



**Bénéfices du savoir-faire chirurgical
dans la pratique des injections de la médecine esthétique**

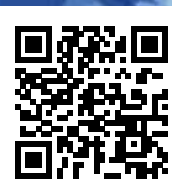
Traitement des dyschromies dentaires en fonction de leur cause

Technique d'injection d'acide hyaluronique des lèvres buccales

Diffamation ou opinions négatives : quand et comment réagir ?

Cure de béance vulvo-vaginale après grossesse

Première revue de presse de l'année



COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr J.-B. Andreoletti, Dr B. Ascher,
Dr M. Atlan, Pr E. Bey, Dr S. Cartier,
Pr D. Casanova, Pr V. Darsonval,
Dr E. Delay, Dr S. De Mortillet,
Dr P. Duhamel, Pr F. Duteille, Dr A. Fitoussi,
Dr J.-L. Foyatier, Pr W. Hu, Dr F. Kolb,
Dr D. Labbé, Pr L. Lantieri, Dr C. Le Louarn,
Dr Ph. Levan, Dr P. Leyder, Pr G. Magalon,
Dr D. Marchac†, Pr V. Martinot-Duquennoy,
Pr J.-P. Méningaud, Dr B. Mole, Dr J.-F. Pascal,
Dr M. Schoofs, Pr E. Simon,
Pr M.-P. Vazquez, Pr A. Wilk, Dr G. Zakine

COMITÉ DE LECTURE/RÉDACTION

Dr R. Abs, Dr C. Baptista, Dr A. Bonte,
Dr P. Burnier, Dr J. Fernandez, Dr C. Herlin,
Dr S. La Padula, Dr W. Noël, Dr Q. Qassemyar,
Dr B. Sarfati, Dr S. Smarrito

RÉDACTEURS EN CHEF

Dr B. Hersant, Dr J. Niddam

ILLUSTRATION MÉDICALE

Dr W. Noël

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

RÉALITÉS EN CHIRURGIE PLASTIQUE

est édité par Performances Médicales
91, avenue de la République
75540 Paris Cedex 11
Tél. 01 47 00 67 14, Fax : 01 47 00 69 99
E-mail : info@performances-medicales.com

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

M. Anglade, M. Meissel

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

D. Plaisance

IMPRIMERIE

Impression : bialec
23, allée des Grands-Pâquis
54180 Heillecourt
Commission paritaire : 0522 T 91811
ISSN : 2268-3003
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2020

Sommaire

Janvier 2020

n° 35



ESTHÉTIQUE

- 3** Bénéfices du savoir-faire chirurgical dans la pratique des injections de la médecine esthétique
R. Selinger

FACE

- 9** Traitement des dyschromies dentaires en fonction de leur cause
V. Bracciolini, T. Pajot, J.-P. Meningaud

RECONSTRUCTION

- 13** Cure de béance vulvo-vaginale après grossesse par la technique de colpopérinéorraphie postérieure
D. Sawan, J.-P. Meningaud, B. Hersant

FACE

- 17** Technique d'injection d'acide hyaluronique des lèvres buccales
A. Vairinho

PRATIQUE PROFESSIONNELLE

- 21** Diffamation ou opinions négatives : quand et comment réagir ?
Le point de vue de l'avocat
L. Fayon

REVUE DE PRESSE

- 26** Première revue de presse de l'année
R. Abs

Un bulletin d'abonnement est en page 25.

Image de couverture : W. Noël.

Esthétique

Bénéfices du savoir-faire chirurgical dans la pratique des injections de la médecine esthétique

RÉSUMÉ : La pratique des injections de la médecine esthétique a pris un essor considérable : augmentation d'année en année du nombre d'actes, développement de l'industrie des produits injectables et multiplication des formations et de formateurs (souvent désignés par les fabricants dans le cadre de leurs campagnes) visant le plus souvent à fournir aux jeunes praticiens des modes d'emploi, selon des approches et des philosophies plus ou moins disparates.

Cet article, au contraire, ne donne aucune "recette" sur les sites et les quantités à injecter. L'essentiel est de préparer le geste en visualisant mentalement ce que l'on veut obtenir, puis de l'effectuer avec la meilleure technique possible. La maîtrise technique et conceptuelle en médecine esthétique doit pouvoir directement bénéficier de l'expérience du chirurgien, l'analyse de sa gestuelle et la mise en application de certains principes de sa pratique.



R. SELINGER
Chirurgien plasticien et esthétique, PARIS.

L'observation, lors de divers ateliers de formation, de médecins désirant apprendre à pratiquer les injections d'acide hyaluronique, m'a mené à la réflexion suivante : tenir et utiliser une seringue, chose qui semble si naturelle pour le chirurgien plasticien, n'est en fait pas du tout une chose évidente ! Non pas qu'un non-chirurgien ne possède pas de temps en temps une remarquable dextérité naturelle et/ou une particulière aptitude à la vision dans l'espace, mais pour peu que le débutant en la matière n'ait ni ces talents ni l'expérience du chirurgien, un véritable apprentissage de la gestuelle est nécessaire.

En chirurgie, les qualités de gestuelle sont le fruit d'une longue pratique et, dans cet article, je me propose d'analyser dans les détails en quoi notre savoir-faire de chirurgien peut bénéficier à la pratique de la médecine esthétique et son enseignement [1]. Lorsque j'aborde

ce sujet au cours de conférences d'enseignement, je préviens l'auditoire que je ne donnerai aucune "recette" sur les sites et les quantités à injecter [2]. Pendant les démonstrations *live*, je mets à l'aise mes auditeurs : *"Peu importe que vous soyez d'accord sur ma manière de faire et surtout retenez ceci : avant d'injecter, ayez une idée précise et une bonne visualisation dans l'espace de ce que vous voulez obtenir, puis faites-le avec la meilleure technique possible."*

Implications de la gestuelle du chirurgien dans sa pratique de la médecine esthétique

Différents aspects de notre gestuelle de chirurgien seront analysés. Nous mettrons en évidence des correspondances d'approche et des équivalences de gestes dans notre façon de pratiquer la chirurgie et la médecine esthétique. Ces éléments seront ensuite l'objet d'une réflexion :

Esthétique

comment la pratique des injections esthétiques pourrait-elle au mieux bénéficier de l'expérience des chirurgiens.

1. Geste de l'art et art du geste

Médecine ou chirurgie esthétique ont avec l'art des points communs [3], engageant des qualités telles qu'un regard artistique, une sensibilité artistique, le langage des formes et une compréhension des équilibres et rythmes du corps humain [4], ainsi qu'une bonne visualisation dans l'espace. Savoir dessiner (du moins en avoir quelques bases) constitue un avantage certain.

>>> Talent et apprentissage

Sans prétendre être des artistes, les chirurgiens ont cependant avec ces derniers un point commun et non des moindres : un long travail d'apprentissage et de maîtrise du geste sans lequel les talents ne peuvent s'optimiser. Transmission de "l'art" de nos maîtres, rigueur et discipline, rituels et réflexes, dextérité de gestes répétés des milliers de fois, l'apprentissage des techniques opératoires devient comme celui des partitions pour le musicien qui agrandit son répertoire. La créativité est comme l'art de la composition ou parfois de l'improvisation, dans le respect rigoureux d'une ligne harmonique.

>>> Dépassement de la technique

Ce long travail doit aboutir avec le temps à une phase optimale de dépassement de la technique, quand celle-ci sera devenue une seconde nature. En effet, ce n'est que lorsque l'esprit n'est plus absorbé par des difficultés techniques que la pensée créatrice peut s'exprimer librement.

>>> Dessiner

Si l'on prend l'exemple de la rhinoplastie, dessiner sur un calque le futur profil permet d'exprimer précisément l'idée de ce que l'on veut obtenir (**fig. 1A et B**). Un projet précis et une exécution

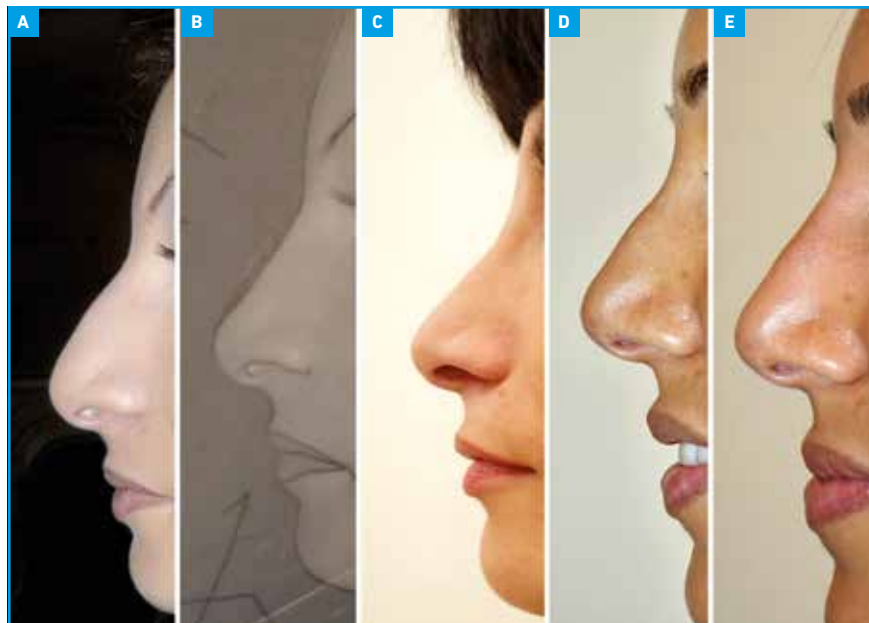


Fig. 1 : Savoir dessiner sur la peau ou, en cas de rhinoplastie, sur un calque le projet d'un nouveau profil (**A, B**) permet de limiter l'aléa morphologique (**C**). Savoir visualiser dans 2 ou 3 dimensions le résultat que l'on veut obtenir, base de la chirurgie plastique, trouve aussi son application dans les remodelages volumétriques, comme dans ce cas de rhino-modelage d'addition d'acide hyaluronique dans l'angle nasofrontal (**D, E**).

précise permettent de minimiser les aléas du résultat postopératoire (**fig. 1C**) : déjà qu'il ne s'agit pas d'une science exacte, dans quelle incertitude s'engouffrer en l'absence d'un projet précis matérialisé par un dessin ?

Le dessin au crayon sera préféré au logiciel : plus qu'un dessin – et à l'inverse des morphings synthétiques –, c'est une véritable analyse, surtout du futur profil : chaque étage de la bosse, la pointe, les angles nasofrontal et nasolabial, en montrant sur une même vue ce qu'on doit enlever (ou parfois ajouter) et ce qui doit rester... C'est aussi autour de ce dessin que le patient peut émettre ses désirs, se confronter aux propositions du chirurgien puis donner son accord à ce qui s'apparente plus à une obligation de moyens que la prétendue précision d'une image de synthèse proposée par l'ordinateur. Enfin, aux yeux du patient, le crayon manié par le futur opérateur s'apparente davantage au bistouri.

Une dernière remarque, la rhinoplastie chirurgicale associée à la fois des pro-

cédés d'addition et de soustraction. Le "rhino-modelage médical", simple procédé d'addition purement volumateur, est un outil incomparablement plus rustique (**fig. 1D et E**) (c'est pourquoi je réserverais le terme de rhinoplastie à la seule chirurgie esthétique du nez!).

>>> Visualisation mentale

Comme pour la rhinoplastie, pour laquelle le dessin aide à matérialiser une visualisation du futur nez, toute la chirurgie plastique repose sur une visualisation mentale du futur résultat. De même, on ne peut concevoir d'entreprendre des modifications du visage par des injections volumatrices ou de comblement sans cette visualisation mentale préalable du résultat que l'on veut obtenir. La chirurgie nous ayant rendus familiers aux différents plans anatomiques, au travail sur les surfaces et les profondeurs et au *feed-back* de nos erreurs, elle est une excellente école (en dehors des prédispositions individuelles) de visualisation dans l'espace (3D).

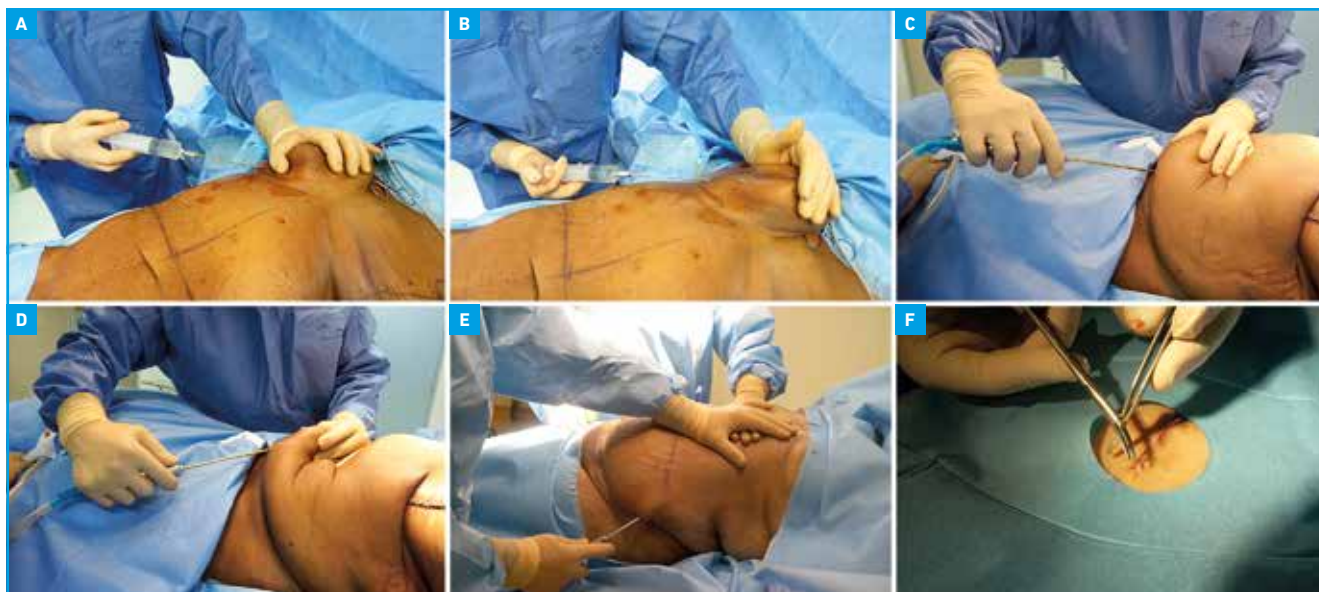


Fig. 2 : Manier des canules et seringues de toutes sortes est le quotidien du chirurgien plasticien : infiltration de solutions adrénalinées, xylocaïnées (A, B), liposuctions (C, D), impliquant une vision constante dans l'espace (différents point cibles, angles d'attaque, profondeurs...). La main gauche ou non-dominante est "l'œil de la liposuction", permettant de repérer la position et la profondeur exacte de l'extrémité de la canule. Ici, apprentissage sensoriel par l'interne plasticien (E). Quand un instrument touche l'autre, le tremblement d'une main annule celui de l'autre (F).

>>> Vecteur et point cible

La chirurgie est pourvoyeuse de deux ordres de gestes similaires à ceux de l'injection médicale. Ce sont d'abord les infiltrations d'anesthésie locale et/ou de solutions adrénalinées qui précèdent la plupart des opérations de chirurgie plastique afin d'éviter les saignements (**fig. 2A et B**), et en second lieu les gestes de la liposuction (**fig. 2C et D**) qui d'ailleurs est toujours précédée d'une grande infiltration. Tous ces gestes imposent une appréciation de la profondeur des plans anatomiques, de la quantité et de l'homogénéité de l'injection ou de l'action effectuée.

Ces gestes, qui appartiennent à sa pratique quotidienne, développent chez le chirurgien une faculté de visualisation dans l'espace des trajets effectués sous la peau, leur profondeur et leur direction vers un point ou un plan cible. Or, dans les injections d'acide hyaluronique, il est essentiel de visualiser le lieu et la profondeur d'un point cible ainsi que le trajet de l'aiguille, pouvant être celui d'une injection rétro-traçante par exemple (**fig. 3**).

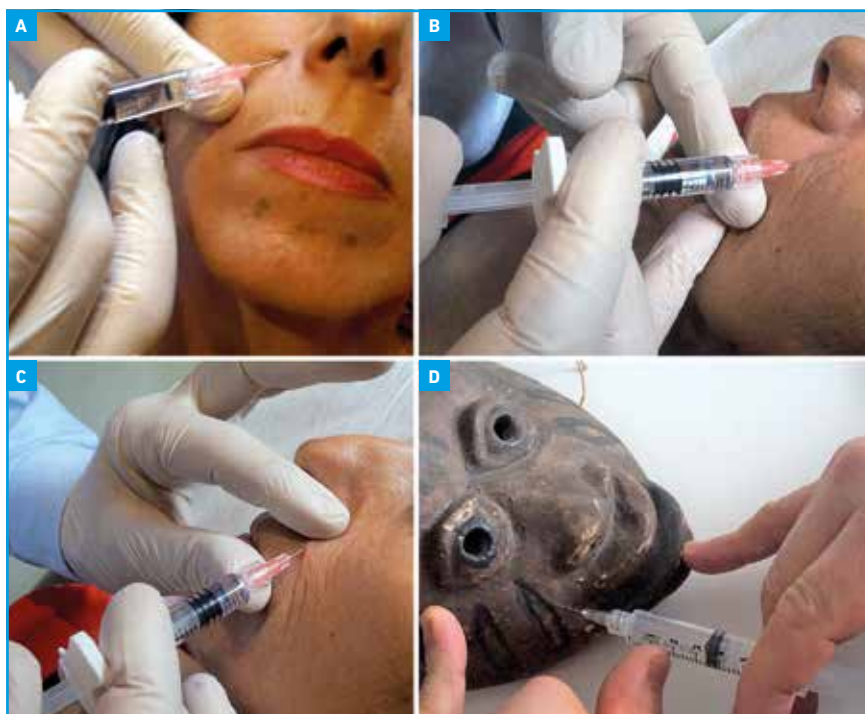


Fig. 3 : Quand il manie les seringues d'acide hyaluronique, le chirurgien garde des réflexes de sa pratique : tourner la tête de la patiente pour faciliter l'injection à droite ou à gauche (A, B), utilisation de toutes les parties non occupées des deux mains, autres doigts, etc. comme supports sur des zones du visage qui s'y prêtent et/ou comme contact possible entre les deux mains anti-tremblement (B, C). Ici aussi, il faut visualiser des points cibles et des vecteurs de profondeurs différentes (B, C). Index gauche, œil de l'injection (C). Simulation sur un masque (D) : points d'appui auriculaires droits et gauches, contact anti-tremblement pouce gauche seringue droite.

Esthétique

>>> Toucher et sentir

Dans l'exemple de la liposuction, on dit que *“la main gauche est l'œil de la liposuction”* (fig. 2E). En effet, c'est la main non-dominante, posée sur la peau ou la rassemblant au-dessus de la canule, qui va sentir à tout moment la profondeur de la pointe de la canule ainsi que l'épaisseur du tissu graisseux, sa réduction progressive d'épaisseur et sa régularité, permettant aussi de décider de la fin du procédé et de passer à une autre zone.

Quoi de plus naturel pour un chirurgien d'utiliser aussi *“l'index gauche – œil de l'injection”*, posé sur la peau (du sillon nasogénien par exemple) pour sentir le produit injecté le long de son trajet, son épaisseur, sa régularité, sentir également le lieu de raccord entre un ancien et un nouveau trajet (fig. 3C).

2. Synchronisations, enchaînements et indépendance des mouvements

Une opération est comme une chorégraphie ou une orchestration de gestes qu'on pourrait appeler *“polyphonique”* dans laquelle, parallèlement, différents mouvements se répondent en *“accord parfait”* : ceux de chaque main et ceux de chaque doigt, à la fois indépendants et synchronisés.

Si l'on prend l'exemple de l'incision péri-aréolaire, une technique qui permet d'inciser toute la circonférence d'un seul geste : la main gauche tient le sein, la main droite tient le bistouri et exerce un mouvement d'incision circulaire horaire. Durant le déroulement de ce mouvement :
– la main gauche exerce une contre-rotation antihoraire du sein : rôle de maintien et d'orientation ;
– les doigts de la main droite font progressivement basculer le bistouri : le manche s'éloigne de la paume par une extension progressive de l'auriculaire, pendant que la lame s'en rapproche par une flexion de la pince pouce-index. Ainsi, la lame est à tout moment dans la bonne position d'incision (fig. 4A et B).



Fig. 4 : Synchronisation de trois mouvements différents. Dans l'incision péri-aréolaire des plasties mammaires (A, B) : la main droite incise dans un mouvement horaire, la gauche tourne le sein antihorairement, pendant que le manche du bistouri s'éloigne progressivement de la paume par un mouvement pivot des doigts droits. Durant cette injection de l'hémi-lèvre supérieure droite (C) : la main droite effectue un mouvement rétro-traçant vers le bas pendant que le pouce droit pousse le piston et que la main gauche effectue un mouvement opposé de traction de la lèvre vers le haut.

L'habitude d'une indépendance des mains et des doigts et l'acquisition d'une facilité à exercer parallèlement plusieurs mouvements indépendants confèrent au chirurgien une prédisposition toute naturelle à appliquer le même mode de fonctionnement à sa pratique des injections de la médecine esthétique. Dans l'exemple de l'injection volumatrice (acide hyaluronique) de la bouche, le chirurgien combine trois mouvements simultanés : pendant que le pouce droit pousse le piston, la main droite tire progressivement la seringue (mouvement rétro-traçant) et la main gauche tire la lèvre dans le sens opposé à la seringue au fur et à mesure de l'injection (fig. 4C).

>>> Installation et position

Ce point est essentiel. Le geste est grandement facilité par une installation confortable et un positionnement optimal. Cette notion fait partie intégrante de l'enseignement de la chirurgie et accompagne en permanence notre pratique, jusqu'à devenir une seconde nature.

Si l'on prend l'exemple de la rhinoplastie, le chirurgien est installé à

droite du patient afin d'être *“à sa main”* pour un chirurgien droitier, la tête du patient doit être libre d'être mobilisée, tournée à droite ou à gauche selon la narine que l'on est en train d'aborder. Ne pas hésiter à mobiliser la tête du patient, tel était l'enseignement de nos maîtres, car ce n'était pas chose évidente d'emblée. C'est donc tout naturellement que le chirurgien mobilise la tête du patient à droite ou à gauche selon le sillon à injecter (fig. 3A et B). Il est important également de décider de quel côté se placer par rapport au patient selon la zone à injecter : à sa droite, à sa gauche, en arrière... Tout cela pour rendre le geste plus facile.

>>> Tenue de l'instrument : droit ou revers

La chirurgie nous apprend qu'il n'y a pas qu'une seule manière de tenir un instrument : porte-aiguille en coup droit ou revers, canule dirigée en épée ou en poignard. Le chirurgien tiendra tout naturellement la seringue de différentes manières, facilitant différentes directions d'injection (fig. 5). Le piston peut être, selon les cas, actionné par le pouce

ou le talon du pouce (éminence thénar) et, dans le cas du pouce, la seringue peut être dirigée en avant (classique) ou vers le talon de la main (en poignard).

>>> Directions croisées

Comme dans la liposuction, des trajets croisés peuvent être utiles. Dans la liposuction, la réalisation d'une "trame" de trajets de canule venant de directions différentes facilite parfois l'extraction graisseuse, quantitativement et qualitativement. Les injections volumétriques peuvent également bénéficier de superpositions de produit déposé dans des directions différentes, un trajet servant de support à l'autre, comme par exemple dans les régions commissurales de la bouche.

>>> Mouvements parasites : stabiliser, supprimer les tremblements

Utiliser des points d'appui fait partie intégrante de la pratique de la chirurgie. Par exemple, appuyer son poignet ou une partie de la main pendant que les doigts travaillent. Cela s'applique en médecine esthétique (*fig. 3*), le cinquième doigt prenant appui sur un point du visage du patient est un excellent moyen de stabiliser la main qui injecte.

La main controlatérale (ou un de ses doigts) peut également aider à remplir cette fonction, mais avec un double rôle, celui aussi d'annuler le tremblement. En effet, il faut considérer que les

tremblements des deux mains ne sont pas en phase, donc la mise en contact d'une main avec l'autre – ou de deux instruments tenus chacun par une main – fait que le tremblement d'une main annule celui de l'autre, que les deux tremblements s'entre-annulent. C'est ce que nous enseigne la pratique de la microchirurgie : le tremblement naturel est tellement ample par rapport aux dimensions des éléments à anastomoser – artères digitales, nerfs collatéraux – que, parfois, seul le contact de l'instrument controlatéral permet au porte-aiguille la précision nécessaire (*fig. 2F*). C'est dans le but d'une plus grande précision, sans tremblements, que le contact d'un doigt controlatéral avec la seringue qui injecte peut être très utile (*fig. 3B, C et D*).

>>> Injecter en mouvement

Il faut éviter les artères mais pas d'artériophobie ! Les rares cas de nécrose régionale par injection dans un tronc artériel ont à juste titre suscité de nombreux débats parmi les injecteurs, chirurgiens ou non-chirurgiens : zones dangereuses, canule plutôt qu'aiguille, profondeur de l'injection... Les plus "artériophobes" se situent plutôt parmi les non-chirurgiens, parmi lesquels on a vu tel formateur "intégriste de la canule" n'utilisant l'aiguille que pour des injections tellement superficielles que la moitié du produit sortait par les pores de la peau !

Tout en restant prudents dans certaines régions anatomiques, comme la profon-

deur de l'aile nasale ou des rides inter-sourcilières, l'utilisation de l'aiguille est possible partout et offre l'avantage de la facilité et de la précision (maîtrise que l'excès de souplesse des canules peut perturber). Il existe une façon relativement sûre d'injecter à l'aiguille, directement calquée sur le mode d'infiltration préopératoire de solution xylocaïnée et/ou adrénalinée que nous effectuons avant les opérations de chirurgie plastique, parmi lesquelles les infiltrations avant liposuctions se distinguent par l'importance des quantités injectées. Dans toutes ces infiltrations, il est inconcevable de vérifier l'absence de traversée artérielle en aspirant chaque millimètre avant injection !

Le principe de base est d'injecter toujours en mouvement (en principe rétro-traçant), partant de l'idée qu'une aiguille traversant une artère en ressortirait aussitôt. C'est pourquoi le chirurgien n'aime pas le bolus, outre le fait que le remodelage des volumes signifie rarement de gonfler un seul point mais plutôt une répartition progressive, continue et nuancée. Il semble que l'idée de bolus ait été inventée pour simplifier l'enseignement des injections, mais elle est plutôt contre-nature chez le chirurgien pour les deux raisons que l'on vient d'énoncer.

>>> Le bon sens mécaniste chirurgical

Il aura pour rôle l'incrédulité à l'égard d'idées que font circuler certains "illusionnistes" parmi les formateurs de



Fig. 5 : Tous les gestes d'injections esthétiques utilisent de véritables réflexes de positionnement ergonomique acquis lors des infiltrations préopératoires (de solution adrénalinée et/ou xylocaïnée), de changer ou inverser la position de la main qui appuie sur le piston ou qui manie la canule : pouce, pouce en revers ou talon de la main.

■ Esthétique

POINTS FORTS

- Cet article ne donne aucune “recette” sur les sites et les quantités à injecter.
- L'essentiel est de préparer le geste en visualisant mentalement ce que l'on veut obtenir, puis de l'effectuer avec la meilleure technique possible.
- La maîtrise technique et conceptuelle en médecine esthétique doit pouvoir directement bénéficier de l'expérience du chirurgien, l'analyse de sa gestuelle et la mise en application de certains principes de sa pratique.

certaines de nos fabricants d'acide hyaluronique. Ainsi, la notion de “lifter une zone par l'injection” : tout d'abord le prétendu effet liftant de l'injection sur peau tirée en haut et en arrière (au niveau de la pommette par exemple), comme si l'injection avait pour effet de “punaiser” la peau. Non, l'effet punaise n'existe pas, à moins d'y laisser l'aiguille plantée à demeure !

Par ailleurs, une autre pratique repose sur un raisonnement erroné : remplir la pommette pour déplisser la région du sillon nasogénien. Certes, la marque de la vallée nasogénienne peut être aggravée par la présence d'une “vague” cutanée sus-jacente, que l'on peut identifier comme une ptôse cutanée jugale. Vouloir traiter la ptôse par le seul

remplissage est comme vouloir traiter la ptôse mammaire par la mise en place d'une prothèse mammaire : il faudrait alors un grand volume pour favoriser une projection-ascension du mamelon par “effet balançoire” (on pousse l'enfant beaucoup pour qu'il monte un peu !). C'est ce type de raisonnement erroné qui a pour conséquence certains des visages bouffis que nous déplorons [5, 6] !

Le bon sens nous commande plutôt de remplir le sillon quand il est creusé, remplir la zone sus-jacente si elle est creuse (mais pas plus qu'il n'en faut). Dans tous les cas, il faut rester modeste dans l'ambition de traiter médicalement le vieillissement du visage : il faut accepter des améliorations limitées et modérées, là où un lifting chirurgical serait plutôt indiqué.

■ Conclusion

La maîtrise technique et conceptuelle en médecine esthétique doit pouvoir directement bénéficier de l'expérience du chirurgien, l'analyse de sa gestuelle et la mise en application de certains principes de sa pratique. L'essentiel avant toute injection comblante ou volumatrice est de préparer le geste en visualisant mentalement ce que l'on veut obtenir, puis de l'effectuer avec la meilleure technique possible. Enfin, on sait l'effet antalgique d'un geste sûr et maîtrisé, appréciable pour nos patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mitz V. *Chirurgie esthétique, pour ou contre* ! Flammarion, 2018.
2. SELINGER R. Les volumateurs résorbables. *Actualités en Chirurgie Reconstructrice et Esthétique*, 2010.
3. SELINGER R. Aux frontières de l'art. *Réalités en Chirurgie Plastique*, 2017;21:1-3.
4. DJOUDI J. La beauté est-elle programmée ? Rapport SOFCEP *Chirurgiens dans un monde qui opère l'image*, 2011:119-124.
5. ECCO U. *Histoire de la laideur*. Flammarion, 2007.
6. SELINGER R. Les résections volumatrices. *Actualités en Chirurgie Reconstructrice et Esthétique*, 2010.

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

Face

Traitement des dyschromies dentaires en fonction de leur cause

RÉSUMÉ : La dyschromie dentaire est définie par une altération de la couleur de la dent. La blancheur des dents est un critère de beauté primordial du sourire et du visage et reflète une bonne hygiène buccale, signe d'une appartenance à un niveau socio-économique favorable.

Les dyschromies dentaires peuvent être soit primitives, soit secondaires aux différents traitements à effectuer au niveau de la cavité orale comme la chirurgie orthognatique, les blocages maxillo-mandibulaires, la radiothérapie en oncologie tête et cou ou, plus fréquemment, les nombreux bains de bouche. Le chirurgien plasticien et maxillo-facial doit donc être informé et éduqué à la prise en charge d'un tel symptôme à une époque où les techniques de blanchiment dentaire sont en pleine expansion et admises par la société.

Le but de ce travail était d'analyser les différentes techniques de traitement des dyschromies dentaires en fonction de leur cause, afin de pouvoir informer et adresser les patients vers les professionnels du blanchiment dentaire les plus adéquats.



**V. BRACCIOLINI, T. PAJOT,
J.-P. MENINGAUD**

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

Étiologies des dyschromies

On distingue les dyschromies extrinsèques, causées par des agents externes et affectant la surface amélaire de la dent, des dyschromies intrinsèques, qui sont liées à une altération du complexe organo-minéral et donc de la structure chimique de la dent.

Trois sous-classes de dyschromie extrinsèque sont décrites :

- le type 1 quand le colorant se lie à la surface de la dent (thé, café, vin, métaux, bactéries) ;
- le type 2, qui est une évolution du type 1, lorsque la coloration se modifie de manière significative avec le temps ;
- le type 3 quand des agents à haute concentration en hydrate de carbone se lient à la dent (fluorures, chlorhexidine).

On retrouve parmi les causes de dyschromie intrinsèque les maladies génétiques (amélogénèse et dentinogénèse impar-

faites), les maladies congénitales et les colorations pré et postnatales (tétracycline, fluorose, traumatisme dentaire, traitements dentaires, troubles endocriniens, radiothérapie).

Traitement des dyschromies sans étiologies spécifiques (dyschromie extrinsèque)

Les 2 types de gels utilisés par les chirurgiens-dentistes pour traiter ce type de dyschromies sont composés soit d'un principe actif puissant de type peroxyde d'hydrogène (HP), soit d'un principe actif moins corrosif de type peroxyde de carbamide (CP) en application topique. La complication la plus fréquemment rencontrée est une augmentation de la sensibilité dentaire ou gingivale. Le traitement se déroule, en fonction du produit utilisé, en une seule ou plusieurs séances de plus ou moins longue durée d'application, en cabinet ou à domicile.

Face



Gouttières sur mesure pour l'application des gels de HP ou CP.

1. Gel de peroxyde d'hydrogène

Selon les études, il faut préférer plusieurs applications de 15 minutes du gel blanchissant 35 % HP plutôt qu'une seule application prolongée, cette méthode est plus efficace sur le blanchiment et cause moins de sensibilité dentaire [1, 2].

Plusieurs études évaluent l'utilisation de gel à base de HP à bas dosage (entre 6 et 10 %) et de façon prolongée (de 8 jours à 6 semaines) [3-5] : le traitement est bien toléré et montre des résultats satisfaisants, soit pour les applications de strips, soit pour l'application d'une gouttière [6].

Pour prévenir le risque de sensibilité dentaire, l'utilisation du gluconate de calcium montre une bonne efficacité [7].

2. Gel de peroxyde de carbamide

L'efficacité du traitement par gel de CP a été démontrée, il présente également une augmentation de la sensibilité dentaire comme effet secondaire principal [8]. Le dosage qui permet une amélioration du blanchiment dentaire avec une bonne tolérance est entre 10 et 16 % [9]. En augmentant le dosage jusqu'à 20 %, on

obtient seulement un taux de sensibilité dentaire plus important sans bénéfices sur le blanchiment [10].

En ce qui concerne la durée d'application du gel 10 % CP, une étude a mis en évidence des résultats positifs plus rapides pour une durée d'application de 8 heures par jour mais avec un taux d'incidence plus élevé de sensibilité dentaire. L'utilisation du même produit pendant 1 heure par jour permet l'obtention de résultats similaires avec un taux de sensibilité dentaire significativement moins important [11].

3. Comparaison des 2 techniques

Les études comparant l'utilisation des deux gels [12-14] ne montrent pas de différence concernant le blanchiment ou la sensibilité dentaire.

Traitement des dyschromies de type fluorose (dyschromie intrinsèque)

Plusieurs techniques répondent au traitement d'une dyschromie infiltrante de l'organe dentaire. Elles correspondent à un traitement plus abrasif.

Plusieurs possibilités peuvent être envisagées pour le traitement des dyschromies de type fluorose : la micro-abrasion de l'émail dentaire qui montre un meilleur résultat si elle est associée à une séance de blanchiment au cabinet par du gel 38 % HP [15], la solution McInnes seule (1 mL de gel 36 % HCl, 1 mL de gel 30 % HP, 0,2 mL d'éther diéthylique) [16] ou les techniques non abrasives seules. L'utilisation du gel 35 % HP dans la prise en charge des dents fluorées montre une efficacité chez les patients ayant des fluoroses très légères à légères à 6 mois [17]. Le meilleur traitement pour les fluoroses modérées correspond à l'association de gel 30 % HP et 15 % CP [18].

Chez les enfants, il est toujours préférable d'utiliser des techniques non abrasives [19].

Traitement des dyschromies de type tache de tétracyclines (dyschromie intrinsèque)

La prise en charge des dyschromies secondaires aux tétracyclines est possible et efficace par du gel 6,5 % HP [20] et de façon moins efficace par du gel 10 % CP [21]. Les deux montrent une amélioration significative de la dyschromie liée aux taches de tétracyclines.

Discussion

Pour les dyschromies extrinsèques, les traitements par HP et CP ont une efficacité similaire. Il y a un effet dose pour les deux sur la survenue de sensibilité dentaire et la durée du traitement semble influencer le résultat. Il est préférable de toujours proposer un traitement plus long avec des doses plus faibles de principe actif afin de diminuer les effets secondaires potentiels du blanchiment dentaire.

Le traitement des dyschromies intrinsèques liées à la fluorose ou aux tétracyclines est traditionnellement lié à la micro-abrasion mais les techniques non

invasives montrent tout de même des résultats très favorables.

Dans un premier temps, face à un patient présentant une dyschromie dentaire, il est important de la caractériser, de renseigner son étiologie, son type et son degré de coloration. Par la suite et avant tout traitement d'éclaircissement, il est primordial de réaliser un examen clinique buccodentaire complet ainsi qu'un panoramique dentaire. En effet, un traitement d'éclaircissement doit être réalisé sur des dents indemnes ou ne présentant pas de défaut d'étanchéité coronaire et radiculaire. Il est donc important de rechercher des lésions carieuses, périapicales, parodontales ou toute anomalie structurale avant d'initier le traitement par le chirurgien-dentiste. De plus, cette exploration radiologique est indispensable et médico-légale en cas de dyschromies intrinsèques d'origines iatrogènes diagnostiquées dans les suites d'un traumatisme dentaire (après un blocage, une réparation de fracture maxillo-mandibulaire, une chirurgie orthognatique ou un traitement par radiothérapie).

>>> Pour le traitement d'une dyschromie extrinsèque multifactorielle (ou iatrogène secondaire à la prescription de bains de bouche au long court), le choix de la technique ambulatoire ou au cabinet dépend de la préférence du patient :

– pour un traitement en cabinet, l'utilisation du gel 35 % HP en 2 sessions de 45 minutes (fractionnées en 3 × 15 minutes) à une semaine d'intervalle montre de bons résultats ;



Strips de 6,5 % HP.

- ## POINTS FORTS
- Les traitements des dyschromies extrinsèques par HP (peroxyde d'hydrogène) et CP (peroxyde de carbamide) ont une efficacité similaire. Ils ont un effet dose sur la survenue de sensibilité dentaire et la durée du traitement semble influencer le résultat. Il est préférable de toujours proposer un traitement plus long avec des doses plus faibles de principe actif, afin de diminuer les effets secondaires potentiels du blanchiment dentaire.
 - Le traitement des dyschromies intrinsèques liées à la fluorose ou aux tétracyclines est traditionnellement lié à la micro-abrasion mais les techniques non invasives ont des résultats très favorables. Il est préférable de référer le patient à un chirurgien maîtrisant les 2 techniques de blanchiment dentaire.

– pour un traitement en ambulatoire, l'utilisation du CP à des doses plutôt faibles (10 % CP) avec un temps d'application relativement court (1 à 2 heures) pour une durée de 2 à 6 semaines, en fonction de l'état de la dyschromie du patient, semble montrer des résultats intéressants.

Plus le traitement est maintenu longtemps, plus le blanchiment est important sans majorer le risque de sensibilité dentaire (certaines études ont été menées pendant 6 semaines). Concernant le mode d'application, la gouttière et les strips ont la même efficacité mais la première semble mieux tolérée par le patient et serait donc à privilégier.

>>> Pour le traitement des dyschromies intrinsèques de type fluorose, si la micro-abrasion semble être le traitement de référence, de nombreuses techniques non invasives montrent des résultats intéressants voire meilleurs et peuvent donc être envisagées d'emblée.

>>> Pour les dyschromies intrinsèques liées à la prise de tétracyclines, les techniques de blanchiment classiques semblent donner de bons résultats, en particulier le protocole utilisant des strips de 6,5 % HP pendant 6 mois, 30 minutes et deux fois par jour, qui permet



Application du gel de CP sur mesure.



Applications des strips de blanchiment dentaire.

une amélioration significative des taches de tétracyclines, tout comme le protocole utilisant du 10 % CP porté chaque nuit pendant 3 mois. Compte tenu du peu d'articles disponibles à ce sujet, il est difficile de pouvoir conclure.

■ Conclusion

Le principal intérêt de cet article est d'orienter l'attitude thérapeutique de chirurgiens confrontés aux questionnements

Face

des patients pour le traitement des dyschromies dentaires. Il est fondamental d'étudier l'étiologie de la dyschromie dentaire grâce à la réalisation d'un examen clinique buccodentaire complet et d'un panoramique dentaire avant de proposer des traitements. Après une évaluation de l'étiologie, il sera possible d'adresser le patient vers les traitements les plus adéquats, connaissant l'efficacité et les risques des différents produits.

BIBLIOGRAPHIE

1. REIS A, TAY LY, HERRERA DR *et al.* Clinical effects of prolonged application time of an in-office bleaching gel. *Oper Dent*, 2011;36:590-596.
2. MATIS BA, COCHRAN MA, WANG G *et al.* A clinical evaluation of two in-office bleaching regimens with and without tray bleaching. *Oper Dent*, 2009;34:142-149.
3. SWIFT EJ, HEYMANN HO, WILDER AD *et al.* Effects of duration of whitening strip treatment on tooth color: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *J Dent*, 2009;37:e51-e56.
4. DONLY KJ, SEGURA A, SASA I *et al.* A controlled clinical trial to evaluate the safety and whitening efficacy of a 9.5% hydrogen peroxide high-adhesion whitening strip in a teen population. *Am J Dent*, 2010;23:292-296.
5. OLIVEIRA GM, MIGUEZ PA, OLIVEIRA GB *et al.* Safety and efficacy of a high-adhesion whitening strip under extended wear regimen. *J Dent*, 2013;41:e46-e52.
6. AUSCHILL TM, SCHNEIDER-DEL SAVIO T, HELLWIG E *et al.* Randomized clinical trial of the efficacy, tolerability, and long-term color stability of two bleaching techniques: 18-month follow-up. *Quintessence Int*, 2012;43:683-694.
7. KOSSATZ S, MARTINS G, LOGUERCIO AD *et al.* Tooth sensitivity and bleaching effectiveness associated with use of a calcium-containing in-office bleaching gel. *J Am Dent Assoc*, 2012;143:e81-e87.
8. DOS SANTOS MEDEIROS MC, DE LIMA KC. Effectiveness of nightguard vital bleaching with 10% carbamide peroxide -- a clinical study. *J Can Dent Assoc*, 2008;74:163-163e.
9. MEIRELES SS, SANTOS IS, BONA AD *et al.* A double-blind randomized clinical trial of two carbamide peroxide tooth bleaching agents: 2-year follow-up. *J Dent*, 2010;38:956-963.
10. BASTING RT, AMARAL FLB, FRANÇA FMG *et al.* Clinical comparative study of the effectiveness of and tooth sensitivity to 10% and 20% carbamide peroxide home-use and 35% and 38% hydrogen peroxide in-office bleaching materials containing desensitizing agents. *Oper Dent*, 2012;37:464-473.
11. CARDOSO PC, REIS A, LOGUERCIO A *et al.* Clinical effectiveness and tooth sensitivity associated with different bleaching times for a 10 percent carbamide peroxide gel. *J Am Dent Assoc*, 2010;141:1213-1220.
12. ZIEBOLZ D, HELMS K, HANNIG C *et al.* Efficacy and oral side effects of two highly concentrated tray-based bleaching systems. *Clin Oral Investig*, 2007;11:267-275.
13. ALONSO DE LA PEÑA V, BALBOA CABRITA O. Comparison of the clinical efficacy and safety of carbamide peroxide and hydrogen peroxide in at-home bleaching gels. *Quintessence Int*, 2006;37:551-556.
14. TAY LY, KOSE C, HERRERA DR *et al.* Long-term efficacy of in-office and at-home bleaching: a 2-year double-blind randomized clinical trial. *Am J Dent*, 2012;25:199-204.
15. CELIK EU, YILDIZ G, YAZKAN B. Comparison of enamel microabrasion with a combined approach to the esthetic management of fluorosed teeth. *Oper Dent*, 2013;38:E134-E143.
16. BENNETT ZY, WALSH LJ. Efficacy of LED versus KTP laser activation of photodynamic bleaching of tetracycline-stained dentine. *Lasers Med Sci*, 2015;30:1823-1828.
17. SHANBHAG R, VEENA R, NANJANAWAR G *et al.* Use of clinical bleaching with 35% hydrogen peroxide in esthetic improvement of fluorotic human incisors *in vivo*. *J Contemp Dent Pract*, 2013;14:208-216.
18. KNÖSEL M, ATTIN R, BECKER K *et al.* A randomized CIE L*a*b* evaluation of external bleaching therapy effects on fluorotic enamel stains. *Quintessence Int*, 2008;39:391-399.
19. CÁRDENAS FLORES A, FLORES REYES H, GORDILLO MOSCOSO A *et al.* Clinical efficacy of 5% sodium hypochlorite for removal of stains caused by dental fluorosis. *J Clin Pediatr Dent*, 2009;33:187-191.
20. KUGEL G, GERLACH RW, ABOUSHALA A *et al.* Long-term use of 6.5% hydrogen peroxide bleaching strips on tetracycline stain: a clinical study. *Compend Contin Educ Dent*, 2011;32:50-56.
21. TSUBURA S. Clinical evaluation of three months' nightguard vital bleaching on tetracycline-stained teeth using Polanight 10% carbamide gel: 2-year follow-up study. *Odontol Soc Nippon Dent Univ*, 2010;98:134-138.

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

Reconstruction

Cure de béance vulvo-vaginale après grossesse par la technique de colpopérinéorraphie postérieure

RÉSUMÉ : La béance vulvaire est souvent secondaire à un défaut de cicatrisation d'épisiotomie ou à un diastasis du levator ani par amyotrophie. La colpopérinéorraphie postérieure, appelée également lifting vulvo-vaginal, constitue l'intervention de référence pour la béance vulvaire. L'objectif est de rétrécir l'introïtus par rapprochement musculaire. Nous décrivons dans cet article les différentes étapes de la technique chirurgicale.



**D. SAWAN, J.-P. MENINGAUD,
B. HERSANT**

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

Au cours des dernières années, le nombre d'interventions de chirurgie plastique dans le domaine génital, notamment des femmes, a connu une augmentation [1]. Diverses interventions ont été proposées pour améliorer l'apparence ou le fonctionnement des organes génitaux. Cet article met en lumière une technique chirurgicale, la colpopérinéorraphie postérieure, qui est rarement proposée de façon isolée mais souvent associée à un traitement de prolapsus génital. Le principe de cette intervention repose sur une myorrhaphie du transverse superficiel et du levator ani, permettant un rétrécissement vaginal par rapprochement musculaire. C'est généralement après une épisiotomie, une déchirure, une béance vulvaire ou un prolapsus que la colpopérinéorraphie est indiquée.

Anatomie et fonction du périnée et du vagin

Le périnée est une zone musculaire en forme de losange organisée en trois plans : un plan superficiel, un plan moyen et un plan profond appelé diaphragme pelvien. Il s'étend du pubis

au coccyx. C'est un véritable hamac musculaire qui soutient les organes pelviens. Son rôle est d'enserrer les orifices de l'urètre, de l'anus et du vagin, agissant ainsi comme un verrou. De ce fait, il participe également à la qualité de la vie sexuelle et à l'équilibre des pressions abdominales.

Pendant la grossesse puis lors de l'accouchement, soumis aux hormones, aux variations de poids et de volume, les tissus du périnée sont étirés, distendus, fragilisés voire déchirés [2]. L'affaiblissement de ces muscles peut entraîner des pertes urinaires et de selles, des difficultés à retenir les gaz intestinaux, ainsi qu'une diminution de la satisfaction sexuelle. Il peut également générer une descente d'organes ou encore un prolapsus [3]. À l'inverse, un périnée trop tonique peut gêner l'écoulement des urines, l'évacuation des selles et provoquer des douleurs lors des rapports sexuels.

Ainsi, une altération des muscles du périnée se traduit par l'altération de l'une des fonctions urinaire, ano-rectale ou sexuelle. Le dysfonctionnement urinaire

Reconstruction

ou ano-rectal se résume en une incontinence urinaire ou fécale ou encore une constipation chronique. Le traitement est essentiellement chirurgical avec un risque de récurrence postopératoire élevé. Les acteurs de cette prise en charge sont les gynécologues et les urologues.

La fonction sexuelle est complexe et associée à de nombreux facteurs autres que l'anatomie, notamment psychologiques. Son altération par affaiblissement pelvien conduit à une diminution des sensations de pénétration lors du rapport sexuel, allant jusqu'à la perte de la confiance en soi et la dépression [2]. Dans le cadre de la réaction sexuelle normale de la femme, le vagin doit être en mesure de se dilater et de "se gonfler". Cette capacité peut être indésirablement affectée par des processus physiologiques (comme la ménopause) et des causes iatrogènes (comme les traitements anticancéreux, la radiothérapie et la chirurgie, ou encore l'accouchement par voie basse : une femme sur 5 est affectée). De ce fait, une kinésithérapie périnéale s'impose pour redonner au périnée sa tonicité et retrouver le confort lors des rapports sexuels [1]. En cas de réponse insuffisante, on peut proposer un traitement chirurgical.

Indication de la réparation vaginale

La colpopérinéorraphie postérieure est effectuée chez des patientes se plaignant d'une béance vaginale et consultant soit pour une diminution des sensations de pénétration au niveau de l'introitus, soit pour des problèmes liés à l'ouverture permanente du vagin (bruits vaginaux pendant les rapports, vagin réservoir avec pertes liquidiennes après le bain). La béance vulvaire peut être secondaire à un défaut de cicatrisation d'épisiotomie ou à un diastasis du levator ani par amyotrophie (fig. 1).

Cette béance vulvaire est soit isolée, soit associée à d'autres troubles de la

statique pelvienne ou à une incontinence urinaire ou anale. Elle peut être associée à une distension de la partie postérieure du vagin avec chute du rectum (rectocèle) et du cul-de-sac de Douglas (élytrocèle). Le traitement chirurgical le plus fréquemment réalisé est une colpopérinéorraphie postérieure. Le but recherché est un rétrécissement de l'introitus par rapprochement musculaire [4].

Technique chirurgicale

La colpopérinéorraphie postérieure s'effectue dans l'ordre suivant :

>>> Infiltration de la paroi vaginale postérieure par injection de xylocaïne adréalinée [5].



Fig. 1 : Béance vulvaire.

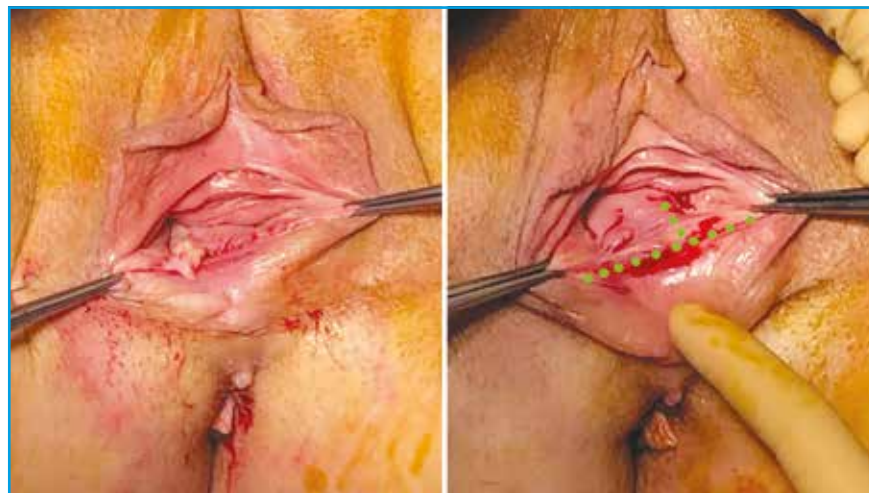


Fig. 2 : Colpectomie postérieure.

>>> Colpectomie postérieure : le triangle de la colpectomie est déterminé par trois pinces de Kocher repères. La première correspond à l'angle supérieur de la colpectomie sur la ligne médiane de la paroi vaginale postérieure et les deux autres sont placées à la jonction vulvo-vaginale de part et d'autre de la ligne médiane, au niveau des deux angles inférieurs de la colpectomie [6]. Le triangle de colpectomie est ainsi repéré d'une traction vers le haut sur la pince de Kocher supérieure et vers le bas et en dehors sur les 2 pinces de Kocher inférieures. À ce niveau, le vagin est incisé horizontalement au bistouri froid puis verticalement vers le sommet du triangle sur la paroi vaginale postérieure [6] (fig. 2).

L'angle supérieur de la colpectomie est saisi par la pince à disséquer et l'on débute la dissection avec la pointe du bistouri ou aux ciseaux, de façon à séparer le vagin du rectum jusqu'au cul-de-sac de Douglas. On poursuit la dissection de haut en bas jusqu'à la jonction cutanéomuqueuse. À ce stade, on trace au bistouri un petit triangle cutané à sommet inférieur et l'on pratique une résection épidermique qui rejoint le triangle vaginal, l'ensemble – grand triangle vaginal et petit triangle cutané – ayant alors un aspect losangique [6] (fig. 3).



Fig. 3 : Petit triangle inversé.

>>> Plicature du fascia rectal : elle peut être nécessaire en cas de rectocèle associée [5].

>>> Myorraphie des muscles élévateurs de l'anus : ces muscles sont souvent pathologiques, ayant subi des déchirures obstétricales. Ils doivent être recherchés latéralement et non à proximité de la ligne médiane [5]. L'index placé dans la fosse pelvirectale repère facilement le bord interne des muscles releveurs. La myorraphie se fait avec un fil résorbable lent type Vicryl 1 [6], avec d'abord un passage du fil à gauche puis à droite. On vérifie l'intégrité du cul-de-sac vaginal avant de serrer le fil. Il faut aussi s'assurer que la prise du muscle est suffisante en tractant sur le muscle afin de le faire saillir sur la ligne médiane. Le même geste est répété de manière étagée 1 à 2 cm plus haut, le nombre total de points est souvent de 3 à 4 [6]. Mais le nombre de fils à passer pourra être plus important s'il y a un prolapsus associé. On passe tous les fils puis on s'assure de laisser un espace suffisant pour les rapports en tirant sur les fils mis sur les releveurs après avoir introduit deux doigts dans le vagin. Si

l'espace paraît trop étroit, il vaut mieux retirer le fil placé le plus haut [6].

>>> Vaginoplastie : elle consiste en une résection muqueuse triangulaire qui peut emporter certaines cicatrices, notamment celle de l'épisiotomie. La suture de la colpectomie postérieure est réalisée par un fil serti de Vicryl 2/0 par des points séparés inversants ou par un surjet. Cette suture est réalisée de haut en bas, permettant le rétrécissement du vagin.

>>> Suture périnéale : après une désépidermisation du triangle cutané, on procède à une fermeture verticale pour rapprocher les deux berges en chargeant les muscles de part et d'autre. Sur le versant cutané de l'incision, il est souvent utile de placer des points séparés de fils non résorbables, qui seront coupés assez longs pour pouvoir être enlevés facilement au 6-7^e jour postopératoire [6] (fig. 4).

L'association à un lipofilling des grandes lèvres peut être intéressante en cas d'atrophie (fig. 5).

Le temps opératoire varie de 60 à 90 minutes. On prescrit de façon systématique deux paliers d'antalgiques et des laxatifs. Les bains sont proscrits pendant 3 semaines. La guérison prend

habituellement environ 6 semaines. Pas de rapport sexuel pendant 1 mois, les relations sexuelles par la suite peuvent être accompagnées de douleurs à long terme ou permanentes si les sutures ont été trop serrées [7].

Conclusion

Il existe peu de données sur l'amélioration de la satisfaction sexuelle ou de l'image de soi attribuable aux interventions de chirurgie plastique génitale chez la femme [1, 8].



Fig. 4 : Fermeture périnéale.



Fig. 5 : Avant et après colpopérinéorraphie associée à un lipofilling des grandes lèvres.

Reconstruction

POINTS FORTS

- Peu de données sur l'amélioration de la satisfaction sexuelle ou de l'image de soi attribuable aux interventions de chirurgie plastique génitale chez la femme.
- La consultation exhaustive avec la patiente sur ses attentes, sur les techniques opératoires à disposition, sur les complications potentielles liées à l'intervention et sur la probabilité de récurrence est essentielle, cela influence significativement la satisfaction postopératoire de la patiente.
- La réparation postérieure par voie vaginale donne de bons résultats anatomiques.
- La dyspareunie constitue la complication sexuelle la plus fréquente après cette chirurgie.
- Nécessité de plus de publications et d'études concernant les résultats de cette technique.

La colpopérinéorrhaphie postérieure est une technique à la fois fonctionnelle, quand elle est pratiquée de façon isolée pour béance vulvaire, et qui intervient dans le traitement de la statique pelvienne, quand il s'agit d'une cure de rectocèle. La réparation postérieure par voie vaginale donne de bons résultats anatomiques [9]. La dyspareunie constitue la complication sexuelle la plus fréquente après cette chirurgie [7].

Cette prise en charge chirurgicale doit être bien discutée en amont, en évoquant avec la patiente les alternatives ou les associations thérapeutiques que sont la rééducation périnéale et une prise en charge en sexothérapie,

surtout si d'autres troubles de la sexualité sont retrouvés à l'interrogatoire [10]. La consultation exhaustive avec la patiente sur ses attentes, sur les techniques opératoires à disposition, sur les complications potentielles liées à l'intervention et sur la probabilité de récurrence est essentielle, cela influence significativement sa satisfaction postopératoire [11].

BIBLIOGRAPHIE

1. SHAW D, LEFEBVRE G, BOUCHARD C *et al.* Chirurgie esthétique génitale chez la femme. *J Obstet Gynaecol Can*, 2013;35:1108-1112.
2. SCHMEISER G, PUTZ R. Anatomie und Funktion des Beckenbodens. *Der Radiologe*, 2000;40:429-436.

3. NYANGO TIMOH, K, BESSEDE T, ZAITOUNA M *et al.* Anatomie du muscle élévateur de l'anus et applications en gynécologie obstétrique. *Gynécol Obstét Fertil*, 2015;43:84-90.
4. DEFFIEUX X, FAIVRE E, TRICHOT E *et al.* Chirurgie isolée de la béance vulvaire: technique de réparation et résultats. *SIFUDPP*, 2010.
5. COSSON M, QUERLEU D. *Chirurgie vaginale*. 2nd ed. Elsevier Masson, 2011.
6. LANSAC J, BODY G, MAGNIN G. *La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique*. Elsevier Masson, 2011.
7. BSUG. Posterior vaginal wall repair without the use of mesh. 2018. BSUG.org.uk/budcms/includes/kcfinder/upload/files/Posterior%20repair%20BSUG%20Oct%202018.pdf
8. KAHN M, STANTON S. Posterior colpoperineorrhaphy. *Obstet Gynecol Surv*, 1997;52:347-348.
9. BURCH L, BURCH J. The technic of colpoperineorrhaphy. *Ann Surg*, 1937;105:881-885.
10. ROBINSON D, WADSWORTH S, CARDOZO L *et al.* Fascial posterior colpoperineorrhaphy. *J Pelvic Med Surg*, 2003;9:279-283.
11. PASSWEG D. Prolapsus génital, partie 2: traitement chirurgical. *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*, 2016;16:658-663.

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

■ Face

Technique d'injection d'acide hyaluronique des lèvres buccales

RÉSUMÉ : La lèvre parfaite a une transition visible entre le vermillon et la lèvre blanche, une belle forme en V de l'arc de Cupidon et une projection médiale du tubercule et du vermillon. Le ratio entre lèvre supérieure et inférieure est de 1:1,618. La lèvre supérieure idéale devrait dépasser la lèvre inférieure d'environ 2 mm en projection. Si on trace une ligne entre la pointe du nez et le menton, la projection des lèvres ne doit pas la dépasser.

La complication la plus redoutée est la nécrose cutanée ou muqueuse secondaire à une injection intra-vasculaire. L'injection d'acide hyaluronique des lèvres supérieures et inférieures doit être inférieure à 3 mm de profondeur, et dans la ligne séparant le vermillon de la lèvre blanche ou dans le vermillon. L'injection de la commissure doit être au moins à un travers de doigt de l'angle de la bouche. Tout ceci afin d'éviter une atteinte des pédicules vasculaires.

Les éléments esthétiques essentiels à traiter sont les suivants : la définition de l'ourlet du vermillon, le vermillon qui détermine la projection de la lèvre, le bord inférieur du vermillon qui détermine le volume d'augmentation des lèvres, le soutien structurel de la commissure et la redéfinition des crêtes philtrales.



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

■ Anatomie chirurgicale

Les lèvres sont formées par deux zones distinctes : la lèvre blanche et la lèvre rouge séparées par une ligne de démarcation cutanéomuqueuse et se réunissant pour former les muqueuses [1].

La lèvre supérieure présente un sillon vertical à sa face externe (le philtrum), compris entre deux crêtes philtrales cutanées. Elles sont formées embryologiquement par la fusion des deux bourgeons nasaux médiaux. L'arc de Cupidon dessiné par l'extrémité caudale de ces crêtes constitue une structure esthétique fondamentale (*fig. 1*).

La lèvre rouge est constituée de deux parties : l'une externe, semi-muqueuse sèche (vermillon) adhérent au muscle, l'autre interne, qui se prolonge jusqu'au fond des vestibules pour former le sillon gingivo-labial.

Les lèvres sont vascularisées par les artères labiales supérieures et inférieures issues de l'artère faciale (*fig. 2*). Les pédicules se trouvent dans le plan muqueux sous le plan du muscle orbiculaire. Les deux artères labiales supérieures s'anastomosent entre elles et donnent l'artère columellaire. L'artère labiale inférieure naît 15 à 20 mm au-dessus du bord inférieur de la mandibule. L'artère labiale supérieure naît à une distance variable

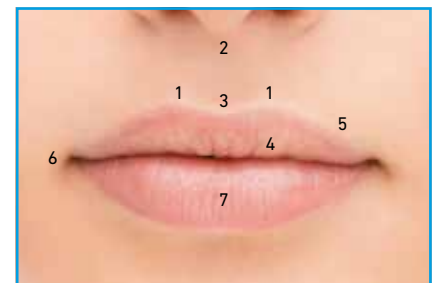


Fig. 1 : Anatomie de surface des lèvres. 1 : crêtes philtrales ; 2 : philtrum ; 3 : arc de Cupidon ; 4 : tubercule ; 5 : profil de la lèvre ; 6 : commissure ; 7 : vermillon.

Face

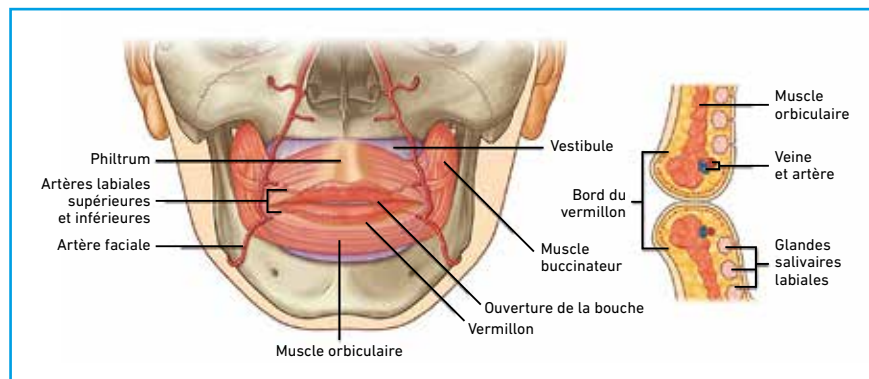


Fig. 2 : Anatomie vasculaire des lèvres (d'après [1]).

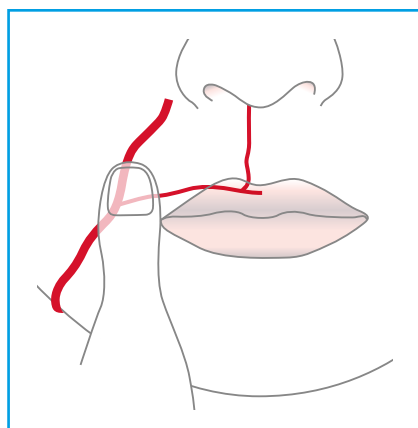


Fig. 3 : Naissance de l'artère labiale supérieure à un travers de doigt de la commissure (d'après [2]).

du bord externe de la commissure. Pour simplifier, dans 85 % des cas, ce point d'émergence est situé à 1,5 cm du bord latéral de la bouche, ce qui correspond à un travers de doigt (*fig. 3*) [2].

Dans 57 % des cas, l'artère labiale supérieure et la branche alaire de l'artère faciale ont deux origines différentes sur la faciale. Cependant, dans 36 % des cas, la branche alaire est issue de l'artère labiale supérieure. D'où le risque de nécrose de la région alaire en cas d'atteinte de l'artère labiale supérieure.

L'artère labiale supérieure a un trajet au bord supérieur du vermillon sous le muscle orbiculaire avec une profondeur minimum de 3 mm. Puis, elle passe au bord inférieur du vermillon avant d'approcher l'arc de Cupidon.

Anatomie artistique

La lèvre parfaite a une transition visible entre le vermillon et la lèvre blanche, une belle forme en V de l'arc de Cupidon et une projection médiale du tubercule et du vermillon. Le ratio entre la lèvre supérieure et inférieure est de 1:1,618. Pour les Asiatiques, le rapport est plutôt de 1:1 [3]. La lèvre supérieure idéale devrait dépasser d'environ 2 mm en projection la lèvre inférieure. Si on trace une ligne entre la pointe du nez et le menton, la projection des lèvres ne doit pas la dépasser.

Complications et précautions

La complication la plus redoutée est la nécrose cutanée ou muqueuse secondaire à une injection intravasculaire [4, 5]. L'utilisation d'une canule limite le risque, cependant elle n'est pas adaptée à tous les types de techniques d'injection décrites ci-dessous. Pour éviter ce risque, les précautions suivantes sont indispensables à connaître.

1. Pour la lèvre supérieure

Pour rappel, l'artère labiale supérieure a un trajet au bord supérieur du vermillon sous le muscle orbiculaire avec une profondeur minimum de 3 mm entre le muscle orbiculaire et la muqueuse. Puis, elle passe au bord inférieur du vermillon avant d'approcher l'arc de

Cupidon. L'injection doit donc être à une profondeur inférieure à 3 mm à la frontière cutanée du vermillon ou dans le vermillon sec.

2. Pour la lèvre inférieure

La description de l'artère labiale inférieure est très compliquée avec de multiples variantes. Son origine au niveau de l'artère faciale peut faire un tronc distinct ou commun avec l'artère labiale supérieure, ou même être absente. Schématiquement, elle traverse la lèvre de façon horizontale au niveau du vermillon cutané et du pli labio-mentonnier. L'injection doit donc être à une profondeur inférieure à 3 mm à la frontière cutanée du vermillon ou dans le vermillon sec.

3. Pour la commissure

Schématiquement, on peut estimer la zone englobant l'artère faciale et l'origine de l'artère labiale supérieure en plaçant un pouce près du coin de la bouche. À ce niveau, la faciale et l'origine de la labiale supérieure se situent sous le muscle risorius et le grand zygomatique. Les injections doivent être sous-cutanées linéaires.

4. Précautions générales

La présence de nodules et de granulomes dans les suites des injections est une complication possible après augmentation du volume des lèvres par acide hyaluronique. Un massage après injection du produit et l'utilisation d'une canule peuvent permettre de réduire le risque.

L'herpès virus simple de type 1 est omniprésent. On estime qu'à 30 ans, 50 % des adultes à statut socio-économique élevé sont séropositifs. Lors de la consultation, il faut veiller à chercher un antécédent d'herpès labial. En cas d'infection antérieure, une prophylaxie par aciclovir est alors indiquée : 400 mg deux fois par jour pendant 7 jours.

La dermohypodermite bactérienne compliquant l'injection d'un produit de comblement peut survenir précocement par inoculation directe de germes, mais peut également survenir en différé longtemps après le geste de comblement du fait de l'activation du biofilm qui se constitue autour du produit injecté. La raison de cette activation peut être liée à une bactériémie transitoire au cours d'un traitement dentaire, de chirurgie contaminatrice ou d'un traumatisme. Une seconde injection faite de manière non stérile peut également entraîner une infection bactérienne par activation du biofilm du produit de comblement déjà en place. Pour éviter cette complication rare mais redoutable, l'état bucco-dentaire du patient doit être vérifié au préalable et l'injection différée en cas de traitement ou d'infection dentaire en cours [6].

■ Vieillesse labial

Plusieurs facteurs contribuent au vieillissement facial avec notamment :

- l'augmentation de la hauteur de la lèvre blanche supérieure par relâchement et perte du support osseux, le philtrum s'aplatit et s'allonge ;
- la perte de la protrusion de la lèvre rouge par amincissement du vermillon, réduction de l'arc de Cupidon ;
- la diminution de l'élasticité cutanée combinée aux contractions répétées du muscle orbiculaire entraînent l'apparition de rides en code-barres ;
- les commissures se creusent et tombent.

■ Techniques d'injection

L'injection à l'acide hyaluronique des lèvres supérieures et inférieures doit être inférieure à 3 mm de profondeur et dans la ligne séparant le vermillon de la lèvre blanche ou dans le vermillon. L'injection de la commissure doit être au moins à un travers de doigt de l'angle de la bouche.

Tout ceci afin d'éviter une atteinte des pédicules vasculaires.

Les éléments essentiels esthétiques à traiter sont les suivants :

- la définition de l'ourlet du vermillon ;
- le vermillon qui détermine la projection de la lèvre ;
- le bord inférieur du vermillon (connexion entre la muqueuse sèche et humide) qui détermine le volume d'augmentation des lèvres ;
- le soutien structurel de la commissure ;
- la redéfinition des crêtes philtrales.

Il n'existe pas de technique unique, nous allons essayer d'en décrire une utilisant une canule ou une aiguille [7, [8].

1. L'ourlet (ligne entre la lèvre rouge et blanche)

Afin de rétablir un contour des lèvres bien défini, le produit est injecté de façon rétrotraçante le long de la jonction muco-cutanée avec une aiguille ou à la canule (fig. 4). Il faut éviter le pédicule vasculaire dans le plan sous-muqueux en restant bien au-dessus du muscle orbiculaire. La quantité injectée est de 0,1 à 0,2 mL par quadrant.



Fig. 4 : Schéma de la technique d'injection au niveau de l'ourlet.

2. Le volume et la projection du vermillon

Deux techniques sont possibles.

La première consiste en une injection rétrotraçante au niveau de chacun des quadrants des lèvres (fig. 5). Ceci peut se faire à la canule ou à l'aiguille avec



Fig. 5 : Schéma de la technique d'injection au niveau du vermillon, technique linéaire.

une angulation de 30° au niveau de la muqueuse. La quantité injectée est de 0,25 à 0,5 mL par lèvre.

La deuxième nécessite trois injections par quadrant en réalisant des bolus en quantité décroissante, à partir de la crête philtrale vers la commissure (fig. 6). Afin de diminuer les douleurs, l'aiguille est insérée à 2 mm du bord supérieur de la lèvre supérieure et à 2 mm du bord inférieur de la lèvre inférieure. La quantité injectée est de 0,05 mL par bolus avec au total 0,25 à 0,5 mL par lèvre.



Fig. 6 : Schéma de la technique d'injection au niveau du vermillon, technique en bolus.

Pour augmenter le volume, l'injection se fait directement au bord inférieur du vermillon. Pour augmenter la projection, l'injection se fait superficiellement entre les bordures interne et externe du vermillon. Les injections doivent être à au moins 5 mm de la commissure.

3. Les commissures

En cas d'affaissement des commissures, une injection superficielle est effectuée au bord latéral de la bouche en délivrant une petite quantité sous forme linéaire

Face



Fig. 7 : Schéma de la technique d'injection au niveau de la commissure.

sous-cutanée (**fig. 7**). La quantité injectée est de 0,05 à 0,1 mL par côté.

4. Le philtrum

Le relief des crêtes est redessiné par deux injections rétrotraçantes sous-cutanées (afin d'éviter la branche columellaire) à partir du bord de la lèvre (**fig. 8**). La quantité injectée est de 0,05 à 0,1 mL par côté.



Fig. 8 : Schéma de la technique d'injection au niveau du philtrum.

5. La lèvre blanche

L'injection d'acide hyaluronique au niveau de la lèvre blanche n'est pas forcément recommandée du fait du risque d'aspect en bec de canard. Cependant, la technique du *blanching* est très intéressante pour corriger les ridules superficielles donnant un aspect en code-barres [9].

Il faut utiliser un acide cohésif avec une viscosité faible pour être injecté dans le derme réticulaire superficiel sans risquer d'effet Tyndall, pour permettre une bonne intégration dans le derme sans migration hypodermique. Le *blanching* utilise des aiguilles de 30 G et de 13 mm. L'aiguille est

à peu près parallèle à la peau et l'injection superficielle intradermique avec le biseau tourné vers le bas si la peau est très fine. Plusieurs injections très rapprochées sont réalisées, en déposant des petites quantités de produit. Un modelage post-injection assure un lissage final.

Rhéologie

L'acide hyaluronique est défini par trois paramètres principaux : la viscosité, l'élasticité et la cohésivité. Du point de vue pratique concernant les injections des lèvres, les caractéristiques attendues de l'acide sont les suivantes :

- viscosité élevée ;
- forte élasticité ;
- cohésivité faible à modérée.

Le type d'acide hyaluronique utilisable est le même pour l'ensemble des injections des lèvres, à l'exception du *blanching* de la lèvre blanche. Chaque industriel propose une gamme adaptée aux lèvres. À titre d'exemples, on peut citer les laboratoires suivants :

- Allergan : Juvederm Ultra, Ultra +, Volift, Volbella ;
- Sinclair : Perfectha Fine Lines ;
- Teoxane : RHA 2, Puresense Kiss.

BIBLIOGRAPHIE

1. DRAKE RL, VOGL W, MITCHEL AWM. *Gray's anatomie*. Elsevier.
2. LEE SH, GIL YC, CHOI YJ *et al*. Topographic anatomy of the superior labial

POINTS FORTS

- La connaissance de l'anatomie des lèvres est un prérequis indispensable pour éviter tout risque de nécrose cutanée.
- Les récurrences herpétiques et les cellulites de la face sont des complications rares mais pouvant être évitées avec quelques précautions.
- Le type d'injection à l'aiguille ou à la canule pour chaque zone de la lèvre est détaillé.

artery for dermal filler injection. *Plast Reconstr Surg*, 2015;135:445-450.

3. SIEBER DA, SCHEUER JF, VILLANUEVA NL *et al*. Review of 3-dimensional facial anatomy: injecting fillers and neuromodulators. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 2016;4:e1166.
4. DAINES SM, WILLIAMS EF. Complications associated with injectable soft-tissue fillers: a 5-year retrospective review. *JAMA Facial Plast Surg*, 2013;15:226-231.
5. NETTAR K, MAAS C. Facial filler and neurotoxin complications. *Facial Plast Surg*, 2012;28:288-293.
6. CHADER H, BOSC R, HERSANT B *et al*. [Infectious cellulitis of the face complicating injection for esthetic nasolabial sulcus by hyaluronic acid: report of seven cases]. *Ann Chir Plast Esthet*, 2013;58:680-683.
7. MCKEE D, REMINGTON K, SWIFT A *et al*. Effective rejuvenation with hyaluronic acid fillers: current advanced concepts. *Plast Reconstr Surg*, 2019;143:1277e-1289e.
8. DE MAIO M, WU WTL, GOODMAN GJ *et al*. Facial assessment and injection guide for botulinum toxin and injectable hyaluronic acid fillers: focus on the lower face. *Plast Reconstr Surg*, 2017;140:393e-404e.
9. MANFRÉDI PR, HERSANT B, BOSC R *et al*. Techniques visant à améliorer la précision et l'efficacité des injections de la face en médecine esthétique. *Rev Stomatol Chir Maxillo-Faciale Chir Orale*, 2016;117:46-50.

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

■ Pratique professionnelle

Diffamation ou opinions négatives : quand et comment réagir ? Le point de vue de l'avocat

RÉSUMÉ : Alors qu'un site internet exclusivement réservé à la notation des médecins, à savoir le site MediEval4i, a été mis en ligne au mois d'avril 2019, comment savoir et reconnaître des propos de nature à porter atteinte à son e-réputation ? Simple opinion, avis négatif, faux avis, diffamation, injure ou dénigrement ? Quand est-on juridiquement à même de pouvoir agir et obtenir le retrait des propos ? Comment réagir face à de tels propos ? Comment la loi permet-elle de les supprimer et à quelles conditions ?



L. FAYON
Avocat à la Cour, PARIS.

Massimo Bontempelli, poète italien du xx^e siècle, a écrit : “*La médecine est une opinion.*” Qui n’est pas tenté de regarder la photo, les publications et surtout les avis qui pourraient être publiés sur Internet avant de rencontrer son médecin, son client ou son confrère ? Aujourd’hui, il est presque impossible de ne pas être référencé sur Internet, et ce, de manière volontaire ou non. Et, dans cette ère du numérique, les praticiens n’échappent pas à la tendance à noter et commenter sur Internet la qualité de leurs prestations. Il suffit pour le praticien de taper son nom dans un moteur de recherche pour voir quelles informations le concernant circulent sur les moteurs de recherche ou bien dans un réseau social.

Pour autant, si chacun est libre de faire part de son opinion, de publier des photos ou de partager des avis sur Internet – que ce soit sur des blogs, des réseaux sociaux, des plateformes d’échanges, des forums et autre espaces communautaires –, comment peut-on faire pour que cette “opinion” ne nuise pas à son e-réputation et plus généralement à sa réputation tant professionnelle que personnelle ?

Avant d’envisager une action – qu’elle soit amiable ou judiciaire –, il convient au préalable de s’assurer que les propos sont juridiquement sanctionnables.

■ Comment reconnaître des propos juridiquement sanctionnables ?

Aussi nuisibles à son e-réputation que puissent être certains propos, ils ne sont pour autant pas nécessairement juridiquement sanctionnables. En effet, en application du principe à valeur constitutionnelle de la liberté d’expression, chacun est libre d’émettre un avis, aussi négatif soit-il, sans pouvoir être sanctionné. Fort heureusement, cette liberté – à l’instar de toute liberté – n’est pas absolue et sera sanctionnée en cas d’abus.

1. La libre critique

Le simple fait d’émettre un avis négatif n’est pas répréhensible mais relève du droit à la libre critique, qui n’est en réalité qu’une manifestation de la liberté d’expression, liberté fondamentale à

Pratique professionnelle

valeur constitutionnelle et européenne reconnue par les articles 10 et 11 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789¹. Cette liberté permet à chacun d'exprimer librement ses pensées et ses opinions sur n'importe quel support. Dès lors, peut-on considérer que les avis négatifs publiés sur Internet sont la manifestation de la liberté d'expression et relèvent du droit à la libre critique ? La réponse est oui.

Pour autant, comme toute liberté, la liberté d'expression ne saurait être un droit absolu. Elle se trouve sujette à de nombreuses limites telles que le respect à la vie privée et au droit à l'image, l'incitation à la haine raciale, ethnique ou religieuse, les propos discriminatoires à raison d'orientations sexuelles ou d'un handicap, les atteintes à la présomption d'innocence ou encore la diffamation et l'injure. Si la plupart des limites ci-avant listées sont facilement identifiables, il n'en est pas de même pour la diffamation et l'injure. Ces deux limites seront donc ci-après développées afin de permettre au lecteur d'apprécier la nature des propos tenus à son endroit.

2. La limite à la libre critique : la diffamation et l'injure

>>> La diffamation se définit 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”*².

L'honneur consiste à ne pas avoir encouru de sanction pénale ou à ne pas avoir commis d'acte susceptible de recevoir

une qualification pénale. De la sorte, toute allégation d'un fait pouvant être qualifié de crime ou de délit ou l'évocation d'une condamnation pénale est susceptible de porter atteinte à l'honneur.

La considération est une notion plus large qui se confond avec la bonne réputation dont chacun de nous a le droit de jouir, notamment dans le cadre de l'exercice de sa profession. La frontière est délicate entre l'atteinte à la considération et l'exercice du libre droit de critique. La jurisprudence française considère, d'une manière générale, que la critique bascule du côté de la diffamation lorsqu'elle se transforme en attaque personnelle.

L'attaque personnelle, une fois identifiée, ne suffira pas à qualifier les propos de diffamatoires. Pour caractériser le délit de diffamation, il faut également que les faits :

- désignent une ou plusieurs personnes identifiées ou identifiables (soit par son nom, par exemple le Dr X, soit par des informations, par exemple le médecin dont le cabinet se situe à telle adresse, ou encore par d'autres éléments de contexte, par exemple son associée...);
- soient suffisamment précis, c'est-à-dire de nature à être prouvés ou faire l'objet d'un débat contradictoire;
- revêtent la forme d'une allégation ou d'une imputation;
- fassent l'objet d'une publicité. La publication de commentaires sur Internet caractérise l'exigence de publicité pour caractériser le délit de diffamation.

Il faut garder à l'esprit qu'en sus d'être difficile à caractériser, la diffamation

a un régime en droit français qui est davantage protecteur des droits du “journaliste” – sur Internet de l'auteur, de l'éditeur et de l'hébergeur – que de ceux de la victime. La loi prévoit en effet pour le diffamateur trois axes de défense possibles :

- Il peut nier que les propos poursuivis portent atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne visée. Il peut encore soutenir qu'ils sont trop vagues pour constituer l'allégation d'un fait précis, de sorte que la diffamation n'est pas constituée.

- Il peut invoquer l'*exceptio veritatis* : s'il prouve la vérité des propos qu'il a tenus, il bénéficie du fait justificatif de la preuve de la vérité.

- Il peut prouver sa bonne foi car la mauvaise foi est toujours présumée en cette matière. La bonne foi se compose de quatre éléments cumulatifs :
 - le but poursuivi doit avoir été légitime;
 - le diffamateur doit avoir fait une enquête sérieuse;
 - il doit avoir usé de prudence et de modération dans l'expression;
 - enfin, il doit être exempt d'animosité personnelle.

>>> L'injure se définit comme *“toute expression outrageante, termes de mépris ou invective qui ne renferme l'imputation d'aucun fait est une injure”*³.

Au contraire de la diffamation, l'injure est l'invective pure et simple qui ne contient l'allégation d'aucun fait précis. Si un internaute écrit d'un médecin :

¹ L'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 dispose : “Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la Loi.” L'article 11 dispose quant à lui : “La libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'Homme : tout Citoyen peut donc parler, écrire, imprimer librement, sauf à répondre de l'abus de cette liberté dans les cas déterminés par la Loi.” Le préambule de la Constitution de la V^e République renvoyant à la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, ces articles ont valeur constitutionnelle.

² Article 29, alinéa 1^{er}, de la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse : “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 est une diffamation. La publication directe ou par voie de reproduction de cette allégation ou de cette imputation est punissable, même si elle est faite sous forme dubitative ou si elle vise une personne ou un corps non expressément nommés, mais dont l'identification est rendue possible par les termes des discours, cris, menaces, écrits ou imprimés, placards ou affiches incriminés.”

³ Article 29, alinéa 2, de la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse.

“Le Dr X est un assassin, il a tué ma compagne, Madame Y, en lui prescrivant lors de son rendez-vous médical un médicament inadéquat”, il s’agira de diffamation, puisqu’il y a un fait déterminé. En revanche, si l’internaute écrit “Le Dr X est un assassin”, il s’agira d’une injure, aucun fait n’étant rattaché à l’expression outrageante.

Ainsi, pourront être considérés comme injurieux les propos suivants : *“Quel raciste ce médecin !”* ou encore *“non mais les prix qu’il pratique, c’est un énorme voleur !”* Les juges apprécient le contexte dans lequel l’injure a été prononcée mais la distinction n’est pas toujours aisée.

3. Le cas des “faux avis”

Parallèlement aux cas classiques d’avis négatifs, de diffamation et/ou d’injure publiés directement par une personne mécontente de son praticien, sont également apparus des “faux avis” publiés afin de valoriser un professionnel ou détruire la réputation d’un concurrent.

Certains avis publiés par des internautes peuvent être de faux avis, rédigés par des tiers ou des concurrents et ayant pour but de nuire à l’exercice du professionnel sujet desdits propos. Si un praticien reconnaît que le commentaire provient d’un autre médecin publiant un commentaire négatif, même sans faire état de sa qualité de médecin, il convient évidemment de saisir le Conseil de l’ordre des médecins.

À ce titre, dans une affaire où, à la suite d’une critique très vive émise par le père d’un jeune patient sur les soins orthodontiques prodigués par son chirurgien-

dentiste, un médecin concurrent avait publié sur un forum de discussion le commentaire suivant : *“Ce praticien est l’objet de nombreuses plaintes au conseil de l’Ordre pour dénigrement de confrères⁴, publicité outrancière, etc. Il est bien que des patients donnent leur vrai avis sur cette technique rentable, mais pas aussi efficace que ne le dit sa pub”*, la chambre disciplinaire nationale de l’Ordre des chirurgiens-dentistes l’a sanctionné d’un avertissement. En effet, la chambre disciplinaire a considéré que : *“quelle que soit l’attitude du docteur D. [le chirurgien-dentiste ayant opéré le jeune patient] lui-même à l’égard de ses confrères et nonobstant le fait que le*

docteur B. [le médecin concurrent auteur du commentaire] n’ait pas fait état dans ce texte de son titre de docteur et de sa qualité de chirurgien-dentiste et qu’il n’ait pas cautionné la critique du traitement en cause, le texte incriminé, en faisant valoir auprès du public, en réponse à une critique particulièrement négative de l’activité du docteur D., l’existence alléguée de ‘nombreuses plaintes’ à son encontre, a constitué un manquement aux obligations déontologiques rappelées par les dispositions précitées”⁵.

S’ils sont sanctionnables par l’Ordre, les faux avis peuvent également constituer une diffamation ou une injure, si tant est

POINTS FORTS

- Aussi nuisibles à l’e-réputation que puissent être certains propos, ils ne sont pour autant pas nécessairement juridiquement sanctionnables. En effet, en application du principe à valeur constitutionnelle de la liberté d’expression, chacun est libre d’émettre un avis, aussi négatif soit-il, sans pouvoir être sanctionné. Fort heureusement, cette liberté n’est pas absolue et sera sanctionnée en cas d’abus.
- La critique bascule du côté de la diffamation lorsqu’elle se transforme en attaque personnelle.
- Au contraire de la diffamation, l’injure est l’invective pure et simple qui ne contient l’allégation d’aucun fait précis.
- Parallèlement aux cas classiques d’avis négatifs, de diffamation et/ou d’injure, sont également apparus des “faux avis” publiés afin de valoriser un professionnel ou de détruire la réputation d’un concurrent.
- Selon la teneur des propos, il pourra être envisagé de : faire valoir son droit de réponse, demander la suppression du contenu litigieux ou déposer une plainte circonstanciée dans le délai de 3 mois à compter de la publication du message.

⁴ Il convient de relever que le terme “dénigrement de confrères” utilisé par le médecin dans son commentaire n’est pas juridiquement exact dès lors que le dénigrement ne peut concerner que des produits ou services. Ainsi, constituera un dénigrement le fait de dire que *“l’acide hyaluronique de tel laboratoire est de mauvaise qualité”*. Le dénigrement – qui n’a pas de définition légale – consiste en effet à jeter publiquement le discrédit sur les produits, l’entreprise ou un concurrent pour en tirer un profit. La jurisprudence définit le dénigrement comme le fait de *“porter atteinte à l’image de marque d’une entreprise ou d’un produit désigné ou identifiable afin de détourner la clientèle en usant de propos ou d’arguments répréhensibles ayant ou non une base exacte, diffusés ou émis en tout cas de manière à toucher les clients de l’entreprise visée, concurrente ou non de celle qui en est l’auteur”* (CA Versailles, 9 septembre 1999 : D. 200, somm. P.311, obs ; Y. Serra).

⁵ Ordre national des chirurgiens-dentistes, Chambre disciplinaire nationale, 23 février 2015, n° 2182.

Pratique professionnelle

que les éléments de ces infractions soient constitués.

Une fois les propos identifiés et caractérisés, se pose alors la question de savoir comment réagir.

Comment réagir en présence de propos juridiquement sanctionnables ?

La loi sur la liberté de la presse du 29 juillet 1881 prévoit un délai de prescription très court puisque la victime d'une injure ou d'une diffamation se doit d'introduire son action dans le délai de 3 mois à compter de la publication du message sur Internet, étant précisé que chaque nouvelle publication fait courir un nouveau délai de 3 mois. Il faut donc être très réactif et surtout être extrêmement vigilant sur ce qui est mis en ligne sur Internet.

La vigilance suppose que les contenus illicites puissent être identifiés dans le délai de 3 mois. Pour ce faire, il est recommandé de mettre en place un système de surveillance et d'alertes, lesquelles permettent de recevoir une notification à chaque nouvel avis publié. À ce titre, Google Alertes, Scoop it et Feedly sont des outils de veille sur Internet fréquemment utilisés.

Une fois le message identifié et son caractère illicite déterminé, il est essentiel de commencer par faire établir un constat d'huissier. Cet acte est un préalable indispensable à toute action en justice. Selon la teneur des propos tenus, leur gravité et l'identité de l'auteur, il pourra être envisagé de :

>>> Faire valoir son droit de réponse : prévu par l'article 6.IV de la loi n° 2004-575 du 21 juin 2004⁶, *“toute personne nommée ou désignée dans un service de communication au public en ligne dispose d'un droit de réponse, sans préjudice des demandes de correction ou de suppression du message qu'elle peut adresser au service”*. Formellement très encadré (par exemple : lettre recommandée avec demande d' accusé de réception adressée au directeur de la publication ; réponse limitée au nombre de caractère du texte d'origine), l'exercice du droit de réponse permettra, sans introduire d'action judiciaire, de faire valoir son point de vue sur les propos tenus à son endroit et ainsi d'être lui-même présent de manière pro-active et stratégique sur Internet.

>>> L'exercice du droit de réponse n'est pas exclusif du droit à demander la suppression du contenu litigieux. Sur Google, il est devenu possible de signaler un avis lorsque ce dernier constitue une infraction au règlement de Google. Google supprimera l'avis si la société estime qu'il *“présente un contenu inapproprié, ou incitant à la haine ou à la violence”*, *“contient des annonces publicitaires ou du spam”*, est *“hors sujet”* ou *“associé à des conflits d'intérêt”*. Toutefois, Google est souverain dans sa décision de suppression et, bien souvent, il sera nécessaire de recourir à la procédure de référé.

À ce titre, la loi pour la confiance dans l'économie numérique n° 2004-575 du 21 juin 2004 a mis en place un référé de l'Internet, lequel permet de condamner

les hébergeurs ou à défaut les fournisseurs d'accès Internet au retrait provisoire des propos, voire même à la suspension provisoire du site litigieux.

>>> Déposer une plainte circonstanciée dans le délai de 3 mois à compter de la publication du message. Plusieurs personnes pourront être poursuivies pour le même délit : l'auteur de la publication, l'auteur des propos et l'hébergeur.

Pour ce faire, il pourra être nécessaire de déposer une requête afin de connaître l'identité de l'auteur des propos. En effet, très souvent, les auteurs de propos diffamatoires ou injurieux mis en ligne sur des blogs ou des forums ne sont identifiables que par un pseudonyme ou un “nom d'utilisateur”. Dans cette hypothèse, il conviendra au préalable de solliciter de l'autorité judiciaire qu'elle enjoigne aux éditeurs de site, hébergeurs et fournisseurs d'accès à Internet – lesquels ont l'obligation de détenir et de conserver les données de nature à permettre l'identification de quiconque a contribué à la création d'un contenu mis en ligne – de communiquer les informations permettant la levée de l'anonymat. À ce titre, le 12 février 2016, la Cour d'appel de Paris a confirmé que la société Facebook, de droit américain, pouvait être jugée en France et par voie de conséquence être soumise à l'obligation de communiquer les données de ses clients sur requête.

Si les professionnels disposent donc d'armes pour pouvoir préserver leur e-réputation, force est de constater que l'action judiciaire ne sera pas toujours

⁶ L'article 6.IV de la loi n° 2004-575, du 21 juin 2004, dite pour la confiance dans l'économie numérique (ci-après dénommée LCEN) institue un droit de réponse “en ligne” comme suit : *“Toute personne nommée ou désignée dans un service de communication au public en ligne dispose d'un droit de réponse, sans préjudice des demandes de correction ou de suppression du message qu'elle peut adresser au service.”*

La demande d'exercice du droit de réponse est adressée au directeur de la publication ou, lorsque la personne éditant à titre non professionnel a conservé l'anonymat, à la personne mentionnée au 2 du I qui la transmet sans délai au directeur de la publication. Elle est présentée au plus tard dans un délai de trois mois à compter de la mise à disposition du public du message justifiant cette demande.

Le directeur de la publication est tenu d'insérer dans les trois jours de leur réception les réponses de toute personne nommée ou désignée dans le service de communication au public en ligne sous peine d'une amende de 3 750 euros, sans préjudice des autres peines et dommages-intérêts auxquels l'article pourrait donner lieu.

Les conditions d'insertion de la réponse sont celles prévues par l'article 13 de la loi du 29 juillet 1881 précitée. La réponse sera toujours gratuite. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent IV.”

leur meilleure alliée. En effet, face aux commentaires suivants : *“Homme désagréable, hautain, antipathique, pas à l’écoute ni disponible pour le patient, il donne l’impression qu’il a qu’une envie c’est qu’on lui donne son argent et qu’on s’en aille, ça doit être un bon chirurgien mais aucune envie d’être opéré par un homme comme lui”, “Il est réputé très hautain et expéditif. J’ai été choquée qu’il me demande de régler avant les injections comme si j’allais m’envoler. Je comptais faire une augmentation mammaire avec lui mais hors de question. Pas du tout à mon écoute, expéditif. Il parlait surtout du prix et me regardais à peine”, “Il efface les questions qui lui conviennent pas sur son site web. C’est pas digne de confiance”*, un chirurgien esthétique parisien a assigné la société

Google par-devant le juge des référés afin d’obtenir la suppression desdits propos.

Aux termes de son arrêt en date du 22 mars 2019, la Cour d’appel de Paris a jugé que : *“pas plus qu’ils ne constituent une diffamation ou des injures, les commentaires publiés n’ont nullement le caractère du dénigrement”* et *“relèvent plutôt de la libre critique et de l’expression subjective d’une opinion ou d’un ressenti de patients”*, de sorte qu’ils participent *“de l’enrichissement de la fiche professionnelle de l’intéressé et du débat qui peut s’instaurer entre les internautes et lui, notamment au moyen de réponse que le professionnel est en droit*

*d’apporter à la suite des publications qu’il conteste”*⁷.

Aussi désagréables que puissent être perçus certains propos, il convient donc de s’assurer qu’ils sont susceptibles de revêtir un caractère illicite, le principe de base restant celui de la liberté d’expression tant pour le patient que pour le praticien, qui dispose en tout état de cause d’un droit de réponse.

En conclusion, il faut surveiller, réagir et réfléchir avant d’agir judiciairement.

⁷ CA Paris, Pôle 1, Chambre 8, 22 mars 2019, n° RG 18/17204.

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

réalités en CHIRURGIE PLASTIQUE

☐ **oui**, je m’abonne à *Réalités en Chirurgie Plastique*

Médecin: ☐ 1 an: 60 € ☐ 2 ans: 95 €

Étudiant/Interne: ☐ 1 an: 50 € ☐ 2 ans: 70 €
(joindre un justificatif)

Étranger: ☐ 1 an: 80 € ☐ 2 ans: 120 €
(DOM-TOM compris)

Bulletin à retourner à: Performances Médicales
91, avenue de la République – 75011 Paris
Déductible des frais professionnels

[Bulletin d’abonnement]

Nom:

Prénom:

Adresse:

Ville/Code postal:

E-mail:

■ Règlement

☐ Par chèque (à l’ordre de Performances Médicales)

☐ Par carte bancaire n°
(à l’exception d’American Express)

Date d’expiration: Cryptogramme:

Signature: _____



I Revue de presse

Première revue de presse de l'année



R. ABS

Chirurgien plasticien, MARSEILLE.

Le choix du premier article concernant l'abdominoplastie chez les patients obèses est volontaire. En effet, certains d'entre nous essuient un refus médical (et non administratif) à leur demande d'accord préalable (DAP). Le médecin conseil de l'Assurance Maladie conteste l'indication du chirurgien plasticien arguant qu'au-dessus d'un certain indice de masse corporelle (IMC), il n'est pas raisonnable d'opérer.

C'est vrai en général mais, dans certains cas particuliers, on peut contester cette décision et défendre sa position devant l'expert désigné, car seul le chirurgien plasticien connaît la situation de son patient. Si celui-ci ne peut plus perdre de poids, une intervention peut néanmoins améliorer sa qualité de vie, à condition que l'indication opératoire soit raisonnable et prise après une information claire sur l'augmentation des risques et des complications.

Cela dit, je vous livre cette première revue de littérature de l'année afin que vous puissiez rentrer en 2020 bon pied, bonheur !

Abdominoplasty in the overweight and obese population: outcomes and patient satisfaction

HAMMOND DC, CHANDLER AR, BACA ME *et al.* *Plast Reconstr Surg*, 2019;144:847-853.

L'abdominoplastie est une procédure de remodelage corporel sûre et efficace couramment pratiquée chez des patients après une perte de poids massive ou une grossesse, ou encore en raison d'un vieillissement général. Cependant, les taux de complications et les niveaux de satisfaction des patients en surpoids et obèses restent largement inexplorés. Le but de cette étude était double : déterminer ce taux de complications et mesurer l'impact psychologique de l'abdominoplastie chez ce type de patients.

Une revue rétrospective a été menée chez des patients en surpoids et obèses

bénéficiant d'une abdominoplastie sur une période de 12 ans, de janvier 2004 à décembre 2016. Les dossiers médicaux ont été examinés pour identifier les données démographiques et les comorbidités des patients, les détails opératoires et le suivi postopératoire. Un sondage auprès des patients a été utilisé pour évaluer leur satisfaction, leur expérience personnelle des complications et le processus de rétablissement.

46 patients au total ont bénéficié d'une abdominoplastie au cours des 12 ans de suivi. Leur indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 32 kg/m², la majorité des patients étant classés

en surpoids. Le poids moyen de résection abdominale était de 4 834,9 g. Des complications majeures, définies comme celles nécessitant un retour en salle d'opération, sont survenues chez 4 patients (8,7 %) et des complications mineures, définies comme des complications pouvant être traitées en cabinet, chez 18 patients (39,1 %). Parmi les 36 patients (78,3 %) ayant répondu à l'enquête, l'écrasante majorité (n = 35 [97,2 %]) a déclaré être satisfaite du résultat final et choisirait de recommencer la procédure.

L'abdominoplastie chez les patients en surpoids et obèses est associée à un fort

taux de complications, mais la satisfaction des patients est extrêmement élevée.

>>> Discussion par J.C. Grotting et M. Saheb-Al-Zamani

Nous sommes souvent face à un dilemme : devons-nous opérer des patients pas parfaitement sains afin d'améliorer leur apparence et leur fonctionnalité ? Nous avons tous des taux de réussite satisfaisants, certes moins élevés

qu'avec les patients sains mais largement récompensés par la reconnaissance des opérés. La meilleure façon d'évaluer nos décisions, c'est de revoir nos séries cliniques. En dépit des complications nécessitant une réintervention (8 %) et des complications mineures nécessitant des soins au cabinet (40 %), la satisfaction des patients est largement positive, spécifiquement l'amélioration de la qualité de vie, la bonne cicatrisation et le rétablissement plus simple qu'attendu.

Malgré ces données optimistes, il faut tout de même rappeler que l'obésité augmente le taux de morbidité et de mortalité incluant hématome, accident thromboembolique, dysfonction pulmonaire et infection du site opératoire. Compte tenu de ces aspects, la balance bénéfice/risque doit être examinée au cas par cas avec le patient et il ne faut prendre la décision d'opérer qu'après l'avoir amplement informé de la majoration des risques et des complications.

Management of fat necrosis after autologous fat transplantation for breast augmentation

GUO X, JIN X. *Plast Reconstr Surg*, 2019;144:700e-701e.

La greffe de graisse est l'une des procédures les plus populaires en chirurgie esthétique et reconstructrice en raison de son caractère invasif minimal, de ses résultats favorables et du remodelage corporel qu'elle procure. Cependant, sa sécurité et l'imprévisibilité de son volume sont toujours deux problèmes non résolus.

En ce qui concerne l'innocuité, les auteurs ont décrit différents types de nécrose adipeuse et proposé un algorithme approfondi, basé sur 5 ans d'expérience, pour identifier et traiter la nécrose adipeuse postopératoire après transplantation autologue de graisse pour augmentation mammaire. Les nodules palpables ont été examinés par échographie et subdivisés en kystes solitaires/multiples, nodules sclérotiques ou encore calcifications, qui correspondent à un algorithme de traitement allant de l'aspiration à l'excision.

La première étape implique la méthode de dépistage et le calendrier du suivi. Les auteurs ont indiqué que *« la nécrose graisseuse a été détectée principalement par palpation manuelle lors d'une visite de suivi régulier »*. La palpation manuelle repose sur l'expérience personnelle et est plus sensible pour la détection des nodules superficiels que profonds. Étant

donné que seulement 17 % des nodules résident dans la couche sous-cutanée, l'efficacité de la palpation manuelle comme méthode de dépistage primaire est en réalité discutable. De plus, les patients bénéficiant d'interventions esthétiques sont moins observants que ceux opérés d'une chirurgie réparatrice. Pour réduire les complications postopératoires, une échographie préopératoire est nécessaire et une postopératoire à 3 mois fortement recommandée par les auteurs, quel que soit le résultat de la palpation manuelle. Ce délai de 3 mois est recommandé car le volume et l'adipogenèse sont enclins à la stabilisation. Le moment de l'évaluation postopératoire est égal à la durée moyenne de la première détection des nodules mammaires.

La deuxième étape implique des modalités d'imagerie diagnostique. Dans cette étude, le résultat de l'échographie était la seule base pour une prise en charge ultérieure. L'échographie est sensible aux kystes huileux, qui est la catégorie la plus courante des nodules postopératoires. Cependant, sa spécificité est relativement faible. Les auteurs proposent la réalisation d'une IRM chez les patients dont les nodules solides sont mal définis. Si la combinaison de l'échographie et de l'IRM n'apporte pas de confirmation, une biopsie est réalisée au service d'oncologie.

La troisième étape concerne l'indication et le type de traitement. Les auteurs ont mentionné que les masses solides non palpables pourraient ne pas nécessiter de traitement car le risque de la chirurgie l'emporte sur les avantages. Cependant, ils recommandent d'éliminer les nodules non palpables de plus de 2 cm de diamètre qui sont calcifiés car :

- la majorité des nécroses graisseuses postopératoires se sont produites dans la couche profonde, ce qui implique que de nombreux nodules ne sont pas palpables ;
- une inflammation chronique et une calcification progressive pourraient exister dans certains cas ;
- les zones de cytotéatonecrose sont plus larges à l'échographie et à l'IRM à 12 mois qu'à 6 mois après l'opération ;
- une liposuccion avec Mammotome à ultrasons pourrait être utilisée pour éviter un mauvais résultat cosmétique.

>>> Discussion par J.Y. Lin, P. Song et L.L.Q. Pu

Ces auteurs recommandent l'échographie, si possible à 3 mois postopératoires, pour suivre les patientes après un lipomodelage des seins en plus de l'examen/palpation clinique. Encore une fois, étant donné que la nature bénigne de la nécrose graisseuse et son

I Revue de presse

traitement dépendent des symptômes (c'est-à-dire de la sensibilité ou la palpabilité), ils avancent que l'examen clinique avec palpation devrait être suffisant pour le suivi postopératoire car l'utilisation systématique de l'IRM pour les patientes asymptomatiques n'est pas réalisable dans la plupart des cabinets de chirurgie esthétique.

Il existe plusieurs raisons pour lesquelles ces auteurs pensent que la gestion d'une nécrose adipeuse profonde, minuscule (< 1 à 2 cm), asymptomatique/non palpable est controversée et difficile à l'heure actuelle. L'utilisation de liposuction avec Mammotome à ultrasons dans le but d'éliminer la nécrose graisseuse

profonde dans les seins est toujours considérée comme une procédure invasive et n'est probablement pas acceptée par la plupart des patientes asymptomatiques. Dans leur expérience, ces lésions fibrotiques, sclérotiques et calcifiées sont très dures, adhèrent fermement aux tissus environnants et ne peuvent être complètement éliminées qu'avec une excision directe.

Les nodules calcifiés ou fibreux de plus de 2 cm sont très rares si le principe de greffe de graisse, consistant en une infime injection à chaque passage et une distribution uniforme de la greffe, est suivi. Les auteurs suggèrent qu'une approche plus agressive avec excision doit être

réalisée, à la demande de la patiente, lorsque les nodules non palpables sont supérieurs à 2 cm. En revanche, même si ils sont plus petits, ces nodules doivent être suivis régulièrement.

L'échographie est une étude d'imagerie relativement moins spécifique pour la détection de la nécrose graisseuse et détecte le mieux les kystes huileux, tandis que ses performances sont sous-optimales dans les cas de fibrose ou de sclérose. Cependant, en cas de doute concernant le diagnostic de la lésion à l'échographie, les patientes sont référées à des oncologues ou des radiologues pour un bilan plus complet, incluant l'IRM.

Control of nasal tip position: quantitative assessment of columellar strut versus caudal septal extension graft

SAWH-MARTINEZ R, PERKINS K, MADARI S *et al.* *Plast Reconstr Surg*, 2019;144:772e-780e.

Le contrôle et le maintien de la position de la pointe nasale sont essentiels en rhinoplastie. Deux méthodes fréquentes pour exercer ce contrôle de la pointe sont l'étai columellaire et la greffe d'extension septale caudale.

Aucune donnée quantitative n'existe cependant pour comparer les deux méthodes dans le temps.

Une étude de cohorte rétrospective a été menée. Une évaluation photographique tridimensionnelle des patients avec étai columellaire ou greffe d'extension septale a été réalisée. Les points anthropométriques ont été analysés : projection de la pointe, longueur nasale et rotation de la pointe.

106 patients ont été inclus, ils étaient âgés en moyenne de 34,5 ans et 66 % étaient des

femmes. Un étai columellaire a été utilisée dans 42 % des cas (n = 45) et une greffe d'extension septale dans 57 % des cas (n = 61). L'analyse a montré un plus grand maintien de la rotation de la pointe au fil du temps avec la greffe d'extension septale par rapport à l'étai columellaire. La projection de la pointe et la longueur nasale ont diminué avec le temps dans les deux groupes sans différences significatives.

Surgical denervation of platysma bands: a novel technique in rhytidectomy

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

Les bandes de platysma dans le cou sont l'un des premiers signes du vieillissement. Il existe une demande croissante de rajeunissement facial chirurgical, y compris des procédures pour retendre la peau et les muscles du cou. Cependant, obtenir des résultats durables est un vrai défi.

Le but de cette étude était de caractériser l'efficacité et l'innocuité de la dénervation du muscle platysma pour cette indication. Les auteurs ont effectué une dénervation chirurgicale du platysma, impliquant une coupe sélective de la branche cervicale, réalisée simultanément avec un lifting cervico-facial

chez 8 patients présentant une paralysie faciale unilatérale (en tant que solution pour les bandes de platysma visibles sur le côté non affecté du visage) et chez 1 patient nécessitant un lifting cervico-facial esthétique (chirurgie bilatérale). Les patients ont été surveillés pendant au moins 3 mois après la

chirurgie (dans certains cas jusqu'à 21 mois). Il n'y a eu aucune complication postopératoire majeure. 8 patients n'ont pas pu contracter le platysma après la chirurgie, ce qui a entraîné une

amélioration de l'apparence des bandes platysmales.

Cette étude a démontré l'efficacité et l'innocuité de la technique de dénervation

du platysma. La section de la branche cervicale du nerf facial fournit une solution permanente pour améliorer l'apparence esthétique des bandes platysmales et peut être combinée avec un lifting cervico-facial.

Composite buttock augmentation: the next frontier in gluteal aesthetic surgery

ASLANI A, DEL VECCHIO DA. *Plast Reconstr Surg*, 2019;144:1312-1321.

Malgré une croissance rapide, le lipomodelage des fesses présente un bilan de sécurité lamentable et entraîne souvent une projection d'omale inadéquate. Les implants seuls pour l'augmentation fessière se sont également révélés moins qu'idéaux, avec des taux de complications importants.

L'idée de combiner à la fois les implants et la graisse, comme cela a été décrit dans le sein, a donc été appliquée à la chirurgie des fesses.

147 cas consécutifs d'augmentation des fesses ont été examinés. Le suivi moyen était de 18 mois. La technique d'augmentation composite des fesses a utilisé le plan intramusculaire pour loger l'implant, avec un lipomodelage sous-cutané. Le volume moyen de graisse insérée était de 380 cc et le volume d'implant moyen également de 300 cc.

Les complications comprenaient des déplacements d'implants et des infections de loge prothétique nécessitant une intervention chirurgicale. Il n'y a eu

aucun cas d'embolie pulmonaire, d'embolie graisseuse ou de décès.

À l'instar de l'augmentation mammaire composite, l'augmentation composite des fesses est une nouvelle méthode de remodelage fessier qui cherche à utiliser le meilleur des deux méthodes : la projection de base fiable d'un implant combinée avec l'apparence naturelle due à la graisse. La mise en place intramusculaire d'implants à la place de la graisse devrait éliminer le risque d'embolie pulmonaire fatale chez ces patients.

Gliding brow lift (GBL) : a new concept

VITERBO F, AUERSVALD A, O'DANIEL TG. *Aesthetic Plast Surg*, 2019;43:1536-1546.

Créer la forme et la position idéales des sourcils esthétiques est un objectif important dans le rajeunissement du visage. Le défi d'un lifting des sourcils est de trouver une procédure prévisible qui équilibre les avantages et les inconvénients des stratégies disponibles. Le lifting des sourcils glissants (GBL) est une technique qui fournit des incisions minimales, un lifting des sourcils efficace et stable, et offre l'avantage d'un remodelage précis.

Dans une revue rétrospective, 124 patients ayant bénéficié d'une technique GBL entre novembre 2015 et avril 2016 ont été évalués. Avec des incisions minimales et une infiltration tumescente, le

plan sous-cutané du front, des sourcils et du visage temporal est disséqué, libérant la peau du muscle frontal sous-jacent, du muscle orbiculaire oculaire, du muscle corrugator et du fascia pariétal temporal. La fixation du sourcil repositionné et remodelé est obtenue grâce à l'utilisation d'un surjet hémostatique pour une fixation cutanée temporaire.

La période de suivi moyenne était de 17 mois. Un repositionnement et/ou un remodelage adéquat des sourcils a été réalisé chez 118 patients et 6 ont eu une récurrence bilatérale ou unilatérale de ptose. Parmi ces patients avec récurrence, une ré-exécution de la procédure a été effectuée chez 4 patients dans un délai de

1 mois postopératoire avec un repositionnement et/ou un remodelage réussi du front. Il n'y a eu aucune incidence d'hématome, de sérome, d'infection, de modifications sensorielles permanentes, de dysfonctionnement moteur, de nécrose des lambeaux cutanés ou d'alopécie.

Le lifting des sourcils glissants, qui combine une dissection frontale sous-cutanée avec des incisions minimales, une élévation et un remodelage des sourcils ainsi que l'utilisation d'une fixation cutanée temporaire avec un surjet hémostatique, donne des résultats efficaces et durables, avec de faibles taux de complications et des résultats satisfaisants.

I Revue de presse

Abdominal etching: past and present

AGOCHUKWU-NWUBAH N, MENTZ HA. *Aesthet Surg J*, 2019;39:1368-1377.

Depuis sa première description dans les années 1980, la liposuction a subi un énorme changement de paradigme, passant de la simple élimination de l'excès de graisse sous-cutanée à une procédure d'extrême sophistication et d'élégance qui peut modeler et façonner la silhouette d'un patient, dans le but d'améliorer les résultats esthétiques, tout en se concentrant sur la maximisation de la sécurité et la minimisation des complications. Ces modifications comprennent l'utilisation croissante de la liposuction superficielle sous-cutanée, la liposuction différentielle, l'introduction d'une large gamme de canules et l'utilisation de la greffe de graisse simultanée pour un contour ciblé et un repositionnement des graisses.

>>> Discussion par A. Hoyos

La nouvelle approche de la liposuction se fait de deux façons : l'accès aux

couches superficielles et à la démarche artistique. Cependant, la liposuction a été initialement réservée aux patients présentant des dépôts graisseux locaux ou légèrement obèses, mais peu de choses pouvaient être faites chez des personnes déjà minces ou athlétiques. En fait, ces patients étaient même considérés comme *“fous”*, *“très exigeants”* ou avec des *“attentes irréalistes”*. Simultanément, la perspective du chirurgien était limitée à la connaissance médicale de l'anatomie humaine plutôt qu'à une approche proprement artistique.

C'est pourquoi la sculpture corporelle (3D) se concentre sur la création de *“lumière et d'ombres”* naturelles du corps humain en plus de la greffe sélective de graisses sur plusieurs zones musculaires, créant ainsi un look musclé et en forme. L'atteinte des objectifs de ces *“patients difficiles”* a prouvé que, peut-

être, le problème n'était pas le patient mais plutôt l'absence d'outils pour atteindre ces objectifs. De nouvelles données démographiques sont soudainement devenues des indications de liposuction, comme les sujets minces et les biotypes athlétiques.

En éliminant la majeure partie de la couche profonde de graisse (presque du tissu adipeux qui change avec le gain ou la perte poids) et en laissant la graisse superficielle (plus stable aux changements de poids), les chirurgiens sont maintenant capables de réaliser un vrai corps sculpté. Ce nouveau concept de lipoplastie a permis d'étendre la technique à de nombreuses zones qui n'étaient pas considérées comme des cibles de liposuction jusque-là.

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

réalités

en CHIRURGIE PLASTIQUE



ABONNEZ-VOUS
et recevez la revue
chez vous

FEUILLETER LA REVUE >

ACCUEIL

ARTICLES

CAS CLINIQUES

VIDÉOTHÈQUE

VIE PROFESSIONNELLE

PASSERELLES

REVUE DE PRESSE

CONTACT

Les détatouages

Par A. Lambert, M. Naouri

REVUES GÉNÉRALES

REVUES GÉNÉRALES



Carboxythérapie ou injection sous-cutanée de CO2 en traitement des cernes colorés



Traitement par acide hyaluronique de la dysplasie cervicale et des troubles sexuels



Injection des glandes salivaires dans le cadre du lifting cervico-facial

CAS CLINIQUES



11 AVRIL 2017

Couverture en aigu d'une fracture ouverte de genou

Nous vous présentons ici le cas d'un homme de 61 ans, présentant un traumatisme du membre inférieur droit, suite à...



28 FÉVRIER 2017

Couverture d'une perte de substance proximale de la face dorsale digitale du médius



6 JUIN 2016

Reconstruction pluritissulaire de la face dorsale de la main utilisant la technique des membranes induites associée à du substitut osseux: à propos d'un cas



30 MARS 2016

Une alternative dans le traitement des seins tubéreux sévères



9 JUIN 2015

Rajeunissement facial et injectables

REVUES GÉNÉRALES



16 JANVIER 2020

Traitement par acide hyaluronique de la sécheresse vaginale et des troubles sexuels

REVUES GÉNÉRALES



6 JANVIER 2020

La gestion des glandes salivaires dans le cadre du lifting cervico-facial

DERNIER BILLET D'HUMEUR

BILLET D'HUMEUR



19 JUILLET 2017

Aux frontières de l'Art

Tous nos billets d'humeur

DERNIÈRE VIDÉO

SECTION AU LIGA SURE

J. M. MONTAUD

SERVICE DE CHIRURGIE PLASTIQUE,
HÔPITAL HENRI MONDOR, CRETEIL

Section au Liga Sure

Toutes nos vidéos

+ riche + interactif + proche de vous

GAMMES

CICATRISANTES

BIO-ACTIVES



**EFFICACITÉ
PROUVÉE¹**

**SÉCURITÉ
DÉMONTRÉE¹**



**PLAIES
PROFONDES**

**PLAIES
SUPERFICIELLES**

**CONCEPTION & PRODUCTION
FRANÇAISES**

1. André J. et al. Intérêt de la mèche d'alginate de calcium et de la mèche imprégnée de polyvidone iodée dans le traitement local du sinus pilonidal abcédé. Revue de l'ADPHSO. 1997;22(2):69-74.

ALGOSTÉRIL®, compresses et mèches, est destiné à la cicatrisation, à l'hémostase et à la maîtrise du risque infectieux des plaies. Il est également indiqué en interface du TPN (Traitement par Pression Négative).

COALGAN®/COALGAN®-H sont destinés à l'hémostase et à la cicatrisation.

ALGOSTÉRIL et COALGAN / COALGAN-H sont des dispositifs médicaux, respectivement de classes III et IIb, CE 0459 ; remboursés LPP sous nom de marque avec un prix limite de vente pour les indications :

ALGOSTÉRIL : traitement séquentiel pour les plaies chroniques en phase de détersion et pour les plaies très exsudatives et traitement des plaies hémorragiques.

COALGAN : 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 ne sont pas remboursés.

Toujours lire les notices avant utilisation.

ALGOSTÉRIL et COALGAN / COALGAN-H sont :

- **Développés et fabriqués en France par BROTHIER** 🇫🇷 Siège social : 41 rue de Neuilly, 92735 Nanterre Cedex

- **Distribués par ALLOGA FRANCE. Tél : 02 41 33 73 33**

LABORATOIRES
BROTHIER
www.brothier.com

SERVICE CLIENTS

info@brothier.com

0 800 355 153

Service & appel
gratuits

MTP20BRO01A – Janvier 2020 – ALGOSTÉRIL® et COALGAN®, marques déposées de BROTHIER.
Document destiné exclusivement aux professionnels de santé.