



réalités

en CHIRURGIE PLASTIQUE



Le billet d'humeur de Vladimir Mitz

Reconstruction d'oreille après amputation traumatique

Reconstruction mammaire autologue : du TUG au PAP

Toxine botulique dans l'hyperhidrose axillaire

Séminaire SOFCEP : jeunes chirurgiens en voie d'installation

Paris Breast Rendez-Vous 2015



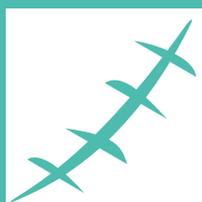
Sommaire complet en page 5.

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES CICATRICES
HYPERTROPHIQUES ET CHÉLOÏDES

Une belle cicatrice
est une cicatrice qui s'oublie



L'utilisation préventive de Kelo-cote[®] a multiplié par 2,4
les chances d'obtenir **une cicatrice normale**¹



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) Signorini M, Clementoni MT. Clinical Evaluation of a New Self-Drying Silicone Gel in the Treatment of Scars: A Preliminary Report. *Aesth Plast Surg* 2007; 31:183-187

Etude clinique prospective, randomisée, comparative sur 160 patients présentant des cicatrices postopératoires récentes : un groupe de patients traités par Kelo-cote[®] 2 applications par jour pendant 4 mois vs un groupe de patients non traités. Evaluation de l'évolution de la cicatrice (couleur, surélévation, induration) selon 4 niveaux (cicatrice normale, légèrement hypertrophique, hypertrophique et chéloïde), examen initial vs examen final de la cicatrice à 6 mois. Ratio 2,4 = 67% des patients traités par Kelo-cote[®] présentent une cicatrice normale à 6 mois vs 28% des patients non traités

(2) Etudes disponibles sur demande

www.kelocote.fr

SINCLAIR

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

Choisir l'innovation ou la prudence ?

Y.-G. Illouz est parti vers les adipocytes célestes, R. Vilain n'a pas créé SOS chirurgie esthétique mais formaté trois générations de plasticiens énergiques, P. Tessier n'était pas que crânement facial puisque je l'ai vu réaliser des plasties mammaires Biesenberger somptueuses !



→ V. MITZ
Chirurgien plasticien, PARIS.

Quoi de commun chez ces géants du bistouri ?

Ils furent mes maîtres, et surtout ils ont choisi l'innovation et pas seulement la prudence quotidienne d'un bon artisan chirurgien qui applique et suit les méthodes éprouvées ! J'ai vu Vilain forcer la porte d'un directeur d'hôpital pour exiger un microscope d'un service d'ORL voisin afin de nous aider à lancer SOS-Mains et la microchirurgie, j'ai vu Illouz venir enseigner la liposuction à l'hôpital Boucicaut, sans retenue de savant fou, mais au contraire avec un entrain et un désir de partager admirable...

Ces hommes étaient des innovants !

Notre spécialité peut s'enorgueillir d'avoir abrité un J.-S. Elbaz avec sa mammoplastie en J récemment reprise aux États-Unis sans le citer, un J. Glicenstein inventeur des implants de mollet post-polio et peu reconnu pour cela ! Devauchelle et Lantieri ont forcé les portes administratives pour greffer des faces invivables autrement ! Je ne peux citer tous ceux qui ont brisé les tabous ni franchi les mystérieuses frontières du "jamais fait avant", les Lequang et le transfert microchirurgical du second orteil, la reconstruction du sein par le lambeau ischiatique, Baudet et ses prouesses en microchirurgie, Guimberteau et l'homogrefe, Servant et ses inventions subtiles, etc.

Combien de doutes, de moqueries ont-il dû subir ? C'est cet esprit non conformiste qui fait la force de notre spécialité en France, ne le renions pas !

Mais, à l'époque de la TVA sur le corps humain (l'état a nationalisé 20 % de notre corps !), des anneaux d'étranglement sur les services hospitaliers et le tiers payant programmé (qui fait que personne ne voudra assumer l'échec thérapeutique de plus en plus fréquent), l'esprit de conformisme devient national, crainte des procès oblige...

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

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

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 : 3^e trimestre 2015



Juillet 2015 #11

↳ BILLET D'HUMEUR

- 3** Choisir l'innovation ou la prudence ?
V. Mitz

↳ FACE

- 6** Reconstruction d'oreille après
amputation traumatique totale
ou subtotale
S. Guichard

↳ SUPPLÉMENT VIDÉO

- 12** Lambeau frontal replié en 3 temps :
1^{er} temps
J. Quilichini, L. Ganry, M. Bandini,
C. Taveau, R. Abbou, P. Leyder

↳ SEINS

- 14** Innovation en reconstruction
mammaire autologue
microchirurgicale : du TUG au PAP
V. Hunsinger

↳ SUPPLÉMENT VIDÉO

- 18** Platysmaplastie
W. Noël, P. Levan

↳ FICHE TECHNIQUE

- 20** Toxine botulique dans le traitement
de l'hyperhydrose axillaire
B. Sarfati

↳ CANCÉROLOGIE

- 21** Actualités dans le traitement
chirurgical du mélanome
O. Zehou

↳ CONGRÈS

- 24** 1^{er} séminaire SOFCEP
Jeunes chirurgiens plasticiens
en voie d'installation
dans une activité libérale
J. Fernandez
- 30** Paris Breast Rendez-Vous 2015
Improve your Skills in Breast Surgery
J.-F. Honart

Un bulletin d'abonnement est en page 4.

Image de couverture : W. Noël.

Reconstruction d'oreille après amputation traumatique totale ou subtotale

RÉSUMÉ : Les reconstructions du pavillon auriculaire après amputation totale ou subtotale sont généralement réalisées en deux temps : mise en place d'une maquette cartilagineuse assemblée à partir de cartilage costal, puis 6 mois plus tard élévation du pavillon et création du sillon rétroauriculaire.

Le choix de la technique de reconstruction cutanée conditionne l'absence de complication et donc la qualité du résultat. Lorsque la peau locale est insuffisante, il faut utiliser le lambeau de fascia temporal superficiel pour recouvrir le cartilage. Nous proposons une variante de ce lambeau, incluant l'artère auriculaire postérieure qui permet de réaliser la reconstruction en un seul temps opératoire.



→ **S. GUICHARD**

Chirurgie plasticien, PARIS.
Hôpital universitaire de Genève,
Service de Chirurgie plastique
du Pr Brigitte Pittet, GENÈVE, Suisse.

Particularités étiologiques

Les amputations totales ou subtotales de l'oreille ont des étiologies diverses : traumatismes, brûlures ou encore iatrogènes. Bien que les causes en soient variées, elles ont des spécificités communes qui les distinguent des microties congénitales et qui induisent des différences dans les stratégies et les techniques de reconstruction.

Les microties sont souvent prises en charge vers l'âge de 10 ans, alors que la majorité des traumatismes intéresse des sujets adultes. Les facteurs de risque vasculaire comme l'intoxication tabagique y sont donc plus fréquents ainsi que l'ossification du cartilage costal. En revanche, le réseau vasculaire local (artère temporale superficielle, auriculaire postérieure, occipitale), s'il n'est pas intéressé par le traumatisme, est d'anatomie normale, contrairement aux microties où il est souvent ectopique ou atrophique.

Les traumatismes intéressent en premier lieu les zones les plus expo-

sées. Ainsi, les pertes de substances s'étendent de façon centripète vers le conduit auditif externe, touchant d'abord l'hélix et le lobule, ensuite l'anthélix, puis la conque. Le tragus et le conduit auditif externe ne sont que plus rarement atteints. La peau mastoïdienne et le réseau artériel sont souvent conservés. Cela est vrai pour les traumatismes (section par bris de verre, morsure, AVP...) mais aussi pour les brûlures pour lesquelles on assiste à une nécrose du cartilage auriculaire due à la chaleur qui excède les zones concernées par les brûlures cutanées, avec une conservation des axes vasculaires sous-jacents.

Traitement

Au stade de l'urgence : en dehors de cas rares où l'on peut envisager de repositionner en greffon composé la partie amputée, ce qui suppose une section franche et une perte de substance inférieure à 15 mm, il est illusoire d'envisager une utilisation de la partie amputée.

Les vaisseaux de très faible diamètre, de faible longueur et traumatisés sont peu propices à une réimplantation microchirurgicale dont le succès est exceptionnel. La dissection et l'utilisation des vaisseaux receveurs comme l'artère temporale superficielle compromettent, comme nous le verrons, les possibilités de reconstruction secondaire.

Par ailleurs, il faut comprendre que le cartilage auriculaire n'est pas apte à réaliser une reconstruction étendue, et ne pourra être réutilisé de façon secondaire. Il est en effet trop mince, trop souple pour pouvoir supporter un lambeau de recouvrement quel qu'il soit. Il est donc inutile de le mettre en nourrice. Il faut au contraire limiter toute incision supplémentaire qui risquerait de compromettre un peu plus les futurs lambeaux cutanés dont nous aurons besoin. Un simple parage avec le sacrifice des zones nécrosées – éventuellement en deux temps si la situation est indécise – une greffe de peau si nécessaire, constituent la solution la plus sage.

La reconstruction

Elle pourra commencer après la disparition de tous les phénomènes inflammatoires et, en cas de chirurgie tumorale, après validation par une RCP statuant sur le faible risque de récurrence locale.

Comme toute reconstruction du pavillon auriculaire, elle poursuit deux axes : la reconstruction de l'infrastructure cartilagineuse et celle de la perte de substance cutanée. Elle est classiquement effectuée en deux temps : positionnement et couverture de la maquette cartilagineuse, puis dans un second temps élévation de la maquette et reconstruction du sillon rétroauriculaire [1].

L'évaluation de la perte de substance cartilagineuse se fait à partir de l'oreille controlatérale, si elle est saine, en réalisant un calque qui pourra être placé

sur l'oreille à reconstruire. Les différents éléments manquants pourront être ainsi identifiés. Si la perte de substance est limitée à deux plans de l'espace (comme hélix plus *scapha* par exemple) et à moins de 1/4 de la circonférence de l'oreille, on pourra utiliser la conque controlatérale (qui présente avec son mur postérieur deux plans à environ 90° et dont la taille est de l'ordre de 1/4 de la circonférence de l'oreille). Au-delà, un prélèvement d'origine costale est indispensable (*fig. 1*).

La construction de la maquette cartilagineuse (*fig. 2*) se fait par juxtaposition, à la demande, de différents éléments tendant à reproduire les reliefs manquants

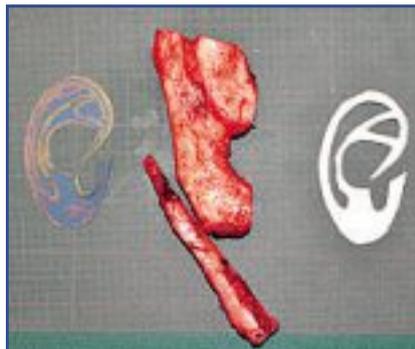


FIG. 1.



FIG. 2.



FIG. 3.

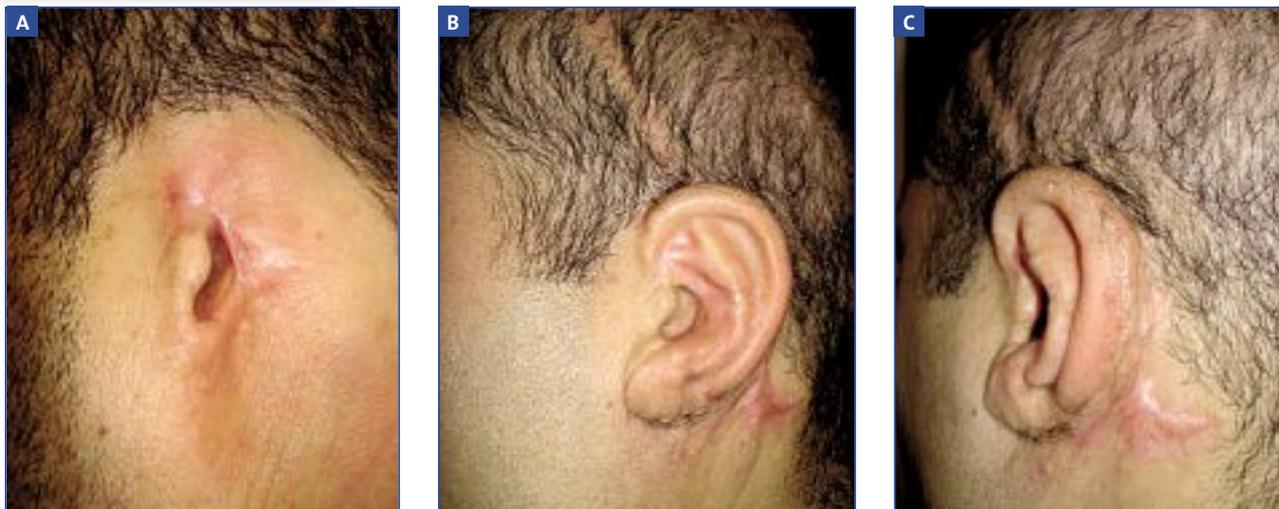
[1, 2]. Ces éléments sont une base sur laquelle seront fixés l'hélix, l'anthélix avec ses racines antérieures et postérieures, le complexe tragus-antitragus, le mur postérieur de la conque (*fig. 3*).

La taille importante de la base nécessite de mettre à profit la synchondrose entre la 6^e et la 7^e côte. Une de ses faces est aplanie et partiellement sculptée afin que les autres éléments puissent y être fixés. À la face profonde, le péri-chondre est conservé afin de renforcer la synchondrose. Lors du prélèvement, on laisse en place le péri-chondre à la face profonde car il est adhérent à la plèvre, on risquerait donc de léser celle-ci. La face profonde du prélèvement deviendra ainsi la face supérieure du greffon. C'est donc un prélèvement homolatéral à l'oreille qui est le plus adapté (*fig. 1*).

- L'hélix est réalisé à partir du 8^e arc qui est aminci sur la partie concave en gardant le péri-chondre sur la partie convexe, de manière à pouvoir la cintrer et la fixer sur la base sans qu'elle ne se rompt.
- L'anthélix est généralement sculpté sur la partie résiduelle du 8^e arc après qu'on ait prélevé l'hélix, plus rarement le 6^e ou 7^e.
- Le tragus est modelé sur la partie haute du 6^e car on a besoin d'épaisseur pour donner de la projection.

FACE

CAS CLINIQUE N° 1



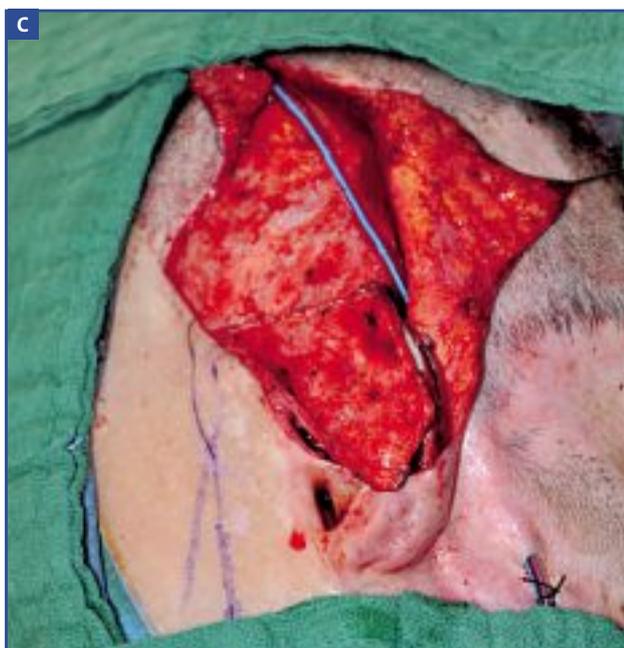
Section par bris de verre. La peau est élastique, en quantité suffisante (*fig. A*). Lors du premier temps opératoire, le greffon est glissé sous la peau au travers des cicatrices existantes. Pour le deuxième temps : greffe sur la face postérieure du pavillon, greffon semi-lunaire fixé à la face postérieure de la base et recouvert d'un LFT puis d'une greffe de peau (*fig. B*). Double lambeau cutané inférieur et de scalp pour la face mastoïdienne. On constate, à terme, une rétraction partielle du sillon avec une perte de projection. On note également la cicatrice très visible du prélèvement du LFT au niveau du scalp temporal (*fig. C*).

CAS CLINIQUE N° 2



Avulsion lors d'un AVP. La peau est élastique mais en quantité juste suffisante. L'artère temporale a été sectionnée lors du traumatisme, le LFT n'est donc pas disponible (*fig. A*). La technique utilisée est celle d'une expansion indirecte décrite par Françoise Firmin [3] (*fig. B*). Cette technique permet d'utiliser toute la peau disponible sans tension périphérique, et diminue ainsi les risques de nécrose. Pour le second temps, le LFT ne pouvant être utilisé, il n'existe pas d'élasticité résiduelle, le semi-lunaire est glissé dans une loge et la zone cruentée recouverte d'une greffe de peau. On note la disparition de la branche antérieure de l'anthélix après une nécrose cutanée millimétrique (*fig. C*).

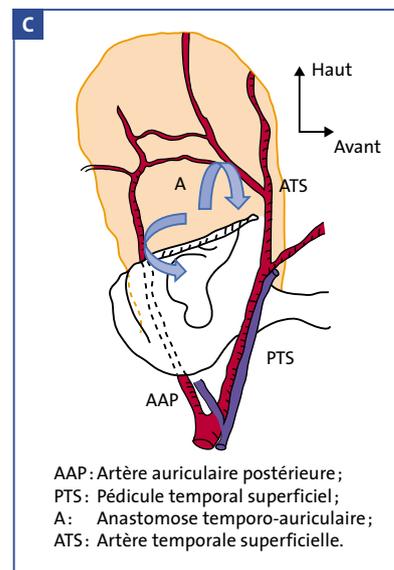
CAS CLINIQUE N° 3



La peau brûlée n'a conservé aucune élasticité. Malgré cela, l'artère temporale superficielle est perméable, et permet l'utilisation d'un fascia temporal (*fig. A*). Il est utilisé de manière "classique", c'est-à-dire retourné à 180° selon l'axe vertical, avec un axe de rotation situé au-dessus du bord supérieur de la maquette cartilagineuse (*fig. B et C*). Là encore, le LFT ayant déjà été utilisé, l'élévation du pavillon est réalisée par un greffon glissé dans une loge sous-périostée et une greffe de peau. On note un réaccolement quasi complet du pavillon, à mettre en rapport avec la mauvaise vascularisation des tissus sous-jacents à la greffe (*fig. D*).

FACE

CAS CLINIQUE N° 4



Reconstruction en un temps par utilisation d'un lambeau de fascia temporo-auriculaire (LFTA). Après amputation pour un carcinome annexiel, une RCP spécialisée a autorisé la reconstruction (*fig. A*). Nous proposons une variante du lambeau de fascia temporal qui inclut l'artère auriculaire postérieure, et permet une reconstruction en un temps avec une bonne stabilité du sillon. Du point de vue de la maquette cartilagineuse, le semi-lunaire est fixé d'emblée à la face postérieure de la base, et élève la maquette de 8 mm. Le lambeau de fascia temporal superficiel est étendu en arrière, au-delà de la projection du pavillon à reconstruire sur 2 cm environ (*fig. B*) en incluant l'artère auriculaire postérieure et en bénéficiant des anastomoses entre artères temporale superficielle, auriculaire postérieure et occipitale [4] (*fig. C*). Contrairement au cas n° 2, la dissection de la face postérieure du lambeau est poursuivie de haut en bas et d'arrière en avant, jusqu'au semi-lunaire. L'axe de rotation du lambeau est donc semi-circulaire au bord du semi-lunaire. En le repliant sur la maquette, on obtient une couverture de la totalité des faces postérieures et antérieures du greffon (qui comprend le semi-lunaire) par un lambeau de fascia bien vascularisé (*fig. D*) qui sera recouvert d'une greffe de peau mince. Le résultat à 6 mois montre un sillon bien défini et stable (*fig. E et F*).

POINTS FORTS

- ➔ Au temps de l'urgence, toute tentative de reconstruction ou de conservation du cartilage est nuisible.
- ➔ Dès lors que la perte de substance cartilagineuse excède le quart de la circonférence de l'oreille, un prélèvement de cartilage costal est nécessaire.
- ➔ Le choix de la technique de reconstruction cutanée est essentiel : une nécrose de faible taille cicatrise mal en regard du cartilage, et peut entraîner une perte des reliefs.
- ➔ Ce choix se situe entre utilisation de la peau locale et du lambeau de fascia temporal.
- ➔ La reconstruction du sillon est généralement effectuée dans un second temps opératoire.
- ➔ Il est possible d'utiliser, dans certains cas, un lambeau de fascia temporal modifié permettant une reconstruction en un temps avec une bonne définition du sillon.

● Le site des autres éléments est moins codifié, mais tous sont fixés sur la base.

Ainsi, en dehors de rares cas où seul l'anthélix est à reconstruire, une base est toujours nécessaire pour fixer les éléments superficiels. Il faut donc souvent sacrifier un élément pour pouvoir insérer la base. Par exemple pour reconstruire l'hélix, il faut sacrifier le *scapha*, pour l'anthélix, le mur postérieur de la conque.

La reconstruction de la perte de substance cutanée constitue la difficulté principale. Elle est en effet peu permissive : une nécrose de très faible surface en regard d'une arête cartilagineuse ne cicatrisera spontanément que très difficilement du fait de la vascularisation inexistante du cartilage. Cette petite nécrose cutanée peut donc entraîner une nécrose localisée du cartilage et une perte partielle des reliefs, mais aussi une chondrite pouvant entraîner une perte étendue du greffon. L'évaluation préopératoire de la surface cutanée utili-

sable, de son extensibilité ainsi que le choix de la technique de reconstruction sont donc essentiels.

La reconstruction du sillon rétroauriculaire est généralement effectuée dans un deuxième temps car l'élévation de la maquette cartilagineuse, en créant la face postérieure du pavillon et une face mastoïdienne, augmente considérablement la surface de peau à reconstruire. Par ailleurs, une pièce cartilagineuse en forme de croissant (le semi-lunaire) doit être fixée sous la base afin de maintenir l'élévation. La qualité de la vascularisation des tissus recouvrant la face postérieure du pavillon, le semi-lunaire et la face mastoïdienne conditionne la stabilité du sillon. Ainsi, après 4 à 6 mois, la maquette cartilagineuse est suffisamment revascularisée par la peau superficielle pour pouvoir être détachée de la région mastoïdienne sur laquelle elle repose. Par une incision périphérique, on soulève le greffon de la mastoïde. Le greffon semi-lunaire, laissé en nourrice sous la peau thoracique, est utilisé pour

former une cale positionnée sous la base en regard de l'anthélix.

Plusieurs variantes techniques et leurs combinaisons sont alors possibles. La face postérieure du pavillon : lors du décollement, on peut laisser un surtour de tissu sur le cartilage et y poser une greffe de peau (semi-épaisse prélevée sur le scalp) qui sera donc vascularisée au travers du cartilage, lui-même vascularisé par la peau antérieure. On peut également recouvrir cette face postérieure par un lambeau de fascia temporal (LFT) puis par une greffe de peau. Le greffon semi-lunaire peut être soit glissé dans une loge, au contact de la mastoïde, soit mis en apposition postérieure, fixé au greffon et recouvert par un LFT ou par un lambeau au hasard de fascia auriculaire postérieur puis d'une greffe de peau. Dans les deux cas, le LFT est long (7 à 8 cm) et tourné à 180°. La zone cruentée postérieure est recouverte par un lambeau cutané inférieur qui est ascensionné, permettant ainsi d'isoler le lobule, et par un lambeau d'avancement de scalp pour la partie supérieure, souvent complété par une greffe cutanée.

Discussion

Outre le façonnage de la maquette cartilagineuse, c'est la vascularisation des tissus qui la recouvre qui conditionne la qualité et la stabilité du résultat.

Après amputation du pavillon de l'oreille, perte de substance cutanée étendue et conservation des axes artériels se conjuguent fréquemment. Dans ce type de situation, nous proposons d'inclure l'artère auriculaire postérieure dans le lambeau de fascia temporal. De cette façon, il est possible de couvrir les deux faces de la maquette cartilagineuse en y incluant le semi-lunaire.

L'intérêt principal de cette variante consiste en la possibilité de reconstruire l'oreille en un temps. Le fait d'inclure

FACE

l'artère auriculaire postérieure et de recruter les anastomoses temporo-auriculaires et auriculo-occipitales améliore la sécurité vasculaire du lambeau, mais aussi son drainage. Cela accélère la disparition de l'œdème, ce qui contribue aussi, probablement, à une meilleure stabilité du sillon.

Par ailleurs, l'utilisation de cette variante peut être étendue à la reconstruction du sillon lorsque le fascia n'a pas été utilisé lors du premier temps, y compris dans les microties. Nous avons vu que plusieurs techniques sont possibles pour la reconstruction du sillon. On peut également utiliser le LFTA en sectionnant l'artère temporale superficielle à 1 cm au-dessus du pavillon, au travers d'une simple incision périauri-

culaire. Ainsi, on force la vascularisation du lambeau occipital au travers des anastomoses temporo-auriculaires, et on peut couvrir la face postérieure du pavillon et le semi-lunaire par un lambeau court, large et sans rotation. C'est donc une technique simple et sûre de reconstruction du sillon, évitant une cicatrice temporale très visible chez les patients à cheveux courts.

2. FIRMIN F. La reconstruction auriculaire en cas de microtie. Principes, méthodes et classification. *Ann Chir Plast Esthet*, 2001;46:447-466.
3. FIRMIN F, MARCHAC A. Reconstruction de l'oreille brûlée. *Ann Chir Plast Esthet*, 2011;56:408-416.
4. TOKUGAWA J, CHO N, SUZUKI H *et al.* Novel classification of the posterior auricular artery based on angiographical appearance. *PLoS ONE*, 2015;10(6): e0128723. doi:10.1371/journal.pone.0128723.

Remerciements au Pr Christian Vacher pour ses avis précieux et pour ses dessins.

Bibliographie

1. NAGATA S. Modification of the stages in total reconstruction of the auricle. Part I. Grafting the three-dimensional costal cartilage framework for lobule-type microtia. *Plast Reconstr Surg*, 1994;93:221-230.

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

SUPPLÉMENT VIDÉO



→ J. QUILICHINI, L. GANRY, M. BANDINI, C. TAVEAU, R. ABBOU, P. LEYDER
Service de Chirurgie plastique, CH Robert-Ballanger, AULNAY-SOUS-BOIS.

Lambeau frontal replié en 3 temps : 1^{er} temps

Ce film en trois parties présente la technique chirurgicale d'un lambeau frontal replié en 3 temps selon Menick pour la reconstruction d'une perte de substance transfixiante d'un héminez. Durant le 1^{er} temps opératoire, un patron de l'héminez controlatéral est utilisé pour tracer un lambeau frontal paramédian homolatéral à la perte de substance, prélevé en pleine épaisseur. Sa partie distale est replié pour reconstruire le plan profond du nez.

Retrouvez cette vidéo :

– à partir du flashcode* suivant

– en suivant le lien :

<http://tinyurl.com/lambeaufrontalpartie1>



* 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.

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.

Algostérial 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. Algostérial 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.

Algostérial 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.

MTP15ALG08A - Avril 2015 - ALGOSTERIL® marque déposée de BROTHIER
Document destiné à l'usage exclusif des professionnels de santé.



LABORATOIRES
BROTHIER
www.brothier.com

N°Vert 0 800 35 51 53
appel gratuit depuis un poste fixe

Innovation en reconstruction mammaire autologue microchirurgicale : du TUG au PAP

RÉSUMÉ : Alors que la reconstruction mammaire autologue demeure dominée par le lambeau abdominal de type DIEP (*Deep inferior epigastric perforator flap*), le lambeau PAP (*Profunda artery perforator flap*) représente une nouvelle alternative de lambeau perforant cunanéograsseux. Il est décrit par Robert J. Allen en 2012 et prélevé à la racine de cuisse. Ses indications sont superposables à celles du lambeau musculocutané de *gracilis* à palette transversale (*Transverse upper gracilis [TUG] myocutaneous flap*).

Les études portant sur ce lambeau et nos 10 premiers cas nous confirment plusieurs avantages en comparaison au TUG (volume du lambeau, longueur et diamètre du pédicule, fiabilité).

À travers la lecture de cet article, nous souhaitons vous faire partager les bases anatomiques et la technique opératoire de ce lambeau ainsi qu'un de nos résultats précoces.



→ V. HUNSINGER

Service de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, Hôpital européen Georges-Pompidou, PARIS.

Le lambeau de choix pour une reconstruction mammaire autologue après mammectomie est le lambeau abdominal DIEP; il est également le plus populaire à travers le monde. Cependant, il existe certaines situations qui rendent sa réalisation difficile, voire impossible (faible indice de masse corporelle, réseau perforant abdominal inexistant, antécédent de plastie abdominale ou de DIEP).

Le lambeau de *gracilis* à palette cutanée transversale haute (*Transverse upper gracilis [TUG]*) représente une excellente alternative [1, 2]; mais la longueur du pédicule est courte (6-7 cm) [3], le volume du lambeau est relativement faible [4], et le site donneur peut se révéler irrégulier (muscle distal visible) [5].

Qu'est-ce que le lambeau PAP?

C'est un lambeau perforant cutanéograsseux prélevé à la racine de cuisse

postéromédiale. Il est basé sur les perforantes musculocutanées ou septocutanées provenant du pédicule fémoral profond. Il est décrit pour la première fois en 2012 par Robert J. Allen et appliqué à la reconstruction mammaire. [6] Les branches perforantes cheminent en arrière du muscle *gracilis*, et elles vascularisent le tissu cutanéograsseux situé en dessous du sillon sous-fessier "banane sous-fessière" [7]. Il représente une alternative très intéressante au lambeau TUG avec d'excellents résultats et une préservation musculaire garantie.

Quelles sont ses bases anatomiques? Quelles sont les patientes éligibles?

La face postérieure de cuisse est délimitée par le tractus iliotibial en externe, les muscles adducteurs en interne, le sillon sous-fessier en haut et le creux poplité en bas. L'artère fémorale profonde, après avoir pénétré la loge postérieure

de cuisse, donne classiquement 3 perforantes : la première à destination du grand adducteur et du *gracilis*, la seconde et la troisième pour le semi-membraneux, le biceps fémoral et le vaste latéral.

Une étude rétrospective sur 40 lambeaux a montré des perforantes suffisantes chez 98 % des patientes (en moyenne 3,3 perforantes et 1,9 mm de calibre) [8].

Les perforantes les plus communes sont soit médiales, voisines du grand adducteur (3,8 cm en arrière de la ligne médiane et 5 cm sous le sillon sous-fessier), soit latérales au contact du biceps fémoral et du vaste latéral (12 cm de la ligne médiane et 5 cm sous le sillon sous-fessier). Environ 50 % des perforantes sont septocutanées, les autres ayant un trajet intramusculaire long de 5,7 cm en moyenne.

L'examen préopératoire de référence est l'angioscanner comme pour le DIEP. L'angio-IRM permet également de réaliser le bilan préopératoire en cas de contre-indication au scanner.

Toutes les patientes sont théoriquement éligibles, dès lors qu'elles requièrent une reconstruction mammaire autologue. L'indication est d'autant plus pertinente que la "banane sous-fessière" est prononcée.

Quels sont les avantages du PAP par rapport au TUG ?

Le pédicule est plus long (9,9 cm *versus* 6-7 cm) et son calibre plus important (artère 2,2 mm *versus* 1,9) [3, 9]. Cet avantage autorise un branchement au niveau des vaisseaux circonflexes scapulaires et donc un lambeau de rattrapage après échec d'un DIEP en mammaire interne, ou en cas de vaisseaux mammaires internes non perméables.

Il n'y a aucun prélèvement musculaire, ce qui implique une morbidité du site donneur plus faible :

- réduction de la fréquence des séromes par limitation des décollements ;
- absence de déformation en rapport avec le muscle distal résiduel (si le tendon n'était pas repéré) ;
- la cicatrice semble moins disgracieuse étant donné l'absence d'extension cicatricielle antérieure.

Le volume est plus important, même s'il reste inférieur à celui d'un lambeau DIEP [4].

Technique opératoire

Elle demande, tout comme le lambeau DIEP, une expérience en microchirurgie et en dissection de vaisseaux perforants.

1. Dessin préopératoire

Repérage des artères perforantes par Doppler à main guidé par l'imagerie préopératoire. Le bord supérieur de la palette est dessiné 1 cm sous le sillon sous-fessier, alors que le bord inférieur est environ 7 cm sous ce dernier (*fig. 1*).

L'ellipse ne doit pas s'étendre sur la face latérale de la cuisse, et doit être très

limitée au niveau de la face médiale pour minimiser les séquelles du site donneur (environ 27 cm de large) [6]. La graisse distale peut être emportée pour augmenter le volume du lambeau.

2. Position opératoire : trois différentes options

R.J. Allen décrit initialement la levée du lambeau en décubitus ventral d'externe en interne, avec deux installations [6]. Il rapporte également une méthode plus rapide en décubitus dorsal "position de grenouille" ; mais cette position implique une dissection d'interne en externe, avec une perforante médiale repérée à l'imagerie et une impossibilité de pratiquer un lambeau *gracilis* de sauvetage en cas de difficultés.

Nous avons choisi une position qui combine tous les avantages des deux approches : il s'agit de la position gynécologique, depuis modifiée par J.E. Hunter [10] (*fig. 2*).

3. Levée du lambeau

La dissection se pratique de distal en proximal si on fait le choix de la position



FIG. 1 : Dessin préopératoire de la palette cutanée et des perforantes issues du pédicule fémoral profond.

SEINS

gynécologique. Elle est suprafasciale jusqu'au repérage de la perforante utile.

Puis s'en suit une dissection standard de perforante intramusculaire ou septo-

cutanée jusqu'au diamètre et longueur souhaitée du pédicule (**fig. 3**). Les collatérales à destination musculaire sont ligaturées. Le site de branchement est classiquement mammaire interne ; sa

préparation peut se faire dans le même temps si on opte pour la position gynécologique.

4. Anastomose microchirurgicale, modelage

Le lambeau PAP est clampé puis transféré au thorax. Après la préparation des vaisseaux receveurs, les anastomoses termino-terminales de l'artère perforante puis de la veine sont réalisées par points séparés de Nylon 9/0. Dans certains cas, on s'aide d'une branche collatérale de la veine saphène interne pour améliorer le drainage veineux (**fig. 4**).

Une fois revascularisé, le lambeau est modelé en cône tout comme le lambeau TUG et enfoui dans les cas de reconstruction mammaire immédiate. On peut réaliser une angiographie au vert d'indocyanine en fin d'intervention (**fig. 5**)



FIG. 2 : Installation de la patiente en position gynécologique (**gauche**) et gynécologique modifiée (**droite**). La palette cutanée est dessinée en traits pleins et le débord gras en pointillés

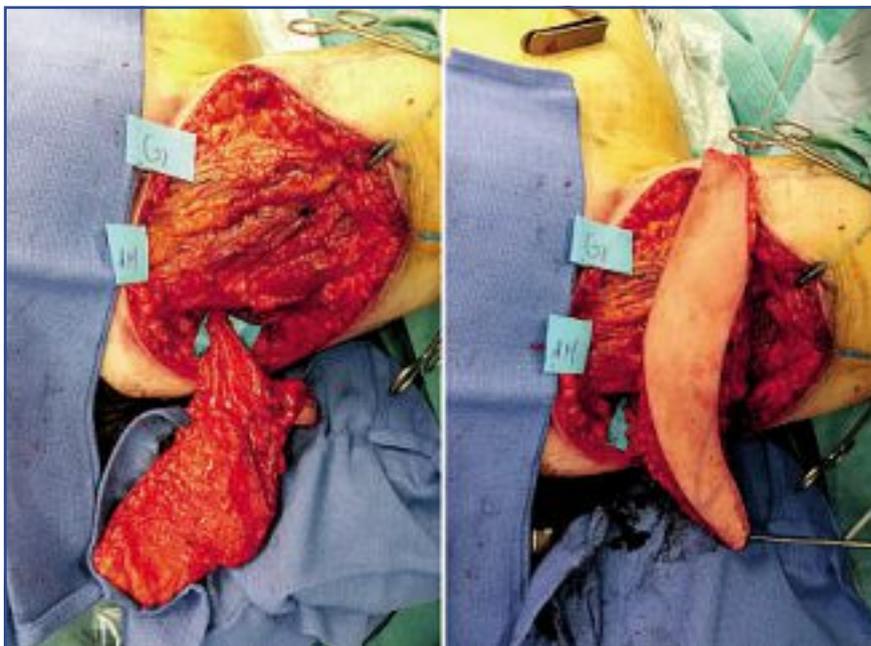


FIG. 3 : Dissection intramusculaire d'une perforante musculocutanée d'un lambeau PAP. Photographies peropératoires du *gracilis* (G) du grand adducteur (AM) et de la perforante (**gauche**) ainsi que de la palette cutanée (**droite**).



FIG. 4 : Photographie peropératoire du branchement d'un lambeau PAP et de son pédicule ainsi que de la veine saphène interne.



FIG. 5 : Angiographie peropératoire au vert d'indocyanine du lambeau PAP. La totalité de la palette cutanée et de la graisse du lambeau est fluorescente, ce qui témoigne de sa bonne vascularisation.

pour s'assurer de la vascularisation de l'intégralité du lambeau.

5. Fermeture, soins postopératoires et complications prévisibles

Le site donneur est fermé plan par plan après mise en place d'un drainage aspiratif. La berge supérieure est fixée au plan profond par Vicryl 2/0 afin de préserver le sillon sous-fessier et d'éviter la migration cicatricielle.

Les soins postopératoires sont semblables à ceux des lambeaux DIEP, avec une surveillance Doppler horaire pen-

dant 48 heures puis plus espacée: un lever précoce à J+1, une ablation des drains quand le débit est < 30 mL/j et une sortie entre 4 et 5 jours postopératoires. Le sport est contre-indiqué pendant 8 semaines.

Les complications possibles sont l'hypoesthésie de la face postérieure de la cuisse, la déhiscence cicatricielle, le sérome, l'hématome, l'infection, la reprise et la nécrose du lambeau. Il est à noter que la récupération postopératoire est plus rapide que pour le lambeau DIEP, la cicatrice crurale étant moins invalidante que la plastie abdominale.

Conclusion

Bien que le lambeau DIEP reste le lambeau de premier choix en reconstruction mammaire autologue, le lambeau PAP nous semble être une excellente alternative chez les patientes ayant un faible excès cutanéograsseux abdominal et chez celles qui présentent une contre-indication relative ou absolue au lambeau DIEP. La cicatrice est discrète (**fig. 6**), la durée opératoire est égale ou inférieure à celle du lambeau DIEP dans notre expérience, et le volume est satisfaisant (**fig. 7**) dans la majorité des cas.



FIG. 6 : Site donneur à 6 semaines du prélèvement d'un lambeau PAP de la cuisse gauche. Photographies de face (A) de dos (B) et cicatrice (C).

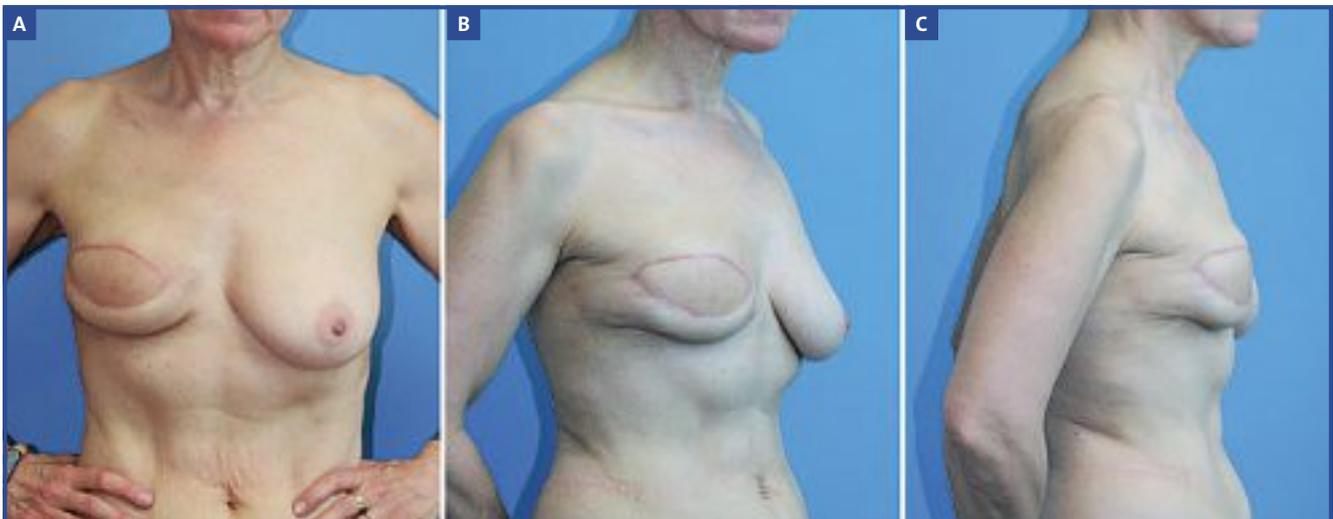


FIG. 7 : Patiente à 3 mois de sa reconstruction par lambeau PAP de la cuisse gauche pour reconstruction mammaire différée du sein droit. Photographies de face (A) de 3/4 (B) et de profil (C).

SEINS

Bibliographie

1. YOUSIF NJ. The transverse gracilis musculocutaneous flap. *Ann Plast Surg*, 1993; 31:382.
2. BODIN F *et al.* The transverse musculo-cutaneous gracilis flap for breast reconstruction: How to avoid complications. *Microsurgery*, 2015.
3. WONG C *et al.* The extended transverse musculocutaneous gracilis flap: vascular anatomy and clinical implications. *Ann Plast Surg*, 2011;67:170-177.
4. LOCKE MB *et al.* Tug 'O' war: challenges of transverse upper gracilis (TUG) myocutaneous free flap breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2012; 65:1041-1050.
5. SCHOELLER T, WECHSELBERGER G. Breast reconstruction by the free transverse gracilis (TUG) flap. *Br J Plast Surg*, 2004; 57:481-482.
6. ALLEN RJ *et al.* Breast reconstruction with the profunda artery perforator flap. *Plast Reconstr Surg*, 2012;129:16e-23e.
7. SAAD A, SADEGHI A, ALLEN RJ. The anatomic basis of the profunda femoris artery perforator flap: a new option for autologous breast reconstruction--a cadaveric and computer tomography angiogram study. *J Reconstr Microsurg*, 2012;28:381-386.
8. HADDOCK NT *et al.* Predicting perforator location on preoperative imaging for the profunda artery perforator flap. *Microsurgery*, 2012;32:507-511.
9. LoTEMPIO MM, ALLEN RJ. Breast reconstruction with SGAP and IGAP flaps. *Plast Reconstr Surg*, 2010;126:393-401.
10. HUNTER JE *et al.* Evolution from the TUG to PAP flap for breast reconstruction: Comparison and refinements of technique. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2015.

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

POINTS FORTS

- ➔ Le lambeau PAP (*Profunda artery perforator*) est basé sur les perforantes musculocutanées ou septocutanées provenant du pédicule fémoral profond.
- ➔ Indications : souhait de reconstruction mammaire autologue en reconstruction mammaire immédiate ou différée. Patiente présentant une contre-indication relative ou absolue au lambeau DIEP.
- ➔ Avantages du lambeau PAP par rapport au TUG : le pédicule est plus long (9,9 cm *versus* 6-7 cm) et son calibre plus important (artère 2,2 mm *versus* 1,9 mm). Le lambeau est plus fiable en raison de ces caractéristiques intrinsèques.
- ➔ Résultats du lambeau PAP : la cicatrice est discrète, la durée opératoire est égale ou inférieure au DIEP en l'absence de changement de position, et le volume est satisfaisant dans la majorité des cas.

SUPPLÉMENT VIDÉO



→ **W. NOËL, P. LEVAN**
Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph.

Platysmaplastie

La procédure est réalisée dans le même temps d'un *lifting* cervicofacial avec SMAS avec une lipoaspiration du cou. Nous l'associons, si besoin, à une lipectomie rétroplatysmale. Cette procédure agit en synergie avec un *lifting*, et offre un rajeunissement satisfaisant de la région cervicale.

Retrouvez cette vidéo :

– à partir du flashcode* suivant

– en suivant le lien :

<http://tinyurl.com/platysmaplastie>



* 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.

CHIRURGIE DE LA SILHOUETTE ET BODY LIFTS

Gestion des excès cutanéograsseux (avec vidéos)

9-10 octobre 2015

Hôtel Novotel Gare Part-Dieu

47, boulevard Vivier-Merle

69003 LYON



Dr Jean-François PASCAL

Vendredi 9 octobre 2015

10h00 – 11h00	Les 10 commandements de la chirurgie de la silhouette.	J.F. Pascal
11h00 – 13h00	Body lift inférieur et lifting des fesses: version gynoïde et androïde (1 ^{re} partie).	J.F. Pascal
14h00 – 15h00	Body lift inférieur et lifting des fesses: version gynoïde et androïde (2 ^e partie).	J.F. Pascal
15h00 – 16h00	Body lift externe et lifting des faces externes des cuisses (1 ^{re} partie).	J.F. Pascal
16h30 – 17h30	Body lift externe et lifting des faces externes des cuisses (2 ^e partie).	J.F. Pascal
17h30 – 18h00	Anesthésie pour body lift: techniques et particularités.	A. Mezzour
18h00 – 19h00	Le pubis idéal.	J.F. Pascal

Samedi 10 octobre 2015

8h30 – 10h30	Plasties abdominales.	J.F. Pascal – C. Le Louarn
11h00 – 13h00	Body lift supérieur et lifting du dos.	J.F. Pascal
14h00 – 15h30	Brachioplasties et lifting latéral du thorax.	J.F. Pascal
16h00 – 18h00	Lifting des faces internes des cuisses.	J.F. Pascal – C. Le Louarn

INSCRIPTION

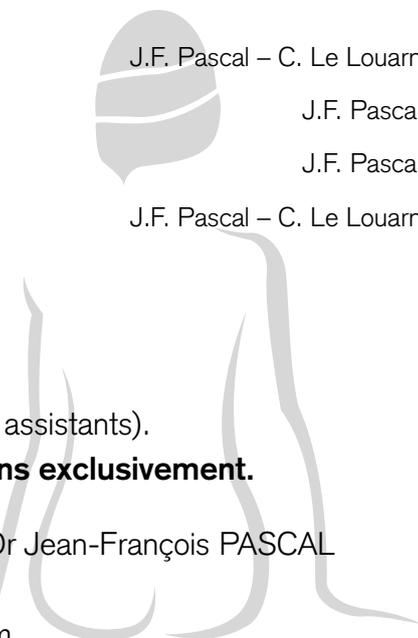
L'inscription est de 900 € (300 € pour les internes et les assistants).

Les places sont limitées à 100 personnes, **chirurgiens plasticiens exclusivement.**

Inscription et règlement avant le 18 septembre 2015 au secrétariat du Dr Jean-François PASCAL

13, quai Général Sarrail, 69006 Lyon

04 78 24 59 27 – contact@docteur-pascal.com



Toxine botulique dans le traitement de l'hyperhidrose axillaire



→ **B. SARFATI**
Institut
Gustave-Roussy,
VILLEJUIF.

En dehors des indications classiques en médecine esthétique, la toxine botulique est aujourd'hui utilisée de façon courante pour le traitement de l'hyperhidrose axillaire.

L'hyperhidrose axillaire est, dans la grande majorité des cas, idiopathique, souvent accompagnée d'une anxiété importante ayant tendance à majorer sa symptomatologie. Elle concernerait 2,8 % de la population [1].

Physiologie

La transpiration est produite par les glandes sudoripares apocrines annexées aux follicules pilosébacés localisées au niveau des aisselles. L'excrétion de la sueur est pulsatile, de 0,3 à 12 excrétions par minute. En cas d'hyperhidrose, les glandes sudoripares sont normales, mais leurs réponses aux stimuli sont excessives ; elles pourraient être dix fois plus élevées que la moyenne, jusqu'à 1 L/j [2].

Les traitements à notre disposition sont très variés :

- les antitranspirants (sels d'aluminium) souvent très irritants ;
- la chirurgie (ablation des glandes sudoripares par lipoaspiration ou par voie

ouverte, la sympathectomie transthoracique par voie endoscopique qui a tendance à être abandonnée) ;
– la toxine botulique.

Mécanisme d'action de la toxine botulique

La toxine botulique, en bloquant la libération de l'acétylcholine, inhibe la contraction des cellules myoépithéliales entourant les glandes sudoripares, empêchant ces dernières de se vider. La toxine botulique a obtenu l'AMM pour le traitement de l'hyperhidrose axillaire de l'adulte et de l'enfant de plus de 12 ans entraînant un retentissement psychologique important.

Bilan préopératoire : le test de Minor

L'objectif est de repérer les zones d'hyperhidrose. Après désinfection cutanée, on saupoudre la zone axillaire avec de la féculé de pomme de terre. Les zones transpirantes apparaissent alors immédiatement en noir. On délimite ensuite la zone au crayon dermatographique.

La technique d'injection

On utilise en général un flacon de Botox 50 U par aisselle que l'on dilue dans 2 mL de sérum physiologique. L'injection se fait environ tous les centimètres, et recouvre toute la zone précédemment délimitée. On injecte 0,1 mL par point d'injection, soit 2,5 U. L'injection est très superficielle, juste sous le derme.

Efficacité

Les effets de la toxine apparaissent en général 1 à 2 semaines après l'injection. Sa durée d'action varie entre 6 mois et 1 an. Chez certains patients, une seule injection permet un traitement définitif, peut-être en supprimant l'effet angiogène ayant comme conséquence d'aggraver l'hyperhidrose.

Le traitement est en général renouvelé tous les ans. Le taux d'efficacité est d'environ 90 % [3].

Conclusion

La toxine botulique est donc une arme thérapeutique efficace contre l'hyperhidrose. Malgré son coût élevé, on obtient un très bon taux de satisfaction de la part des patients. Elle peut aussi être utilisée en complément, après un résultat partiel d'une chirurgie d'exérèse des glandes sudoripares axillaires.

Bibliographie

1. STRUTTON DR, KOWALSKI JW, GLASER DA *et al.* US prevalence of hyperhidrosis and impact on individuals with axillary hyperhidrosis: results from a national survey. *J Am Acad Dermatol*, 2004;51:241-248.
2. POMARÈDE N. Management of axillary hyperhidrosis. *Ann Dermatol Venerol*, 2009;136:S125-S128.
3. NAUMANN M, LOWE NJ. Botulinum toxin type A in treatment of bilateral primary axillary hyperhidrosis: randomised, parallel group, double blind, placebo controlled trial. *BMJ*, 2001;323:596-599.

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

Actualités dans le traitement chirurgical du mélanome

RÉSUMÉ : Le mélanome cutané est une tumeur de bon pronostic au stade précoce, mais à risque de récurrence, voire de décès, aux stades avancés. La chirurgie a une place centrale dans le traitement des formes localisées et garde des indications en cas de maladie régionale, voire métastatique. Cet article fait la synthèse des recommandations publiées pour la chirurgie du mélanome, dans ses indications formelles, telles les marges d'exérèses selon l'indice de Breslow, ou dans ses indications plus débattues, telles la procédure du ganglion sentinelle ou la chirurgie micrographique.



→ O. ZEHOU
Service de dermatologie,
CHU H. Mondor, CRÉTEIL

Chirurgie du mélanome primitif

Le mélanome est un cancer cutané d'incidence croissante. Le diagnostic se fait au stade de primitif localisé dans la grande majorité des cas. Le traitement repose alors sur la chirurgie. Des recommandations françaises ont été élaborées en 2005 [1] et restent la base décisionnelle.

Toute lésion pigmentée suspecte de mélanome, par exemple du fait d'un critère ABCDE (**tableau 1**) (**fig. 1**), doit faire l'objet d'une exérèse à visée diagnostique, avec des marges limitées à quelques millimètres. Dans les



FIG. 1 : Lésion pigmentée suspecte dont l'exérèse a confirmé le diagnostic de mélanome de type superficiel extensif (Breslow 0,5 mm, non ulcéré).

situations où une exérèse est difficile à envisager en l'absence de diagnostic formel (régions palmoplantaires, lésion de grande taille), une biopsie peut être réalisée (unique ou multiple), dans la portion la plus suspecte et la plus épaisse de la lésion, dont le résultat sera d'interprétation prudente.

Après exérèse d'un mélanome confirmé histologiquement, le traitement repose sur la reprise chirurgicale, avec des marges dépendant de l'indice de Breslow (**tableau 2**), sur la base du compte-rendu anatomopathologique standardisé. Celui-ci doit faire figurer le type anatomoclinique de mélanome (superficiel extensif, nodulaire, acrolentigineux, Dubreuilh) ainsi que des éléments pronostics tels que l'indice de Breslow, la présence ou non d'une ulcération et l'index mitotique, d'après les recommandations de l'Institut National du Cancer (INCa) [2], afin de définir le

- A: Asymétrie
- B: Bords irréguliers
- C: Couleur inhomogène, polychromie
- D: Diamètre > 6 mm
- E: Évolutivité

TABLEAU 1 : Critères cliniques ABCDE de suspicion de mélanome devant une lésion pigmentée.

CANCÉROLOGIE

Breslow	Marges recommandées
o (mélanome <i>in situ</i>)	0,5 cm (sauf mélanome de Dubreuilh <i>in situ</i> : 1 cm)
< 1 mm	1 cm, procédure du ganglion sentinelle en option si ulcéré
≥ 1 mm	2 cm*, procédure du ganglion sentinelle en option
*marge de 1 à 2 cm pour des mélanomes de Breslow entre 1,01 et 2 mm, marge de 2 à 3 cm pour des mélanomes de Breslow > 4 mm d'après les SOR [1].	

TABLEAU II : Prise en charge chirurgicale initiale. Marges d'exérèse en fonction de l'indice de Breslow.

stade de la tumeur selon la classification AJCC [3].

D'après les Standards Options Recommandations (SOR) 2005 [1], les mélanomes avec indice de Breslow situé entre 1,01 et 2 mm doivent faire l'objet d'une reprise avec des marges entre 1 et 2 cm. Pour les mélanomes de Breslow supérieur à 4 mm, les marges recommandées sont de 2 à 3 cm. Les marges de 3 cm sont abandonnées dans les recommandations plus récentes [4-6] et en pratique clinique.

Du fait de ces marges latérales nécessaires, une amputation est souvent requise pour les mélanomes acrolentigineux des doigts et des orteils. La reprise doit s'étendre en profondeur jusqu'au fascia, ou à défaut jusqu'à l'hypoderme profond [7].

La prise en charge doit être validée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour tous les mélanomes invasifs. Un enregistrement simple suffit pour les situations cliniques simples, une discussion doit être faite pour les cas complexes.

Chirurgie ganglionnaire

La procédure du ganglion sentinelle n'a pas montré de bénéfice de survie pour les patients mais c'est un élément pronostic majeur [8]. Elle peut être proposée pour des mélanomes de Breslow supérieur à 1 mm ou ulcérés, d'après les SOR et les recommandations européennes [1, 9]. En pratique, elle est

réalisée dans la majorité des centres en France [10]. Elle est fréquemment requise pour l'inclusion dans des essais thérapeutiques testant des traitements adjuvants.

En cas d'envahissement du ganglion sentinelle, un curage ganglionnaire est réalisé : on détecte des métastases supplémentaires dans ce curage dans 16 à 28 % des cas selon les études [1]. Cette stratégie est en cours d'évaluation dans l'essai thérapeutique MSLT II (*Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial* ou curage *versus* surveillance échographique après ganglion sentinelle positif).

En cas d'adénopathie détectée cliniquement ou à l'imagerie, une confirmation cytologique ou histologique est souhaitable ainsi qu'un bilan d'extension complet, avant un curage ganglionnaire quand la chirurgie est possible [11].

Un traitement adjuvant par interféron ou dans le cadre d'un essai thérapeutique sera discuté de principe en RCP, mais aucun traitement adjuvant ne fait l'objet de recommandations formelles.

Particularités de la prise en charge du mélanome de Dubreuilh

Le mélanome de Dubreuilh est un type anatomoclinique particulier. Il survient au visage de sujets âgés, sur peau insolaée. Son évolution est lente. Le diagnostic se fait fréquemment au stade *in situ*, avec cependant une exten-

sion infraclinique fréquente, qui motive des marges d'exérèse plus larges que les autres types de mélanome au stade *in situ*.

Les marges recommandées pour un Dubreuilh *in situ* sont de 10 mm, voire 5 à 10 mm pour éviter une chirurgie mutilante. Cette marge peut être réduite avec des techniques chirurgicales permettant une analyse exhaustive des berges d'exérèse, telles que la chirurgie micrographique de Mohs, le *slow* Mohs ou la technique dite du spaghetti [12], avec des taux de récurrence à 5 ans inférieurs à 5 % [13]. Ainsi, un temps chirurgical est dédié au prélèvement d'une zone macroscopiquement saine en périphérie de la tumeur, dont l'analyse histologique détaillée permet de confirmer ou non le caractère indemne des berges. Ces techniques peuvent également être utilisées pour des mélanomes acrolentigineux (**fig. 2**), dont les limites lésionnelles sont parfois difficiles à déterminer.

L'utilisation hors AMM de l'imiquimod est une option à discuter en cas de difficultés de la chirurgie d'exérèse, notamment du fait des comorbidités. Le risque d'échec, d'intolérance au traitement, le coût et l'absence de recul concernant l'efficacité à long terme sont à prendre en compte dans l'évaluation du rapport bénéfices/risques. Une alternative qui peut être discutée en RCP est la radiothérapie [6, 14].



FIG. 2 : Mélanome de type acrolentigineux du talon. En pointillés, limites cliniques de la lésion.

Le mélanome de Dubreuilh diagnostiqué au stade de mélanome invasif fait l'objet des mêmes recommandations de prise en charge que les autres types anatomocliniques de mélanome. A noter cependant que la procédure du ganglion sentinelle présente des échecs plus fréquents en localisation cervicale.

Chirurgie des récives

En cas de récive cutanée (**fig. 3**) et/ou ganglionnaire, le traitement est chirurgical en première intention, après un bilan d'extension systématique. En cas de chirurgie impossible, les alternatives à discuter sont : la chimiothérapie de membre perfusé isolé utilisant du melphalan, associé ou non au *tumor necrosis factor* alpha (TNF α), à réaliser dans des centres expérimentés, ou la radiothérapie [9]. Si aucun traitement local n'est envisageable, un traitement systémique sera discuté en RCP.

Au stade métastatique, de nouveaux traitements ont émergé : les **immunothérapies** par anti-CTLA4 (ipilimumab) et inhibiteurs de PD1 (*programmed cell death 1*) (nivolumab, pembrolizumab) ou PDL1 (*programmed cell death ligand 1*) d'une part, les **thérapies ciblées** par inhibiteurs de BRAF (vemurafenib, dabrafenib) et de MEK (trametinib, cobimetinib) d'autre part. Malgré ces avancées, la chirurgie garde



Fig. 3 : Récive locale sous la forme de nodules de perméation cutanés et sous-cutanés sur une cicatrice d'exérèse de mélanome.

POINTS FORTS

- ➔ Le traitement du mélanome est avant tout chirurgical.
- ➔ La prise en charge est à valider systématiquement en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), voire à discuter avant la chirurgie dans les cas difficiles.
- ➔ Les indications de traitement adjuvant sont à discuter en RCP, en l'absence de traitement recommandé.
- ➔ Les récives locales ou régionales relèvent de la chirurgie en première intention, après bilan d'extension complet.

une place importante dans les maladies oligométastatiques dans les recommandations récentes de l'Institut national du Cancer (INCa) et celles du groupe de cancérologie cutanée de la Société Française de Dermatologie [15].

Bibliographie

1. NEGRER S, SAIA P, GUILLOT B *et al.* Guidelines for clinical practice: Standards, Options and Recommendations 2005 for the management of adult patients exhibiting an M0 cutaneous melanoma, full report. National Federation of Cancer Campaign Centers. French Dermatology Society. Update of the 1995 Consensus Conference and the 1998 Standards, Options, and Recommendations. *Ann Dermatol Venereol*, 2005;132:10S3-S85.
2. Mise à jour 2011 des comptes rendus d'anatomopathologie : données minimales à renseigner pour une tumeur primitive. Traitements, soins et innovations, INCa, décembre 2011.
3. BALCH CM, GERSHENWALD JE, SOONG SJ *et al.* Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol*, 2009;27:6199-6206.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Melanoma Version 3.2012.
5. GARBE C, PERIS K, HAUSCHILD A *et al.* Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline - Update 2012. *Eur J Cancer*, 2012;48:2375-2390.
6. FONG ZV, TANABE KK. Comparison of melanoma guidelines in the U.S.A., Canada, Europe, Australia and New Zealand: a critical appraisal and comprehensive review. *Br J Dermatol*, 2014;170:20-30.
7. BICHAKJIAN CK, HALPERN AC, JOHNSON TM *et al.* Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma. American Academy of Dermatology. *J Am Acad Dermatol*, 2011;65:1032-1047.
8. MORTON DL, THOMPSON JF, COCHRAN AJ *et al.* Final trial report of sentinel-node biopsy versus nodal observation in melanoma. *N Engl J Med*, 2014;370:599-609.
9. DUMMER R, HAUSCHILD A, GUGGENHEIM M *et al.* Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 2012;23:vii86-91.
10. LOURARI S, PAUL C, GOURAUD PA *et al.* Sentinel lymph node biopsy for melanoma is becoming a consensus: a national survey of French centres involved in melanoma care in 2008. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2012;26:1230-1235.
11. COIT DG, ANDTBACKA R, ANKER CJ *et al.* Melanoma, version 2.2013: featured updates to the NCCN guidelines. *J Natl Compr Canc Netw*, 2013;11:395-407.
12. GAUDY-MARQUESTE C, PERCHENET AS *et al.* The "spaghetti technique": an alternative to Mohs surgery or staged surgery for problematic lentiginous melanoma (lentigo maligna and acral lentiginous melanoma). *J Am Acad Dermatol*, 2011;64:113-118.
13. BENE NI, HEALY C, COLDIRON BM. Mohs micrographic surgery is accurate 95.1% of the time for melanoma in situ: a prospective study of 167 cases. *Dermatol Surg*, 2008 May;34:660-664.
14. FOGARTY GB, HONG A, SCOLYER RA *et al.* Radiotherapy for lentigo maligna: a literature review and recommendations for treatment. *Br J Dermatol*, 2014;170:52-58.
15. Mélanome cutané métastatique - Rapport intégral. Collection Avis & Recommandations, INCa, Boulogne-Billancourt, septembre 2013.

Photos provenant de la collection du service de dermatologie du CHU Henri-Mondor, Créteil.

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

1^{er} séminaire SOFCEP

Jeunes chirurgiens plasticiens en voie d'installation dans une activité libérale

Compte rendu rédigé par J. FERNANDEZ

Responsable des Jeunes Chirurgiens plasticiens – SOFCEP.
Service de Chirurgie plastique, réparatrice et esthétique, CHU, NICE.

Sous l'influence de son président, le Dr Charles Volpei, et de son *past president*, le Dr Michel Rouif, la SOFCEP (Société Française des Chirurgiens Esthétiques Plasticiens) désire inclure et soutenir les jeunes chirurgiens plasticiens (internes inscrits au DESC, chefs de clinique et assistants de chirurgie plastique, réparatrice et esthétique) dans leur cursus scientifique mais aussi professionnel.

La SOFCEP a donc proposé, le 18 avril 2015, une journée de formation aux jeunes plasticiens sur le thème : *L'installation privée en chirurgie plastique pour les nuls*. Cette journée était destinée à apporter un éclairage technique sur tout ce qui concerne l'installation à venir, et à comprendre l'importance de bien s'entourer dès la mise en route du projet, afin d'éviter certaines désillusions. Le syndicat national de CPRE (SNCPRE) et le laboratoire GC Aesthetics ont souhaité s'associer à l'organisation de cette formation.

Les lignes qui suivent sont un résumé des différentes interventions, et rapportent donc les éléments clés utiles à toute installation dans le monde libéral.

L'organisation de l'activité professionnelle et les différentes formes d'exercice ont été abordées par Maître Poujaud. Ces sujets, déjà développés dans le numéro 2 de *Réalités en Chirurgie Plastique*, ne seront pas repris afin de ne pas alourdir cet article déjà dense.

Le monde change extrêmement vite et la chirurgie plastique/esthétique, spécialité médicale bien particulière, a toujours été très proche des réalités économiques. De nombreuses crises ont touché notre spécialité ces dernières années, et bon nombre de chirurgiens plasticiens ont pris conscience que leur activité professionnelle devait être gérée très sérieusement, à l'image d'une TPE (très petite entreprise), de surcroît artisanale, avec ses contraintes sociales et juridiques et sa gestion des risques financiers. Il est

en effet devenu pratiquement impossible, à la sortie d'une formation quasi exclusivement centrée sur la pratique médicale, *a fortiori* dans un environnement protégé, d'entamer une carrière privée sans d'emblée être au fait de connaissances administratives, assurantielles, juridiques, sociales et fiscales. Or, les chirurgiens plasticiens n'ont pratiquement aucune formation dans ce domaine, en particulier les jeunes chirurgiens, en dehors d'une fibre entrepreneuriale naturelle pour certains.

Communication, information patient

D'après la communication du Dr Adel Louafi

Il est important pour un jeune chirurgien de savoir communiquer, utiliser Internet et les autres moyens de communication, notamment au début de son installation. Si Internet est un formidable outil de communication, il peut être aussi à l'origine de condamnations (rupture du secret médical, publications de photos sans accord de la patiente), voire de radiations définitives (détournements

de patientèles, qualifications mensongères). La déontologie médicale est la même sur le web que dans la pratique quotidienne. Pour connaître les bonnes pratiques du web, le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis en place en décembre 2011 un Livre blanc : Déontologie médicale sur le web.

L'utilisation de mails pour communiquer avec ses patients peut se révéler extrêmement utile. Il faut cependant suivre certaines règles pour éviter des déconvenues. Les mails peuvent être utilisés en justice (pénal, civil, ordinal). Il est donc important de suivre les recommandations CNOM : convenir, de façon écrite, des contenus à transmettre par mail (pas d'urgence), préparer un texte type à signer, signer les mails et respecter la confidentialité.

Les sites web personnels peuvent être soit des microsites ou "web plaques" (art. r.4127-81 CSP), soit des sites plus complets, mais ils doivent toujours amener à la retenue et à la prudence. Il est interdit de faire de la publicité sur son site (promotion personnelle, livre d'or, liens payants, *Google Adwords*), ou de donner des informations non conformes aux données scientifiques. Il existe des recommandations à suivre pour l'élaboration de son site personnel : financement personnel, déclarer les conflits d'intérêts, avoir si possible la certification HAS/HON, avoir un lien vers l'annuaire et la déontologie web du CNOM en page d'accueil, respecter la confidentialité sur les photos tout en insistant que ce ne sont que des illustrations et non pas des résultats escomptés.

Les forums engagent la responsabilité du médecin même si le conseil est gratuit. Il ne faut ni donner de diagnostic ni de traitement, mais orienter les patients vers une consultation spécialisée. Il ne faut jamais juger ses confrères sans avoir examiné la patiente. Il existe différents types de réseaux sociaux : les "fermés" entre confrères (Tamtam) où il

faut cependant respecter le secret médical, et les réseaux "ouverts" (Facebook, Twitter, Google Plus). Il faudra, dans tous les cas, faire attention à l'image de la médecine (affaire de la fresque de l'internat !), au ton (injures, stigmatisation, diffamation), au secret médical et aux "amis" Facebook (neutralité de l'affect, risque pénal et disciplinaire). Pour finir, il existe de plus en plus de téléconseils : le téléconseil engage la responsabilité du médecin, mais ce n'est pas de la télémédecine (loi HPST mise en place par le ministère de la Santé ou l'ARS). Il existe différentes formes de téléconseil : mails, téléphone (non facturable) et les plateformes. Dans le cadre de ces dernières, il est nécessaire d'établir un contrat-type à adresser au Conseil de l'Ordre indiquant le respect des règles de déontologie et le respect de non publicité. La médecine n'étant pas un commerce, il est bien entendu interdit de mettre en place des offres groupées...

Responsabilité professionnelle

D'après les communications du Dr Jean-Pierre Reynaud, ancien Président SOFCPRE, expert auprès des assurances, Chef de pôle cabinet Branchet.

1. La tenue des documents. Éviter et préparer le premier contentieux

En chirurgie plastique, tout praticien doit s'attendre, en moyenne, à une mise en cause (ou déclaration de sinistres simples) tous les 2,5 ans. Il faut donc se préparer en amont et avoir toujours des dossiers complets.

Cela commence avec la **première consultation** où tout doit être écrit et tracé objectivement (se rappeler que le dossier appartient au patient et qu'il peut le récupérer à tout moment). Il est indispensable d'avoir des photos, de bonne qualité et datées : les **photographies** sont un élément majeur et indispensable de la consultation en CPRE (document

médico-légal fondamental, il fait partie intégrante de l'imagerie médicale). Elles doivent être systématiques à la première consultation mais également au cours du suivi (fond uni, établir un protocole, classement des photos).

La **deuxième consultation** est (presque?) obligatoire. Elle permet de récupérer le devis signé ainsi que le consentement. Il faut également faire un courrier au médecin traitant (si refus du patient : le noter dans le dossier). Il est indispensable de bien informer le patient : l'information est un acte médical. Il faut remettre – en personne – la feuille d'information SOFCPRE (et non pas la secrétaire), l'expliquer, la faire signer et, dans le cadre de gestes atypiques ou personnels, il faut l'expliquer et le tracer. Le **recueil du consentement** est aussi très important. Le consentement est éclairé par une information précise et ciblée, expliqué par une fiche d'information propre à l'intervention (plusieurs fiches si gestes associés).

Une autre règle fondamentale est la rédaction d'un bon **compte rendu opératoire** (CRO) : c'est une pièce majeure du dossier dont les règles de contenu sont établies par voie réglementaire et légale ; les règles de rédaction le rendent fiable et respecté. Il doit contenir des données administratives (nom, prénom, date...), des données médicales (détails de la technique opératoire, drains...) ainsi que des données complémentaires indispensables (durée de l'intervention, code CCAM, caractère conventionné ou non de l'intervention). Le CRO doit strictement correspondre au descriptif technique et à l'indication. Il doit être concis mais précis, et surtout signé.

Le **suivi du patient** est un élément à ne pas négliger : en effet, un nombre important de mises en causes a pour origine un problème survenu dans les suites opératoires. Pour éviter cela, le dossier doit être irréprochable : consignes écrites et expliquées au patient, consignes écrites

CONGRÈS

et détaillées au soignant, lettre de sortie, consignes de contact (numéro à appeler en urgence). Il faut à tout prix éviter "l'évasion". En cas de complications, il faut suivre de très près son patient pour éviter de "perdre la main". En cas de problème ou de complication "classique", il faut renforcer et/ou renouer la relation de confiance, mais aussi construire une stratégie de méfiance en mettant en place une traçabilité irréprochable (mails, téléphone) et en prenant des photographies à chaque consultation (permet de déjouer certaines descriptions). Cependant, si le patient manifeste animosité et reproches, le chirurgien se doit de garder son calme, d'avoir un témoin lors des entretiens avec le plaignant, de tracer les entretiens et possiblement de s'adresser à des cabinets spécialisés dans la défense des chirurgiens.

Ce n'est pas forcément les plus grosses complications qui entraînent le plus d'agressivité de la part des patients, pourvu que le chirurgien ait le sens de l'accompagnement et un peu de chance. Les complications n'engendrent pas forcément de mise en cause, car il existe l'acceptation du patient et/ou de sa famille (patient bien informé, conscient du caractère "aléatoire" de l'évolution des soins). Lorsque le praticien s'implique auprès du patient dans l'accueil, l'écoute, la gestion et la conduite du suivi mais surtout lorsqu'il est disponible et empathique, il peut désamorcer certaines situations délicates. Dans tous les cas, le chirurgien doit montrer qu'il maîtrise et qu'il sait.

2. Le premier contentieux, le rôle de l'assureur – Assurance en responsabilité professionnelle

En CPRE, les insatisfactions de résultats sont pourvoyeuses de nombreuses mises en cause, en dehors de toutes complications (défaut d'individualisation des résultats escomptés, promesses de résultats trop optimistes). Il faut alors constituer un véritable contrat de

soins avec une véritable traçabilité des observations médicales. La composition et la qualité des dossiers transmis à l'assureur en vue de la constitution d'un dossier en défense présentent souvent de nombreuses insuffisances: dossiers de consultation difficilement exploitables, dossiers photographiques absents ou incomplets, CRO trop succincts, compte rendu d'hospitalisation (CRH) absent... Dans l'éventualité d'une mise en cause (une tous les 2 ans et 6 mois en moyenne), se rappeler que le dossier est pour un tiers dans l'appréciation expertale. Le chirurgien se doit d'envoyer à l'assureur des documents propres et lisibles: photos couleures datées, documents photographiés de bonne qualité. Il ne faut jamais transmettre son dossier par fax.

Le rôle de l'assureur du plateau lourd est d'assurer et d'accompagner l'assuré à chaque étape des procédures. Il doit assurer **la défense de l'assuré** en cas de mise en cause, la prévention des mises en cause et le retour d'expérience. En cas d'assignation au tribunal de grande

instance (TGI), la procédure suit un cheminement: l'assignation (le praticien reçoit par huissier un document rédigé par l'avocat du patient), le passage par le juge du tribunal des référés (nomme un expert), l'expertise (l'expert produit un pré-rapport et l'adresse aux parties; il produit également un rapport définitif et l'adresse au juge et aux parties) (**fig. 1**).

Dans le cadre des procédures au CCI (Commission de conciliation et d'indemnisation), il existe également un cheminement des procédures: analyse des critères de recevabilité; le patient saisit la CCI (gratuit, pas d'avocat obligatoire); la CCI nomme un expert et lui donne une mission; l'expertise (l'expert produit un rapport définitif après la réunion contradictoire et l'adresse à la CCI: aléa, indemnisation ONIAM, assureur) (**fig. 2**).

La procédure disciplinaire fait suite à la plainte d'un patient au Conseil de l'Ordre, entraînant une conciliation obligatoire. En cas de mécontentement, l'instance disciplinaire régionale prend

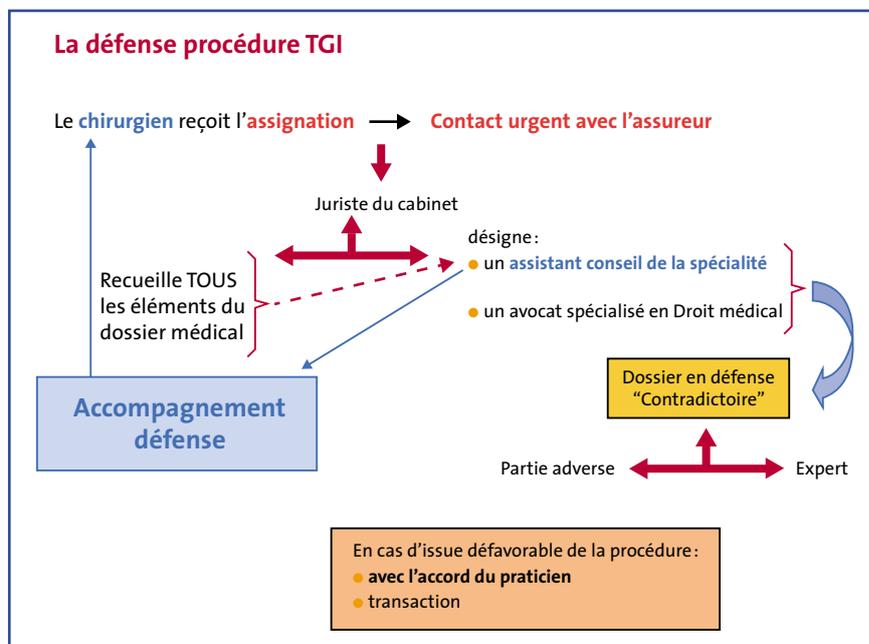


FIG. 1: Défense du praticien lors d'une procédure au TGI.

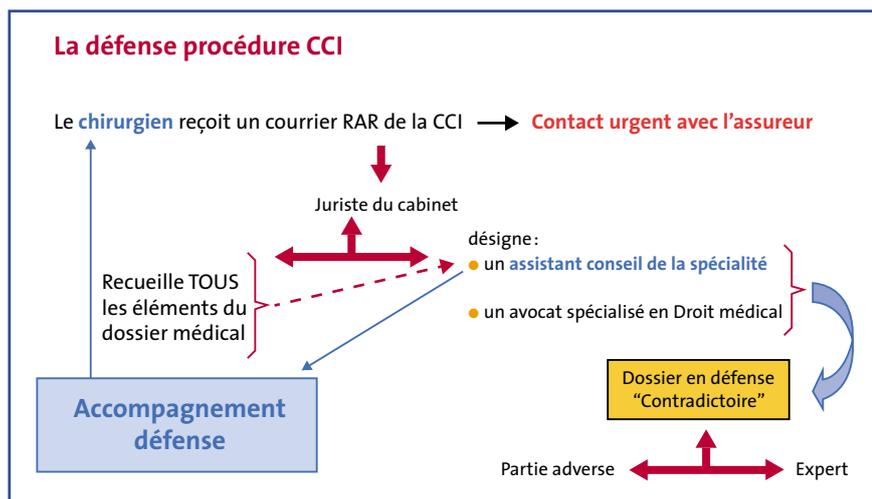


FIG. 2 : Défense du praticien lors d'une procédure à la CCI.

Le relais et la défense du chirurgien se fait avec l'avocat de l'assureur. Les plaintes au tribunal correctionnel (heureusement rares) font suite à une plainte auprès du procureur de la République. Une enquête judiciaire est mise en place par la police et/ou la gendarmerie avec une convocation sans préavis pour un interrogatoire. Dans ce cas de figure, le chirurgien doit avertir en urgence son assureur, qui avertira à son tour son avocat pour mettre en place l'accompagnement et la défense du praticien lors de l'audience correctionnelle. Il est heureusement beaucoup plus fréquent d'être confronté à un contentieux simple (lettre de "reproches" et de "critiques" par le patient). Dans ce cas-là, le chirurgien doit informer son assureur et recueillir tous les éléments du dossier médical. Le juriste du cabinet d'assurance désigne un assistant conseil de la spécialité qui va donner un avis sur pièces : soit avis positif (rejet), soit avis négatif (transaction). Le patient peut cependant toujours aller au TGI après.

Pour la **prévention des mises en causes**, une collaboration avec des associations de praticiens du plateau lourd est possible (Association de prévention du risque opératoire [ASSPRO]). Ainsi sont mis en place des séminaires sur des thèmes tels que la gestion des risques,

l'amélioration des pratiques, la mise en place d'une conduite professionnelle, la gestion du stress professionnel, le suivi des jurisprudences, l'élaboration et la fourniture de documents d'aide à la pratique, le *medical team training*. **Le retour d'analyse** (ASSPRO, cabinet Branchet) permet l'analyse des dossiers de sinistres : apports scientifiques auprès d'instances de tutelles ou professionnelles, publications, lettres d'informations, participation aux méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, E-learning, DPC, contribution à la confection de recommandations.

Responsabilité de l'activité en cabinet ou IACE (petite chirurgie)

D'après la communication du Dr Gilbert Vitale.

Il est possible de créer, encore aujourd'hui, des Installations autonomes de chirurgie esthétique (IACE). La législation a évolué depuis ces dernières années. Avant 2002 et la loi Kouchner (cadre de loi, chapitre sur les cliniques esthétiques), il n'existait pas de législation particulière. La loi du 11 juillet 2005 est à l'origine d'un décret sur les conditions d'obtention d'autorisation d'exercer dans les IACE ainsi

que des changements concernant les devis et le délai de réflexion en chirurgie esthétique.

Pour ouvrir une IACE, il faut demander un agrément à la préfecture avec présentation d'un dossier, attendre la visite de conformité, avoir des locaux conformes à la réception du public (visite de sécurité par la Ville et les pompiers) et avoir un accès handicapé. Le cahier des charges est important à suivre et concerne : les locaux, la zone d'hospitalisation, la zone opératoire (sols et murs lavables sans angles, fluides médicaux...) et les locaux techniques. Il faut également respecter la législation sur le personnel (chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, pharmaciens, IDE...).

Il existe de nombreuses contraintes à prendre en compte : contraintes de stock (lutte contre l'hyperthermie maligne avec les ampoules de dantrolène rapidement périssables), déclaration à la CPAM et HAS de tout incident, contraintes administratives (très nombreuses conventions avec les pharmacies, les laboratoires, la stérilisation ; interdiction de faire de la publicité ; relation étroite avec les organismes de vigilance – nombreuses procédures ; création d'une commission de relation avec les usagers en cas de conflit...). **L'autorisation de conformité** émane de la préfecture pour 5 ans. Elle doit être renouvelée tous les 4 ans, et oblige l'IACE à s'engager dans la procédure de certification puis suivi d'accréditation. **La visite de certification** est réalisée par 2 experts de l'HAS pendant 3 jours. Les points importants de cette visite sont la vérification des procédures, la confidentialité, l'évaluation des procédures, la formation du personnel et des chirurgiens... Les rapports post-visite sont envoyés 3 à 6 mois après, et conduisent à diverses décisions (non-certification, certification conditionnelle, certification pour 4 ans...). Les charges sont très importantes dans ces structures (locatives, salariales, sociales, impôts...),

CONGRÈS

et nécessitent une activité importante pour pouvoir équilibrer les finances ainsi qu'une association efficace entre chirurgiens.

En termes d'activité, les IACE sont uniquement centrées sur la chirurgie esthétique et sur la dermatochirurgie. Toutes les interventions esthétiques y sont pratiquées (rhinoplastie, augmentation mammaire, *lifting* cervico-facial...). De nombreuses chirurgies sont réalisées en ambulatoire, mais il est possible que les interventions nécessitent 1 voire 2 jours d'hospitalisation postopératoire.

En conclusion, les IACE présentent les avantages du travail en structure de chirurgie esthétique exclusive (autonomie, discrétion, prise en charge personnalisée), mais les charges très importantes imposent une activité chirurgicale en conséquence ainsi qu'une bonne entente entre les chirurgiens. Au vu de l'évolution du climat social et médical, ces structures peuvent représenter l'avenir de la chirurgie esthétique.

Fiscalité et comptabilité

1. La comptabilité, les charges Rédaction des devis

D'après les communications de M. André-Paul Bahuon (Créatis) et du Dr Richard Abs (vice-président du SNCPRE).

Il est obligatoire en chirurgie esthétique de fournir un devis aux patients (loi du 17 octobre 1996, loi du 4 mars 2002). Ce devis doit contenir certaines obligations :

- Identification du praticien : inscrit au Conseil de l'Ordre sous le numéro..., diplômé en CPRE à compétence exclusive délivrée par le Conseil national de l'Ordre, exerçant en secteur (I – II) à honoraires libres, ayant souscrit une assurance en responsabilité civile professionnelle garantissant l'acte prévu auprès de... avec le numéro de contrat...

- Identification du patient : à l'attention de Madame..., née le... à... pour la réalisation d'un acte chirurgical de type... qui sera réalisé sous anesthésie générale le...

- Identification de l'acte.

- Identification du lieu de chirurgie : la prestation aura lieu à la clinique..., numéro d'agrément FINESS..., délivré par la Direction des affaires sanitaires et sociales (exception pour les IACE).

- Le prix détaillé de l'acte (avec la TVA) : les actes concernés par ce devis ne font pas l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale (s'il s'agit d'un acte uniquement à visée esthétique, les examens, l'intervention, les prescriptions et l'arrêt de travail éventuel ne pourront être pris en charge par l'Assurance Maladie). Les frais de clinique sont de..., les honoraires de l'anesthésiste pour cet acte sont de..., la fourniture d'implant mammaire en gel de silicone est de..., les honoraires du chirurgien pour cet acte sont de... (dont TVA).

- Le nombre de jours d'arrêt de travail.

- Les mentions obligatoires : signature du patient précédée de la mention manuscrite "*devis accepté après réflexion*"; signature du patient précédée de la mention manuscrite "*devis reçu avant l'exécution de la prestation de service*".

Il est obligatoire, en France, de respecter un délai de réflexion : article L6322-2 – Modifié par Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 – art. 11 JORF 6 septembre 2003 : "*Pour toute prestation de chirurgie esthétique, la personne concernée et, s'il y a lieu, son représentant légal, doivent être informés par le praticien responsable des conditions de l'intervention, des risques et des éventuelles conséquences et complications. Cette information est accompagnée de la remise d'un devis détaillé. Un délai minimum doit être respecté par le praticien entre la remise de ce devis et*

l'intervention éventuelle. Pendant cette période, il ne peut être exigé ou obtenu de la personne concernée une contrepartie quelconque ni aucun engagement à l'exception des honoraires afférents aux consultations préalables à l'intervention." Il est donc possible de prendre un engagement pour frais administratifs et logistiques (frais de réservation) au-delà de 15 jours.

2. Prévoyance en cas de maladie Gestion du patrimoine

D'après les communications M. Yann Galet, CGPI (G Consult) – Consultant en Gestion de patrimoine indépendant

En matière de gestion du patrimoine comme en médecine, il faut prendre le temps d'anticiper plutôt que de s'alerter lorsque le problème est déjà existant. La profession de chirurgien peut être pratiquée sous forme libérale, ou en tant que chef d'entreprise. Le passage de la profession libérale à la gestion d'une entreprise doit être utilisé comme un levier, pour faire face à un chiffre d'affaires important, à la réglementation du droit du travail, à la gestion des ressources humaines et à la trésorerie d'entreprise. Il est important de s'entourer d'une équipe de spécialistes pour la gestion du patrimoine privé et professionnel (car la profession de chirurgien est chronophage) : tous compétents, ils sont dans l'attente des directives soit sur les objectifs professionnels (expert-comptable), soit sur les objectifs privés (notaire, avocat). Le conseiller en gestion du patrimoine, grâce à l'expertise patrimoniale en *family office*, a une approche globale du patrimoine, centralise les informations familiales et professionnelles et travaille avec l'ensemble des conseillers pour permettre une approche optimale du patrimoine et de la protection familiale. Cet accompagnement se fait sur la durée : constitution du patrimoine, gestion financière, transmission et optimisation du développement du patrimoine. Le travail de ces conseillers se structure en plusieurs étapes. La première étape est d'établir un diagnostic du

patrimoine. Puis la deuxième consiste en la mise en place d'une stratégie que le chirurgien a choisie avec les préconisations de ses conseillers (stratégie qui peut évoluer en fonction des circonstances de la vie). La dernière étape constitue le suivi du dossier et l'accompagnement du client et de sa famille.

3. Prévoyance en cas de maladie

Il est important d'avoir une prévoyance en cas de maladie. Les points clés de ces prévoyances sont la prise en charge des indemnités journalières, les frais généraux d'assurance, l'assurance devant les pertes d'exploitation, la gestion des besoins en fonds de roulement (BFR – placements financiers d'entreprise), mise en place d'assurance homme clé... Le monde de l'assurance personnelle et professionnelle est très vaste : chaque compagnie a son savoir-faire, notamment en matière de responsabilité civile professionnelle (RCP) et d'assurance homme clé. Il est important de savoir s'entourer de conseillers en gestion de patrimoine (CGPI) pour préparer ces prévoyances en cas de maladie comme la prévoyance Madelin (retraite, santé, indemnités journalières avec ou sans perte d'exploitation), les plans d'épargne entreprise (PEE), ou les plans d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) pour le chirurgien et/ou son personnel ainsi que les assurances décès personnelles (protection pour les bénéficiaires, enveloppes d'assurabilité globale au lieu des assurances décès invalidité).

4. Gestion de patrimoine

La question d'être ou ne pas être actionnaire d'établissements (**parts dans la**

clinique) peut se poser : c'est le deuxième levier de croissance patrimonial personnelle issue du monde de l'activité professionnelle. Les cliniques privées peuvent avoir une grande valeur au bout de quelques années et proposer une offre à une grande possibilité d'acheteurs des parts à terme (institutions publiques ou privées, laboratoires, mutuelles...), ce qui n'est pas forcément le cas du cabinet individuel. L'activité de chirurgie plastique nécessite du personnel (infirmière, secrétaire, donc chef d'entreprise) et du matériel important (industriel) : il peut être judicieux d'avoir "une main" sur la clinique qui s'enrichit grâce à l'activité chirurgicale. Les modes de détention à privilégier pour ces parts de clinique sont :

- Le Plan d'épargne en actions (PEA) (moins de 25 % de la société détenus par le groupe familial, pas de plus-value après 5 ans, CSG due sur toute la plus-value).
- Investissement TEPA : 18 % de réduction d'IRPP ou 50 % de déduction ISF, obligation de conservation de 5 ans.
- Abattement majoré de la plus-value à la sortie si 8 ans de détention et achat des parts dans les 10 premières années de vie de cette société (85 % d'abattement de la plus-value, reste la CSG sur 100 % de la plus-value).

Se pose aussi la question des **transmissions d'entreprise** : faut-il acheter ou vendre des parts de société ? Les SELARL ont plus de valeurs à la revente que les BNC (bénéfices non commerciaux), car ces derniers sont achetés via des SPFFPL (*holdings*). Dans tous les cas,

il est nécessaire d'examiner la clause d'agrément des associés. Concernant la **protection familiale**, il est important de choisir son régime matrimonial (caution, endettement personnel différent de l'endettement professionnel), la protection du conjoint survivant en cas de décès (testament, cantonnement) et la mise en place possible d'assurance-vie (assurance-vie luxembourgeoise croisée, démembrée).

Conclusion

Cette journée a donc permis d'aborder de nombreux sujets nécessaires au jeune chirurgien plasticien en cours d'installation. Cet article n'est qu'un résumé des différentes interventions de qualité qui ont eu lieu, présentées par des orateurs qualifiés. Cependant, de nombreuses explications plus techniques n'ont pu être abordées ici.

Ce séminaire a montré l'importance de savoir s'entourer (expert-comptable, avocat, conseillers en gestion du patrimoine...), de savoir choisir les bonnes personnes avec qui travailler (ressources humaines) et de s'intéresser à ces questions "administratives". Le monde de l'activité libérale est un monde nouveau pour les jeunes chirurgiens, mais il est primordial de bien organiser son installation pour ne pas travailler sans capitaliser.

Le succès de cette journée laisse présager un second séminaire SOFCEP de grande qualité pour les jeunes chirurgiens, l'année prochaine, avec davantage de sujets abordés, davantage d'interventions et davantage de places pour les participants.

Paris Breast Rendez-Vous 2015

Improve your Skills in Breast Surgery

Compte rendu rédigé par J.-F. HONART
Institut Gustave-Roussy, VILLEJUIF.



Les 26, 27 et 28 Mars derniers s'est tenu le premier congrès international exclusivement dédié à la chirurgie du sein en France : Le Paris Breast Rendez-Vous. Sous l'égide du service de chirurgie plastique de Gustave-Roussy, à Villejuif, ce sont plus de 400 participants qui se sont réunis autour des quelques 40 membres du *Faculty*, choisis pour leur expertise en chirurgie mammaire. Parmi eux, 15 orateurs internationaux avaient été invités par les organisateurs.

Le programme du congrès, qui se déroulait exclusivement en anglais, avait été pensé pour satisfaire l'ensemble de l'auditoire, du chirurgien oncologue au chirurgien esthétique.

Premier jour : jeudi 26 mars

La première matinée fut placée sous le thème de la chirurgie oncologique et des nouveautés dans la prise en charge du cancer du sein. Une mise à jour sur le traitement personnalisé du cancer du sein ainsi que ses perspectives a été présentée par les référents de l'Institut Gustave-Roussy. Dans la foulée, Krishna Clough, Alfred Fitoussi et Jean-Yves Petit nous ont fait part de leur expertise, à propos :

- de la chirurgie oncoplastique et de la nécessité d'adapter chaque technique chirurgicale en fonction des quadrants ;
- du controversé transfert graisseux dans les corrections de séquelles de traitement conservateur avec le transfert de cellules CD34+ lors du *lipofilling*, capables de favoriser la survie du cancer. J.-Y. Petit a présenté sa série de 321 cas de *lipofilling*, comparés à un groupe contrôle, qui ne montrait pas d'augmentation significative du risque de récurrence local après transfert graisseux. Cependant, une différence était mise en évidence concernant les patientes ayant un carcinome *in situ* par rapport à une population

contrôle. Ces conclusions étaient comparables à celles des séries parisiennes et de Nottingham, avec une absence d'augmentation du risque de récurrence locale après transfert graisseux. Cependant d'autres études sont nécessaires, avec un suivi plus long pour s'assurer de l'innocuité de cette technique.

La fin de matinée a été consacrée aux nouveautés en chirurgie oncologique. La thématique dominante a été celle de la prise en charge ganglionnaire du cancer du sein et de l'intérêt du curage axillaire systématique après ganglion sentinelle positif. Associé à cela, différentes techniques ont été présentées pour limiter les complications de la chirurgie axillaire (colle biologique, capitonnage, prévention du lymphœdème...), avec des résultats encourageants.

Mais le point majeur de cette première matinée a été, sans aucun doute, la chirurgie en direct réalisée par le Dr Roger Khoury. Venu tout spécialement de Miami, R. Khoury a présenté, dans les moindres détails, sa technique de transfert graisseux associé à la créa-

tion d'un néosillon sous-mammaire. C'est ainsi que la patiente filmée dont la peau thoracique avait été préparée 15 jours auparavant selon le protocole BRAVA, a bénéficié du RAFT (*Reverse Abdominoplasty with Fat Transfer*). L'assemblée a été conquise par le résultat impressionnant et spectaculaire de cette reconstruction en un seul temps opératoire. Après le direct du bloc opératoire, c'est sur la scène que le Dr Khoury impressionnait son auditoire en présentant une série de cas cliniques avec des résultats exceptionnels, mettant souvent à mal la reconstruction par lambeaux libres, trop délabrante selon lui.

La seconde intervention filmée et retransmise en direct dans la salle de conférence était réalisée par un autre grand nom de la chirurgie. Il s'agissait du Dr Clough qui a effectué pour l'occasion une oncoplastie en T inversé à pédicule supérieur pour une lésion de 3 cm située à l'union des quadrants inférieurs. Les congressistes ont pu apprécier les qualités didactiques et les conseils avisés de l'opérateur ainsi que la qualité du résultat final.

Le thème final de cette première journée portait sur les reconstructions mammaires immédiates. Après une remarquable communication du Dr Jian Farhadi (Londres), faisant la balance entre la reconstruction par lambeaux libres et prothèses, trois orateurs exposaient leur technique personnelle, idéale pour les reconstructions mammaires immédiates par prothèse en un temps : matrice dermique acellulaire ? Matrice synthétique ? Lambeau d'avancement abdominal ? Chacun a pu faire son propre choix sur la technique idéale...

Deuxième jour : vendredi 27 mars

Il fallait être matinal en ce vendredi matin pour ne pas manquer dès 7 h 30 le début d'un des deux *workshops* avec, au choix :

- une conférence interactive sur la chirurgie oncoplastique par des praticiens expérimentés et reconnus qui ont réalisé une revue de l'ensemble des techniques usuelles, et ont dévoilé leurs “trucs et astuces” pour des résultats optimaux ;
- un atelier pratique sur le repérage échographique des perforantes pour faciliter le prélèvement des lambeaux perforants. Pour l'occasion, cinq appareils dernière génération avaient été livrés, et les participants ont eu tout le loisir de s'exercer sur des modèles spécialement choisis pour l'occasion...

Parallèlement à cela, se préparait le troisième *live* chirurgical du congrès. Et c'est un des plus célèbres chirurgiens italiens, le Dr Roy de Vita, qui exposait sa technique de reconstruction mammaire immédiate par prothèse et matrice dermique acellulaire dans le cadre d'une mastectomie avec conservation de l'aréole.

Durant cette matinée, on notera également la présence de Mme Catherine Cerisey, une représentante d'une association de patientes. Sa communication

enrichissante nous a permis d'entrevoir une autre vision de la chirurgie mammaire que celle du chirurgien, mettant en avant les attentes des patientes, leurs inquiétudes et surtout leur volonté de participer activement au choix de leur reconstruction.

Ce fut ensuite la présentation d'une grande session sur la reconstruction. Tour à tour, les reconstructions par prothèses, les reconstructions autologues par lambeaux ou transferts graisseux ont été abordés avec, entre autres :

- Maurizio Nava pour les reconstructions composites et le développement du nouveau concept des reconstructions hybrides associant implant + graisse (+ matrice) ;
- Moustapha Hamdi et les reconstructions autologues avec, en premier lieu, les classiques DIEP, SIEA qui restent ses favoris et le *gold standard*, mais aussi les lambeaux “exotiques” : SGAP, TMG, PAP, LAP flaps... ;
- Laurent Lantieri pour les DIEPs et l'évaluation de la qualité de vie des patientes ayant bénéficié de cette reconstruction ;
- ou encore Emmanuel Delay pour les reconstructions autologues par grand dorsal.

Un autre moment de convivialité fut le tant attendu “Paris Breast Rendez-Vous Contest” qui opposait une équipe française au reste du monde sur 6 cas cliniques. À la fin de chaque cas, c'est le public qui choisissait de décerner le titre à l'équipe internationale.

Enfin, pour finir cette journée, parce que la chirurgie mammaire n'est pas dénuée de risque, et parce qu'on apprend toujours de ses erreurs et de celles des autres, les organisateurs ont proposé une session consacrée à la prise en charge des complications. Après les communications sur les infections prothétiques et les coques ; 6 orateurs choisis ont présenté leur cas les plus difficiles ainsi que leurs plus mauvais résultats...

Le dernier jour : samedi 28 mars

Un premier *workshop* traitait des techniques de modelage des lambeaux libres en reconstruction mammaire. Le Dr Hamdi nous a fait part de ses raffinements, à propos :

- du design des lambeaux au niveau des sites donneurs, afin d'améliorer la rançon cicatricielle ;
- de la gestion de la peau thoracique après mastectomie et de l'amélioration de la projection de la reconstruction ;
- de la reconstruction de seins ptosés par l'utilisation de larges palettes cutanées.

Un second atelier était dédié aux conseils d'installation en activité libérale.

La suite de la journée fut entièrement tournée vers la chirurgie esthétique du sein avec deux sessions sur l'augmentation mammaire séparées par un face à face entre Emmanuel Delay et Maurizio Nava concernant la prise en charge des seins tubéreux – prothèses *versus* reconstruction autologue – chaque compétiteur ayant des arguments de choix avec des résultats exceptionnels.

Concernant l'augmentation mammaire, plusieurs thématiques ont été abordées, des plus basiques aux dernières avancées : dessins préopératoires, choix de l'implant et du plan idéal, mais aussi utilisation des matrices en esthétique, augmentation composite...

La dernière partie du congrès fut consacrée à l'utilisation des matrices dermiques décellularisées (Strattice). De la fabrication de cette matrice, son utilisation technique en reconstruction immédiate ou en esthétique, ainsi que la prise en charge des complications, l'ensemble des sujets ont été développés par des opérateurs experts.

Galvanisés par le succès de cette première édition, le comité d'organisation prépare d'ores et déjà le prochain congrès qui se tiendra au mois de **mai 2016** !

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 IIPCC (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 GENEVIER, 280, rue de Goa - ZI Les Trois Moulins, Parc d'Activité de Sophia Antipolis, 06600 Antibes - France