 1983;220:524-527.
10. LEUENBERGER ML, MULAS MW, TISSA RH *et al*. Comparison of the Q-switched alexandrite, Nd:YAG and ruby laser in treating blue-black tattoos. *Dermatol Surg*, 1999;25:10-14.
11. LEVINE VJ, GERONEMUS RG. Tattoo removal with the Q-switched ruby laser and the Q-switched Nd:YAG laser: a comparative study. *Cutis*, 1995;55:291-296.
12. WEISS ET, GERONEMUS RG. Combining fractional resurfacing and Q-switched ruby laser for tattoo removal. *Dermatol Surg*, 2011;37:97-99.
13. NAOURI M. Détatouage par traitement combiné Laser Q-Switched/CO2 fractionné: étude comparative vs Laser Q-Switched seul et analyse de l'impact de l'ordre des traitements Laser. *Ann Dermatol Venereol*, 2014;141:S68-S69.
14. ROSS V, NASEEF G, LIN G *et al*. Comparison of responses of tattoos to picosecond and nanosecond Q-switched neodymium: YAG lasers. *Arch Dermatol*, 1998;134:167-171.
15. PINTO F, GROSSE-BUNING S, KARSAI S *et al*. Neodymium-doped yttrium aluminium garnet (Nd:YAG) 1064-nm picosecond laser vs. Nd:YAG 1064-nm nanosecond laser in tattoo removal: a randomized controlled single-blind clinical trial. *Br J Dermatol*, 2017;176:457-464.
16. LORGEOU A, PERRILLAT Y, GRAL N *et al*. Comparison of two picosecond lasers to a nanosecond laser for treating tattoos: a prospective randomized study on 49 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2018;32:265-270.
17. FERGUSON JE, ANDREW SM, JONES CPJ *et al*. The Q-switched neodymium YAG laser and tattoos: a microscopic analysis of laser-tattoo interactions. *Br J Dermatol*, 1997;137:407-410.
18. ALORA BT, ARNDT K, TAYLOR CR. Scarring following Q-switched laser treatment of double tattoos. *Arch Dermatol*, 2000;136:269-270.
19. HO DD, LONDON R, ZIMMERMAN GB *et al*. Laser-tattoo removal--a study of the mechanism and the optimal treatment strategy via computer simulations. *Lasers Surg Med*, 2002;30:389-397.
20. HABBEEMA L, VERHAGEN R, VAN HAL R *et al*. Minimally invasive non-thermal laser technology using laser-induced optical breakdown for skin rejuvenation. *J Biophotonics*, 2012;5:194-199.
21. REDDY KK, BRAUER JA, ANOLIK R *et al*. Topical perfluorodecalin resolves immediate whitening reactions and allows rapid effective multiple pass treatment of tattoos. *Lasers Surg Med*, 2013;45:76-80.

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

## Face

# Prise en charge esthétique du sourcil : comment l'analyser et comment le gérer

**RÉSUMÉ :** Le sourcil joue une place centrale dans la rejuvénation du regard. Le vieillissement périorbitaire répond aux mêmes règles que celui de la face et aboutit à un abaissement du sourcil prédominant dans sa partie latérale.

Lors de l'analyse du regard, on distingue les paupières pleines, dont le vieillissement entraîne une ptôse du sourcil qui alourdit et ferme le regard, et les paupières creuses, dont le vieillissement aggrave la perte du volume orbitaire. On déterminera alors s'il s'agit plutôt d'une ptôse du sourcil ou d'une perte de volume ou les deux.

L'analyse du regard doit être systématique et complète. La rejuvénation du sourcil pourra ainsi permettre un embellissement du regard sans en modifier son anatomie.



**C. BELA**

Spécialiste FMH en ophtalmologie, chirurgie de la cataracte, chirurgie des paupières et voies lacrymales, rejuvénation esthétique du regard, GENEVE.

Le sourcil est rarement la demande spécifique du patient lors d'une consultation d'oculoplastie esthétique. Pourtant, il joue une place centrale dans la rejuvénation du regard et contribue largement au vieillissement de la région périorbitaire. C'est pourquoi il est important de comprendre les éléments qui déterminent sa position et ses relations avec la position de la paupière supérieure sous-jacente. Le but de cet article est donc de rappeler la volumétrie périoculaire et les éléments de son vieillissement, et de poser les bases dans l'analyse du regard et la prise en charge du sourcil.

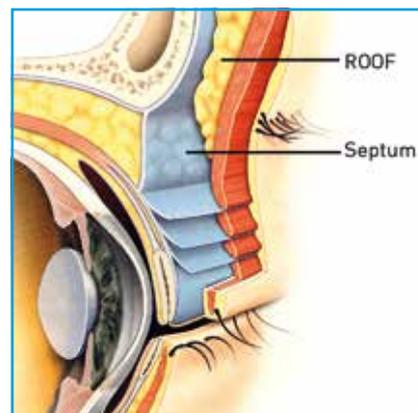


Fig. 1 : Le volume graisseux.

### ■ Volumétrie périoculaire

Le sourcil est soutenu par un cadre osseux, celui de l'orbite, et en particulier par l'arcade sourcilière située sur l'os frontal [1]. Le volume graisseux du sourcil est composé du ROOF (*retroorbicularis fat*) et du pédicule graisseux sourcilier ou coussinet de Charpy (fig. 1). Celui de la paupière supérieure est composé de l'organe en rouleau ou graisse préaponévrotique ainsi que de la graisse rétroseptale orbitaire sous-jacente (fig. 2).

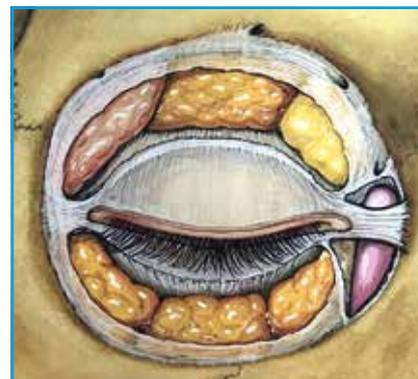


Fig. 2 : Anatomie de la paupière.

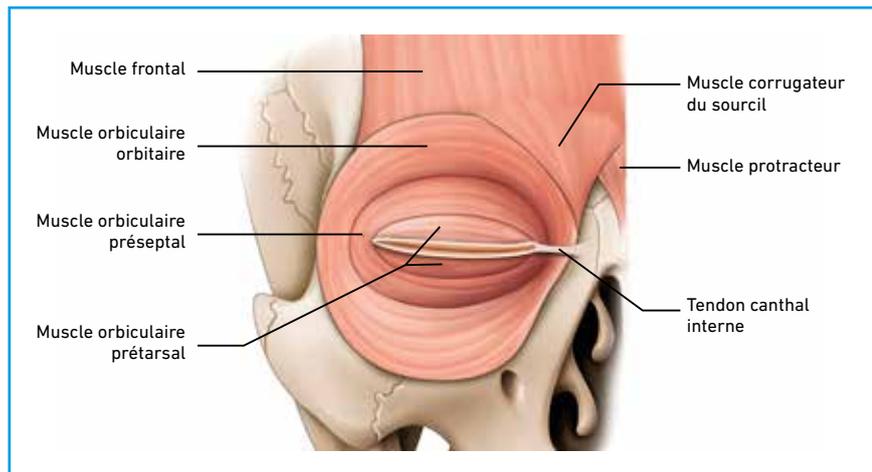


Fig. 3 : Les muscles.

Les composants musculaires qui soutiennent le sourcil sont classifiés en deux catégories : les muscles abaisseurs du sourcil que sont les muscles de la glabelle (corrugateurs et processus), responsables de l'abaissement de la tête du sourcil, et le muscle orbiculaire dans sa portion latérale, responsable de l'abaissement de la queue du sourcil. Ces forces sont compensées par un seul muscle élévateur du sourcil : le muscle frontal (*fig. 3*).

Enfin, la peau recouvrant le sourcil est délimitée de celle de la paupière supérieure par une modification de l'épaisseur du derme, cette dernière possédant un derme beaucoup plus fin [2].

### ■ Vieillessement périorbitaire

Le vieillissement périorbitaire répond aux mêmes règles que celui de la face. Les volumes osseux se modifient, les volumes graisseux s'atrophient et leurs adhérences profondes se relâchent. Ils se déplacent alors avec la gravité et la contraction répétée des muscles abaisseurs du sourcil. Cette contraction des muscles peauciers engendre également une cassure cutanée progressive. Tous ces éléments favorisent la ptôse progressive du sourcil et la survenue de rides périoculaires [3].

Par ailleurs, on distingue deux types de paupières :

>>> **Les paupière pleines** : le septum orbitaire est inséré bas sur l'aponévrose du releveur de la paupière supérieure, donnant un pli palpébral bas situé à l'ouverture avec une projection des volumes graisseux du sourcil importante. En vieillissant, le sourcil est alors plus lourd, avec un déplacement du volume graisseux entraînant une ptôse du sourcil qui alourdit et ferme le regard (*fig. 4*).

>>> **Les paupière creuses** : le septum orbitaire est inséré haut sur l'aponévrose du releveur de la paupière supérieure, donnant un pli palpébral haut situé à

l'ouverture avec un creux sus-tarsal important et un sourcil peu proéminent. Avec le temps, il existe une perte du volume orbitaire rendant l'œil encore plus creux. Les volumes du sourcil sont peu apparents et la perte associée de ce dernier donne une arcade plus visible, squelettisant le regard [4].

### ■ Analyse du regard

Quatre éléments clés sont à analyser de manière systématique : le front, le sourcil, la peau de paupière supérieure et l'ouverture palpébrale. Le sourcil doit être positionné au niveau de l'arcade sourcilière. Chez l'homme, le sourcil est généralement plus bas et plus horizontal. Chez la femme, il est plus arqué et la queue du sourcil est située plus haut.

L'excès de peau palpébrale doit être évalué en paupière fermée et en paupière ouverte afin de rechercher une cause possible de gêne visuelle. Celle-ci engendre une hyperaction frontale avec ascension du sourcil.

L'ouverture de la fente palpébrale doit être mesurée. En effet, la paupière supérieure doit être positionnée 1 à 2 mm sous le limbe. Cela correspond à une fente palpébrale normale de 8 mm environ. Toute modification de ces valeurs doit faire éliminer un ptosis du muscle

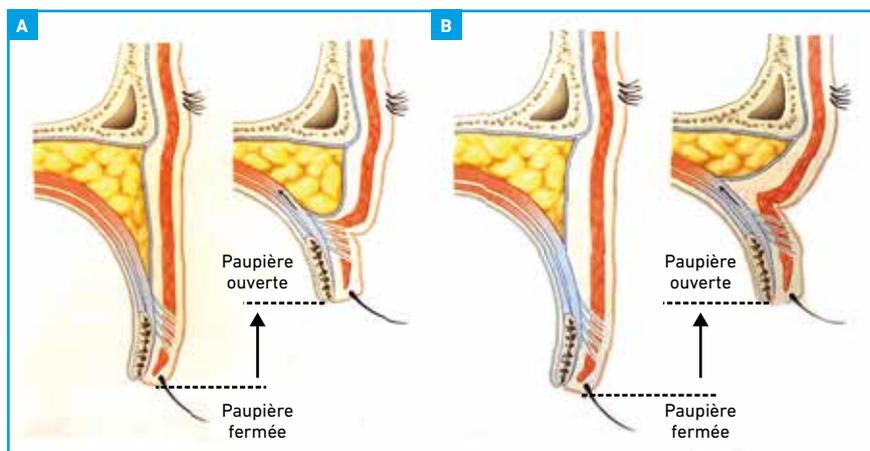


Fig. 4A : Paupière pleine. B : paupière creuse.

## Face

releveur de la paupière supérieure par un examen ophtalmologique complet et une prise en charge spécialisée par un oculoplasticien.

Fort de ces éléments, l'analyse du regard doit pouvoir éviter quelques pièges d'usage :

>>> S'il existe une hyperaction frontale, le sourcil est en position faussement normale et masque alors la ptôse de ce dernier. Il faut donc toujours prendre soin de demander au patient de relâcher le muscle frontal. À noter qu'une hyperaction



Fig. 5 : Hyperaction frontale sur ptosis.



Fig. 6 : Paralysie faciale gauche.

### POINTS FORTS

- On distingue deux types de paupières : les paupières pleines qui, en vieillissant, entraînent une ptôse du sourcil qui alourdit et ferme le regard ; les paupières creuses dont la perte de volume du pédicule sourcilier entraîne une squelettisation du regard.
- Quatre éléments clés sont à analyser de manière systématique dans le regard : le front, le sourcil, la peau de paupière supérieure et l'ouverture palpébrale.
- Chez l'homme, le sourcil est généralement plus bas et plus horizontal. Chez la femme le sourcil est plus arqué et la queue du sourcil située plus haut.
- Il est important d'identifier s'il s'agit plutôt d'une ptôse du sourcil ou d'une perte de volume pour orienter le traitement.
- Il n'existe jamais d'excédent cutané du sourcil. La peau du sourcil ne doit donc jamais être réséquée lors d'une blépharoplastie, au risque d'alourdir fortement la paupière supérieure.



Fig. 7 : Résection suprasourcilière.

frontale est souvent la conséquence d'un relâchement de paupière supérieure cutané (dermatochalasis), musculaire (ptosis) ou les deux (fig. 5).

>>> Si le sourcil est en position asymétrique avec une ptôse unilatérale, il convient d'éliminer en premier lieu une paralysie faciale homolatérale, un blépharospasme homolatéral ou encore un

ptosis avec hyperaction frontale controlatérale (fig. 6).

>>> Ne pas confondre la ligne d'un sourcil tatoué, quelques fois différente de l'implantation anatomique du sourcil. Parfois, il faut pratiquer une résection suprasourcilière emportant la ligne tatouée afin de repositionner le sourcil correctement (fig. 7).

## Rejuvenation du sourcil : ptôse ou creux

Il est important d'identifier s'il s'agit plutôt d'une ptôse du sourcil, d'une perte de volume ou les deux. Ceci est d'autant plus facile à évaluer que l'on possède des photos anciennes des patients.

>>> **Lorsqu'il s'agit de ptôse**, il faut déterminer si celle-ci prédomine sur la queue du sourcil ou sur l'ensemble du sourcil. La correction d'une ptôse de la queue du sourcil a tendance à féminiser le regard. Son ascension doit donc être très naturelle chez l'homme.

Deux options chirurgicales peuvent être proposées, la plus efficace étant une résection suprasourcilière dans sa portion externe au prix d'une cicatrice visible dans les premiers mois [5]. L'alternative est la fixation du pédicule adipeux au périoste, mais celle-ci est moins efficace sur le long terme. L'avantage est qu'elle peut se faire par voie de pli lorsqu'il existe un geste associé sur la paupière supérieure. La cicatrice est alors cachée dans le pli.

Quand bien même le sourcil semble parfois très lourd, il n'existe jamais

d'excédent cutané du sourcil. La peau du sourcil ne doit donc jamais être réséquée lors d'une blépharoplastie, au risque d'alourdir fortement la paupière supérieure [6].

En attendant une chirurgie ou si la ptôse est minime, on peut proposer un traitement médical avec injection de toxine botulique dans le corps latéral de l'orbitaire afin de potentialiser l'effet liftant de son muscle antagoniste, le muscle frontal (**fig. 8**).

Si la ptôse concerne l'ensemble du corps et de la queue du sourcil, plusieurs options chirurgicales peuvent être discutées : la résection médiofrontale, réservée aux cas où une ride profonde est préalablement présente [7] ; le lift coronal, chirurgie invasive avec cicatrice large pour un lift de tout le tiers supérieur de la face [8] ; Le lift endoscopique, permettant un abord cutané invisible caché dans le cuir chevelu mais avec des résultats anatomiques discutés [9].

La résection suprasourcilière donne en revanche les meilleurs résultats sur le long terme. Cette résection épargne la tête du sourcil qui est très rarement ptôsée et se situe en regard du pédicule

vasculonerveux supratrochléaire à protéger. Ainsi, la résection est profonde en externe mais doit être prolongée de manière superficielle sur le tiers médian du sourcil. Il convient d'informer le patient des risques d'hyperesthésie postopératoire et d'une cicatrice plus inflammatoire qu'une blépharoplastie classique. L'incision doit être au ras de l'implantation du sourcil afin d'être le moins visible possible. On peut associer à ce geste la mise en place de fils tenseurs propéatoires pour une traction associée du muscle frontal.

>>> **Sur les paupières anatomiquement creuses**, le vieillissement se fait par perte des volumes graisseux, ce qui diminue le soutien du sourcil et creuse le regard. La perte associée du volume des tempes squelettise encore plus cet aspect. Le traitement de choix est donc le comblement des volumes de la région périorbitaire par microlipostucture ou par acide hyaluronique.

Les zones à traiter sont les tempes et l'arcade sourcilière. Le produit volumateur doit être injecté profondément et légèrement au-dessus de l'implantation du sourcil afin d'apporter un soutien et donc une ascension du sourcil.

Le creux sus-tarsal peut lui aussi être comblé par cette méthode mais demande une bonne connaissance anatomique. Il faut injecter le produit en regard de la graisse pré-aponevrotique, en prenant soin d'être dans le plan préseptal afin d'éviter tout risque de migration du produit dans l'orbite [10].

## Conclusion

Le sourcil présente de nombreuses variations de position, de forme, de taille et de pilosité. L'analyse du regard doit être systématique, complète et comparée à des photos anciennes. Les pathologies palpébrales associées doivent être recherchées et adressées à un spécialiste oculoplasticien avant tout traitement



Fig. 8 : Botox de la queue du sourcil.

# Face

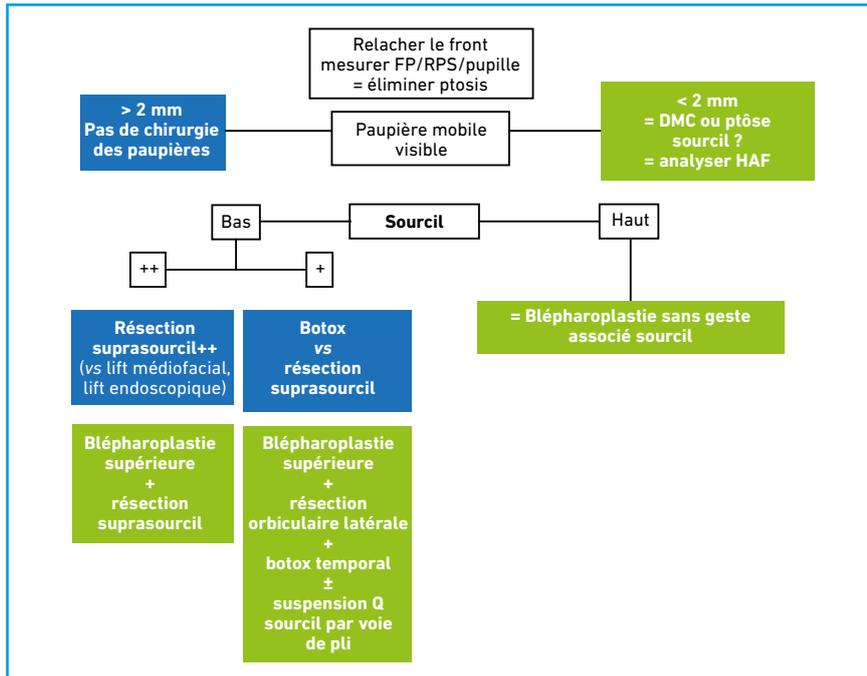


Fig. 9 : Algorithme de l'analyse du regard.

esthétique. Le sourcil doit être évalué dans son ensemble et la présence d'un excédent de dermatochalasis associé fera décider de la prise en charge globale à proposer (fig. 9). La rejuvenation pourra ainsi permettre un embellissement du regard sans en modifier son anatomie.

## BIBLIOGRAPHIE

1. ADENIS JP. *Chirurgie palpébrale*. P4, Elsevier Masson, 2007.
2. BAGGIO E, RUBAN JM. Paupières et sourcils : anatomie chirurgicale. *Ophthalmologie*, 1999;1-10.
3. BELHAOUARI L, GASSIA V. *L'art de la toxine botulique en esthétique*, 2<sup>e</sup> édition. Arnette, 2013.

4. GUNTER JP, ANTROBUS SD. Aesthetic analysis of the eyebrows. *Plast Reconstr Surg*, 1997;99:1808-1816.
5. MATROS E, GARCIA JA, YAREMCHUK MJ. Changes in eyebrow position and shape with aging. *Plast Reconstr Surg*, 2009;124:1296-1301.
6. PATIL SB, KALE SM, JAISWAL S *et al*. Effect of aging on the shape and position of the eyebrow in an Indian population. *Aesthetic Plast Surg*, 2011;35:1031-1035.
7. LAMBROS V. Discussion. Changes in eyebrow position and shape with aging. *Plast Reconstr Surg*, 2009;124:1302-1303.
8. SCLAFANI AP, JUNG M. Desired position, shape, and dynamic range of the normal adult eyebrow. *Arch Facial Plast Surg*, 2010;12:123-127.
9. FESER DK, GRUNDL M, EISENMANN-KLEIN M *et al*. Attractiveness of eyebrow position and shape in females depends on the age of the beholder. *Aesthetic Plast Surg*, 2007;31:154-160.
10. KNIZE DM. Anatomic concepts for brow lift procedures. *Plast Reconstr Surg*, 2009;124:2118-2126.

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

## ■ Pratique professionnelle

# L'utilisation des réseaux sociaux pour les plasticiens

## Le devoir de communication du praticien 2.0 face au patient 2.0

**RÉSUMÉ :** Être présent sur les réseaux sociaux est la première étape pour le chirurgien 2.0. Au-delà de cette présence, le praticien doit comprendre que la création d'une communauté de patients est primordiale.

Les réseaux sociaux sont un canal de communication d'un genre unique qui permet aux chirurgiens et futurs patients d'interagir avec un cabinet. Les médias sociaux conjuguent une communication en *one-to-many* (le praticien parle à l'ensemble de ses abonnés) – nouveaux équipements du cabinet, nouvelles techniques, nouveaux produits – à une communication en *one-to-one* (le praticien répond directement aux sollicitations et aux commentaires des patients *via* les messages privés). Les réseaux sociaux permettent également de diffuser "l'esprit" dans lequel travaille le chirurgien dans l'optique d'améliorer sa e-réputation.

Nous allons voir, au travers de cet article, quels sont les axes intéressants pour communiquer sereinement, mais aussi comment gérer au mieux son e-réputation et le rôle du *community manager*.



### T. JOSSE

Agence Thomas Josse, agence spécialisée dans la gestion des médias sociaux en médecine et chirurgie esthétique et réparatrice, PARIS.

### ■ Communiquer, oui mais pourquoi ?

L'objectif est triple :

>>> Être visible en gérant son image personnelle – *personal branding* – mais aussi celle du cabinet, de la même manière qu'une vitrine digitale.

>>> "Marketer" son cabinet et ses équipements ou l'art de le faire savoir.

>>> Créer une communauté de patients pour les fidéliser en apportant de l'information sur les traitements post-actes, mais aussi pour rester proche d'eux.

Il est intéressant de constater que les réseaux sociaux apparaissent comme un levier de modification de la perception qu'a le patient du praticien. Force est de

constater qu'un réseau social, aux yeux du patient actuel ou futur, ancre celui-ci dans l'ère du temps. Ce lien créé entre le praticien et le patient est un facteur de motivation et de confiance en vue du rendez-vous.

### ■ Le point sur la déontologie

Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) rappelle que les médecins doivent protéger la confidentialité de leurs patients. De même, ils sont invités à se montrer vigilants sur l'image qu'ils donnent d'eux-mêmes et de leur profession [1].

Le praticien a parfaitement le droit de communiquer sur internet et les réseaux sociaux mais sans entrer dans une démarche "publicitaire". Dans ce

## I Pratique professionnelle

sens, le clic sur le bouton “promouvoir” sur un post Facebook ou Instagram est interdit par le CNOM. La publication ne peut donc être qu’organique.

Le chirurgien doit veiller à sa e-réputation sur les forums, sur Google, dans les avis... Il est important de préciser que, même si le praticien n’est pas présent sur la toile, le patient pourra toujours parler de lui *via* les nombreux forums ou la fiche Google *My Business* du cabinet. La présence sur les médias sociaux du praticien ou de son *community manager* permettra d’agir plus rapidement et d’éteindre un éventuel “incendie”.

### ■ Le bouche-à-oreille est-il mort ?

On pourrait dire en schématisant que la présence sur les réseaux sociaux assure le bouche-à-oreille actuel. Le bouche-à-oreille “direct” est mort, le consommateur se servant des médias sociaux pour comparer l’univers d’un praticien à un autre, surtout dans un milieu de forte concurrence. La raison est simple : l’expérience patient doit s’assurer que l’univers professionnel du chirurgien correspond bien à sa recherche. Une jeune patiente habituée aux réseaux sociaux prendra-t-elle RDV si ce que montre le médecin choisi ne la touche pas ?

### ■ Les médias sociaux aujourd’hui, qui sont-ils ?

Par ordre d’importance et dans une démarche de *business* “praticien vers le patient”, on peut proposer ce classement :

1. Facebook : 32 millions d’utilisateurs en France ;
2. Instagram : 12 millions d’utilisateurs en France ;
3. Youtube : 37,5 millions de Français y vont chaque mois, soit 81 % de la population connectée ;
4. LinkedIn dans un cadre praticien vers praticien et praticien vers industriels.

#### L’agence Thomas Josse

L’agence Thomas Josse a été visionnaire puisqu’elle a été la première en 2015 à se spécialiser et comprendre l’intérêt d’une présence sur les médias sociaux pour la médecine et la chirurgie esthétique et réparatrice, afin d’être encore plus proche des patients tout en mettant en avant l’aspect scientifique, les valeurs et l’engagement des professionnels de santé. La passion des médias sociaux mais aussi de la médecine, de la chirurgie et du domaine de la longévité a permis à l’agence de se démarquer et d’assurer avec honnêteté une présence de leader dans son domaine en France, avec un développement récent en Belgique et en Suisse, en apportant plus de sens aux messages diffusés par ses clients.

L’agence couvre plusieurs missions : développement de l’image du cabinet et du praticien sur la toile, mais aussi présence des industriels et congrès sur les médias sociaux ainsi que leur e-réputation. Elle intervient également dans les congrès de sociétés savantes lors de workshops, en tant que spécialiste, pour sensibiliser les praticiens et leurs assistants à l’importance des médias sociaux dans leurs activités.

Il est important de retenir que 57 % des Français sont aujourd’hui inscrits sur au moins un réseau social [2].

### ■ Créer votre communauté : course aux likes ou construction d’une communauté engagée de patients ?

La stratégie digitale à adopter doit être déterminée en fonction de vos objectifs :

- besoin de nouveaux patients ou fidéliser des patients existants ;
- digitalisation d’une communauté de patients existante ;
- amélioration de l’image du praticien ou de son référencement ;
- démarche vers les confrères pour valider une expertise professionnelle.

Quoi qu’il en soit, le praticien doit créer une communauté engagée ! Si vous pensez que tout est question de “nombre de likes”, vous risquez de passer à côté de quelque chose. Cibler des milliers de personnes pour qu’elles tombent sur vos médias sociaux doit certes permettre la lecture, l’appréciation et éventuellement le *like* et le partage, mais la prise effective de rendez-vous est une étape beaucoup plus importante. Même si votre contenu est suivi par un vaste public, s’il n’est pas pertinent pour les patients ou qu’ils ne sont pas intéressés par ce que vous proposez, ce contenu ne

permettra pas d’augmenter le profit de votre cabinet.

Les médias sociaux d’un praticien doivent d’abord viser à construire une communauté constituée de ses patients et de personnes qui vont aimer, faire confiance, respecter ses valeurs et ainsi attirer de nouveaux patients. Vous pouvez suivre des célébrités et les médias à grande échelle mais ils ne vous adresseront pas de patients, alors commencez par miser sur une échelle de proximité : amis, commerciaux ou industriels avec lesquels vous travaillez et surtout “centres de profits” autour de votre cabinet qui vont pouvoir vous amener des patients (hôtels, spas, coiffeurs, magasins, PME régionales, stations thermales, restaurants...). Suivez également les personnes abonnées à vos centres d’intérêts : beauté, santé, bien-être, fitness, soins de la peau, nutrition... Il ne faudra pas oublier que les médias sociaux sont une rue à double sens, avec un effet de viralité (effet boule de neige) important.

### ■ La différence entre profil et page Facebook [3]

Un compte Facebook vous offre un profil personnel avec lequel vous allez pouvoir *surfer* sur d’autres profils (amis), pages et groupes... Vous pouvez permettre aux utilisateurs Facebook de s’abonner à vos publications publiques, ce qui vous

permettra de partager certains contenus. Une page Facebook (**fig. 1**) permet, quant à elle, de bâtir une communauté dans laquelle le médecin pourra interagir avec les utilisateurs. Cette page est 100 % publique, tout le monde peut en voir le contenu, même les internautes qui n'ont pas de compte Facebook.

### Qu'attend vraiment un futur patient de la communication d'un cabinet ?

Internet est une source d'informations fortement sollicitée, les réseaux sociaux sont le premier type de sites visités ! Comment exister dans ce flux

d'informations ? Pour vos patients, apportez-leur de l'information sur des traitements complémentaires, des conseils beauté, santé, *lifestyle*, anti-âge mais aussi post-actes (partir au ski après un lifting par exemple). Pour un futur patient, mettez en avant vos actes, services, produits, différences (services et approche 360°).

Mais attention aux messages que vous renvoyez (**fig. 2**) ! Évitez les selfies à outrance, la vie privée, les posts non informatifs ou l'incitation au RDV. Attention également à la forme de vos publications, il faut privilégier l'information tout en veillant au choix du cadrage, de la luminosité...

### Comment vous mettre en avant sans faire de la publicité et donc éviter les erreurs ?

- Quelques erreurs à ne pas commettre :
- avant/après en publiant un résultat escompté avec telle technique employée tout en compromettant l'anonymat d'un patient ;
  - trop publier (ne pas dépasser 1-2 fois par semaine) ;
  - l'égoïsme, soyez dans la tête du patient : que recherche-t-il ? Quelle est l'information qui va pouvoir lui donner envie ? ;
  - des publications "non professionnelles" : mieux ne vaut rien poster !

Vous avez un nouveau traitement, un nouvel équipement ou une formation ? Parlez-en en apportant de l'information (bénéfices post-actes...) (**fig. 3**). La présence sur les médias sociaux ne doit pas faire oublier l'essentiel : optimiser la conversion d'un lecteur en rendez-vous. Il n'existe pas de meilleur moyen, même si des outils sont à notre disposition, tel que le combo médias sociaux et agenda en ligne, ou médias sociaux et prise de rendez-vous *via* le site (**fig. 4**).

### Instagram et Facebook : faut-il choisir ?

>>> Instagram :

- une vitrine pour un patient qui connaît déjà le praticien ;

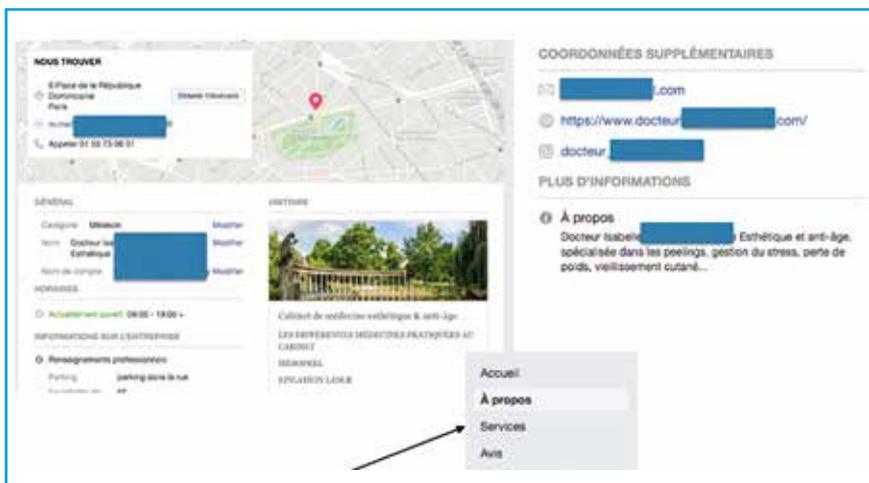


Fig. 1 : Exemple de page Facebook.



Fig. 2 : Post non recommandé.



Fig. 3 : Post informatif et post pub.

## Pratique professionnelle

- une vitrine photos et vidéos faisant pénétrer le patient dans le *lifestyle* du praticien ;
- montrer le dynamisme du cabinet ;
- Instagram cible une population jeune, le praticien devra veiller à son bassin d’audience ;
- vous êtes peu identifiable pour un nouveau patient ;
- la conversion en rendez-vous est faible à cause du manque de fonction engageante.

### >>> Facebook :

- la patientèle française est majoritairement sur Facebook ;
- un meilleur taux de dialogue et une prise de rendez-vous *via* Messenger ;
- des outils adéquats : événements, sondages, albums photos, programmations... ;
- un référencement sur Google ;
- une visibilité pour un patient novice ;
- le meilleur levier d’information pour le patient.

### Instagram, un fléau du faux

L’engouement pour Instagram permet aux praticiens de gagner en visibilité. Cependant, cette opportunité conduit aussi à un fléau qui vient fausser le marketing d’influence : l’achat de *likes* et de *followers* par certains comptes Instagram. Certains médecins y succombent. En outre, les patients commencent à se méfier de ces faux comptes. Comment les détecter ? Le ratio *followers/likes* est le critère le plus facile à identifier. En effet, ce sont des comptes qui ont vraiment beaucoup d’abonnés mais, en contrepartie, très peu ou quasiment pas de *likes* sur leurs posts.

Quels sont les risques pour un compte Instagram misant sur le faux abonnés ou le faux like ?

- être sanctionné par Instagram, cela entraîne un déclassement dans les recherches naturelles ;
- manque de crédibilité vis-à-vis du patient qui n’est pas dupe ;

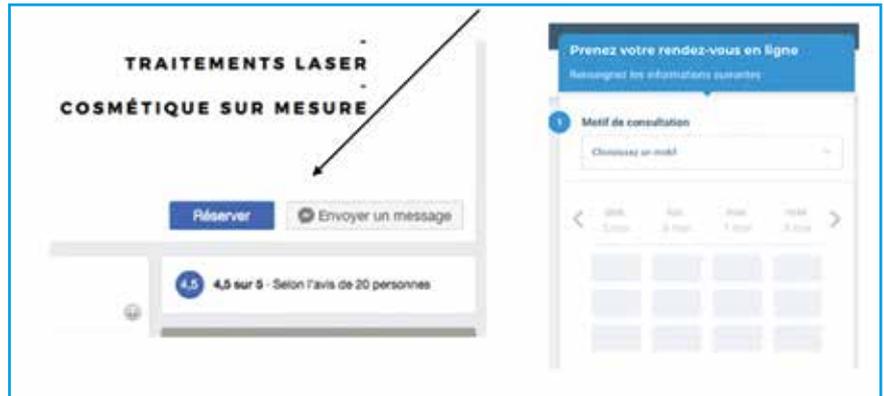


Fig. 4 : Faciliter la prise de rendez-vous.

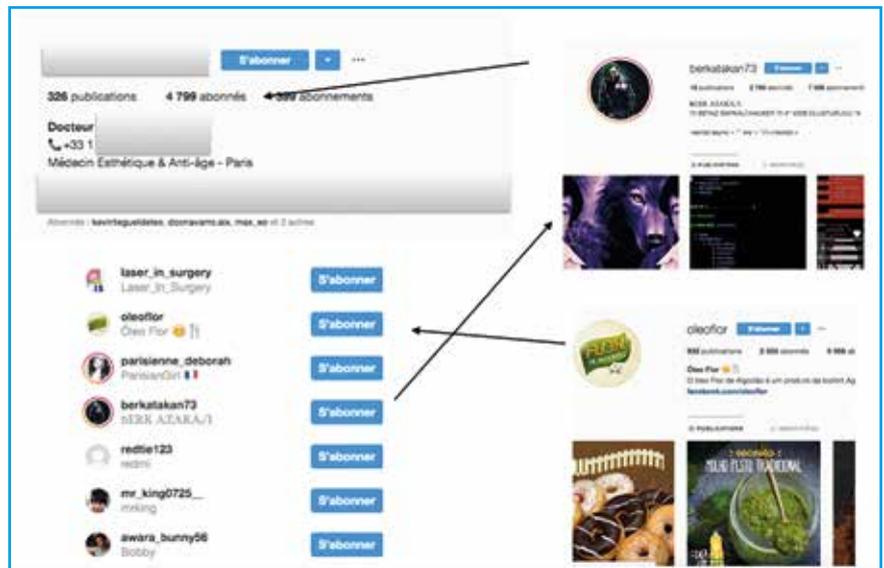


Fig. 5 : Le fléau du faux sur Instagram.

- aucun bénéfice mais des dépenses en achat de *likes* (fig. 5).

### Le meilleur moyen pour démarrer ?

Misez sur votre cercle puis étendez-le ! La règle pour créer et maintenir une communauté : entendre et écouter.

>>> Entendre : les patients doivent comprendre rapidement ce que vous proposez (identification).

>>> Écouter : il faut donc comprendre que le patient attend de vous une immer-

sion dans un *lifestyle*, le praticien est son “confident”. Apportez à votre communauté des messages divertissants autour de vos actes, des conseils post-actes et santé...

N’oubliez jamais que même si l’internaute est aujourd’hui de plus en plus présent sur les médias sociaux, ce sont surtout les plus actifs qui participent à l’engagement (*likes* et partages). Seulement 10 % des suiveurs d’un compte Instagram ou Facebook interagissent. L’abonné joue donc un rôle passif de consultation de l’information et non d’acteur.

## ■ Le point sur la e-réputation

Nous citerons ici un passage de l'introduction du Guide pratique publié en septembre 2018 par le Conseil national de l'ordre sur le thème : Préserver sa réputation numérique ([www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/mmy1bs/cnom\\_guide\\_pratique\\_e-reputation.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/mmy1bs/cnom_guide_pratique_e-reputation.pdf)).

*“... ‘L’e-réputation est l’image numérique d’une personne sur Internet. Cette e-réputation est entretenue par tout ce qui concerne cette personne et qui est mis en ligne sur les réseaux sociaux, les blogs ou les plateformes de partage de vidéos’.*

*Les avis d’internautes publiés sur Google ou sur des sites spécialisés, les informations relatives à votre exercice professionnel publiées en ligne, les articles publiés sur des blogs, des messages ou discussions sur des réseaux sociaux, tous ces éléments sont de nature à impacter votre image numérique, votre réputation en ligne. Il est important à l’ère du numérique de maîtriser son e-réputation, dans le respect de vos obligations déontologiques [...]*

*Si les systèmes de notations et d’avis sur les professionnels peuvent choquer certains et laisser entrevoir un glissement des patients vers le ‘consommérisme médical’, ils ne sont pas en soi illégaux. La seule qualité de médecin ne justifie pas une interdiction de publication d’avis ou propos le concernant. Cependant, la liberté d’expression ne peut permettre à tout patient ou tout internaute de diffuser sans restriction des propos visant les professionnels de santé. Les abus pourront faire l’objet de sanctions juridiques...”*

Avant toute chose, il est essentiel de conserver la preuve de la publication en cause, en prenant immédiatement des

## POINTS FORTS

- Le praticien a parfaitement le droit de communiquer sur internet et les réseaux sociaux mais sans entrer dans une démarche “publicitaire”.
- Le bouche-à-oreille “direct” est mort, aujourd’hui le consommateur se sert des médias sociaux pour comparer l’univers d’un praticien à celui d’un confrère.
- Internet est une source d’informations fortement sollicitée, les réseaux sociaux sont le premier type de sites visités.
- Le praticien doit créer une communauté engagée ! Si vous pensez que tout est question de “nombre de likes”, vous risquez de passer à côté de quelque chose.
- Une réponse à un avis négatif diffamatoire permet d’en limiter la portée et l’impact.

captures d’écran. Vous pourrez ensuite définir votre stratégie en fonction de votre situation.

### >>> Cas 1 : vous n’avez pas encore d’avis négatif

Règle numéro 1 : prévenez les mauvais avis. Comment ?

– étape 1 : inciter votre entourage à déposer un avis ;

– étape 2 : inciter vos patients à déposer un avis en leur demandant au moment du paiement.

La prévention est la meilleure arme dont vous disposez pour gérer votre e-réputation.

### >>> Cas 2 : vous avez un mauvais avis et vous connaissez le patient (fig. 6)

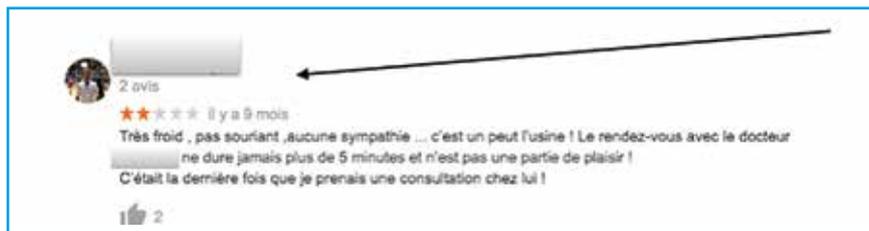


Fig. 6.

Il vous faut réagir rapidement, quelle que soit la stratégie adoptée. La réactivité est en effet primordiale dans le monde du numérique, une réaction inappropriée ou trop tardive pouvant s’avérer plus préjudiciable qu’une absence de réaction.

Si la publication n’a pas un caractère diffamatoire, deux stratégies peuvent être recommandées : la réponse aux avis et/ou la prise de contact avec leur auteur lui demandant de retirer sa publication.

### >>> Cas 3 : vous avez un mauvais avis et vous ne connaissez pas le patient (fig. 7)

Une réponse à un avis négatif permet d’en limiter la portée et l’impact. Il

## Pratique professionnelle

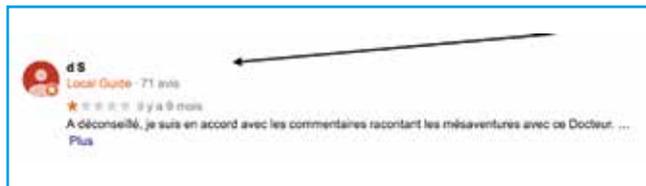


Fig. 7.

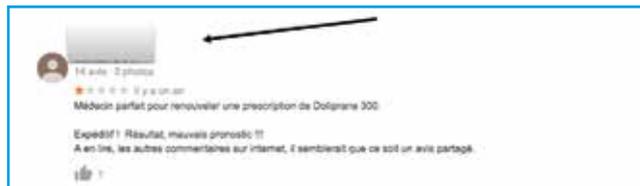


Fig. 8.

est nécessaire, pour ce faire, de ne pas renforcer la polémique potentielle en adoptant une attitude ouverte et en fournissant une réponse empathique. Vous ne pouvez pas, dans votre réponse, nuire à l'intérêt de l'auteur de l'avis et le texte de la réponse doit être pertinent et rester en rapport direct avec celui-ci. Invitez l'auteur à contacter votre secrétariat !

### >>> Cas 4 : vous avez un avis diffamatoire (fig. 8)

Une diffamation est légalement définie comme "toute allégation ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne ou du corps auquel le fait est imputé". Contrairement à l'injure, qui ne vise aucun événement ou aucun fait, la diffamation nécessite une imputation suffisamment précise pour être l'objet d'une preuve ou d'un débat contradictoire. Les propos diffamatoires doivent viser une personne et non des idées ou des produits.

La diffamation commise envers les particuliers, comme les médecins, est un délit pénal puni d'une amende de 12 000 euros maximum, outre l'indemnisation que vous pouvez obtenir. Cette peine peut être portée à 1 an d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende maximum. Vous avez la possibilité de vous retourner vers votre avocat ou votre assurance professionnelle pour entamer une procédure de retrait de l'avis [4].

Les informations d'ordre professionnel vous concernant sont des données personnelles, dont l'utilisation est soumise à la réglementation relative à la protection des données. Vous bénéficiez du droit de vous opposer *a posteriori* à l'exploitation

et à la publication de vos données personnelles et de demander la suppression de votre fiche professionnelle. Pour exercer ce droit, vous devez écrire par courrier, e-mail ou formulaire en ligne à l'éditeur du site (dans les mentions légales tout en bas de la page internet) en suivant les instructions de la CNIL [5]. Vous devrez justifier votre demande en expliquant les raisons pour lesquelles vous ne voulez pas de cette fiche (vous ne souhaitez pas apparaître sur des sites privés, vous ne souhaitez pas apparaître sur Google Maps, etc.).

### Le rôle du community manager spécialisé

Le *community manager* va pouvoir mettre en exergue l'univers du praticien et créer une identité virtuelle autour du cabinet :

#### >>> Évaluer la notoriété :

- définir les profils qui visitent votre site et vos réseaux sociaux (âge, sexe, ville, etc.) ;
- pertinence des articles visités, les sujets d'intérêts...

#### >>> Définir :

- l'objectif à court, moyen et long terme ;
- l'audience ;
- le réseau social où communiquer.

>>> Établir une stratégie de communication sur les réseaux sociaux : orienter les médias sociaux vers la notoriété, la considération du praticien, la fidélisation et la prospection du patient.

#### >>> Mettre en place et gérer :

- la ligne éditoriale ;
- l'identité visuelle de vos réseaux

sociaux en parallèle de votre site web (homogénéité, cohérence) ;

- la création des posts et leurs publications ;
- répondre rapidement aux commentaires, messages... ;
- s'informer, former sur les nouveaux outils de communication ;
- faire de la veille pour optimiser votre présence.

## Conclusion

Les réseaux sociaux permettent au praticien d'exister à une époque de digitalisation, de faire la différence dans un processus de "recherche" par un patient, de créer une communauté de patients pour les fidéliser en mettant en avant ses actes, de marketer ses équipements, de le faire savoir (congrès...). Le *community manager* devient le trait d'union entre vos valeurs, votre cabinet, votre webmaster et ces nouveaux outils de communication.

## BIBLIOGRAPHIE

1. [www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/informer-faire-publicite](http://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/informer-faire-publicite)
2. [www.blogdumoderateur.com/50-chiffres-medias-sociaux-2019/](http://www.blogdumoderateur.com/50-chiffres-medias-sociaux-2019/)
3. [blog.marketing-management.io/difference-profil-et-page-facebook](http://blog.marketing-management.io/difference-profil-et-page-facebook)
4. [www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_guide\\_pratique\\_e-reputation.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_guide_pratique_e-reputation.pdf)
5. [www.cnil.fr/fr/le-droit-dopposition](http://www.cnil.fr/fr/le-droit-dopposition)

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

## Revue de presse

# À propos des articles de cet été

La revue de presse de cette fin d'été reste empreinte de plusieurs articles au sujet du lymphome anaplasique à grandes cellules associé à l'implant mammaire (LAGC-AIM), dont l'article rapportant la série des 36 cas français rédigé en français et en anglais par l'équipe strasbourgeoise. Ce sujet appelle toujours des discussions de la part d'auteurs qui font référence en la matière.

Parmi les discussions, une d'entre elles – qui n'a rien à voir avec le LAGC-AIM – sort du lot. Il s'agit d'un “démontage en règle” infligé par William Adams à l'article écrit par Eric Swanson au sujet de l'irrigation des implants mammaires : solution bétadinée, antibiotiques ou simplement sérum physiologique ? Jetez-y un coup d'œil, c'est un vrai régal !

Bonne lecture.

### Autogenous fat grafting to the breast and gluteal regions: safety profile including risks and complications

CHOPAN M, WHITE JA, Sayadi LR *et al.* *Plast Reconstr Surg.* 2019;143:1625-1632.

Face à l'utilisation thérapeutique extensive de la graisse autologue, les chirurgiens plasticiens devraient être rompus à la sécurité du patient et à la gestion des complications. Cet article reprend une revue de littérature concernant les facteurs de risque et les complications lors des greffes de graisse autologue dans le sein et les fesses. Les gros volumes de lipomodélage, spécifiquement dans les

augmentations esthétiques, sont associés à une incidence élevée de nécrose graisseuse.

Des complications sérieuses incluant des embolies graisseuses sont décrites dans le cadre des augmentations gluteales. L'identification des facteurs de risques et la mise en œuvre de techniques chirurgicales adéquates minimisent la survenue des complications impactant le pronostic vital.

Quant à la sécurité oncologique de la greffe graisseuse autologue, elle s'appuie sur de nombreuses études cliniques ayant inclus des milliers de patientes avec un cancer du sein.

### Twenty-five years of experience with the submental flap in facial reconstruction: evolution and technical refinements following 311 cases in Europe and Africa

BERTRAND B, HONEYMAN CS, EMPARANZA A *et al.* *Plast Reconstr Surg.* 2019;143:1747-1758.

Le lambeau sous-mentonnier a prouvé sa fiabilité pour la reconstruction de la tête et le cou. Quatre modifications techniques décrites utilisent une quantité tissulaire variable en fonction de la perte de substance et peuvent inclure un morceau d'os vascularisé prélevé du bord mandibulaire. Ce lambeau utilise le principe de Gillies par le remplacement de chaque élément par son semblable et doit être envisagé face à une solution microchirurgicale, surtout lorsque les moyens sur place sont limités.



R. ABS

Chirurgien plasticien, MARSEILLE.

### A prospective approach to inform and treat 1.340 patients at risk for BIA-ALCL

ROBERTS JM, GARR LW, JONES A *et al.* *Plast Reconstr Surg.* 2019;144:46-54.

L'augmentation de l'incidence du LAGC-AIM et de la mortalité lui étant associée est devenue alarmante. Cependant, plusieurs patientes sont encore inconscientes de ce risque et peuvent négliger les premiers signes d'avertissement de ce cancer. L'objectif ici est de contacter toutes les patientes avec implant mammaire pour les informer de cette pathologie, fournir le dépistage et le traitement indiqués.

Les auteurs ont envoyé un e-mail décrivant le LAGC-AIM à toutes les patientes ayant reçu un implant mammaire dans leur centre entre 1979 et 2017 pour les encourager à se rendre à une visite de contrôle. L'information des patientes, les types d'implant, les visites postopératoires, les données de l'examen clinique et les décisions des patientes une fois informées ont été colligées. 1 284 mails ont été envoyés à 1 020 patientes (79,4 %) ayant reçu un implant lisse et à 264 patientes (20,6 %) ayant reçu un implant texturé. 100 patientes (84 implants lisses et 16 texturés) ont été évaluées dans les 2 premiers mois. Sur les 16 patientes ayant reçu un implant texturé, 9 ont bénéficié d'une chirurgie secondaire pour ablation ou remplacement de l'implant texturé.

## I Revue de presse

Informers les patientes est un effort important. Les patientes informées seront diagnostiquées et traitées probablement plus tôt, ce qui évitera la chimiothérapie ou la radiothérapie et diminuera la mortalité.

**>>> Discussion par N. T. Haddock et S. S. Teotia**

*“Plus vous savez, plus vous savez que vous ne voulez pas savoir.”* Aristote

Avec l'amélioration de la prise de conscience des chirurgiens plasticiens, la création du registre des implants et de celui du LAGC-AIM grâce au soutien de la Fondation de chirurgie plastique, de la Société américaine de chirurgie plastique et de la FDA (*Food and Drugs Administration*), on constate que l'incidence du LAGC-AIM continue de croître. Le 2 novembre 2018, il y avait 255 cas aux États-Unis et 615 cas dans le monde; 16 décès dont 5 aux États-Unis. L'incidence de cette nouvelle pathologie varie de 1/1 000 à 1/30 000 avec les implants texturés. Il faut souligner que le pronostic de ces patientes reste excellent après ablation des implants et de la membrane périprothétique, que le LAGC-AIM reste une maladie rare, et que des efforts d'investigation des sociétés savantes à travers le monde sont en cours afin de nous tenir informés sur les avancées des travaux sur le sujet.

Le but de cet article est de décrire comment informer la patiente en envoyant une lettre spécifique aux porteuses d'implants texturés et une autre pour les porteuses d'implants lisses. Le taux de réponse était assez bas (6,4 %), avec 100 patientes revues: 16 avec des implants texturés et 9 ablations prophylactiques ou changements pour des implants lisses. Ce taux bas de réponses et de reprises chirurgicales montre que l'adoption d'une telle démarche "agressive" est peut-être excessive et à ne pas mettre entre toutes les mains.

Même les patientes ayant reçu un implant lisse sont susceptibles de déve-

lopper la maladie car elles peuvent avoir été en contact dans le passé avec un implant texturé. Il faut rappeler que les implants mammaires sont considérés comme les dispositifs médicaux les plus surveillés de l'industrie médicale et que les autorités sanitaires ne se sont pas prononcées pour l'ablation préventive des implants lisses. On en arrive à la situation de "méfiez-vous de l'acheteur", où les patientes hyperinformées pilotent elles-mêmes les décisions à prendre, même si l'ablation prophylactique ou le changement des implants comportent plus de risques chirurgicaux que la probabilité de développer un LAGC-AIM.

**>>> Discussion par Mark W. Clemens et Patricia A. McGuire**

Est-ce que le LAGC-AIM a changé nos pratiques? Au minimum, la FDA et notre société savante nationale ont recommandé que cette nouvelle pathologie soit mentionnée dans le nouveau consentement éclairé, que le sérome tardif soit bien détecté et que les cas confirmés soient répertoriés dans les registres mis en place à cet effet. Au-delà, chaque chirurgien réagit selon sa propre morale, son éthique et le sens légal avec des réactions différentes.

Le "défaut d'information" a été opposé aux fabricants aux États-Unis. En Pennsylvanie, les implants et les expandeurs texturés ne sont d'ailleurs plus utilisés. Les patientes porteuses de tels implants ont été également rétroactivement contactées et une campagne d'information pour les patientes (passées et futures) a été mise en place sur le plan national.

Les implants texturés sont considérés par la FDA comme ayant "une raisonnable assurance de sécurité et d'efficacité". Pour prévenir le LAGC-AIM, les Biocell (Allergan) sont interdits à la vente dans 38 pays incluant l'Europe, Israël, l'Afrique de Sud, Singapour, la Colombie et le Japon. La France a été un peu plus loin dans cette démarche en interdisant tous les implants classés "macrotextrés".

En fin de compte, chaque chirurgien doit être son propre arbitre pour décider de ce qu'il est raisonnable de réaliser. Notre pratique a certainement changé du fait du LAGC-AIM: quel rôle allez-vous jouer dans ce changement?

### The questionable role of antibiotic irrigation in breast augmentation

SWANSON E. *Plast Reconstr Surg*, 2019; 144:249-252.

Les arguments contre l'irrigation de l'implant mammaire par une solution bétadinée sont le caractère non stérile de la solution avec un avertissement écrit sur le flacon et l'emballage "pour une application externe seulement", ses effets pro-inflammatoire et allergisant, sa cytotoxicité et son risque d'augmentation (x 2,5 fois) du taux de coque.

L'irrigation de l'implant avec des antibiotiques n'est pas dénuée de tout danger. Certains antibiotiques (tétracycline en particulier) ont un effet sclérosant qui induirait des séromes chroniques. Par ailleurs, 30 minutes de trempage avec la céfazoline sont nécessaires pour une pénétration tissulaire (ce qui n'est pas pratique en réalité), avec des effets cytotoxiques entravant la cicatrisation. Cela sans compter la sélection des germes et l'émergence des germes résistants. Il faut rappeler que cet antibiotique est déjà utilisé en intraveineuse en antibioprophy-laxie. Enfin, la gentamycine est active sur les infections à Gram négatif généralement non impliquées dans les augmentations mammaires et les coques.

L'irrigation au sérum physiologique ne modifie pas les taux de coques (6 %), ce qui reste favorable comparativement à des études pivotales dont les pourcentages de coques sont compris entre 8 et 19 %. L'irrigation au sérum physiologique est toujours préférable à l'utilisation de produits (bétadine ou antibiotiques) qui ont des effets secondaires connus ou inconnus et un bénéfice non démontré.

### >>> Discussion par William P. Adams et Bradley Calobrace

S'il y a des articles qui appellent une discussion, celui-ci en fait bien partie. L'article de Swanson a, en effet, des *a priori* qui vont être discutés point par point :  
 – les meilleurs résultats plaident pour l'irrigation de la loge ; ceux imparfaits et défavorables pour la non-irrigation ;  
 – les conclusions de Swanson sont préjudiciables et ne sont pas fondées sur des bases scientifiques.

● **Déclaration de Swanson** : l'implant est stérile dans son emballage et le tremper dans l'antibiotique ne le rendra pas plus stérile !

**Faits vérifiés** : le but est de réduire la contamination bactérienne à un niveau gérable par les défenses de l'organisme. Les études montrent un taux de coques et d'infection significativement bas avec une irrigation au sérum bétadiné. L'irrigation avec des antibiotiques réduit significativement les infections et les séromes, mais pas assez les coques. Les conclusions actuellement admises sont les suivantes :

- irrigation au sérum bétadiné ou avec des antibiotiques ;
- utilisation d'un manchon d'introduction de l'implant (Keller Funnel...);
- protection du mamelon avec un pansement ;
- suppression dans la mesure du possible des drains.

● **Déclaration de Swanson** : la tétracycline a un effet sclérosant, la bétadine entrave la cicatrisation et elle est non stérile.

**Faits vérifiés** : personne ne recommande la tétracycline ou la doxycycline pour l'irrigation. Par ailleurs, notre base scientifique en augmentation mammaire plaide pour une couverture antibactérienne large à la bétadine (5 à 10 fois moins de coques). En effet, l'extérieur du flacon est non stérile, mais l'intérieur, si ! Toutes les 21 meilleures études sur le sujet soutiennent l'irrigation avec une solution bétadinée.

● **Déclaration de Swanson** : l'utilisation des antibiotiques encourage l'émergence de bactéries résistantes et les antibiotiques majorent le coût de l'intervention.

**Faits vérifiés** : cette allégation est vraie pour l'antibiothérapie systémique mais non pour un traitement local. Le temps d'irrigation est de 30 secondes pour les deux loges ce qui permettra un temps de contact de 18 à 24 heures. Quant au coût, 500 cc de solution bétadinée coûte 3,77 \$, les antibiotiques 7,88 \$ !!!

### A smart sensing cannula for fat grafting

TURER DM, QAIUM EB, LAWRENCE AM *et al.*  
*Plast Reconstr Surg*, 2019;144:385-388.

L'injection de graisse a un taux de mortalité de 1/3 000 cas. La lésion des veines fessières à l'origine des embolies graisseuses en est la cause principale. Ces veines sont situées dans la partie profonde des muscles et toute injection intramusculaire sera donc prohibée afin d'éviter ces complications. Une canule avec un détecteur d'impédance permet de localiser le bout de la canule et détermine s'il est en sous-cutané ou s'il pénètre dans le muscle. Ce système contribue à la prévention des lésions des veines profondes et, par conséquent, des complications emboliques.

### The outcomes assessment of the plasma blade technology in upper blepharoplasties: a prospective study on a series of 25 patients

GIROUX PA, HERSANT B, SIDAHMED-MEZI M *et al.*  
*Aesthetic Plast Surg*, 2019;43:948-955.

Le dispositif médical de dermo-ablation chirurgical DAS (Technolux, Italie) est une lame de plasma qui induit un arc voltaïque provoquant une rétraction de l'épiderme et du derme superficiel. Le but de cette étude était de prouver l'efficacité et la sécurité du dispositif médical DAS dans la réduction de la taille des dermatochalasis.

L'étude prospective a inclus 25 patients adultes présentant un dermatochalasis de la paupière supérieure et soumis à un protocole de traitement en deux sessions avec le dispositif médical DAS (avec 1 mois d'intervalle). Le critère d'évaluation principal était la réduction de la taille du dermatochalasis et le critère de jugement secondaire la satisfaction des patients. Une évaluation en aveugle des résultats a été réalisée par 15 chirurgiens plasticiens sur des images postopératoires.

La réduction moyenne de la taille du dermatochalasis a été estimée à 2,47 mm lors d'un suivi à 6 mois (13,5 mm à T0 contre 11,03 mm à 6 mois ; p = 0,0002) et à 1,97 mm à 12 mois (13,5 mm à T0 contre 11,53 mm à 12 mois ; p = 0,0055). 80 % des patients et 78 % des chirurgiens-évaluateurs étaient globalement satisfaits des résultats obtenus après 12 mois de suivi. Le score de douleur analogue rapporté pendant le traitement était de 4,5/10 ; le MEOPA a été utilisé dans 23 % des cas, aucune séquelle (complication) postopératoire irréversible n'a été observée.

Le traitement par arc plasmatique voltaïque avec le dispositif médical DAS est une technique efficace de blépharoplastie non invasive sur des patients atteints de dermatochalasis modéré, ne souffrant pas de lipoptose palpébrale et est très bien toléré. Il peut être associé utilement et avec succès à la chirurgie.

### Microdermal grafting for color regeneration of white scars

TSAO SB, YANG PJ, LIN TS. *Aesthet Surg J*, 2019;39:767-776.

Les cicatrices blanches sont définies comme des cicatrices matures, chirurgicales ou traumatiques, hypopigmentées, dont la couleur est beaucoup plus claire que la peau environnante. Ces cicatrices sont souvent très difficiles à traiter ou à masquer.

Cette étude rétrospective de 3 ans présente les résultats obtenus chez

## I Revue de presse

38 patients ayant reçu une nouvelle intervention de greffe microdermique, qui introduit des mélanocytes dans la lésion de la cicatrice blanche pour régénérer la couleur de la peau. L'étude partage 18 années d'expérience de cette procédure, décrit les étapes chirurgicales et propose des vidéos des procédures. Entre septembre 2013 et décembre 2016, 38 patients (30 femmes et 8 hommes) ont subi une greffe microdermique pour la régénération de la couleur des cicatrices blanches : 78,9 % des patients ont reçu 1 traitement, 15,8 % 2 traitements et 5,3 % 3 traitements.

Trois "juges" non professionnels de santé ont été invités à évaluer le pourcentage de récupération de la pigmentation en comparant les images photographiques des cicatrices préopératoires et postopératoires. Les patients ont également été invités à indiquer, *via* un questionnaire, la satisfaction et le pourcentage d'amélioration un an après le traitement chirurgical. Ces juges ont constaté une amélioration moyenne de 49 % après 1 session, de 75 % après 2 sessions et de 90 % après 3 sessions. Au total, 71,1 % des patients ont rempli le questionnaire un an après la chirurgie. L'amélioration subjective moyenne était de 55 % après 1 séance, de 88 % après 2 séances et de 95 % après 3 séances. Le taux de satisfaction des patients était élevé.

La greffe microdermique permet de traiter adéquatement les cicatrices blanches en régénérant les mélanocytes, bien que plusieurs traitements puissent être nécessaires.

### A multicenter, retrospective evaluation of tissue stabilized-guided subcision in the management of cellulite

NIKOLIS A, ENRIGHT KM, SAPRA S *et al.* *Aesthet Surg J*, 2019;39:884-892.

Le premier dispositif minimalement invasif, approuvé par la FDA, et destiné à améliorer pour une longue durée

l'apparence de la cellulite, a récemment été lancé au Canada en tant que nouveau système par tissu stabilisé-subcision guidée (TS-SG, Cellfina). Les cliniciens des deux premiers sites canadiens offrant cette procédure ont évalué l'efficacité de ce traitement et la satisfaction du patient après une première année de commercialisation.

Les dossiers médicaux des patients traités avec le système TS-SG en 2017 ont été analysés rétrospectivement. Des mesures, au départ et 3 mois après le traitement, ont été effectuées pour déterminer la satisfaction du patient à l'aide d'une échelle de type Likert à 5 points ; l'efficacité a, quant à elle, été évaluée par un médecin à partir de la photographie bidimensionnelle et tridimensionnelle, de l'échelle de Nürnberger-Müller pour la cellulite et de l'échelle d'évaluation globale de l'amélioration.

Les évaluations des médecins, la satisfaction des patients et les preuves photographiques confirment l'efficacité du système TS-SG dans la prise en charge de la cellulite de grades 1 à 3 dans les cuisses et les fesses des femmes. Ces résultats rapportent également la sécurité du système TS-SG.

### >>> Discussion par Simeon Wall et Rachel Walker

Comparée à l'étude de référence Cellfina, ce travail souffre de la petite taille de l'échantillon, du manque de notification standard et de la brièveté du recul à 3 mois. L'étude de référence est celle de Kaminer *et al.*, qui ont publié des données sur la sécurité et l'efficacité du TS-SG à 1 et 3 ans.

Le candidat idéal pour le TS-SG est un patient de poids stable, avec peu de laxité cutanée et une vraie cellulite de type "fossette", qu'on retrouve la plupart du temps sur les fesses. En revanche, les patients ont tendance à qualifier de cellulite toute texture de peau indésirable au niveau de l'abdomen, des hanches, des fesses et des cuisses. Souvent, ils qualifient à tort une

laxité de la peau comme de la cellulite. Il est important de noter ici que le traitement de la laxité cutanée avec TS-SG pourrait aggraver cette laxité.

En tant que chirurgiens plasticiens, nous utilisons ce dispositif dans le cadre d'un arsenal thérapeutique étendu, non seulement pour traiter la cellulite, mais également pour les cicatrices rétractées, les déformations du contour de la liposuction et les adhérences de la peau, et en association au lipomodélage d'augmentation des fesses.

### Trente-six cas français de lymphomes anaplasiques à grandes cellules associés aux implants mammaires. Que savons-nous sur leur histoire prothétique ?

RUFFENACH L, BRUANT-RODIER C, GOLDAMER F *et al.* *Ann Chir Plast Esthet*, 2019;64:285-292.

Le LAGC-AIM est une pathologie récente dont le seul facteur de risque reconnu est l'implant mammaire. Les cas français, diagnostiqués par le réseau Lymphopath et déclarés à l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), ont fait l'objet d'une étude rétrospective. L'étude a dénombré 32 LAGC-AIM unilatéraux et 2 bilatéraux chez des patientes âgées de 29 à 83 ans : 12 cas esthétiques, 22 cas après mastectomie pour cancer et 2 après symétrisation par prothèse du sein controlatéral suite à une mastectomie pour cancer.

15 LAGC-AIM ont été diagnostiqués sur implant unique, tous macrotexturés de type Biocell (Allergan) ; les 21 autres ont été observés sur des implants multiples (2 à 5) et ont tous été en contact, au moins une fois, avec un implant macrotexturé de type Biocell. La durée moyenne d'exposition était de 9 ans.

Au total, des implants macrotexturés de type Biocell sont retrouvés dans l'histoire de chacun des 36 cas de LAGC-AIM de cette série française.

## Satisfaction des patients après lipoaspiration abdominale sculptante

DURRY A, LAURENT R, ANDREOTTI JB. *Ann Chir Plast Esthet*, 2019;64:298-310.

Les 30 patients de cette étude ont bénéficié de cette technique entre 2016 et 2017. Ils étaient répartis en trois groupes : lipoaspiration abdominale sculptante pure, lipoaspiration abdominale sculptante pour lipomodelage

mammaire et enfin lipoaspiration abdominale sculptante associée à une abdominoplastie.

22 patients ont répondu à un questionnaire de satisfaction : 6 dans le 1<sup>er</sup> groupe, 9 dans le 2<sup>e</sup> et 7 dans le dernier. Pour 41 % des patients, le résultat était tout à fait conforme à leurs attentes, plutôt conforme dans 50 % et non conforme dans 9 % des cas. La satisfaction moyenne était de 95 %.

La lipoaspiration abdominale sculptante apporte donc une satisfaction globale élevée des patients avec un risque faible de complications.

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

[www.realites-chirplastique.com](http://www.realites-chirplastique.com)

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

réalités  
#1 CHIRURGIE PLASTIQUE

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. Méningaud  
REVUES GÉNÉRALES

REVUES GÉNÉRALES  
LES FOUILLES : comment les reconnaître et les éviter  
LES POCHESES : comment les reconnaître et les éviter

+ riche + interactif + proche de vous

# POUR LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES<sup>1</sup>

- **INFECTÉES**
- **EXSUDATIVES**
- **CAVITAIRES**

## UNE GAMME **BIO-ACTIVE** À L'EFFICACITÉ PROUVÉE<sup>2</sup>



Remboursé  
sous nom de marque



1. Indications extraites de la notice ALGOSTÉRIL.  
2. Étude VER-ALT-X-97.10.97.

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

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

Siège social : 41 rue de Neuilly, 92000 Nanterre.

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

**SERVICE CLIENTS**  
info@brothier.com  
**0 800 355 153** Service & appel gratuits

