

Revue de presse

Revue de presse de printemps



R. ABS

Chirurgien plasticien, MARSEILLE.

Alors que le cancer apparaît habituellement quand nos défenses immunitaires sont à la baisse, le lymphome anaplasique à grandes cellules associé à l'implant mammaire naît, quant à lui, suite à une surstimulation chronique du système immunitaire. Malgré sa rareté (dans le monde, 35 millions de porteuses d'implants, 573 cas signalés de LAGC-AIM, et 33 décès liés à un retard de diagnostic et de prise en charge), ce nouveau cancer est à l'origine d'un "buzz" qui renvoie à l'actualité. En effet, "la réflexion politique s'est mise au diapason de la frénésie médiatique et a imposé aux responsables sanitaires (haletants) une analyse (catastrophiste) et une philosophie (prudentielle)", commente un journaliste parlant d'un "informavirus".

À ce sujet, les chirurgiens et les scientifiques devraient respecter la diversité des opinions. Les enjeux sont importants et les décennies de connaissances accumulées démontrant l'innocuité et l'efficacité des implants mammaires en silicone sont en danger, nous devons donc nous unir, continuer d'innover et veiller à ce que la sécurité de nos patientes soit préservée.

Bonne lecture !

Does breast implant-associated ALCL begin as a lymphoproliferative disorder?

KADIN ME, ADAMS WP, INGHIRAMI G et al. *Plast Reconstr Surg*, 2020;145:30e-38e.

Le lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM) a été inclus en tant qu'entité provisoire dans la version révisée de la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des tumeurs des tissus hématopoïétiques et lymphoïdes. Pour augmenter les possibilités d'intervenir avec un diagnostic précoce, un traitement et une éventuelle prévention, il est important de considérer que le LAGC-AIM peut évoluer à partir d'un trouble lymphoprolifératif préexistant caractérisé par :

- une maladie localisée (*in situ*) indolente dans environ 80 % des cas signalés ;
- une exigence de stimulation externe des cytokines pour la survie cellulaire ;

- des cellules CD30+ dans certains séromes/capsules cliniquement bénins ;
- une clonalité des cellules T non détectée dans certains cas ;
- des mutations JAK/STAT dans seulement une minorité de cas.

Il peut cependant guérir par capsulectomie et retrait de l'implant dans la plupart des cas.

Le LAGC-AIM ressemble au trouble lymphoprolifératif cutané CD30+ :

- cellules anaplasiques ALK-, CD30+ avec un phénotype aberrant des lymphocytes T ;
- surexpression des oncogènes (JUNB, SATB1, pSTAT3, SOCS3) dans la papulose lymphomatoïde ;

- apoptose fréquente ;
- régression spontanée complète dans la papulose lymphomatoïde ;
- régression spontanée partielle dans le LAGC cutané.

Contrairement au trouble lymphoprolifératif cutané CD30+, le LAGC-AIM ne peut pas être facilement observé au fil du temps pour étudier les différentes étapes de progression vers le LAGC.

Le LAGC-AIM partage également les caractéristiques des lymphomes du tissu lymphoïde associé à la muqueuse, qui sont cliniquement indolents, initialement localisés, entraînés par un antigène et causés par des bactéries

I Revue de presse

Gram-négatives. D'autres études sur les cytokines, la clonalité, les mutations et d'autres biomarqueurs sont nécessaires pour identifier les étapes précancéreuses possibles dans l'évolution des séromes tardifs bénins en LAGC-AIM.

>>> Discussion par M.Y. Nahabedian

Dans cet article, les auteurs posent une question simple sur un problème très complexe et controversé, à savoir : le lymphome anaplasique associé aux implants mammaires (LAGC-AIM) commence-t-il comme un trouble lymphoprolifératif ?

Il est important de comprendre que le LAGC-AIM n'est pas comme les tumeurs malignes traditionnelles que nous traitons généralement, tels le carcinome et le sarcome. Avec ces tumeurs, l'échec de la surveillance immunitaire entraîne la croissance incontrôlée de cellules malignes qui mène au cancer. **Le LAGC-AIM, en revanche, est lié à la surstimulation chronique du système immunitaire.**

Dans le cas des implants mammaires texturés, ce stimulus est présumé être une bactérie. Les preuves actuelles suggèrent que la durée de la manifestation est de 8 à 10 ans. Cependant, 3 questions sont à considérer : quand cette première cellule T maligne apparaît-elle réellement ? Est-ce plusieurs années avant la présence d'un sérome ou d'une masse tardive ? Existe-t-il une phase lymphoproliférative avant la transformation maligne ?

Le concept de LAGC-AIM commençant comme un trouble lymphoprolifératif est plausible si l'on considère qu'environ 76 % des cas de LAGC-AIM se présentent sous la forme d'un épanchement et suivent un pronostic favorable, tandis que 24 % des cas de LAGC-AIM se présentent sous la forme d'une masse solide qui suit un schéma d'infiltration capsulaire, de propagation locorégionale et de mauvais pronostic.

Lors de l'examen des implants mammaires en silicone, **il convient de reconnaître que le silicone est un catalyseur**

pour la stimulation immunitaire. Il y a eu de nombreux rapports anecdotiques de troubles auto-immuns et du tissu conjonctif chez les femmes porteuses d'implants mammaires en silicone. Cependant, les études épidémiologiques des années 1990 et 2000 n'ont démontré aucune association entre les implants mammaires en silicone et ces troubles auto-immuns. Le concept de maladie des implants mammaires a été ressuscité en 2018 avec l'étude de M. D. Anderson démontrant un taux plus élevé de syndrome de Sjögren, de sclérodermie et de polyarthrite rhumatoïde chez les femmes porteuses d'implants mammaires. La voie des implants mammaires conduisant à une surstimulation du système immunitaire générant une réaction allergique, une maladie des implants mammaires ou un LAGC-AIM a été postulée et décrite. Ainsi, la possibilité d'une phase lymphoproliférative ou d'un continuum avant la malignité semble plausible, surtout si l'on considère la nature de la stimulation immunitaire prolongée et ses effets au fil du temps.

Mechanical micronization of lipoaspirates for the treatment of horizontal neck lines

CAI J, WANG J, HU W *et al. Plast Reconstr Surg*, 2020;145:345-353.

Les rides horizontales du cou sont les conséquences du vieillissement. Le gel de la fraction vasculaire stromale (SVF), riche en matrice extracellulaire et en cellules fonctionnelles, peut être obtenu par un processus mécanique incluant un va-et-vient entre deux seringues et une centrifugation. L'intérêt de cette étude est d'évaluer le gel de la SVF dans le traitement des rides horizontales du cou.

Un centre d'études inclut des patientes ayant des rides horizontales du cou classées Fitzpatrick II à V (II ride fine, III ride modérée, IV ride profonde, V ride très profonde) traitées soit avec le gel SVF, soit avec la toxine botulique. Le gel SVF dilué est injecté en sous-cutané, à 5 mm de part

et d'autre le long des rides horizontales chez 28 patientes. La toxine botulique est injectée à raison de 2 U tous les 15 mm chez 22 patientes. Les résultats sont comparables à 3 mois. Pour les patientes avec de fines ridules (classées II), les résultats de la toxine botulique sont meilleurs à 1 mois. En revanche, la satisfaction est largement meilleure chez les patientes dont les rides cervicales sont classées Fitzpatrick III et IV. L'examen histologique révèle une augmentation de la densité du collagène avec le gel SVF.

>>> Discussion par P.L. Tonnard et A.M. Verpaele

Nous avons quelques remarques au sujet de l'étude et de ses conclusions. D'abord,

les auteurs ont-ils comparé deux modalités de traitements pour des indications différentes ? Il est connu que la toxine botulique est efficace pour les fines rides dynamiques. En revanche, pour les rides modérées à profondes avec des cassures bien établies, un produit de comblement est nécessaire pour pallier le manque de volume dans la ride atrophique. Ensuite, les deux modalités de traitement sont difficiles à comparer : non invasive pour la toxine (au cabinet) et invasive pour le gel de SVF (au bloc opératoire, sous anesthésie générale). Cette dernière nécessite une subcision, un comblement sous-dermique à la canule 18 G et des papules intradermiques de gel dilué avec des aiguilles 27 G. Nous ne savons lequel de ces procédés améliore la ride.

Le débat actuel réside dans la question suivante : devons-nous éliminer la partie aqueuse et/ou huileuse après centrifugation comme le font les auteurs ? Cependant, nous continuons

à injecter toute la mixture de la nano-graisse, car nous croyons qu'à côté des cellules mésenchymateuses existent de nombreux facteurs humoraux à découvrir.

Pour conclure, la stratégie de combiner le SVF avec d'autres traitements (acide hyaluronique et toxine botulique par exemple) est à considérer en thérapie régénérative dans le traitement des rides.

Complications after breast augmentation with fat grafting: a systematic review

ØRHOLT M, LARSEN A, HEMMINGSEN M *et al.* *Plast Reconstr Surg*, 2020;145:530e-537e.

L'augmentation mammaire avec transfert de graisse autologue est utilisée comme une alternative aux implants mammaires. Cependant, aucune évaluation systématique des taux de complications après greffe de graisse en utilisant uniquement des études avec des patientes consécutives n'a été réalisée jusqu'ici. Dans cette étude, les auteurs ont compilé des travaux faisant état de taux de complications et de changements radiologiques chez des patientes consécutives subissant une augmentation mammaire esthétique avec greffe de graisse.

Les taux de complications, les changements radiologiques, les rapports d'imagerie mammaire et les évaluations du

système de données ainsi que le nombre de patientes subissant une révision chirurgicale ont été analysés. Les taux de complications moyens et les changements radiologiques ont été calculés avec des méthodes méta-analytiques.

22 études portant sur 2 073 patientes ont été évaluées. Les taux de complications majeures étaient faibles (hématome : 0,5 %, infection : 0,6 % et sérome : 0,1 %). Aucune de ces patientes n'a eu besoin d'une reprise chirurgicale. La complication mineure la plus fréquente était des kystes palpables retrouvés chez 2 % des patientes, 67 % d'entre eux ont été traités par aspiration. Les changements radiologiques chez les patientes après

greffe de graisse étaient les suivants : kystes huileux 6,5 %, calcifications 4,5 % et nécrose graisseuse 1,2 %. Le risque d'être référé pour une imagerie radiologique supplémentaire (par exemple, pour exclure des modifications malignes) était de 16,4 % et celui d'être référé pour une biopsie de 3,2 %.

Après augmentation mammaire avec greffe de graisse, les taux de complications sont faibles et consolident le transfert de graisse autologue comme alternative à l'augmentation mammaire avec implants. Les taux de changements radiologiques sont élevés après greffe de graisse, mais les changements ne semblent pas avoir de conséquences thérapeutiques pour les patientes.

Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma (BIA-ALCL) and the textured breast implant crisis

GROTH AK, GRAF R. *Aesthetic Plast Surg*, 2020;44:1-12.

L'e lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM) est un lymphome CD30+/ALK- à cellules T rare. Le sérome tardif (9 ans) est la présentation la plus courante (90 % des cas). Une combinaison d'implant mammaire texturé, de contamination bactérienne et de prédisposition génétique semble être nécessaire pour que le LAGC-AIM se produise. Il y a 35 millions de patientes porteuses d'implants dans le monde et, à l'heure actuelle, 573 cas de LAGC-AIM

ont été signalés. Le risque de développer le LAGC-AIM en Australie varie de 1/2 832 à 1/86 029, les grades de texture 3 et 4 semblent présenter un risque plus élevé que les grades 2 et 1. Le NCCN a établi des directives pour le diagnostic et le traitement, et un diagnostic précoce est la clé pour guérir. À un stade précoce et pour la grande majorité des patientes, le traitement consiste en une capsulectomie et une ablation de l'implant. Cependant, aux stades II à IV, un traitement systémique est justifié, y compris la

chimiothérapie, la radiothérapie (maladie résiduelle) et le brentuximab védotine. La majorité des patientes peuvent être guéries et l'ablation capsulaire complète est le facteur le plus important.

Jusqu'à présent, 33 patientes sont décédées de LAGC-AIM dans le monde, avec des décès liés à un retard de diagnostic et de traitement. Les implants texturés ont été au centre de la crise actuelle des implants et l'implant Biocell a été rappelé dans le monde entier après la

I Revue de presse

dernière mise à jour de la *Food and Drug Administration* (FDA) sur la maladie. À l'heure actuelle, aucune société médicale ou agence de réglementation

n'a recommandé le retrait de l'implant. Il est grand temps de commencer des registres d'implants mammaires fiables pour déterminer les risques. En outre,

sur la base de critères scientifiques, nous devons considérer tous les avantages et risques associés aux implants mammaires disponibles.

Psychological analysis of non-surgical rhinoplasty

DI ROSA L, CERULLI G, DE PASQUALE A. *Aesthetic Plast Surg*, 2020;44:131-138.

Le but de cette étude est d'analyser les résultats psychologiques des patients bénéficiant d'une correction non chirurgicale des anomalies nasales à l'aide d'injections d'acide hyaluronique réticulé. Nous avons évalué les changements dans la perception subjective de l'apparence nasale après une rhinoplastie non chirurgicale à l'aide du questionnaire d'évaluation des résultats de la rhinoplastie. Une centaine de sujets adultes, sans antécédents de rhinoplastie chirurgicale ou non chirurgicale, ont eu un remodelage non chirurgical à l'aide de l'injection d'acide hyaluronique entre décembre 2016 et décembre 2018. Les points d'injection ont été standar-

disés par les auteurs et répartis selon les sous-unités esthétiques du nez. Les 74 patients (65 femmes et 9 hommes) ont terminé leur suivi d'un an et ont été inclus dans la présente étude.

Le questionnaire se compose de 6 questions et évalue la façon dont les patients perçoivent l'apparence de leur nez et la façon dont ils pensent que les gens autour d'eux la voient. Les résultats de chaque question ont été analysés pour chaque patient, en comparant les résultats sur une période de 12 mois. Les candidats à la rhinoplastie, qu'elle soit médicale ou chirurgicale, sont parmi les plus difficiles à traiter et, fait

intéressant, une littérature substantielle montre que, parmi ces patients, le taux de troubles psychiatriques est plus élevé. Beaucoup de ces patients recherchent une chirurgie esthétique et sont souvent insatisfaits des résultats de leur chirurgie. Les auteurs suggèrent que l'utilisation du questionnaire est non seulement une méthode valable pour évaluer la satisfaction des patients, mais qu'elle pourrait également être un outil pour mettre en évidence certaines des caractéristiques psychologiques des patients bien avant d'effectuer un traitement et qu'elle pourrait aussi aider à identifier les patients potentiellement problématiques.

Progressive improvement in midfacial volume 18 to 24 months after simultaneous fat grafting and facelift: an insight to fat graft remodeling

COHEN SR, HEWETT S, ROSS L *et al.* *Aesth Surg J*, 2020;40:235-242.

Bien que de nombreuses techniques de lifting intègrent la greffe de graisse, les changements à moyen et à long terme du volume facial après ces techniques sont inconnus. Alors que les produits de comblement pour la face ont une durée de vie prévisible, nous savons peu de chose sur les changements de volume facial après une greffe de graisse avec une opération de lifting.

Nous avons évalué un sous-ensemble de patients suivis par imagerie photométrique tridimensionnelle (3D) 18 à 24 mois après le lifting avec greffe de graisse dans les compartiments

graisseux médio-faciaux profonds et les coussinets adipeux buccaux. Les changements de volume ont été mesurés avant et après l'opération tous les 1, 3, 6, 12, 18 et 24 mois en utilisant la photométrie 3D. Au cours de la période de suivi de 1 à 2 mois, le volume facial moyen était de 49,60 % de la graisse initiale injectée. Au cours de la période de suivi de 18 à 24 mois, le volume facial moyen était de 73,64 % de la graisse initiale injectée, indiquant une augmentation du volume médio-facial. Dans 5 zones médio-faciales, le volume facial semblait initialement diminuer (déclin moyen : 49,0 % de l'injection de graisse

d'origine), atteignant 10 mois (intervalle 2-15 mois), pour plus tard augmenter (augmentation moyenne du volume : 95,9 % de la graisse d'origine), culminant à environ 16 mois (extrêmes 4-24 mois).

L'amélioration progressive du volume médio-facial peut en partie être expliquée par la théorie du remplacement du greffon de Suga et Yoshimura, qui suggère que le tissu adipeux greffé meurt immédiatement après la transplantation et est remplacé par des cellules souches ou progénitrices dérivées du tissu adipeux.

The potential role of corticosteroid prophylaxis for the prevention of microscopic fat embolism syndrome in gluteal augmentations

SAFRAN T, ABI-RAFEH J, ALHALABI B *et al.* *Aesthet Surg J*, 2020;40:78-89.

Les auteurs de cette revue systématique ont évalué le rôle potentiel de la prophylaxie aux corticostéroïdes pour la prévention du syndrome des embolies micro-graisseuses dans les procédures d'augmentation fessière. Ils ont effectué une recherche systématique se rapportant à des études sur l'efficacité de l'administration prophylactique de corticostéroïdes et l'incidence du syndrome des embolies micro-graisseuses dans une population de substitution à haut risque.

13 articles répondaient aux critères d'inclusion : 2 études rapportant l'efficacité d'une dose unique de corticostéroïdes intraveineux (IV) pour la prophylaxie des embolies micro-graisseuses, 9 études celle des doses IV prophylactiques multiples et 2 études supplémentaires rapportant l'efficacité des corticostéroïdes inhalés dans ce contexte. Toutes les études ont été identifiées à partir de la littérature orthopédique étant donné qu'aucune n'était disponible directement depuis la chirurgie plastique. L'efficacité prophylactique de plusieurs doses IV de méthylprednisolone ou d'une seule dose plus importante a

été établie, tandis que l'efficacité des corticostéroïdes inhalés reste difficile à atteindre.

Une seule dose peropératoire IV de méthylprednisolone peut être la plus appropriée pour une utilisation par les chirurgiens plasticiens. La sécurité et l'implication de ce traitement sur la cicatrisation des plaies et la survie du greffon graisseux sont discutées. D'autres études évaluant directement l'efficacité de la prophylaxie aux corticostéroïdes dans la population des patients ayant eu une augmentation fessière sont nécessaires. Enfin, les recommandations concernant la prévention, la reconnaissance rapide et la gestion efficace du syndrome des embolies micro-graisseuses sont discutées.

>>> Discussion par O. Garcia

Il est important de différencier les macro-embolies graisseuses du syndrome des micro-embolies graisseuses. En tant que chirurgiens plasticiens, nous devrions tous être familiarisés avec les morts subites survenues lors de greffes

de graisse fessière. En revanche, le syndrome des embolies micro-graisseuses a été décrit il y a près de 150 ans par Ernst Von Bergmann, en 1873. Il a été bien rapporté dans la littérature orthopédique en raison de son association avec les traumatismes squelettiques et les fractures des os longs. Le syndrome est associé à une obstruction des capillaires pulmonaires par des embolies micro-graisseuses typiquement de 10 à 40 microns de diamètre.

La communauté orthopédique a des lignes directrices bien établies pour les personnes qui présentent un "risque élevé" de syndrome des micro-embolies graisseuses à la suite d'un traumatisme squelettique. La communauté des chirurgiens plasticiens n'a pas encore identifié de groupe "à haut risque" parmi les patients recherchant une chirurgie d'augmentation fessière au moyen de transfert de graisse. Cardenas-Camarena a élucidé les différences entre les embolies macro- et micro-graisseuses et a mentionné que l'utilisation de méthylprednisolone pendant la période préopératoire devrait être évaluée à titre préventif.

Breast implant-associated bilateral B-cell lymphoma

CHEN VW, HOANG D, CLANCY S. *Aesthet Surg J*, 2020;40:52-58.

Les lymphomes associés aux implants sont principalement de type lymphome à cellules T, le lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC-AIM) étant le plus souvent signalé. Cela dit, à ce jour, 6 cas de lymphomes à cellules B associés à des implants mammaires ont été signalés.

Tous les cas présentaient une atteinte mammaire unilatérale. Ici, les auteurs

rapportent un cas de lymphome à cellules B de bas grade survenant bilatéralement chez une femme de 34 ans ayant des antécédents d'implants en silicone Poly Implant Prothèse (PIP) à l'âge de 20 ans, un lymphome angio-immunoblastique à cellules T et une greffe de cellules souches de sang de cordon ombilical. Les cellules de lymphome étaient positives pour CD20, CD5, BCL-2, CD21, CD23, IgD, IgM, avec un

Ki67 très faible de 1 %. Néanmoins, les cas de LAGC-AIM associés aux implants mammaires sont rares mais beaucoup plus documentés dans la littérature que les lymphomes à cellules B associés aux implants mammaires, comme chez cette patiente. L'identification d'une relation entre cancer du sein et silicone est toujours en cours dans la littérature, avec un suivi clinique requis à long terme.

I Revue de presse

Validation of a CD30 enzyme-linked immunosorbant assay (ELISA) for the rapid detection of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma

HANSON SE, HASSID VJ, BRANCH-BROOKS C *et al.* *Aesthet Surg J*, 2020;40:149-153.

Le lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM) est un type rare de lymphome non hodgkinien survenant dans le liquide ou la capsule adjacente aux implants mammaires texturés. Le diagnostic de LAGC-AIM chez les patientes symptomatiques nécessite la démonstration de grandes cellules anaplasiques avec une expression uniforme de la protéine CD30 en immunohistochimie.

Les auteurs ont étudié un nouveau test ELISA rapide, réalisable en cabinet et économique pour le dépistage des patientes LAGC-AIM. Un test ELISA *in situ* disponible dans le commerce a été normalisé et validé pour les patientes avec un diagnostic confirmé de LAGC-AIM. Un panel de 9 patientes LAGC-AIM confirmées pathologiquement a été dépisté par des échantillons de sérum, de plasma et d'épanchement périprothétique et comparé au sérum, au plasma et aux séromes tardifs non néoplasiques chez 7 patientes témoins. L'analyse statistique a démontré la cohérence et la fiabilité du test.

Tous les épanchements LAGC-AIM ont démontré une détection ELISA du CD30 à pleine concentration et à toutes les concentrations en série. Les échantillons de sérum LAGC-AIM et tous les échantillons de contrôle étaient négatifs à pleine concentration et dilutions en série (1:100, 1:250, 1:500 et 1:1 000). Les échantillons de plasma LAGC-AIM étaient faiblement positifs à pleine concentration et n'ont révélé aucune activité avec une dilution en série.

Il s'agit de la première étude à démontrer une alternative viable à l'immunohistochimie CD30 pour le dépistage du LAGC-AIM. Cette étude démontre une sensibilité de 100 % dans le liquide de sérome sans CD30 détectable dans les échantillons de sérome bénin. Un ELISA CD30 représente donc un nouveau test de dépistage à faible coût qui peut être utilisé pour dépister les aspirations suspectes de collections de liquide périprothétique.

>>> Discussion par S.D. Turner et P. Wright

Il serait intéressant de voir à l'avenir si l'expression du CD30 peut être détectée

de manière fiable dans le plasma des patientes atteintes de LAGC-AIM, en particulier des cas plus avancés avec masse et maladie métastatique.

Il est à noter que les auteurs montrent que le CD30 peut être détecté dans le plasma des patientes diagnostiquées avec LAGC-AIM, mais uniquement lorsqu'il n'est pas dilué. Un test sanguin ELISA CD30 non invasif pour ces patientes serait une possibilité intéressante qui pourrait également être applicable au suivi de la progression de la maladie. Quoiqu'il en soit, les données présentées montrent que le CD30 peut être détecté avec une sensibilité et une spécificité élevées dans le sérome des femmes atteintes de LAGC-AIM.

Cependant, le test devra d'abord être évalué sur un plus grand nombre de patientes dans le cadre d'un essai. Au moment d'écrire ces lignes et à notre connaissance, il n'existe aucun test de diagnostic *in vitro* approuvé par la FDA pour le CD30 autre que par IHC et cytométrie en flux.

Rehabilitation of the dysmorphic lower eyelid from hyaluronic acid filler: what to do after a good periorcular treatment goes bad

SKIPPEN B, BALDELLI I, HARTSTEIN M *et al.* *Aesth Surg J*, 2020;40:197-205.

Un œdème chronique et de longue durée accompagné de l'effet Tyndall comme réaction retardée à l'injection de comblement d'acide hyaluronique (AH) semble se produire exclusivement dans les paupières. Les auteurs ont cherché à présenter un algorithme de traitement pour la prise en charge des patients atteints d'œdème

chronique des paupières inférieures comme complication retardée de l'injection de comblement d'AH.

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 61 patients présentant un œdème péri-oculaire chronique à début retardé suite à une injection de comblement d'AH sans incident

dans les paupières inférieures ou les joues. Tous les patients ont bénéficié d'une dissolution à la hyaluronidase suivie d'un traitement secondaire. Trois options de retraitement ont été présentées : l'abstention-observation, le traitement secondaire avec une charge d'AH et la blépharoplastie des paupières inférieures.

Tous les patients ont bénéficié d'une dissolution à l'hyaluronidase. L'âge moyen était de 48 ans et 97 % des patients étaient des femmes. Le traitement unique a été efficace chez 92 % des patients, dont 8 % nécessitant une autre injection d'hyaluronidase pour éliminer complètement l'œdème résiduel. 6 patients (10 %) étaient satisfaits après l'hyaluronidase uniquement et 6 patients (10 %) ont

bénéficié d'une blépharoplastie des paupières inférieures. Un traitement secondaire avec une charge d'AH a été réalisé chez 48 patients (80 %). Tous étaient satisfaits des résultats finaux sans autre œdème au cours de la période de suivi.

Un œdème chronique de la paupière inférieure à début retardé est une complication fréquente liée à l'AH et une source

de préoccupation lors de l'examen d'un traitement péri-oculaire contre l'AH. Le traitement antérieur a été limité à la hyaluronidase uniquement ou à la blépharoplastie comme solution secondaire après la hyaluronidase, avec seulement une minorité de patients satisfaits. La hyaluronidase, peu de temps après le retraitement des charges d'AH, est une solution sûre et efficace.

Seins à dessein. Une histoire d'implants mammaires : controverses autour de la silicone et du lymphome anaplasique à grandes cellules-associe implants mammaires

RIVERA JC. *Ann Chir Plast*, 2020;65:1-6.

Depuis l'apparition des implants mammaires au début des années 1960, les générations successives d'implants ont essayé de donner un résultat le plus naturel possible avec le moins d'événements indésirables tels que la rupture ou coque. La régulation d'État (la FDA aux États-Unis et l'ANSM en France) a réagi (parfois surréagi) *a posteriori* suite à une "sale guerre"

entre fabricants, comme dans le cas du moratoire sur le silicone en 1992 et ses soupçons infondés autour du "cancer" ou des "maladies auto-immunes", et à la rigidité d'un directeur de la FDA plus sensible au scandale médiatique qu'aux données scientifiques. Grâce à plus d'une décennie de preuves scientifiques concordantes, l'interdiction fut finalement levée en 2001 en France et

en 2006 aux États-Unis, pour retomber en 2011 sous les feux de la fraude dans l'affaire "PIP" et, depuis peu d'années, suite à l'apparition du LAGC-AIM, une pathologie extrêmement rare impliquant un traitement chirurgical en attendant les résultats des recherches en cours. La façon dont la FDA a fini par reconnaître l'existence de ce type d'événement indésirable grave est décrite.