

réalités



Bimestriel #

3

• Septembre 2013

en CHIRURGIE PLASTIQUE



Le billet d'humeur du Pr V. Duquennoy-Martinot

Rhinoplastie chez les Africains à peau noire

Le bodylift inférieur

Les différentes mastectomies : indications et techniques

Reconstruction d'une perte de substance du nez

Mon expérience du déconventionnement

Sommaire complet en page 2.

réalités

en CHIRURGIE PLASTIQUE

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 S. De Mortillet, Dr P. Duhamel,
Pr F. Duteille, Dr A. Fitoussi,
Dr J.L. Foyatier, Pr W. Hu, Dr F. Kolb,
Dr D. Labbe, 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 T. Colson, Dr G. Karsenti,
Dr N. Kerfant, Dr Q. Qassemyar, Dr B. Sarfati

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr J. Quilichini

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT

Dr J. Niddam

ILLUSTRATION MÉDICALE

Dr W. Noel

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

SECRETARIAT DE RÉDACTION

Agnès Le Fur, Évelyne Kerfant

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

É. Lelong

IMPRIMERIE

Impression : bialec – Nancy
95, boulevard d'Austrasie
CS 10423 – 54001 Nancy cedex
Commission Paritaire : 0515 T 91811
ISSN : 2268-3003
Dépôt légal : 3^e trimestre 2013



Septembre 2013 #3

↳ BILLET D'HUMEUR

- 3** Préférons la bonne humeur !
V. Duquennoy-Martinot

↳ ÉDITORIAL

- 5** Bonne rentrée !
J. Quilichini, J. Niddam

↳ FACE

- 6** Rhinoplastie chez les Africains à peau
noire : les dernières avancées
O. Gerbault

↳ SUPPLÉMENT VIDÉO

- 14** Pose d'implants pour épithèse
auriculaire
Q. Qassemyar, M. Gianfermi

↳ SILHOUETTE

- 15** Le bodylift inférieur
M. Gianfermi

↳ SEIN

- 26** Les différentes mastectomies :
indications et techniques
C. Ozil

↳ SUPPLÉMENT VIDÉO

- 32** Mastectomie
C. Ozil, J. Rausky,
J.B. Duron, M. Revol

↳ CAS CLINIQUE

- 33** Reconstruction d'une perte
de substance de la pointe du nez
J. Niddam, J.P. Méningaud

↳ EXERCICE LIBÉRAL

- 36** Mon expérience
du déconventionnement
V. Kadoch

Un bulletin d'abonnement est en page 4.
Image de couverture : © iStockphoto.com

Préférons la bonne humeur !

Enfin une revue où je peux manifester librement mon humeur du moment plutôt que de bougonner seule dans mon bureau !

Mauvaise humeur contre la main mise de la finance sur notre monde, et la médecine n'échappe pas à cette règle. Il n'est pas un jour sans que les mots barbares d'EPRD, TVA ou amortissement ne résonnent à nos oreilles peu averties sur ces sujets techniques. En femme pragmatique, j'admets bien volontiers qu'une gestion saine des finances, qu'elles soient publiques ou privées, soit une nécessité incontournable pour assurer la pérennité de notre système de santé. Cependant, le "tout financier" qui a actuellement le vent en poupe ne doit pas nous faire oublier que le soin au patient reste le cœur et la justification de notre métier, dont j'ai la prétention de vouloir faire un art.

Mauvaise humeur contre l'amenuisement progressif en peau de chagrin du pouvoir médical au sein de nos établissements, étouffé par l'omnipotence de la machine administrative, chère au système français. Certes, nous récoltons ce que nous avons semé, fruit du désintérêt probable, ou peut-être de la désinvolture de nos prédécesseurs, en matière de gestion au profit de la plus palpitante et plus glorieuse pratique médicale. Et pourtant l'hôpital et la clinique ne peuvent pas fonctionner sans une organisation cohérente orchestrée par les professionnels, nos partenaires nécessaires, qui connaissent et maîtrisent les outils de gestion.

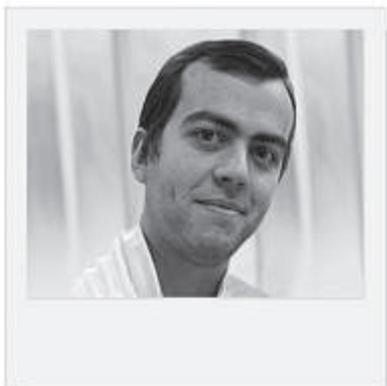
Mauvaise humeur enfin devant la multiplicité des contraintes qui pèsent sur notre quotidien : sécurité, rentabilité, accréditation, contrôle et autre contractualisation... Que de comptes à rendre (le DPC, successeur de la FMC, est le dernier en date). Ces contraintes sont certes utiles, voire nécessaires, mais elles ne doivent pas éteindre le feu sacré de la relation médecin-malade, au cœur de nos pratiques.

Heureusement d'un naturel positif, je préfère partager avec vous – cher lecteur –, ma bonne humeur et mon plaisir chaque jour renouvelé. D'abord, quelle chance est la mienne d'exercer la plus belle des disciplines qui soit (ce jugement n'engage que moi, évidemment). Belle car elle a pour principale vocation d'embellir, reconstruire et réparer les "cassés de la vie". Variée et possiblement innovante, cette chirurgie peut n'être jamais routinière. Elle apporte en outre le bonheur



→ V. DUQUENNOY-MARTINOT
Service de Chirurgie Plastique,
CHRU, LILLE.

Bonne rentrée !



→ J. QUILICHINI
Rédacteur en chef.



→ J. NIDDAM
Rédacteur en chef adjoint.

Chères lectrices, chers lecteurs,

Après des vacances bien méritées, *Réalités en Chirurgie Plastique* fait sa rentrée !

Nous tenons tout d'abord à remercier les auteurs qui ont participé à la rédaction de ce numéro. Comme le dit le Pr Véronique Duquennoy-Martinot dans un billet d'humeur plein d'enthousiasme, notre spécialité est variée et innovante, et le sommaire de ce numéro essaie d'en refléter les nombreux aspects. Ainsi, nous vous proposons, pour ce troisième numéro, des articles consacrés à des techniques de rhinoplastie, de chirurgie de la silhouette après un amaigrissement massif ou de cancérologie mammaire ! Mais la pratique quotidienne ne s'arrête pas une fois la porte du bloc opératoire passée... Dans un climat actuel troublé et devant les menaces qui pèsent sur l'exercice libéral, le Dr Vanessa Kadoch nous fait partager son expérience du déconventionnement.

Nous vous remercions également pour vos commentaires positifs et vos retours encourageants. En effet, les deux premiers numéros ont été pleinement appréciés. Cependant, pour continuer à vous offrir une revue de qualité, indépendante, qui puisse aborder en toute liberté l'ensemble des thèmes de notre spécialité, nous avons besoin de votre soutien ! Celui-ci passe avant tout par votre abonnement à la revue – notre support indispensable pour lequel nous avons souhaité modique. Vous trouverez d'ailleurs dans ce numéro, en page 4, un bulletin d'abonnement vous permettant une déduction en frais professionnels.

N'oubliez pas que *Réalités en Chirurgie Plastique* est également présente sur la toile depuis début juin 2013 à l'adresse www.realites-chirplastique.com. Vous pouvez y déposer des questions pour les auteurs, réagir sur les articles, les cas cliniques, prolonger la discussion ou tout simplement échanger des points de vue, etc.

Enfin, une dernière nouvelle avant de vous laisser à la lecture de ce numéro : *Réalités en Chirurgie Plastique* sera présente au CNIT fin novembre, pour le congrès annuel de la SOFCPRE ! Nous espérons vous rencontrer nombreux sur notre stand pour discuter – autour d'une coupe de champagne et de mignardises – de vos attentes, de vos souhaits d'articles, de votre exercice quotidien, etc. tout en découvrant en avant-première le quatrième numéro de la revue.

Rhinoplastie chez les Africains à peau noire : les dernières avancées

RÉSUMÉ : Les rhinoplasties d'affinement sont des demandes fréquentes des patients originaires d'Afrique noire ou des Antilles.

Pour optimiser le résultat, il est nécessaire de renforcer le support déficient du nez et d'augmenter celui-ci, plutôt que de tenter de l'affiner par une rhinoplastie de réduction.

La stratégie thérapeutique actuelle en 10 temps est décrite, reposant sur la réalisation quasi systématique d'un prélèvement cartilagineux costal qui permet d'utiliser un greffon d'extension caudal du septum, un greffon de pointe, des greffons alaires, un DC-F sur le dorsum. Il s'y associe généralement un dégraissage modéré de la pointe et une réduction des ailes du nez.



→ **O. GERBAULT**
Chirurgien Plasticien,
PEMV, VINCENNES.

Les nez de nombreux Africains d'Afrique occidentale, mais aussi ceux d'un grand nombre d'Antillais, regroupent différentes caractéristiques qui rendent leur affinement très difficile, alors que c'est justement ce que recherche la majorité des patients : avoir un nez plus fin, moins large et mieux défini.

Deux causes essentielles participent à ce manque de finesse :

- l'épaisseur de la peau associée à la présence habituelle d'un compartiment graisseux sous-cutané significatif au niveau de la pointe (entre les dômes) ;
- le manque de soutien de tout le nez, que ce soit le dorsum, la pointe ou la base du nez. Le manque de soutien du dorsum s'explique par la largeur de l'orifice piriforme qui crée un tiers moyen large et ensellé. Le manque de soutien de la pointe s'explique, quant à lui, par des crus latérales habituellement courtes, fines et faibles, un septum court et également peu puissant ainsi qu'un prémaxillaire déficient et rétrus. Le test de soutien de la pointe, consistant à appuyer vers l'arrière sur

la pointe du nez, montre d'ailleurs un déficit tant intrinsèque qu'extrinsèque du soutien de pointe.

Une rhinoplastie devra donc corriger au mieux tous ces éléments ; seule l'épaisseur de la peau ne peut être réduite en dehors du dégraissage et des soins de peau. **Tenter de réduire un nez présentant toutes ces caractéristiques par des résections de cartilage, un dégraissage, une réduction des ailes du nez, etc. ne permet d'obtenir que rarement un bon résultat.** Il est essentiel de bien faire comprendre aux patients que seule une rhinoplastie structurale d'augmentation permettra d'affiner réellement le nez, et qu'il faut donc accepter d'avoir un nez un peu plus projeté et plus rigide pour bénéficier d'un réel affinement.

La stratégie développée depuis 2008 pour traiter les rhinoplasties ethniques africaines et antillaises a comme élément central l'utilisation d'un greffon d'extension septo-caudal de volume important. Comme de nombreux autres greffons cartilagineux sont également

nécessaires (greffon de pointe, greffon de dorsum, greffons alaires, etc.), il est recommandé de prélever un greffon cartilagineux au niveau costal, ce qui permettra d'obtenir tous les greffons cartilagineux nécessaires sans faire appel à une autre zone donneuse (hormis l'aponévrose temporale prélevée au niveau du cuir chevelu sus-auriculaire pour réaliser le greffon composite d'augmentation du dorsum (DC-F)).

Les patients doivent être prévenus des particularités de cette intervention : durée de 3-4 heures ; cicatrices columellaires, péri-alaires, sous-mammaire et temporale ; douleur costale fréquente dans la semaine suivant l'opération, risque très faible de torsion secondaire du greffon d'extension septo-caudal, risque exceptionnel de pneumothorax lors du prélèvement costal. Ils doivent alors mettre en balance ces risques par rapport au bénéfice qu'est l'affinement réel que permet cette technique.

Technique opératoire

1. Premier temps : prélèvement d'un greffon costal cartilagineux

Une incision de 4-5 cm est réalisée au niveau du sillon sous-mammaire chez les femmes ; chez les hommes, cette incision mesure environ 3 cm au niveau thoracique en regard du fragment de côte à prélever. Le plus souvent, c'est la 9^e côte qui est prélevée dans sa portion médiale, sur une longueur de 6 à 8 cm, car elle présente une courbure propice au greffon d'extension septal (**fig. 1**). Le fragment le plus latéral (à droite sur la photo) est utilisé pour les autres greffons cartilagineux, et le fragment médian est vidé de sa partie centrale (médullaire) sur la partie céphalique de sa portion horizontale de façon à ne garder que les deux corticales (**fig. 2**). Ce fragment sera encastré dans le septum selon un procédé tenon-mortaise et suturé solidement à ce dernier. Il réalisera donc un



FIG. 1.

greffon d'extension septo-caudal dont les buts sont multiples :

- rigidifier le complexe alaire en le solidarifiant au septum de façon à obtenir un contre-appui postérieur au greffon de pointe ;
- faire ressortir la columelle souvent rétractée du fait de l'absence naturelle de septum caudal se poursuivant vers le bas et l'avant entre les crus mésiales, comme on peut l'observer sur les nez caucasiens ;
- augmenter le prémaxillaire généralement rétrus.

La partie rectiligne, plus latérale, du greffon est recoupée de la façon suivante :

- les corticales sont coupées en fines lamelles qui se recourbent toujours vers la face externe ; elles seront utilisées comme greffons alaires et éventuellement en greffon de camouflage du greffon de pointe ;
- la partie plus centrale pourra être utilisée comme étai columellaire. Par ailleurs, un greffon de pointe columello-apical est taillé et sera ajusté secondairement selon la forme finale du greffon d'extension septal ;
- enfin, les résidus cartilagineux sont coupés en dés très fins qui permettront la confection d'un DC-F (cf. plus bas).



FIG. 2.

L'incision est refermée en 4 plans : aponévrose musculaire, *fascia superficialis* suturé sur l'aponévrose afin de refixer le sillon sous-mammaire, points inversés sur le derme profond, surjet intradermique.

2. Deuxième temps : prélèvement d'un fragment d'aponévrose temporale profonde

Une incision en V ou en Z est réalisée dans le cuir chevelu, à environ 2 cm au-dessus de l'oreille, en essayant de ne pas être en regard du pouls temporal palpé préalablement pour éviter l'artère temporale superficielle. Un fragment habituellement de 5 × 5 cm est prélevé, puis le site donneur est refermé transitoirement par des agrafes de façon à mettre facilement en banque du cartilage résiduel en fin d'intervention.

3. Troisième temps : rhinoplastie par voie ouverte

Elle est réalisée avec une incision en V inversé, columellaire, reliée de part et d'autre à une incision infra-cartilagineuse qui est toujours quasi haute du fait de la position généralement céphalique des crus latérales sur ce type de nez. La dissection débute au niveau de la pointe en sous-cutané, et non en sous-périchondral comme pour les nez caucasiens, permettant de retirer ainsi un peu d'épaisseur de tissu sous-cutané sans endommager les plexus dermiques qui sont d'autant mieux protégés qu'une hydrodissection à la xylocaïne adrénalinée est faite préalablement. La graisse interdomale est ensuite disséquée en recommençant la dissection de la pointe au niveau des crus intermédiaires en sous-périchondral, ou juste en supra-périchondral, et en poursuivant cette dissection vers le haut.

Un temps d'évaluation des crus latérales est alors effectué : elles sont habituellement faibles, plutôt courtes, convexes et orientées de façon très céphalique. Il est tentant d'en réséquer une partie céphalique pour diminuer la largeur de la pointe, mais ces cartilages jouent un rôle minime dans la largeur de la pointe (comparé au manque de soutien de la pointe) et surtout ils seront distendus lorsque le complexe des crus latérales sera suturé sur le greffon d'extension septal.

Pour terminer, la pyramide nasale est disséquée en sous-périchondral ou en sus-périchondral immédiat, tout en limitant l'extension sur les côtés, de façon à créer une loge à peine surdimensionnée pour le greffon d'augmentation du dorsum.

4. Quatrième temps : dissection extramuqueuse de la cloison

Il s'agit du temps de dissection extramuqueuse de la cloison par abord dorsal initialement, de façon à disséquer largement le septum membraneux qui doit être méticuleusement épargné de toute brèche. Une incision transfixiante est alors effectuée pour solidariser ultérieurement le greffon d'extension septal. À travers celle-ci, le prémaxillaire est largement disséqué et l'épine nasale est repérée quand elle existe (ce qui n'est pas fréquent sur ces rhinoplasties ethniques). Cette dissection large permettra d'augmenter le prémaxillaire, habituellement rétrus, et d'effectuer éventuellement, de manière plus efficace, une suture de cintrage entre les deux ailes du nez en fin d'intervention. En cas d'épine nasale consistante, un trou est réalisé parallèlement au prémaxillaire de façon à stabiliser encore plus efficacement le greffon d'extension septal, lorsque celui-ci est introduit et stabilisé.

Une évaluation du septum est alors effectuée : dans la grande majorité de ces nez ethniques, le septum est droit mais très court tant dans sa partie dorsale (expliquant l'ensellure) que – surtout – dans sa partie caudale (expliquant la rétraction columellaire). L'intégrité du septum est conservée pour permettre de suturer solidement, en plusieurs points, le greffon d'extension septal. Ainsi, aucun prélèvement septal n'est effectué.

5. Cinquième temps : réalisation du greffon septal

Il s'agit du temps le plus important de l'intervention : celui de la réalisation

du greffon d'extension septal destiné à recréer le septum caudal déficient, mais également à rigidifier la pointe du nez pour permettre d'y apposer un greffon de pointe qui sera alors parfaitement efficace (alors que celui-ci sera repoussé partiellement vers l'arrière si la pointe est laissée intacte). Habituellement, ce greffon peut aussi donner du volume sur la zone du prémaxillaire déficient, de façon à ouvrir l'angle labio-columellaire tout en diminuant l'impression de pointe plus projetée qu'impose cette technique.

Ce greffon est initialement surdimensionné, puis la partie centrale "médullaire" du cartilage costal est vidée sur le versant céphalique de la zone qui correspond au bord caudal du greffon, de façon à pouvoir l'encastrier ultérieurement sur le septum caudal. Ensuite, le greffon est positionné sur le septum caudal et l'épaisseur de corticale à réséquer sur son bord caudal est évaluée. Puis, le greffon est éventuellement solidarisé à l'épine nasale, si celle-ci est présente, par un fil de PDS 4/0. Il est définitivement encastré dans le septum caudal, positionné de façon optimale et fixé dans cette position par deux aiguilles de 23 G.

Une première diminution de l'épaisseur du greffon est alors effectuée par résection des versants corticaux externes de celui-ci, de façon à ne pas élargir la columelle ou bloquer les orifices narinaires. La seule zone où le greffon n'est pas réduit en épaisseur est sa partie la plus caudale, en regard du prémaxillaire, afin d'augmenter celui-ci. Le greffon est suturé avec du PDS 4/0 au septum, par des points en U, au travers de l'abord transfixiant initialement réalisé : au moins 3 sutures sont effectuées en différents points. À ce stade, la mobilité du greffon sera testée. Il persiste habituellement une certaine mobilité vers le haut qu'il est essentiel de corriger pour éviter une rotation céphalique de la pointe.

Ensuite, l'excès de longueur, volontairement laissé sur la partie antérieure



FIG. 3.

et céphalique du greffon, est recoupé de façon à ce que celui-ci vienne très exactement toucher l'angle antérieur du septum. Cette butée postérieure du septum au niveau de son angle antérieur sera le garant de la stabilité du greffon d'extension septal (fig. 3). S'ensuit alors un deuxième temps de désépaississement *in situ* du greffon, lequel est réduit au maximum sur ses deux faces externes. La zone où la réduction de volume est la plus importante est au niveau de l'angle septal, de façon à ne pas obstruer la valve interne et ne pas créer de surépaisseur au niveau de la pointe dans sa partie suprapicale (fig. 4).

6. Sixième temps

Une fois que ce pilier central est solidement amarré et fixé, les crus méiales et intermédiaires peuvent être suturées sur celui-ci au PDS 5/0, ce qui a pour effet de rigidifier la pointe en la solidarissant au septum par l'intermédiaire du greffon d'extension septale (fig. 5). La pointe peut ainsi être plus ou moins avancée le long de ce rail médian, diminuant la largeur des ailes du nez d'autant plus que la pointe est avancée. Plus la pointe est avancée, moins la convexité des crus latérales est marquée, rendant généralement inutile leur résection partielle. Elles sont par ailleurs faibles, il est



FIG. 5.

donc préférable de les conserver entièrement pour qu'elles assurent leur rôle de soutien. Une suture interdomale permet d'achever de reconstruire la pointe et l'unifiant pour servir de plateforme solide au greffon de pointe.

7. Septième temps

En effet, un greffon de pointe provenant du cartilage septal est le plus souvent suturé sur le complexe alaire pour améliorer la définition de la pointe, mais également augmenter la longueur de l'infratip très souvent déficient sur ce type de nez, dont les crus intermé-

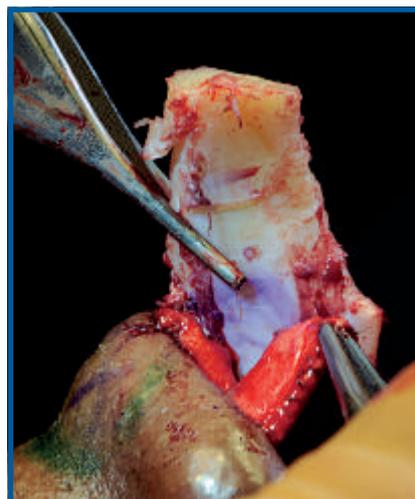


FIG. 4.



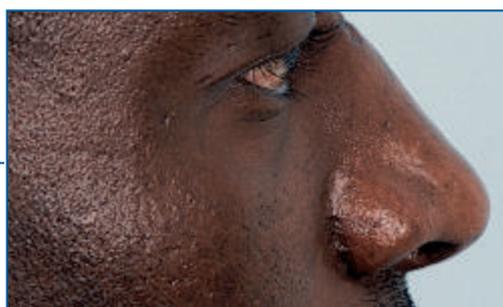
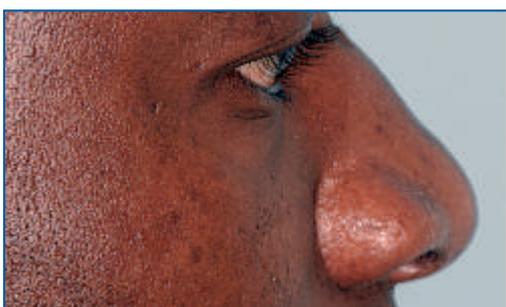
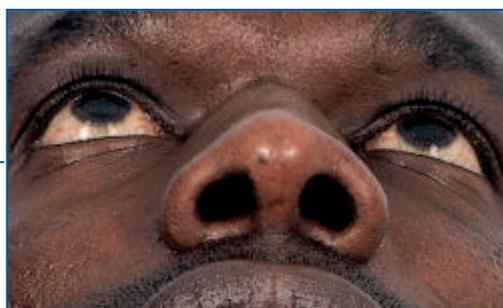
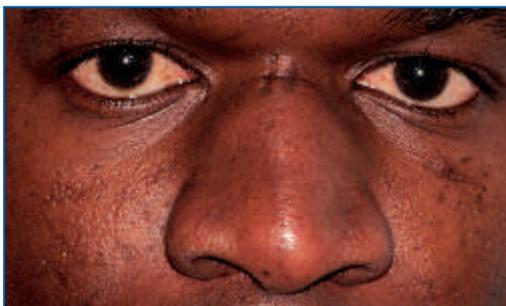
FIG. 6.

diaires sont très peu marquées (fig. 6). L'angularité des bords de ce type de greffon de pointe est plus "agressive" que celle des greffons utilisés chez des patients à peau plus fine, car on souhaite justement imprimer sous la peau de pointe très épaisse les reliefs désirés : ceux-ci apparaissent progressivement, habituellement après bien plus d'une année.

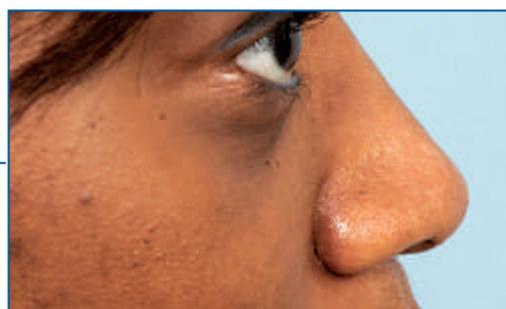
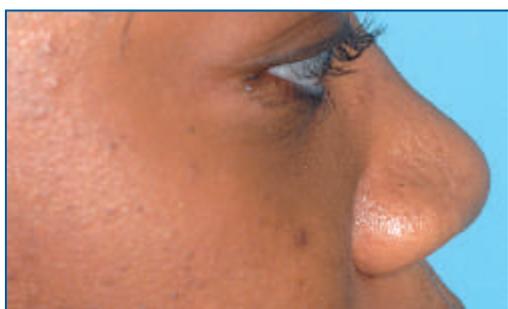
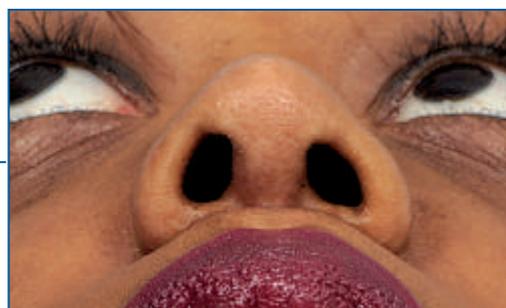
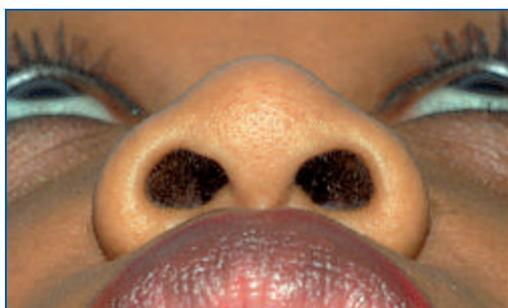
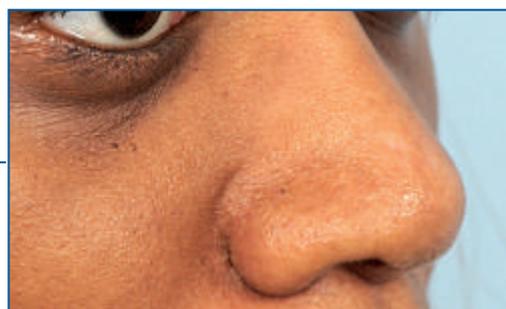
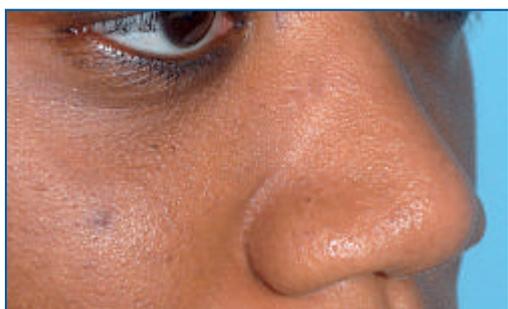
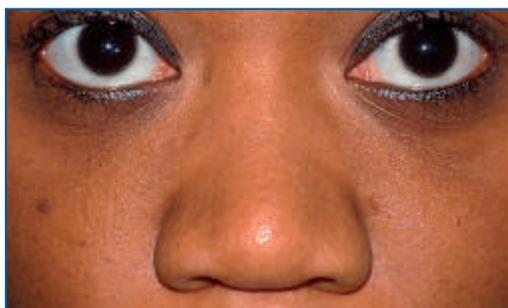
Concernant les ostéotomies, elles sont assez rarement pratiquées car, même si la base osseuse est souvent large, l'augmentation du dorsum réduit cette perception de largeur. De plus, les os propres sont

FACE

Cas clinique 1: Patient d'origine africaine. Rhinoplastie d'affinement. Résultat à 1 an.



Cas clinique 2 : Rhinoplastie d'affinement chez une jeune femme africaine. Résultat à 1 an.



FACE

souvent courts, ce qui les rend moins stables après ostéotomies. Cependant, en cas d'os propres très écartés avec un tiers supérieur trop large de la pyramide nasale, des ostéotomies paramédianes, latérales basses et transverses seront effectuées

8. Huitième temps

Enfin, un DC-F est confectionné et introduit pour augmenter le dorsum de façon à corriger l'ensellure, affiner le dorsum et rééquilibrer le dorsum avec la pointe (*fig. 7 et 8*). Rappelons que le DC-F est composé d'un feuillet externe d'aponévrose temporale profonde et de morceaux de cartilage coupés en dés fins, de moins de 1 mm de côté.

Dans un premier temps, la largeur et longueur de l'unité esthétique du dorsum sont mesurées. Puis, ces dimensions sont reportées sur le feuillet d'aponévrose, en multipliant la largeur par 2 et en y ajoutant 3-4 mm, car cette aponévrose va être repliée sur elle-même puis suturée sur son bord latéral et céphalique avant d'injecter dans ce tube les dés introduits préalablement dans une seringue de 1 cm³ de type tuberculine. Dans ces cas de rhinoplasties ethniques, le cartilage provient du greffon costal prélevé. Selon l'augmentation désirée, 1 à 2 seringues de 1 cm³ seront nécessaires, parfois davantage chez des hommes ou en cas d'ensellure très marquée. Le DC-F est stabilisé à sa partie céphalique (en regard des os) par des points transcutanés de vicryl rapide 5/0. Une fois en place sur le dorsum, le DC-F est remodelé en purgeant l'excès de dés cartilagineux de façon à obtenir la ligne de profil souhaitée une fois l'incision columellaire transitoirement suturée par 3 points.

Ce temps permet de vérifier la largeur et la hauteur du dorsum, d'évaluer la pointe dans toutes ses dimensions ainsi que son angle de rotation, puis le prémaxillaire. Si ce dernier reste encore insuffisamment augmenté malgré le greffon d'extension septal, une incision de 2 mm est pratiquée

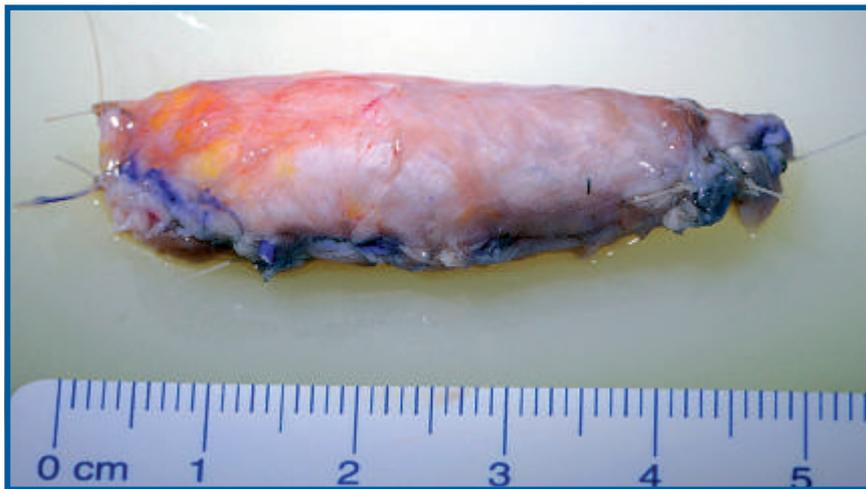


FIG. 7.

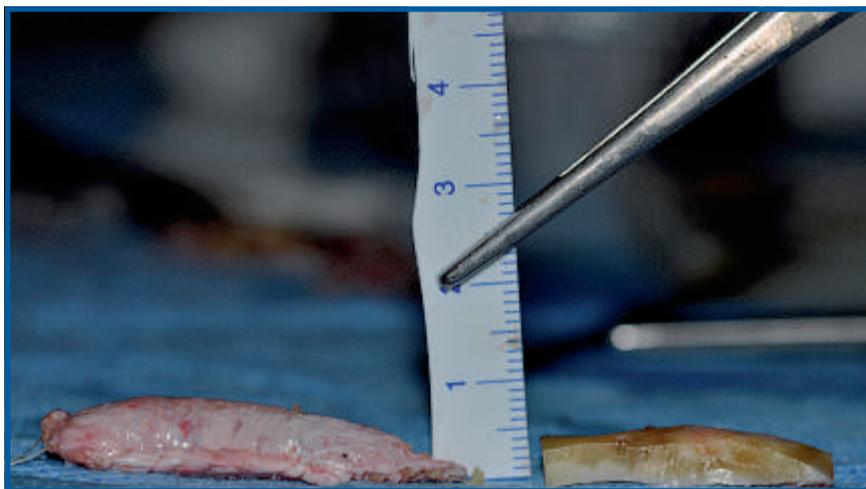


FIG. 8.

dans chaque orifice narinaire au niveau du plancher, ce qui donne accès à la dissection préalablement effectuée du prémaxillaire. Des dés de cartilage sont alors injectés dans cet espace pour corriger la rétrusion prémaxillaire.

9. Neuvième temps

Une fois que toutes les caractéristiques du nez modifié sont considérées comme satisfaisantes, il reste à réduire la base du nez par une résection concernant l'ailé du nez et le seuil narinaire. Dans un premier temps, des greffons très fins ont été taillés sur la corticale externe

du greffon costal, ce qui leur donne une courbure vers la corticale externe mise à profit de façon à suivre la courbure du rebord narinaire. Ces greffons sont retaillés et biseautés sur leur bord antérieur pour ne pas être perceptibles au niveau de la pointe. Chaque greffon alaire est introduit dans un tunnel longeant le rebord narinaire et stabilisé par 1 ou 2 fils transcutanés, notamment dans la région juxta-apicale.

10. Dixième temps : résection alaire

La résection alaire doit être réalisée très méticuleusement en faisant d'abord la

première incision dans le sillon alaire, en poursuivant dans le seuil narinaire et en arrondissant la ligne de résection. Ensuite, l'aile du nez est désinsérée au bistouri électrique, ce qui signifie que les muscles sous-jacents sont incisés pour permettre un enroulement harmonieux des ailes du nez. Une pince d'Adson-Brown saisit alors l'aile du nez et la positionne de façon optimale vers l'intérieur pour réduire l'aspect épaté et la largeur du seuil. Un dessin est alors reporté sur la peau de l'aile du nez de façon à effectuer une résection parfaitement adaptée à l'enroulement et à la réduction désirés. Deux points inversés de PDS 4/0 permettent de repositionner solidement les ailes du nez afin de retirer les points cutanés de prolène 5/0 à J5 et éviter ainsi des marques sur cette peau généralement épaisse.

Toutes les incisions sont soigneusement suturées. Si une quantité significative de cartilage reste, elle sera découpée en tranches et mise en banque dans la région temporale après avoir retiré les agrafes. L'incision est alors refermée en 2 plans.

Des attelles de Doyle sont positionnées, de même qu'une attelle externe thermoformée pour bien protéger le DC-F.

Discussion

Les rhinoplasties ethniques sur nez de type "africain" – c'est-à-dire regroupant les caractéristiques anatomiques et tissulaires précédemment décrites particulièrement défavorables pour l'obtention d'un affinement substantiel – sont un véritable challenge et une entité à part en rhinoplastie. Il est classique d'effectuer une rhinoplastie (fermée ou ouverte), avec dégraissage de la pointe et résection de la partie céphalique des crus latérales afin d'affiner la pointe en y associant parfois un greffon de pointe pour améliorer la définition. Il est également habituel d'y associer une augmentation du dor-

POINTS FORTS

- ➔ Expliquer aux patients les avantages et inconvénients d'une stratégie thérapeutique plus "lourde" et complexe que les rhinoplasties de réduction classiques (même associées à l'utilisation d'un greffon de pointe). Expliquer également que l'œdème postopératoire sera plus prolongé que pour une technique "classique".
- ➔ Commencer par prélever un morceau de cartilage d'au moins 5 cm de la 9^e ou de la 8^e côte, qui est fragmenté en plusieurs éléments :
 - un greffon d'extension septo-caudal vidé en son centre sur un des côtés de façon à être encastré dans le septum. Ce greffon sera ensuite aminci et taillé de façon à venir buter à sa partie céphalique sur l'angle antérieur du septum ;
 - des greffons de rebord narinaire prélevés sur la partie externe du fragment costal ;
 - un greffon de pointe columello-apical, retaillé dans la partie centrale du greffon costal.
- ➔ Prélever un fragment d'aponévrose temporale profonde pour réaliser un greffon composite d'augmentation du dorsum (DC-F) en l'associant avec des morceaux de cartilage coupés en dés très fins. Ce greffon sera remodelé *in situ* pour augmenter de façon adéquate le dorsum.
- ➔ Suturer le complexe alaire cartilagineux sur le greffon d'extension en retaillant ce dernier afin d'être adapté à la position finale souhaitée des crus latérales et des dômes qui sont solidarisés par des sutures. Le greffon de pointe est alors suturé sur ce complexe alaire rigidifié qui sert de plateforme postérieure solide.
- ➔ Positionner les greffons alaires affinés dans des tunnels disséqués le long des rebords narinaires.
- ➔ Terminer par les réductions cutanéomuqueuses adaptées des ailes du nez.

sum ensellé par greffon cartilagineux monobloc prélevé sur le septum ou sur les oreilles, voire pour certains d'utiliser un implant. Enfin, les ailes du nez sont réduites par résection cutanée de celles-ci, associées éventuellement à une réduction de la largeur du seuil narinaire. Cette stratégie aboutit cependant à des résultats souvent imparfaits, car ces nez qui manquent déjà de structure ne sont pas restructurés.

>>> Tenter d'affiner une pointe large en enlevant du tissu sous-cutané et des fragments de cartilage des crus latérales très

flaccides est voué à un résultat insuffisant, voire à une aggravation de l'aspect non défini de la pointe. C'est pour cela que l'adjonction de greffon de pointe est habituelle, mais l'effet de ce greffon est réduit par l'absence de contre-appui postérieur, lié au déficit septal et à la faiblesse des crus latérales. L'utilisation d'un greffon d'extension septo-caudal est donc essentielle pour rigidifier le complexe alaire et autoriser un appui postérieur efficace au greffon de pointe.

>>> L'augmentation du dorsum nécessite du volume : les greffons cartilagineux

FACE

habituellement utilisés – provenant du septum ou de la conque, parfois suturés en plusieurs épaisseurs – font le plus souvent l'affaire. Leurs éventuelles imperfections sont en général masquées par l'épaisseur de la peau du dorsum. Les seuls défauts parfois perceptibles sont liés au déplacement du greffon qui devient visible ou perceptible sur l'un des murs latéraux. Un nez très ensellé peut être difficile à corriger par simple apposition de greffon septal ou conchal, d'autant que le septum est souvent très déficient sur cette configuration de nez ; les oreilles sont également souvent petites avec des greffons courbes qu'il n'est pas aisé de rendre rectilignes et d'adapter aux caractéristiques de l'ensellure. Ces greffons de conque peuvent également se recourber avec le temps et, enfin, le risque de chéloïde sur les cicatrices auriculaires est assez élevé. L'utilisation d'un greffon costal monobloc pour augmenter le dorsum en cas d'ensellure notable est une technique de référence, mais elle comporte un risque de torsion imprévisible avec le temps. Les implants ont, quant à eux, leurs propres complications : infection,

déplacement, extrusion. En réalité, la suite défavorable la plus habituelle est l'affinement du dorsum avec le temps du fait de la pression de ce corps étranger.

L'utilisation du DC-F pour augmenter le dorsum présente plusieurs intérêts : elle permet d'utiliser les résidus de cartilage coupés en dés très fins pour augmenter de façon différentielle le dorsum selon les zones ; le remodelage du greffon *in situ* autorise une augmentation très précise du dorsum ; la stabilisation du DC-F est très simple, grâce à des fils transcutanés au niveau de la partie céphalique et des sutures internes aux triangulaires et au septum pour la partie caudale ; enfin, ce greffon composite ne peut pas se tordre avec le temps, et il ne se résorbe pas en l'absence d'infection.

>>> Affiner les ailes du nez est une procédure bien codifiée. Cette résection cutanée et muqueuse est presque toujours utilisée pour réduire la largeur des ailes épatées du nez et celle des seuils narinaires. Elle est très efficace mais peut créer des déformations du rebord narinaire, donnant notamment une encoche

de la zone du triangle mou. Ce risque est encore plus élevé lorsqu'un greffon de pointe volumineux est utilisé. Afin de l'éviter, il est utile d'armer le rebord narinaire par un greffon très fin. Ce greffon de rebord narinaire est d'autant plus indiqué que la résection cutanée est marquée.

Conclusion

Cette stratégie de traitement des rhinoplasties ethniques est contraignante, car elle nécessite une certaine courbe d'apprentissage et un temps d'intervention moyen de 4 heures. Il est alors nécessaire de mettre en balance les bénéfices attendus quant à la qualité du résultat avec cette contrainte opératoire. Cependant, il est clair qu'une rhinoplastie structurelle d'augmentation bien menée permet d'obtenir une qualité de résultats inégalée jusqu'à présent.

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

SUPPLÉMENT VIDÉO



→ Q. QASSEMYAR, M. GIANFERMI

Service de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, CHU Nord, AMIENS.

Pose d'implants pour épithèse auriculaire

Ce film présente la pose d'implants extra-oraux mastoïdiens, pour mise en place d'une épithèse d'oreille. Cette technique simple permet de réaliser la pose des implants dans le même temps que l'exérèse chirurgicale carcinologique. L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale, ce qui diminue la morbidité du geste chez des patients généralement âgés et polypathologiques.

Retrouvez cette vidéo :

– à partir du flashcode* suivant

– en suivant le lien :

<http://tinyurl.com/epitheseauriculaire>



* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.

Le bodylift inférieur

RÉSUMÉ : Le développement de la chirurgie bariatrique, son efficacité et la diminution des complications sont à l'origine d'amaigrissements importants. La population de patients présentant des séquelles d'amaigrissement majeures ne cesse donc de croître.

Le bodylift inférieur, décrit par J.F. Pascal, offre une réponse de choix aux impératifs du traitement des séquelles d'amaigrissement de l'abdomen et de la région glutéale. Néanmoins, cette intervention est réputée difficile et source de complications. Un examen clinique complet et orienté, un planning préopératoire réfléchi ainsi qu'une chirurgie rigoureuse permettent d'obtenir d'excellents résultats avec une morbidité faible.

Nous détaillons le parcours d'une telle chirurgie, allant de la consultation préopératoire jusqu'à la prise en charge d'éventuelles complications. Nous insisterons sur les critères de sélection des patients candidats à une chirurgie de type bodylift inférieur, les points clefs de l'intervention et le suivi postopératoire.



→ **M. GIANFERMI**
Service de Chirurgie plastique,
reconstructrice et esthétique,
CHU Nord, AMIENS.

Le développement de la chirurgie bariatrique, son efficacité et la diminution des complications sont à l'origine d'amaigrissements massifs [1, 2] dont le corollaire a été la nette augmentation des demandes de traitement des séquelles d'amaigrissement. De nouvelles techniques se sont développées, d'autres se sont affinées et adaptées à ces patients en post-chirurgie bariatrique. Nous nous intéresserons dans cet article au traitement des déformations de la partie inférieure du tronc.

Le bodylift, décrit en 2002 par J.F. Pascal, est une évolution de la dermolipectomie abdominale circulaire [3, 4]. De nombreuses techniques faisant appel à une cicatrice circulaire ont d'ailleurs été proposées [3, 5-7]. Celle décrite par J.F. Pascal est une référence pour notre équipe; elle tient compte des impératifs anatomiques et de la redistribution des volumes tout en minimisant les complications.

Cette intervention est l'indication reine pour les patients ayant présenté une perte de poids massive après chirurgie

bariatrique. Elle permet de traiter l'excès cutanéoadipeux abdominal, des hanches, des trochanters et de la région dorsale basse. L'utilisation du *LP flap* redonne un galbe aux fesses, le capitonage et la haute tension diminuant le risque de séromes et de malfaçons cicatricielles.

Bien réalisé, le bodylift donne des résultats spectaculaires. Cependant, de nombreux écueils peuvent faire basculer le patient dans des complications, allant de la simple désunion à l'infection grave avec choc septique.

Nous allons discuter ici des indications, des points techniques opératoires, des suites postopératoires et enfin des complications et de leur prise en charge.

Consultation

Pour un résultat optimal et un risque minoré de complications, il convient de proposer cette intervention à une population de patients bien définie [8, 9].

SILHOUETTE

Lors de la première consultation, un interrogatoire et un examen clinique complet sont indispensables. Ils permettent de distinguer les patients relevant ou non d'un bodylift.

Nous allons décrire ces différents critères, selon le déroulement d'une consultation standardisée de chirurgie plastique. Le chirurgien peut alors comprendre les attentes du patient et le patient appréhender la réalité des résultats dans le but d'obtenir un équilibre entre ses désirs et les contraintes techniques imposées par la chirurgie. La compréhension des complications éventuelles et un consentement éclairé sont ici indispensables.

1. Interrogatoire

Il permet de détecter les pathologies compliquant ou compromettant la prise en charge chirurgicale. Ces comorbidités sont relativement fréquentes dans la population en post-chirurgie bariatrique et influent négativement sur les suites postopératoires. L'obésité est fréquemment à l'origine de multiples pathologies chroniques regroupées dans le cadre d'un syndrome métabolique : hypertension, dyslipidémie, DNID, coronaropathie, AVC, ostéoarthrite et syndrome d'apnée du sommeil. Ces pathologies majorent le risque anesthésique, le risque hémorragique postopératoire et retardent la cicatrisation. Un tabagisme actif doit être systématiquement recherché et un sevrage associé. Les muqueuses et les phanères peuvent donner une indication d'éventuelles carences et motiver un bilan biologique. En effet, après une chirurgie bariatrique restrictive ou malabsorptive, des carences en fer, vitamines et protéines doivent être évoquées [10-12] ; leur traitement permet de minimiser l'anémie postopératoire et de faciliter la cicatrisation [9]. Enfin, un antécédent d'accident thrombo-embolique ou un trouble de la coagulation doit être précisé et pris en charge.

Les éléments suivants ont un impact important :

- **sexe** : il détermine en partie les dessins et la technique opératoire ;
- **âge** : au dessus de 55 ans, nous préférons dissocier le bodylift en deux interventions. Le premier temps est antérieur et le second postérieur pour traiter le bourrelet latéral résiduel et la région glutéale ;
- **calcul de l'IMC** : c'est un moyen simple d'estimer l'excès de poids résiduel. Cet indice est un déterminant majeur dans l'indication chirurgicale. Une stabilité pondérale de plus de 6 mois est indispensable en vue d'obtenir un résultat pérenne après intervention [8] ;
- **tabac** : il est unanimement admis qu'il majore le risque de complications postopératoires : désunions, nécroses, infections et accidents thrombo-emboliques ;
- **antécédents médicaux** : en particulier diabète non insulino-dépendant, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, troubles de la coagulation, insuffisance respiratoire/syndrome d'apnée du sommeil, accidents thrombo-emboliques ;
- **troubles psychologiques** : en particulier une dysmorphophobie, une anxiété et des troubles du comportement alimentaire [12]. Inciter le patient à s'exprimer sur ce qui le gêne le plus, évaluer si son attente de la chirurgie est cohérente avec les résultats qui peuvent lui être proposés. Si ce n'est pas le cas, il faudra insister sur ce point lors de l'information du patient, en fin de consultation, pour éventuellement le revoir avant d'envisager une chirurgie. La majorité des patients ayant eu une chirurgie bariatrique est suivie par des psychologues, des psychiatres, des nutritionnistes et des chirurgiens digestifs. Un trouble du comportement est habituellement découvert en amont de la consultation de chirurgie plastique. Il convient alors de préciser la démarche de la perte de poids et son suivi. Cela est d'autant plus important si la prise en charge a eu lieu dans une filière ne comportant pas de réunion de comité

pluridisciplinaire (RCP) de chirurgie bariatrique. Les troubles du comportement alimentaire ou psychiatriques nécessitent toujours une prise en charge avant toute chirurgie ;

- **antécédents chirurgicaux** : abdominaux, date de la chirurgie bariatrique, son type (anneau gastrique, *sleeve* gastrectomie, *bypass*), les suites postopératoires (infection, éventration) ;
- **antécédents gynécologiques** : césarienne pouvant donner une éventration/nombre de grossesses, risque de distension des muscles grands droits de l'abdomen.

Tous les traitements doivent être consignés. Les anti-inflammatoires stéroïdiens ou non doivent être arrêtés de même que les anticoagulants et les antiagrégants plaquettaires si, bien évidemment, cela est possible.

2. L'examen physique

Le patient doit être debout, en sous-vêtements. La prise de photos est systématique et standardisée : face, profil droit, 3/4 droit, profil gauche, 3/4 gauche, de dos. On pourra juger de l'importance du tablier et de la ptose du pubis qui conditionnera la prise en charge éventuelle par la Caisse primaire d'assurance maladie. Le tablier abdominal doit recouvrir le pubis pour que l'intervention soit prise en charge par la Caisse primaire d'assurance maladie

Les déformations habituelles seront recherchées et consignées. Un excès cutanéoadipeux de la paroi abdominale, des flancs et des hanches associé à une ptose constitue des séquelles habituelles de la région antérieure. Des vergetures doivent être recherchées et le patient sera prévenu qu'elles disparaîtront seulement si elles se situent dans la zone de résection opératoire. La région glutéale est marquée par une perte de volume et un excès de peau. Enfin, les faces externe et interne de cuisse sont souvent le siège de stéatomeries résiduelles et d'une distension cuta-

née. Pour l'homme, les déformations sont similaires, sauf pour les membres inférieurs qui sont classiquement peu touchés.

La suite de l'examen se fait allongé. Il recherche les macérations, les cicatrices abdominales, les éventrations ou les éviscérations, les hernies inguinales et ombilicales. Enfin, on demandera au patient de soulever les jambes pour démasquer un éventuel diastasis des muscles grands droits de l'abdomen.

Les cicatrices des précédentes interventions abdominales ou mammaires doivent intégrer le planning interventionnel; elles sont sources de zones hypovascularisées et donc potentiellement plus sensibles à l'ischémie.

C'est après cet examen que l'on peut réfléchir à l'indication d'un bodylift inférieur ou d'une autre technique.

Indications

Les arbres décisionnels proposés en figures 1, 2 et 3 permettent de proposer, en fonction des caractéristiques physiques du patient, des interventions dont le bénéfice/risque reste favorable.

>>> **Le premier élément à prendre en compte est le poids, plus précisément l'IMC, qui est un élément majeur déterminant le risque opératoire et le résultat esthétique.**

En fonction de notre expérience et des données de la littérature, nous avons défini un IMC maximal à ne pas dépasser pour envisager une intervention de chirurgie moderne de la silhouette. Nous l'avons fixé à 32 [3, 9, 13]. Pour les IMC compris entre 32 et 35, l'indication de bodylift sera discutée en fonction de la motivation et des échecs répétitifs de

perte de poids. Les patients dont l'IMC est supérieur à 35 doivent, à notre avis, être récusés [2]. Si la perte de poids ne peut être obtenue, une dermolipéctomie *in situ* [3] peut alors être proposée pour préserver la motivation des patients à maigrir.

Nous ne réalisons pas de cure de diastasis lorsque l'IMC est supérieur à 32. Le bénéfice est faible et les résultats décevants dans le temps. Quoi qu'il en soit, tout patient se présentant avec un IMC supérieur à 32 doit être dirigé dans une filière de prise en charge nutritionnelle. Nous les revoyons à 6-12 mois pour refaire un point. Dans certains cas extrêmes, en plus de la prise en charge nutritionnelle, un avis de chirurgie bariatrique pourra être envisagé.

>>> **Le deuxième temps est celui de l'indication et se base sur l'examen**

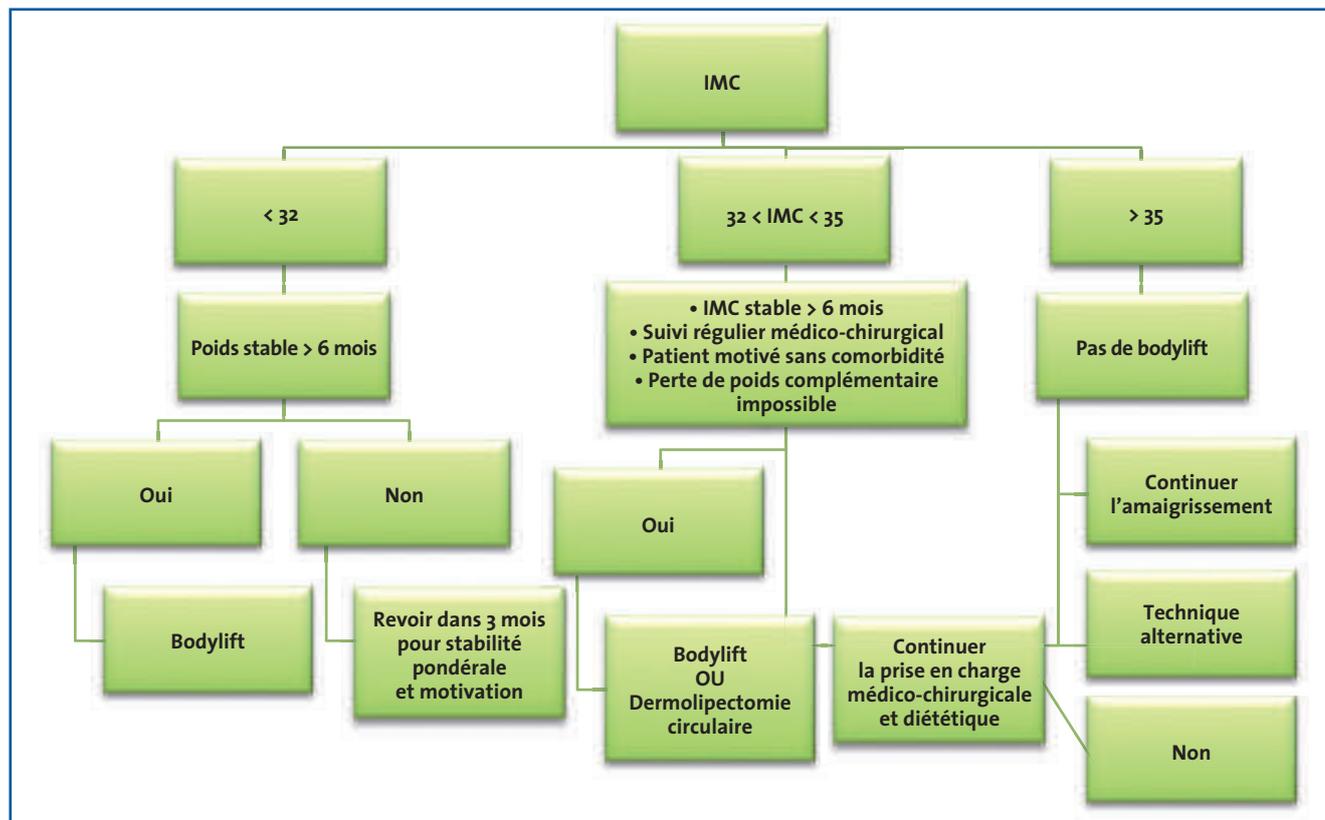


Fig. 1 : Le bodylift. Conduite à tenir en fonction de l'IMC.

SILHOUETTE

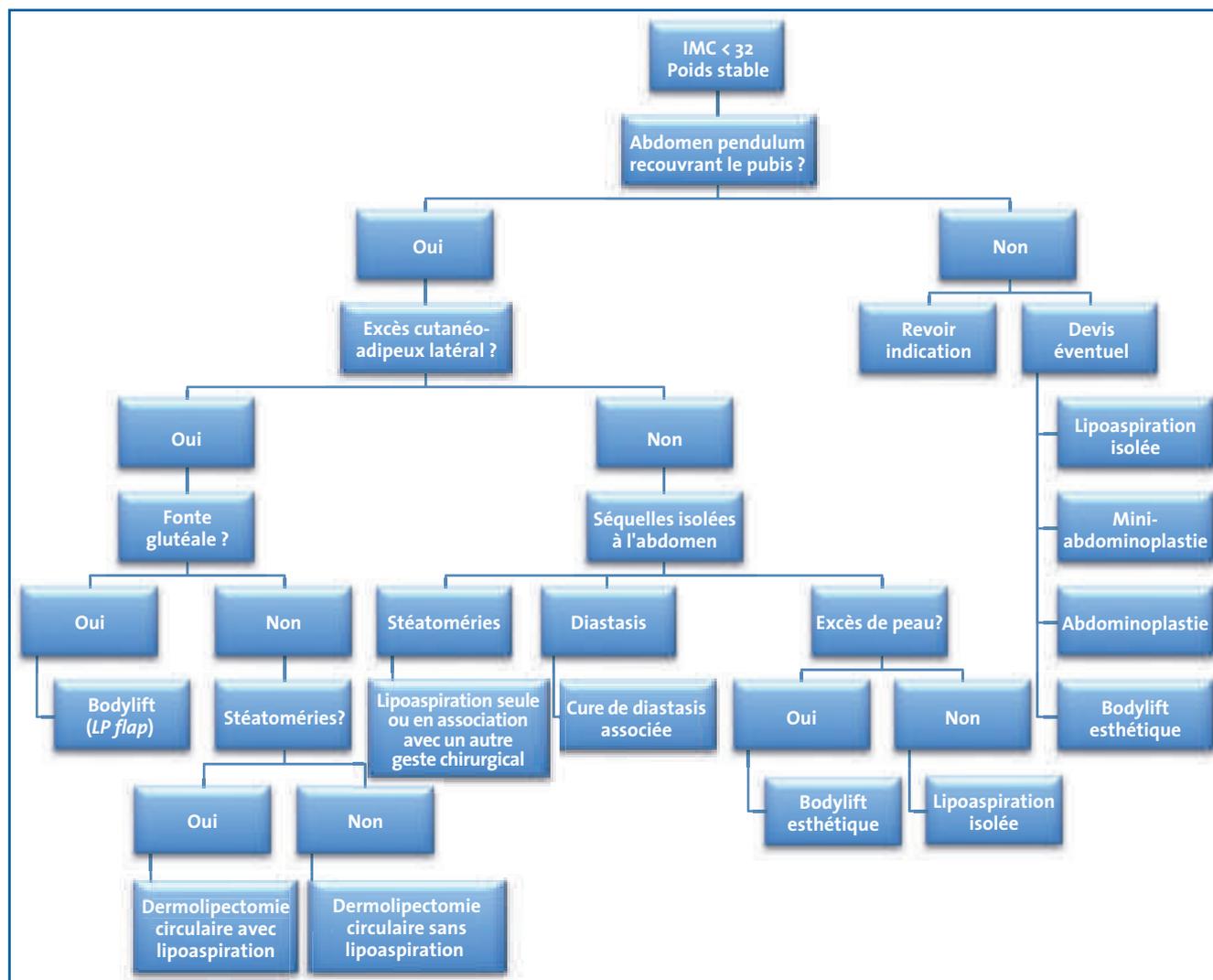


FIG. 2 : Chirurgie de la silhouette de la ceinture abdominale. Indication guidée par l'examen clinique pour un IMC inférieur ou égal à 32.

physique. Trois interventions sont à discuter: la dermolipectomie abdominale (DLA), la dermolipectomie abdominale circulaire (DLC) et le bodylift (BDL). En association à ces gestes, une cure de diastasis peut être associée en cas d'existence d'un diastasis des muscles droits de l'abdomen. La lipoaspiration doit être quasi systématique, permettant de traiter les stéatoméries et de faciliter la mobilisation des tissus adjacents. Dans de rares cas, l'amaigrissement est tel que la lipoaspiration n'a plus d'indication et laisse la place à un redrapage cutané exclusif.

Nous allons discuter ces trois indications en fonction des spécificités physiques à traiter:

- **DLA**: tablier abdominal avec ou sans ptose du pubis. Bien marquer les stéatoméries sus-ombilicales, hanches, pubis. Pas d'excès latéral ni de déplétion glutéale. C'est l'indication reine des ventres forcés post-gravidiqes.
- **DLC**: même indication que la DLA associée à un excès latéral. Bien marquer les stéatoméries trochantériennes et éventuellement sus-glutéales. Pas de déplétion glutéale

et excès cutané faible. Cette intervention doit être réalisée selon les mêmes impératifs anatomiques que le bodylift, à savoir: respect des plans de dissection, fermeture du *fascia superficialis*, capitonage, lipoaspiration associée.

- **BDL**: même indication que la DLC associée à une déplétion glutéale et/ou un excès cutané important. Les points de capitons latéraux seront à discuter dans le cas où une grande hauteur de la face latérale de la cuisse doit être retendue.

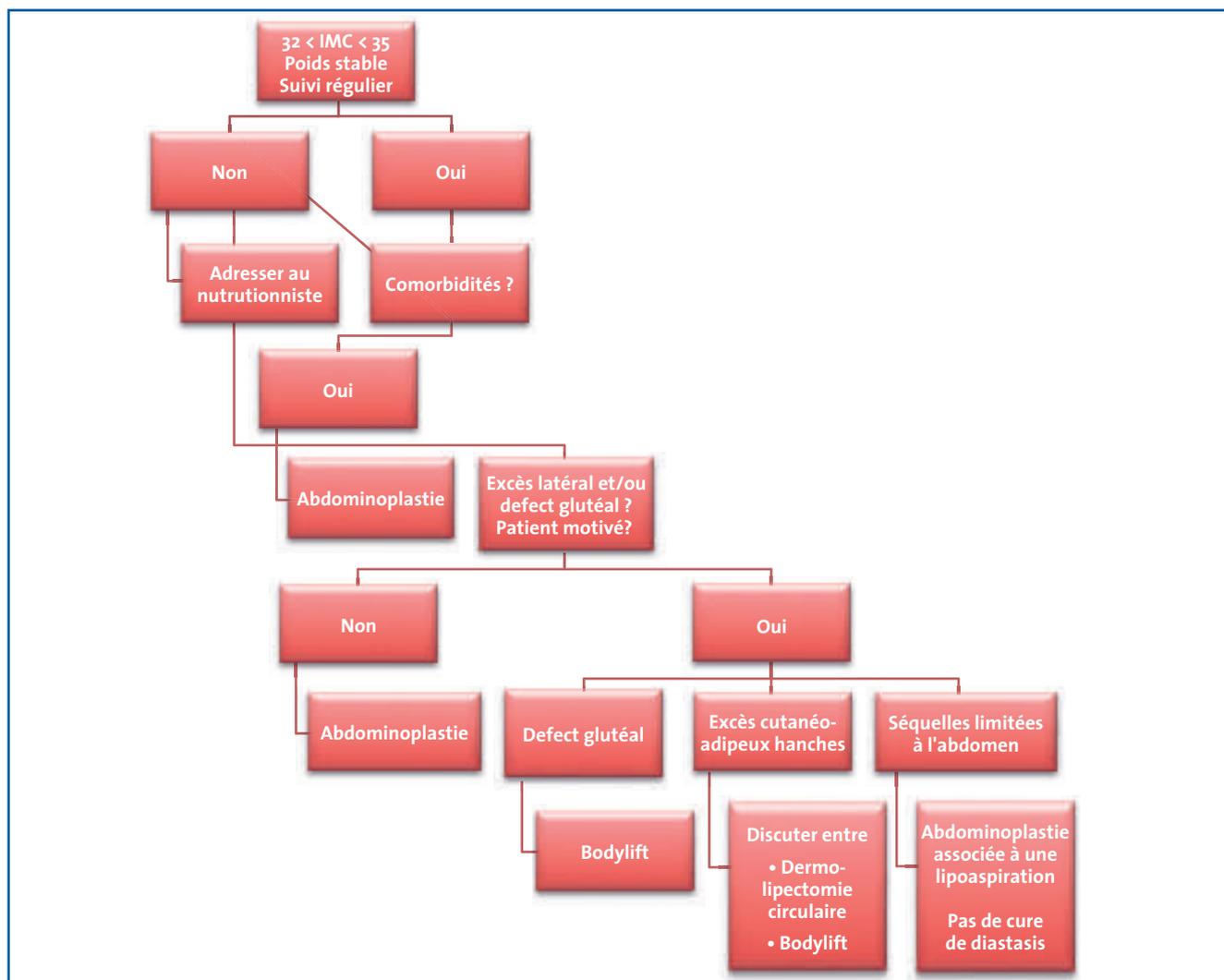


FIG. 3 : Indications pour un IMC compris entre 32 et 35.

Pour les cas de grande déplétion glutéale avec des lambeaux type LP insuffisants, un lipomodélage sous-cutané et dans le muscle grand fessier offre un moyen intéressant d'optimisation du galbe fessier. Il faudra alors veiller à réinjecter en dehors du plan de décollement utilisé pour placer les lambeaux de type LP.

Les zones traitées

Les bourrelets des hanches et le tablier abdominal sont traités par bodylift. Le

bourrelet thoracique inférieur n'est que partiellement traité [2]. En ce qui concerne les bourrelets thoracique supérieur et mammaire, ils pourront être traités lors d'un second temps par un bodylift supérieur (fig. 4).

Le bodylift inférieur

1. Les dessins préopératoires

Il se fait la veille, sur un patient dénudé, du sillon sous-mammaire aux genoux. Son exactitude est capitale. Il permet

d'optimiser les résultats et de diminuer les risques opératoires. Une erreur dans sa réalisation se traduira par une asymétrie ou une insuffisance de résultats, ou pire, une désunion cicatricielle par excès de tension.

Le dessin commence par le patient debout avec ses sous-vêtements en place. Pour les femmes, il faut bien leur demander de porter des sous-vêtements échancrés et non des culottes amples. En effet, ces sous-vêtements guident le placement de la cicatrice finale.

SILHOUETTE

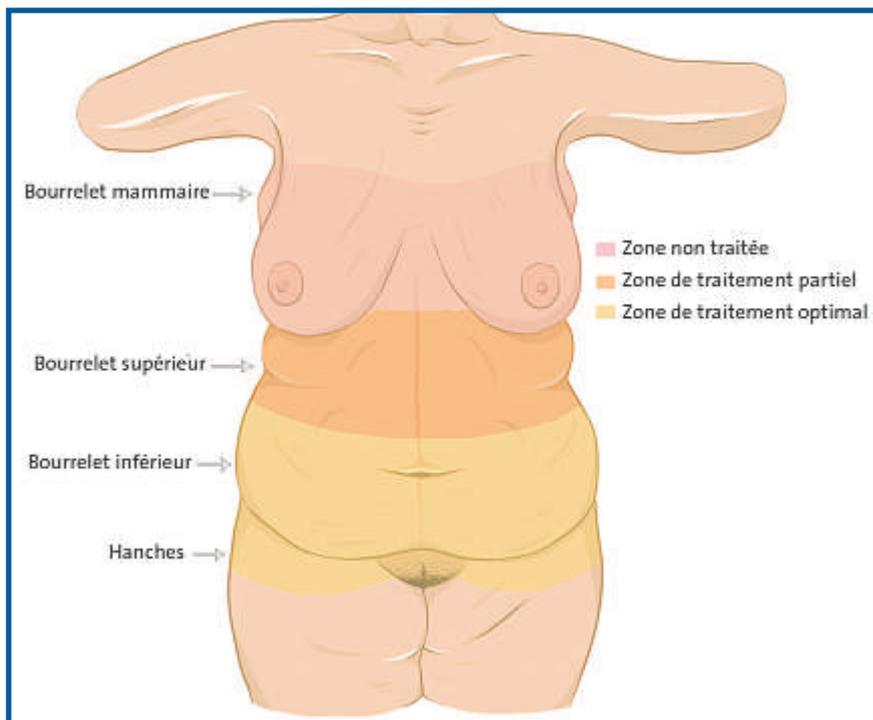


FIG. 4 : Bourrelets du tronc traités par le bodylift.

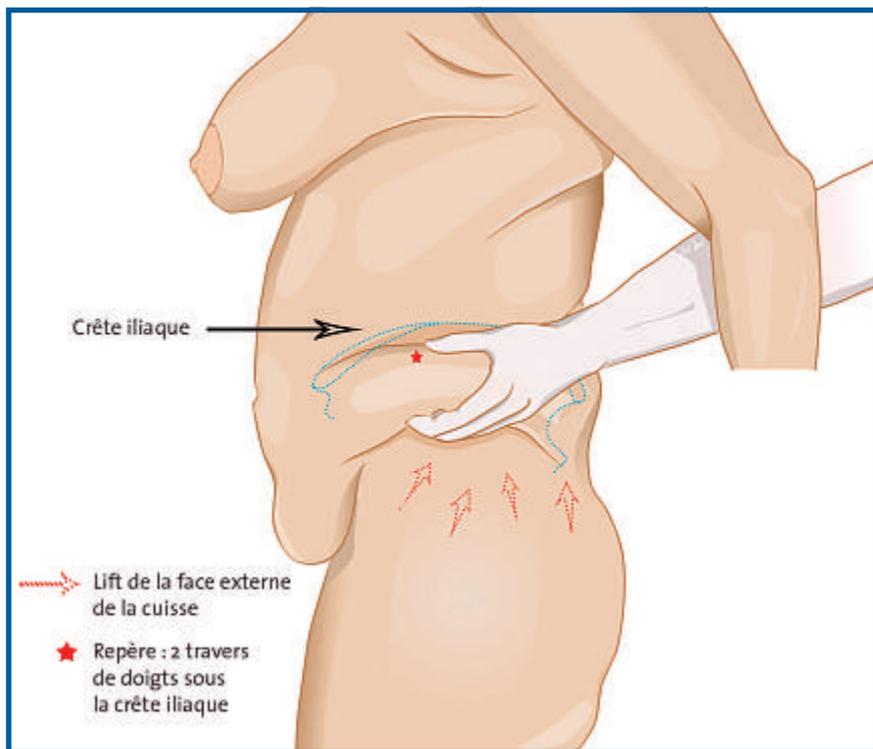


FIG. 5 : Pinch test latéral.

>>> **Le premier temps est latéral (fig. 5) :**

- marquer les limites des sous-vêtements du patient pour placer au mieux la cicatrice prévisionnelle ;
- marquer la crête et faire un repère de deux travers de doigt en dessous. Cette marque correspond au repère supérieur cicatriciel ;
- le *pinch test* est ensuite réalisé pour estimer la zone de résection latérale. Sa réalisation permet d'estimer la zone de résection par une approximation virtuelle des berges. Il convient de le réaliser avec une forte tension puis de diminuer cette marque de 2 centimètres afin d'éviter d'appliquer une tension excessive ;
- la même technique est utilisée en controlatéral ;
- il faudra alors vérifier la symétrie des deux zones à réséquer.

>>> **Le temps postérieur (fig 6a et 6b) :**

- le premier repère se fait au sommet du sillon inter-fessier ;
- faire attention à bien le repérer et à ne pas le placer trop haut. Il devra être recouvert par les sous-vêtements ;
- *pinch test* permettant de déterminer la zone à réséquer, elle devra être inférieure à 8 cm. Le risque de désunion et nécrose est ici maximal. Cette zone est également le siège de nombreux lymphatiques ;
- les limites céphalique postérieure et latérale sont réunies par une ligne passant par ces deux points ;
- pour la ligne inférieure, il convient de répéter le *pinch test* à 8 et 16 cm de la ligne médiane postérieure. Le trait ainsi obtenu est concave en caudal ;
- le dessin controlatéral est réalisé selon les mêmes modalités ;
- il faut alors vérifier sa symétrie (hauteur de résection) ;
- si besoin, c'est à ce moment que nous dessinons les *LP flap*. Leur dessin est en regard de la zone de résection. La largeur est approximativement celle de la fesse, soit 16 cm. Il débute en médial entre 3 à 5 cm de la ligne médiane. Leur hauteur est fonction du galbe

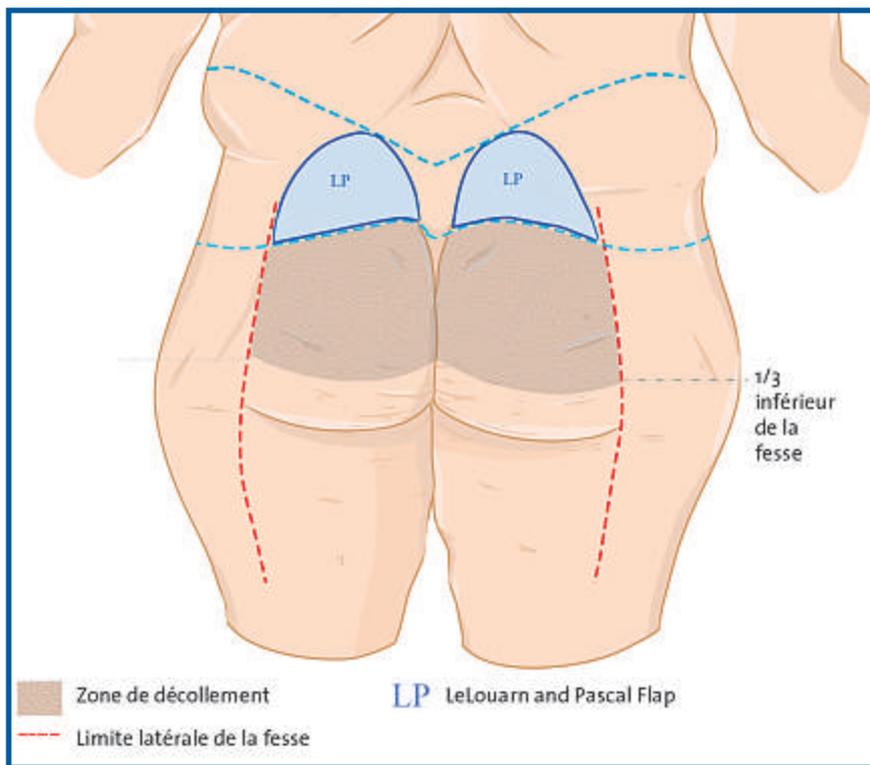


FIG. 6A: Dessin de la resection postérieure et du LP flap (Le Louarn et Pascal flap)..

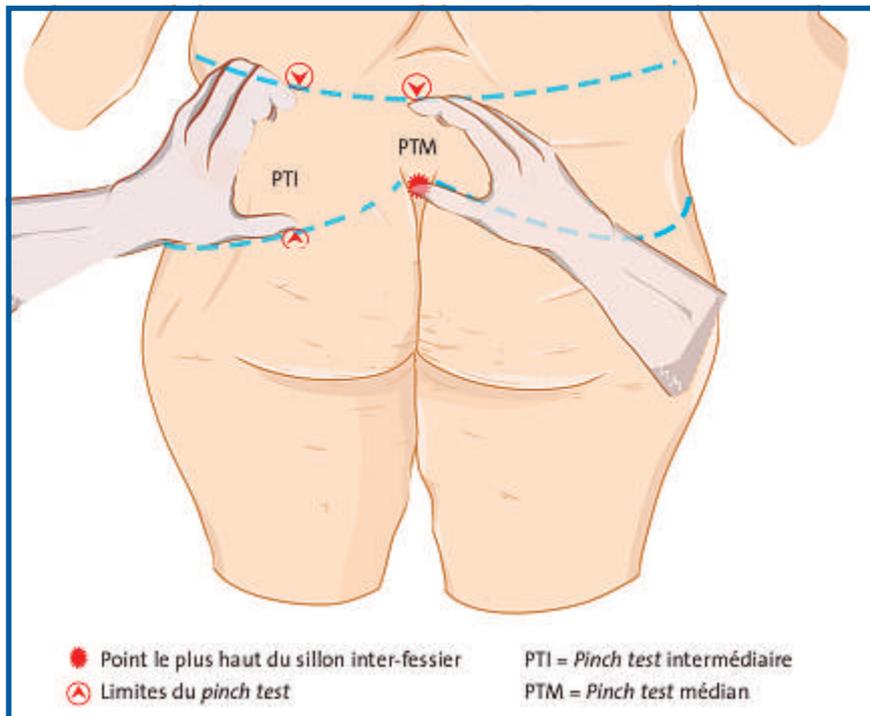


FIG. 6B: Pinch test postérieur.

recherché. Une fois le dessin réalisé, vérifier la symétrie de hauteur et la largeur des lambeaux droit et gauche.

>>> **Le temps antérieur (fig. 7):**

- une ligne passant par l'apophyse xyphoïde, l'ombilic et la vulve est tracée;
- le dessin de l'incision inférieure est débuté comme pour une abdominoplastie à haute tension antérieure décrite par J.F. Pascal. On applique la règle des "7", à savoir 7 cm de hauteur de la vulve, celle-ci étant liftée vers le haut. Toujours avec le pubis lifté, est tracé, perpendiculairement au sommet du tracé précédent, un trait horizontal. Puis 7 cm sont marqués de part et d'autre du milieu qui correspond à la verticale rejoignant la partie centrale de la vulve;
- en liftant le tablier abdominal en supéro-interne, on dessine une droite rejoignant le points latéral antérieur et latéral inférieur. Il est important d'adapter le dessin afin de passer à 2 cm au minimum du pli de flexion inguinal pour éviter de léser les

Retrouvez les dessins préopératoires en vidéo :

- à partir du flashcode* suivant

- en suivant le lien :

<http://tinyurl.com/bodyliftdessins>

* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.

SILHOUETTE



FIG. 7 : Lifting du pubis et de l'abdomen en décubitus dorsal : règle des 7/7/7. Être à 2 cm du pli inguinal pour conserver les vaisseaux lymphatiques.

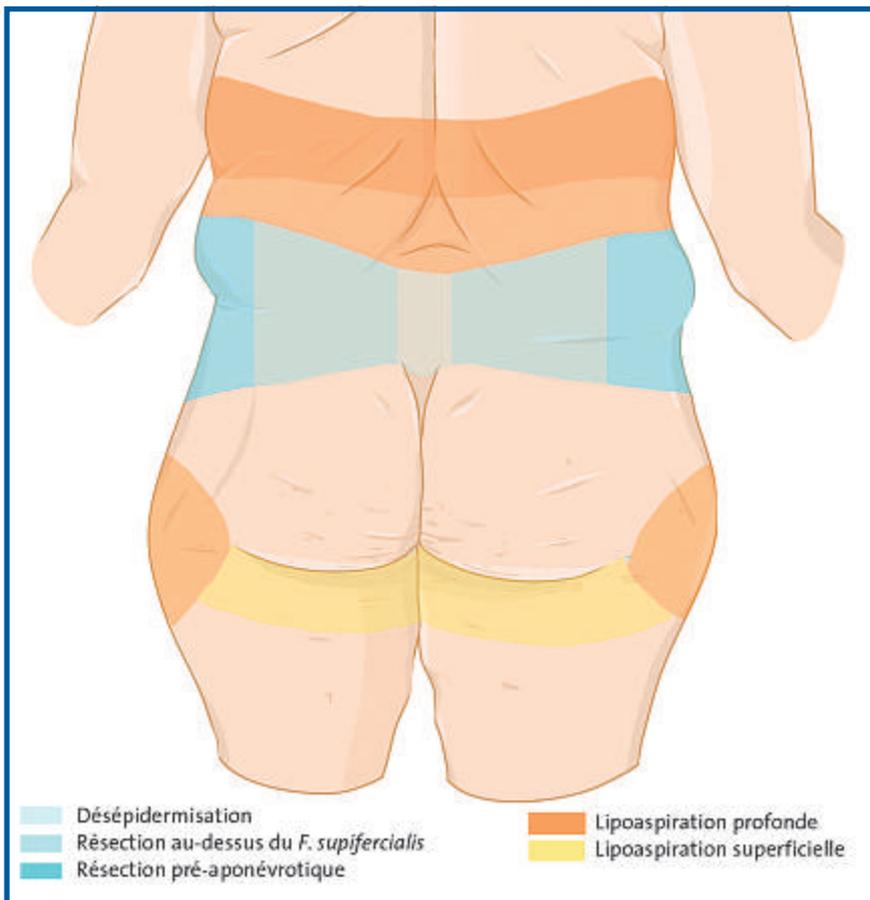


FIG. 8 : Zones de lipoaspiration et profondeurs de résection.

lymphatiques et obtenir des berges inférieures d'épaisseur compatible avec celle du lambeau abdominal ;

- le dessin de l'ombilic est un triangle isocèle dont la pointe est dirigée vers le bas. Sa hauteur sera inférieure à sa largeur, nous le verrons plus loin. Mais ce dessin permet d'obtenir, une fois l'ombilic repositionné, un triangle équilatéral par les forces de tension céphalo-caudales ;
- la partie haute de résection n'est dessinée qu'à titre indicatif. Elle rejoint les deux points supérieurs passant au-dessus de l'ombilic. Cette résection sera déterminée en opératoire.

2. La lipoaspiration (fig. 8)

Les zones systématiquement lipoaspirées pour faciliter la mobilisation tissulaire sont situées en sus-pubien, trochantérien et sus-glutéal droit et gauche.

On doit également discuter :

- la région sous-fessière pour traiter un excès adipeux et optimiser le galbe glutéal ;
- la région latérale et postérieure pour redessiner la fesse ;
- le pubis lorsqu'il est siège d'une importante stéatomérie ;
- les hanches ;
- l'hypochondre droit et gauche, en prenant soin de respecter le sillon sous-mammaire.

3. L'intervention

● Installation

Il existe deux temps opératoires dans le bodylift, un postérieur puis un antérieur. Le premier est critique. Le bon positionnement et le contrôle de celui-ci permet d'éviter la survenue d'escarres et de compression oculaire, la région faciale étant sensible. Il faudra veiller au positionnement des bras pour éviter tout traumatisme des racines nerveuses du plexus. Enfin, le tablier abdominal devra être centré en antérieur sous peine de désé-

quilibrer les tensions latérales pouvant mener à un décalage des résections latérales. Les bras seront positionnés en abduction à 90°; une compression intermittente des mollets peut être discutée. Des gels de protection sont placés sous chaque point de pression et un rond de tête immobilise le rachis cervical.

• Temps postérieur

Le champage devra être poursuivi un maximum en antérieur. Il conviendra de bien répartir l'abdomen de part et d'autre du gel de protection situé en regard des épines iliaques afin de prévenir une asymétrie lors des résections. Le premier temps est celui de l'infiltration dorsale basse dans la zone de résection, sous le sillon sous-fessier si besoin. Une lipoaspiration à la canule de 5 mm de diamètre est réalisée dans les zones infiltrées. Celle-ci intéresse les plans profonds uniquement. Le volume aspiré sera quantifié et devra être symétrique.

L'incision est réalisée selon les dessins préétablis. Trois plans sont individualisés et respectés afin de conserver le réseau lymphatico-veineux. Le premier, médian, s'étend sur 3 cm de part et d'autre de la ligne des épineuses. Cette zone est désépidermée. Plus en latéral, le plan du *fascia superficialis* est respecté jusqu'à la limite latérale de la fesse. Latéralement, le plan se situe juste au-dessus de l'aponévrose musculaire.

La réalisation des *LP flap* ne pose pas de problème technique particulier, leur incision se fait jusqu'au plan musculaire. Ils sont désépidermés. Les pointes sont détachées en latéral. La dissection continue dans le plan sous-aponévrotique du muscle *gluteus maximus*. Ce décollement doit s'arrêter au niveau du tiers inférieur de la fesse. Le lambeau est alors fixé vers le bas pour venir s'insérer dans ce décollement, puis les pointes sont fixées en dedans du lambeau afin d'obtenir un croissant (**fig. 9**).

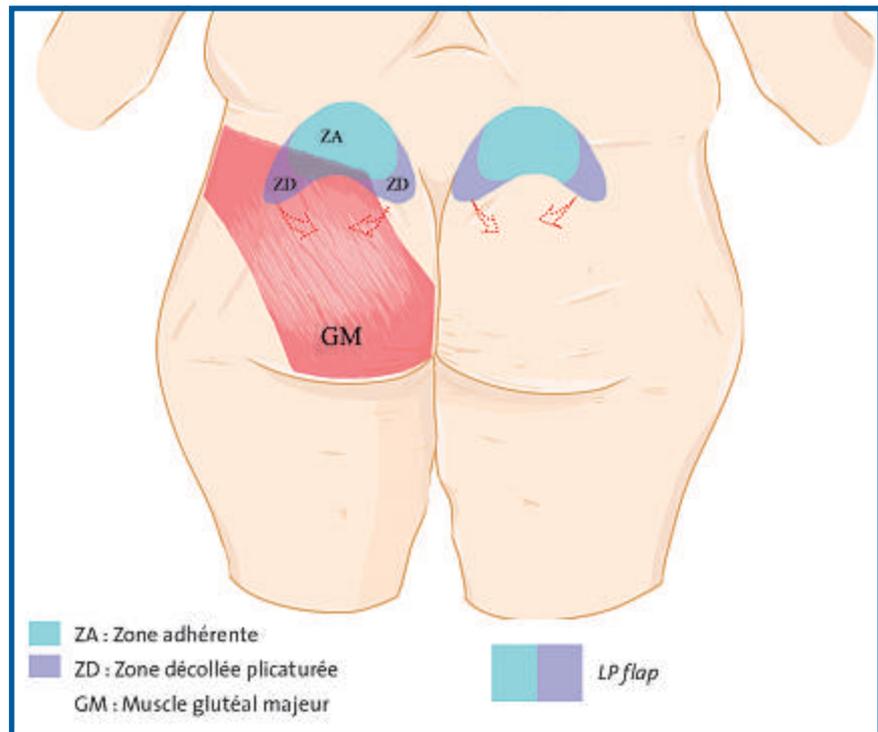


FIG. 9: Plicature puis transposition dans la fesse du *LP flap* désépidermé. Ancrage des pointes du lambeau au muscle glutéal majeur.

Le temps de fermeture est capital. Il vise à fermer hermétiquement tous les plans et à traiter les espaces morts. Il commence avec un fil de 0 ou 1 résorbable. Le *fascia superficialis* de chaque berge est suturé par des points simples au plan profond; ensuite, nous réalisons une sous-peau au fil 2.0 résorbable en latéral et 3.0 en médial et, enfin, un surjet intradermique au monofilament résorbable 3.0 est réalisé. L'oreille latérale est suturée en surjet passé au fil 2.0.

Nous ne mettons aucun drainage pour le temps postérieur. Le pansement associe colle, Stéri-Strips et pansement sec. Puis, un champ tissu est aggrafé au-dessus afin d'éviter de souiller les pansements lors du temps antérieur.

• Temps antérieur

Il fait appel à une abdominoplastie avec haute tension centrale associée à une lipoaspiration couramment utilisée.

L'infiltration de sérum adrénaliné débute ce temps. Si les stéatomeries résiduelles sont importantes, il ne faut pas hésiter à infiltrer largement (2 litres). L'incision se fait selon le dessin préétabli. Le plan de dissection initial, en latéral, se situe au-dessus du *fascia superficialis*. L'ombilic est laissé en îlot. La dissection continue jusqu'à l'apophyse xyphoïde en V inversé. L'hémostase est alors méticuleuse et la nécessité d'une cure de diastasis est recherchée par la contraction des muscles droits de l'abdomen stimulés par le bistouri monopolaire.

Nous associons des points en cadre et surjet passé au monofilament résorbable pour traiter les diastasis. La résection cutanéoadipeuse est alors faite puis, après bâti, la position de l'ombilic est déterminée en prenant soin de mettre en tension la région médiane. Il n'est pas rare d'asseoir le patient de quelques degrés pour faciliter la fermeture. La peau des patients après séquelles

SILHOUETTE

d'amaigrissement se distend volontiers les jours suivant la chirurgie. Pour éviter toute récurrence du tablier abdominal, la résection doit être importante. Lors de la fermeture, la tension sera répartie sur la *fascia superficialis* pour éviter toute désunion secondaire.

La haute tension médiale est réalisée par deux points de fil résorbable non tressé 1, suivie d'un capitonnage des espaces morts par des points de vicryl 0. L'ombilic est extériorisé et suturé par des points de Skoog, au fil non résorbable 4.0. Un surjet intéressant le *fascia superficialis* est réalisé sur toute la longueur de la cicatrice, après avoir positionné deux redons n° 10. Enfin, la sous-peau est suturée par des points inversés de monocryl 3.0 puis par un surjet au monocryl 3.0.

Le pansement est similaire au temps postérieur, à savoir : colle, Stéri-Strips et pansement sec.

Le panty est mis en place avant le réveil du patient. Celui-ci est ensuite positionné dans son lit assis à 30°.

4. Les suites opératoires

Cette période reste délicate. La douleur doit être parfaitement contrôlée le lever sera précoce, dès J1 ou J2 en fonction de la tolérance des patients pour diminuer le risque thrombo-embolique, la durée de séjour et le risque de cytotéatonecrose du *LP flap*. Les deux premiers jours, les morphiniques ont leur place, le relais se fait avec une association d'antalgiques de palier 1 et 2 *per os*. Une thromboprophylaxie par HBPM est évidemment instaurée pour une durée de 15 jours.

Un contrôle NFS est prélevé à J1 et J2. Dans l'éventualité d'une carence en fer, un traitement pourra être instauré. Les transfusions sont exceptionnelles avec cette technique.

Les redons sont gardés jusqu'à un volume < 30 cm³ sur 24 heures. Premier panse-

ment à J3 sauf s'il est taché ou souillé. L'utilisation d'un collecteur à urine nous semble intéressant. À J3, puis tous les jours, le patient prend une douche à la Bétadine scrub 4 %, les Stéri-Strips sont tannés à la Bétadine et des pansements secs sont placés. Le pansement doit être de courte durée car le patient ne doit pas rester plus d'une heure sans panty sous peine de voir s'installer un œdème important. La sortie est habituellement programmée entre J3 et J4.

Le patient est revu entre J4 et J6 après sa sortie, puis à 3 semaines et à 3 mois. Les soins à domicile durent en moyenne 3 semaines. Les retards de cicatrisation superficiels et peu étendus, bien que fréquents, ne posent pas de problème particulier.

5. Complications

Elles sont plus fréquentes que dans la chirurgie de la silhouette plus traditionnelle et redoutées par nombre de chirurgiens [3, 14, 15]. Pourtant, les patients les acceptent aisément, sûrement du fait du bénéfice esthétique et fonctionnel apporté par cette intervention.

Selon les équipes, les facteurs majorant la survenue de complications sont un IMC très élevé avant la perte de poids, un IMC résiduel élevé > 32, un poids non stabilisé ou une carence nutritionnelle préopératoire et un tabagisme actif [3, 9]. Néanmoins, une indication réfléchie et une technique rigoureuse diminue la survenue de complications qui sont alors moins graves et finalement acceptables au vu du résultat escompté. Nous aborderons ici les complications les plus fréquentes présentées par argument de fréquence ainsi que leur prise en charge.

● Retard de cicatrisation, nécroses cutanées

Ce sont les complications les plus fréquentes [3, 6]. Elles sont majorées pour les patients présentant des comor-

bidités, un excès de poids résiduel et une intoxication tabagique non sevrée. Ces risques sont connus. Une sélection des patients, la préparation pour l'intervention, un planning opératoire adapté et une technique rigoureuse permettent d'éviter ces situations pouvant être catastrophiques.

● Séromes

Ils sont moins fréquents depuis l'association d'un décollement au-dessus du *fascia superficialis* et d'un capitonnage. Leur traitement réside en des aspirations itératives et le maintien d'une contention élastique. Si plus de 2 aspirations sont nécessaires ou que des signes généraux apparaissent, il convient de réaliser un examen bactériologique.

● Infections

Superficielles, elles se traitent simplement par des soins locaux. Si elles deviennent étendues, supérieures à 5 cm dans notre pratique, il est légitime d'introduire une antibiothérapie *per os*. Nous utilisons en première intention, en absence d'allergies, l'association amoxicilline-acide clavulanique à dose habituelle de 3 g/j. Dans de rares cas (2-3 %), une infection profonde, située dans le plan de décollement, nécessite un drainage chirurgical, des soins locaux quotidiens et une antibiothérapie de longue durée. L'hospitalisation est systématique les premiers jours pour traiter le syndrome septique, réaliser le drainage chirurgical et instaurer un protocole de soin. La cicatrisation est alors dirigée. Elle peut se poursuivre sur plusieurs mois, et le résultat esthétique peut être de mauvaise qualité. Il faudra savoir proposer à distance, soit plus de 1 an pour notre équipe, une reprise chirurgicale pour traiter ces malfaçons cicatricielles.

● Anémie aiguë

Elle reste une des complications graves les plus fréquentes de cette intervention.

● **Hypoesthésies majeures** [14]

Elles surviennent à la région fessière ou abdominale. Elles sont partiellement résolutive à 1 an. Dans de rares cas, elles restent définitives. Les patients doivent en être informés en préopératoire.

● **Accident thrombo-embolique**

Bien que rare, il peut engager le pronostic vital. La moindre douleur de jambe doit motiver une échographie-Doppler en urgence. De même, toute dyspnée brutale doit s'accompagner d'un angiogramme thoracique en urgence ou d'une scintigraphie.

Conclusion

Le bodylift, tel que décrit par J.F. Pascal auquel nous avons apporté quelques modifications, permet d'obtenir des résultats de qualité. Si les retards de cicatrisation sont habituels, nous n'avons eu qu'une complication nécessitant une reprise chirurgicale et une antibiothérapie prolongée sur plus de 40 cas. Une sélection pertinente des patients dont la population ne cesse de croître chaque année, une technique adaptée et un suivi régulier en font une intervention de choix pour les séquelles d'amaigrissement majeures.

Bibliographie

1. PAITA M, F-CA, CZERNICHOV S, WEILL A *et al.* La chirurgie bariatrique en France en 2011, et son évolution depuis 2006 : données nationales exhaustives de l'Assurance maladie. *Diabetes Metab*, 2013;39:1.
2. STRAUCH B, ROHDE C, PATEL MK *et al.* Back contouring in weight loss patients. *Plast Reconstr Surg*, 2007;120:1692-1696.

POINTS FORTS

- ➔ BMI < 32 pour accéder au bodylift.
- ➔ Stabilité pondérale de plus de 3 mois.
- ➔ Il faut préciser les zones touchées par les séquelles d'amaigrissement afin de proposer une solution chirurgicale sur mesure.
- ➔ Prise en charge multidisciplinaire : psychologues, nutritionnistes, chirurgiens bariatriques, médecins traitants.
- ➔ L'information du patient est indispensable afin d'obtenir un équilibre entre ses désirs et les impératifs morphologiques et techniques.
- ➔ Une chirurgie codifiée et standardisée offre des résultats de qualité et reproductibles.
- ➔ Un suivi rigoureux postopératoire garantit une adhésion du patient, même en cas de complication majeure, et optimise la prise en charge précoce.

3. NEMEROFKY RB, OLLAK DA, CAPELLA JF. Body lift: an account of 200 consecutive cases in the massive weight loss patient. *Plast Reconstr Surg*, 2006;117:414-430.
4. PASCAL JF, LE LOUARN C. Remodeling bodylift with high lateral tension. *Aesthetic Plast Surg*, 2002;26:223-230.
5. HURWITZ DJ. Single-staged total body lift after massive weight loss. *Ann Plast Surg*, 2004; 52:435-441;discussion 41.
6. LOCKWOOD TE. Lower-body lift. *Aesthet Surg J*, 2001;21:355-370.
7. T. H H. Circumferential Body Lift. *Aesthetic Surgery Journal*, 1999;19:16.
8. COLWELL AS. Current concepts in post-bariatric body contouring. *Obes Surg*, 2010;20: 1178-1182.
9. COLWELL AS, BORUD LJ. Optimization of patient safety in postbariatric body contouring: a current review. *Aesthet Surg J*, 2008;28: 437-442.
10. TRUSSLER AP, KENKEL JM. Potential impacts of nutritional deficiency of postbariatric patients on body contouring surgery (invited discussion). *Plast Reconstr Surg*, 2009;123:764-766.
11. AGHA-MOHAMMADI S, HURWITZ DJ. Potential impacts of nutritional deficiency of post bariatric patients on body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg*, 2008;22: 1901-1914.
12. FOLOPE V, CHAPPELLE C, GRIGIONI S *et al.* Impact of eating disorders and psychological distress on the quality of life of obese people. *Nutrition*, 2012;28:e7-e13.
13. GHERSI MM, SWARTZ KA, NEWMAN MI *et al.* Barioplastic surgery: the Cleveland clinic Florida experience. *Plast Reconstr Surg*, 2009;123:769-770; author reply 70-1.
14. PASCAL JF, LE LOUARN C. Bodylift complications. *Ann Chir Plast Esthet*, 2004;49:605-609.
15. KITZINGER HB, CAKL T, WENGER R *et al.* Prospective study on complications following a lower body lift after massive weight loss. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2013;66:231-238.

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

Les différentes mastectomies : indications et techniques

RÉSUMÉ : Le terme de mastectomie regroupe en fait toute une variété d'interventions dont le principe commun est l'exérèse chirurgicale de l'ensemble de la glande mammaire.

Elle peut être ou non accompagnée d'un geste sur les ganglions axillaires et être plus ou moins conservatrice de l'étui cutané et de la plaque aréolo-mammellaire en fonction du type histologique de la lésion, de sa taille, de sa localisation et des différents facteurs de risques propres à la patiente.



→ C. OZIL^{1,2}

¹ Service de Chirurgie plastique et reconstructrice, Hôpital Européen Georges Pompidou, PARIS.

² Service de Chirurgie plastique et reconstructrice, Hôpital Saint-Louis, PARIS.

La première trace écrite de mastectomie pour cancer du sein remonte à 548 après JC puisque, cette année-là, elle a été proposée par Aetius d'Amide – médecin de la cour à Byzance – à l'impératrice Théodora, qui refusa ce geste et décéda quelques mois plus tard.

Définition

La mastectomie correspond à l'ablation chirurgicale de la glande mammaire. Elle s'accompagne la plupart du temps de l'exérèse de la plaque aréolo-mammellaire ainsi que d'un fuseau de peau. Cependant, en réalité, il existe toute une variété de mastectomies selon qu'elles sont accompagnées ou non d'un curage ganglionnaire ou que l'étui cutané et la plaque aréolo-mammellaire (PAM) sont conservés.

En France, la mastectomie concerne entre 129 et 171 femmes sur 100 000, soit 37 % des exérèses de cancers mammaires (3 = 1). La chirurgie d'exérèse reste à l'heure actuelle un des piliers du traitement du cancer du sein.

Indications

La mastectomie est généralement indiquée dans le traitement des tumeurs malignes de la glande mammaire, et son indication doit

toujours être validée lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) comprenant : chirurgiens, oncologues et radiothérapeutes.

Elle concerne les tumeurs (6 = 2) :

- soit **mesurant plus de 3 à 4 cm** (cette taille tumorale, limite entre tumorectomie et mastectomie, est affaire de RCP et est variable d'une patiente à l'autre). Elle peut notamment être abaissée à 2 cm chez les femmes avec un petit volume mammaire dont le sein serait très déformé par une tumorectomie, ou être au contraire augmentée à 5 cm chez les patientes avec un important volume mammaire (rapport volume tumoral/volume mammaire) ;
- soit **multifocales** ;
- soit dites "**localement avancées**" : ce sont les cancers invasifs de diamètre supérieur à 7 cm, les cancers du sein inflammatoires et les cancers du sein avec adénopathies homolatérales fixées ;
- elle peut également être proposée à titre **prophylactique** dans le cas très particulier des syndromes de prédisposition génétique (BRCA 1 et 2).

Les différents types de mastectomies

La technique de mastectomie a beaucoup évolué avec le temps, passant progressivement d'une chirurgie extrê-

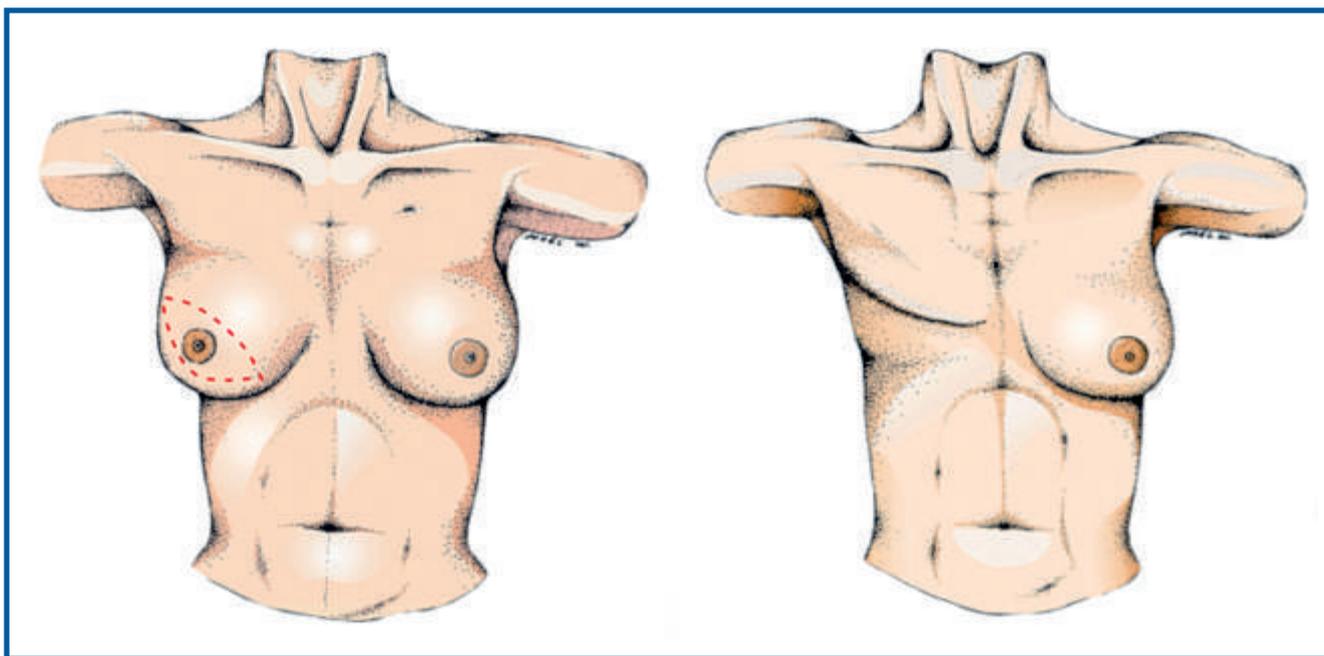


FIG. 1: Mastectomie "simple" avec ou sans curage axillaire.

mement mutilante à une chirurgie beaucoup plus conservatrice dans un bon nombre de cas aujourd'hui. Cette évolution a été possible en grande partie grâce au développement parallèle des traitements adjuvants: radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapies.

1. Les mastectomies radicales avec évidement ganglionnaire

● Mastectomie selon Halsted ou mastectomie radicale

Elle a été mise au point par William Stewart Halsted en 1882 et correspond à une mastectomie emportant les muscles pectoraux (pectoralis major et minor) ainsi que l'intégralité des ganglions axillaires. De 1895 au milieu des années 1970, 90 % des femmes traitées pour un cancer du sein aux États-Unis subissaient une mastectomie radicale.

Cette intervention extrêmement mutilante est désormais réservée à des cas particuliers comme les tumeurs infiltrant le pectoral, car il est désormais

prouvé que cette intervention proposée à titre systématique n'apporte aucun bénéfice en termes de survie.

● Mastectomie selon Patey ou mastectomie radicale modifiée (fig. 1, 2 et 3)

Elles ont été développées progressivement dans le but de limiter les séquelles chirurgicales et correspondaient tout d'abord à une mastectomie et à un curage ganglionnaire axillaire complet, emportant le pectoralis minor et respectant le pectoralis major (1 = 3).

Aujourd'hui, la mastectomie selon Patey correspond à une mastectomie associée à un curage axillaire des deux premiers étages de Berg et conservatrice des deux muscles pectoraux. **C'est, à l'heure actuelle, la mastectomie la plus pratiquée.**

>>> Technique

Les principaux points à retenir sont les suivants:

- le dessin est le plus souvent elliptique avec une orientation oblique vers le

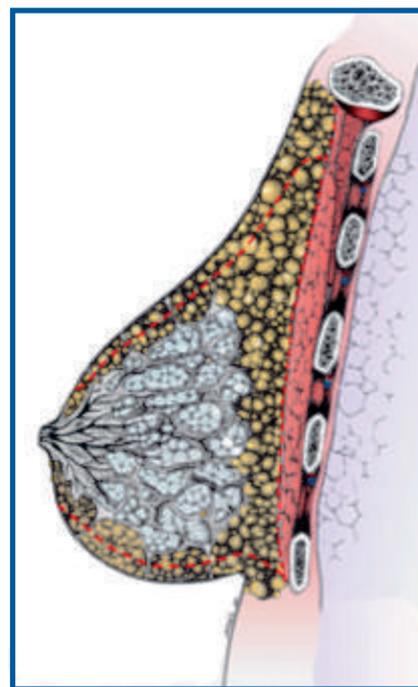


FIG. 2: Anatomie du sein de profil. En rouge: plan de la mastectomie.

bord inférieur du creux axillaire et emporte un fuseau cutané comprenant

SEIN



FIG. 3 : Patiente de 47 ans avec indication de mastectomie selon Patey (et de curage sus- et sous-clavier). **A ET B :** Dessin de la mastectomie en fuseau oblique emportant la PAM. En pointillé: aire mammaire, l'exérèse glandulaire doit aller jusqu'à ces limites. **C :** Après mastectomie, conservation du muscle pectoralis major. **D :** Postopératoire immédiat, cicatrice thoracique oblique.

- la PAM et, le cas échéant, la cicatrice d'une tumorectomie antérieure;
- infiltration du plan sous-cutané au sérum adrénaliné;
- dissection cutanéoglandulaire dans le plan des ligaments de Cooper sur toute l'aire mammaire. La dissection préserve le tissu adipeux et le réseau vasculaire sous-dermique;
- dissection de la face profonde de la glande, respectant le muscle pectoralis major;
- puis ouverture de l'aponévrose clavipectoro-axillaire et curage axillaire;
- suture cutanée en 2 plans sur drainage aspiratif.

Il faut veiller à minimiser les oreilles cutanées aux deux extrémités de l'incision qui génèrent la reconstruction mammaire secondaire, quitte à prolonger la longueur de la cicatrice en interne et en externe.

NB : La mastectomie dite "simple" correspond à une mastectomie selon Patey sans curage axillaire.

● **Cas particuliers: pariéctomies ou mastectomies radicales étendues**

Elles ne concernent que de rares cas d'envahissement pariétal d'emblée ou,

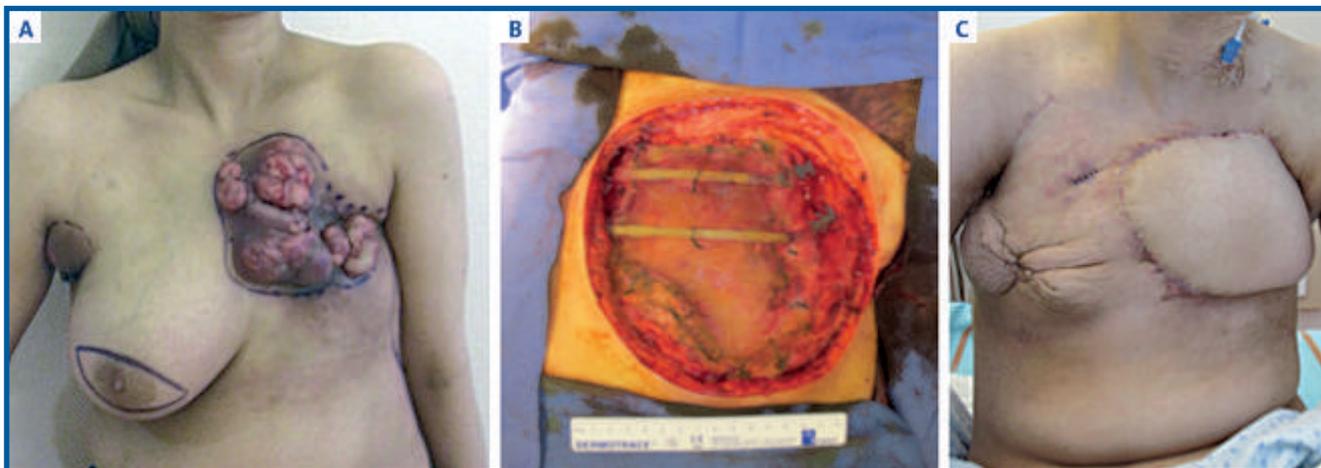


FIG. 4 : Patiente de 33 ans présentant la mutation BRCA1. Récidive pariétale majeure 1 an après mastectomie du sein gauche. Indication de pariéctomie et couverture par lambeau pédiculé de grand dorsal à gauche; mastectomie selon Patey à droite. **A :** Récidive pariétale gauche, dessin de la mastectomie selon Patey à droite. **B :** Vue peropératoire après mise à plat de la peau, des deux muscles pectoraux, du plan costal et de la plèvre, réparation costale par STRATOS. **C :** 1 mois postopératoire après mastectomie droite selon Patey et couverture par lambeau de grand dorsal pédiculé gauche.

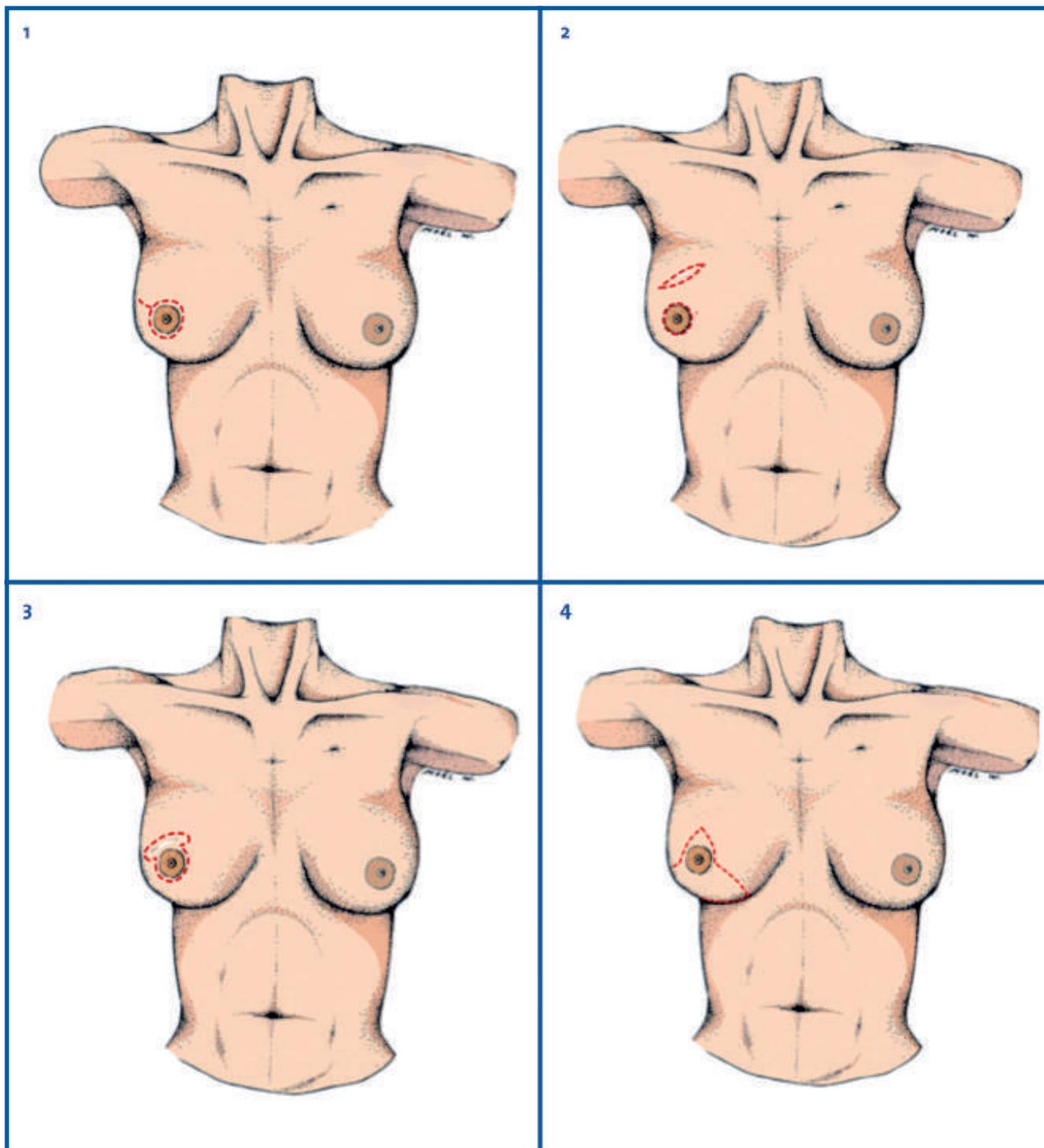


FIG. 5 : Mastectomies selon Wise types 1, 2 3 et 4.

Wise type 1 : sein de volume satisfaisant non ptosé.

Wise type 2 : mastectomie emportant la PAM et la cicatrice de tumorectomie préalable (cas de récidives).

Wise type 3 : mêmes indications que type 2 avec cicatrice de tumorectomie proche de la PAM.

Wise type 4 : sein volumineux/ptosé nécessitant une réduction de l'étui cutané.

SEIN

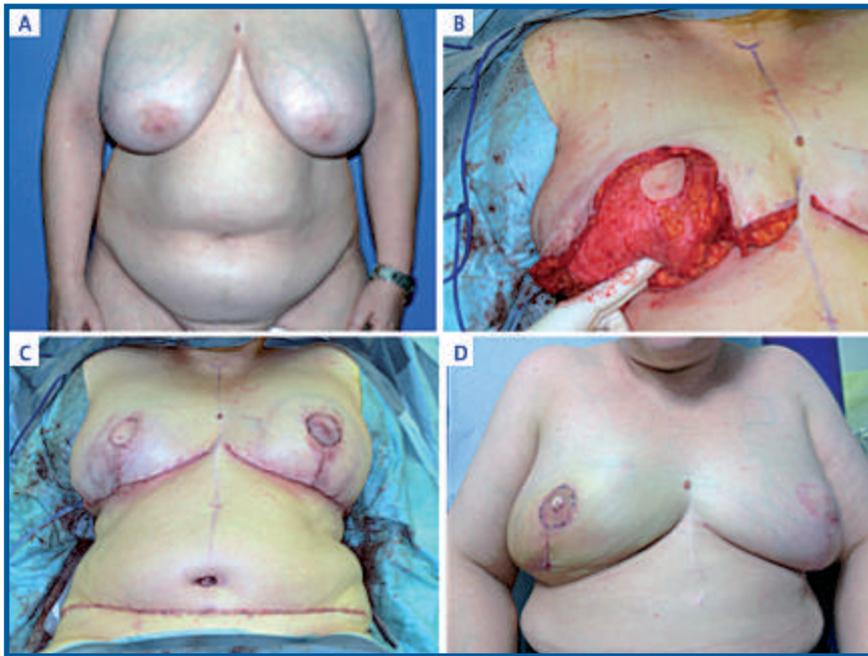


FIG. 6 : A : Préopératoire : patiente de 42 ans avec indication de mastectomie droite avec RMI : exemple de mastectomie Type IV de Wise du sein droit avec RMI par DIEP. B : Après mastectomie avec conservation mais réduction de l'étui cutané (type IV de Wise) et mise en place de lambeau de DIEP désépidermisé. C : Postopératoire immédiat. D : À 4 mois, 7 jours après reconstruction de la PAM et reprise de cicatrice (élargissement lié à une nécrose cutanée sur le segment 3).

plus souvent, de récurrence fixée au plan costal après mastectomie. La mastectomie concerne généralement l'intégralité du revêtement cutané mammaire, la glande, les deux muscles pectoraux et les côtes en regard ; elle peut dans certains cas concerner la plèvre et le péricarde. Elle est généralement suivie d'une réparation costale en fonction du nombre de côtes retirées (ex : STRATOS) et d'une couverture cutanée par un lambeau (lambeau pédiculé de grand dorsal dans la grande majorité des cas) (fig. 4).

2. Les mastectomies conservatrices

L'évolution chirurgicale s'est faite vers une plus grande conservation des structures mammaires avec la description de 2 nouveaux types de mastectomies :

- mastectomie avec conservation de l'étui cutané (*skin sparing mastectomy*) ;
- mastectomie avec conservation de la plaque aérolo-mammellaire (*nipple sparing mastectomy*).

Dans notre expérience, elles sont toujours suivies d'une reconstruction mammaire immédiate (RMI).

● Mastectomies avec conservation de l'étui cutané

>>> Principe

C'est l'exérèse la plus réduite possible de l'étui cutané du sein, tout en emportant l'intégralité de la glande mammaire et de la PAM. Les trois avantages essentiels de cette technique sont : la conservation du sillon sous-mammaire, la préservation de la sensibilité cutanée et l'absence d'effet "patchwork" lié à la palette cutanée d'un lambeau.

Ce type de mastectomie nécessite une dissection attentive en raison de l'équilibre entre la survie cutanée et l'exérèse carcinologique. On ne retrouve pas d'augmentation du nombre de

récurrence dans ce type de mastectomie plutôt que dans celui des mastectomies classiques. En revanche, on retrouve un nombre accru de nécroses cutanées, en particulier en cas de tabagisme actif et de diabète qui sont des contre-indications (moins bonne vascularisation distale des lambeaux cutanés qui sont généralement plus grands dans les *skin sparing mastectomy*).

>>> Technique

La technique chirurgicale est la même que pour la mastectomie simple, avec une dissection dans les mêmes plans ; en revanche, ce sont les tracés des incisions qui varient en fonction des cas. Il existe 4 grands types de mastectomie avec conservation de l'étui cutané décrits par Wise (7 = 4). Il en existe 4 grands types selon Wise (fig. 5 et 6).

● Mastectomies avec conservation de la PAM

>>> Principe

La conservation de la plaque aérolo-mammellaire, lorsqu'elle est possible, améliore significativement le résultat esthétique final et augmente la satisfaction de la patiente. Cependant, cette indication plus restreinte que la *skin sparing mastectomy* doit être bien pesée en raison de l'intime connexion, à ce niveau, entre le tissu glandulaire et la peau. Le risque de nécrose de PAM est évalué à environ 10 % [3]. Le risque de récurrence semble très faible et ne pas survenir nécessairement au niveau de la PAM (4,5 = 5,6).

>>> Technique

Le dessin de la mastectomie se fait le plus souvent par une incision hémipériaréolaire externe avec extension radiaire externe. Mais elle peut également être réalisée uniquement par voie sous-mammaire (technique plus utilisée aux États-Unis).

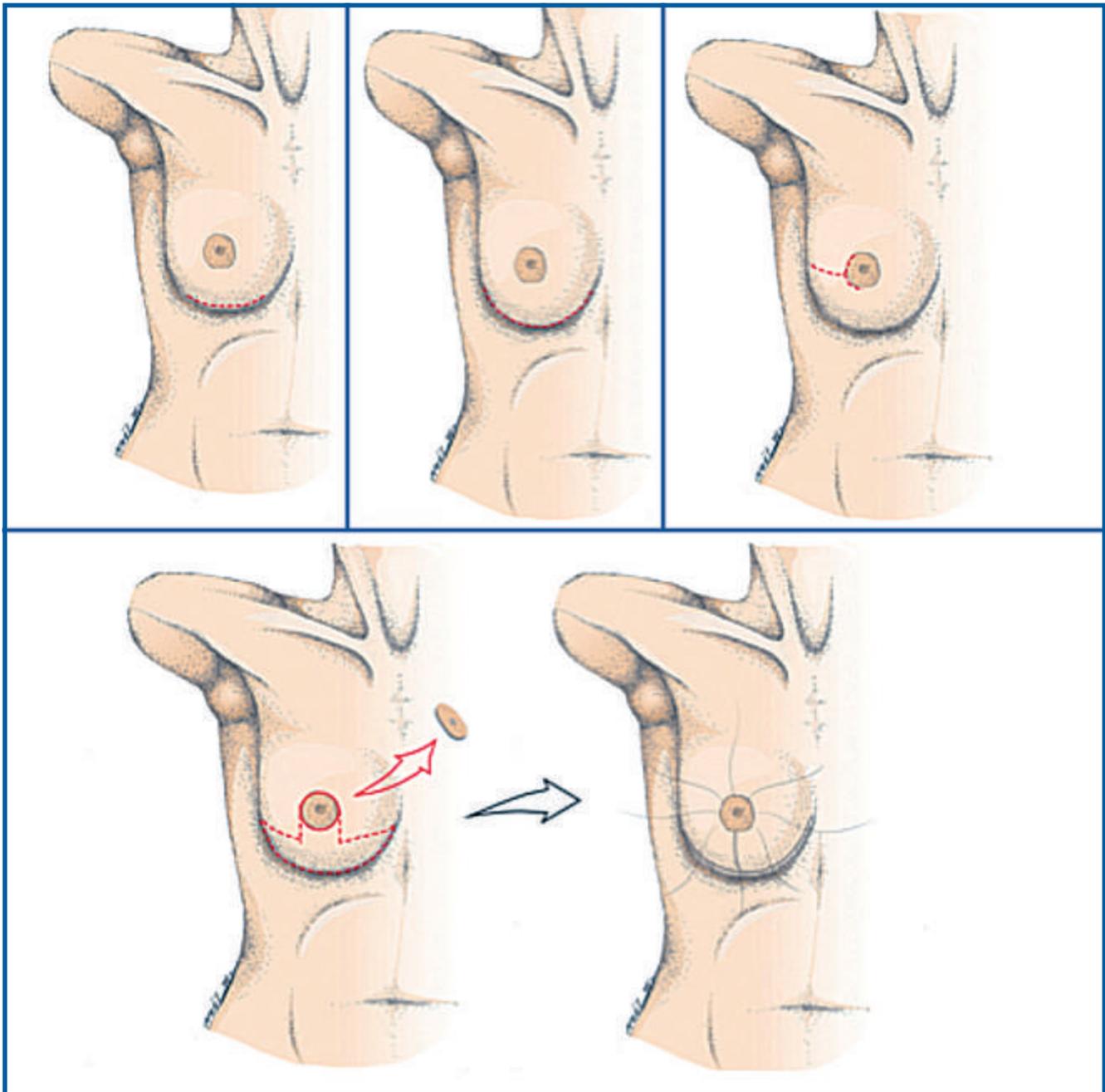


FIG. 7 : Les différentes voies d'abord des mastectomies avec conservation de l'aréole.

Quelle que soit la technique choisie, il est important de veiller, lors de la conservation de la PAM, à bien individualiser les ligaments de Cooper en laissant la quantité la plus infime possible de parenchyme mammaire attaché au

derme. L'ensemble des canaux galactophores doit être réséqué au niveau de la partie endoluminale.

Dans le cas de seins ptotiques, la réalisation d'un pédicule porte PAM n'étant

pas possible, on peut réaliser une excrèse greffe de la PAM, à la façon des plasties mammaires selon Thorek. Dans ce cas, avant la greffe de la PAM, sa face profonde est recoupée et envoyée en examen extemporané (**fig. 7**).

SEIN

● Indications des mastectomies conservatrices (avec RMI)

Les indications des mastectomies avec conservation de l'étui cutané sont les mêmes que celles des reconstructions mammaires immédiates et doivent tenir compte de divers éléments :

- facteurs oncologiques (type histologique et caractéristiques de la tumeur, traitements adjuvants);
- facteurs cliniques (tabagisme++, comorbidités);
- facteurs psychologiques (absence de “deuil du sein”, reconstructions souvent moins bien vécues avec exigence esthétique plus grande).

● Indications de RMI (2 = 7)

>>> Les mastectomies prophylactiques (mutations BRCA1 ou 2).

>>> Les carcinomes canaux in situ ou micro-invasifs à distance de la peau.

>>> Les carcinomes canaux infiltrants nécessitant une mastectomie mais pas de radiothérapie adjuvante :

- âge supérieur à 40 ans;
- absence d'envahissement ganglionnaire;
- tumeur de moins de 5 cm;
- absence d'atteinte de la peau, de la PAM ou de la paroi thoracique;
- absence d'embolies tumorales vasculaires;
- mastectomie avec marges saines;
- absence de chimiothérapie néoadjuvante.

>>> Tumeur phyllode de haut grade.

>>> Mastectomie pour récurrence sur traitement conservateur antérieur (lorsqu'il y a déjà eu un traitement local par radiothérapie qui n'est plus utilisable).

● Cas particulier des mastectomies avec conservation de la PAM

Ce sont les indications de mastectomie avec conservation de l'étui cutané, ainsi que :

- tumeurs situées à distance de la PAM (plus de 1 cm);
- degré de ptose modéré (si la ptose est importante, la réalisation d'un pédicule porte-PAM implique de laisser en place une quantité trop importante de tissu mammaire, c'est une indication de greffe de PAM);
- après analyse extemporanée des tissus rétro-aréolaires (pour la plupart des auteurs);
- chez une patiente prévenue des 20 % des risques de faux négatifs de l'analyse extemporanée et de la possibilité d'exérèse de la PAM dans un second temps.

Conclusion

La mastectomie est préconisée dans près d'un tiers des cas de cancer du sein et reste un pilier fondamental de son traitement. Elle s'est considérablement modifiée au fil du temps, en passant de la mastectomie radicale – encore très

pratiquée dans les années 1970 – aux mastectomies les plus conservatrices dans certaines indications à l'heure actuelle (conservation de l'étui cutané, de la plaque aréolo-mamelonnaire et reconstruction mammaire immédiate). Cette évolution, encore en cours avec l'élargissement progressif des indications des mastectomies conservatrices, a été essentiellement permise par la progression des moyens diagnostiques (IRM mammaire) permettant des diagnostics plus précoces et plus précis et par les perpétuels progrès des traitements adjuvants.

Bibliographie

1. MAZOUNI C, PACHET C, RIMAREIX F. Indications, conditions de réalisation et techniques de la mastectomie avec reconstruction immédiate dans le cancer du sein. *Gynecol Obstet et Fertil*, 2009;9:742-748.
2. Chirurgie des lésions mammaires : prise en charge première. ANAES 2002.
3. HANDLEY RS, THACKRAY AC. Conservative radical mastectomy (Patey's operation). *Ann Surg*, 1969;170:880-882.
4. GRANT W, BOSTIWC J. Skin sparing mastectomy : oncologic and reconstructive considerations. *Ann Surg*, 1997;225:570-578.
5. SACCHINI V, PINOTTI VA, BARROS AC *et al*. Nipple sparing mastectomy for breast cancer and risk reduction : oncologic or technical problem ? *J Am Coll Surg*, 2006;203:704-714.
6. PENNISI VR, CAPOZZI A. Subcutaneous mastectomy data : a final statistical analysis of 1500 patients. *Aesthetic Plast Surg*, 1989;13:15-21.
7. KARSENTI G, GABAY JR. La reconstruction mammaire immédiate. Pourquoi ? Pour qui ? *Réalités en Chirurgie Plastique*. N° 1. Mars 2013.

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

SUPPLÉMENT VIDÉO : MASTECTOMIE

→ C. OZIL, J. RAUSKY, J.B. DURON, M. REVOL. Service de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, Hôpital Saint-Louis, PARIS.

Cette vidéo présente la technique classique de mastectomie totale. Après avoir incisé un fuseau cutané emportant la plaque aréolo-mamelonnaire et la cicatrice d'une précédente tumorectomie, la dissection se réalise dans le plan des crêtes de Duret. Le plan profond de la glande est, quant à lui, disséqué du muscle grand pectoral en préservant son périmysium. Une infiltration de ropivacaine dans les berges de la cicatrice en fin d'intervention permet de diminuer les douleurs postopératoires.

Retrouvez cette vidéo : – à partir du flashcode suivant
– en suivant le lien : <http://tinyurl.com/mastectomie>



Reconstruction d'une perte de substance de la pointe du nez

→ J. NIDDAM, J.P. MENINGAUD
Service de Chirurgie plastique
CHU Henri-Mondor, CRÉTEIL.

Nous présentons ici le cas d'un patient de 62 ans envoyé par son dermatologue de ville pour un carcinome basocellulaire de la pointe du nez. L'exérèse de la lésion et la reconstruction de la perte de substance ont été réalisées dans le même temps opératoire sous AG. Le diamètre de la perte de substance avec les marges de sécurité était de 21 mm.

Quelles techniques peuvent être discutées pour reconstruire une perte de substance de la pointe du nez/partie inférieure du dorsum nasal ?

>>> **La cicatrisation dirigée** : possible pour des petites pertes de substances (de l'ordre de 5 mm), le caractère astreignant et long des soins en fait une technique de seconde intention.

>>> **Une greffe de peau totale** : il s'agit de la technique de référence pour certaines équipes chirurgicales en cas de tumeurs cutanées, notamment celles mal limitées. Cependant, son effet patch, ainsi que le risque de rétraction cutanée, nous font préférer l'utilisation de lambeaux locaux.

>>> **Lambeau frontal** : l'utilisation de ce type de reconstruction nous semble

trop délabrant pour ce type de perte de substance (moins de 25 mm de diamètre), obligeant de plus le patient à subir plusieurs interventions.

>>> **Autres lambeaux locaux (bilobé, Rieger-Marchac, Rintala...)** : ces lambeaux constituent une technique de choix dans la reconstruction des pertes de substance de la partie inférieure du dorsum nasal et de la pointe du nez. Néanmoins, ils présentent comme inconvénients le fait de laisser des cicatrices disgracieuses sur le dos du nez, ne respectant pas les sous-unités esthétiques (pour le bilobé notamment). Le lambeau de Rieger-Marchac, quant à lui, peut occasionner des distorsions de la pointe du nez et sa mobilité est parfois limitée pour des reconstructions très distales de la pointe. Les cicatrices laissées par le lambeau de Rintala respectent les sous-unités esthétiques du nez mais il entraîne souvent une remontée excessive de la pointe [1-3].

Nous décrivons ici l'utilisation d'un autre lambeau, emportant la totalité de l'unité esthétique du dos du nez, levé en îlot vasculaire pédiculé sur l'artère alaire supérieure, au niveau du muscle transverse.

CAS CLINIQUE

Bases anatomiques du lambeau

Le muscle transverse du nez est un muscle triangulaire, s'insérant au niveau de la fosse canine du maxillaire. Il recouvre la portion muqueuse latérale et le cartilage alaire, et se termine sur l'arête nasale avec une aponévrose commune au muscle procerus.

Ce muscle est vascularisé par l'artère nasale alaire supérieure, branche de l'artère faciale. Cette artère chemine sous le muscle transverse et le traverse rapidement pour former un cercle anastomotique du dos du nez (avec les artères nasales, columellaires, et du dorsum).

Le lambeau de Rybka, autre lambeau utilisé pour des pertes de substances plus latérales du nez, est d'ailleurs basé sur cette artère [4].

Technique anatomique de levée du lambeau

Après avoir réalisé l'exérèse de la lésion et son envoi en anatomopathologie, la dissection de ce lambeau commence par l'incision au niveau alaire controlatéral, le long du dorsum nasal, en remontant jusqu'à la glabella en V-Y inversé (fig. 1).

Le muscle transverse est alors découvert du côté controlatéral et l'artère nasale alaire supérieure repérée et coagulée. La dissection de toute l'unité esthétique du dos du nez est ensuite réalisée dans le plan de la rhinoplastie. Le pédicule est alors repéré sous le muscle transverse en soulevant le dorsum (fig. 2). En regard du muscle transverse, une dissection soigneuse sous-cutanée stricte sera réalisée.

L'incision est ensuite poursuivie, libérant ainsi le lambeau et laissant le dorsum en îlot vasculaire sur la branche alaire nasale supérieure. Le lambeau est alors translaté jusqu'à la perte de substance sans tension



FIG. 1: Après l'exérèse de la tumeur, les contours du lambeau sont incisés et le muscle transverse découvert.



FIG. 2: Dissection dans le plan de la rhinoplastie. Le pédicule est visualisé sous le muscle transverse.



FIG. 3: Translation du lambeau sans aucune tension.



FIG. 4: Suture du lambeau.

et suturé. La zone glabellaire est fermée en V-Y inversé (fig. 3 et 4).

Discussion

En 2005, Parodi *et al.* ont décrit pour la première fois ce lambeau, prouvant que la totalité du dorsum nasal

pouvait survivre sur un seul pédicule nasal alaire supérieur [5]. Plus récemment, l'équipe du Pr V. Darsonval du CHU d'Angers a publié un article sur l'utilisation de ce lambeau pour des reconstructions de la partie inférieure du dorsum nasal et de la pointe du nez, allant jusqu'à 25 mm, avec des résultats très satisfaisants [6].

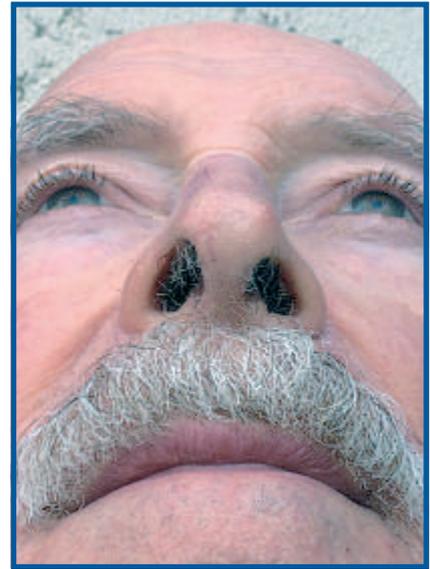
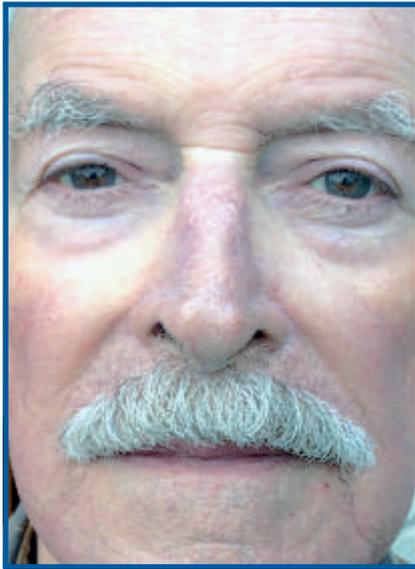


FIG. 5 À 7 : Résultats à 3 mois.

Les avantages de ce lambeau sont multiples :

- absence de cicatrice barrant le dorsum nasal, respectant les sous-unités esthétiques du nez (à l'inverse d'un lambeau bilobé par exemple) ;
- translation du lambeau sur la perte de substance et non rotation (comme dans un lambeau de Rieger-Marchac), évitant toute distorsion de la pointe du nez ;
- mobilité maximale due à sa levée en îlot et point de pivot bas situé, permettant des reconstructions très distales et évitant ainsi, dans certains cas, l'utilisation d'un lambeau frontal.

Le résultat chez ce patient à 3 mois est très satisfaisant (fig. 5 à 7).

Les avantages de ce lambeau en font une technique de choix pour les pertes de substances de la pointe du nez inférieures à 25 mm.

Bibliographie

1. ZIMANY A. The bi-lobed flap. *Plast Reconstr Surg*, 1953;11:424-434.
2. MARCHAC D, TOTH B. The axial frontonasal flap revisited. *Plast Reconstr Surg*, 1985;76:686-694.
3. RIEGER RA. A local flap for repair of the nasal tip. *Plast Reconstr Surg*, 1967;40:147-149.
4. RYBKA FJ. Reconstruction of the nasal tip using nasalis myocutaneous sliding flaps. *Plast Reconstr Surg*, 1983;71:40-44.
5. PARODI PC, DE BIASIO F, RAMPINO CORDARO E *et al*. Frontonasal myocutaneous flap based on the transversus nasalis muscle. *Plast Reconstr Surg*, 2005;115:1684-1688.

Vous auriez peut-être proposé un autre traitement ?

**Pour réagir :
info@realites-chirplastique.com**

6. ROUSSEAU P, ARNAUD D, DARSONVAL V *et al*. Lambeau total du dos du nez basé sur l'artère alaire supérieure. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 2012;57:267-272.

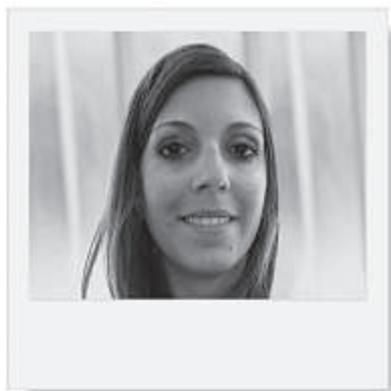
L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

EXERCICE LIBÉRAL

Mon expérience du déconventionnement

RÉSUMÉ : En chirurgie plastique, l'exercice hors convention est possible car notre spécialité comporte une part non négligeable d'actes hors nomenclature. Notre spécialité est précurseur d'un mouvement qui s'imposera dans quelques années.

Devant le désengagement accéléré de la Sécurité sociale et l'instauration des réseaux de soins, le déremboursement progressif des soins est une réalité. Les démarches sont expliquées dans cet article, ainsi que mon expérience après une période de 8 mois.



→ V. KADOCH
Chirurgien plasticien,
STRASBOURG.

Qu'est-ce qu'une convention médicale ?

Une convention médicale est un contrat signé entre les médecins et les caisses. Il s'agit d'une convention individuelle, théoriquement signée par les deux parties. La convention permet au médecin d'exercer librement, avec tact et mesure et respect des règles déontologiques. Les règles de conventionnement sont prévues aux articles L162-5 et suivants du Code de la Sécurité Sociale (CSS).

Dans le cadre du secteur 1 (S1), les tarifs sont fixés sans possibilité de dépassement avec – en contrepartie – une prise en charge des cotisations sociales du médecin. Pour le secteur 2 (S2), les tarifs sont libres avec possibilité de dépassements, dans les limites déontologiques.

Le patient est remboursé sur une base du tarif opposable (70 % du TO par l'Assurance maladie). Seulement 30 000 médecins exercent en S2 (sur 100 000 libéraux). Le choix majoritaire du S1 a été motivé par une revalorisation constante des TO dans les années 80. Or, les tarifs (notamment chirurgicaux) n'ont plus évolué depuis 20 ans.

Pourquoi exercer hors convention ?

Depuis 8 mois, les médecins subissent un matraquage médiatique sans précédent, résultant de plusieurs années d'inertie de nos syndicats. Les syndicats représentatifs (CSMF, SML et MG France) ont signé, en octobre 2012, l'Avenant 8 et en déclarant avoir sauvé le S2. Depuis cet avenant, le S2 est enterré et le S1 ne sera pas revalorisé. Nos confrères radiologues et biologistes ont vu leurs actes décotés pour financer une maigre revalorisation de certains actes. De plus, l'Avenant 8 retire à l'Ordre des Médecins toute sa fonction de contrôle. Les tact et mesure disparaissent au prix d'un délit statistique. Le courrier envoyé aux S2 prévoit de sanctionner 5 % des "dépasseurs" par région, quel que soit leur niveau de dépassement. Le directeur de la CNAM a donc tous les pouvoirs. Le médecin délinquant sera jugé en Commission paritaire par des syndicats signataires et des administratifs, sans avocat.

L'Avenant 8 prévoit également un remboursement différencié des honoraires, avec une incitation des mutuelles à ne rembourser que dans le cadre du contrat d'Accès aux soins. Ce secteur

instaure un plafonnement des honoraires à 100 % du TO, sur 3 ans, avec décroissance progressive en contrepartie d'une prise en charge partielle des cotisations sociales. L'exercice libéral est donc encadré, stigmatisé et contrôlé.

Malgré une semaine de grève et plusieurs manifestations, les médecins ne sont pas entendus. Au lendemain de la grève du 02/12/12, j'ai décidé d'organiser, avec tous mes collègues de Strasbourg, un déconventionnement massif et protestataire dans la ville. Notre courrier a été envoyé le même jour au directeur de la CNAM, le 19/12/12. Je poursuis aujourd'hui le combat aux côtés de l'UFML (Union Française pour une Médecine Libre).

L'exercice hors convention

1. Les démarches

- Envoyer un courrier en RAR au directeur de la CPAM, notifiant son souhait d'exercer hors convention. Le déconventionnement prend effet 1 mois après la date de réception de son courrier par la CPAM (article R162-54-9 du code de la Sécurité sociale).
- Informer le RSI (Régime Social des Indépendants), l'URSSAF et la CARMF. Dans le cadre des cotisations retraites, le médecin non conventionné ne cotise plus à l'ASV (Allocation Supplémentaire Vieillesse).
- Informer l'Ordre des Médecins.
- Commander des nouvelles feuilles de soins, arrêts de travail et ordonnances avec mention : "Exercice hors convention".
- Modifier le libellé de la plaque à l'extérieur du cabinet en précisant : "Exercice hors convention, Honoraires libres".

– Modifier l'affichage tarifaire dans la salle d'attente. Ainsi, l'article R1111-22c) du CSP (Code de santé publique) précise que **le médecin non conventionné doit afficher dans son local les phrases suivantes** : "Votre médecin n'est pas conventionné ; il détermine librement le montant de ses honoraires. Le remboursement de l'Assurance maladie se fait sur la base des tarifs d'autorité, dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les médecins conventionnés. Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer. Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure."

- Vérifier qu'il n'existe aucune clause de conventionnement dans son contrat avec la clinique. Si tel est le cas, il faut alors procéder à la signature d'un avenant.

2. Des chiffres

Le nombre de médecins non conventionnés en France était de 1 612 en 2012 et 64 % sont des généralistes (source CARMF ; **fig. 1**), avec une répartition plus concentrée en région parisienne (**fig. 2**). Il y avait 11 plasticiens non conventionnés en 2010.

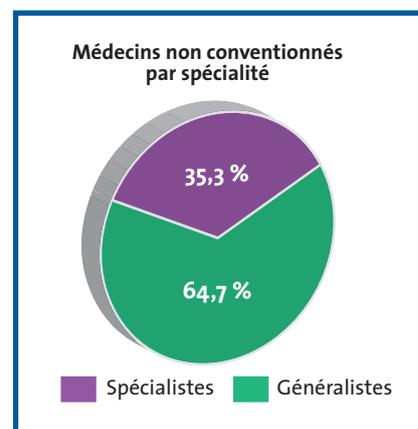


FIG. 1 : Pourcentage des médecins non conventionnés (Source CARMF).

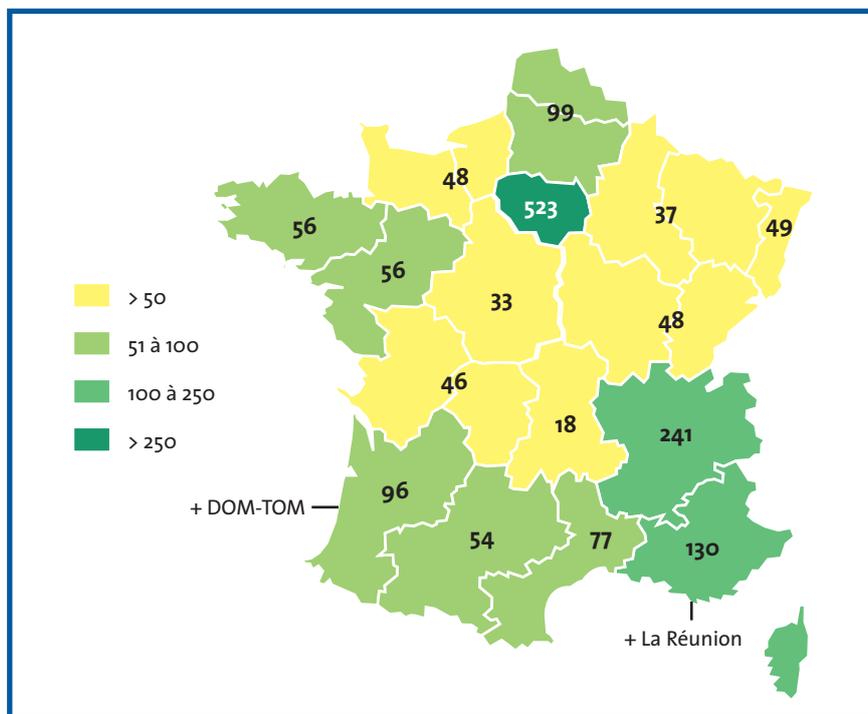


FIG. 2 : Répartition géographique des médecins non conventionnés (Source CARMF).

EXERCICE LIBÉRAL

POINTS FORTS

- ➔ Avenant 8 : plafonnement des dépassements et remboursement différencié.
- ➔ RAR au directeur de la CPAM, déconventionnement au bout de 1 mois.
- ➔ Tarif d'autorité 0,98 euros, 16 % TO actes techniques.
- ➔ Liberté tarifaire.
- ➔ Tact et mesure.

3. Impact du non conventionnement au niveau des médecins : liberté des tarifs des honoraires

L'article L 162-5-13 du CSS faisant référence aux tarifs des médecins et aux dépassements ne s'appliquant qu'aux médecins exerçant dans le cadre d'une convention – par défaut – **les médecins non conventionnés fixent dès lors librement leurs honoraires, rémunérations et accessoires** (sauf en cas de mission de service public de permanence des soins). En effet, une fois déconventionné, le médecin perd tous droits attachés aux secteurs conventionnels (à honoraires opposables, honoraires différents ou droit à dépassement permanent).

Le déconventionnement des médecins impacte les seuls honoraires des médecins. Rappelons toutefois que le praticien hors convention doit fixer ses tarifs avec **tact et mesure** (article R.4127-53 du CSP + jurisprudence).

4. Impact de la relation du médecin avec les établissements

Le médecin non conventionné est en droit de contracter avec un établissement. L'exercice hors convention d'un médecin n'a pas d'effet sur le remboursement de l'hospitalisation. Pour ses activités, l'établissement a son propre conventionnement qui est le CPOM (cli-

nique privée conventionnée). En effet, l'article L162-22-6 du code de la Sécurité sociale indique que c'est l'absence de signature d'un CPOM qui va entraîner des conséquences tarifaires pour l'établissement et empêcher la dispense d'avance des frais d'hospitalisation pour les patients.

Le patient hospitalisé dans une clinique privée conventionnée (CPOM) continuera à être pris en charge par l'Assurance maladie comme il est prévu par le droit commun dont il relève, même si le médecin qui est intervenu n'est pas conventionné. En effet, en application des règles relatives à la T2A, sont exclus des forfaits GHS, GHT, ATU, PO, FFM, SE et autres afférents aux différentes catégories de prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale, l'ensemble des honoraires des praticiens, y compris ceux afférents aux examens de laboratoire et, le cas échéant, des rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement (articles L162-22-6, d), R162-31-1 a) et R162-32-1 2° du CSS).

En conséquence, le patient sera pris en charge pour les frais d'hospitalisation et de séjour au sein de la clinique, les honoraires facturés par les médecins conventionnés qui concourent à son traitement lui seront remboursés selon le secteur conventionnel ; seuls les hono-

raires complémentaires du médecin non conventionné demeureront à sa charge.

L'exercice hors convention : mon expérience personnelle

Dans le cadre d'un exercice hors convention, le remboursement est effectué sur la base d'un tarif d'autorité (0,98 euro : *arrêté du 9 mars 1966 relatif aux tarifs d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux en l'absence de convention pour les soins dispensés aux assurés sociaux, JO du 27 mars 1966*). Une consultation est remboursée 0,69 euros (70 % du tarif d'autorité) par l'Assurance maladie, le reste pouvant être pris en charge par les assurances ou mutuelles.

Pour les patients bénéficiant de la CMU, les soins effectués par le praticien hors convention ne sont pris en charge par l'Assurance maladie que selon le tarif d'autorité, et le patient devra régler les actes. Pour les actes techniques réalisés au cabinet, les actes sont remboursés 16 % du TO par la Sécurité sociale (*arrêté du 1^{er} décembre 2006 modifiant l'arrêté du 9 mars 1966, JO du 16 décembre 2006*), et une part par les complémentaires. Concernant les actes réalisés en clinique conventionnée, aucune différence de prise en charge n'a été constatée durant mes 8 mois de déconventionnement. Les complémentaires remboursent le patient sur la base du tarif opposable (comme pour un médecin conventionné). En revanche, il faut noter que la Sécurité sociale ne verse que 16 % du TO au chirurgien, cela peut représenter une perte importante pour les spécialités comportant des TO très élevés.

Mes associés et moi-même avons adressé un courrier explicatif à nos principaux correspondants, notamment pour la dermatochirurgie. Quelques actes réalisés initialement au cabinet ont été adressés aux confrères conventionnés, dermatologues, chirurgiens généraux.

Concernant les autres actes (plastie mammaire, plastie abdominale, séquelles d'amaigrissement, reconstruction mammaire), nous n'avons enregistré aucune baisse d'activité.

Conclusion

Dans mon expérience, le déconventionnement a permis :

>>> Un gain de temps consacré au dialogue entre patient et praticien, d'où une amélioration de la qualité de la prise en charge.

>>> Des délais d'accès aux soins améliorés.

>>> Une augmentation des ressources humaines au niveau du cabinet au bénéfice du patient.

>>> Une amélioration du plateau technique et de la qualité de l'offre de soins.

>>> Un moindre coût du remboursement pour la Sécurité sociale.

>>> Un allègement des tâches administratives (plus de contraintes de télétransmission).

>>> Une émulation de la concurrence au niveau des complémentaires santé.

Références

<http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/qui-sont-les-medecins-non-conventionnes>

<http://droit-medical.com/perspectives/la-forme/270-exercice-medecin-hors-convention-ou-non-conventionne>

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20061216&numTexte=42&pageDebut=19016&pageFin=19016

<http://www.ufml.fr/deconventionnement/preambule.html>

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

Ne manquez pas...

Réalités en Chirurgie Plastique sera présente

au 58^e Congrès Annuel de la SOF-CPRE

du 28 au 30 novembre au CNIT à Paris

Toute l'équipe rédactionnelle vous attend pour discuter de vos attentes, de vos souhaits d'articles et échanger... autour d'un verre de champagne et de petits gâteaux.

Vous y découvrirez également en avant-première le numéro 4 de *Réalités en Chirurgie Plastique*.



Diplôme d'Université de techniques d'injection et de comblement en chirurgie plastique et maxillo-faciale

Responsable :

Pr Jean-Paul MENINGAUD
meningaud@me.com

Secrétariat :

Monique MUSU
chir.ambu@hmn.aphp.fr
Tél. : 01 49 81 25 31
Fax : 01 49 81 25 32

Publics et prérequis :

1. Médecins qualifiés en chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, ORL, stomatologie, ophtalmologie et dermatologie
2. Médecins inscrits dans les filières citées ci-dessus, titulaires du diplôme de docteur en médecine
3. Les médecins inscrits au tableau du Conseil National de l'Ordre des Médecins, d'autres spécialités y compris médecine générale. L'autorisation d'inscription est prononcée par le responsable de l'enseignement après examen du dossier.
4. Les médecins étrangers justifiant d'une spécialisation dans l'une des disciplines citées ci-dessus. L'autorisation d'inscription est prononcée par le responsable de l'enseignement après examen du dossier et entretien.

Objectifs

Les techniques d'injection et de comblement, notamment de toxine botulique et d'acide hyaluronique, sont de plus en plus utilisées mais paradoxalement peu ou pas enseignées au cours des études initiales. Ce diplôme vise à donner une formation sur l'indication, la réalisation technique et la prévention des complications concernant les techniques de comblement et d'injection utilisées principalement en chirurgie plastique, en chirurgie maxillo-faciale et en dermatologie.



Durée des études

6 sessions d'une journée de janvier à juin 2014.

Organisation pédagogique

Date des enseignements en 2014 : premier lundi de chaque mois de janvier à juin de 8 h à 18 h.

Lieux d'enseignement : Faculté de médecine de Créteil.

Travaux pratiques : les mêmes jours en soirée.

Contrôle des connaissances

Contrôle terminal : 80 points (sous forme de QCM).

Rédaction d'un mémoire : 20 points.

Présence obligatoire pendant l'ensemble des enseignements.

Examen le 2 juin 2014. Oral de rattrapage en septembre.

Modalités d'inscription

Adresser un mini-CV et une lettre de motivation par **e-mail exclusivement** : www.dutic.info

Retrait des dossiers d'inscription dès l'accord du responsable, auprès de la Scolarité du 3^e cycle de la Faculté de Médecine Paris 12.

Participants : 60 maximum.

Tarifs : www.dutic.info (signet "inscription").

Réalité en Chirurgie Plastique, c'est aussi un site internet

réalités™ CHIRURGIE PLASTIQUE

Une pomme par jour éloigne le médecin... pourvu que l'on vise bien.

Winston Churchill

Accueil | Articles/Spécialités | Cas Cliniques | Vidéothèque | Exercice Libéral | Passerelles | Contact

Film : Préparation des vaisseaux mammaires internes

Ce film présente deux techniques de préparation des vaisseaux mammaires internes. La première, dite "classique", où l'abord du cartilage costal se fait après incision du muscle grand pectoral le long de ses fibres. La deuxième ...



Perte de substance de la paroi thoracique antérieure

par T. Sorin le juillet 23, 2013 dans Cas Cliniques, Soin



La structure la plus adaptée à l'exercice de votre activité

par C. Bel le juin 14, 2013 dans Exercice Libéral

Rechercher...

Rechercher

Feuilletez et découvrez
Réalités en Chirurgie Plastique



réalités™
CHIRURGIE PLASTIQUE