

■ Revue de presse

Revue de presse de rentrée

Cette revue de la littérature est bien celle de la rentrée, en sachant qu'elle est déjà loin derrière nous et que l'on se prépare, d'ores et déjà, à la grande messe annuelle de la SOFCPRE à Montrouge.

Bonne lecture.



R. ABS
Chirurgien plasticien, MARSEILLE.

The long-term static and dynamic effects of surgical release of the tear trough ligament and origins of the orbicularis oculi in lower eyelid blepharoplasty

WONG CH, MENDELSON B. *Plast Reconstr Surg*, 2019;144:583-591.

La libération du ligament de la gouttière des larmes et des origines de l'orbiculaire est une manœuvre clé qui peut être associée à de nombreuses techniques de blépharoplastie inférieure.

De décembre 2012 à juin 2017, 105 patients ont bénéficié d'une blépharoplastie transconjonctivale étendue de la paupière inférieure, avec libération

du ligament de la gouttière des larmes et redistribution de la graisse.

L'effet à long terme de la libération du ligament a été étudié en évaluant l'efficacité de la correction, l'effet sur la position de la paupière inférieure et les modifications dynamiques du sourire du patient. L'âge moyen des patients était de 41 ans (23 à 62 ans). Le recul moyen était de 31 mois (12 à 53 mois).

Le creux a été corrigé efficacement avec cette manœuvre. Cette libération n'a pas compromis le support tarso-ligamentaire de la paupière inférieure, sans augmentation de l'exposition sclérale chez 99 % des patients et aucun patient n'a développé d'ectropion. Sur le plan fonctionnel, le changement dans l'action du muscle orbiculaire de l'œil à la suite du détachement de ses origines a entraîné une élévation de la jonction paupière-joue au cours du sourire.

The modified sliding alar cartilage flap: a novel way to preserve the internal nasal valve as illustrated by three-dimensional modeling

RACY E, FANOUS A, PRESSAT-LAFFOUILHERE T *et al. Plast Reconstr Surg*, 2019;144:593-599.

La préservation de la zone du rouleau (entre le cartilage latéral supérieur et latéral inférieur) est essentielle lors de la rhinoplastie pour obtenir un bon résultat fonctionnel. Cela est particulièrement préoccupant avec les procédures

de plastie de la pointe. Les objectifs de cette étude étaient :

– de décrire une nouvelle procédure consistant à faire glisser la partie céphalique du cartilage alaire sous sa partie caudale pour préserver la zone du rouleau ;

– de présenter une série prospective de cas cliniques, qui comprend l'évaluation des symptômes d'obstruction nasale et les scores maximaux de débit inspiratoire nasal pour évaluer objectivement les résultats fonctionnels.

I Revue de presse

“Brazilian butt lift” performed by board-certified Brazilian plastic surgeons: reports of an expert opinion survey

CANSANCAO AL, CONDÉ-GREEN A, GOUVEA ROSIQUE R *et al. Plast Reconstr Surg*, 2019;144:601-609.

La procédure d'augmentation fessière par injection de graisse autologue a augmenté dans le monde entier, entraînant des complications majeures. Les chirurgiens plasticiens brésiliens la pratiquent depuis plus de 30 ans. Par conséquent, les auteurs ont mené une étude auprès de chirurgiens plasticiens certifiés, membres de la société brésilienne de chirurgie plastique, pour évaluer leurs techniques, identifier leurs préférences, complications et résultats avec cette procédure et établir des recommandations. Un sondage anonyme sur le web, composé de 16 questions, a été envoyé

à 5 655 membres en juillet 2017. Un sondage supplémentaire a ensuite été envoyé pour obtenir plus d'informations sur les principales complications.

Au total, 853 réponses ont été analysées. Les pourcentages de réponses les plus élevés dans les différentes catégories étaient les suivants : décantation de la graisse, injection avec une canule de 3 mm de diamètre, utilisation d'incisions supérieures, greffe de graisse sous-cutanée uniquement et avec un volume de 200 à 399 mL de graisse par fesse. La majorité des chirurgiens ont été formés

à cette procédure pendant leur internat. Les complications les plus courantes étaient les irrégularités du contour. Le taux de mortalité estimé était de 1 cas sur 20 117 et le taux d'embolies graisseuses non mortelles de 1 sur 9 530. Le risque de décès était 16 fois plus élevé lorsque l'injection de graisse était intramusculaire.

Sur la base de cette enquête, les auteurs recommandent d'injecter de la graisse uniquement dans le plan sous-cutané, à travers des incisions supérieures, à l'aide de canules d'un diamètre égal ou supérieur à 3 mm.

Gluteal implant-associated anaplastic large cell lymphoma

MENDES J, MENDES MAYKEH VA, FRASCINO, LF *et al. Plast Reconstr Surg*, 2019;144:610-613.

Une femme de 63 ans a consulté début 2015. Elle a signalé une augmentation fessière avec des implants en silicone datant de 2006, avec une augmentation récente du volume de la fesse gauche.

L'imagerie montrait une grande quantité de liquide autour de l'implant. L'implant du côté gauche a été retiré et la capsule laissée intacte, présupposant une future réimplantation. Le liquide recueilli était positif pour *Staphylococcus aureus*.

Trois ans plus tard, elle s'est présentée avec un nouveau sérome du côté explanté et a été soumise à une capsulectomie totale et à un drainage liquidien. Le matériel a ensuite été soumis à un examen histologique. Les résultats de la culture étaient négatifs. L'anatomo-pathologie et les coupes de la capsule et des masses ont montré de grandes cellules caractérisées par des noyaux en forme de fer à cheval. L'immunohistochimie était positive pour CD30/CD4 et négative pour le lymphome kinase anaplasique (ALK-), confirmant la présence d'un lymphome anaplasique

à grandes cellules (LAGC) associé à un implant glutéal, événement non décrit dans la littérature. Une tomographie par émission de positrons/tomodensitométrie et une biopsie de la moelle osseuse ont été réalisées et aucun autre site n'a été impliqué.

Qu'il s'agisse d'un LAGC associé à un implant mammaire ou d'un LAGC associé à un implant glutéal, nous sommes maintenant confrontés à une maladie liée à l'augmentation avec implant et une nouvelle alerte internationale devrait être adressée à la communauté scientifique.

Surgical denervation of platysma bands: a novel technique in rhytidectomy

TRÉVIDIC P, CRIOLLO-LAMILLA G. *Plast Reconstr Surg*, 2019;144:798e-802e.

Les bandes platysmales visibles dans le cou sont un des premiers signes du vieillissement. Le but de cette étude était de caractériser l'efficacité et la sécurité de la dénervation du muscle platysma pour cette indication.

Les auteurs ont effectué une dénervation chirurgicale du platysma, impliquant

une section sélective de la branche cervicale réalisée simultanément avec une rhytidectomie, chez 8 patients atteints de paralysie faciale unilatérale (en tant que solution pour les bandes platysmales visibles sur le côté non affecté du visage) et chez un patient nécessitant une rhytidectomie esthétique (chirurgie bilaté-

rale). Les patients ont été suivis pendant au moins 3 mois après la chirurgie (dans certains cas, jusqu'à 21 mois). Il n'y avait pas de complications postopératoires majeures. 8 patients ont été incapables de contracter le platysma après la chirurgie, ce qui a entraîné une amélioration de l'apparence des bandes platysmales.

Breast auto-augmentation (mastopexy and lipofilling): an option for quitting breast implants

GRAF RM, CLOSS ONO MC, PACE D *et al.* *Aesthetic Plast Surg*, 2019;43:1133-1141.

L'augmentation mammaire avec implants est l'une des interventions de chirurgie plastique les plus courantes, mais présente des complications potentielles – asymétrie, déplacement de l'implant, ondulations et plis, coques, séromes tardifs, tumeurs bénignes et malignes – avec un coût financier non négligeable. La procédure d'auto-augmentation avec mastopexie et lipofilling est une deuxième option pour offrir aux patientes qui ne souhaitent pas continuer avec les implants mammaires dans les procédures secondaires.

Cette étude concerne une série de patientes qui avaient l'intention de retirer leurs implants mammaires et de bénéficier d'une procédure d'auto-augmentation avec mastopexie et lipofilling. Un total de 26 patientes (âgées en moyenne de 59,1 ans) a bénéficié de mastopexie et lipofilling après retrait des implants (coques, rupture, désir d'une petite poitrine et de ne plus avoir d'implants). Le recul moyen était de 18 mois. La quantité moyenne de lipofilling

était de 258 cm³. Aucune complication majeure n'a été observée, aucune infection, déhiscence, hématome ou sérome. Une patiente a eu un kyste de l'huile qui a été traité par résection.

La procédure d'auto-augmentation avec mastopexie et lipofilling après le retrait des implants est la meilleure option pour les patientes chez qui les implants mammaires ne sont plus désirés. Les taux de complication et de réopération sont faibles et la satisfaction de la patiente est forte.

>>> Discussion par Mitchell Brown

La procédure chirurgicale a incorporé deux techniques décrites et bien acceptées en esthétique et en chirurgie mammaire reconstructrice : auto-augmentation avec mastopexie et lipofilling. Celle-ci est basée sur le concept d'échange simultané d'implant avec la graisse autologue décrit par D. Del Vecchio. Les points forts de la procédure comprennent un dessin

de Wise modifié pour la mastopexie, une explantation et une capsulectomie, un lipofilling directement dans le muscle grand pectoral, la transposition supérieure d'un lambeau dermoglandulaire inférieur et enfin un lipofilling de l'espace sous-cutané. Le volume moyen de graisse injecté par sein était de 258 cm³.

La décision d'effectuer une capsulectomie complète systématique n'est sans doute nécessaire que dans certaines situations : infection, calcification de la capsule et rupture extracapsulaire de l'implant. Il y a aussi des femmes qui demandent aujourd'hui une capsulectomie totale, craignant de développer éventuellement un LAGC-AIM dans une capsule laissée sur place. Les auteurs ont effectué une capsulectomie chez toutes les patientes. Le maintien de la capsule sur la surface antérieure du muscle pourrait fournir une zone "protégée" dans laquelle on peut placer la graisse intramusculaire.

A review of the literature on the management of silicone implant incompatibility syndrome

FUZZARD SK, TEIXEIRA R, ZINN R. *Aesthetic Plast Surg*, 2019;43:1145-1149.

L'augmentation mammaire par des implants en silicone a été systématiquement exécutée depuis les années 1960. La littérature émergente suggère l'existence d'un syndrome clinique, le syndrome d'incompatibilité des implants en silicone (SIIS), résultant des implants en silicone. Une réaction auto-immune se développe avec des symptômes subséquents, notamment des myalgies, des arthralgies, une fatigue chronique, des troubles du sommeil et des troubles cognitifs.

Bien que l'existence d'une entité clinique soit actuellement établie dans la littérature, il n'existe actuellement aucune directive sur la gestion de ce syndrome.

49 articles concernant le SIIS ont été identifiés, avec 21 d'entre eux décrivant spécifiquement le traitement. Parmi ceux-ci, seuls 5 ont fourni des données sur les grandes cohortes, 3 fournissent des conclusions des revues de la littérature et le reste était constitué de petites

séries de cas ou de rapports de cas isolés. L'amélioration des symptômes a été obtenue par voie médicale et la gestion de la réponse immunitaire par explantation.

>>> Discussion par Dennis C. Hammond

La possibilité que les implants mammaires en gel de silicone puissent provoquer une réaction immunologique indésirable chez certaines patientes a été évoquée pour la première fois au

I Revue de presse

début des années 1990. Cela a conduit à un moratoire sur l'utilisation de ces implants. Les conclusions finales de ces travaux complets ont montré qu'il n'existait aucune preuve scientifique convaincante que les implants mammaires en gel de silicone aient entraîné une maladie immunologique chez l'homme. Cela a abouti à la réintroduction de ces dispositifs qui sont maintenant utilisés à travers le monde, à la fois en chirurgie mammaire esthétique et reconstructrice.

Des découvertes récentes ont de nouveau soulevé la question de savoir si les implants en gel de silicone ne seraient pas la cause de maladies immunologiques. Par conséquent, les femmes consultent à nouveau des médecins en

demandant que leurs implants soient retirés pour tenter de traiter une foule de symptômes présentés. Comme cela a été noté lors de la première expérience, il y a près de 30 ans, les symptômes présentés par ces patientes restent vagues et difficiles à quantifier.

Que peut-on proposer lors de la consultation de femmes symptomatiques qui demandent que leurs implants soient retirés ? D'abord, les symptômes présentés doivent être pris au sérieux et des potentiels diagnostics écartés. En l'absence de maladie identifiable, la question du retrait de l'implant devient problématique. Comme indiqué dans l'article, le but n'était pas de prouver une association entre les implants mammaires et la maladie immunitaire

symptomatique, mais plutôt d'évaluer les résultats du traitement. En effet, les résultats du retrait de l'implant jouent souvent peu à aucun rôle dans le soulagement des symptômes. Cela est encore compliqué par le fait que le simple retrait est généralement considéré comme un traitement incomplet en l'absence d'une capsulectomie complète. Celle-ci est nécessaire afin d'éliminer toute pénétration de silicone dans les tissus. Or, la capsulectomie complète nécessite une dissection supplémentaire pouvant entraîner un saignement, une formation d'hématome, une infection et une déformation, et cette morbidité supplémentaire associée au retrait des implants doit être prise en compte dans la décision thérapeutique.

Nipple-areolar complex position in female-to-male transsexuals after non-skin-excisional mastectomy: a case-control study in Japan

KAGAYA Y, SHIOKAWA I, KARASAWA H *et al.* *Aesthetic Plast Surg*, 2019;43:1195-1203.

La mastectomie est pratiquée chez un patient transsexuel femme vers homme en tant que traitement chirurgical pour faire ressembler un thorax féminin à un thorax masculin.

Cependant, aucune étude n'a examiné la position de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) après mastec-

tomie. La position de la PAM chez 41 patients transsexuels femme vers homme, avant et après mastectomie épargnant la peau, a été examinée et comparée à celle des 50 sujets témoins biologiquement masculins et d'âge correspondant à l'IMC. Les facteurs affectant la position de la PAM après l'opération ont également été examinés.

Après mastectomie épargnant la peau, la PAM chez ces patients a été positionnée beaucoup plus médiale (rapport de position horizontale de la PAM – distance inter-mamelonnaire/largeur de thorax) et plus crâniale (rapport de position verticale de la PAM – distance entre l'encoche sternale et la hauteur du mamelon/distance entre l'encoche sternale et l'ombilic).

A modified dorsal split preservation technique for nasal humps with minor bony component: a preliminary report

ROBOTTI E, CHAUKE-MALINGA NY, LEONE F. *Aesthetic Plast Surg*, 2019;43:1257-1268.

Dans les cas d'une bosse nasale avec courte composante osseuse, les lignes dorsales esthétiques idéales peuvent être préservées et affinées par séparation osseuse des cartilages latéraux supérieurs du T septal, résection d'une bandelette septale et suture finale du dos cartilagineux après enfoncement. La coiffe osseuse est gérée par ostéoplastie

uniquement, avec ou sans rétrécissement des ostéotomies, et les déviations septales peuvent être corrigées de manière concomitante.

Une nouvelle technique d'enfoncement cartilagineux dorsal illustre l'importance de préserver l'intégrité de l'anatomie du T septal et de l'élasticité de la jonction

trapézoïdale. La perturbation de la zone clé est lourde de complications potentielles qui mènent souvent à une chirurgie de révision. La technique de conservation dorsale avec l'enfoncement limité aux composants du T septal du dorsum cartilagineux combine le concept de séparation des composants avec la préservation de l'anatomie de la voûte moyenne.

The injection for the lower eyelid retraction: a mechanical analysis of the lifting effect of the hyaluronic acid

Xi W, HAN S, FENG S *et al. Aesthetic Plast Surg*, 2019;43:1310-1317.

L'injection d'acide hyaluronique (AH) dans la paupière inférieure pourrait améliorer sa rétraction. Le but de cet article était de proposer une explication possible du mécanisme sous-jacent du traitement et ensuite vérifier la méthode par une série de cas.

Les auteurs ont injecté sous l'orbiculaire pour corriger la rétraction de la paupière inférieure. L'amélioration moyenne de la distance réflexe marginale était de 0,84 mm immédiatement après l'injection et de 1,19 mm 9 mois plus tard. L'injection d'AH sous le mus-

cle orbiculaire agit comme un soulèvement, change l'équilibre de la force de la paupière inférieure, l'obligeant à se déplacer vers le haut pour gagner le nouvel équilibre. Le mécanisme de "levage" pourrait être applicable à d'autres injections au visage.

Differences in human leukocyte antigen expression between breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma patients and the general population

TEVIS SE, HUNT KK, MIRANDA RN *et al. Aesthet Surg J*, 2019;39:1065-1070.

Le lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM) est un lymphome à cellules T. Des polymorphismes de l'antigène des leucocytes humains (HLA) ont été décrits avec d'autres formes de lymphome, mais ne l'ont pas été pour le LAGC-AIM.

13 patientes ayant subi des tests LAGC-AIM et HLA ont été identifiées de 2017 à 2018. Les patientes portaient 10, 11 et 9 allèles HLA-A, HLA-B et HLA-C, respectivement. Il y avait 8 allèles DRB1 et 5 allèles DQB1 chez les patientes atteintes de LAGC-AIM. L'allèle A*26 est retrouvé signi-

ficativement plus chez les patientes qui développent le LAGC-AIM que dans la population générale. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour élucider si ces allèles sont prédictifs pour LAGC-AIM chez les femmes portant des implants mammaires à surface texturée.

A step forward toward the understanding of the long-term pathogenesis of double capsule formation in macrotextured implants: a prospective histological analysis

GLICKSMAN CA, DANINO MA, EFANOV JI *et al. Aesthet Surg J*, 2019;39:1191-1199.

Découverte souvent fortuite lors du changement d'implants, les doubles coques sont fréquemment associées aux implants macrotexturés. Plusieurs mécanismes ont été proposés, y compris le cisaillement qui pourrait provoquer un délaminage de la coque en une double coque.

Cette étude visait à confirmer l'hypothèse selon laquelle des forces mécaniques sont impliquées dans la formation des doubles coques par une analyse histologique. Une étude prospective sur 2 ans d'implants retirés avec des doubles coques a été réalisée. Les données collectées lors de la chirurgie comprenaient la classification de Baker, le motif de l'explantation, le fabricant et le style de l'implant, ainsi que la présence d'un sérome associé à la coque. Les échantillons ont

été envoyés pour analyse histologique en utilisant les techniques de coloration à l'hématoxyline et à l'éosine, et à l'actine dans les muscles lisses.

Comprendre la pathogénie des doubles coques peut permettre aux chirurgiens plasticiens d'affiner leurs indications pour les implants macrotexturés, tout en fournissant aux patientes des conseils pour éviter les activités qui produisent des forces de cisaillement. Les résultats soutiennent l'hypothèse que les forces de cisaillement délaminent la coque en 2 coques distinctes.

>>> Discussion par Elizabeth J. Hall-Findlay et Genevieve Dostaler

L'article sur la preuve histologique de la formation des doubles coques des

implants mammaires macrotexturés est intéressant mais pas convaincant. Cela n'a aucun sens pour nous de démontrer que la capsule, qui se développe normalement autour d'un implant mammaire, pourrait se diviser comme les pages d'un livre. Tout chirurgien qui a réalisé une capsulectomie sait qu'il serait extrêmement difficile de la scinder en deux couches interne et externe. Il est plus logique pour nous d'imaginer que les doubles coques sont secondaires à un sérome. Les cellules présentes dans un sérome forment à la surface de l'implant texturé un film, un peu comme les bactéries quand elles créent un biofilm. Ce phénomène est retrouvé dans le syndrome de Morel-Lavallée lors d'une abdominoplastie ou d'un décollement du grand dorsal.

GAMMES

CICATRISANTES

BIO-ACTIVES



EFFICACITÉ
PROUVÉE^{1,2}

SÉCURITÉ
DÉMONTRÉE^{1,2}



CONCEPTION & PRODUCTION
FRANÇAISES

1. Étude KSC - ALG - M - 94.03.01.

2. Étude COALGAN RD043 - 1982.

ALGOSTÉRIL et COALGAN sont destinés à l'hémostase et à la cicatrisation. Remboursement LPP sous nom de marque avec un prix limite de vente, respectivement pour les indications : Traitement séquentiel des plaies chroniques en phase de détersion, plaies très exsudatives et traitement des plaies hémorragiques ; Épistaxis et autres saignements cutanés et muqueux chez les patients présentant des troubles de l'hémostase congénitaux ou acquis. ALGOSTÉRIL mèche ronde et COALGAN-H sont non remboursés.

ALGOSTÉRIL et COALGAN sont des dispositifs médicaux, respectivement de classes III et IIb, CE 0459. Toujours lire les notices avant utilisation.

ALGOSTÉRIL et COALGAN sont :

- Développés et fabriqués en France par BROTHIER. 📍 Siège social : 41 rue de Neuilly, 92000 Nanterre.
- Distribués par ALLOGA FRANCE. Tél. : 02 41 33 73 33.

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



LABORATOIRES
BROTHIER

SERVICE CLIENTS

info@brothier.com

0 800 355 153

Service & appel
gratuits