Revue de presse

Revue de presse de l'hiver

R. ABS
Chirurgien plasticien,
MARSEILLE.

À l'aube de 2021, j'espère que la campagne de vaccination contre la COVID-19 battra son plein et que la vie pourra commencer à revenir à la "normale". En revanche, l'un des changements qui probablement perdurera concerne les conférences virtuelles. De nombreux groupes cependant – parmi lesquels les chirurgiens plasticiens – prospèrent grâce au contact de personne à personne (Nahai F. Does anybody really miss live meetings? *Aesthet Surg J*, 2021;41:137-139). Pourquoi sommes-nous différents ? Nous sommes des personnes très tactiles et celui qui rate l'occasion d'un dialogue animé et informel avec ses collègues a perdu une grande opportunité de développement professionnel. J'adore les réunions géantes et animées et la collégialité qui les accompagne. Alors, les réunions hybrides qui combinent un événement en direct avec des offres virtuelles pourront-elles constituer le futur ?
Il est parfaitement logique que les "règles" des présentations en direct diffèrent de celles des présentations virtuelles et les experts en *e-learning* suggèrent que les sessions de diffusion ne devraient pas dépasser 30 minutes. Personnellement, les réunions en direct me manquent, non seulement en tant que chirurgien pratiquant mais aussi en tant que personne engagée dans la défense de notre spécialité.

A novel absorbable stapler provides patient-reported outcomes and cost-effectiveness noninferior to subcuticular skin closure: a prospective, single-blind, randomized clinical trial

Malard O, Duteille F, Darnis E *et al. Plast Reconstr Surg*, 2020;146:777e-789e.

La suture cutanée profonde est essentielle pour la qualité des cicatrices. Un nouveau dispositif médical a été évalué avec une hypothèse de non-infériorité en ce qui concerne la cicatrice clinique et la rentabilité. Cette étude prospective, en simple aveugle, randomisée et multicentrique a été menée dans 26 hôpitaux français. Les patients ont été randomisés pour être suturés avec une aiguille et un fil conventionnel *versus* une agrafeuse semi-automatique.

664 patients ont été recrutés, 660 ont été randomisés et 649 ont constitué l'analyse complète (agrafeuse, n = 324 ; aiguille, n = 325). Le score de l'échelle d'évaluation des cicatrices des patients du groupe agrafeuse n'était pas inférieur à celui du groupe aiguille à 3 mois ou après 18 mois. La durée opératoire moyenne était de 180 min avec l'agrafeuse et de 179 min avec l'aiguille (p = non significatif). Le temps moyen de suture était significativement plus faible avec l'agrafeuse ($p < 0,001$). Il y a eu 7 expositions professionnelles au sang avec l'aiguille et 1 avec l'agrafeuse. Les deux techniques ne différaient pas significativement en termes de complications (p = 0,41) et le coût supplémentaire d'utilisation de l'agrafeuse était de 51,57 €.

Le résultat de la cicatrisation des plaies n'était pas moins bon à l'aide d'une agrafeuse semi-automatique qu'avec une suture conventionnelle et il était associé à une moindre exposition professionnelle au sang.

Powered rhinoplasty: a simple step-by-step approach

Racy E, Fanous A, Benmoussa N. *Plast Reconstr Surg*, 2021;147:65-67.

La réduction d'une bosse et le rétrécissement de la base nasale sont des étapes très courantes lors d'une rhinoplastie primaire. La plus grande difficulté est d'obtenir des lignes d'ostéotomies stables, un aspect naturel, de belles lignes esthétiques dorsales et l'absence d'irrégularités palpables ou visibles, surtout à long terme. Le chirurgien recherche une technique reproductible, ce qui semble plus réalisable avec des ostéotomies mécaniques (motorisées ou piézoélectriques) qu'avec des ostéotomies manuelles traditionnelles.

Trois vidéos décrivent l'ostéotomie motorisée étape par étape et fournissent une explication claire aux chirurgiens en rhinoplastie.

Breast augmentation surgery: how do we do it? Results of a joint survey from European Association of Societies of Aesthetic Plastic Surgery

Benito-Ruiz J, Redondo A. *Aesthetic Plast Surg*, 2020;44:1957-1964.

Les perceptions, préférences et pratiques actuelles des chirurgiens plasticiens en Europe concernant la chirurgie des implants mammaires ont été évaluées après la controverse sur les implants macrotexturés, le lymphome anaplasique à grandes cellules associé à l'implant mammaire (LAGC-AIM) et le rappel volontaire de tous les implants Biocell. Une enquête comprenant 15 questions sur la sélection des implants et les procédures postopératoires associées à l'augmentation mammaire a été envoyée à tous les membres de l'EASAPS.

Sur 1 473 correspondants, 416 ont répondu à l'enquête. Les pays comptant moins de 10 répondants n'ont pas été inclus dans l'analyse. Au total, 359 répondants (24,4 %) ont été inclus dans l'analyse : 21 (5,8 %) avaient une expérience clinique de moins de 5 ans, 43 (12 %) 5 à 10 ans d'expérience et 295 (82,2 %) plus de 10 ans d'expérience. Concernant le type d'implant, seuls 6,1 % utilisaient un implant macrotexturé. 14 % des chirurgiens recommandent de changer systématiquement un implant Biocell, même sans symptômes ou problèmes (rupture, sérome et contracture capsulaire), 99,7 % envoient la capsule pour une étude histopathologique, 98,9 % effectuent des examens bilatéraux pendant le remplacement des implants en cas par exemple de rupture unilatérale, de contracture ou de sérome et 80,8 % considèrent la capsulectomie comme une technique de prise en charge de la contracture capsulaire de degré III/IV.

La principale conclusion est l'hétérogénéité des réponses et de la pratique, en raison du manque de lignes directrices et de preuves scientifiques sur les implants mammaires. Bien que 22 répondants (6,1 %) seulement utilisent un implant macrotexturé (rond ou anatomique), 71,6 % des répondants considèrent qu'il n'y a pas suffisamment d'informations pour retirer les implants macrotexturés du marché et que ces derniers devraient être autorisés sans restriction ou avec une surveillance des agences de régulation.

The financial impacts of the COVID-19 crisis on the practices of cosmetic/aesthetic plastic surgeons

Arnautovic A, Hamidian Jahromi A, Konofaos P. *Aesthetic Plast Surg*, 2020;44:2330-2334.

La pandémie mondiale de COVID-19 a indéniablement eu un impact sur toutes les facettes des soins de santé, affectant à la fois leur fonction et leur prestation. En raison de l'arrêt de toutes les chirurgies non urgentes aux États-Unis et dans le monde, la vie professionnelle et les pratiques de nombreux médecins ont été négativement affectées.

Les chirurgiens plasticiens esthétiques ont été particulièrement touchés par la pandémie de COVID-19 car la majorité de leurs interventions sont semi-urgentes ou non urgentes. La capacité d'opérer des cas semi-urgents ou non urgents dépend des réglementations de l'État et des autorités locales. Les contraintes financières sur les patients et leur incapacité future à payer pour ces procédures en raison de la récession économique liée à la COVID-19 sont des facteurs à considérer.

Dans l'ensemble, l'objectif pour les chirurgiens plasticiens esthétiques est de faire en sorte que leurs pratiques médicales survivent et de conserver leurs flux de trésorerie. Certaines approches potentielles (développer la chirurgie reconstructrice ainsi que la médecine esthétique) ont été examinées pour maintenir leurs pratiques et leurs moyens de subsistance financiers.

Can outpatient plastic surgery be done safely during a COVID-19 surge? Results of a July 2020 Los Angeles survey and literature review

Teitelbaum S, Diaz J, Singer R. *Aesthet Surg J*, 2021;41:98-108.

Un moratoire a été imposé sur la chirurgie non urgente dans une grande partie des États-Unis à la mi-mars 2020 en raison de l'augmentation du nombre de cas de COVID-19. Plusieurs mois plus tard et avec de nouvelles précautions de sécurité en place, la chirurgie non urgente a progressivement repris. Cependant, aucune donnée n'existe sur la sécurité de la chirurgie plastique pendant la pandémie.

L'objectif de cette enquête était d'évaluer la sécurité de la chirurgie plastique pendant la pandémie en quantifiant la prévalence préopératoire de COVID-19, le risque de COVID-19 postopératoire, les résultats et l'utilisation des ressources précieuses pour de tels cas, et les risques pour le personnel.

Au total, 112 chirurgiens ont signalé 5 633 chirurgies depuis la reprise de la chirurgie non urgente. 103 chirurgiens (91,96 %) ont obtenu un test PCR préopératoire pour chaque patient. Ce test était positif chez 41/5 881 (0,7 %) patients. Dans les 2 semaines suivant l'intervention, des tests positifs sont survenus chez 7/5 380 (0,13 %) patients chirurgicaux, 3/8 506 (0,04 %) patients injectés et 6/2 519 (0,24 %) patients traités par machines délivrant de l'énergie. 9 cabinets ont signalé qu'au moins 1 membre du personnel avait développé la COVID-19. Tous les cas étaient bénins, sans hospitalisation ni décès.

Ces données démontrent que la chirurgie plastique peut être réalisée en toute sécurité lors d'une poussée de COVID-19 par des chirurgiens plasticiens.

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