

réalités



Bimestriel #

10

• Avril 2015
Cahier 1

en CHIRURGIE PLASTIQUE

Le billet d'humeur de J.-B. Andreoletti

La rhinoplastie par voie fermée. Partie II : cas particuliers primaires et rhinoplasties secondaires

Les curages inguino-iliaques dans la prise en charge du mélanome

Cas clinique : Rajeunissement facial et injectables

Satisfaction du DIEP : et le ventre ?

Les lambeaux locaux basés sur les perforantes de l'artère faciale : technique opératoire et applications cliniques



PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES CICATRICES
HYPERTROPHIQUES ET CHÉLOÏDES



Une belle cicatrice
est une cicatrice
qui s'oublie

Dans 83% des cas, l'efficacité globale de Kelo-cote®
a été jugée "très bonne" ou "bonne" par les médecins¹



KELO-COTE®

Kelo-cote® est un gel de silicone transparent breveté dont l'efficacité et la tolérance ont été démontrées en prévention et en traitement des cicatrices hypertrophiques et chéloïdes.²

(1) Sepehrmanesh M. Anwendungsbeobachtung mit Dermatix™ Gel an 1522 Patienten. Kompendium Dermatologie 2006;1:30-32
Etude clinique observationnelle sur 1522 patients présentant des cicatrices hypertrophiques et chéloïdes, avec application de Kelo-cote® 2 fois par jour pendant 2 à 6 mois. Evaluation de l'évolution de la cicatrice (rougeur, douleur, induration, surélévation et prurit) selon 4 niveaux (efficacité "très bonne", "bonne", "modérée", "insuffisante"), examen initial vs examen final de la cicatrice.

(2) Etudes disponibles sur demande

www.kelocote.fr



Dispositif médical de classe I non remboursé - Lire attentivement les instructions figurant sur la notice ou sur les fiches produits

Distribué en France par : Sinclair Pharma France - 35, rue d'Artois, 75008 Paris, France - Fabricant : Advanced Bio-Technologies, Inc. Suwanee, GA 30024, USA - CE Représentant autorisé : Barclay Phelps, Londres, N22 8HH

Un peu de bon sens !

Le long apprentissage de notre métier a pour avantage de nous faire rencontrer des maîtres dont les enseignements nous accompagnent parfois tout au long de notre carrière. C'est ainsi que je garde encore en mémoire les paroles de mon premier patron, alors que, jeune interne aux urgences dans un petit hôpital de la région parisienne, je me trouvais plongé dans les hésitations diagnostiques ou thérapeutiques inhérentes à mon manque d'expérience. "Un peu de bons sens !" répétait-il en associant à ces paroles une bourrade dans le dos, aussi paternelle qu'appuyée (le pneumothorax n'était pas loin).

Le **bon sens**... Cette bonne vieille notion héritée de la tradition paysanne basée sur la logique, l'observation et l'expérience, qui fait par exemple que l'agriculteur n'ira pas faucher ses prés quand la pluie menace car il sait que les foins seront trempés. Le **bon sens**, voilà un élément qui, par les temps qui courent, semble faire défaut à beaucoup de nos décideurs, notamment dans le monde médical.

On est ainsi en droit de se demander où est le bon sens quand des gouvernements successifs persistent à maintenir un *numerus clausus* serré à l'entrée des études médicales, élevant l'examen d'accès à la première année au rang des concours les plus difficiles, alors que la pénurie de médecins annoncée depuis des années est aujourd'hui une réalité qui se fait déjà sentir, et que la France recrute massivement des médecins et des chirurgiens venant d'Europe, notamment de Roumanie, pour soigner sa population vieillissante...

Où est le bon sens lorsque, réforme après réforme, on réduit le temps de présence à l'hôpital des internes pour mieux les laisser "se reposer" ou "organiser leur formation", alors qu'il y a tant à apprendre et si peu de temps pour le faire, au risque de voir à l'arrivée des jeunes chirurgiens diplômés mais insuffisamment formés incapables d'opérer seuls ?

Quid du bon sens lorsqu'une ministre s'évertue à pilonner la médecine libérale et à vendre la santé aux mutuelles au mépris des avertissements des professionnels concernés (le corps médical en premier lieu) ?

Où est donc le bon sens lorsque, dans un internat, une banale fresque orgiaque dans la plus pure tradition "salledegardesque" se voit cataloguée de "représentation de viol" mettant en scène la même ministre, fresque ridiculement condamnée par le président du Conseil de l'Ordre lui-même, victime sans doute d'une amnésie brutale médiatico-induite de son passé de carabin ! ?



→ **J.-B. ANDROLETTI**
Service de Chirurgie plastique,
Centre hospitalier, BELFORT.

BILLET D'HUMEUR

Où est encore le bon sens lorsqu'on prétend, dans un but de prévention du risque, faire des statistiques sur des événements porteurs de risque auto-déclarés par des chirurgiens sachant pertinemment que ceux-ci sont pour partie inventés sous la contrainte, ou enfin lorsqu'on demande à ces mêmes chirurgiens de certifier que leurs futurs opérés ne sont pas atteints de maladie de la vache folle sous peine de ne pas laisser lesdits patients entrer dans un bloc opératoire, alors que personne n'ignore que le diagnostic de cette pathologie est très souvent tardif et de toutes façons du ressort de neurologues confirmés ?

Je m'en tiendrai là ; la liste pourrait être bien plus longue.

Pourtant, faire preuve de bon sens n'est pas impossible ; notre corporation l'a très bien montré dans sa gestion pertinente et efficace de la crise PIP, même si quelques "couacs" ont pu être ponctuellement déplorés. Une attitude collective intelligente qui a permis d'éviter le pire et de maintenir une image professionnelle et responsable de notre spécialité. Nos technocrates au cerveau si fécond seraient bien avisés de prendre exemple sur les chirurgiens et de faire appel, s'ils en sont encore capables, à un peu de bon sens !

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. Qassemlyar, Dr B. Sarfati

RÉDACTEURS EN CHEF

Dr J. Quilichini, Dr J. Niddam

ILLUSTRATION MÉDICALE

Dr W. Noël

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

RÉALITÉS EN CHIRURGIE PLASTIQUE

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

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

A. Le Fur, S. Duméry

CHEF DE PROJET WEB

J. Nakache

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

J. Delorme

IMPRIMERIE

Impression : bialec – Nancy
95, boulevard d'Austrasie
CS 10423 – 54001 Nancy cedex
Commission Paritaire : 0515 T 91811
ISSN : 2268-3003
Dépôt légal : 2^e trimestre 2015



Avril 2015 Cahier 1 #10

↳ BILLET D'HUMEUR

- 3** Un peu de bon sens !
J.-B. Andreoletti

↳ SILHOUETTE

- 23** Satisfaction du DIEP : et le ventre ?
J. Niddam

↳ FACE

- 6** La rhinoplastie par voie fermée : une méthode fiable toujours d'actualité. Partie II : cas particuliers primaires et rhinoplasties secondaires
Y. Levet

↳ RECONSTRUCTION

- 27** Les lambeaux locaux basés sur les perforantes de l'artère faciale : technique opératoire et applications cliniques
Q. Qassemlyar

↳ CANCÉROLOGIE

- 15** Les curages inguino-iliaques dans la prise en charge du mélanome
B. Hersant

↳ CAS CLINIQUE

- 19** Rajeunissement facial et injectables
E. Essayagh, J. Bouhassira

Un cahier 2 "Silhouette Soft et Ellansé" est routé avec ce numéro.

Un bulletin d'abonnement est en page 18.

Image de couverture : © W. Noël.

La rhinoplastie par voie fermée : une méthode fiable toujours d'actualité.

Partie II: cas particuliers primaires et rhinoplasties secondaires

RÉSUMÉ : Si la rhinoplastie primaire est une technique exigeante, les reprises, malheureusement fréquentes, peuvent s'avérer difficiles... La deuxième partie de cet article (la première a été présentée dans le numéro 8) aborde certains cas particuliers en rhinoplastie primaire, ainsi que la rhinoplastie secondaire par voie fermée. Cette voie est, à mon sens, à préférer en cas de reprise par rapport à la voie ouverte. Une riche iconographie permet d'illustrer ces cas difficiles devant lesquels peut se retrouver le chirurgien plasticien



→ **Y. LEVET**

Ancien chef de Clinique-assistant à la faculté de médecine de Paris. Ancien directeur de l'enseignement de l'ISAPS. Membre de la Rhinoplasty Society (Inc.), BOULOGNE-BILLAN COURT.

Les cas particuliers primaires

1. Les petits nez

Ils étaient à la mode il y a encore 20 ans. Aujourd'hui, on a plutôt tendance à ne pas trop raccourcir le nez

2. Les grands nez

Impossible de faire un petit nez avec un grand nez. En effet, la surface cutanée conditionne la rétraction, plus elle est grande, moins elle se rétractera. Si la structure sur laquelle repose la peau est beaucoup plus petite, il va forcément y avoir inadéquation, donc effet de verre de montre. Comme il n'est pas admissible de retirer un excès de peau sur le nez, il faut juste être raisonnable et ne pas proposer un petit nez.

3. La peau épaisse

Même difficulté ici, avec en plus un problème au niveau de la pointe. Si la peau est épaisse, il sera en effet difficile

de réaliser une pointe bien dessinée, "nerveuse", la peau masquant la structure sous-jacente. De plus, le cartilage est souvent paradoxalement fin or il faut impérativement le conserver le plus possible pour éviter une pointe ronde. Le septum devra donc être creusé au dessus de la pointe et il faudra veiller à bien modeler son pansement en insistant sur cette zone (*fig. 1*).

4. La peau très fine

Attention aux irrégularités du *dorsum*. Il existe des nez très fins et très fragiles, avec un os fragile comme une coquille d'œuf.

Il faut vérifier les bords des auvents osseux, bien constater que le bord supérieur de la cloison ne saille pas entre les volets, éventuellement couvrir le dos du nez avec du cartilage en *onlay* très écrasé pris sur les résections alaires ; ou bien même utiliser une greffe de *fascia* temporal qui crée un petit matelas sous la peau, après avoir prévenu le patient de cette éventualité en préopératoire.



FIG. 1 : Nez assez volumineux avec peau épaisse. Il est illusoire de promettre un petit nez fin. Il faut au contraire prévenir la patiente que le résultat sera harmonieux mais pas très affiné, à cause de l'épaisseur de la peau qui ne se rétractera pas bien.



FIG. 2 : Très grand nez avec pointe tombante.



FIG. 3 : Même patient que *fig. 2*. Le patient ne réclame pas un petit nez mais veut atténuer son aspect. Tant mieux ! Il serait néfaste de réduire le nez et de trop transformer quelqu'un qui n'est plus très jeune et qui a gardé un fort souvenir d'un nez marquant. Le caractère général est conservé.

5. La pointe tombante

Les nez volumineux avec pointe tombante sont difficiles à traiter. Ce sont ces cas qui peuvent bénéficier, en plus de la résection du bord antéro-inférieur à base supérieure de la cloison, d'une résection muqueuse parallèle à la résection de cartilage sur le bord collumélaire. Il ne faut pas chercher à en faire trop mais prévenir le patient qu'il y aura sûrement, encore après la chirurgie, une légère récurrence de la pointe tombante, qui fait partie du caractère fondamental de ce nez (*fig. 2*).

6. Le nez de l'homme

Il est souvent volumineux, avec une peau épaisse. En dehors des nez traumatiques qu'il faut redresser, il n'est pas raisonnable d'affiner beaucoup un nez de garçon ni de retirer nettement une bosse, sous peine de le féminiser. Il ne faudra pas creuser l'arête mais essayer de garder un profil rectiligne et même parfois conserver une certaine convexité (*fig. 3*).

7. Les pointes bulbueuses, les nez carrés ou en bouchon de champagne

En dehors du caractère élargi de la pointe elle-même, il existe souvent une inversion de la convexité naturelle du cartilage alaire, avec un creusement médian concave. La section du prolongement postérieur de l'alaire engendrerait systématiquement un pincement narinaire. Il faut donc inverser cette courbure, soit en sortant le cartilage et en le remodelant avec un fil en U qui restaure la convexité, soit en greffant à la face profonde un morceau de cartilage plus rigide.

Une autre méthode, encore plus sophistiquée, consiste à déplacer le prolongement latéral dans une poche disséquée dans la région du triangle faible latéral. Cette translation empêche le pince-

FACE

ment et fait, en même temps, reculer la pointe (**fig. 4**). Il faut aussi beaucoup affiner le cartilage alaire dans sa partie médiane et antérieure, et prendre grand soin du pansement qui, à lui seul, modèlera la peau résiduelle qui ne demande qu'à suivre... (**fig. 5**).

8. La personne "mûre"

Autant une jeune femme n'a pas encore intégré dans son image corporelle un nez qui vient de se former, et qu'on peut donc modifier sans dommage psychologique, autant passée la quarantaine il est très difficile de changer d'aspect. Il faut donc faire très attention à ne pas trop modifier le nez, sous peine d'avoir un patient qui ne se reconnaît plus au sortir du plâtre et qui aura beaucoup de mal à changer d'image (**fig. 6**). Nous avons vu des patientes mettre jusqu'à deux ans avant de se sentir à nouveau elles-mêmes: "C'est encore moi mais ce n'est plus moi" Situation très difficile à gérer pour le chirurgien qui ne peut pas revenir en arrière... Méfiez-vous donc des patientes au-delà d'un "certain âge" qui veulent changer leur nez.

En revanche, au cours d'une chirurgie de rajeunissement, l'ablation modérée d'une petite bosse, peut être rajeunissante et bien s'intégrer à un lifting de la face. La rhinoplastie de réduction est une infantilisation du nez qui perd sa bosse et se retrouve sensiblement comme avant l'adolescence.

9. Les nez ronds

Dans le nez rond, le cercle définissant la pointe est trop grand et englobe l'aile narinaire. Il y a deux causes de nez ronds: la peau épaisse et l'excès cartilagineux. Le diagnostic se fait en appuyant sur la pointe: elle résiste, c'est du cartilage, et le traitement est simple, c'est de la résection; elle est molle, et là il faut faire juste le contraire, c'est-à-dire soutenir la pointe par des greffes de cartilage:

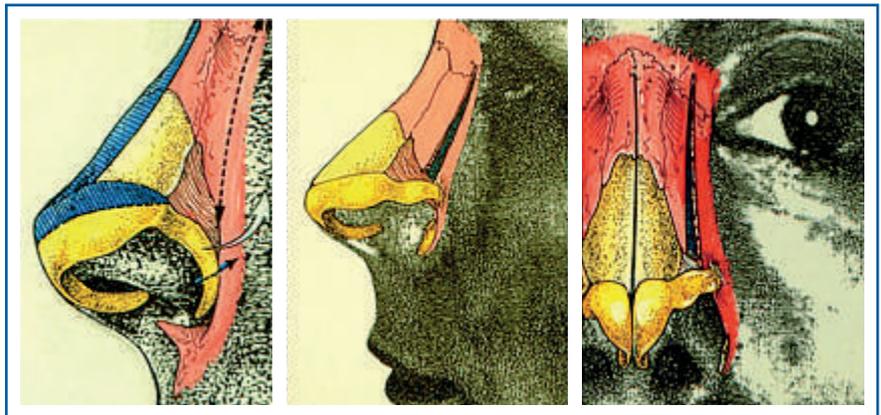


FIG. 4 : La technique de transfert du prolongement du cartilage alaire dans le triangle faible latéral permet en même temps de supprimer le pincement latéral et de faire reculer la pointe.



FIG. 5 : Un cas de pointe bulbeuse traitée par cette technique.



FIG. 6 : La femme mûre. Attention le changement doit être très modéré, sinon la patiente dont l'image corporelle est fixée ne se reconnaîtra pas!

Viticell® est un dispositif permettant la réalisation d'une suspension cellulaire pouvant notamment être dédiée à la repigmentation de la peau, par exemple dans le cadre d'un vitiligo non évolutif, de cicatrices post-traumatiques hypochromatiques.

Vitiligo non évolutif Cicatrices post-traumatiques hypochromatiques

ET SI VOUS CHOISSIEZ
LA SIMPLICITÉ ?

VITICELL®



Et la vie reprend ses couleurs

KIT DE REPIGMENTATION VITICELL® PERMETTANT :

- La réalisation d'une **greffe cellulaire autologue** non-cultivée pouvant traiter une zone dépigmentée **jusqu'à 100 cm²**
- Réalisation en 1-2 heures
- Une option thérapeutique désormais **réalisable en cabinet de ville et à l'hôpital** au pied du patient

J0



J90



Photos issues de l'étude de 8 cas patients présentés lors du congrès de l'IPCC (International pigment cell conference). Michel Pascal *et al.* Innovative autologous non-cultured epidermal cellular graft for segmental and non-segmental vitiligo. Poster numéro 162, DOI : 10.1111/pcmr.12292.

Pour plus d'informations, consultez
www.viticell.com



VITICELL® est un dispositif permettant la réalisation d'une suspension cellulaire. Dispositif Médical de classe III (CE 0499). Lire attentivement la notice avant utilisation. Fabricant : Laboratoires Génévrier.
280, rue de Goa - ZI Les Trois Moulins, Parc d'Activité de Sophia Antipolis, 06600 Antibes - France

FACE



FIG. 7 : Nez rond primaire par excès de cartilage alaire et triangulaire au dessus de la pointe, excès de cloison au-dessus de la pointe. Traitement par résection simple du cartilage en trop, et greffe sous-cutanée de Sheen sur la pointe passée par voie marginale pour lui donner plus de "nervosité".

greffe de soutien par un étai columellaire et fort affinement sus-apical pour obliger la peau, au-dessus de la pointe, à s'aplatir et obtenir le creusement qui aidera à une meilleure définition de la pointe. Souvent une greffe de Sheen, sous-cutanée, en triangle à base supérieure, passée par une voie marginale et fixée transitoirement par un fil en U, donne à la pointe son "double break" qui résout l'aspect de nez rond (*fig. 7*).

10. Le nez de boxeur

C'est un nez traumatique. Il est effondré, présente une ensellure médiane, une pointe large et une chute de la pointe

avec aspiration de la columelle (*fig. 8*). Si celle-ci est fixée, c'est-à-dire qu'on ne peut pas la remettre à sa place en tirant dessus, c'est qu'il existe une rétraction muqueuse associée souvent en rapport avec une perforation de la cloison.

Le traitement consiste en un soutien de la pointe, une correction de l'ensellure par greffe d'apposition dans un décollement très modéré du dos du nez (pour que la greffe soit très serrée et dessine bien l'arête), des ostéotomies latérales et une réduction cutanée des narines. La peau est souvent très épaisse et il faut beaucoup greffer. J'utilise parfois les deux conques auriculaires.



FIG. 8 : Nez de boxeur typique, avec ensellure de profil, élargissement de face et pointe tombante. Traitement par greffes de cartilage des deux conques avec décollement sous-cutané modéré, greffes mises "en force" et ostéotomies latérales.

Les nez secondaires par voie fermée

C'est un pan entier de la rhinoplastie. Certains prétendent que la voie ouverte est plus adaptée aux rhinoplasties secondaires. Je pense que c'est faux. En effet, surtout aujourd'hui, les rhinoplasties secondaires sont certes moins nombreuses que par le passé (ce qui prouve que les opérateurs sont mieux formés), mais en même temps ces rhinoplasties sont aujourd'hui issues de rhinoplasties primaires également réalisées par voie ouverte. Or, il est beaucoup plus difficile de reprendre une rhinoplastie dont la columelle a été sectionnée, qui est donc très rigide et fixée par cette incision, et dont la dissection est très compliquée. Il est plus simple de reprendre une rhinoplastie secondaire par une voie fermée, même et surtout si la première a été faite par voie ouverte.

Peut-on tout corriger par voie fermée ?

Je dirai oui grâce à l'expérience, avec le point de vue du goûteur et non celui du peseur. Il faut s'attacher à l'esthétique d'un modelage qui peut parfois s'apparenter à du bricolage mais qui est un travail sur mesure – petits greffons ici ou là, décollements plus étendus d'un coté que de l'autre – une somme de petits détails, dont nous allons voir les grandes lignes à l'aide de quelques exemples, en sachant qu'en matière de rhinoplastie secondaire il faut connaître de nombreux gestes et s'adapter à chaque cas, avec de l'imagination... et de l'inspiration. Et pour bien réussir il faut un vrai plan préopératoire.

1. Défauts les plus souvent rencontrés en rhinoplastie secondaire

Il s'agit :
– des défauts de face : déviations, rails, élargissements, V inversé, asymétrie de l'arête, méplats, asymétrie narinaire, nez épâtés, nez pincés...

– des défauts de profil : bosse résiduelle, nez trop creusé jusqu'au ski *jump*, pointe ronde, bec de corbin sus-apical, pointe tombante, columelle rétractée ou bombante, nez trop pointu...

2. Exemples de rhinoplasties secondaires

Tout d'abord, il faut s'efforcer de ne pas reprendre une rhinoplastie avant un an. En effet, il faut une cicatrisation complète qui apporte la souplesse nécessaire aux tissus. Avant ce délai, les tissus sont rigides, l'œdème est encore présent et trouble l'analyse. Pire est de reprendre un patient au bout d'un mois, vous serez dans les pires conditions possibles...

• *Patiente opérée deux fois à 3 mois d'intervalle*

>>> Les défauts (fig. 9) :

– de face : arête large et asymétrique, nez dévié, pointe en prise de courant, nez court, narines déformées ;
– De profil : dorsum trop creusé, angle naso-labial ouvert, colobomes narinaires.

De toute évidence il va falloir disséquer le nez complètement, redresser la cloison, abaisser les ailes, réduire la hauteur de la pointe, greffer le profil autant sur l'arête que sur la pointe qu'il faut reformer et replacer. Il faudra donc "allonger" ce nez et remonter le niveau de l'angle naso-frontal qui est trop bas, et fermer l'angle naso-labial trop ouvert, donc agir sur ces deux angles. Comment faire tout cela ? Par des greffes de cartilage bien sûr.

>>> Le plan opératoire (fig. 10) :

Dans l'ordre chronologique :

– réduction et symétrisation des cartilages alaires ;
– ablation de cartilage de la cloison sur la base de la columelle (pour abaisser l'angle), large décollement sous-cutané jusqu'à l'angle frontal ;

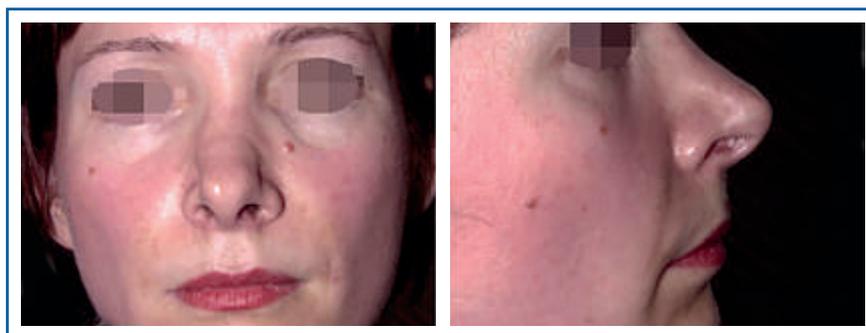


FIG. 9 : Aspect préopératoire d'un nez secondaire complexe. Il s'agit d'un nez court et dévié à déformations multiples.

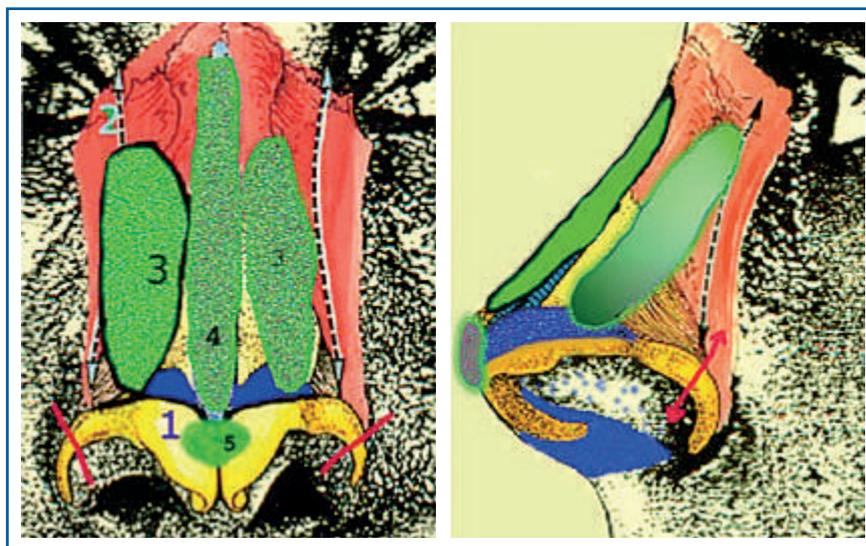


FIG. 10 : Plan opératoire. En bleu les excès à retirer sur la pointe et la cloison (1). Nouvelles ostéotomies latérales pour corriger le V inversé (2). Greffes d'apposition (3 et 4) pour allonger le dos du nez, abaisser la pointe et remonter l'angle naso-frontal. Enfin meilleure définition de la pointe par une greffe sous-cutanée type Sheen (5).



FIG. 11 : Résultats à 1 an.

FACE

- ostéotomies latérales pour rapprocher les volets latéraux;
- greffes du dos du nez pour refaire un angle frontal plus haut et descendant bas, afin de maintenir la longueur du dorsum;
- greffes sous-cutanées de la pointe du nez pour la projeter et la reformer;
- réduction modérée des ailes narinaires;
- pansement soigneux.

La **figure 11** montre les résultats à 1 an.

• Un nez rond secondaire

Il s'agit d'une jumelle, opérée hors de France, qui vient avec sa sœur, non opérée. Je vois donc comment elle était avant. Elle avait un nez très correct, un tout petit peu bossu et juste un peu épais sur la pointe. Beaucoup auraient trouvé ce nez normal et ne l'auraient pas opérée. Son nez est rond mais sa peau n'est pas épaisse. Il est un peu mou quand on appuie dessus. Le cercle qui définit cette pointe englobe l'aile narinaire, et la région sus-apicale est en excès. Il va falloir retirer cet excès, probablement cartilagineux parce qu'il résiste à la pression : ce geste est simple.

Mais l'examen préopératoire et l'examen de sa sœur non opérée montrent que le profil est désormais trop bas. Faut-il retirer du cartilage et obtenir un profil trop bas, ou bien faut-il greffer comme dans les nez ronds d'origine cutanée ?

J'opte pour un double travail : affiner un peu plus la pointe comme dans un corbin par excès de cartilage et greffer l'ensemble du profil.

Pourquoi ? Parce que le nez est devenu globalement trop court et qu'il faut l'allonger pour revenir à l'aspect antérieur. Toujours par une voie fermée bien sûr. Le résultat est convaincant, il fallait bien jouer sur deux tableaux en même temps. (**fig. 12 et 13**).

• Un nez pincé, aspect en V inversé et colobome narinaire

Le colobome a été créé par une section trop externe des dômes. Elle est corrigée par de chaque côté une greffe de cartilage en bouclier à la façon de Constantian. Le pincement nari-

naire latéral est corrigé par une greffe d'apposition entre peau et muqueuse sur le triangle faible latéral. Il empêche ainsi le pincement à l'inspiration en rigidifiant la zone. Le V inversé est traité par de nouvelles ostéotomies latérales et des greffes d'apposition du dorsum, prélevées sur la conque auri-



FIG. 12 : Nez rond secondaire d'origine cutanée. Greffe de cartilage de conque sur l'arête ; affinement de la pointe et de la région sus-apicale. Résultat à 1 an.



FIG. 13 : Même patiente que la **fig. 12**.

culaire. Elles contribuent à maintenir ce nez allongé. On peut aussi corriger les colobomes narinaires par une greffe en bouclier du seuil narinaire (fig. 14 et 15).

3. Autres exemples

Voici quelques cas de nez secondaires dont le premier traitement avait été fait par voie ouverte. C'est toujours sur la columelle que les problèmes se sont posés, impossibles à résoudre complètement :

- cicatrice décalée, irréparable (fig. 16);
- cicatrice rigide, irréparable;
- columelle ronde et rétractée, irréparable (fig. 17).

Comparaison voie ouverte versus voie fermée

Le **tableau I** compare les avantages et les inconvénients des voies ouverte et fermée.

	Voie fermée	Voie ouverte
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention plus rapide • Suites plus courtes • Reprises plus simples 	Plus de précision sur la pointe
Inconvénients	Nécessite plus d'expérience	<ul style="list-style-type: none"> • Durée opératoire plus longue • Suites beaucoup plus longues • Collumelle rigide en postopératoire • Reprises plus difficiles

TABLEAU I : Avantages/inconvénients des différentes voies d'abord.

Conclusion

Nous restons attachés à la voie fermée, tant pour des raisons techniques que

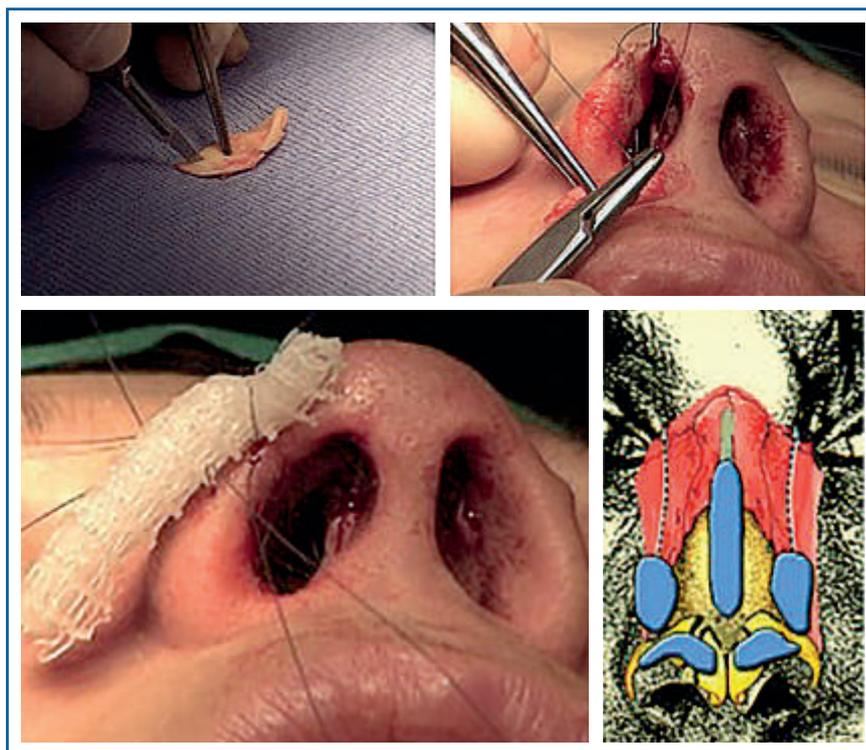


FIG. 14 ET 15 : Traitement du colobome par une greffe en bouclier, à cheval sur le déficit et maintenue par un bourdonnet, et greffe latérale dans la région du triangle faible postérieur pour traiter le pincement.

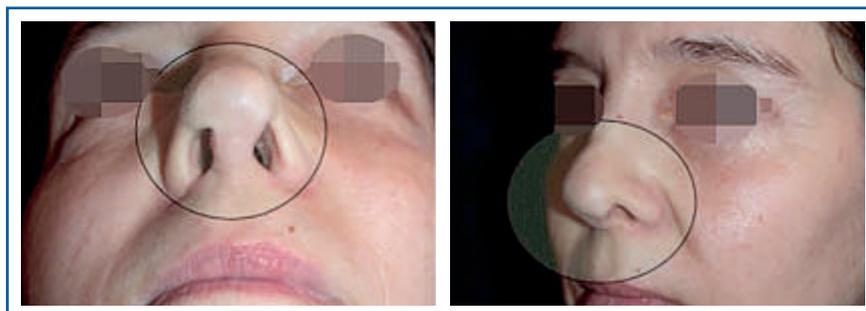


FIG. 16 : Rhinoplastie secondaire. Cette patiente a eu une voie ouverte. Columelle décalée, élargie et déviée, Non réparable. Résultat de la tentative de correction à 1 an.

FACE



Fig. 17 : Columelle rétractée par la voie ouverte. Non réparable.

POINTS FORTS

- ➞ Nombreuses situations illustrées.
- ➞ Toujours tenir compte du terrain : âge, sexe...
- ➞ Jamais de reprise avant 1 an postopératoire.
- ➞ Préférer la voie fermée en cas de reprise, même et surtout, en cas de rhinoplastie ouverte première.

philosophiques. Pourquoi faire une incision externe qui peut être visible et devenir une gêne en cas de reprise? La plupart des gestes sur la pointe du nez sont réalisables par voie fermée.

Et qui enseignera la voie fermée aux chirurgiens plus jeunes? Ceux qui aujourd'hui apprennent la rhinoplastie n'apprennent plus que la voie ouverte.

Pour en savoir plus

- SHEEN JH. Secondary rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 1975;56:137-145.
- PECK GC. The onlay graft for tip projection. *Plast Reconstr Surg*, 1983;71:27-39.
- JOST G, LEGENT F. Atlas de Chirurgie Esthétique Plastique. *Masson*, 1975 Paris.
- REES TD. Tip projection : some helpful techniques; in *Rhinoplasty*, Mosby, St Louis, 44-55.
- MCKINNEY P, SHIVELY R *et al*. Straightening the twisted nose. *Plast Reconstr Surg*, 1979;64:176-179.
- REES T, BAKER D, TABBAL N *et al*. Rhinoplasty, problems and controversies. *MOSBY Company*, St Louis, 1988.
- GRUBER R. Lengthening the short nose. *Plast Reconstr Surg*, 1983;91:1252-1258.
- AIACH G, LEVIGNAC J *et al*. Aesthetic Rhinoplasty, Churchill Livingstone Publishing, 1991.
- ORTIZ-MONASTERIO F. Rhinoplasty, *Saunders Company*. Philadelphia, 1994.
- CONSTANTIAN M *et al*. The incompetent Nasal Valve. *Plast Reconstr Surg*, 1994;93:919-931.
- LEVET Y. Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery. Rhinoplasty of the nasal Tip : Correction of Nasal Tip/External valve. Collapse and overprojection by transection and cephalic Rotation of the lateral crus. *The Saunders Company*, Vol 7, N° 4, November 2000.
- MEYER R *et al*. Secondary Rhinoplasty, *Springer*, Berlin, 2002.
- LEVET Y. The short nose by rim retraction. *Ann Chir Plast Esthet*, 2014;59,481-488.
- LEVET Y. Le nez court. *Science Direct*, Paris, 2014.
- NGUYEN P, MAZOLLA R. Histoire de la rhinoplastie esthétique. *Science Direct*, Paris, 2014.

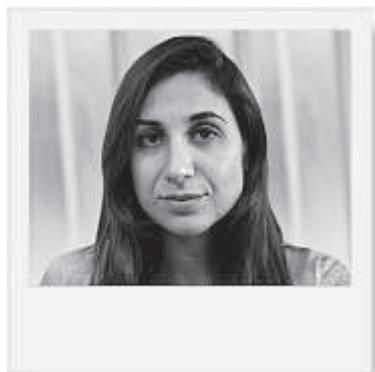
L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Les curages inguino-iliaques dans la prise en charge du mélanome

RÉSUMÉ : Le traitement du mélanome est chirurgical. En effet, les traitements complémentaires ne sont ni supérieurs ni équivalents à la chirurgie. Le chirurgien plasticien est un des acteurs principaux de cette prise en charge.

Les indications du curage sont les ganglions sentinelles métastatiques, un ganglion palpable, un ou des ganglions suspects à l'imagerie au cours du bilan d'extension ou de surveillance. L'HAS recommande un curage inguino-iliaque dans ce type d'indications, sans détailler la localisation précise du curage qui reste controversée entre les écoles.

Les seuls arguments issus de la littérature qui font discuter le choix d'un curage uniquement inguinal et non iliaque en RCP sont le terrain du patient (comorbidité) et la taille des micrométastases du ganglion sentinelle atteint (inférieure à 1 mm).



→ **B. HERSANT**
Service de chirurgie plastique,
Hôpital Henri-Mondor, PARIS.

Longtemps, le curage ganglionnaire a été considéré comme uniquement pronostic dans la prise en charge du mélanome. Depuis quelques années, certaines études montrent que le curage inguino-iliaque peut avoir un effet thérapeutique bénéfique en cas de métastases ganglionnaires avérées. Cet effet est faible ; mais étant donné le terrain (souvent jeune) des patients, l'HAS recommande un curage inguino-iliaque ou axillaire en cas de métastase ganglionnaire dans ces régions.

Les données de la littérature permettent au chirurgien d'intervenir, de comprendre et de ne pas subir les décisions prises en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Étant donnée la morbidité de cette chirurgie, la balance bénéfique/risque doit être comprise par le chirurgien de façon à mieux interagir avec son patient.

Retrouvez la vidéo relative à cet article :

– à partir du flashcode* suivant



– en suivant le lien :

<http://tinyurl.com/curageinguinoiliaque>

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



CANCÉROLOGIE

Quand recherche-t-on un ganglion sentinelle en prise dans la charge du mélanome ?

Le ganglion sentinelle (GS) est le premier ganglion recevant le drainage lymphatique d'une tumeur. La technique d'exérèse du GS a pour objectif d'identifier ce ou ces ganglions par l'injection d'un colorant et/ou un colloïde radioactif. Ce ou ces ganglions sont envoyés en anatomopathologie. Les recommandations actuelles nationales en matière de technique d'exérèse du GS concernent les centres spécialisés (centres anti-cancéreux/centres hospitaliers), dans le cadre d'essais thérapeutiques ou de protocoles d'évaluation pour les mélanomes supérieurs à 1 mm d'épaisseur ou ulcérés sans envahissement ganglionnaire décelable [1]. L'exérèse du GS n'est pas recommandée de façon systématique.

Le taux de récurrence du mélanome semble plus élevé en cas de GS atteint.

Cet envahissement semble avoir une valeur péjorative sur la survie sans récurrence. Mais les données de la littérature sont contradictoires concernant la valeur du GS en survie globale.

Indications du curage inguinal et/ou iliaque

L'indication du curage ganglionnaire est tout-à-fait claire dans la prise en charge du mélanome en France ; mais pas la localisation de ce curage. Cette décision est prise en RCP.

Le curage prophylactique systématique est contre-indiqué en l'absence de GS positif ou de ganglions suspects [1].

Le curage concerne les mélanomes de stade III (N+). Ses indications sont les GS métastatiques, un ganglion palpable dans l'aire de drainage du mélanome,

ou l'existence de ganglion(s) suspect(s) à l'imagerie au cours du bilan d'extension ou de surveillance.

En cas de doute sur une atteinte ganglionnaire inguinale (clinique négative mais imagerie suspecte), une biopsie par cytoponction sous échographie permet de confirmer le diagnostic.

La biopsie chirurgicale de type adénoïdectomie concerne uniquement le ganglion sentinelle. Elle ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique, ni compromettre la réalisation du futur curage.

Dans le mélanome avec atteinte ganglionnaire, le traitement est l'évidement celluloganglionnaire de l'aire concernée. Le curage doit être complet et la totalité des ganglions doit être examinée avec la détermination du nombre de ganglions atteints et le repérage de l'effraction capsulaire [2].

Quel type de curage réaliser : inguinal ou inguino-iliaque ?

Le type de curage à réaliser à la racine du membre inférieur est controversé. Les recommandations ne détaillent pas ce sujet. Cela entraîne des différences de prise en charge entre les centres et des "choix d'école". Pourtant, la commission HAS [3] est claire quoique non détaillée : en cas d'atteinte ganglionnaire inguinale dans le cadre d'un mélanome, un curage inguinal et iliaque est recommandé.

Donc, en cas de ganglions inguinaux palpés ou suspects à l'imagerie, un curage inguino-iliaque doit être réalisé. C'est le choix de nombreuses écoles de carcinologie cutanée. Mais, la décision de la RCP primant, le chirurgien doit y avoir sa place et faire valoir ses arguments pour orienter la prise en charge.

Les ganglions pelviens étant difficilement décelables par le scanner, les seuls arguments qui font discuter un curage uniquement inguinal et non iliaque en RCP sont : le terrain du patient (comorbidité) et la taille des micrométastases du GS atteint (inférieure à 1 mm). Dans le cas du GS inguinal atteint avec effraction capsulaire ou micrométastase supérieure à 1 mm, on peut réaliser un curage iliaque associé au curage inguinal.

Le curage pelvien peut être iliaque externe, ilio-obturateur ou lombo-aortique. En carcinologie cutanée, le curage pelvien correspond au curage iliaque externe (atmosphère cellulograsseuse pelvi-sous-péritonéale au-dessus des vaisseaux iliaques externes jusqu'à l'artère iliaque commune). En carcinologie des organes génitaux et du petit bassin, le curage pelvien est extensif et parfois bilatéral ; il correspond au curage ilio-obturateur (atmosphère cellulograsseuse se trouvant au-dessus et sous les vaisseaux iliaques externes jusqu'au cadre obturateur, également l'espace entre les vaisseaux iliaques externes et internes, et autour des vaisseaux iliaques internes) et parfois lombo-aortique.

Après la réalisation du curage iliaque externe par le chirurgien plasticien, le contrôle au doigt de l'espace pelvi-sous-péritonéal doit être systématique. Si un ganglion suspect est palpable en dehors du curage iliaque externe, il faut compléter ce curage ilio-obturateur et envoyer le ganglion à part en anatomopathologie.

Pourquoi associer un curage iliaque au curage inguinal ? Une revue de la littérature récente

La sensibilité de l'imagerie est faible en détection des ganglions pelviens, contrairement aux ganglions ingui-

naux. Selon Glover [4], la présence de métastase(s) ganglionnaire(s) inguinale(s), associée à une imagerie douteuse des ganglions pelviens, est souvent associée à des métastases pelviennes ganglionnaires. De même, la palpation d'un ganglion inguinal métastatique doit faire envisager un curage inguinal et iliaque. Les métastases ganglionnaires pelviennes sont fréquemment associées aux ganglions inguinaux palpables [4].

Cependant, selon une grande série prospective de Glumac [5], il n'y a pas d'association entre ganglion métastatique inguinal micro ou macroscopique et ganglion métastatique pelvien iliaque ou obturateur. Il ne recommande donc pas d'associer un curage ilio-obturateur au curage inguinal.

Selon une étude prospective multicentrique de Egger *et al* [6], l'association d'un curage iliaque ou ilio-obturateur, n'améliore ni la survie globale ni la survie sans récurrence régionale ganglionnaire, quelle que soit l'atteinte macro ou microscopique. Le curage iliaque apporte cependant des renseignements importants en terme pronostic, mais il présente des risques opératoires pour de faibles taux de ganglions métastatiques. S'il existe des métastases ganglionnaires iliaques, la survie à 5 ans passe de 47 % à 19 % [7].

Les études concernant le statut du ganglion de Cloquet (ganglion inguinal le plus profond) sont contradictoires. L'atteinte du ganglion de Cloquet serait-elle le reflet de l'atteinte pelvienne (iliaque et obturatrice)? La littérature ne permet pas de répondre à cette question. Le ganglion de Cloquet ne serait pas le "sentinelle" du petit bassin.

La qualité et l'étendue du curage ganglionnaire représentent un facteur pronostique de survie dans le mélanome. Selon Chang [8], au stade N3 (supérieur à 4 ganglions métastatiques),

POINTS FORTS

- ➔ L'exérèse du ganglion sentinelle (GS) n'est pas recommandée de façon systématique.
- ➔ L'indication du GS concerne les mélanomes supérieurs à 1 mm d'épaisseur ou ulcérés, sans atteinte ganglionnaire clinique ou radiologique, dans les centres spécialisés et dans le cadre d'essais thérapeutiques.
- ➔ Le curage prophylactique systématique dans le mélanome est contre-indiqué en l'absence de GS positif ou de ganglions suspects cliniques ou radiologiques.
- ➔ L'HAS recommande un curage inguino-iliaque dans ce type d'indications sans détailler la localisation du curage pelvien, qui reste controversée.
- ➔ Les seuls arguments issus de la littérature qui peuvent faire discuter le curage uniquement inguinal et non iliaque sont le terrain du patient (comorbidité) et la taille des micrométastases du GS atteint (inférieure à 1 mm).
- ➔ En carcinologie cutané, le curage pelvien correspond au curage iliaque externe, qui doit être complété d'un curage ilio-obturateur si le contrôle au doigt de l'espace pelvi-sous-péritonéal retrouve des ganglions suspects au cours de la chirurgie.

la survie est significativement améliorée avec les curages emportant un plus grand nombre de ganglions. En conclusion, un curage inguinal extensif (évidement de toute l'atmosphère cellulo-graisseuse du triangle de Scarpa et de l'aire crurale) aurait un intérêt thérapeutique.

Complications et risques du curage inguino-iliaque

Selon Chang [9], les deux facteurs prédictifs de complications postopératoires sont l'obésité et la profondeur de la dissection du curage.

Les complications cicatricielles avec inflammation, sérome et désunion en regard du pli inguinal sont fréquentes, et quasi systématiques pendant le mois qui suit la chirurgie. Le patient doit être prévenu à l'avance de ce type de complication.

Dans les séries récentes, le taux de lymphœdème ("la grosse jambe") est élevé en postopératoire, de l'ordre de 45 % [10]. Le curage inguino-iliaque comporte une morbidité importante: 45 % de lymphœdèmes, 11 % de lymphorrhées, 5 % de lymphocèles, 8 % de nécroses cutanées, des troubles sensitifs et moteurs.

Les autres traitements en cas d'atteinte ganglionnaire inguino-iliaque

Un traitement adjuvant à la chirurgie peut être proposé aux patients présentant un envahissement ganglionnaire histologique: l'interféron alpha à haute dose pendant 1 an [2]. En cas de métastase ganglionnaire non résécable, on peut s'orienter, comme pour les nodules de perméation, vers une chimiothérapie ou une vaccination [2]. Une radio-

CAS CLINIQUE

Rajeunissement facial et injectables

→ E. ESSAYAGH*, J. BOUHASSIRA**

*NICE.

**Service de Chirurgie plastique, Hôpital Henri-Mondor, CRÉTEIL.

Nous vous présentons le cas d'une patiente de 53 ans, demandeuse d'un rajeunissement facial. Cette patiente, qui n'a pas d'antécédent particulier, est fumeuse et n'a jamais eu recours à la médecine ou à la chirurgie esthétique, hormis des injections de toxine botulique au niveau fronto-orbitaire dont la dernière remonte à 3 mois. Elle se plaint de l'aspect globalement fatigué que reflète son visage, et désigne assez facilement ses sillons nasogéniens et ses plis d'amertumes comme responsables. Elle vient à la consultation avec une photo d'elle, prise à l'âge de 23 ans. Cette photo (*fig. 1*) est surexposée, effaçant ainsi toute zone d'ombre, et elle arbore un sourire harmonieux sur cette dernière.

À l'examen clinique (*fig. 2*), la patiente présente une perte des volumes de la face prédominant sur les tempes, les cernes, les joues, la partie médiale des pommettes au niveau de la vallée des larmes, ainsi qu'un relâchement cutané modéré global centripète, entraînant l'aspect prononcé des sillons du tiers médian du visage: les sillons nasogéniens et les plis d'amertumes.

On constate une diminution de la pureté des contours de l'ovale de son visage prédominant au niveau temporal, sous-malaire, en regard des dépressions périmentonnières et la présence de cernes par creusement.

Elle conserve néanmoins une bonne symétrie des moitiés tant en statique qu'en dynamique, une belle harmonie des proportions des différents éléments de son visage.

Les pommettes se mobilisent discrètement et en souplesse lors du sourire, et peu de zones d'ombre apparaissent sur les rides d'expression lors de la contraction des muscles peauciers du fait de l'action de la toxine botulique. Les lèvres sont légèrement déshydratées et amincies. La peau ne présente pas de perte de tonicité au niveau des cernes.

Quelle prise en charge peut-on lui proposer?



FIG. 1: Photo de la patiente à 23 ans.



FIG. 2: Patiente à 53 ans de face et de trois quarts.

CAS CLINIQUE

Plusieurs options thérapeutiques peuvent être envisagées

1. La solution chirurgicale : le *lifting cervicofacial*

Cette solution chirurgicale permet en premier lieu de corriger la ptose tégumentaire par la remise en tension de la peau et du SMAS sous-jacent.

Cette solution n'a pas été retenue parce que la patiente présente au premier plan une fonte partielle des compartiments graisseux de la face.

Le *lipofilling*, couplé au *lifting*, pourrait en effet permettre d'y remédier ; mais cette solution nous a paru trop invasive et disproportionnée par rapport aux problèmes et aux attentes de notre patiente.

2. La solution non chirurgicale

• Les fils tenseurs

On discute ici des fils de tension de stimulation résorbables d'acide polylactique et/ou polydioxanone. Ces fils ne constituent pas une bonne indication ici car leur effet tenseur est très modéré par l'absence de point d'ancrage fixe, et surtout parce qu'ils n'offrent pas la possibilité, chez cette patiente, de repositionner les volumes de manière efficace et durable dans les endroits où cela est nécessaire.

• La volumétrie faciale par injection d'acide hyaluronique

C'est la technique que nous avons choisi chez cette dame dont le trouble majeur est une fonte volumétrique des compartiments graisseux de la face responsable en grande partie, à notre avis, du relâchement des téguments, associée de manière physiologique à la fonte musculaire et à la résorption osseuse. Les acides hyaluroniques volumateurs

ont été choisis parce qu'ils offrent à l'heure actuelle une sécurité élevée, un rendu naturel et une pérennité suffisante (environ 12 à 18 mois), permettant, à moindre coût et par petites retouches, d'adapter le traitement initial au degré d'évolution naturel du vieillissement du visage. Au niveau du cerne, nous avons choisi un acide hyaluronique ferme, mais le moins hydrophile possible.

Du point de vue technique, un choix s'effectue pas à pas entre aiguille

et canule, bolus et rétrotraçante, au contact périosté ou en sous-dermique avec comme objectif de respecter la sécurité du point de vue anatomique et l'efficacité de chaque injection pour utiliser le moins de produit possible et ne pas alourdir le visage.

La volumétrie a été réalisée de la façon suivante (*fig. 3*) : après marquage soigneux et très précis de repères sur la peau au crayon dermographique nous avons choisi une séquence d'injections partant du haut vers le bas, du niveau

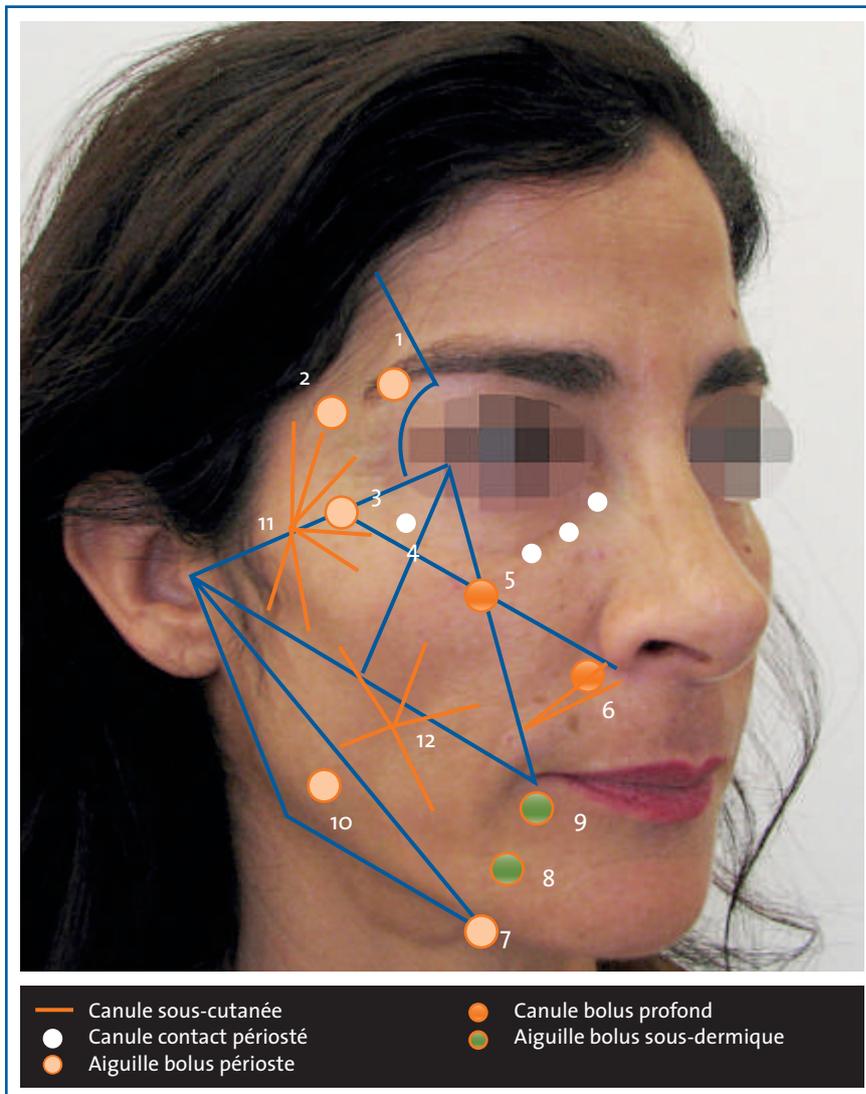


FIG. 3.



FIG. 4 : Avant et après traitement.

temporal haut au sillon nasogénien, puis du bas vers le haut, partant du rebord mandibulaire vers les commissures labiales en continuant par l'angle mandibulaire et la région jugale. Nous avons terminé par le traitement du cerne.

Le résultat à 3 semaines est présenté en confrontation avec sa photo ancienne (fig. 4).

Présentation détaillée de notre intervention (fig. 3)

1. Correction de la zone temporale en deux injections (en tout 0,4 mL à 1 mL par côté)

Nous définissons une séquence d'injection débutant par un point d'entrée situé à 1 cm en dehors du rebord orbitaire et 1 cm en dessous de la crête temporale (Point 1, fig. 3). L'injection en bolus se fait à l'aiguille 27 G au contact périosté, introduite perpendiculairement au plan cutané. Le pouce de la main libre est placé sur cette crête temporale afin de limiter la progression du filler vers le haut et aussi à favoriser sa progression latéralement et notamment vers le coussinet adipeux de

Charpy, offrant ainsi un léger effet *lift* de la queue du sourcil. Ce point rétablit ainsi une continuité de contour adoucie entre l'aire frontale et l'aire temporale.

Le Point 2 est effectué également en bolus à l'aiguille au contact périosté en plein milieu de la zone temporale d'intérêt esthétique, limitée en haut par la crête temporale, en bas par la ligne *canthus* externe-*tragus*, en dehors par la lisière des cheveux et en dedans par le rebord orbitaire.

À ce niveau, l'aiguille franchit aisément le dédoublement aponévrotique et bute contre le périoste à une profondeur peu importante afin de remplir la cavité temporale de manière efficace avec peu de produit, c'est-à-dire en rétablissant une continuité de contour entre la crête temporale et le point le plus haut de la pommette (Point 3).

2. Correction de la zone de la pommette en trois injections (0,5 mL par côté)

Les contours de la pommette sont dessinés en définissant le triangle *canthus* externe-*tragus*-commissure. La bis-

sectrice passant par *canthus* externe-milieu du côté inférieur est tracée. Un segment parallèle au côté inférieur et passant par l'aile du nez coupe notre figure en 3 points (Points 3, 4 et 5). Nous définissons ainsi :

- le Point 3 correspondant au point le plus haut de la pommette en continuité avec l'aire temporale ;
- le Point 4 de projection maximale de la pommette, en général en regard du cadre orbitaire externe ;
- et le Point 5 correspondant à la vallée des larmes.

Ici, le Point 3 est effectué à l'aiguille, perpendiculairement au plan cutané, au contact périosté de l'arcade zygomatique, par un bolus rétablissant une belle continuité entre la tempe et la pommette (0,3 mL). La projection osseuse de la pommette étant jugée ici suffisante, le Point 4 n'est pas injecté.

Une deuxième injection est réalisée de manière rétrotraçante et en bolus à la canule 25 G au sein de la vallée de larmes (Point 5), apparaissant le plus souvent comme une travée linéaire déprimant le relief de la pommette. Cette injection de 0,2 mL est réalisée à la canule dans la couche superficielle du tissu sous-cutané.

3. Correction du sillon nasogénien en deux injections (0,3 mL par côté)

L'essentiel de la correction du sillon nasogénien réside dans le *filling* des zones latérales selon la séquence décrite plus haut (tempes en premier plan et pommettes en second). En effet, ces zones, une fois remplies, vont remettre en tension en haut et en arrière les téguments cutanés et déplisser le sillon nasogénien.

Nous définissons un point situé au centre "du triangle d'ombre" (Point 6) à la partie supérieure du sillon nasogénien, au sein duquel nous injectons un bolus de 0,2 mL en sous-cutané à la

CAS CLINIQUE

canule 25 G. Le bolus est massé pour aider le sillon nasogénien à se déplisser dans cette zone la plus prononcée.

Le sillon nasogénien est ensuite déstructuré à la canule par quelques passages en sous-dermique, puis rempli par une injection rétrotraçante de 0,1 mL.

4. Correction de la dépression périmentonnaire (bas joue) (0,2 mL par côté)

Nous repérons le point le plus concave de la dépression (**Point 7**), et y injectons un bolus de 0,2 mL au contact de l'os à l'aiguille 27 G. Le bolus est massé pour corriger la totalité de la dépression et pour rétablir la continuité de la courbure inférieure du visage.

5. Correction de la ride d'amertume en trois injections (0,3 mL par côté)

Le pli d'amertume est corrigé par trois injections en "cloutage" (**Points 7, 8 et 9**) c'est-à-dire à l'aiguille, perpendiculairement au plan cutané, en pleine dépression concave, en poussant continuellement sur le piston de la seringue depuis l'introduction de l'aiguille dans le plan dermique profond puis sous-cutané superficiel et en retirant l'aiguille juste avant qu'elle ne pénètre le derme superficiel. Le débattement de l'aiguille est d'environ 3 mm. Cette technique a pour effet "d'armer" le tissu cutané sans l'alourdir.

Un bolus de 0,05 mL est injecté juste en dessous de la commissure labiale, permettant de la relever (**Point 9**).

6. Correction de l'angle mandibulaire par une injection (0,3 mL par côté)

Le repérage précis est défini par un triangle isocèle et harmonieux (doré)

défini par *tragus-gonion-ligament mandibulaire*. La bissectrice passant par le gonion est tracée. Cette dernière est divisée en trois tiers. Le **Point 10** est situé entre le tiers supérieur et moyen, permettant à la fois un élargissement du cadre du sourire lorsque nécessaire, et une remise en tension de la ligne mandibulaire synonyme de jeunesse (en combinaison au traitement de la dépression périmentonnaire). L'injection se fait en bolus à l'aiguille, en plein muscle masséter, pour plus d'efficacité qu'un *filling* à la canule en termes de projection, la canule conservant néanmoins un intérêt important de relissage sous-cutané, sans augmentation importante de volume lorsque celui-ci est indiqué.

7. Correction de la zone temporo-latérale basse par une injection 0,2 mL par côté

Il s'agit ici du **Point 11** situé en regard de l'apophyse zygomatique assez proche du **Point 3**. Le point d'entrée est réalisé à l'aiguille 23 G qui traverse juste le derme, puis une canule 25 G est introduite dans le plan sous-dermique et se déplace en éventail vers le haut en direction du **Point 2**, en dedans et en sous-cutané profond vers le **Point 4**, et en bas en sous-dermique vers la région du tragus. Ici, peu de produit suffit à rétablir une belle continuité temporo-latérale et également un effet tenseur vers le haut des téguments par simple effet mécanique.

8. Correction de la région médiojugale par une injection (0,2 mL par côté)

Ici le point d'entrée (**Point 12**) est réalisé à l'aiguille 23 G en regard de la boule de Bichat, au cœur de la dépression la plus concave de la joue, et ne fait que traver-

ser le derme. Puis une canule 25 G est introduite et distribuée en éventail sur 360° le *filler* en sous-cutané superficiel afin de diminuer la dépression jugale, sans pour autant l'effacer totalement pour maintenir une définition suffisante des différentes unités esthétiques de la mésiface. Ce travail n'intervient qu'à ce moment, car le traitement préalable des autres zones a permis une remise en tension utile et préalable de la zone médiojugale qu'il ne faut pas alourdir ici.

9. Correction du cerne par creusement par une injection (0,3 mL par côté)

Ici, la correction s'effectue à la canule 25 G avec un point d'entrée situé entre les **Points 4 et 5**. La canule se dirige en profond vers le *canthus* interne, et l'on dépose au contact périosté trois petits bolus de *filler*, de dedans en dehors, jusqu'à la ligne médiopupillaire, qui suffisent à projeter les téguments vers le haut, rétablissant ainsi une belle continuité entre la paupière inférieure et la pommette. Le traitement est complété par une injection à l'aiguille fine 29 G au contact périosté, dans la partie latérale du cerne.

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

Satisfaction du DIEP : et le ventre ?

RÉSUMÉ : Le taux de satisfaction des patientes concernant leur sein après reconstruction mammaire par DIEP est très élevé, comme l'attestent de nombreuses études. Cependant, aucune étude n'a analysé la satisfaction des patientes concernant les résultats esthétiques abdominaux au cours de cette procédure.

Nous avons donc évalué cette satisfaction en incluant les patientes opérées d'une reconstruction unilatérale par DIEP dans notre service sur 3 ans. Un questionnaire, basé sur une échelle de type Likert, leur a été remis lors d'une consultation de contrôle. Lors de cet entretien, différentes mesures ont également été prises.

50 patientes ont répondu à notre questionnaire lors d'une consultation, avec un recul minimal de 6 mois. Concernant la satisfaction globale, seuls 52 % des patientes étaient satisfaites du résultat esthétique de leur ventre. Les raisons d'insatisfaction les plus fréquentes étaient liées à la présence d'oreilles latérales, d'excédent cutanéograsseux résiduel, ou en rapport avec une cicatrice horizontale disgracieuse. 34 % des patientes ont avoué préférer leur abdomen avant l'intervention. La distance fourchette vulvaire-cicatrice était en moyenne de 10,6 cm.

En conclusion, nous pensons qu'il est nécessaire d'insister en préopératoire sur le fait que l'abdominoplastie réalisée au cours d'un DIEP n'est en aucun cas une plastie abdominale esthétique, et ne pas la promouvoir ou la considérer comme un bénéfice secondaire de l'intervention. Lors de ce type de reconstruction, l'abdomen doit être considéré comme un site donneur de lambeau, au même titre que le dos, ou la face interne des cuisses par exemple.



→ J. NIDDAM

Service de Chirurgie plastique,
reconstructrice et esthétique,
Hôpital Henri-Mondor, CRÉTEIL.

Leaux de satisfaction des patientes en chirurgie mammaire, qu'il s'agisse de reconstruction ou d'intervention pour hypertrophie, est très élevé (environ 95 % de satisfaction selon la littérature) [1, 2]. À l'inverse, la plastie abdominale est l'une des interventions de notre spécialité connaissant un des taux de satisfaction les plus faibles, environ 75 %. Il s'agit également, Outre-Atlantique, d'une des procédures les plus pourvoyeuses de litiges et/ou de poursuites judiciaires de la part des patientes [3].

Lors d'une reconstruction mammaire par DIEP, le chirurgien est amené à fermer le site donneur en réalisant une

plastie abdominale. Or, cette abdominoplastie ne ressemble pas du tout à une "PA classique" ou "esthétique". En effet, de nombreux gestes réalisés habituellement, visant à améliorer le résultat esthétique final, ne sont pas effectués en cas de DIEP afin de diminuer les risques peropératoires et le temps d'intervention. Par exemple une lipoaspiration sus-ombilicale peut présenter un risque vasculaire, une cure de diastasis, augmenter le risque thromboembolique déjà élevé... [4].

Tout cela aura une répercussion sur le résultat esthétique final, chez des patientes ayant souvent des attentes importantes concernant celui-ci.

SILHOUETTE

Nous avons donc cherché à évaluer la satisfaction des patientes concernant le résultat esthétique de leur abdomen après reconstruction mammaire par DIEP.

Méthodes

Nous avons inclus toutes les patientes opérées d'une reconstruction mammaire unilatérale par DIEP entre janvier 2010 et janvier 2013 par le même opérateur.

La technique opératoire était considérée comme "classique". L'incision inférieure était placée si possible à 7 cm de la fourchette vulvaire, en fonction du *pinch test*. La levée du lambeau était réalisée au-dessus du fascia *superficialis* en latéral, afin de préserver les vaisseaux lymphatiques à ce niveau. Après prélèvement du lambeau, l'aponévrose était suturée en deux plans (points séparés et surjet de Vicryl 1).

Nous avons ensuite revu ces patientes en consultation de contrôle, au cours de laquelle leur était remis un questionnaire de satisfaction basé sur une

échelle de type Likert, sur 4 niveaux (très contente, contente, satisfaite, insatisfaite). D'autres questions ont nécessité des réponses par "oui" ou "non". Le questionnaire est détaillé dans le **tableau I**.

Lors de cette consultation, des mesures ont été prises chez toutes les patientes :
 – distance fourchette vulvaire-cicatrice ;
 – distance cicatrice-ombilic ;
 – déplacement de l'ombilic par rapport à la ligne médiane.

Résultats

50 patientes ont été incluses dans notre étude. L'âge moyen était de 52,3 ans et la médiane de recul de 18 mois.

Concernant la satisfaction globale, 52 % des patientes étaient contentes ou très contentes de l'aspect esthétique de leur abdomen. Les causes d'insatisfaction les plus fréquemment retrouvées étaient la présence d'oreilles latérales (50 %), un résidu cutanéograsseux abdominal (18 %), ou une cicatrice horizontale disgracieuse (12 %). Chez 40 %

des patientes, cette dernière n'était pas dissimulée dans les sous-vêtements.

34 % des patientes nous ont avoué préférer l'aspect de leur abdomen avant l'intervention... La quasi-totalité des patientes incluses dans l'étude étaient très contentes de l'information préopératoire (82 %). Les résultats détaillés sont présentés dans les **figures 1 à 5** et dans le **tableau II**.

- Concernant les résultats de votre abdominoplastie, comment jugez-vous :
 - votre satisfaction globale ? Si vous n'êtes pas contente, quelles sont les causes de votre insatisfaction ?
 - l'aspect de votre ombilic ?
 - l'aspect de votre cicatrice ? Est-elle masquée par vos sous-vêtements ?
 - la qualité de l'information préopératoire ?
- Avez-vous bénéficié d'une reprise chirurgicale pour améliorer le résultat abdominal ?
- Préférez-vous votre abdomen maintenant ou avant l'intervention ?
- Votre abdominoplastie a-t-elle modifié votre image corporelle ?
- Votre abdominoplastie a-t-elle modifié votre vie sexuelle ?
- L'opportunité de bénéficier d'une plastie abdominale a-t-il été le critère principal ayant orienté votre choix de reconstruction mammaire vers le DIEP ?

TABLEAU I : Questionnaire de satisfaction.

	Non	Impact négatif	Impact positif
Modification de l'image corporelle	17	16	17
Impact sur la vie sexuelle	40	8	2

TABLEAU II : Résultats concernant l'image corporelle et la vie sexuelle.

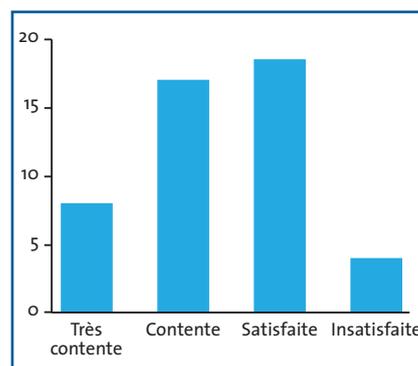


FIG. 1 : Satisfaction globale.

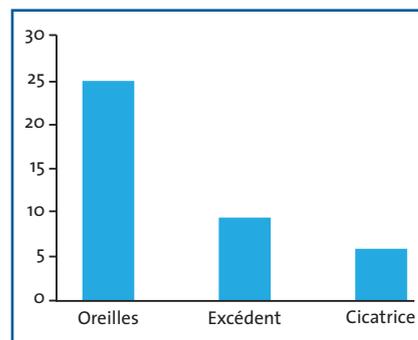


FIG. 2 : Causes d'insatisfaction.

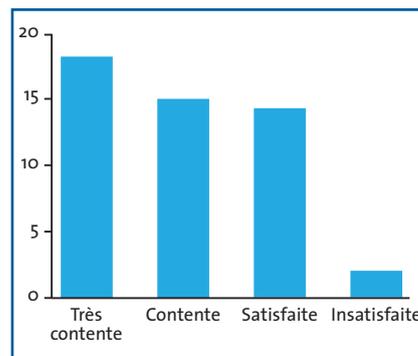


FIG. 3 : Satisfaction concernant l'ombilic.

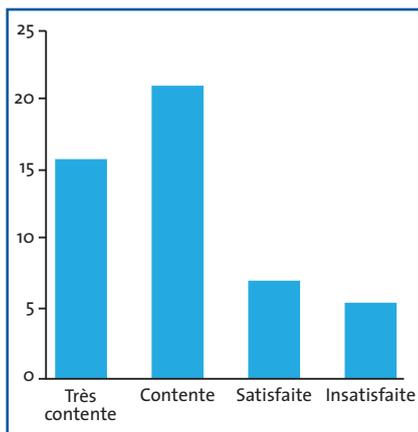


FIG. 4 : Satisfaction concernant la cicatrice horizontale.

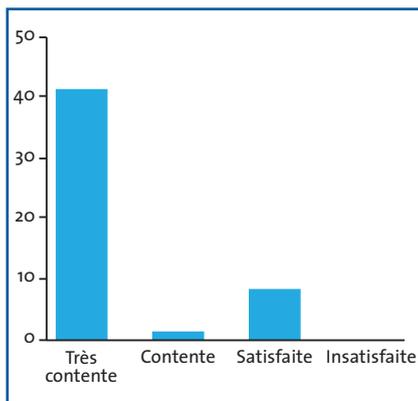


FIG. 5 : Qualité de l'information préopératoire.

D'autres résultats :

- 46 % des patientes ont bénéficié d'une reprise chirurgicale au bloc opératoire en vue d'améliorer le résultat esthétique de leur abdomen ;
- 32 % des patientes ont confié avoir une baisse de leur image corporelle ;
- pour 40 % des patientes, le fait de bénéficier d'une abdominoplastie était le critère principal ayant orienté leur choix de reconstruction mammaire vers le DIEP.

Concernant les mesures prises en consultation (fig. 6) :

- la distance fourchette vulvaire-cicatrice était en moyenne de 10,6 cm ;
- la distance cicatrice-ombilic était en moyenne de 8,8 cm ;
- l'ombilic était en moyenne dévié de la ligne médiane de 0,5 cm.

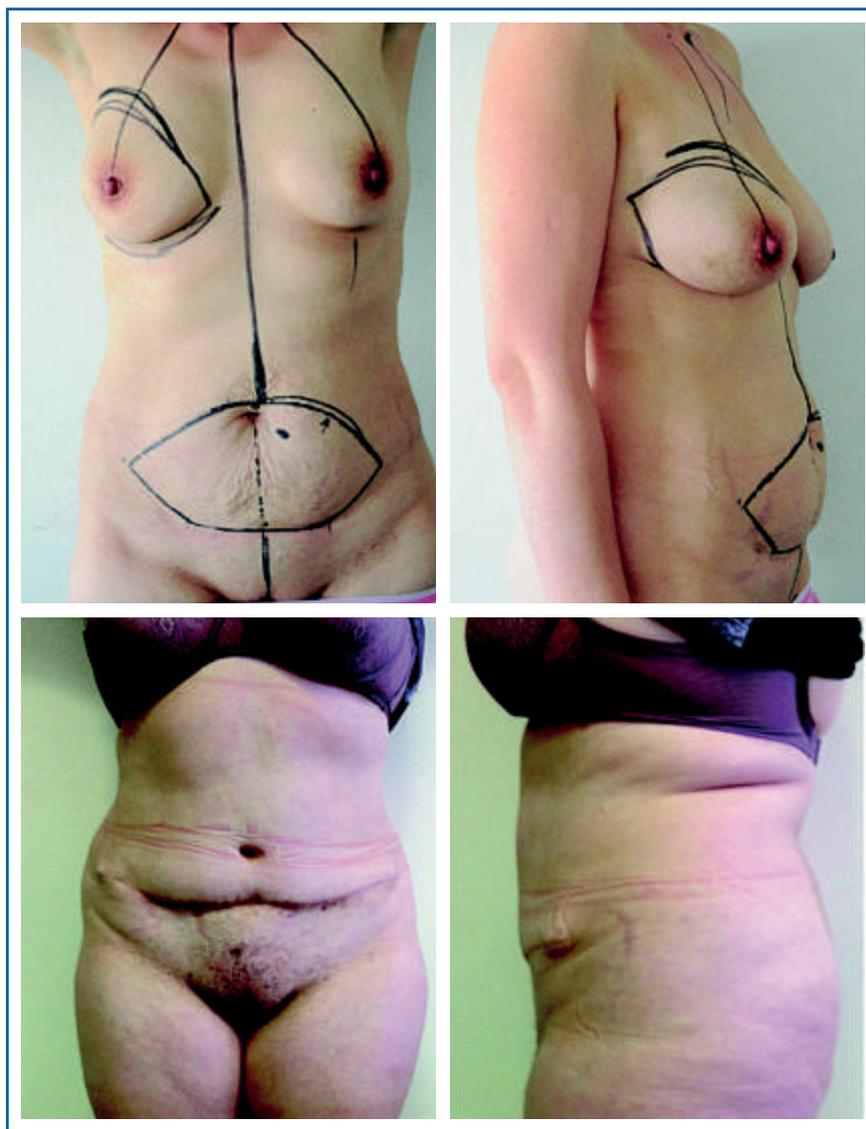


FIG. 6 : Photos pré et postopératoires d'une patiente présentant un *pendulum* abdominal minime, avec cicatrice horizontale finale haute.

Discussion

Si la chirurgie mammaire connaît un taux de satisfaction proche des 100 %, l'abdominoplastie reste l'une des interventions chirurgicales les plus à risques d'insatisfaction, voire de poursuites et litiges. En effet, cette intervention est peu à peu passée d'une chirurgie "réparatrice" à une chirurgie "esthétique" avec des attentes grandissantes des patientes concernant le résultat final.

Cette notion est d'autant plus importante à prendre en compte en cas de reconstruction mammaire par DIEP. En effet, dans notre étude, le fait de bénéficier d'une abdominoplastie était le critère principal ayant orienté le choix de 2 patientes sur 5 vers le DIEP, avant même le critère autologue de la reconstruction, l'absence d'implant, etc.

En 2006, Bragg *et al.* ont évalué la satisfaction des patientes après abdomi-

SILHOUETTE

POINTS FORTS

- ⇒ 48 % des patientes de cette étude n'étaient pas contentes du résultat esthétique de leur abdomen.
- ⇒ 34 % ont avoué préférer leur abdomen avant l'intervention.
- ⇒ Pour 2 patientes sur 5, le fait de bénéficier d'une plastie abdominale a été le critère principal ayant orienté leur choix vers le DIEP.
- ⇒ Insister, lors de la consultation préopératoire, sur le résultat esthétique attendu au niveau de l'abdomen.
- ⇒ Prévenir d'une cicatrice potentiellement haute.
- ⇒ Ne pas considérer l'abdominoplastie comme un bénéfice secondaire voire un "bonus" à l'intervention, mais comme un site donneur de lambeau.

noplastie. 25 % d'entre elles étaient insatisfaites du résultat [3]. Nous avons utilisé pour notre étude un questionnaire et une échelle de satisfaction similaire à la leur.

46 % des patientes ont bénéficié d'une reprise chirurgicale pour amélioration du résultat esthétique abdominal. Ce chiffre est supérieur à ceux retrouvés dans les articles analysant les résultats après plastie abdominale "classique" (13 à 43 %) [5-7].

La cicatrice horizontale finale était, dans notre étude, plus haute que les 7 cm habituellement décrits dans la littérature [8]. Celle-ci était d'ailleurs située au-dessus des sous-vêtements chez 40 % des patientes. Cela est en partie lié au fait que nos indications de DIEP ne sont pas les mêmes que celles d'abdominoplastie. En d'autres termes, nous avons réalisé ce type de reconstructions chez des patients présentant un *pendulum* abdominal minime, et chez lesquels nous n'aurions certainement pas proposé de plastie abdominale avec transposition de l'ombilic. Cela s'explique peut-être par le contexte néoplasique, poussant l'opérateur à étendre ses indications...

Concernant les autres causes d'insatisfaction, certaines d'entre elles pourraient être prévenues lors du temps de reconstruction. En effet, si une liposuction est considérée comme dangereuse avant la levée du lambeau, celle-ci ne pose pas de problème de sécurité vasculaire une fois le lambeau prélevé [9]. Une liposuction des futures oreilles latérales pourrait par exemple s'envisager à la fin de l'intervention, cette procédure n'augmentant que peu le temps opératoire. Le déplacement de l'ombilic de la ligne médiane s'explique par la suture aponévrotique en deux plans au niveau du prélèvement, attirant la tige ombilicale vers celui-ci. Une suture en miroir sur l'aponévrose du muscle grand droit contralatéral pourrait permettre de remédier à cette asymétrie.

Lors de la consultation préopératoire en vue d'un DIEP, certains chirurgiens présentent l'abdominoplastie comme un bénéfice secondaire de l'intervention. Pire, d'autres vont jusqu'à dire "si le lambeau nécrose, vous aurez au moins le ventre plat...". Selon nous, il faut éviter de considérer l'abdominoplastie comme un bonus à l'intervention, mais uniquement comme un site donneur de lambeau, au même titre

que le dos pour un grand dorsal, ou les cuisses pour un TUG.

De plus, l'information préopératoire est primordiale dans ce contexte, notamment en expliquant aux patientes le résultat attendu au niveau de l'abdomen, l'aspect final de la cicatrice, l'éventuelle nécessité d'une retouche chirurgicale pour améliorer le résultat... [10, 11]. Cela nous permettra d'améliorer la satisfaction des patientes concernant leur sein, mais également leur ventre (*tableau I*).

Bibliographie

1. SUGRUE R, MACGREGOR G, SUGRUE M *et al.* An evaluation of patient reported outcomes following breast reconstruction utilizing Breast Q. *Breast*, 2013;22;158-161.
2. YUEH JH, SLAVIN SA, ADESIYUN T *et al.* Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. *Plast Reconstr Surg*, 2010;125;1585-1595.
3. BRAGG TWH, JOSE RM, SRIVASTAVA S. Patient satisfaction following abdominoplasty: an NHS experience. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2007;60;75-78.
4. MISZKIEWICZ K, PERREAULT I, LANDES G *et al.* Venous thromboembolism in plastic surgery: incidence, current practice and recommendations. *J PLAST RECONSTR AESTHET SURG*, 2009;62;580-588.
5. FLOROS C, DAVIS PK. Complications and long-term results following abdominoplasty: a retrospective study. *Br J Plast Surg*, 1991;44;190-194.
6. STEVENS WG, SPRING MA, STOKER DA *et al.* Ten years of outpatient abdominoplasties: safe and effective. *Aesthet Surg J*, 2007;27;269-275.
7. STEWART KJ, STEWART DA, COGHLAN B *et al.* Complications of 278 consecutive abdominoplasties. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2006;59;1152-1155.
8. LE LOUARN C, PASCAL JF. High superior tension abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg*, 2000;24;375-381.
9. HUNSTAD JP. Revision abdominoplasty: Complications and their management. *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery*, 1996;3;67-76.
10. MALAHAS M, LEMONAS P, SCHREUDER F *et al.* Abdominoplasty: to inform about TRAM flaps or not? *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2011;64;78-79.
11. MATARASSO A. Awareness and avoidance of abdominoplasty complications. *Aesthet Surg J*, 1997;17;258-261.

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

Les lambeaux locaux basés sur les perforantes de l'artère faciale : technique opératoire et applications cliniques

RÉSUMÉ : Récemment, certains auteurs ont présenté la possibilité de réaliser des lambeaux locaux basés sur les perforantes de l'artère faciale. L'intérêt serait de concevoir des lambeaux locaux libérés des pédicules cutanés, bénéficiant ainsi d'une plus grande liberté de rotation et de forme.

Le but de cet article est de partager notre expérience et de montrer l'apport des lambeaux basés sur les perforantes de l'artère faciale. Nos cas cliniques illustrent les possibilités apportées dans les reconstructions des pertes de substances péri-orales.

Ces lambeaux locaux basés sur les perforantes de l'artère faciale offrent des solutions nouvelles en reconstruction faciale : liberté des tracés, augmentation des arcs de rotation, tout en ayant une vascularisation fiable ; leur reproductibilité demande à être éprouvée et leurs indications à être définies.



→ **Q. QASSEMYAR**

Département de Cancérologie cervico-faciale, Service de Chirurgie plastique et reconstructrice, Gustave-Roussy, Cancer Campus Grand Paris, VILLEJUIF.

Les reconstructions par lambeaux locaux à la face font encore souvent appel à des lambeaux dits "au hasard" [1]. Si les résultats sont de qualité, il n'en demeure pas moins que le chirurgien reste dépendant des ponts cutanés qui assurent la vascularisation de ces lambeaux. Les travaux de recherche sur la vascularisation cutanée menés ces 30 dernières années ont permis de montrer l'importance des perforantes à destinée cutanée et des vaisseaux sous-cutanés et sous-dermiques qui les relient entre elles [2, 3]. Mais bien plus que d'avoir apporté des explications purement scientifiques, ces travaux ont modifié le visage de la chirurgie reconstructrice moderne. Nous voilà désormais capables d'éviter les sacrifices musculaires et/ou aponévrotiques lorsqu'ils ne sont pas indispensables. Cependant,

il ne s'agit pas du seul avantage apporté par les lambeaux perforants.

En tant que lambeau local [3], le lambeau perforant permet d'apporter une palette cutanéoadipeuse libérée des "attaches" et "ponts" cutanés, musculaires ou fasciaux, bénéficiant ainsi d'une plus grande liberté de rotation, pouvant atteindre jusqu'à 180° [4, 5]. De plus, la connaissance des territoires de vascularisation des perforantes offre des possibilités supplémentaires pour le choix de la forme des lambeaux. Ce sont ces possibilités apportées par les lambeaux perforants locaux qui ont suscité l'intérêt de quelques chirurgiens pour tenter d'affiner les reconstructions locales à la face [6, 7].

Notre objectif était de présenter la technique opératoire pour le prélèvement

RECONSTRUCTION

de lambeaux locaux basés sur les perforantes de l'artère faciale.

Rappels anatomiques

C'est délibérément que nous ne rappelons pas ici de manière exhaustive les bases anatomiques de l'artère faciale, vaste sujet, dont les travaux réalisés par des plasticiens français font toujours référence sur le plan international [8, 9].

Gardons à l'esprit que l'artère faciale présente cinq types de trajets différents, dans sa portion faciale, décrits par Mitz *et al.* [8], et qu'elle distribue le long de son parcours un nombre très variable de branches cutanées. Cependant, plusieurs auteurs [8, 10, 11] décrivent, en plus de ces collatérales de l'artère faciale, la présence de perforantes à destinée cutanée. Ces premières constatations décrivaient simplement ces perforantes comme nombreuses et naissant à intervalle régulier [11].

En 2012, nous avons publié nos travaux de recherche sur les perforantes de l'artère faciale [12] : diamètre, projection cutanée et territoires vasculaires. Au terme de 20 dissections d'artères faciales, nous avons montré qu'il existait en moyenne 5 perforantes artérielles, de diamètre proche du millimètre, entre le rebord mandibulaire et l'aile nasale. La majorité des perforantes se localisant à hauteur de la commissure labiale. Suite à ces travaux, nous avons réalisé une série de lambeaux locaux basés sur ces perforantes, et nous présentons la technique chirurgicale et les résultats cliniques.

Technique chirurgicale

Le changement de concept est important ; il n'y a pas ici de dessins préétablis. Le tracé des lambeaux est adapté à la perte de substance. Le vrai souci technique réside dans la recherche

d'une perforante. Comme nous l'avons évoqué dans les rappels anatomiques, il existe une prédominance des perforantes dans la région péri-commissurale. Nous pensons donc que des lambeaux peuvent être prélevés avec confiance dans cette région et sans nécessité de repérage échodoppler. Le chirurgien qui veut prélever ce type de lambeau peut être rassuré quant à la présence d'une perforante péri-commissurale, à condition que le patient ait une artère faciale.

1. Comment rechercher et disséquer la perforante ?

C'est l'étape importante du prélèvement de ces lambeaux. Ces interventions sont envisageables sous anesthésie locale, et nous utilisons systématiquement de la lidocaïne associée à de l'adrénaline. Nous infiltrons d'abord la zone donneuse avant la zone d'exérèse tumorale. Ainsi, une fois la perte de substance (PDS) obtenue, la recherche de la perforante peut se faire plus facilement grâce à l'action de l'adrénaline. En effet, il faut que la dissection soit la plus exsanguine possible pour pouvoir visualiser aisément ces vaisseaux inframillimétriques.

La dissection commence du côté de la PDS en contact avec la zone donneuse. Des crochets de Gillies sont utilisés pour tracter la peau vers le haut et exposer de manière suffisante le tissu sous-cutané. Des loupes avec un grossissement de 2,5× sont un confort indéniable. Nous n'utilisons pas d'instrumentation particulière, une pince d'Adson fine sans griffe et une lame de bistouri n° 15 peuvent être suffisantes ; une pince de DeBakey fine ou une pince microchirurgicale sont un plus. La pointe de la lame est notre principal outil pour la dissection : elle offre une grande précision et une plus grande sécurité pour la dissection de vaisseaux de si faible diamètre, contrairement aux ciseaux dont les écartements brusques

et répétés peuvent être traumatiques en particulier à leurs extrémités. La perforante est donc ainsi recherchée en "peignant" le tissu sous-cutané avec la lame n° 15. Une fois qu'une perforante est retrouvée, nous incisons l'ensemble de la palette cutanée. Toujours avec la lame, nous réalisons une dissection centripète jusqu'à la perforante. Lors de cette étape, nous recherchons la présence d'une veine pour le drainage. L'existence d'une branche veineuse dans le tracé du lambeau n'est pas systématique, puisque la veine faciale peut être située à distance de son artère, notamment en région péri-commissurale. Toutefois, son absence ne doit pas faire renoncer au prélèvement du lambeau.

L'absence de veine n'est pas synonyme de nécrose mais, dans ce cas, il ne faut pas isoler complètement la perforante artérielle. Il est indispensable de laisser une ambiance cellulo-graisseuse autour d'elle, ce qui assurera le drainage [7]. Si une veine est trouvée, elle est disséquée tout comme l'artère. La longueur de pédicule obtenue conditionnera les possibilités de rotation et/ou d'avancée du lambeau.

Quelle perforante choisir ?

En pratique, nous ne sommes pas ici dans le même contexte d'exigence que les lambeaux perforants locaux réalisés sur les membres ou le tronc. Les palettes cutanées ne sont pas de grandes dimensions, et il n'est pas nécessaire de rechercher une perforante de plus de 1 mm et qui soit pulsatile. Les perforantes de l'ordre de 0,5 mm peuvent très bien être conservées ; elles sont suffisantes et compatibles avec les dimensions des lambeaux prélevés à la face, comme nous l'avons montré dans notre étude sur les territoires vasculaires des perforantes de l'artère faciale. Il est donc tout à fait légitime de garder la première perforante, d'environ 0,5 mm de diamètre, retrouvée lors de la dissection.

2. Comment surveiller ces lambeaux ?

La coloration postopératoire et surtout son temps sont des indicateurs classiques postopératoires. Toutefois, ces lambeaux ne présentent pas toujours le même comportement que les autres lambeaux locaux à cause de leur modalité de prélèvement. En effet, ils sont souvent pâles en postopératoire sous l'action toujours persistante de l'adrénaline en fin d'intervention. De plus, lorsqu'il n'y a pas de veine associée, le lambeau est le plus souvent "bleu" en postopératoire immédiat ; mais cet aspect s'améliore dans les heures suivantes. En réalité, le vrai indicateur de la survie du lambeau est peropératoire, le saignement au niveau des berges cutanées témoignant de la viabilité du lambeau doit rassurer l'opérateur pour les suites. La question devrait donc plutôt

être : faut-il surveiller ces lambeaux ? Ces lambeaux peuvent être blancs en postopératoire immédiat, puis devenir "bleus" une fois le patient remonté dans le service puis enfin "rouges" le lendemain matin lors de la sortie... C'est pourquoi nous nous contentons seulement des constatations peropératoires et ne donnons plus de consignes particulières de surveillance au personnel infirmier qui peut, à tort, s'inquiéter de l'évolution de ces lambeaux tricolores...

3. Quelques détails techniques

Les lambeaux prélevés au niveau du sillon nasogénien sont épais, mais ces lambeaux peuvent être dégraissés dans le même temps opératoire, à condition de respecter le réseau sous-dermique (*fig. 1A et 1B*). Pour cela, il faut poursuivre la dissection du pédicule, ce qui

permet un dégraissage central et une augmentation de la longueur du pédicule. Cette étape est d'autant plus délicate que le diamètre de la perforante est faible et fait appel aux principes de dissection microchirurgicale. Le dégraissage latéral peut être fait aux ciseaux fins, en conservant une fine couche de tissu sous-cutané pour respecter les plexus sous-dermiques.

Cas cliniques

Nous présentons trois cas cliniques parmi la série de reconstruction que nous avons réalisé avec des lambeaux locaux basés sur les perforantes de l'artère faciale. Chacun de ces cas présente des spécificités permettant de mettre en avant le potentiel de ce type de reconstruction.

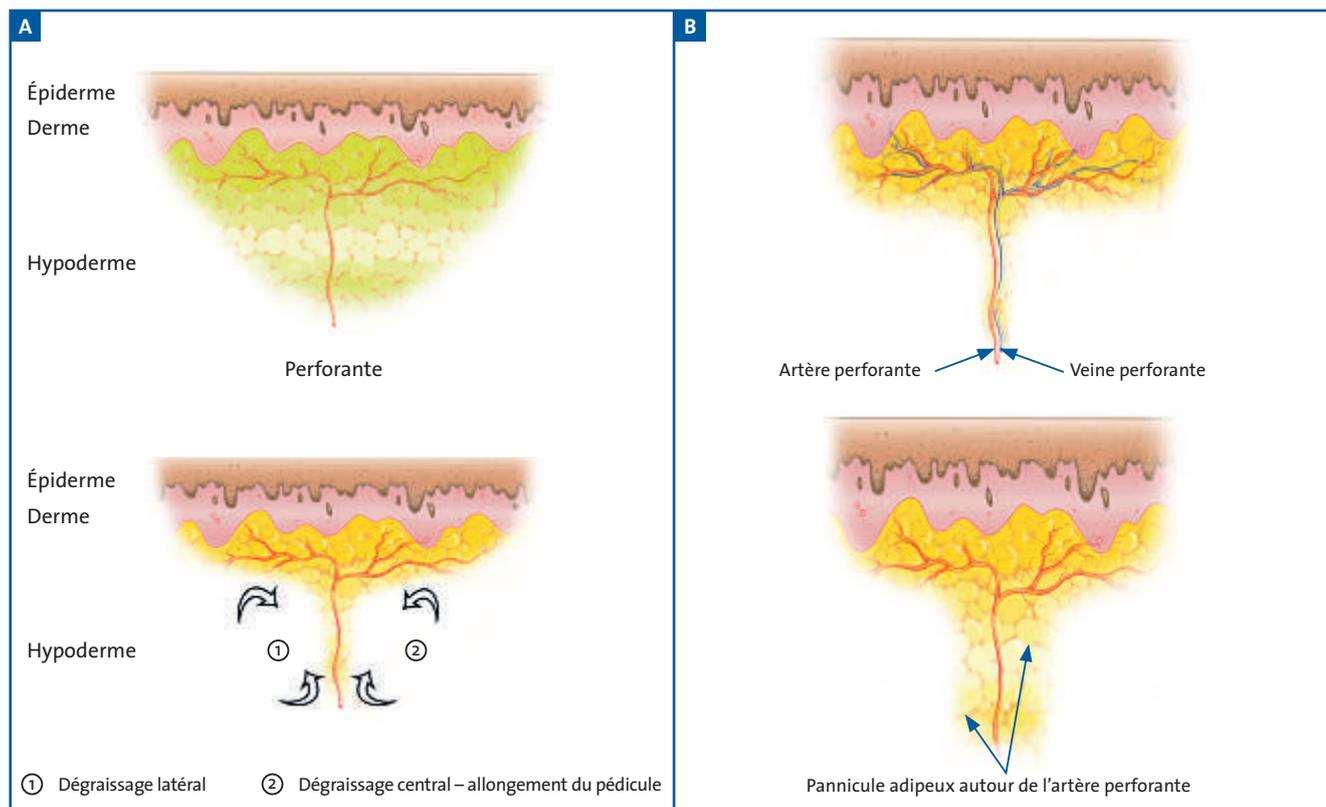


FIG. 1. A. Dégraissage du lambeau : 1. dégraissage central, 2. dégraissage latéral. **B.** Dissection du pédicule : 1. artère et veine isolées, 2. conservation d'une ambiance celluloso-graisseuse en l'absence de veine.

RECONSTRUCTION

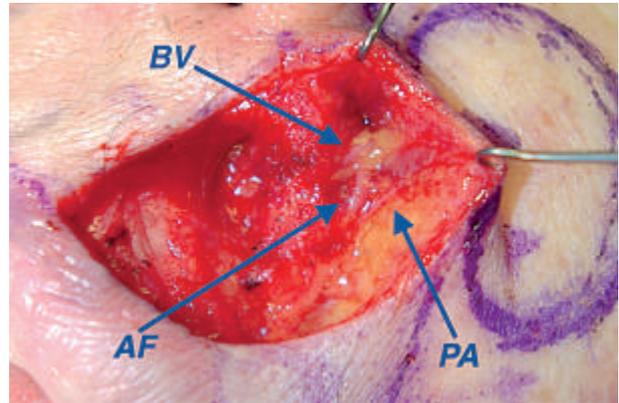
CAS CLINIQUE N° 1

Il s'agit d'une patiente de 83 ans, qui a bénéficié de l'exérèse d'un carcinome basocellulaire (CBC). La reconstruction a lieu dans le même temps et la dissection commence au niveau de la perte de substance en direction de la joue, en utilisant des crochets de Gillies

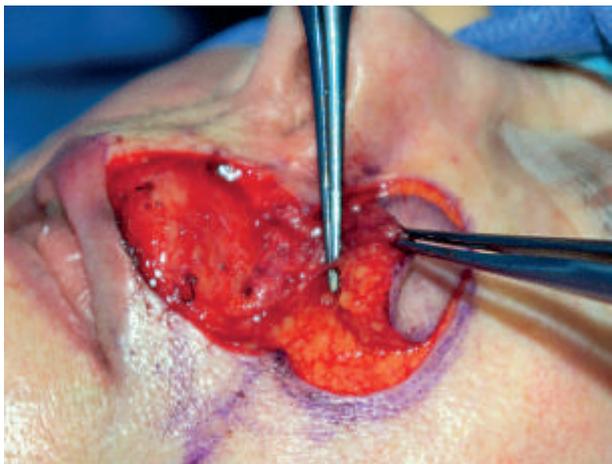
comme décrit ci-dessous (A). Sur la photo B, on peut voir la vascularisation du lambeau se dessiner. La perforante artérielle est totalement disséquée dans le cas présent (C) car une veine est présente. On obtient un lambeau en îlot vrai sur une perforante artérielle, et



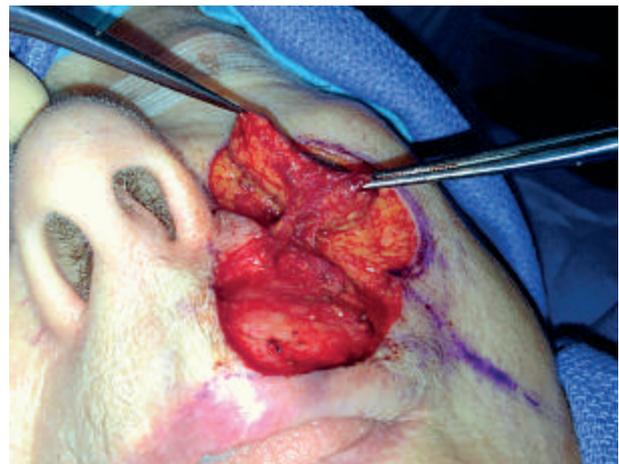
A : La recherche des perforantes dans le sillon nasogénien en mettant en tension le tissu sous-cutané.



B : Identification de l'artère faciale (AF), sa perforante (PA) et d'une branche veineuse (BV).



C : Dissection de la perforante artérielle.



D : Lambeau en îlot vrai sur la perforante de l'artère faciale et une branche veineuse.



E : La rotation atteint 180° dans le cas présent.

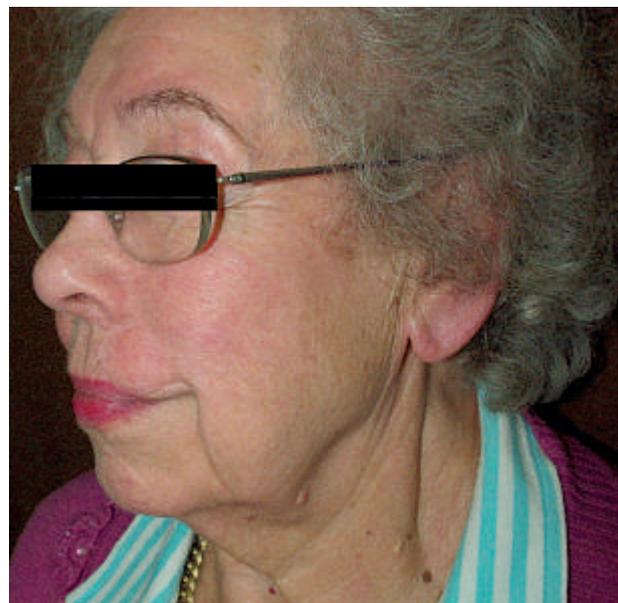
CAS CLINIQUE N° 1 (suite)

c'est dans cette configuration (D) que pourra être réalisé le dégraisage central et latéral, si nécessaire. La rotation du lambeau peut ensuite atteindre aisément les 180° (E). Le site donneur est fermé directement et discrètement (F). Il n'y a pas de pansement en post-

opératoire, les sutures sont recouvertes de fins *strips* ou laissées à l'air avec application de vaseline. À 7 jours postopératoires, la cicatrisation autorise l'ablation des fils. Le résultat à 6 mois est satisfaisant avec une reconstruction discrète tout comme le site donneur (G).



F: Le site donneur est caché en latéro-nasal et dans le sillon nasogénien.



G: Résultat de face et de profil à 6 mois.

RECONSTRUCTION

CAS CLINIQUE N° 2

Il s'agit d'un patient de 90 ans, qui présente également un CBC labial supérieur. L'intervention a été réalisée sous anesthésie locale. Le tracé est réalisé après avoir retrouvé la perforante marquée sur la palette. Nous n'avons pas pu inclure de veine dans la palette; nous avons donc laissé cette "ambiance cellulo-grais-

seuse" autour de l'artère. Le lambeau prend rapidement une coloration bleutée avant de redevenir rouge en fin d'intervention... (A). Dans le cas présent, le tracé et la rotation du lambeau ont été adaptés de sorte que le prélèvement se fasse en zone pileuse et que l'orientation de la pilosité soit la plus optimale possible (B).



A: 1. La perforante est repérée et le dessin fait en zone pileuse. 2. Le lambeau est immédiatement bleuté. 3. Rotation du lambeau. 4. En fin d'intervention, le lambeau reprend une coloration normale.

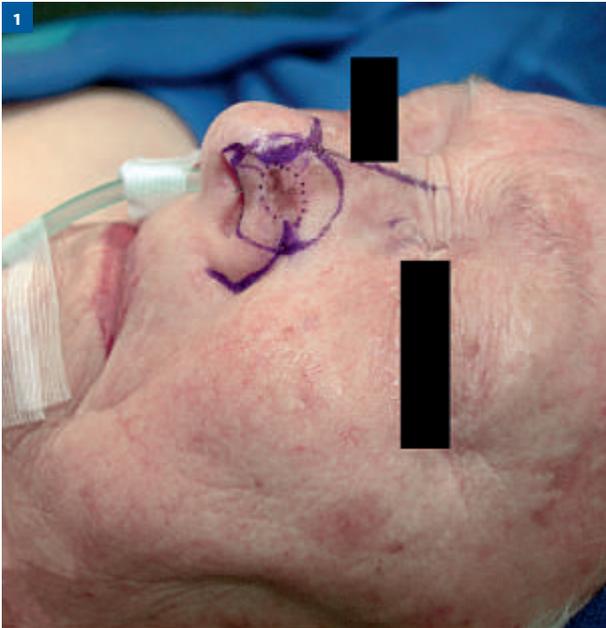


B: 1. À J7, lors de l'ablation des fils, on observe la repousse pileuse. 2. Aspect à 3 mois.

CAS CLINIQUE N° 3

Cette patiente présente un lentigo malin à la jonction entre l'aile et la face latérale du nez avec une exérèse comportant des marges de 1 cm. La reconstruction par un lambeau unique viendrait faire disparaître le relief entre l'aile nasale et la face latérale du nez. Nous avons opté pour deux lambeaux sur mesure conformés de

sorte que l'on puisse reconstruire le sillon sus-alaire, et que la lumière se réfléchisse bien distinctement le long de la reconstruction au niveau de l'aile nasale (A). Les fils ont pu être retirés à 7 jours sans la nécessité de recours à un second temps pour le sevrage d'un pédicule cutané.



A : 1. Dessin de l'exérèse. **2.** Deux lambeaux en îlot sont prélevés et sont indépendants. **3.** Aspect postopératoire immédiat. **4.** Aspect à 4 semaines.

RECONSTRUCTION

POINTS FORTS

- ➔ La région péri-commissurale offre des perforantes artérielles de manière constante.
- ➔ La dissection doit être la plus exsangue possible pour retrouver les perforantes de faible diamètre.
- ➔ Les lambeaux perforants de l'artère faciale permettent des rotations de 180°.
- ➔ Ces lambeaux permettent de s'affranchir des pédicules cutanés.
- ➔ La cicatrice du site donneur se dissimule dans le sillon nasogénien.

Discussion

Les lambeaux basés sur les perforantes de l'artère faciale, ou *facial artery perforator flap*, ne sont pour le moment qu'au stade de quelques séries de cas rapportés par une poignée de chirurgiens [6, 7, 13, 14]. Les raisons principales sont certainement la faiblesse des bases anatomiques de ces lambeaux mais surtout la simplicité et la qualité des résultats obtenus avec les méthodes actuelles. Il est légitime de s'interroger sur la nécessité des lambeaux perforants à la face alors que les reconstructions locales usuelles sont éprouvées et le plus souvent discrètes. L'intérêt de ces nouveaux lambeaux semble pourtant multiple.

Le cas n° 1 illustre bien cette capacité de rotation de ces lambeaux avec un design sur mesure à la PDS. Le cas n° 2 montre la précision qui peut être obtenue en prélevant en zone pileuse de telle sorte que l'orientation des poils peut être adaptée à la zone à reconstruire. Le cas n° 3 montre la possibilité d'utiliser des palettes de faible dimension, sur mesure, indépendantes, mobilisables jusqu'à l'aile nasinaire et en un temps.

Pour conclure, l'utilisation de ces perforantes semble apporter des avantages multiples : augmentation des rotations, absence de pédicule cutané, palette de

grande dimension, tracé sur mesure et utilisation de palettes multiples avec un même site donneur. Le site donneur nasogénien peut ainsi offrir des solutions de couverture, allant de la lèvre inférieure jusqu'à la face latérale du nez sans "pont cutané" et avec une cicatrice de prélèvement discrète.

Conclusion

La liberté obtenue, en affranchissant les lambeaux de leurs attaches cutanées, pourra certainement nourrir la créativité des chirurgiens plasticiens pour des reconstructions toujours plus esthétiques. Toutefois, nous pensons que le concept de lambeau perforant local à la face n'a pas vocation à devenir un axiome, mais ses indications ne pourront être déterminées qu'au terme de l'exposition de ses possibilités.

Bibliographie

1. SERVANT JM, REVOL M. Les lambeaux cutanés. Encycl Méd Chir (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, 45-080, 1990. SAINT-CYR M, SCHAVIEREN MV, ROHRICH RJ. Perforator flaps: history, controversies, physiology, anatomy, and use in reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2009;123:132e-145e.

2. ALLEN RJ, HEITMANN C. Perforator flaps--the history of evolution. *Handchirurgie, Mikrochirurgie, plastische Chirurgie: Organ der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft fur Handchirurgie: Organ der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft fur Mikrochirurgie der Peripheren Nerven und Gefasse* 2002;34:216-218.
3. HYAKUSOKU H, OGAWA R, OKI K *et al.* The perforator pedicled propeller (PPP) flap method: report of two cases. *Journal of Nippon Medical School = Nippon Ika Daigaku zasshi*, 2007;74:367-371.
4. QASSEMYAR Q, SINNA R. The perforator propeller flap. *Ann Chir Plast Esthet*, 2010; 55:204-210.
5. HOFER SO, POSCH NA, SMIT X. The facial artery perforator flap for reconstruction of perioral defects. *Plast Reconstr Surg*, 2005; 115:996-1003; discussion 4-5.
6. D'ARPA S, CORDOVA A, PIRRELLO R *et al.* Free style facial artery perforator flap for one stage reconstruction of the nasal ala. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2009;62:36-42.
7. MITZ V, RICBOURG B, LASSAU JP. Les branches faciales de l'artère faciale chez l'adulte. Typologie, variations et territoires cutanés respectifs. *Ann Chir Plast*, 1973;18:339-350.
8. MIDY D, MAURUC B, VERGNES P *et al.* A contribution to the study of the facial artery, its branches and anastomoses; application to the anatomic vascular bases of facial flaps. *Surg Radiol Anat*, 1986;8:99-107.
9. SALMON M. Artères de la peau. Paris : Masson ; 1936.
10. WHETZEL TP, MATHES SJ. Arterial anatomy of the face: an analysis of vascular territories and perforating cutaneous vessels. *Plast Reconstr Surg*, 1992;89:591-603; discussion 4-5.
11. QASSEMYAR Q, HAVET E, SINNA R. Vascular basis of the facial artery perforator flap: analysis of 101 perforator territories. *Plast Reconstr Surg*, 2012;129:421-429.
12. DEMIRSEREN ME, AFANDIYEV K, CERAN C. Reconstruction of the perioral and perinasal defects with facial artery perforator flaps. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2009;62:1616-1620.
13. KARSIDAG S, OZCAN A, SUMER O *et al.* Single-stage ala nasi reconstruction: lateral nasal artery perforator flap. *J Craniofac Surg*, 2010; 21:1887-1889.

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



La Revue

réalités EN CHIRURGIE PLASTIQUE

Lancement : mars 2013

Bimestriel : 5 numéros par an

Cible : Chirurgiens plasticiens libéraux et hospitaliers, chirurgiens maxillo-faciaux, chefs de clinique, internes

Tirage : 2 100 exemplaires



Le Site

www.realites-chirplastique.com

Une complémentarité indispensable à la Revue

Lancement : mars 2013

- ▶ Inscription des médecins aux flux correspondant à leurs thèmes d'intérêt.
- ▶ Système de *push* permettant à l'internaute d'être averti dès la publication d'un article correspondant à un de ses thèmes d'intérêt.
- ▶ Mais le site de *Réalités en Chirurgie Plastique*, c'est aussi :
 - des suppléments vidéos ;
 - des flashcodes : une simple photographie du flashcode en utilisant un logiciel dédié conduit directement à la vidéo publiée ;
 - des passerelles : une sélection d'articles publiés dans les autres revues de notre groupe et qui peuvent intéresser les chirurgiens plasticiens.
 -

POUR LA PRISE EN
CHARGE DES PLAIES

- **INFECTÉES**¹
- **EXSUDATIVES**²
- **CAVITAIRES**³

UNE GAMME
BIO-ACTIVE
À L'EFFICACITÉ
P R O U V É E

1. Etude KSC-ALG-M-94.03.01 ; 2. Etude VER-ALT-X-97.10.97 ; 3. Etude ESC-ALG-C-92.10.01. Dossier de marquage CE 2014.

Algostéril est destiné à la cicatrisation, à l'hémostase, à la maîtrise du risque infectieux des plaies et peut être utilisé en interface des systèmes TPN (Traitement par Pression Négative). DM de classe III, CE 0459. Algostéril compresses et mèche plate sont remboursées LPP sous nom de marque avec un prix limite de vente pour les indications : plaies chroniques en phase de détersion, plaies très exsudatives et traitement des plaies hémorragiques. Toujours lire la notice avant utilisation.

Algostéril est développé et fabriqué en France par Les Laboratoires Brothier.

Siège social : 41 rue de Neuilly - 92735 Nanterre Cedex (France), RCS Nanterre B 572 156 305.



LABORATOIRES
BROTHIER

www.brothier.com

N° Vert 0 800 35 51 53

appel gratuit depuis un poste fixe