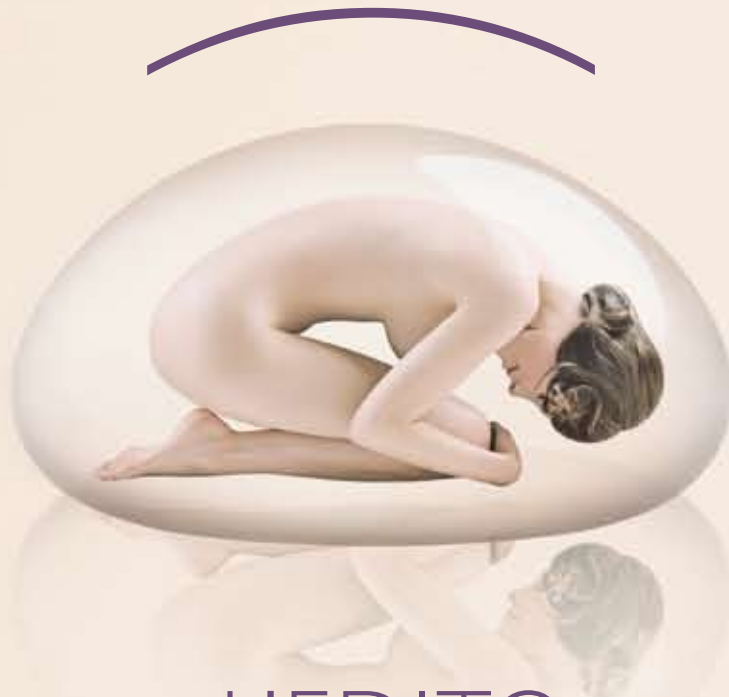


L'EXPANDER

La lettre d'actualités de chirurgie plastique des Laboratoires SEBBIN



L'EDITO

de Diederik Van Goor, Directeur Général Groupe Sebbin



Comme vous le savez, ce début d'année 2012 s'est montré particulièrement déplaisant pour notre profession. La presse écrite et audio-visuelle s'en sont fait largement l'écho en suivant, semaine après semaine, les évolutions du scandale PIP. Le Groupe Sebbin a d'ailleurs apporté aux journalistes, en France et à l'étranger, les réponses qu'il convenait de donner pour rassurer vos patientes

sur le respect des process et des contrôles que subit la fabrication de nos implants mammaires.

Notre laboratoire est un des seuls à avoir ouvert ses portes et vous êtes bien entendu les bienvenus si vous souhaitez découvrir ou re-découvrir le soin particulier que nous apportons à l'élaboration des prothèses que vous avez le talent d'implanter.

Ce mois de mars 2012 sera l'occasion du grand rendez-vous professionnel monégasque. Toute l'équipe Sebbin vous attend sur le Rocher, au Congrès AMWC Monaco, Grimaldi Forum, stand n° F4 du 29 au 31 mars.

En attendant de vous y recevoir et de vous présenter nos dernières innovations, voici notre 3ème édition de l'Expander qui, nous l'espérons, saura vous captiver.

Bonne lecture et à bientôt.

LE MOT

du Docteur Julien Glicenstein

Nous avons décidé de dédier cette 3ème édition de l'Expander à la Jeunesse.

Dans cette optique, le Dr Gilbert Aiach et le Dr Jean-Brice Duron ont choisi de vous délivrer leur « conseil à un jeune plasticien », en abordant une des interventions les plus communes mais pas forcément la plus facile à réussir : la rhinoplastie. Vous retrouverez également mes dernières synthèses d'articles scientifiques qui j'espère vous seront utiles, ainsi que la suite de notre feuilleton sur l'Histoire de la Chirurgie.



Les invités de

L'EXPANDER



Docteur Gilbert Aiach



Docteur Jean-Brice Duron

LA RHINOPLASTIE ESTHÉTIQUE : UNE INTERVENTION PRÉCISE ET DÉLICATE.

La rhinoplastie est une intervention étonnante pour le patient et passionnante pour le chirurgien du fait de sa diversité mais aussi de sa difficulté.

Le but d'une rhinoplastie ne doit pas être nécessairement d'obtenir un petit nez mais un

AU SOMMAIRE

du NUMÉRO 3 :

- La rhinoplastie esthétique : une intervention précise et délicate p2
- Rajeunissement des mains p5
- Lymphomes & prothèses mammaires (suite) ...p6
- Infection péri-prothétique après reconstruction du sein p7
- Injections de graisse et cellules souchesp8
- Etude du ganglion sentinelle dans les mélanomes. Reconstruction mammaire par prothèse : Intérêt d'une matrice dermiquep9
- Age et complications de la chirurgie de réduction mammaire.
- Complications de l'expansion cutanée p10
- Hier/Aujourd'hui : Les oreilles décollées p11
- Flashback sur l'histoire des greffes : Paul Bert : de la greffe animale à l'Instruction Publiquep12

nez équilibré, harmonieux qui s'intègre bien dans le visage et dans l'ensemble de la physionomie de l'individu. Les séquelles de rhinoplasties sont devenues moins sévères. Leur correction, qui nécessite une large expérience de toutes les techniques de rhinoplastie, recourt dans la

majorité des cas à la voie d'abord transcolumellaire et aux greffes cartilagineuses.

Les progrès techniques réalisés ces dernières années permettent une plus grande précision dans l'acte chirurgical et des résultats plus fiables ; parallèlement, la demande est devenue beaucoup plus importante et aussi beaucoup plus exigeante ; en dehors des nez disgracieux ou hypertrophiques, il est de plus en plus fréquent de voir des patients consulter pour la correction d'un défaut modéré.

Une chirurgie conservatrice est toujours souhaitable et peut aller de pair avec un résultat harmonieux, alors qu'au contraire, une modification excessive peut avoir un retentissement fâcheux sur le plan esthétique mais aussi sur le plan respiratoire.

La demande de réduction d'une bosse ou d'une pointe du nez volumineuse est classique et notre attitude est toujours de l'envisager sous un angle conservateur, ce qui permettra d'obtenir un résultat harmonieux et passera inaperçu de l'entourage parce qu'il est naturel. Une modification excessive entraîne fréquemment un affaiblissement des supports de la pointe, du tiers moyen et des ailes nasales avec pour conséquence des défauts esthétiques mais aussi fonctionnels.

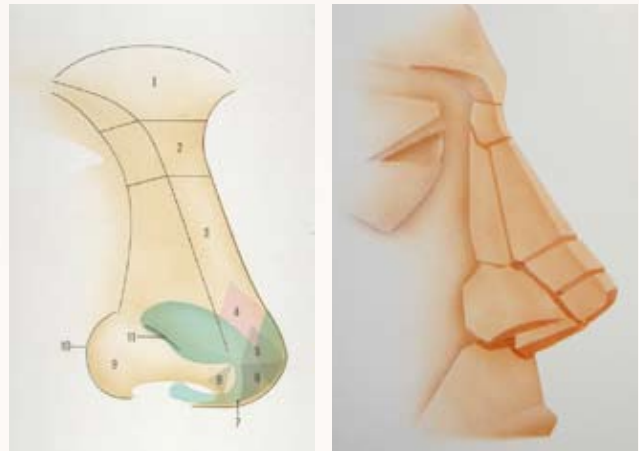
Le résultat d'une rhinoplastie ne dépend pas seulement de l'habileté du chirurgien mais aussi d'une bonne évaluation et d'une compréhension de l'anatomie, de la dynamique et de l'interrelation des structures qui composent la pyramide nasale.

L'ÉVOLUTION DES CONCEPTS DE LA RHINOPLASTIE

Une demande croissante, plus exigeante mais aussi plus rationnelle, un désir de changement modéré avec résultat harmonieux, naturel mais aussi fonctionnel a conduit les chirurgiens, toujours plus nombreux, à améliorer les techniques et à innover.

On peut affirmer que les concepts édifiés par J. Sheen au début des années 80 ont influencé de façon significative la rhinoplastie esthétique et même reconstructrice, apportant des raffinements techniques appréciables. La philosophie de Jack Sheen peut être résumée en deux mots : harmonie et équilibre : le nez implique d'effectuer des résections conservatrices avec préservation ou renforcement

des supports de la pointe, du tiers moyen, des ailes du nez et un usage plus fréquent de greffes cartilagineuses.



Les sous-unités du nez

Les objectifs des greffes cartilagineuses sont, quelles que soient leurs localisations, d'augmenter une zone, de renforcer une structure faible, de modifier et d'améliorer la forme de l'arête, de la pointe, des ailes, et de faciliter le principe de résection conservatrice par le principe d'équilibre : une base de nez large et projetée avec peau épaisse est toujours difficile à réduire et l'utilisation de greffes cartilagineuses au niveau de la racine et de l'arête permet souvent, par un phénomène d'illusion d'optique, d'apporter un meilleur équilibre en se contentant d'une réduction modérée de la base du nez trop creuse, accentuant une bosse ou une pointe du nez trop projetée. Le comblement de la racine du nez par greffe permet une chirurgie plus conservatrice de la bosse ou de la projection de la pointe du nez.

Les greffes cartilagineuses ont également un rôle fonctionnel sur les valves, fonction qui peut être fragilisée en particulier au niveau du tiers moyen (valve interne) et des ailes (valve externe) par l'affaiblissement de la paroi latéro-nasale avec une incidence respiratoire.

LA VOIE D'ABORD TRANSCOLUMELLAIRE

La popularisation et l'engouement pour la voie d'abord externe, décrite en 1934 par E. Rethi, résulte de l'exposition incomparable que procure le relèvement du lambeau columellaire mais aussi de la possibilité d'effectuer grâce à

une excellente exposition et une vue directe des modifications plus mesurées, précises, qu'il s'agisse de résections, de positionnement des greffes cartilagineuses et surtout de leur stabilisation en bonne position.



Trace de l'incision columellaire

TECHNIQUES DE SUTURE

Les nouvelles techniques de suture constituent une méthode remarquable et fiable de correction des cartilages alaires, car elles permettent de modifier leur forme et leur position avec un résultat naturel. Ces sutures sont de préférence effectuées au PDS (5/0) qui est résorbable après 6 mois. L'effet obtenu dépend de l'importance de la traction, de l'épaisseur et de l'élasticité du cartilage ainsi que de la largeur du cartilage et du degré de décollement des tissus de recouvrement. L'effet est plus limité avec des cartilages faibles et en cas de déformations importantes des cartilages alaires.

Les principales indications de ces sutures sont les déformations modérées de la pointe et un manque de définition. La plus fréquemment utilisée est la suture transdômes, permettant le rétrécissement de dômes larges.

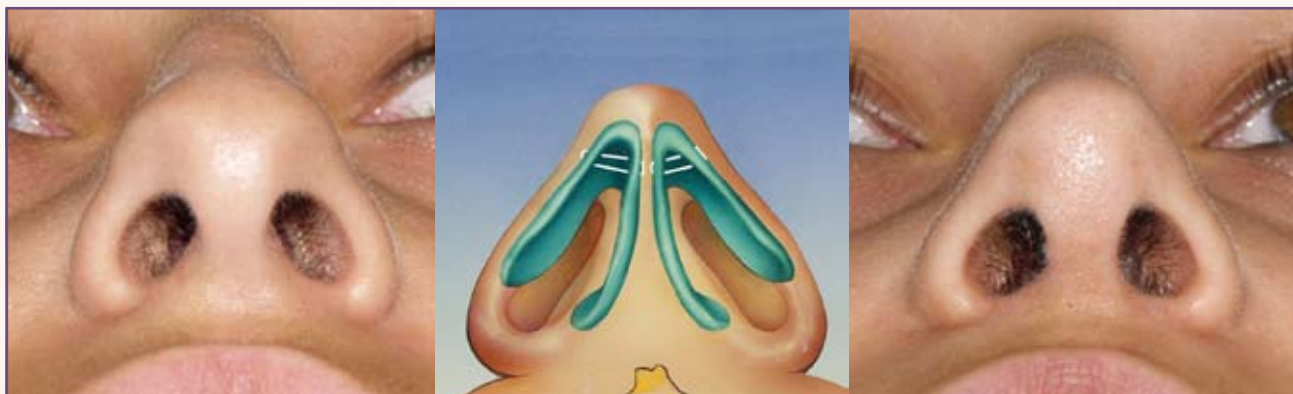
Ces sutures peuvent aussi être utilisées pour corriger une concavité ou une convexité marquée des crus latérales et pour modifier la position, la projection ou la rotation de la pointe.

RHINOPLASTIES SECONDAIRES

De nombreux paramètres entrent dans la correction des déformations du nez : la diversité des types de nez, les variations anatomiques des différentes structures de la pyramide nasale : peau, cartilage, muqueuses ; dans les rhinoplasties secondaires, cette anatomie a été modifiée par la ou les interventions précédentes, ce qui nécessite des reconstructions délicates parfois difficiles. A cela s'ajoute une composante psychologique chez ces patients déçus par leur précédente intervention.

Les rhinoplasties secondaires nécessitent une bonne technique et aussi une bonne compréhension de la dynamique du nez, ce qui signifie que l'on peut observer, malgré une intervention faite correctement, un manque d'harmonie, un aspect de nez refait. Des défauts parfois discrets, comme une légère saillie ou une discrète asymétrie, peuvent être observés quel que soit le chirurgien mais ils doivent être évalués en fonction de l'amélioration obtenue.

Les défauts plus importants sont généralement liés à des fautes techniques : résections excessives et asymétriques qui modifient l'anatomie, altèrent les plans de dissection rendant l'intervention plus difficile, plus longue, plus délicate. Un manque de « sens esthétique » peut être la cause d'un manque de satisfaction.



Suture des dômes permettant un rétrécissement avec une légère augmentation de la projection de la pointe.

Au niveau de l'arête nasale, les résections excessives peuvent entraîner des asymétries, une ensellure, un nez plat, un pincement de la partie moyenne du nez avec, de face, une déformation caractéristique en V inversé à la jonction de la pyramide osseuse et cartilagineuse par rapprochement marqué des parois latérales, un nez trop court avec orifices narinaires visibles de face, à la suite de résections excessives au niveau du bord inférieur septal et de la muqueuse.

La chirurgie de la pointe du nez étant l'un des temps les plus délicats, les défauts observés à ce niveau sont plus fréquents : asymétrie, pincement mais surtout pointe ronde ou insuffisamment projetée et accompagnée d'une voussure sus jacente : « bec de corbin » signant l'intervention.

La correction des déformations secondaires, bien que difficile, est très souvent possible. Elle nécessite l'utilisation fréquente de la voie d'abord externe transcolumellaire et

de greffes cartilagineuses qui permettent d'effectuer des reconstructions anatomiques précises et solides. La qualité de la couverture et du revêtement muqueux jouent un rôle non négligeable dans la qualité du résultat obtenu. Ces techniques sophistiquées sont aussi utilisées dans les malformations nasales telles que les séquelles de fentes naso-labiales ou certaines déformations congénitales avec aplasie plus ou moins importante du nez et du prémaxillaire.

En conclusion, la rhinoplastie doit toujours être une intervention personnalisée. Le but étant non pas d'obtenir un nez plus petit mais un joli nez harmonieux adapté à chaque patient.

Atlas de rhinoplastie et voie d'abord externe
G. Aiach, Ed Elsevier Masson 2009.

RAJEUNISSEMENT DES MAINS.



Les diverses techniques modernes de rajeunissement, médicales (filler, toxine botulique, laser) et chirurgicales, permettent de « rajeunir » ou de préserver les caractères de la jeunesse d'un visage. Mais les mains, en particulier leur face dorsale sociale, indiquent souvent l'âge réel (amincissement de la peau, visibilité des tendons et des veines, taches cutanées). Handel M. décrit une méthode de rajeunissement très simple : on excise une zone cutanée près du bord cubital, dans une zone habituellement peu visible. Après pincement de la peau, la ligne d'incision est tracée sur la face dorsale de la main, au niveau de la tête cubitale, en S, avec une partie cubitale convexe vers les doigts, une partie radiale convexe dans l'autre sens. La peau est décollée au niveau de l'incision sur le tiers proximal de la face dorsale de la main, superficiellement par rapport aux veines qui doivent être préservées.

Une contre-incision médiane détache deux lambeaux qui sont excisés, la main étant placée en position de fonction. Après l'intervention, elle est immobilisée 10 jours. Si on observe les photographies pré et post opératoires, on constate malheureusement que cette mini intervention donne un mini résultat. Dans la discussion de l'article, J.N. Pozner évalue les procédés non chirurgicaux de rajeunissement de la main : ablation des veines par stripping et surtout rétablissement d'un volume sous cutané par « filler » (hydroxyapatite, acide hyaluronique...) ou graisse.

Les résultats présentés après injection de graisse sont convaincants. Quant à l'aspect de la peau, il peut être amélioré par le laser.

Minimal sear handlifts. A new surgical approach.
Handle M. and al. *Aesth Surg J* 2011 31-952-65.

LYMPHOMES

& prothèses mammaires (suite de l'Expander n°2).

Les cas déjà publiés de lymphomes anaplasiques à grandes cellules chez des femmes porteuses d'implants mammaires, sont étudiés par plusieurs équipes américaines, à la recherche de preuves réelles d'un lien entre les deux et de la solidité de ces preuves. Malgré la qualité des équipes et la rigueur des procédés statistiques, les conclusions restent floues : dans les cas étudiés par Mark et col, il n'était pas possible de mettre en cause un type de prothèses : certaines contenaient un gel de silicone, d'autres du sérum physiologique. Les signes cliniques : épanchement tardif péri prothétique, plus rarement tuméfaction. Des signes généraux (fièvre, perte de poids, sueurs) étaient rarement retrouvés. Le diagnostic a été porté en moyenne 9 ans après la mise en place d'une prothèse (pour simple augmentation ou reconstruction).

Aucune patiente dont il est question dans les cas analysés n'est décédée, alors qu'habituellement, les lymphomes anaplasiques à grandes cellules viscéraux ont une forte mortalité.

Sept études prospectives concluaient que le risque, pour une femme porteuse d'une prothèse mammaire d'être atteinte d'un lymphome de ce type était extrêmement faible (1 sur un million). Les auteurs pensent que certains facteurs de risque devraient être recherchés (cancer, psoriasis, maladie coelique, exposition au virus T lymphotropique, etc.).

Dans le même numéro du PRS, est publié

le premier cas de décès lié au lymphome anaplasique à grandes cellules chez une femme porteuse de prothèses mammaires. Il s'agissait d'une femme de 57 ans qui avait eu une augmentation mammaire à 25 ans puis un changement de prothèse. Lors d'un examen motivé par une fièvre avec sueurs et perte de poids, on avait trouvé une adénopathie axillaire et une tumeur du sein. Malgré l'ablation de la prothèse et de sa capsule, une chimiothérapie agressive et une radiothérapie, la patiente mourut au bout de 3 ans. Sans mettre en cause l'importance de cette observation, JB Tebbetts met en évidence les erreurs et les imprécisions de l'histoire clinique. Il est très important pour chacune des nouvelles observations, s'il y en a, de détailler avec précision tous les éléments de l'anamnèse, de l'examen clinique et des caractéristiques de prothèses.

Les observations publiées doivent inciter à la vigilance, mais ne remettent pas en cause la fiabilité des prothèses.

Anaplastic large T-cell lymphoma and breast implants : A review of the literature Jewell M and al. Plast Reconstr Surg ; 2011 ; 128 :651-61.

A patient death attributable to implant related primary anaplastic large cell lymphoma of the breast.

Plast Reconstr Surgery 2011 ; 128 Discussion JB Tebbetts 2011 : 128-119e



EASYFEEL, FEELSAFE
& MICROFILL

3 kits à usage unique
à découvrir.

Une réelle amélioration
des techniques
de lipofilling !

INFECTION PERI-PROTHETIQUE APRÈS RECONSTRUCTION DU SEIN.

L'apparition de signes infectieux ou d'une nécrose cutanée après reconstruction du sein par prothèse signe classiquement l'échec de l'intervention et conduit à l'ablation de la prothèse et au report à une date ultérieure d'une nouvelle tentative de reconstruction.

Pour leur part, les auteurs ont comparé les résultats de 3 méthodes thérapeutiques face à l'exposition ou à l'infection de prothèses (71 cas chez 68 patientes) : l'ablation de la prothèse avec reconstruction immédiate remise à une date ultérieure (45 cas), la tentative de sauvetage de la prothèse (20 cas), la reconstruction immédiate avec tissu autologue (3 cas avec succès). Les germes ne furent identifiés que dans 65 % des cas (habituellement staphylococcus aureus).

Parmi les 45 patientes du premier groupe, 26 n'eurent pas de nouvelle reconstruction ; les 19 autres eurent une reconstruction par une technique variable (6 remises en place d'une prothèse, 6 prothèses associées à du tissu autologue, 7 avec ce dernier seulement). Sur 12 patientes sur lesquelles fut placée une deuxième prothèse, il n'y eut qu'un échec.

Parmi les 20 patientes pour lesquelles fut tenté un sauvetage de la prothèse, il y eut 9 échecs sur 15 en cas de radiothérapie préalable, un seul sur 5 en absence de radiation. La technique dans ce cas consista en un débridement avec capsulotomie et insertion d'un implant de même taille (1 seul succès sur 5) ou de taille inférieure (8 succès sur 15). L'utilisation dans cette deuxième catégorie d'une couverture par lambeau du latissimus dorsi n'améliora pas la tentative de sauvetage (5 explantations sur 8). En conclusion, la remise en place d'une prothèse après infection, n'est suivie de succès qu'une fois sur deux. La radiation post mastectomie est un facteur péjoratif.

Management of exposed, implant-based breast reconstruction and strategies for salvage. Bennett SPH and al. J Plast Reconstr Aesth Surg, 2011,64:1270-1.

Le saviez-vous ?

Marquage CE et FDA.

Que ce soit dans l'Union Européenne ou aux USA, les caractéristiques techniques de sécurité et de performance exigées pour les implants mammaires sont très sensiblement identiques. Aux USA, c'est l'Autorité Compétente (FDA) qui délivre l'autorisation de commercialiser les implants (et les dispositifs médicaux de manière générale) alors qu'en Europe, ce sont les Organismes dits Notifiés (ou ON) des différents Etats Membres qui délivrent cette autorisation (couramment appelée «marquage CE»). Il faut noter que ces ON sont sous le contrôle direct des Autorités Compétentes européennes et n'agissent pas seuls. C'est un lieu commun d'entendre que la FDA est plus «exigeante» que les organismes européens pour délivrer ces autorisations : en fait, c'est un tout autre problème. Il existe une multitude d'Organismes Notifiés européens avec des niveaux d'exigence extrêmement hétérogènes. Certains se positionnent sur un niveau similaire à celui de la FDA, d'autres sont bien en-deçà. De ce fait, des dispositifs équivalents arrivent sur le marché européen avec un volume de données techniques et cliniques très variables, variabilité liée à l'hétérogénéité des Organismes Notifiés. Dans le cas de la FDA, la situation est beaucoup plus simple: elle est le seul intervenant pour le marché américain et par conséquent ses exigences (certes élevées mais

normales) s'appliquent à tous les implants. Par ailleurs, il est maintenant quasiment de notoriété publique que les déviations critiques observées pour les implants PIP n'auraient pas été «immédiatement» détectées par la FDA si ces implants étaient sur le marché américain. La raison fondamentale en est la suivante : après la mise sur le marché des dispositifs médicaux, ni l'ON (aussi sérieux soit-il) ni la FDA ne peuvent contrôler les fabricants sur leurs sites respectifs de manière permanente (c'est-à-dire 24h/24h) : ils interviennent en effet par inspections ponctuelles. Le fabricant est donc intégralement responsable de son engagement à respecter les critères de qualité définis, c'est-à-dire les mêmes que ceux évalués lors de ces inspections des ON et de la FDA. Le fabricant est également totalement redevable (et à juste titre) des décisions volontaires et pernicieuses de ne pas respecter ces mêmes critères et qu'il doit, par conséquent, payer dès que ces décisions de non respect sont détectées et rendues publiques par les organismes de contrôle (ON ou FDA). C'est une problématique globale que l'on soit en Europe, aux USA ou ailleurs.

M. Fouad TARABAH,
Président, Consultant Senior de Stratégical
Conseil en Qualité et Affaires Réglementaires
pour Dispositifs Médicaux



INJECTIONS DE GRAISSE ET CELLULES SOUCHES.

L'attitude des sociétés américaines de chirurgie plastique et esthétique.

Depuis quelques années, des chirurgiens ou des médecins esthétiques utilisent ou prétendent utiliser des cellules souches pour la chirurgie de la face ou l'augmentation mammaire. Dans l'avenir, les cellules souches auront certainement de nombreuses applications médicales. Pour l'ASPS et l'ASAPS, les deux plus importantes associations de chirurgie plastique et esthétique américaines, les applications des cellules souches dans cette spécialité ne sont pas justifiées si elles ne reposent pas sur une base scientifique sérieuse.

Leurs conditions sont les suivantes :

- Il n'y a pas actuellement de preuve que l'adjonction de cellules souches améliore la qualité des greffes graisseuses ni la qualité de la peau.
- Le matériel destiné à extraire les cellules souches doit correspondre à des normes, et être utilisable pour l'Homme.
- Les techniques d'extraction et de purification des cellules souches doivent aussi répondre à des critères scientifiques stricts.

La « task force » constituée par les deux sociétés américaines a revu, dans les banques de données, plus de neuf mille articles, dont seulement une vingtaine donnaient quelques preuves quant à l'efficacité et l'innocuité des cellules souches en médecine esthétique. Elle estime que les termes « technique des cellules souches » ou « traitement par les cellules souches » doivent être réservés à des traitements utilisant uniquement ces cellules et non lors d'injections de graisse les contenant naturellement.

*ASAPS/ASPS position statement on stem cells and fat grafting.
Eaves F. and al Plast Reconstr Surg 2012;
129:285-7.*

ETUDE DU GANGLION SENTINELLE DANS LES MÉLANOMES.

Une équipe de chirurgie plastique d'Oxford en Angleterre a fait le point sur l'intérêt de la biopsie du ganglion sentinelle dans les cas de mélanomes malins, à propos de 694 patients opérés sur une période de 10 ans. Elle a utilisé une lymphoscintigraphie au technetium et une injection de colorant patent blue V. La technique est utilisée pour les patients porteurs de mélanomes de plus d'un millimètre d'épaisseur ou de moins d'un millimètre avec ulcération ou Clark IV ou V.

Le ganglion sentinelle fut recherché, quelle qu'était la localisation de la tumeur primitive. 51% des patients étaient des hommes, avec des lésions plus fréquentes au niveau du tronc. Chez les femmes, les mélanomes les plus nombreux se situaient au niveau du membre inférieur. Les patients furent suivis en moyenne pendant 4 ans. Les études statistiques montrèrent une relation significative entre épaisseur de la lésion et

atteinte du ganglion sentinelle.

Chez 694 patients, on trouva un ganglion sentinelle envahi dans 162 cas (24%). 129 patients sur 162 eurent un curage ganglionnaire (envahissement dans 29 cas). Au bout de 46 mois, la mortalité atteignait 32% en cas de ganglion satellite envahi, 4% dans le cas inverse. En cas de ganglion satellite non atteint, il y eut cependant 10% de récurrences. La technique de prélèvement du ganglion satellite n'est pas exempte de complications (6%) : séromes, lymphoedème, désunion cicatricielle. En conclusion, les auteurs préfèrent... ne pas tirer de conclusion pour le moment.

Sentinel lymph node biopsies in melanoma. The Oxford ten year clinical experience Rughani MG and al. J Plast Reconstr Surg 2011; 64:1284-90

RECONSTRUCTION MAMMAIRE PAR PROTHÈSE : INTÉRÊT D'UNE MATRICE DERMIQUE.

AJ Vardamian a étudié comparativement deux séries de patientes ayant eu une reconstruction mammaire par prothèse, avec ou sans adjonction d'une matrice dermique acellulaire dans sa partie inférieure.

L'étude rétrospective portait sur 337 reconstructions mammaires immédiates (208 avec matrice dermique, 129 sans). La matrice dermique était insérée entre le muscle pectoral et le sillon sous mammaire. Dans l'autre série, la prothèse était placée dans une poche formée par le grand pectoral et le grand dentelé.

Séromes, hématomes, infections ou désunions cicatricielles furent retrouvés dans les deux séries dans des proportions identiques : 33% des patientes eurent une complication mais moins souvent lorsqu'il y avait une matrice dermique.

Les résultats esthétiques furent considérés comme meilleurs avec la matrice dermique acellulaire (sillon sous mammaire mieux placé et mieux dessiné, « coques » et déplacement de la prothèse plus rares).

Les auteurs conclurent qu'une matrice dermique acellulaire recouvrant la partie inférieure de la prothèse diminuait le risque de déformations post opératoires en particulier au niveau du sillon sous mammaire.

Comparaison of implant based immediate breast reconstruction with and without acellular dermal matrix Vardamian AJ and al. Plast Reconstr Surg 2011, 129:403e-410e.

AGE ET COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE DE RÉDUCTION MAMMAIRE.

La chirurgie de l'hypertrophie mammaire est affectée d'un taux de complications légères ou sévères assez élevé (14 à 52% dans la littérature anglo-saxonne), ce qui n'altère pas la satisfaction des opérées. Les facteurs habituellement impliqués dans les complications sont l'indice de masse corporelle élevé, les résections importantes (plus de 1000 grammes par sein) et le tabac.

Les auteurs étudient le rôle de l'âge dans la fréquence de ces complications chez 1197 patientes (2156 seins) opérées en 10 ans au John Hopkins Hospital de Baltimore. La technique utilisée fut dans 60% des cas le « pédicule inférieur », 17% le « pédicule médial », 14% le « pédicule supérieur » avec greffe libre du mamelon et 10% le « pédicule supérieur ». Chaque groupe fut divisé en 2 sections : moins et plus de 40 ans.

Les auteurs trouvent un plus grand pourcentage d'infections, de désunions cicatricielles, et de ré-interventions chez les opérées de plus de 40 ans et surtout de plus de 50 ans. La cytotéatonecrose et les séromes ne sont pas plus fréquents. Il semble que le déficit hormonal qui suit la ménopause naturelle ou post ovariectomie, augmente le risque de troubles de la cicatrisation et que les patientes recevant un traitement hormonal sont mieux protégées. Cependant les conclusions de l'article sont critiquées par A.K. Aldermann et col. qui estiment qu'elles ne répondent pas aux critères de la médecine basée sur des preuves. Beaucoup de facteurs peuvent fausser les conclusions (durée de l'intervention, importance de la résection etc.). L'hypothèse intéressante de la « protection » hormonale mérite une étude prospective.

Increasing age impairs outcomes breast reduction surgery. Shermak MA and al. Plast Reconstr Surg 2011; 128:1182-7. Discussion : Aldermann AK and al p. 1188-9.



Olivier Pérusseu reçoit le Trophée de l'Innovation 2011 de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOFCPRE) pour le Groupe Sebbin lors de son congrès annuel à Paris en novembre 2011.

COMPLICATIONS DE L'EXPANSION CUTANÉE

L'expansion cutanée est un procédé largement utilisé depuis près de 40 ans. Une équipe chinoise a étudié les différents facteurs de risque de complications à partir d'une analyse des articles en langue anglaise publiés entre 1970 et 2010. Elle a sélectionné 42 études rétrospectives en 24 ans, regroupant 5925 patients (une seule étude française, celle de Casanova et col. dans le British Journal of Plastic Surgery 2001).

Les patients avaient entre 8 mois et 67 ans. Le taux moyen de complications a été de 17,44% et la complication la plus fréquente était l'infection (4,58%). Il y eut aussi 3,65% de nécroses, 2,85% d'hématomes ou séromes.

C'est au membre inférieur que le taux de complications est le plus élevé. La reconstruction du sein, qui fait intervenir des facteurs particuliers comme l'irradiation, a aussi un taux important de complications (68% après radiothérapie pour certains auteurs), surtout chez les fumeuses. L'expansion cutanée sous une peau cicatricielle ou brûlée est grevée de plus de complications que sous une peau saine. Cette « méta analyse » confirme par des preuves ce que les opérateurs savaient intuitivement : le plus grand nombre de complications se retrouve au niveau du membre inférieur, chez les fumeurs et en peau irradiée.

Risk factors for complications of tissue expansion: a 20 years systematic review and material, Hung X and al. Plast Reconstr Surg 2011 ; 128 : 787-97.

HIER AUJOURD'HUI

LES OREILLES DÉCOLLÉES.



Figure 1



Figure 2

De nombreux chirurgiens utilisent, pour la correction des oreilles décollées, la technique de Mustardé (1964), c'est-à-dire la plicature de l'authelix et son maintien par des fils non résorbables.

C'est Ely (1850-1885) qui, en 1881, avait fait, oreille après oreille, la première otoplastie. Il avait simplement excisé un morceau de cartilage et de peau.

En 1910, un autre américain Lockett (1875-1929) complétait l'excision cartilagineuse par des points de rapprochement.

Morestin (1869-1919) opéra des oreilles décollées dès 1903, décrivant la déformation cartilagineuse. En 1912, il présenta le cas d'un enfant aux oreilles en « conque » âgé de 3 ans, qu'il avait opéré en 2 temps, à 2 semaines d'intervalle. La technique opératoire est très voisine de celle que décrira 52 ans plus tard Mustardé : excision cutanée, petites incisions qui brisent l'effet ressort de l'authelix et points enfouis maintenant la forme de l'authelix. Et le résultat obtenu fut très bon (fig. 1 et 2).

RENDEZ-VOUS
SUR LE STAND SEBBIN

N°F4 Congrès AMWC
de Monaco
du 29 au 31 MARS 2012.



FLASHBACK

SUR L'HISTOIRE DES GREFFES.

CHAPITRE III. PAUL BERT : DE LA GREFFE ANIMALE À L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Il n'est guère de ville de France, qui ne possède une place, une rue ou un lycée Paul Bert. Le souvenir de Paul Bert (1833-1886) est lié à la naissance de l'Ecole Républicaine dont il définit les principes avec Jules Ferry. Ce que l'on connaît moins, c'est que ce brillant universitaire fut aussi médecin, après avoir été



polytechnicien, docteur en droit, physiologiste, Docteur es Sciences, élève préféré de Claude Bernard et professeur de physiologie à Bordeaux puis à la Sorbonne. Par la suite, Paul Bert devint député, ministre de l'Instruction Publique et des Cultes, puis Résident Général au Tonkin et en Annam. Il mourut à 53 ans du choléra, à Hanoi.

Quel fut le rôle de Paul Bert dans l'histoire des greffes cutanées ? En 1864, il choisit comme sujet de Thèse de médecine : « De la greffe animale ».

En une centaine de pages, il fait une étude complète de la bibliographie ainsi qu'un grand nombre d'expériences de greffes de peau, de cartilage ou d'un organe entier sur l'animal.

Paul Bert définit la greffe animale comme un fragment organique ayant perdu ses connexions, établissant ensuite des attaches nouvelles, d'abord par inhibition, puis par inosculatation (création d'anastomoses vasculaires). Il expérimente des auto, homo et hétérotransplantations de peau, de dents. Il distingue les greffes en 2 temps (comme les autoplasties) et en un temps : ces dernières pour lui étant vouées à l'échec.

Rappelons que lorsque Paul Bert rédigeait sa thèse, la cause des infections et l'immunologie étaient inconnues.

Cinq ans plus tard, un jeune chirurgien suisse, interne des Hôpitaux de Paris (Jean-Louis Reverdin) réussissait la première greffe cutanée chez l'Homme.

Prochain épisode : Reverdin et les greffes épidermiques.

