



**Réduction des petites lèvres génitales :
indications, techniques, résultats, complications**

**Reconstruction mammaire immédiate par prothèses :
risques d'échecs et facteurs favorisants**

Adiposo-gynécomastie chez le jeune garçon obèse

Cas clinique : rhinoplastie tertiaire

Mission Tchad : carnet de bord d'une interne en chirurgie plastique

Sommaire complet en page 2.

réalités

en CHIRURGIE PLASTIQUE

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr J.B. Andreoletti, Dr B. Ascher,
Dr M. Atlan, Pr E. Bey, Dr S. Cartier,
Pr D. Casanova, Pr V. Darsonval,
Dr S. De Mortillet, Dr P. Duhamel,
Pr F. Duteille, Dr A. Fitoussi,
Dr J.L. Foyatier, Pr W. Hu, Dr F. Kolb,
Dr D. Labbe, Pr L. Lantieri, Dr C. Le Louarn,
Dr Ph. Levan, Dr P. Leyder, Pr G. Magalon,
Dr D. Marchac[†], Pr V. Martinot-Duquennoy,
Pr J.P. Méningaud, Dr B. Mole, Dr J.F. Pascal,
Dr M. Schoofs, Pr E. Simon,
Pr M.P. Vazquez, Pr A. Wilk, Dr G. Zakine

COMITÉ DE LECTURE/RÉDACTION

Dr R. Abs, Dr T. Colson, Dr G. Karsenti,
Dr N. Kerfant, Dr Q. Qassemyar, Dr B. Sarfati

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr J. Quilichini

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT

Dr J. Niddam

ILLUSTRATION MÉDICALE

Dr W. Noel

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

RÉALITÉS EN CHIRURGIE PLASTIQUE

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

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

A. Le Fur, E. Kerfant

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

E. Lelong

IMPRIMERIE

Impression : bialec – Nancy
95, boulevard d'Austrasie
CS 10423 – 54001 Nancy cedex
Commission Paritaire : 0515 T 91811
ISSN : 2268-3003
Dépôt légal : 4^e trimestre 2013



Novembre 2013 #4

ÉDITORIAL

- 3 **Éditorial**
J. Quilichini, J. Niddam

ESTHÉTIQUE

- 5 **Labioplastie ou nymphoplastie :
réduction des petites lèvres génitales.
Indications, techniques, résultats,
complications**
L. Benadiba

SEIN

- 11 **Reconstruction mammaire immédiate
(RMI) par prothèses : les risques
d'échecs et les facteurs favorisants**
A. Fitoussi, B. Couturaud,
H. Charitansky

SILHOUETTE

- 17 **Adiposo-gynécomastie chez le jeune
garçon obèse : chirurgie et techniques
complémentaires**
C. François-Fiquet,
G. Constantinescu, J. Buis,
N. Kadlub, S. Cassier,
A. Picard, M.P. Vazquez

FACE

- 24 **Intérêt de l'utilisation de l'acide
benzoïque dans les brûlures
profondes de la face. Expérience du
centre de traitement des brûlés de
l'hôpital de Mercy à Metz**
H. Mezzine, G. Khairallah,
H. Carsin

CAS CLINIQUE

- 29 **Rhinoplastie tertiaire**
J.B. Duron

CHIRURGIE HUMANITAIRE

- 32 **Mission Tchad : carnet de bord
d'une interne en chirurgie plastique**
L. Boulart

EXERCICE LIBÉRAL

- 37 **Réduire ses impôts et préparer
sa retraite!**
C. Bel

SUPPLÉMENT VIDÉO

- 39 **Le bodylift inférieur :
technique chirurgicale**
M. Gianfermi, Q. Qassemyar

Un bulletin d'abonnement est en page 31.
Image de couverture : © COMMONS WIKIMEDIA

Prochain numéro : Janvier 2014

Éditorial



→ J. QUILICHINI
Rédacteur en chef.



→ J. NIDDAM
Rédacteur en chef adjoint.

Chers collègues,

Nous sommes très heureux de vous présenter, en avant première dans le cadre du 58^e congrès national de la SOF.CPRE, le numéro 4 de *Réalités en Chirurgie Plastique*.

Fidèles à notre ligne éditoriale, nous vous proposons dans ce numéro des articles variés et didactiques, couvrant plusieurs aspects de notre spécialité, mais toujours axés sur la pratique quotidienne.

Comme à l'accoutumée, un supplément vidéo avec flashcode vous permettra d'accéder à un film, consacrée ici à la technique opératoire du *bodylift* inférieur.

Si vous feuilletez la revue entre deux communications lors du congrès de SOF. CPRE, nous vous invitons à venir nous retrouver sur le **stand n° 34** pour discuter, autour d'un verre de champagne, de la revue, de vos suggestions d'articles ou de films, de vos besoins en matière de formation...

Si vous êtes déjà chez vous, dans votre cabinet, à l'hôpital, ou entre deux blocs, n'oubliez pas que vous pouvez nous retrouver en ligne sur le site www.realites-chirplastique.com. En vous inscrivant sur le site, ne manquez pas d'établir votre profil et de vous inscrire à nos flux pour être avertis, par un système de *push*, de la publication des articles entrant dans vos thèmes de prédilection et/ou d'excellence.

Enfin, nous nous permettons d'insister une nouvelle fois sur l'importance de votre abonnement pour soutenir la revue. Vous trouverez en page 31 un bulletin d'abonnement vous permettant une déduction en frais professionnels ainsi qu'une déclaration de points FMC.

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES CICATRICES
HYPERTROPHIQUES ET CHÉLOÏDES



Une belle cicatrice
est une cicatrice
qui s'oublie

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



KELO-COTE®

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

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

(2) Etudes disponibles sur demande

www.kelocote.fr



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

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

Labioplastie ou nymphoplastie : réduction des petites lèvres génitales. Indications, techniques, résultats, complications

RÉSUMÉ : La labioplastie (nymphoplastie) est la réduction des petites lèvres génitales. Cette intervention est devenue une demande fréquente auprès des chirurgiens plasticiens car la gêne physique s'accompagne toujours d'une gêne esthétique. Les patientes sont de plus en plus jeunes et vivent souvent un véritable complexe depuis l'adolescence, troublant leur vie amoureuse.

Chirurgicalement, il existe de plusieurs techniques aux suites opératoires variables. La technique classique (résection longitudinale) reste la plus utilisée mais elle ampute le plus souvent la petite lèvre, c'est pourquoi les techniques avec plastie en V semblent plus adaptées à cette chirurgie.

Avantages, détails techniques, suites opératoires et complications de la technique de plastie en V sont détaillés dans cet article.



→ **L. BENADIBA**
Chirurgien Plasticien,
PARIS.

La chirurgie intime regroupe les interventions ayant pour but d'améliorer la région vulvaire féminine. Il ne s'agit pas d'intervention visant à recréer une virginité mais de chirurgie réparatrice ou esthétique des petites et grandes lèvres, du clitoris et parfois du vagin. La réduction des petites lèvres génitales est la principale demande dans les consultations de chirurgie intime. Dans la majorité des cas, la gêne est essentiellement esthétique, mais il existe toujours une gêne psychologique importante et très souvent physique.

[Rappel anatomique

Il n'y a pas de poils sur les petites lèvres, mais il y a beaucoup de follicules

sébacés et une grande variété de nerfs très fins et très sensibles. Les petites lèvres (*labia minora*) changent considérablement dans la taille et la forme. Elles sont habituellement peu visibles chez les femmes qui n'ont jamais accouché, alors que chez les femmes qui ont eu des enfants, il est fréquent que les petites lèvres se projettent au-delà des grandes lèvres.

L'extrémité antérieure des petites lèvres se divise en deux replis qui coiffent en avant le clitoris pour former le prépuce clitoridien (ou capuchon du clitoris), et qui se fixent en arrière sur le clitoris pour former le frein du clitoris (*fig. 1*). Les extrémités postérieures des petites lèvres se réunissent en arrière de l'orifice vaginal pour former la fourchette vaginale.

ESTHÉTIQUE

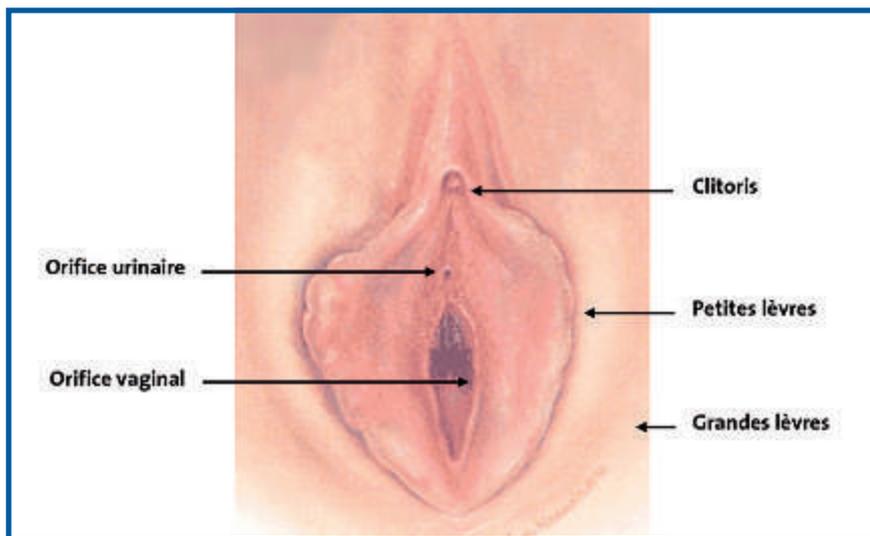


FIG. 1: Rappel anatomique.

Anatomopathologie

L'origine de l'hypertrophie des petites lèvres est parfois congénitale. Dans la majorité des cas, elles se développent excessivement lors de la puberté ou sont secondaires et aggravées par les accouchements. On peut voir aussi des patientes d'origine africaine chez lesquelles, dès la puberté, on a tiré sur les petites lèvres pour les rendre plus longues et attirantes pour le futur époux [1]. À la ménopause, les petites lèvres tendent plutôt à s'atrophier et se cacher entre les grandes lèvres.

Le plus souvent l'hypertrophie est idiopathique, sans cause particulière et peut être considérée comme une variante de la normale. Dans de rares cas, elle est associée à un état pathologique comme une filariose [1] ou une myélodysplasie [2].

Indications de labiaplastie

Actuellement, en France, il existe deux types de demandes émanant :
– soit de femmes jeunes (moins de 25 ans) n'ayant pas encore eu d'enfant

et qui sont gênées sur le plan esthétique mais aussi physiquement avec des difficultés, voire des douleurs, lors des rapports sexuels, des douleurs lors de certains sports (vélo, équitation) ou le port de vêtements trop serrés. Ces patientes, de plus en plus jeunes (parfois adolescentes), vivent un véritable complexe troublant leur vie amoureuse au point de ne plus avoir de vie sexuelle dans certains cas ;

– soit des femmes d'âge mûr, souvent mariées avec des enfants et gênées depuis de nombreuses années.

Dans cette chirurgie intime, il faut avoir conscience du handicap existant chez de nombreuses patientes qui, bien souvent, n'osent pas en parler à leur conjoint mais aussi à leur gynécologue. La médiatisation et l'échange d'informations sur les sites Internet de ce type de problème amènent de nombreuses patientes à consulter.

La gêne exprimée est d'ordre esthétique, accentuée par l'évolution des modes vestimentaires (jeans très serrés...) et des dessous (string) mais aussi par la comparaison avec les actrices de film X aux vulves "juvéniles".

Techniques chirurgicales

L'objectif essentiel est de réduire les petites lèvres de façon adaptée à la taille des grandes lèvres. Classiquement, on considère qu'il y a une hypertrophie lorsque les petites lèvres mesurent plus de 4 cm [1], mais la gêne physique et surtout psychologique peuvent être très importantes pour des hypertrophies inférieures à 4 cm. L'épilation a dévoilé cette zone du corps et a ainsi accentué le questionnement de certaines patientes sur la "normalité" de leurs petites lèvres.

La majorité des patientes souhaite simplement que les petites lèvres ne débordent plus par rapport aux grandes. Toutefois, la diminution doit toujours rester modérée car il ne faut surtout pas inverser le problème en pratiquant une nymphectomie qui serait irréparable psychologiquement et physiquement.

La labiaplastie est réalisée au bloc opératoire. Les patientes préfèrent de plus en plus souvent une anesthésie locale potentialisée (neuroleptanalgie) mais peuvent être endormies dans de rares cas. L'intervention est faite en position gynécologique. Il n'y a pas d'hospitalisation (hôpital de jour). L'intervention dure 30 à 45 min car elle requiert une rigueur importante dans la suture pour éviter les complications fréquentes (10 à 20 %) de cicatrisation.

De nombreuses techniques sont décrites dans la littérature (fig. 2). La technique la plus ancienne, et encore la plus utilisée, consiste à retirer l'excès cutanéomuqueux suivant un croisement longitudinal (fig. 3). Pour ma part, je recommande cette technique dont l'inconvénient est qu'elle place la cicatrice sur toute la zone de contact avec les sous-vêtements. Le risque de troubles de la cicatrisation (désunion, infection, hématome) est plus important, et les patientes se plaignent souvent de l'importance des suites opératoires avec un risque plus important de séquelles

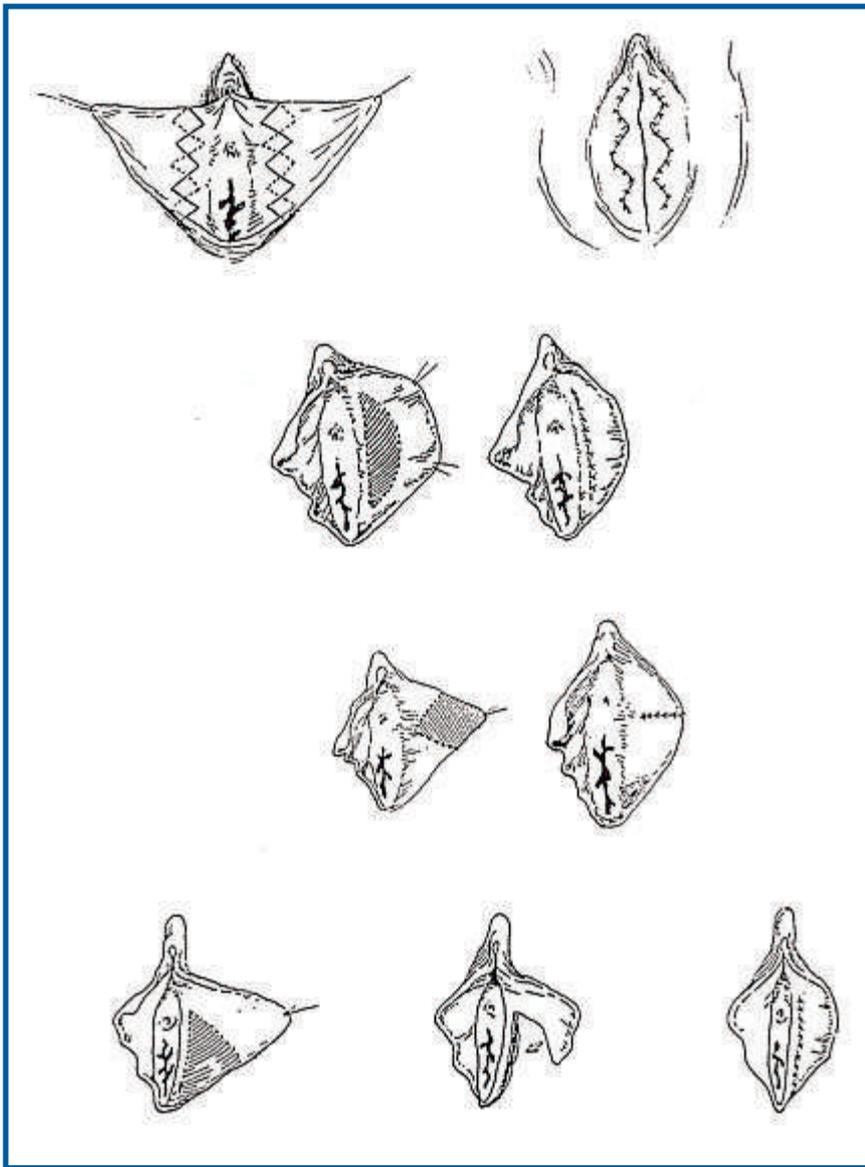


FIG. 2 : Variantes de techniques décrites dans la littérature.

à type de dyspareunies. La pratique d'un surjet unique se solde, en cas de désunion, par un échec total de l'intervention, très difficilement réparable. Par ailleurs, la petite lèvre ne conserve plus son architecture normale car, bien souvent, la résection emporte complètement la zone cutanée plissée et brune de la petite lèvre laissant uniquement la partie basse plus claire et l'aspect final est celui d'un bourrelet disgracieux.

Depuis quelques années, des résections en "V", dérivant des techniques de chirurgie plastique [3, 4], permettent de diminuer la longueur de la cicatrice afin d'éviter le risque de complication locale (fig. 4). Le plus souvent, on utilise une technique avec une résection centrale en V, bien supérieure à la technique classique car elle limite la cicatrice à la région centrale de la petite lèvre. Elle permet des résections faibles



FIG. 3 : Technique classique longitudinale.

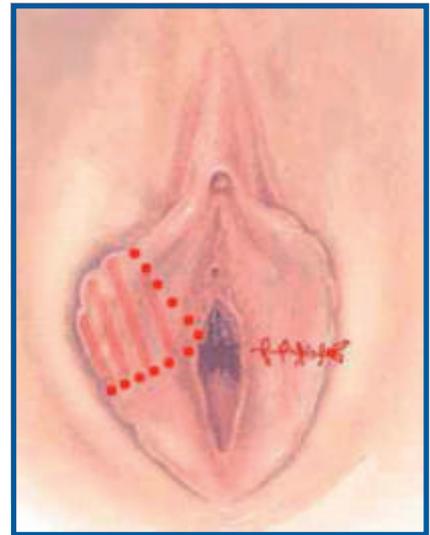


FIG. 4 : Technique avec plastie en V.

à moyennes. L'architecture de la petite lèvre est parfaitement respectée ne laissant après cicatrisation aucune trace de l'intervention (fig. 5).

Certains chirurgiens placent la résection en V dans la partie postérieure [5] de la petite lèvre, ce qui peut présenter un risque de fragilisation lors d'une épisiotomie future et surtout un risque de désunion car la petite lèvre est plus fine

ESTHÉTIQUE

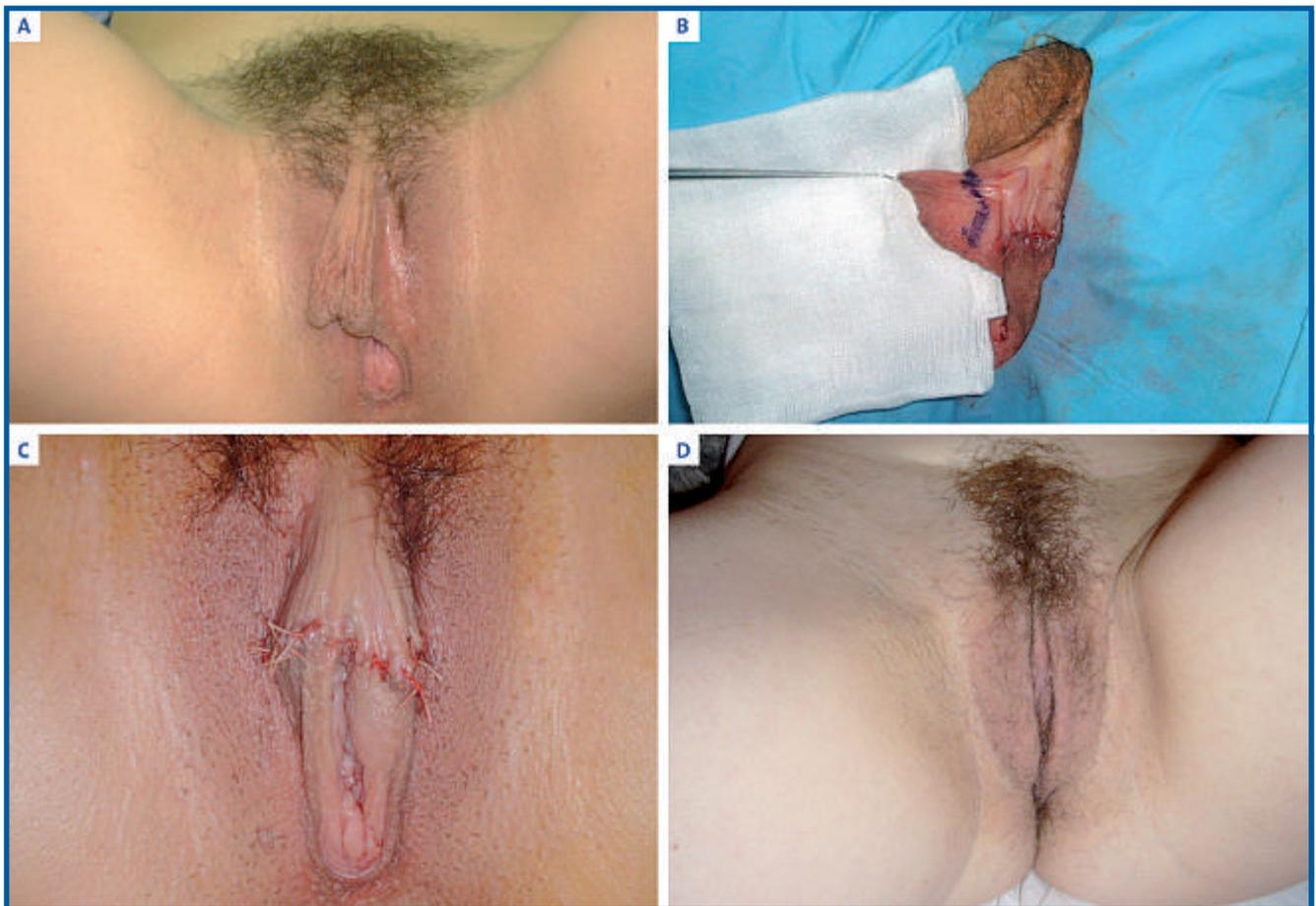


FIG. 5A : Aspect préopératoire. FIG. 5B : Résection cutanéomuqueuse en V central. FIG. 5C : Aspect postopératoire immédiat. FIG. 5D : Aspect postopératoire à J30.

à ce niveau. D'ailleurs, l'utilisation de pinces de Kocher marquant la zone à retirer est déconseillée car elles sont trop agressives pour ce tissu fragile et augmentent le risque de souffrance cutanée. Il est préférable d'évaluer précisément la résection, de la dessiner et de la limiter par 2 pinces fines type Halstead.

Dans les très grandes hypertrophies (plus de 6 cm), il est parfois nécessaire de pratiquer une double résection en V, d'où l'intitulé de la technique dite "V-V" (fig. 6). On pratique donc une résection cutanéomuqueuse avec 2 "V" latéraux aux extrémités supérieures et inférieures des petites lèvres, la partie centrale reste donc indemne de toute cicatrice. Les suites sont rapides et permettent une

reprise de rapports intimes plus précoces. Cette technique est particulièrement adaptée en cas d'hypertrophie du capuchon clitoridien.

Quelle que soit la technique employée, deux points techniques sont importants :
 – l'hémostase doit être minutieuse même si le saignement semble minime du fait de la vasoconstriction liée à l'infiltration. En effet, la petite lèvre est très vascularisée et les saignements postopératoires, sources d'hématomes, sont la première cause de désunions précoces ;
 – la suture doit être rigoureuse en 3 plans : muqueux, dermique et cutané. Malgré la grande souplesse de la peau à ce niveau, la résection doit être effectuée *a minima* car une résection trop

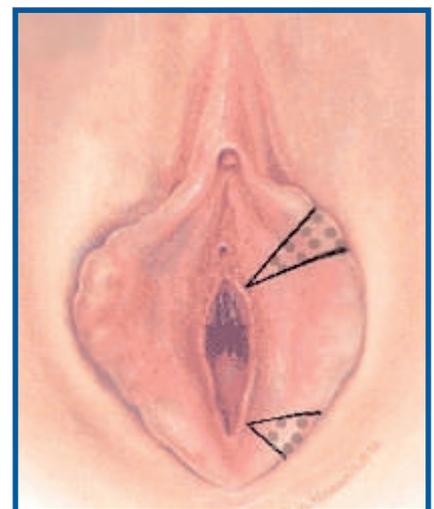


FIG. 6 : Technique personnelle avec résection aux extrémités : plastie dite "V-V".

étendue peut se traduire par un échec total avec des problèmes de cicatrisation (nécrose) parfois insolubles et inverser le problème (nécrose d'une petite lèvre).

En fin d'intervention, un examen anatomopathologique est souvent demandé pour éliminer, devant l'irritation chronique fréquente et volontiers ancienne, une lésion préneoplasique [6].

Suites opératoires

Les suites sont simples si les conseils d'hygiène et de prudence élémentaire sont respectés. Dans les jours qui suivent l'intervention, des douleurs peuvent être rapportées, à type de brûlures, volontiers calmées par des antalgiques simples (paracétamol). Une douleur importante est anormale et traduit le plus souvent un hématome sous tension ou un lâchage des sutures.

Des soins locaux simples, à type de désinfection locale, sont à effectuer tous les jours jusqu'à la chute des fils résorbables. Les douches sont autorisées à partir du 2^e jour mais pas les bains (à partir de 3 semaines). Il est conseillé de porter des vêtements peu serrés (jupe, jogging) d'éviter les dessous en dentelle, les strings et d'utiliser des protège-slips épais. Enfin, éléments importants à préciser en consultation, les rapports sexuels sont interdits ainsi que l'usage de tampons périodiques pendant au moins 4 semaines.

Complications possibles

Cette intervention, apparemment simple, nécessite une grande rigueur d'exécution et une certaine expérience. Si le geste technique semble simple, les complications sont souvent dramatiques pour les patientes, leur complexe se transformant en culpabilité accompagnée d'un désastre de leur vie sexuelle.



FIG. 7 : Désunion centrale en boutonnière.

Les complications rapportées dans la littérature peuvent être des :

- lâchages de sutures : partiels ou totaux, surtout en cas de traumatismes qui peuvent être minimes avec des retards de cicatrisation allongeant les suites opératoires ;
- infections locales : rares, si les conseils d'hygiène sont bien suivis et lorsque l'intervention est réalisée dans un milieu approprié (bloc, asepsie, flash antibiotique etc.) ;
- hématomes : c'est la complication à redouter. Elle est fréquente et s'accompagne le plus souvent d'un lâchage de suture partiel (fig. 7) ou total si l'hémostase n'est pas rigoureuse ;
- dyspareunies : exceptionnelles avec les techniques en V, elles sont généralement transitoires ;
- nécroses cutanées : en règle limitées et localisées. Les nécroses importantes sont exceptionnelles liées à un excès de résection ou à une "dévascularisation" d'un des lambeaux ;
- altérations de la sensibilité : une diminution de la sensibilité est très rare dans les plasties en V car un pont cutanéomuqueux est conservé à la base de la petite lèvre. Dans les cas où cette altération est présente, une récu-



FIG. 8 : Nymphectomie.



FIG. 9 : Cicatrice finale.

pération est habituelle dans un délai de 3 à 6 mois ;

- excès de résection (nymphectomie) : il s'agit plutôt d'une erreur technique qui emporte trop de petite lèvre et dont la réparation n'est pas possible (fig. 8).

ESTHÉTIQUE

POINTS FORTS

- ➔ Chirurgie simple mais à haut risque.
- ➔ Ne pas minimiser le complexe des patientes.
- ➔ Possible sous anesthésie locale.
- ➔ Plastie en V à privilégier.
- ➔ Prévenir des suites longues (4/5 semaines).
- ➔ Bénéfices et satisfaction indéniable des patientes.

Conclusion

La nymphoplastie (labiaplastie), ou réduction des petites lèvres, n'est plus un tabou dans notre société. L'épilation courante du maillot et l'évolution des modes vestimentaires amènent de nombreuses patientes à consulter.

Cette chirurgie intime offre d'excellents résultats (**fig. 9**) apportant aux patientes un véritable soulagement physique et

psychologique [7, 8]. En revanche, il est important que cette intervention qui présente des risques non négligeables pour la patiente et sa vie de couple, soit réalisée par des chirurgiens habitués et conscients de l'importance de ce geste.

Bibliographie

1. ROUZIER R, LOUIS-SYLVESTRE C, PANIEL BJ *et al.* Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol*, 2000;182:35-40.

2. KATO K, KONDO A, GOTOH M *et al.* Hypertrophy of labia minora in myelodysplastic women. Labioplasty to ease clean intermittent catheterization. [Case Reports, Journal Article]. *Urology*, 1988;31:294-299.
3. ALTER GJ *et al.* A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg*, 1998;41:685-686.
4. GIRALDO F, GONZALEZ C, DE HARO F *et al.* Central wedge nymphectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg*, 2004;113:1820-1825.
5. PANIEL BJ. Hypertrophie des petites lèvres. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale de gynécologie*. 41-885:9-10.
6. HONORE LH, O'HARA KE *et al.* Benign enlargement of the labia minora: report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1978;8:61-64.
7. MUNHOZ AM, FILASSI JR, RICCI MD *et al.* Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 2006;118:1237-1247.
8. FOURNIER PF. Chirurgie de l'hypertrophie des petites lèvres en Extrême-Orient. *Revue de Chirurgie Esthétique Française*, 2004;117:31-34.

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

Reconstruction mammaire immédiate (RMI) par prothèses : les risques d'échecs et les facteurs favorisants

RÉSUMÉ : La technique actuellement la plus souvent utilisée pour une reconstruction mammaire, immédiate (RMI) ou secondaire (RMS), est la mise en place d'une prothèse. L'implantation d'un corps étranger expose toujours à un risque d'infection périprothétique et d'exposition de la prothèse, ce qui nécessite son ablation et signe donc l'échec – temporaire ou définitif – de la reconstruction.

Nous avons analysé de façon rétrospective notre expérience de 738 reconstructions mammaires immédiates par prothèses seules, entre 1989 et 2005, afin d'analyser les causes possibles de ces complications.

Nous avons pu identifier trois causes significatives liées à la dépose de la prothèse : l'irradiation, la chimiothérapie et l'emploi d'expandeurs, à l'exception des prothèses de Becker. Ces résultats correspondent à ceux de la littérature.



→ **A. FITOUSSI¹,
B. COUTURAUD¹,
H. CHARITANSKY²**

¹ Départements de Chirurgie,
Institut Curie, PARIS.

² Centre Claudius Regaud,
TOULOUSE.

La technique de reconstruction mammaire après mastectomie pour cancer du sein, immédiate ou secondaire, la plus utilisée est la mise en place d'une prothèse. Les techniques en sont multiples et se sont améliorées tant sur le plan technique que sur le plan des matériaux employés. Cependant, le risque d'infection de la prothèse et son corollaire qui en est l'ablation du matériel reste une inquiétude permanente pour les chirurgiens, indépendamment du retentissement psychologique et des conséquences médico-légales pour les patientes.

La littérature est pauvre sur ce sujet et confirme que peu de prothèses peuvent être conservées lors de la survenue d'une infection. La reprise chirurgicale au décours d'une infection, chez les patientes qui acceptent de se soumettre

à une nouvelle intervention, impose le plus souvent le recours à des lambeaux myocutanés avec leur rançon cicatricielle.

Nous avons analysé de façon rétrospective les dossiers de 738 patientes, opérées entre 1989 et 2005, et les différents traitements qu'elles avaient reçu afin d'analyser les causes possibles de survenue des complications responsables de la dépose de la prothèse.

► Patientes et méthodes

Il s'agit d'un travail rétrospectif concernant une équipe avec des chirurgiens d'expérience variable.

La reconstruction mammaire immédiate était réalisée principalement dans deux indications :

- le traitement primitif du cancer par mastectomie, lorsqu’une irradiation postopératoire n’était a priori pas prévue, selon les référentiels institutionnels. Dans ce premier groupe, des malades avaient reçu une irradiation et/ou une chimiothérapie lorsque l’examen histologique final le nécessitait;
- une récurrence après traitement conservateur, lorsque l’examen clinique confirmait l’indication de reconstruction par prothèse sans lambeau myocutané.

La mastectomie conservait autant de peau que l’indication cancérologique le permettait. La reconstruction elle-même utilisait une prothèse rétromusculaire recouverte par les muscles pectoraux et le grand dentelé [1]. En cas de récurrence après traitement conservateur, la qualité trophique des muscles pectoraux ne permettait pas toujours un recouvrement complet de la prothèse. L’utilisation d’un lambeau d’avancement abdominal a été souvent nécessaire, à la fois pour couvrir la prothèse et pour réaliser un sillon sous-mammaire de qualité.

Le recueil de l’information concernant les patientes a porté sur les paramètres classiques : âge, taille, BMI et statut ménopausique. Les caractéristiques du cancer, canalaire, lobulaire, infiltrant ou non étaient notées ainsi que le nombre de ganglions prélevés et le nombre de ganglions envahis. Le ou les traitements pré et postopératoires étaient soigneusement décrits.

En ce qui concerne l’intervention elle-même, on notait le nombre de gestes chirurgicaux réalisés avant la mise en place de la prothèse, les cicatrices, le type d’implant et le nombre de change-

ments éventuels déjà réalisés. Lors de la survenue d’une complication, celle-ci était décrite sur le plan clinique ainsi que la bactériologie, les antibiotiques utilisés et le geste chirurgical réalisé.

1. Méthodologie statistique

Le taux de dépose de prothèse était estimé par le test de Kaplan-Meier à partir de la date de la mastectomie avec RMI. L’événement retenu était la première intervention pour ablation de la prothèse (fièvre, exposition ou suspicion d’infection périprothétique). Pour les patientes chez lesquels il n’y avait pas d’événement, elles étaient comptabilisées à la date de dernières nouvelles, si la prothèse était préservée.

Le rôle du remplacement successif des prothèses sur le risque d’ablation de matériel pour complication a été étudié par un modèle de Cox avec des variables codépendantes du temps et du nombre d’implants au cours du suivi. Un autre modèle de Cox a été utilisé pour étudier le rôle de chaque variable clinique et de traitement, en particulier les techniques chirurgicales, sur le risque d’ablation.

Résultats

- Le recul médian était de 75 mois.
- L’âge moyen des patientes était de 48 ans (extrêmes : 21-75).
- 504 patientes n’étaient pas ménopausées (68,4 %) et 233 étaient ménopausées (31,6 %).

- Le BMI (*body mass index*) était inférieur ou égal à 20 chez 202 (28,6 %) patientes, donc maigres selon la définition de l’OMS, et 6 (0,8 %) patientes avaient un BMI supérieur à 30, donc obèses.

● Description clinique

700 (94,8 %) RMI ont été pratiquées pour un cancer de novo et 38 (5,2 %) pour une récurrence locale après traitement conservateur. La classification TNM était T0 (n = 501 patientes ; 71,8 %), T1 (n = 94 ; 13,5 %), T2 (n = 57 ; 8,2 %) et T3 (n = 11 ; 6,6 %). Pour 35 patientes, la taille tumorale était manquante. Le statut ganglionnaire clinique était connu chez 692 patientes opérées pour un cancer de novo : N0 (n = 646 ; 93,3 %), N1a (n = 42 ; 6,1 %) et N1b (n = 4 ; 0,6 %).

● Diagnostic histologique

Chez les patientes opérées pour un cancer de novo, 663 patientes (94,7 %) avaient eu un prélèvement histologique à visée diagnostique avant la réalisation de la RMI, dont 452 par tumorectomie diagnostique et 207 par prélèvements percutanés. Au total, en tenant compte des patientes en récurrence, 489 patientes ont eu un geste chirurgical antérieur sur le sein reconstruit (66,3 %) (**tableau I**).

● Technique de reconstruction mammaire

486 mastectomies avaient été pratiquées avec conservation de l’étui cutané (65,9 %) dont 51 avec cicatrice en T inversé (6,9 %) et 79 avec la technique du *round block* (10,7 %). Pour 512 femmes (69,4 %), un geste sur le

Type histologique	DCIS ± micro-infiltration	CLIS	CCI	CLI	CCI + DCIS extensive	Pageet disease
1) au moment du diagnostic* N = (%)	418 (69,8)	15 (2,2)	50 (7,5)	31 (4,8)	90 (13,5)	15 (2,2)
2) après mammectomie**	425 (57,7)	33 (4,4)	77 (10,4)	28 (3,8)	75 (10,1)	

TABLEAU I : Répartition des types histologiques. CCI : carcinome canalaire infiltrant ; DCIS : carcinome intracanalair ; CLIS : carcinome lobulaire in situ ; CLI : carcinome lobulaire infiltrant. *37 valeurs manquantes, 82 autres types histologiques ; ** 2 valeurs manquantes, 27 autres types histologiques.

sein controlatéral était réalisé dans le même temps opératoire. 660 patientes (89,5 %) avaient eu un prélèvement ganglionnaire pratiqué lors de la RMI, et le nombre de ganglions prélevés moyen était $n = 10$ (extrêmes: 0-40).

Les différents types de prothèse utilisées pour la reconstruction étaient: prothèses de Becker ($n = 140$), prothèses préremplies de sérum physiologique ($n = 289$), prothèses préremplies de silicone ($n = 244$) et des expandeurs autres que celui de Becker ($n = 65$). La durée moyenne d'hospitalisation lors de l'implantation initiale était de 7 jours (extrêmes: 4-37).

● Radiothérapie et chimiothérapie

La radiothérapie externe était administrée avant la RMI à 42 patientes (5,7 %), 38 pour le cancer initial (récidive) et 4 pour d'autres causes hématologiques (lymphome). En postopératoire, 125 patientes (16,9 %) recevaient une irradiation pariétale et/ou ganglionnaire. 34 (4,6 %) patientes avaient reçu une chimiothérapie néoadjuvante soit lors du primo traitement chez les patientes en récidive, soit pour un traitement néoadjuvant d'un cancer de novo, et 85 (11,5 %) une chimiothérapie adjuvante.

Au total 78 % des patientes n'ont pas eu de radiothérapie pré ou postopératoire, et 85,4 % n'ont pas reçu de chimiothérapie.

● Complications de la chirurgie

>>> **Les complications précoces** surviennent dans les 2 mois suivant le geste chirurgical. Elles étaient au nombre de 12,3 % dans notre série dont 2 % concernaient le sein controlatéral à la reconstruction mammaire, 28 hématomes (3,8 %) dont 2 ayant nécessité la dépose de la prothèse, 10 lymphocèles (1,3 %) dont 3 avec une fièvre supérieure à 38,5 % et 26 nécroses cutanées (3,5 %).

>>> **Les complications tardives** surviennent après les 2 premiers mois postopératoires. Ces complications étaient de différents types: des coques périprothétiques grade 3 ($n = 83$), des douleurs ($n = 79$), un sepsis ($n = 11$), une nécrose cutanée ($n = 10$), un dégonflage de la prothèse ($n = 90$) (fig. 1).

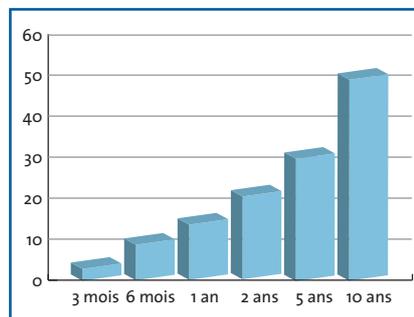


FIG. 1 : Incidence de dépose de prothèse dans le temps.

● Les déposes de prothèses

Elles étaient nécessaires chez $n = 29$ (3,9 %) des patientes reconstruites pour complications infectieuses et/ou exposition de prothèse. Elles survenaient pour 17 d'entre elles dans les 3 mois postopératoires. La plus tardive était apparue 121 mois après l'intervention.

Les symptômes associés à la dépose étaient: la douleur $n = 16$, la présence d'une collection purulente $n = 10$ ou

lymphatique $n = 5$, la fièvre $n = 14$, ces symptômes pouvant être associés. La prothèse était exposée dans 15 cas dont 6 secondaires à un retard de cicatrisation et 9 à une nécrose cutanée.

En analyse univariée, deux facteurs avaient été identifiés comme associés à la dépose, confirmés en analyse multivariée:

- **le type de prothèse**: l'utilisation d'un expandeur autre que celui de Becker ($p = 0,02$) avec un RR de 3,2;
- **la radiothérapie**, qu'elle soit pré ou postopératoire, était un facteur de risque statistiquement significatif de dépose de prothèse ($p = 0,01$). Le risque était supérieur quand elle était réalisée après la reconstruction (en analyse multivariée [$p = 0,004$]) avec un RR de 3,2 (tableau II).

>>> **La chimiothérapie** postopératoire semblait également influencer sur le risque de dépose de prothèse ($p = 0,03$). En revanche, la chimiothérapie préopératoire se confondait avec l'absence de chimiothérapie (tableau III).

>>> Les autres facteurs n'étaient pas statistiquement significatifs: **BMI** inférieur à 20 ($p = 0,2$), **l'âge** ($p = 0,7$), **le type d'incision cutanée** (T inversé, round block, etc.) ($p = 0,6$), **la conservation de l'étui cutané** ($p = 0,6$), **le prélèvement ganglionnaire axillaire** durant le même

	Taux (%) à 1 an	Taux (%) à 5 ans
Pas de radiothérapie	2,09 [0,91-3,25]	2,59 [1,22-3,93]
Radiothérapie préopératoire	4,76 [0-10,99]	4,76 [0-10,99]
Radiothérapie postopératoire	5,83 [1,54-9,93]	7,64 [2,7-12,31]

TABLEAU II: Taux de dépose de prothèse pour complications en fonction du traitement par radiothérapie.

	Taux (%) à 1 an	Taux (%) à 5 ans
Sans chimiothérapie	2,39 [1,18-3,57]	2,84 [1,48-4,18]
Avec chimiothérapie	5,56 [1,13-9,78]	7,50 [2,36-12,38]

TABLEAU III: Taux de dépose de prothèse pour complications en fonction du traitement par chimiothérapie.

temps opératoire que la reconstruction mammaire ($p = 0,6$) quel que soit le nombre de ganglions prélevés ($p = 0,8$), un **geste chirurgical antérieur** (traitement conservateur en cas de récurrence, tumorectomie diagnostique) ($p = 0,6$).

>>> Le **nombre de changements de prothèse** n'était pas un facteur de risque de dépose de prothèse ($p > 0,6$), puisque la majorité des déposes survenaient après la mise en place de la première prothèse. La majorité des patientes $n = 463$ n'avaient qu'une prothèse, $n = 226$ en avaient une deuxième, $n = 41$ trois, $n = 7$ quatre et 1 patiente cinq (**tableau IV**)!

Au total, 29 patientes avaient eu leur prothèse déposée pour complications autres qu'esthétique, toutes prises en charge chirurgicalement :

- 22 avaient eu une dépose de la prothèse avec nettoyage et drainage, sans mise en place immédiate d'une nouvelle prothèse ou d'un lambeau ;
- 7 patientes avaient eu un traitement "conservateur" de leur prothèse ;
- finalement, 14 des 29 dont la prothèse avait été déposée avaient eu une reconstruction mammaire, 7 immédiatement et 7 en différé ;
- 7 des patientes dont la prothèse avait été déposée n'ont pas eu d'autre reconstruction. Elles avaient toutes clairement exprimé leur refus d'une nouvelle chirurgie réparatrice.

La reconstruction immédiate après dépose était faite trois fois par prothèse

seule, deux fois avec un lambeau myocutané sans prothèse et deux fois avec un lambeau myocutané avec prothèse.

La reconstruction à distance était faite deux fois par prothèse seule, quatre fois par lambeau de grand dorsal (autologue deux fois), associé à une prothèse deux autres fois et une fois par lambeau de grand droit.

Discussion

Le référentiel de notre Institut proposait aux patientes une RMI dans toutes les situations laissant envisager, en préopératoire, une absence de traitement adjuvant en postopératoire. Ce choix reposait sur la nécessité de ne pas retarder la mise en route des traitements adjuvants par un éventuel retard de cicatrisation ou tout autre complication postopératoire, ainsi que sur la volonté de ne pas altérer le résultat esthétique de la reconstruction par une irradiation sur prothèse. La reconstruction mammaire immédiate par prothèse représentait environ 50 % des RMI réalisées à l'Institut Curie.

Si le diagnostic histologique préopératoire était le plus souvent confirmé sur l'analyse définitive de la mastectomie, pour 125 patientes ce résultat était différent. Ainsi, ces 125 patientes avaient été irradiées et 85 avaient eu de la chimiothérapie.

Les effets de la radiothérapie sur les reconstructions mammaires par pro-

thèses, quelles qu'elles soient (expandeurs, prothèses préremplies de gel de silicone, prothèses gonflables au sérum physiologique), avaient été étudiés essentiellement pour le risque d'altération du résultat cosmétique. Coques périprothétiques graves et mauvais résultats esthétiques leur étaient principalement imputés. D'autres types de complications étaient également décrites : exposition de prothèse, infection.

Spear [2] a comparé deux groupes de 40 patientes (irradiées et non irradiées) et a montré une différence significative concernant les complications entre les deux groupes en défaveur des patientes irradiées (52 %). Ces complications étaient des coques périprothétiques, des expositions de prothèses, des infections de prothèses et des dégonflements. Les résultats étaient identiques dans l'étude de Krueger [3].

Nahabedian [4] a réalisé une étude rétrospective unicentrique cherchant à mettre en évidence des facteurs prédisposant à l'infection chez 130 patientes (168 implants) reconstruites par prothèses définitives ou expandeurs. La radiothérapie externe ressortait de façon significative comme facteur de risque de complications postopératoires, avec un RR égal à 4,88. L'analyse de notre population retrouvait des résultats équivalents à ces différentes études, avec un risque majoré par la radiothérapie postopératoire (RR = 3,2).

Plusieurs auteurs se sont également intéressés au rôle joué par la chimiothérapie [4, 5]. En effet, en postopératoire, la chimiothérapie est souvent source de retard de cicatrisation et d'une diminution de l'immunité, pouvant laisser supposer un risque majoré d'infection ou d'exposition de prothèse. Cette hypothèse était confirmée et la chimiothérapie apparaissait comme un facteur de risque de dépose de prothèse, dans la littérature comme dans notre étude ($p = 0,03$).

Nombre total de prothèses par patiente	Nombre de prothèses au moment de la complication				TOTAL
	0	1	2	3	
1	443	20	0	0	463
2	219	4	3	0	226
3	39	1	0	1	41
4	7	0	0	0	7
5	1	0	0	0	1

TABLEAU IV : Moment de survenue de la dépose de prothèse par rapport aux changements de prothèse.

Les candidates à une RMI dans notre centre ne devaient pas, a priori, recevoir de traitement adjuvant. Cependant, les résultats histologiques définitifs nous avaient amené à prescrire une chimiothérapie chez 15,6 % et une irradiation chez 22,9 % des cas après reconstruction par prothèse. Les patientes devaient donc être informées du risque encouru. Dans cette série, 38 patientes en récurrence acceptaient une RMI par prothèse mais refusaient une reconstruction par lambeau, principalement en raison de la raçon cicatricielle. Devant ces résultats, les risques de complications postopératoires, retard de cicatrisation, exposition de prothèse, coque périprothétique devaient leur être clairement expliqués.

Nous avons aussi analysé et comparé les différents types de prothèses utilisées dans notre centre : prothèses préremplies de sérum physiologique, de silicone, prothèses de Becker et autres expandeurs. Ces derniers se dégageaient de manière significative ($p = 0,02$), en analyse multivariée, comme facteur de risque de dépose de prothèse. On retrouvait une comparaison identique dans la littérature [6]. On pouvait donc penser que ces expandeurs avaient été utilisés dans de mauvaises indications de reconstruction par prothèse (seins trop volumineux, tissus irradiés). Au fil du temps, nous avons progressivement abandonné l'utilisation des expandeurs.

Le risque du curage axillaire pratiqué dans le même temps opératoire que la RMI avait été suggéré dans la littérature [4]. Le prélèvement ganglionnaire et le nombre de ganglions prélevés n'apparaissent pas comme responsables d'un risque accru de dépose de prothèse dans notre série.

En cas de sein ptosé, une mastectomie avec conservation de l'étui cutané et cicatrice en T inversé pouvait être nécessaire. Le risque de retard de cicatrisation à l'intersection des 2 barres du T était

connu. Nous pensions donc mettre en évidence un risque accru d'exposition de prothèse avec ce type de cicatrice, ce qui n'avait pas été le cas chez les 51 patientes où cette technique avait été utilisée. Dans la littérature, Kilgo [8] avait étudié les reconstructions mammaires par prothèse réalisée après réduction mammaire en T inversé, pratiquées lors d'un temps chirurgical antérieur. Les deux gestes n'étaient donc pas réalisés dans le même temps opératoire. Cette étude ne portait que sur 12 patientes, mais l'auteur ne notait pas plus de complications postopératoires.

Le BMI n'apparaissait pas comme un facteur significatif de dépose, que ce soit chez les patientes maigres ou chez les obèses, pas plus que le nombre de gestes chirurgicaux antérieurs réalisés sur le sein avant la RMI et le nombre de changement de prothèses pratiqués après reconstruction mammaire.

Dans notre étude, 29 prothèses ont été déposées pour complications soit infectieuses, soit secondaires à une exposition de prothèse, soit les deux. Dix-sept d'entre elles sont survenues dans les 3 premiers mois postopératoires. On peut donc considérer que ces événements se produisent précocement dans la vie d'une prothèse. Ces 29 patientes ont été prises en charge chirurgicalement pour leur complication. Lorsqu'un simple retard de cicatrisation était en cause (4 patientes), sans signe infectieux associé, la loge prothétique était nettoyée, la prothèse changée mais conservée, avec un drainage associé. Certains préconisent un double drainage pour réaliser des irrigations postopératoires au sérum physiologique [9]. Nous n'en avons pas l'expérience, mais nous n'avons conservé la reconstruction par prothèse qu'en l'absence de signe infectieux.

Les 3 autres patientes, dont la reconstruction avait pu être conservée, ont eu une "conversion" de leur reconstruction

soit par lambeau de grand dorsal autologue, soit par lambeau de grand dorsal associé à une prothèse. Une telle prise en charge avait été jugée adaptée pour les cas où une nécrose de l'étui cutané était en cause, sans signe infectieux associé. Le defect tissulaire secondaire à la complication nécessitait l'apport de tissus "sains".

Chez 7 patientes dont la prothèse avait été déposée, une reconstruction à distance fut choisie, essentiellement pour celles présentant une complication infectieuse. Ensuite, en fonction de l'état des tissus thoraciques et des cicatrices, certaines ont pu conserver une reconstruction par prothèse seule (3 patientes); pour les autres, l'utilisation d'un lambeau a été nécessaire.

15 patientes n'ont finalement pas eu de reconstruction mammaire, dont 10 qui l'avaient refusée.

Conclusion

Cette étude rétrospective de 738 patientes opérées à l'Institut Curie, de 1989 à 2005, d'une RMI par prothèse rétropectorale, nous a permis d'étudier les facteurs de risque de dépose de prothèse pour complications infectieuses et/ou exposition de la prothèse. Les facteurs identifiés étaient au nombre de trois : la radiothérapie postopératoire, la chimiothérapie parfois associée et l'utilisation d'expandeurs. La réalisation d'un traitement adjuvant était parfois nécessaire, même si le diagnostic préopératoire laissait envisager le contraire. Cela ne signifie pas qu'il ne faut plus utiliser de prothèse en RMI. En revanche, les patientes auxquelles ce type de reconstruction est destiné doivent être clairement informées du risque encouru dans de telles circonstances. Il en est de même pour les femmes préalablement irradiées, qui font une récurrence locale de leur cancer du sein et qui choisissent une RMI par prothèse.

Pour les patientes qui, avant la reconstruction, vont très probablement recevoir des traitements adjuvants, il est possible de faire le choix de ne pas les reconstruire dans l'immédiat par prothèse, ou de préférer la pratique de lambeaux autologues qui garantissent un meilleur résultat esthétique même en cas d'irradiation.

Notre expérience permet d'observer que, pour les patientes qui l'acceptent, même si une complication de ce type survient, il est toujours possible de conserver une reconstruction mammaire – soit dans l'immédiat, soit secondairement – les lambeaux myocutanés étant alors d'une aide précieuse. Cependant, pour un tiers des patientes, cet épisode de traumatisme était tel qu'elles ne souhaitent pas poursuivre leur reconstruction. Une

information simple et claire en préopératoire devrait parvenir à améliorer l'impact de telles complications.

Bibliographie

1. GRUBER RP, KAHN RA, LASH H *et al.* Breast reconstruction following mastectomy: a comparison of submuscular and subcutaneous techniques. *Plast Reconstr Surg*, 1981;67:312-317.
2. SPEAR SL, ONYEWU C. Staged breast reconstruction with saline-filled implants in the irradiated breast: recent trends and therapeutic implications. *Plast Reconstr Surg*, 2000;105:930-942.
3. KRUEGER EA, WILKINS EG, STRAWDERMAN M *et al.* Complications and patient satisfaction following expander/implant breast reconstruction with and without radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2001;49:713-721.
4. NAHABEDIAN MY, TSANGARIS T, MOMEN B *et al.* Infectious complications following breast reconstruction with expanders and implants. *Plast Reconstr Surg*, 2003;112:467-476.
5. DISA JJ, AD-EL DD, COHEN SM *et al.* The premature removal of tissue expanders in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 1999;104:1662-1665.
6. ARMSTRONG RW, BERKOWITZ RL, BOLDING F. Infection following breast reconstruction. *Ann Plast Surg*, 1989;23:284.
7. GOODWIN SJ, MCCARTHY CM, PUSIC AL *et al.* Complications in smokers after postmastectomy tissue expander/implant breast reconstruction. *Ann Plast Surg*, 2005;55:16-19; discussion 19-20.
8. KILGO MS, CORDEIRO PG, DISA JJ. Tissue expansion after inverted-T mammoplasty: can it be performed successfully? *Ann Plast Surg*, 2003; 50:588-593.
9. YU NW, KHOO CT. Salvage of infected expander prostheses in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 2003;111:1087-1092.

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

Adiposo-gynécomastie chez le jeune garçon obèse : chirurgie et techniques complémentaires

RÉSUMÉ : La prise en charge de l'adiposo-gynécomastie chez le jeune garçon obèse est un sujet d'actualité. La composante adipeuse étant importante et le régime le plus souvent insuffisant, il faut savoir proposer rapidement, en l'absence de cause avérée, un traitement chirurgical.

La technique que nous utilisons accorde une place essentielle à la lipoaspiration. Elle vide le sein de tout contenu graisseux, facilite l'exérèse glandulaire et la rétraction cutanée. Elle s'étend à la région pérимammaire pour harmoniser le résultat. La mastectomie est ensuite réalisée par une voie hémi-aréolaire inférieure classique. L'hémostase et la fermeture de l'espace mort par des points de capitons permettent d'éviter les complications classiques que sont les hématomes et les séromes.

Chez ces sujets jeunes au fort potentiel de rétraction cutanée, il n'y a jamais de résection de la peau apparemment en excès de première intention.



→ C. FRANÇOIS-FIQUET¹,
G. CONSTANTINESCU^{1,2},
J. BUIS¹, N. KADLUB^{1,2},
S. CASSIER^{3,4}, A. PICARD^{1,4},
M.P. VAZQUEZ^{1,2,3}

¹ Service de chirurgie Maxillo-faciale et Plastique, Hôpital Necker Enfants Malades, PARIS.

² Université Paris-Descartes, PARIS.

³ Unité de chirurgie des Brûlés, GH HUEP, Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

⁴ Université Pierre et Marie Curie, PARIS.

La prise en charge de l'adiposo-gynécomastie du jeune garçon obèse est un sujet d'actualité qui devrait logiquement se développer dans l'avenir en raison de l'augmentation progressive de l'obésité en général et en période péri-pubertaire en particulier.

La première phase de la prise en charge est préopératoire. Il s'agit d'une étape multidisciplinaire dont l'objectif est d'assurer à la fois la bonne indication de la prise en charge chirurgicale et le bon contexte psychologique dans lequel elle se déroulera. La seconde phase est l'intervention chirurgicale proprement dite. Le déroulement technique de l'acte repose sur une lipoaspiration première aux objectifs précis, suivie d'une mastectomie subtotale par voie hémiaréolaire inférieure.

L'objectif de cet article est de décrire dans le détail les caractéristiques de la prise en charge chirurgicale dans notre service.

Définition, physiopathologie

La gynécomastie est une hyperplasie uni- ou bilatérale non tumorale, plus ou moins réversible de la glande mammaire chez l'homme. L'adipomastie est une augmentation de volume du sein, secondaire à une augmentation de la masse des adipocytes dans la région mammaire, mais sans hypertrophie concomitante de la glande mammaire. L'adiposo-gynécomastie est l'association d'une gynécomastie et d'une adipomastie. Il s'agit de la forme clinique couramment observée chez les jeunes garçons obèses.

Hors contexte d'obésité, la gynécomastie parapubertaire est fréquente. Elle est souvent modérée en taille. Dans la grande majorité des cas, lorsqu'il n'existe pas d'autres causes, elle ne nécessite pas de traitement et disparaît au terme de la puberté. Quand elle ne disparaît pas, les traitements à la testostérone, lorsqu'ils sont utilisés, donnent souvent des résultats décevants et il est logique d'envisager la chirurgie [1].

SILHOUETTE

Chez le jeune garçon obèse, la gynécomastie est très fréquente et sa physiopathologie est différente de celle de la gynécomastie parapubertaire du sujet mince. En raison de l'adipomastie associée, les seins ont une taille supérieure. La durée d'évolution est plus importante que dans les gynécomasties péripubertaires classiques et sa régression est beaucoup plus incertaine. L'influence de l'obésité chez les jeunes garçons peut avoir un effet variable sur l'âge de la puberté qui peut être avancé ou reculé [2].

Principe de prise en charge

1. La phase préopératoire

Elle est multidisciplinaire et associe différentes étapes pour assurer la bonne indication du geste chirurgical et un environnement adapté à la psychologie des adolescents :

- l'approche nutritionnelle est utilisée, ou non, pour obtenir dans la mesure du possible une meilleure maîtrise du poids avant l'intervention ;
- le bilan endocrinien a pour objectif la recherche systématique d'une autre cause classique de gynécomastie : médicale, carcinologique ou médicamenteuse ;
- l'évaluation psychologique s'attache à déceler d'éventuels troubles majeurs de l'image corporelle. Ces derniers pouvant entraîner des complications psychiatriques dans les suites d'une chirurgie modifiant cette même image ;
- l'étape anesthésique recherche tous les facteurs de risques sans rapport ou en rapport avec l'obésité et susceptibles de majorer les risques opératoire et postopératoire ;
- l'étape radiographique est plus ou moins systématique. La mammographie préopératoire recherche toute image mammaire susceptible de modifier notre approche chirurgicale ;
- dans notre expérience, la dernière étape est une consultation infirmière

spécialisée destinée à relayer les informations données par le chirurgien, en vérifier la bonne compréhension et donner un ensemble d'informations pratiques supplémentaires en fonction d'un plan de soins-guide.

2. L'intervention chirurgicale

La technique chirurgicale réalisée comporte 6 étapes. À titre systématique, les patients portent des bas de contention qui sont mis dans la chambre avant l'acheminement au bloc opératoire. Le patient est installé les bras le long du corps sur une table opératoire adaptée à sa corpulence. Le respirateur est placé à sa tête, à distance de celle-ci, laissant un libre accès aux deux épaules. Les champs sont posés à plat sur l'extrémité céphalique du patient, idéalement avec une composante transparente pour contrôler le visage.

>>> **La première étape** consiste en une infiltration importante au sérum adrénaliné (sérum physiologique isotonique et adrénaline), son objectif étant de permettre une lipoaspiration avec un minimum de pertes sanguines. La lipoaspiration est effectuée à partir des incisions réalisées pour l'infiltration et dissimulées dans un pli à la partie antérieure et haute du pilier antérieur du creux axillaire de chaque côté, ce qui explique pourquoi l'installation doit permettre à l'opérateur de se positionner de part et d'autre de la tête (pour introduire la canule à la partie haute du pilier antérieur de l'aisselle au-dessus de l'épaule et se diriger sans gêne vers la région mammaire).

L'aspiration est réalisée au moteur avec des canules successivement de diamètre 4 puis de 3 mm. Cette lipoaspiration comprend elle-même trois temps successifs sur un patient en décubitus dorsal, avec un léger proclive pour que l'axe de la canule soit tangentiel au grill costal lors des mouvements d'aspiration, comme lors de l'infiltration, afin d'éviter

tout risque d'effraction thoracique. Le premier temps est réalisé avec une canule de diamètre plus important, type 4 mm, avec pour objectif d'enlever toute la graisse de la région mammaire périglandulaire. Durant cette étape, l'opérateur enlève progressivement la graisse tout autour de la glande mammaire de manière systématique. Le geste se poursuit ensuite en dehors, tout autour de la première région ainsi que dans le prolongement axillaire, si nécessaire.

Ce geste permettra d'éviter qu'au terme du geste chirurgical, un bourrelet de graisse périphérique soit responsable d'un aspect en creux de la région.

L'objectif de ces deux premiers temps d'infiltration et de lipoaspiration est de dégager complètement la glande mammaire de la graisse qui l'entoure, afin de réaliser avec facilité et rapidité le temps de mammectomie sous-cutanée et d'harmoniser l'épaisseur du pannicule graisseux dans la région.

Le troisième temps de lipoaspiration est réalisé avec une canule de taille plus petite (type 3 mm). Son objectif est de parfaire l'étape précédente mais surtout de supprimer la gangue de graisse sous la peau et d'agresser la face profonde du derme pour garantir une rétraction cutanée maximale et ce dans toute la zone de la région mammaire et sa périphérie. Au terme de cette étape primordiale pour la réalisation de la mammectomie sous-cutanée et pour la rétraction future de la peau, la glande doit être parfaitement palpable et visible lorsqu'on la fait rouler sous la peau des deux côtés. **Cette étape est une étape clé qu'il ne faut pas négliger.**

>>> **La seconde étape** est la mammectomie bilatérale sous-cutanée. Elle est réalisée par une voie hémi-aréolaire inférieure, juste à l'intérieur de la jonction entre l'aréole et la peau. Elle est réalisée avec facilité au bistouri électrique en mode coagulation, ce qui permet

un geste rapide et sans saignement. La mammectomie est subtotale car une petite partie doit être conservée sous la plaque aréolo-mamelonnaire afin d'éviter un aspect cupuliforme dans les suites et d'éviter une souffrance de l'hémi-aréole inférieure. La section de la glande sous la plaque aréolo-mammellaire est réalisée avec une lame froide en conservant 3 à 4 millimètres d'épaisseur de glande. Les pièces de mastectomie sont systématiquement adressées en anatomopathologie pour examen histologique.

>>> **La troisième étape** est réservée aux patients particulièrement corpulents. Elle est réalisée en position demi-assise afin de vérifier en périphérie, notamment en bas et en dehors, l'absence de relief graisseux persistant. Si tel était le cas, toujours en position demi-assise, un complément de lipoaspiration devra être réalisé afin d'harmoniser la région.

>>> **La quatrième étape** (en décubitus dorsal) consiste à cloisonner et à fermer l'important espace mort créé par la mammectomie et la lipoaspiration. Son objectif est la prévention des hématomes et des séromes. L'hémostase doit être draconienne. Le capitonnage avec des fils résorbables est minutieux (et fastidieux) mais indispensable. Il est réalisé, après la mise en place d'un drainage aspiratif type drain de Blake, méticuleusement de la périphérie vers le centre en incluant la face profonde de l'aréole.

>>> **La cinquième étape** est la fermeture des voies d'abord axillaires et hémi-aréolaires. La fermeture est réalisée au fil résorbable avec un appui en profondeur pour éviter tout espace mort et collection sanguine sous la ligne de suture.

>>> **La sixième étape** a lieu après l'injection généreuse de Naropéine dans toute la région opérée. Elle consiste à la mise en place d'un pansement modérément compressif léger et d'un vêtement compressif de la moitié supérieure du tronc

(type panty Roméo). La durée du port de ce vêtement compressif est variable en fonction du confort du patient.

Il n'est jamais pratiqué de résection cutanée de première intention dans ce contexte bien particulier de patient jeune, à la peau élastique, et ce quelque soit l'apparent excès constaté en peropératoire. Il est toujours temps de réévaluer entre 12 et 18 mois postopératoires, lorsque toute la rétraction possible aura été obtenue, et d'intervenir uniquement si le besoin s'en fait sentir.

Les suites postopératoires

L'injection en quantité suffisante d'anesthésiques locaux de longue durée dans la zone opérée a transformé les suites chez ces patients particulièrement sensibles que sont les jeunes adolescents.

Le drainage est systématiquement retiré le lendemain, lorsque les drains ramènent un liquide séreux ou séro-sanguant, et cela quelle que soit la quantité dans les bouches. Le patient peut sortir dès l'ablation des drains. Le pansement n'est pas touché jusqu'à J5-J7, date à laquelle le patient est revu en consultation. Pendant cette période, il est invité à modérer l'usage de ses bras et à privilégier les vêtements faciles à enfiler comme des chemises amples (plutôt que des pulls ou tee-shirts impliquant de lever les bras).

Les bas de contention sont gardés dans les suites de l'intervention jusqu'à la reprise d'une déambulation normale, avec, quoi qu'il en soit, un lever précoce dès le lendemain de l'intervention.

Les complications

1. Les complications précoces

Depuis que nous réalisons en complément d'une bonne hémostase des infiltrations peropératoires adrénalinées

et un capitonnage systématique et très complet de l'ensemble de l'espace mort, nous avons supprimé les complications de type sérome ou hématome.

Une complication possible est la souffrance partielle hémi-aréolaire inférieure partielle, plus ou moins étendue. Elle est vraisemblablement en rapport avec une exérèse trop marquée du reliquat glandulaire sous la plaque aréolo-mammellaire.

2. Les complications à distance

Dans ce contexte d'adiposo-gynécomastie chez le jeune garçon obèse, la seule complication notable est la persistance en bas et en dehors d'une partie du volume mammaire. Elle est la conséquence d'une insuffisance de lipoaspiration dans la périphérie de la zone de la gynécomastie, principalement dans la région inférieure et externe. Cette insuffisance est responsable de la présence inesthétique d'un croissant graisseux qui est une source d'insatisfaction, alors que le problème du volume mammaire a été réglé. Pour cette raison, nous insistons à présent beaucoup lors de l'intervention sur l'aspiration de cette localisation externe et basse, en vérifiant son efficacité par le positionnement en proclive du patient.

Dans notre expérience, les cicatrices ne posent pas de problème particulier de type chéloïde.

Discussion

L'objectif du traitement chirurgical est un retour à un volume mammaire normal (*fig. 1A, 1B*).

>>> L'étape nutritionnelle réalisée dans un service spécialisé a pour objectif la maîtrise du poids. Elle est essentielle dans ce contexte d'obésité. En l'absence de maîtrise du poids, la stabilité du résultat morphologique après la

SILHOUETTE

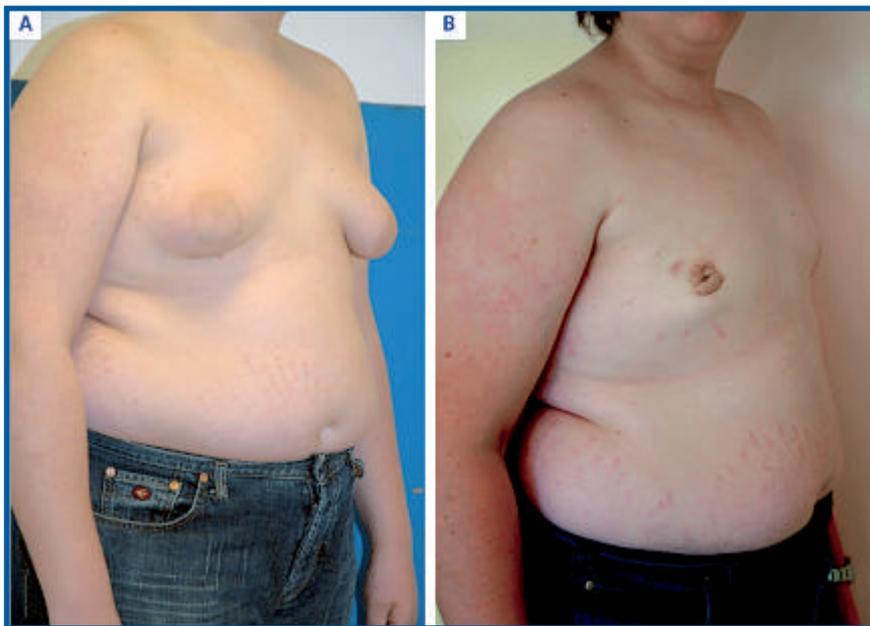


FIG. 1: A : Patient avant la chirurgie. B : Patient 2 mois après la chirurgie.

chirurgie n'est pas garantie. Par ailleurs, réaliser l'intervention alors que le poids est en baisse permet une diminution des risques anesthésiques.

>>> L'étape endocrinienne : si dans le cas de la gynécomastie parapubertaire du sujet jeune mince, la forme idiopathique est de loin la plus fréquente; dans le cas de l'adiposo-gynécomastie du jeune garçon obèse l'excès pondéral est systématiquement en cause. Cependant, la recherche des autres causes classiques (hormonales, génétiques, tumorales et médicamenteuses) doit être réalisée à titre systématique. C'est le rôle du bilan endocrinien. Ce bilan dans le cadre des adiposo-gynécomasties chez le jeune garçon obèse s'avère cependant le plus souvent normal, sans cause autre que l'obésité.

>>> L'étape psychologique : dans ce contexte d'obésité et de période péripubertaire, les problèmes psychologiques en rapport avec la modification progressive de l'image corporelle sont encore plus marqués que chez l'adolescent mince. Dans ces conditions, il apparaît

essentiel de faire précéder la chirurgie d'un bilan psychologique et d'assurer dans les suites une prise en charge du même ordre.

>>> Étape anesthésique : la survenue d'apnées obstructives du sommeil chez environ 17 % des obèses enfants et adolescents doit vraisemblablement nous inciter à réaliser, dans le cadre du bilan anesthésique, une polysomnographie du sommeil. Certains signes évocateurs comme le ronflement, les difficultés de sommeil, les difficultés de respiration, les somnolences dans la journée, les énurésies doivent être recherchés lors de la consultation. Ce diagnostic incite à des pratiques anesthésiques adaptées [2].

>>> Étape radiographique : la mammographie préopératoire est systématique chez la femme en cas de chirurgie mammaire en raison de la fréquence du cancer du sein. Chez l'homme, il s'agit le plus souvent d'un cancer rare qui se déclare essentiellement après 40 ans. Il est responsable d'une gynécomastie le plus souvent unilatérale. Dans ce contexte d'adiposo-gynécomastie du

jeune obèse, la mammographie pourrait donc ne pas être systématique en théorie. En pratique, il faut systématiquement la réaliser car la prise en charge chirurgicale sera différente si une image anormale est détectée.

>>> Consultation de chirurgie préopératoire : s'agissant d'une chirurgie destinée à modifier le corps chez un adolescent fragile, il faut s'attacher à rassurer et faire attention d'utiliser des termes neutres quand il est question de la description des gestes techniques. De même, il faut donner une information complète et réaliste sur les suites de l'intervention en matière de complications possibles, de gêne, de durée des éventuels soins ou des précautions à prendre.

>>> La consultation infirmière : elle est destinée à relayer les informations données par le chirurgien et à donner un ensemble d'informations pratiques. Ce temps nous paraît important dans la bonne compréhension de l'ensemble des informations. La discussion avec l'infirmière étant moins formelle, les questions sont souvent plus nombreuses et plus pratiques.

Dans ce contexte d'obésité, la disgrâce physique engendrée par l'augmentation de volume de la région mammaire est en grande partie secondaire aux dépôts graisseux. Il ne sert à rien d'attendre une éventuelle et incertaine régression de la composante glandulaire pour obtenir une amélioration de l'aspect esthétique. C'est pourquoi il est licite dans ce contexte d'obésité – lorsque le bilan endocrinien s'avère normal et que le régime tarde à obtenir une modification de volume des seins – de proposer un traitement chirurgical de manière plus précoce avec comme objectif le volume graisseux mammaire et la glande mammaire.

Plusieurs propositions de techniques sont évoluées dans la littérature. Aucune publication propre à la prise en charge

chirurgicale de l'adiposo-gynécomastie du sujet jeune en excès pondéral n'est cependant retrouvée. La majorité des auteurs cherche au travers de leur technique à minimiser la visibilité et la taille de la cicatrice. La plupart des articles porte sur la réalisation d'une ou deux cicatrices, la fragmentation de la glande, l'intérêt de la liposuction associée et la gestion de l'éventuel excès cutané. Il est recommandé de faire l'incision dans la partie pigmentée de l'aréole et non dans la peau non pigmentée en périphérie [3].

La résection de la glande mammaire, après le temps de lipoaspiration, peut être réalisée par deux petites incisions :

- la première au niveau de l'hémi-aréole inférieure permettant la section des canaux galactophores et la libération du pôle supérieur de la glande ;
- la deuxième, de petite taille, au niveau du sillon sous-mammaire, permet de découper en petites pièces longitudinales la glande et de retirer petit à petit [4] ;

Dans le cadre de l'adiposo-gynécomastie, les volumes glandulaires que nous rencontrons sont importants et le temps nécessaire à la réalisation de cette réduction en de multiples petites languettes n'est vraisemblablement pas négligeable dans ce contexte d'obésité. Par ailleurs, l'incision réalisée au niveau du sillon sous-mammaire pour faciliter l'exécution de cette technique est visible en raison de l'absence de volume résiduel mammaire (objectif du traitement).

Une autre technique de traitement chirurgical décrite pour diminuer la taille des cicatrices est l'ablation de la glande par une destruction progressive à l'aide d'un système emprunté à l'orthopédie. Il s'agit d'un appareillage destiné à réaliser sous arthroscopie l'exérèse des cartilages endommagés. La glande, après le temps de lipoaspiration, est transformée en copeaux à l'aide de cet arthroscope particulier [5]. Encore une fois, l'argument opposé est celui de la

minimisation de la taille de la cicatrice. La cicatrice hémi-aréolaire inférieure est ici remplacée par une cicatrice au niveau sillon sous-mammaire. Les copeaux sont aspirés en même temps que la glande est détruite et sont adressés en anatomopathologie pour examen histologique. Là encore, le problème est que l'incision se fait dans le sillon sous-mammaire, zone où la cicatrice chez l'homme sera la plus visible, particulièrement si elle se pigmente. Il n'est pas certain, dans le cadre qui nous intéresse, compte tenu du volume glandulaire et du temps nécessaire, que cette technique apporte une amélioration décisive.

La lipoaspiration est maintenant devenue une technique associée particulièrement utile. Elle est évoquée dans cette indication dès 1985 [6], puis ensuite très régulièrement avec comme objectif de réduire le volume graisseux. La lipoaspiration porte sur la graisse et pas sur la glande [7, 8]. Toutefois, il a été proposé d'utiliser deux types de canules : l'une de 7 mm de diamètre destinée à retirer le tissu adipeux et l'autre de 2 à 4 mm de diamètre pour retirer la glande avec étude histologique du produit d'aspiration glandulaire [9]. À noter que depuis cet article, il n'a plus jamais été fait référence à cette éventuelle aspiration du tissu glandulaire qui semble particulièrement difficile à réaliser quel que soit le matériel utilisé. Concernant la réalisation de la lipoaspiration en elle-même, l'intérêt de la technique tumescence a été plusieurs fois démontré dans la littérature avec une diminution notable des risques d'infection, d'hématome et de sérome. [10] Cependant, il est vraisemblable que les concentrations d'adrénaline plus importantes utilisées maintenant, jouent un rôle tout aussi important dans la maîtrise des saignements per et post opératoires. Le rôle possible de la lipoaspiration superficielle et étendue dans la rétraction de la peau est connu [3]. De même, l'un des principaux avantages de la lipoaspiration réalisée dans ce contexte est de

grandement faciliter la résection de la glande en rendant ses contours nets et plus facilement accessibles à la chirurgie de résection.

La liposuction par ultrasons a été également proposée dans le traitement des gynécomasties pour son action sur la rétraction de la peau. Dans son expérience, cette technique permet par l'échauffement du derme engendré par les ultrasons d'obtenir une contraction cutanée plus importante. Le reliquat glandulaire restant serait également diminué par cette technique et son exérèse serait facilitée avec nécessité d'une incision de taille inférieure [11]. Cette technique, à la mode à une certaine époque, a été délaissée principalement en raison des séromes et des brûlures générées, surtout au point d'entrée des canules. L'avantage était, et demeure, que l'effort à réaliser pendant l'intervention de lipoaspiration est moins important. Le but est essentiellement d'utiliser les ultrasons pour casser l'ensemble des éléments fibreux responsables d'une résistance à la lipoaspiration. L'évacuation finale étant réalisée par une liposuction de type conventionnel [12].

En ce qui concerne les réductions de peau et éventuellement d'aréoles, plusieurs techniques sont proposées. Une désépidermisation périaréolaire permettant de traiter à la fois la taille de l'aréole et l'excès cutané peut être réalisée [13]. Il s'agit là de patients adultes pour lesquels le potentiel de rétraction cutanée est moindre que chez les jeunes gens. Une technique de lambeau graisseux périphérique de la zone de mastectomie destinée à éviter l'aspect en creux dans les suites a été également décrite en 1990 mais non retrouvée depuis [14]. L'incision transaréolaire permettrait l'exérèse d'un plus grand volume de tissu glandulaire que par la voie périaréolaire ; elle serait d'autant plus intéressante lorsque le diamètre de la plaque aréolo-mamelonnaire est petit [15]. Dans ces conditions, il nous semble

SILHOUETTE

POINTS FORTS

- ➔ Nécessité d'un bilan préopératoire et d'une évaluation psychologique pour une bonne indication et un bon vécu psychologique.
- ➔ Importance de la lipoaspiration pour faciliter le temps d'exérèse glandulaire et optimiser la rétraction cutanée. Cette étape est une étape clé qu'il ne faut pas négliger.
- ➔ Importance du capitonnage dans la prévention des hématomes et des séromes.
- ➔ Rôle essentiel de l'injection généreuse d'anesthésiques locaux en fin d'intervention sur les zones opérées dans le confort et la gestion des suites postopératoires.
- ➔ Jamais de résection cutanée de première intention quel que soit l'excès cutané en fin d'intervention.

que, si une lipoaspiration importante est faite avant le temps de mastectomie, le volume de la pièce à retirer est moindre et si la taille de l'aréole est petite et que le reliquat glandulaire est important, de simples sections de la glande permettent de sortir celle-ci en 2 ou 3 morceaux sans qu'il soit utilisé une voie de ce type. Une autre technique utilise une incision circumaréolaire avec une résection glandulaire faite à la manière d'un cône évidé d'un cylindre axial constituant le pédicule postérieur de la plaque aréolomamelonnaire. Cette technique semble présenter, entre autres, comme inconvenient de laisser en place une partie non négligeable du volume mammaire [15]. Sont proposées également des exérèses, en bloc fusiforme avec greffe libre de plaque aréolo-mamelonnaire sur un disque désépidermisé [15]. Elles pourraient être indiquées dans le cadre de gigantomasties. À ce jour, nous n'avons pas été confrontés à cette situation.

Les études réalisées sur l'utilisation des lasers permettant une lipolyse par voie percutanée dans le traitement des excès graisseux localisés font état de résultats appréciables sur le volume et

également sur la rétraction cutanée. En effet, l'effet thermique qui accompagne la lipolyse laser induit une augmentation en température du derme. Si cette élévation est suffisante, elle entraîne une contraction dermique par dénaturation collagénique. Cette méthode d'avenir devrait permettre d'optimiser, lorsque cela semble nécessaire, la rétraction cutanée avec un résultat final bien meilleur et éventuellement faciliter le temps de lipoaspiration avec cependant un allongement du temps opératoire.

Dans notre expérience, nous n'avons jamais eu recours à ces possibilités. S'agissant de sujets jeunes, nous ne faisons aucune résection cutanée, et nous comptons sur l'élasticité naturelle de la peau et le temps systématique de lipoaspiration superficielle pour favoriser une réaction de type rétraction. Une fois le volume disparu, la taille de l'aréole diminue spontanément. De même, nous n'avons jamais eu à réaliser de résection cutanée secondairement. Nous apportons beaucoup d'importance au temps de lipoaspiration sous-cutanée superficielle afin de supprimer

l'épaisseur de graisse sous cutanée qui empêcherait par son volume une bonne rétraction de la peau. Nous insistons également sur la nécessité de générer une agression dermique à la face profonde du derme avec la canule de lipoaspiration pour faciliter davantage la rétraction de la peau.

Conclusion

La prise en charge de l'adiposo-gynécomastie chez le jeune garçon obèse est un sujet d'actualité. La composante adipeuse étant importante, attendre une diminution du volume mammaire secondaire à la disparition de la composante glandulaire avec le temps ne semble pas un bon calcul. Si le régime est insuffisant et si le bilan ne retrouve pas de cause avérée, pour le bien-être psychologique du patient et améliorer son image, il faut proposer rapidement un traitement chirurgical.

La technique est parfaitement standardisée. Elle débute par une lipoaspiration qui a pour premier objectif de vider le sein de tout contenu graisseux. Elle est étendue aux contours de la glande pour faciliter son exérèse, à la région superficielle sous-cutanée pour faciliter la rétraction de la peau et à la région sous-mammaire et externe pour éviter la persistance d'un croissant graisseux inesthétique. La mastectomie est ensuite réalisée par une voie classique hémiaréolaire inférieure en respectant une petite partie située sous la plaque aréolomamelonnaire pour éviter un aspect de cupule. Hémostase et fermeture de l'espace mort par des points de capitons permettent d'éviter les complications classiques que sont les hématomes et les séromes, lesquels ont totalement disparus dans notre expérience. Enfin, chez ces sujets jeunes au fort potentiel de rétraction cutané, nous ne réalisons jamais de résection cutanée de première intention et n'avons jamais été confrontés à une demande secondaire.

Bibliographie

- MATHUR R, BRAUNSTEIN GD. Gynecomastia: pathomechanisms and treatment strategies. *Horm Res*, 1997;48:95-102.
- SLYPER AH. Childhood obesity, adipose tissue distribution, and the pediatric practitioner. *Pediatrics*, 1998;102:e4.
- SAMDAL F, KLEPPE G, AMLAND PF *et al*. Surgical treatment of gynaecomastia. Five years' experience with liposuction. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*, 1994;28:123-130.
- MENTZ HA, RUIZ-RAZURA A, NEWALL G *et al*. Correction of gynecomastia through a single puncture incision. *Aesthetic Plast Surg*, 2007;31:244-249.
- SHAVER PRADO AC, CASTILLO PF. Minimal Surgical Access to treat gynecomastia with the use of a power assisted arthroscopic-Endoscopic cartilage. *Plast Reconstr Surg*, 2005;115:939-1142.
- LEWIS CM. Lipoplasty: treatment for gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg*, 1985;9(4):287-292.
- MAGUIRE CP. Gynecomastia in the male: correction by liposuction. *JSC Med Assoc*, 1987;83:430-431.
- COURTISS EH. Gynecomastia: analysis of 159 patients and current recommendations for treatment. *Plast Reconstr Surg*, 1989;79:740-753.
- ROSENBERG GJ. Gynecomastia: suction lipectomy as a contemporary solution. *Plast Reconstr Surg*, 1987;80:379-386.
- BONI R. Tumescant power liposuction in the treatment of the enlarged male breast. *Dermatology*, 2006;213:140-143.
- GÓES JC, LANDECKER A. Ultrasound-assisted lipoplasty (UAL) in breast surgery. *Aesthetic Plast Surg*, 2002;26:1-9.
- FRUHSTORFER BH, MALATA CM. A systematic approach to the surgical treatment of gynecomastia. *British Journal of Plastic Surgery*, 2003;56:237-246.
- PERSICHETTI P, BELOCO M, CASADEI RM. Gynecomastia and the complete Circumareolar approach in the surgical management of skin redundancy. *Plast Reconstr Surg*, 2001;107:948-954.
- STEITTYEH MR, AL-AMER AF, AL-AMAD HE. Gynaecomastia. Subcutaneous mastectomy with adipose tissue flap. *Int Surg*, 1990;75:15-16.
- ABBES M, BOURGEON Y, DE GRAEVE B. A propos of 72 gynecomastia. *J Chir*, (Paris). 1988;125:327-331.

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

Ne manquez pas...

Réalités en Chirurgie Plastique sera présente

au 58^e Congrès Annuel de la SOF-CPRE

du 28 au 30 novembre au CNIT à Paris

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

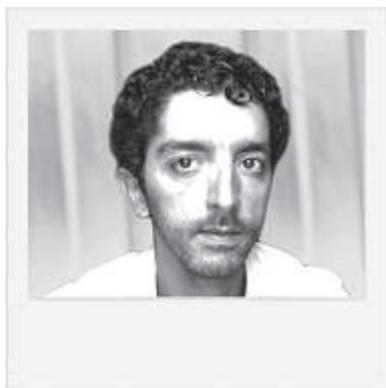
Vous y découvrirez également en avant-première le numéro 4 de *Réalités en Chirurgie Plastique*.



Intérêt de l'utilisation de l'acide benzoïque dans les brûlures profondes de la face.

Expérience du centre de traitement des brûlés de l'hôpital de Mercy à Metz

RÉSUMÉ : Les brûlures de la face constituent un défi aux équipes chirurgicales qui les prennent en charge : d'une part, se pose l'impératif de diminuer au minimum les séquelles par une détersion ou excision-greffe précoce et, d'autre part, se pose la question d'une aggravation des lésions du fait d'une excision trop profonde. Différentes stratégies et techniques peuvent être utilisées : l'exposition à l'air, la détersion macérative, l'excision-greffe précoce, la détersion chimique à l'acide benzoïque, l'hydrodissection ainsi que la détersion enzymatique. Nous avons recours, dans notre service, le plus souvent à l'utilisation de l'acide benzoïque qui permet une excision-greffe précoce, l'utilisation de derme artificiel si nécessaire et d'éviter les écueils de l'excision mécanique en épargnant les tissus sains. Nous présentons un cas clinique illustrant cette prise en charge.



→ **H. MEZZINE,**
G. KHAIRALLAH, H. CARSIN
Centre de traitement des brûlés,
Service de Chirurgie plastique,
reconstructrice, esthétique et
maxillo-faciale, Hôpital de Mercy,
ARS-LAQUENEXY.

Les brûlures de la face constituent un défi aux équipes chirurgicales qui les prennent en charge : d'une part, se pose l'impératif de diminuer au minimum les séquelles par une détersion ou excision-greffe précoce et, d'autre part, se pose la question d'une aggravation des lésions du fait d'une excision trop profonde.

Nous avons recours dans le Centre des grands brûlés de Metz à une détersion par acide benzoïque.

Nous présentons les modalités pratiques de cette technique ainsi que les avantages, inconvénients et écueils que nous avons rencontré.

Particularités des brûlures de la face

1. D'un point de vue anatomique

Les brûlures de la face constituent en effet une entité particulière dans le traitement des grands brûlés.

Le visage est l'organe de communication sociale par excellence, et toute séquelle ou cicatrice à ce niveau a des répercussions psychologiques majeures chez les patients (repli sur soi, évitement social, etc.). Ces séquelles peuvent concerner l'aspect statique mais aussi la mimique faciale du fait de l'adhérence des muscles de l'expression faciale à la face profonde du derme.

Des conséquences de type fonctionnel sont aussi à redouter au niveau des orifices narinaires et buccal ou au niveau palpébral. Dans ce contexte, la riche vascularisation de la face peut être un atout mais cette même vascularisation pourrait se transformer en inconvénient du fait de phénomènes inflammatoires plus précoces.

Chez l'homme, la présence d'une pilosité dans la zone brûlée peut conduire à la constitution de sites de folliculite récidivante et doit donc être prise en considération. Il y a en outre une grande variabilité dans l'aspect des téguments de la face, la région naso-jugale; le front ainsi que le menton présentent une peau épaisse, alors que les pavillons auriculaires et les paupières sont recouverts d'une peau très fine.

2. En termes d'épidémiologie

Les brûlures de la face concernent entre le tiers et la moitié des patients admis dans les Centres [1]. En fonction des étiologies de la brûlure, les atteintes sont plus ou moins sévères. Ces brûlures sont majoritairement en rapport avec les accidents domestiques (retour de flamme de barbecue, projection de liquide bouillant (le plus souvent en deuxième superficiel ou intermédiaire chez des sujets sans facteur de risque). Les immolations par le feu sont plus rares mais dramatiques si la victime s'est aspergée l'extrémité céphalique de produit inflammable. Dans ces contextes particuliers, il convient de prévoir les difficultés d'appareillage et de suivi chez des patients souvent peu compliants du fait des comorbidités psychiatriques. Les accidents de travail, souvent graves, demeurent heureusement plus rares du fait de la généralisation des protections (masques, lunettes, etc.).

La prise en charge de la brûlure en elle-même est souvent différée compte tenu des impératifs de la réanimation, en dehors de l'urgence vitale immédiate

que peuvent représenter ces brûlures (œdème de la face et du cou avec risque d'asphyxie, inhalation massive de gaz toxiques).

Les brûlures de la face posent un problème d'évaluation de la profondeur qui conditionne la prise en charge chirurgicale ainsi que la survenue de rétraction et de séquelles. Cette prise en charge est à considérer comme prioritaire du fait des enjeux qu'elle présente – sans pour autant interférer avec l'impératif vital d'une rapide excision des autres zones (thorax, etc.) – et le caractère limité du capital cutané restant à répartir. Cette prise en charge doit donc faire partie d'une stratégie globale.

>>> Classiquement, dans les ouvrages, les brûlures profondes sont le plus souvent décrites comme blanches dans les brûlures thermiques, rouges dans les ébouillements et brunes dans les inflammations; la peau prend en tout cas rapidement un aspect cartonné.

>>> Mais, en pratique, les brûlures intermédiaires et en mosaïque sont difficiles à évaluer car, rapidement, s'installe un œdème important qui déforme les reliefs et rend le diagnostic plus délicat.

Les procédés de détersion

>>> L'exposition à l'air reste une solution élégante pour les brûlures superficielles ou reconnues comme telles du fait de l'aspect de l'étiologie ou du terrain sur lequel elles surviennent. Certaines équipes la proposent quelle que soit la profondeur, mais l'ablation "aisée" à J+10 de nos tissus nécrotiques coagulés est – dans notre expérience – particulièrement hémorragique et risque d'emporter malgré tout une partie de tissus sains.

>>> La cicatrisation dirigée, avec application de topiques locaux dite "détersion macérative", est une stratégie prudente et permet de n'exciser que

les zones qui ne cicatrisent pas spontanément au terme de 2 semaines. Le topique le plus fréquemment employé est la sulfadiazine argentine [2] qui a une bonne action anti-infectieuse [3, 4], renouvelée tous les jours pendant 10 à 12 jours [5]. Dans ce cas, la chirurgie est programmée dans les jours qui suivent par excision-greffe de peau mince classique. Cette attitude est bien illustrée par l'étude de Hoogewerf *et al.* [6] qui a porté sur 1 277 patients présentant des brûlures de la face, ayant été traités par application de topiques locaux pendant une moyenne de 10/12 j; le délai moyen de chirurgie était à J18.

Les inconvénients de cette technique restent l'inflammation importante au niveau des zones à exciser qui s'accroît fortement après J15, pouvant conduire à des cicatrisations de moins bonne qualité. Elle nécessite par ailleurs des pansements quotidiens pendant plusieurs jours avec un risque de surinfection et d'approfondissement. Elle rend plus difficile le recours à des dermes artificiels sur une zone à forte charge bactérienne.

>>> D'autres équipes préconisent une excision-greffe précoce qui est la technique de référence pour le reste des zones du corps. L'excision est en général menée au 5^e jour [7] permettant une durée d'hospitalisation diminuée, un risque de complication postopératoire moindre et une cicatrisation de meilleure qualité. Cette technique ne peut être utilisée qu'en l'absence de troubles hémodynamiques, infectieux et chez des patients de moins de 25 % de surface corporelle totale brûlée [7]. Elle nécessite une expérience et un diagnostic sans faille pour éviter d'exciser par excès tant en surface qu'en profondeur [8]. Elle présente, en revanche, l'avantage de permettre la mise en place de derme artificiel dans de meilleures conditions.

>>> D'autres équipes ont proposé un traitement par hydrodissection

FACE

(Versajet). C'est un procédé générant un puissant jet de sérum physiologique qui permet de décoller l'escarre et de créer en même temps une dépression afin d'aspirer les débris [9]. Son utilisation permet en théorie une excision précise, peu hémorragique, et serait mieux adaptée aux variations de reliefs de la face que les traditionnelles lames de bistouris et autres dermatomes [10]. Cette technique reste néanmoins peu répandue et demeure réservée à des équipes entraînées.

>>> Il existe des procédés enzymatiques qui semblent efficaces (Collagenases, Varidase, Debridase) [11]; mais, pour la plupart, ces produits ne sont pas disponibles en France et n'ont pas fait la preuve de leur innocuité.

>>> Nous avons recours depuis 7 ans, dans notre service, à un procédé de déterision par acide benzoïque, technique que nous avons adaptée sur la base de protocoles établis à l'hôpital d'Instruction des Armées de Percy. Nous utilisons pour les brûlures intermédiaires à profondes de la face une préparation à base de 40 % d'acide benzoïque et de 60 % d'acide salicylique (vaseline). Cette préparation est appliquée dès J2, si possible, avec un pansement occlusif pour une durée de 48 h, éventuellement réappliquée une deuxième fois si nécessaire. Des pansements corticoïdes sont parfois appliqués ensuite, en cas de bourgeonnement excessif sous-jacent.

L'avantage majeur est, à notre avis, de permettre une chute de l'escarre précoce sans endommager les tissus sains avoisinants, en étant peu hémorragique. Le recours aux dermes artificiels reste alors possible, après un avivement et parage *a minima*.

Nous vous présentons le cas d'une patiente prise en charge au CTB de Metz (hôpital de Mercy), lequel illustre bien les avantages de ce procédé.

Cas clinique

Mme F., 70 ans, qui présentait comme principaux antécédents une artérite des membres inférieurs, un cancer du col de l'utérus traité depuis 2007 (dernière chimiothérapie en date : 2011).

Mme F. a été victime d'un feu d'appartement dont l'origine était inconnue. Prise en charge par le SMUR, elle a été admise au service intubée et ventilée, sous noradrénaline à 2,25 mg/h, hypotherme à 33°.

Le bilan lésionnel retrouvait des brûlures intéressant la face, le cuir chevelu, l'ensemble du membre inférieur gauche, le membre supérieur gauche et les deux mains. La surface brûlée totale a été estimée à 25 % dont 20 % de 3° degré (UBS : 85, indice de Baux : 95, ABSI : 10, IGS II : 46).

Des incisions de décharge ont été effectuées, ainsi qu'une fibroscopie bronchique retrouvant une brûlure diffuse de l'arbre trachéo-bronchique.

Le pansement initial a été réalisé par de la sulfadiazine argentique (Flammazine, après réchauffement de la patiente) et remplissage, selon les protocoles en vigueur.

>>> Dès J+1, un pansement avec une pommade comprenant 40 % d'acide benzoïque et 60 % de vaseline a été appliquée en couche épaisse sur l'hémiface gauche et maintenue par un pansement occlusif (**fig. 1 et 2**), selon le protocole décrit ci-dessus.

>>> À J+4, lors du pansement, l'escarre a pu être retiré de manière atraumatique, en totalité, laissant en place un sous-sol bien vascularisé et très peu hémorragique (**fig. 3, 4 et 5**).

>>> Des pansements gras simples pendant 48 h ont été réalisés sur cette zone, et une greffe de peau mince a pu être

Retrouvez la vidéo relative à cet article :

– à partir du flashcode* suivant



– en suivant le lien :

<http://tinyurl.com/bruluresface>

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

effectuée en respectant les unités esthétiques à J+6 post-brûlure. Nous n'avons pas constaté de retard cicatriciel en post-opératoire (**fig. 6**).

Au terme du suivi habituel de rééducation, les séquelles et le suivi sont identiques à une excision-greffe précoce dans les mêmes conditions.

Discussion

Les brûlures de la face présentent comme difficulté majeure, au-delà de l'urgence vitale immédiate, le problème de l'appréciation de la profondeur de la brûlure. La question se pose à chaque fois aux équipes : du choix des zones à exciser par rapport à celles devant être respectées et de la stratégie chirurgicale à adopter.

>>> Plusieurs études tendent à démontrer que l'excision-greffe précoce reste la meilleure stratégie [7, 9], permettant un bon résultat cicatriciel et diminuant le temps d'hospitalisation. Cependant, il est difficile d'être certain de reconnaître les zones qui ne cicatriseront pas spontanément et de contrôler au bistouri, ou

CAS CLINIQUE

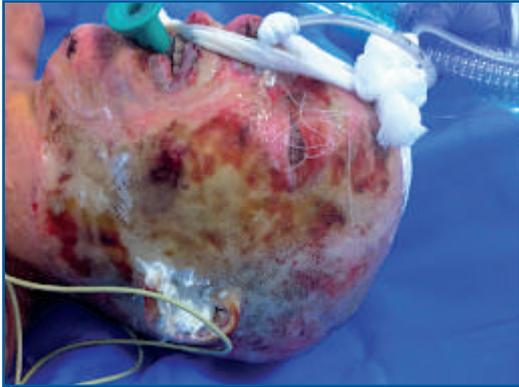


FIG. 1: Brûlure de l'hémiface gauche au 3° degré.

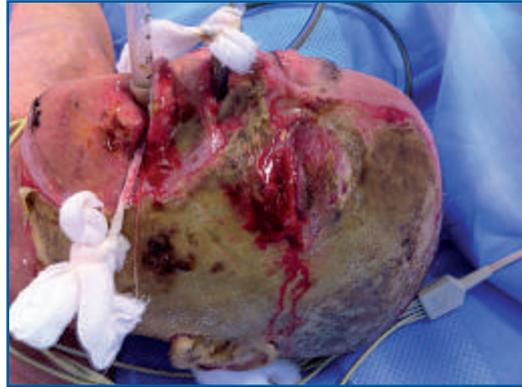


FIG. 2: Aspect après application d'acide benzoïque à 48 h.

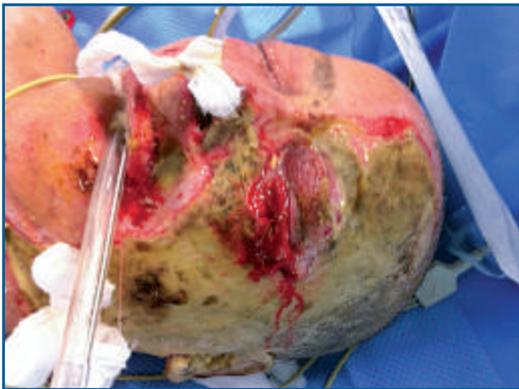


FIG. 3: Aspect à J+4 après application d'acide benzoïque.

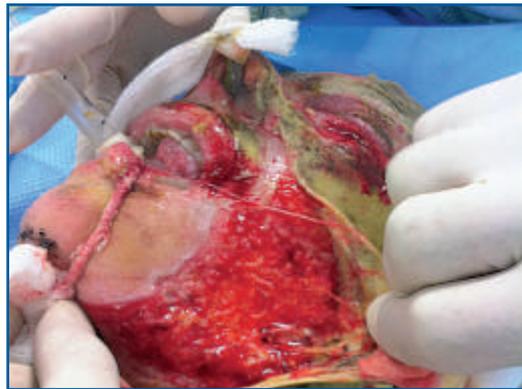


FIG. 4: Décollement aisé de l'escarre.



FIG. 5: Aspect bien vascularisé en dessous de l'escarre avec saignement minime.



FIG. 6: Aspect après greffe de peau mince à J+10.

FACE

au dermatome de juger la profondeur du geste d'excision pour ne pas être dans l'excès.

>>> À l'inverse, la stratégie classique, consistant à réaliser des pansements à la sulfadiazine argentique tous les jours et à observer l'évolution spontanée des lésions, permet de mieux visualiser les zones qui doivent être traitées chirurgicalement, au prix d'un risque infectieux plus important et d'un geste chirurgical en zone inflammatoire et donc forcément plus hémorragique. Par ailleurs, cette technique est confrontée à la même limite technique car l'excision se fait aussi mécaniquement, au bistouri ou aux différents types de dermatomes. Cette excision se révèle souvent fastidieuses sur les reliefs de la face et expose parfois à l'excision en excès en profondeur.

>>> L'utilisation de l'hydrodissection pourrait être aussi une solution innovante, à condition d'en disposer facilement et de maîtriser son fonctionnement.

>>> Nous pensons que l'utilisation de l'acide benzoïque reste un bon compromis entre ces techniques, car il permet de délimiter spontanément et rapidement les tissus nécrosés en épargnant les tissus viables, donnant une vue claire des zones à opérer.

L'excision de l'escarre se fait le plus souvent de manière atraumatique et très peu hémorragique. Les pansements sont simples à réaliser mais douloureux et supposent donc un patient sédaté.

Son coût reste relativement peu important si on le compare à celui des pansements quotidiens pendant 10 à 15 jours. Il faut néanmoins rester prudent dans l'utilisation de ce procédé : il est difficile après application de l'acide benzoïque de surveiller la cicatrisation locale. Un aspect de bourgeonnement tardif reste tout de même une indication de greffe si l'on veut éviter au mieux les risques de

POINTS FORTS

- ➔ Respect des zones saines sans aggravation des lésions.
- ➔ Parage de l'escarre peu hémorragique.
- ➔ Permet une excision greffe précoce.
- ➔ Autorise l'utilisation de derme artificiel.
- ➔ Facilité d'utilisation.
- ➔ Coût relativement faible.
- ➔ Nécessité néanmoins d'un milieu de réanimation avec patient sédaté car douloureux.

cicatrices hypertrophiques, folliculites chroniques.

Il convient en effet d'avoir toujours à l'esprit la prévention chirurgicale des séquelles dès les premiers instants de la prise en charge.

Conclusion

Notre expérience des brûlures de la face rejoint celle d'autres équipes qui mettent en avant la difficulté que présente la prise en charge de ces brûlures particulières.

La présence de brûlures profondes impose une excision aussi précoce que possible, mais qui doit respecter les tissus sains afin de minimiser les séquelles.

Le recours au procédé de détersion par acide benzoïque permet justement de répondre à ce cahier des charges. Elle est accessible même à des équipes peu entraînées à condition de ne pas laisser en cicatrisation dirigée des zones bourgeonnantes. Quelle que soit la technique chirurgicale utilisée pour minimiser les séquelles, la rééducation précoce dès les premiers temps de la prise en charge reste un impératif, et l'inclusion des équipes de rééducation au sein des centres de brûlés reste un idéal à atteindre.

Bibliographie

1. LAKHEL A, PRADIER JP, BRACHET M *et al.* Chirurgie des brûlures graves au stade aigu. EMC – Techniques chirurgicales – *Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique*, 2008;1-36 [Article 45-157].
2. LEON-VILLAPALOS J, JESCHKE MG, HERNDON DN. Topical management of facial burns. *Burns*, 2008;34:903-911.
3. WARD RS, SAFFLE JR. Topical agents in burn and wound care. *Phys Ther*, 1995;75:526-538.
4. FOX CL. Silver sulfadiazine. A new topical therapy for pseudomonas infection in burns. *Arch Surg*, 1968;96:184-188.
5. ENGRAV LH, DONELAN MB. Face burns: acute care and reconstruction. *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery*, 1997;4:53-82.
6. HOOGWERF CJ *et al.* Burns to the head and neck: Epidemiology and predictors of surgery. *Burns*, 2013, [http:// dx.doi.org/10.1016/j.burns.2013.03.006](http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2013.03.006)
7. VOINCHET V, BARDOT J, ECHINARD C *et al.* Advantages of early burn excision and grafting in the treatment of burn injuries of the anterior cervical region. *Burns*, 1995;21:143-146.
8. COLE JK *et al.* Early excision and grafting of face and neck burns in patients over 20 years. *Plast Reconstr Surg*, 2002;109:1266-1273.
9. RENNEKAMPFF O, SCHALLER H, WISSER D *et al.* Debridement of burn wounds with a water jet surgical tool. *Burns*, 2006;32:64-69.
10. DUTEILLE F, PERROT P. Management of 2nd-degree facial burns using the Versajet™ hydro-surgery system and xenograft: A prospective evaluation of 20 cases. *Burns*, 2012;38:724-729.
11. KLASSEN HJ. A review on the nonoperative removal of necrotic tissue from burn wounds. *Burns*, 2000;26:207-222.

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

CAS CLINIQUE

Rhinoplastie tertiaire

→ J.B. DURON
Chirurgien Plasticien
PARIS.

Il s'agit d'une patiente de 28 ans qui a déjà bénéficié d'une rhinoplastie par voie fermée il y a 6 ans, suivie d'une reprise chirurgicale 1 an plus tard. Elle demande une amélioration esthétique et fonctionnelle. Elle présente une racine basse (niveau pupillaire), un V inversé, une asymétrie et une déviation de la pointe, une columelle procidente associée à une rétraction bilatérale des ailes, une saillie cartilagineuse de la columelle et un épatement des ailes nasaires (**fig. 1 à 4**). Sur le plan fonctionnel, elle se plaint d'une gêne obstructive bilatérale, plus importante à droite qu'à gauche.

L'examen retrouve une peau d'épaisseur moyenne, un toit ouvert avec quelques irrégularités osseuses, une perte de soutien de la pointe avec une plicature de la columelle au niveau de la saillie cartilagineuse visible lors de la pression postérieure. Sur le plan fonctionnel, il existe un collapsus bilatéral modéré de la valve interne et une déviation horizontale de la cloison à droite en endonasal.

Quel traitement proposeriez-vous à cette patiente ?

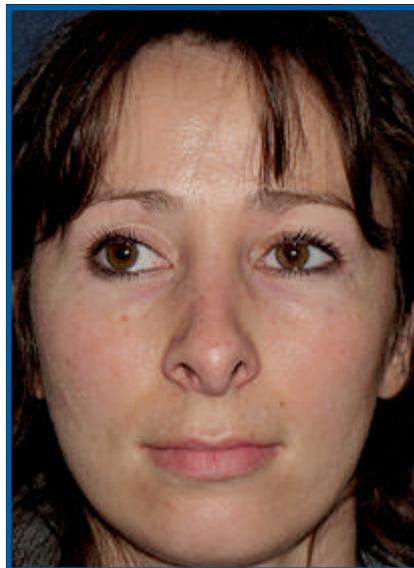


FIG. 1 : Face en préopératoire.

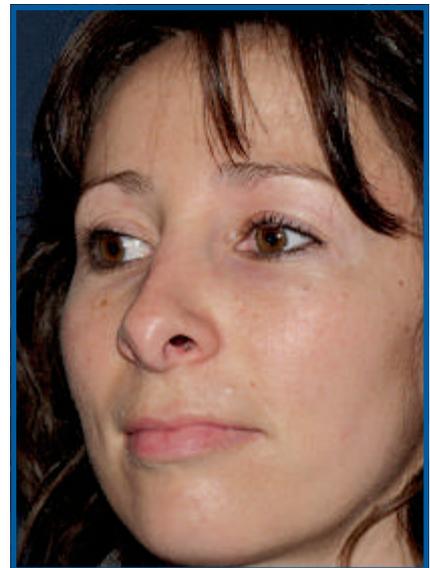


FIG. 2 : 3/4 en préopératoire.



FIG. 3 : Profil en préopératoire.



FIG. 4 : Vue semi-basale en préopératoire.

CAS CLINIQUE

L'intervention proposée s'est déroulée sous anesthésie générale.

Dans un premier temps, l'aponévrose temporale profonde droite ainsi que le cartilage de la conque droite ont été prélevés en vue d'un DCF (*Diced Cartilage in Fascia*) (fig. 5). Puis, après



FIG. 5 : Prélèvement pour DCS.

infiltration, une voie de Rethi complétée par une incision marginale bilatérale (légèrement décalée en céphalique en vue de greffes alaires) a permis d'exposer la structure ostéo-cartilagineuse du nez grâce à un décollement dans le plan sous-périchondral. Le dorsum a été décollé précautionneusement de façon à réaliser une loge d'accueil sur mesure pour le DCF. La dissection des crus mésiales a révélé une interruption de celles-ci. Le septum a ensuite été abordé et prélevé en conservant le L de soutien (cette résection a corrigé la déviation interne liée à un excès de longueur cartilagineux). Il ne paraissait pas nécessaire de décrocher le pied du septum de l'épine nasale.

Chaque déformation a ensuite été corrigée comme suit :

>>> Correction du V inversé et du collapsus de la valve interne : deux *spreader grafts* sont fabriqués à partir du prélèvement septal et suturés en place.

>>> Rétablissement du support de la pointe et de la continuité des crus mésiales : un étai columellaire fabriqué à partir du prélèvement septal est suturé aux deux parties de chaque crus mésiale afin de les solidariser et les renforcer.

>>> Rétablissement des rapport columello-alaire : un raccourcissement cartilagineux (4 mm) et muqueux (2 mm) ainsi qu'une suspension de l'étai au nouveau

bord caudal du septum (*Tongue in Groove* modifié) ont permis de remonter la columelle. En fin d'intervention, deux greffes alaires (confectionnées à partir du prélèvement septal) ont abaissé les ailes.

>>> Symétrisation des dômes et définition de la pointe avec des techniques de sutures transdomales. Pas d'utilisation de greffes dans ce cas.

>>> Correction du V inversé, rehaussement de la racine au niveau du pli palpébral supérieur et définition des lignes dorsales lumineuses : le dorsum a été reconstruit par DCF (aponévrose temporale profonde et conque) après petit abaissement de l'arête.

>>> Correction de l'épatement des ailes par résection des seuils nasaires.

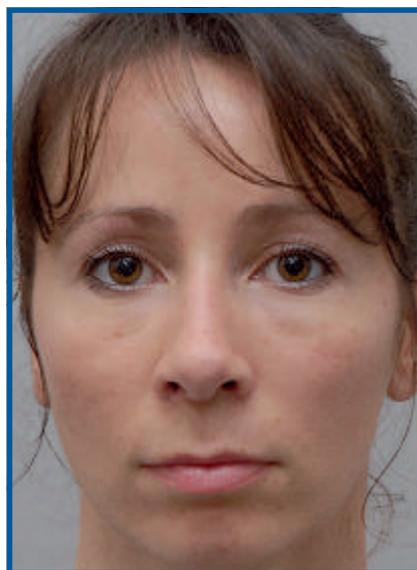


FIG. 6 : Face en postopératoire à 9 mois.

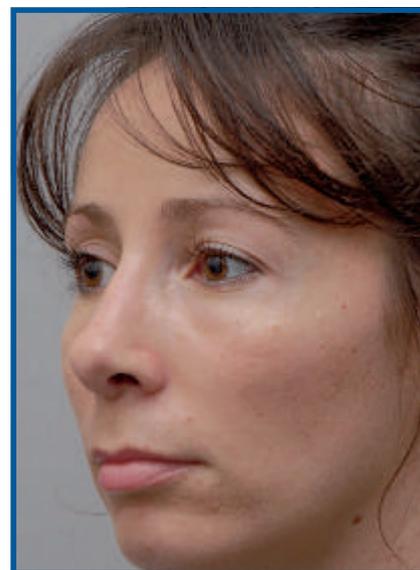


FIG. 7 : 3/4 en postopératoire à 9 mois.



FIG. 8 : Profil en postopératoire à 9 mois.

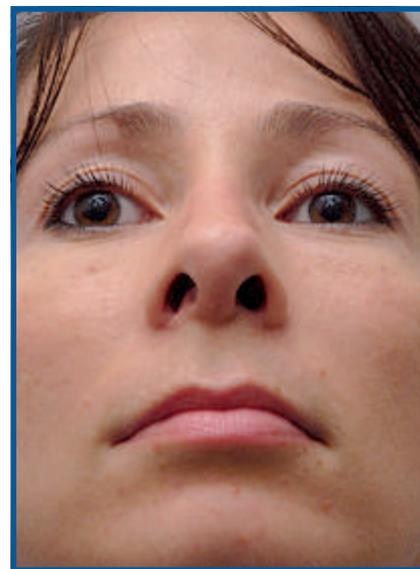


FIG. 9 : Vue semi-basale en postopératoire à 9 mois.

Discussion

Le résultat à 9 mois montre une amélioration considérable de l'aspect esthétique du nez dont la patiente est très satisfaite (fig. 6 à 9). On constate notamment une correction du V inversé, une restauration des lignes lumineuses dorsales, un repositionnement de l'angle naso-frontal et une amélioration des rapports columello-alaires. Sur le plan fonctionnel, il n'existe plus de gêne obstructive.

Cependant, on peut noter la persistance d'une légère rétraction des triangles mous. Pour la corriger, les greffes alaires auraient sans doute pu être mieux confectionnées ou positionnées (il ne

nous semble pas s'agir d'une indication de greffe composée). De même, l'angle de rotation de la pointe fait discuter une greffe infra-apicale.

En outre, même si la symétrie est obtenue de face, on remarque que la déviation septale n'est pas complètement corrigée sur la vue semi-basale. Une meilleure rectitude aurait probablement été obtenue en libérant totalement le septum de l'épine nasale afin de corriger la déviation jusqu'à son bord caudal par simple résection de l'excès de longueur à ce niveau et/ou d'autres gestes si nécessaires (avant de le refixer solidement à l'épine). De même, il persiste une légère asymétrie des dômes sur la vue semi-

basale (probable échec de la suture transdomale droite).

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

Vous auriez peut-être proposé un autre traitement ?

Pour réagir :
info@realites-chirplastique.com

réalités

Bulletin d'abonnement

Je m'abonne à
réalités en Chirurgie Plastique

Médecin

- 1 an : 60 €
- 2 ans : 95 €

Étudiant/Interne

- (joindre un justificatif)
- 1 an : 50 €
 - 2 ans : 70 €

Étranger

- (DOM-TOM compris)
- 1 an : 80 €
 - 2 ans : 120 €

Bulletin à retourner à :
PERFORMANCES MÉDICALES
91, AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE
75011 PARIS

Déductible des
frais professionnels

4
crédits
FMC/an

Nom

Prénom

Adresse

Ville

E-mail

Code postal

Règlement Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

Signature

Par carte bancaire (sauf American Express)

carte n°

cryptogramme date d'expiration

Mission Tchad : carnet de bord d'une interne en chirurgie plastique

RÉSUMÉ : Première mission humanitaire d'une interne en chirurgie plastique racontée sous la forme d'un carnet de bord. L'auteur partage son expérience sur un plan humain et professionnel, ses émotions, ses interrogations sur l'exercice humanitaire de la chirurgie plastique.



→ L. BOULART
CHU, AMIENS.

Je m'appête à vivre une aventure extraordinaire : passer 15 jours en mission au Tchad avec l'ONG Handicap Santé. C'est la concrétisation d'une idée mûrie pendant 5 années, née pendant la projection d'un documentaire en PCEM2 et confirmée au cours de rencontres avec le Docteur Patrick Knipper, chirurgien plasticien parisien. Cinq ans au cours desquels la chirurgie plastique humanitaire s'est peu à peu imposée à moi comme une vocation.

Cette application de la chirurgie plastique m'a séduite au début de mes études de médecine par son champ d'application spécifique : des pathologies rencontrées n'existant pas ou plus dans nos contrées, un cadre inhabituel de relations humaines et des méthodes thérapeutiques traditionnelles ancrées dans une culture différente. Pour y parvenir, il a fallu faire un tour exhaustif des rares ONG dédiées à la question, et prendre contact avec un nombre important de chirurgiens humanitaires. Quoique touchés par mon enthousiasme, leurs réponses étaient presque toujours négatives et c'est probablement à l'usure que je finis par persuader M. Knipper (président de l'ONG Interplast France) de m'emmener.

[Jour 0

Nous sommes à Roissy, il est 12 h 15, soit 4 h avant le départ de l'avion. Pour voyager, beaucoup d'enthousiasme et peu de bagages, ou plutôt 500 kg de matériel en soute qu'a réussi à rassembler, au cours des 6 derniers mois, Catherine la panseuse. Je rencontre alors toute l'équipe, composée de 2 anesthésistes, 2 chirurgiens orthopédistes, 1 plasticien, 1 panseuse, 1 infirmier anesthésiste, 1 infirmière pour le post-op et 1 logisticien : une petite armada !

[Jour 1

Moundou, deuxième ville du pays, 40° à l'ombre et une file interminable de patients qui nous attendent déjà. Ils ont été sélectionnés depuis Paris avec l'aide de l'équipe locale d'infirmiers et de kinés du centre. Ces patients et leurs familles ont été convoqués il y a 1 mois et se sont organisés pour traverser parfois tout le pays et rester plusieurs mois, le temps de la rééducation, au centre.

Nous sommes accueillis à la maison Notre-Dame de Paix, centre de rééducation et de réinsertion sociale fondé et tenu par des jésuites. Encadrées par le père Michel Guimbaud, environ 25

personnes, kinés, infirmières, appareilleurs, s'y affairant depuis 1989 pour accueillir et accompagner les patients venus de tout le pays.

La consultation dure jusqu'à la nuit. Le programme opératoire des 15 jours sera défini en fin de journée, en nous laissant la possibilité de caler des urgences. Je vais, pendant les jours à venir, découvrir autant de pathologies que de récits de courage...

Le rangement et la mise en place du bloc opératoire nous préviennent de tout héroïsme prématuré. Il faut tout reprendre depuis la dernière mission et constater que, si le matériel chirurgical accumulé regorge, il faudra faire avec les moyens du bord : lavage de main à la cruche, fenêtre en guise de négato, toiles d'araignées sur les brancards et simple couloir pour salle de réveil (*fig. 1*). Tout y est.



FIG. 1: Modestine en salle de réveil.

Jour 2

Nous recevons Modestine, calme, incroyablement mature pour ses 12 ans. Modestine souffre de séquelles de brûlures aux deux mains, ayant entraîné des rétractions majeures en flexion des poignets. Déjà venue l'an dernier pour une première opération de la main droite, elle reste imperturbable. Abel, l'infirmier du bloc, nous équipe en nous tendant, avec une pince non stérile, des casaques chaudes et humides qui ne font qu'empirer la sensation de moiteur dans laquelle nous baignons tous. Il fait 28° et la climatisation capricieuse n'offre que de trop temporaires répit. L'opération commence (*fig. 2*), l'indication de lambeau inguinal a été retenue. Après débridement de toute la face palmaire, une broche radio-carpienne, avec un vieux moteur Black & Decker, est mise en place pour lui maintenir le poignet en extension.

J'apprends alors que les pansements doivent être réalisés de façon beau-



FIG. 2: Préparation de l'anesthésie.

coup plus espacés qu'à notre habitude, devant le risque septique accru : les patients, qu'ils soient à l'hôpital ou au centre, se retrouvent dans des chambres à 10, sur des lits irrégulièrement nettoyés après leur départ. Autre spécificité de la chirurgie humanitaire : on préfère les fils résorbables permettant aux patients de repartir en brousse sans être revus.

Jour 3

Journée à thème Fentes (*fig. 3*). On réopère des patients dont la reconstruction n'a pas englobé la sangle musculaire. Nous devons tout reprendre depuis le début en appliquant la technique de Millard.

Je réalise que cette opération redonne un statut social au patient. Souvent en

CHIRURGIE HUMANITAIRE



FIG. 3 : L'équipe s'affaire autour de Fasiye avant qu'elle ne soit opérée pour reprise de fente labiale et vélaire.

Afrique, dans certaines communautés animistes, le bec de lièvre est considéré comme le fruit d'une malédiction ; le patient alors jugé comme malfaisant et parfois complètement ostracisé. Au-delà de l'ordre esthétique rétabli, notre geste permet une réelle réintégration sociale et doit parfois se faire en étroite collaboration avec les tradipraticiens. Notre travail est complémentaire du leur, puisqu'en intervenant sur la déformation nous n'agissons que sur la partie visible de la maladie. Pris en charge dans le respect de ses croyances, de ses traditions et de son environnement culturel, le malade se sentira réellement délivré lorsque le guérisseur aura exorcisé son mal : l'autre part de la maladie, elle, invisible.

De même, je comprends toute l'implication sociale que peut avoir la chirurgie plastique dans le cadre de l'humanitaire, au travers de l'histoire d'une femme défigurée par un Noma, bannie de son village et violée régulièrement. Du jour où elle a retrouvé un visage humain, les viols ont cessé.

Jour 4

L'urgence du jour, c'est un choc septique. Alors que la journée de bloc se termine, une famille nous attend ; elle a appris que

des Blancs opèrent. L'ainé, Célestin, a eu un accident de la voie publique ayant occasionné une fracture fermée de l'extrémité proximale de l'humérus et une fracture ouverte du poignet 6 jours plus tôt. Le tradipraticien qui a été consulté, faute de visite médicale, s'est fixé un ordre de priorité des plus étranges : il a soigné l'humérus et a refusé de toucher au poignet. Une odeur violente de putréfaction se dégage. L'amputation est obligatoire... Elle se finira à la lampe frontale faute de courant !

À peine familiarisée avec cet environnement opératoire, il me faut aussi rentrer dans un imaginaire du corps bien éloigné du mien. Pour Célestin, contre toute attente, cette amputation est un soulagement. Aucune leçon de relativisme sur le handicap, aucun travail de développement personnel comme on aurait pu s'y attendre. En perdant sa main, Célestin abandonne volontiers la charge qui lui incombait à l'ainé de la famille. Il n'est plus bon à "rapporter de l'argent" ; c'est son cadet qui devra renoncer à ses rêves de carrière dans la photographie pour endosser le rôle.

Son cas est loin d'être isolé. Honorine est venue à la première consultation : elle ne supporte plus sa jambe ulcérée

depuis 15 ans et qui ne cicatrise pas, alors qu'elle ne présente ni trouble sensitif ni déficit moteur. L'absence de prise en charge médicale crée ainsi un monde étrange, où l'on en vient à renoncer à ses membres sans autre forme d'inquiétude.

Jour 5

J'apprends aussi que la prise en charge médicale ne garantit rien aux patients, faute de formation locale adéquate. Nous opérons Marius, âgé de 1 mois, pour des brides amniotiques aux chevilles, responsables d'un important lymphœdème. Nous réalisons des plasties multiples en Z sur toute la circonférence. Malgré le succès de l'intervention, nous nous réveillons le lendemain en apprenant que Marius est mort, probablement d'un arrêt respiratoire secondaire à un surdosage en antalgiques.

Jour 6 – Jour 9

Il est surprenant de constater que dans un environnement aussi exceptionnel que cette mission, une douce routine s'est installée, mes marques sont prises, mon rôle d'interne dans cette mission est complètement défini (fig. 4 à 6).

La journée se déroule selon le même rythme : un petit déjeuner avec toute l'équipe à 7 h 30 à base de mauvais Nutella local, suivi d'un départ en 4×4 pour l'hôpital et les premières interventions à 8 h, après une courte visite des patients opérés la veille.

L'ambiance est sereine, la coordination de l'équipe parfaite, l'objectif des interventions sans discontinuer est atteint. Quand nous terminons le programme avant 19 h, nous retournons au centre pour faire les pansements qui, bien que l'équipe locale réalise un travail formidable, sont réalisés par nos soins dans le cadre de la mission (fig. 7).



FIG 4 : Les familles des patients les accompagnent le temps de la rééducation au centre.



FIG 5 : Les mères veillent.



FIG 6 : Les enfants du centre.

Les pansements sont les moments privilégiés qui nous rapprochent des patients et nous permettent, malgré la barrière du langage, au travers de regards et de gestes, d'aller à l'essentiel. La simplicité de ces échanges me frappe. Nous représentons une offre de soins inespérée, quasi providentielle. Nous sommes des étrangers, arrivons avec des techniques inconnues qui forcent une confiance quasi aveugle. En échappant à la complexité des relations que nouent les membres d'une même société, nous nous sommes trouvés gratifiés d'une extrême reconnaissance, que nous ne retrouvons plus toujours chez nos patients en France.

Chaque soir, de nouveaux arrivants emplissent la salle de consultations et sont rajoutés au programme. Des curiosités défilent et nous rappellent les limites de notre action, alors que nous sommes contraints de restreindre les indications chirurgicales en raison de la gravité des pathologies ou du manque de moyens d'investigations

Au fur et à mesure, j'écoute certains récits, qui me semblent plus improbables les uns que les autres : des accouchements aux méthodes impitoyables aux pratiques de corruption. J'apprends que pour se voir garantir l'accès à l'hôpital, le patient devra d'abord payer le gardien de l'hôpital, puis l'infirmier des urgences, en essayant de survivre jusqu'au lendemain pour éventuellement rencontrer un médecin.

Jour 10

Je n'ai pas de guide du Routard ni de bons plans pour loger chez l'habitant, mais à travers les plaies, je commence à comprendre comment les gens vivent. Comment est faite leur maison, ce qu'ils y font. À ce titre, les brûlures valent mieux que n'importe quel cliché : souvent nous viennent des enfants, des bébés brûlés au brasero laissé ouvert au milieu de la maison. La mère a laissé son bébé près du foyer de chaleur, il a roulé, l'accident est arrivé (fig. 8) ! La fréquence à laquelle revient cette histoire me rend perplexe : tout comme on perd une jambe, on peut perdre un membre de sa famille, faute d'attention.

Ozias, Falmata, Florence, Catherine défilent. Ils sont brûlés aux mains que des rétractions ont rendues inutilisables. Pour les guérir, nous enchaînons les mêmes gestes de débridement-ténoarthrolyse-brochage des métacouverture par greffe de peau pleine ± plasties en Z. Parfois, les brûlures prennent des formes plus impressionnantes, comme Justine ou Anour.

Justine, 9 ans, a été défigurée par le feu. Elle a déjà pu être opérée l'an dernier pour libérer sa bouche de son épaule grâce à une greffe de peau totale. Nous la reprenons pour libérer les brides importantes qui lui restent au niveau cervical postérieur et antérieur, axillaire et au pli du coude. Pour cela, nous réalisons des lambeaux de rotation occipital et sous-mental, une plastie en trident. Son ectropion est



FIG 7 : Xenaba, comme tant d'autres petites filles, presque imperturbable devant la douleur de nos soins.



FIG 8 : Ce bébé a roulé dans le brasero, son visage brûlé est en cours de cicatrisation; sa main droite a fondu. Il ne sera pas opéré en raison de son jeune âge.

CHIRURGIE HUMANITAIRE



FIG. 9 : Justine, avant l'intervention. Un grigri autour de sa taille qu'elle ne quitte pas.

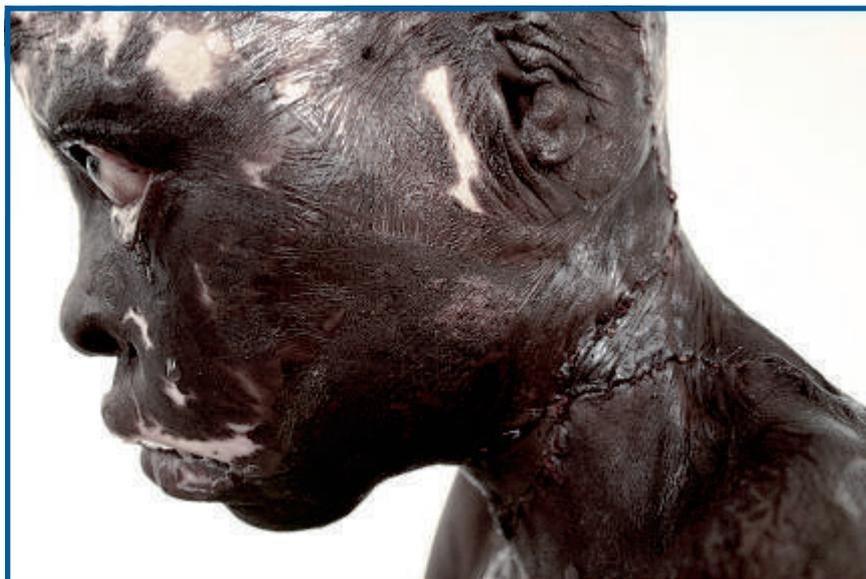


FIG. 10 : Justine, 14 post-op.

pris en charge dans un 3^e temps, par une greffe composite de cartilage de conque et peau rétro-auriculaire (*fig. 9 et 10*).

Anour, même âge, vit depuis 6 mois avec une brûlure de toute la face postérieure de la jambe et de la cuisse qui ne veut pas cicatriser; les nerfs sont à vifs, il est totalement dénutri tant la douleur l'empêche de s'alimenter. La cicatrisation tend à lui faire adopter un flessum de genou, qui empêche toute tentative de marche. Le cas est urgent, nous tentons une ténolyse au niveau du creux poplité pour récupérer une extension que nous recouvrons par un lambeau de saphène externe, toute la circonférence de sa cuisse controlatérale ne suffit pas à couvrir la perte de substance tant elle est grande.

Jour 13

Tous les patients ont été revus et les pansements refaits, les résultats sont satisfaisants, mais l'inquiétude de

partir en laissant des soins trop lourds ne me quitte pas : que va-t-il advenir de l'autonomisation du lambeau inguinal par l'infirmier local ? La rééducation, correctement faite, permettra-t-elle de recouvrer l'usage de leurs mains à tous ces enfants ?

Le départ est pour bientôt. Le spectacle que les enfants du centre ont préparé le rend un peu plus déchirant.

J'essaie de ne pas verser dans un mélodrame déplacé ! Je me suis si bien sentie humainement et techniquement, j'ai tellement appris. Le caractère inhabituel de la mission, par sa temporalité et les pathologies qu'elle nous expose, m'aura permis de reconsidérer la relation médecin-patient. C'est peut être cela qui donne sens à la pratique de la médecine dans un cadre humanitaire : elle n'est pas tant un geste généreux et désintéressé que la possibilité d'appréhender à nouveau, sous une forme exacerbée, l'état d'exception que représente la maladie, pour le patient et pour le

médecin à qui l'on apprend sans doute trop rapidement à se protéger pendant ses années d'études.

Calmons nous, nous n'avons pas sauvé l'Afrique ! Nous avons pu aider 88 patients, les réparer un peu. D'autres, et ils sont nombreux, attendent. Ils n'ont pas été sélectionnés pour la mission, espérons qu'ils le soient pour la prochaine. Espérons surtout qu'ils puissent un jour être traités par des médecins locaux, que nous puissions les former. Espérons et tentons d'avancer le plus concrètement possible d'ici là.

Bibliographie

1. Ethno chirurgie ou réflexions sur le regard de l'autre, en mission. P. Knipper. Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale 112(2011):385-387.
2. Peaux de chagrin : la chirurgie plastique au service de l'humanité. P. Knipper. Éditions Michel Lafon.

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

EXERCICE LIBÉRAL

Réduire ses impôts et préparer sa retraite !

RÉSUMÉ: Jeunes spécialistes et moins jeunes, vous voulez constituer un capital ou le dynamiser pour financer le projet de vos rêves ou encore, moins excitant mais nécessaire, gagner plus à la retraite... Le plus efficace est d'utiliser au mieux une partie des impôts que vous devez payer ; ils vous aideront à financer vos projets, en plus des loyers ou des rendements et des éventuelles plus-values de vos investissements.



→ C. BEL
Patrimoine Premier, PARIS.

Commencez le plus tôt possible ! Indolore et tellement efficace...

Plus vous commencez tôt, plus votre capital fera boule de neige ! Vous pourrez utiliser les impôts dus pour financer une partie du capital à constituer en profitant des avantages du moment ! Pour cela, choisissez des investissements que vous pourrez revendre facilement et profitez des opportunités que vous apporte la conjoncture.

Exemple : vous placez en assurance-vie 1 000 €/mois, à 3,50 % l'an durant 10 ans. Le capital constitué sera de 138 531 € au terme de 10 ans. Les plus jeunes pourront très bien commencer avec seulement 500 €/mois, voire moins. L'important est de commencer à constituer un capital.

Comment les impôts peuvent doper votre constitution de capital ?

Exemple : vous versez 1 000 €/mois, soit 12 000 €/an, sur un contrat Madelin ou un PERP (voir ci-dessous), et vous réalisez une économie d'impôt immédiate de 5 400 € (si tranche à 45 %). Vous investissez ce gain sur votre assurance-vie (vu ci-dessus). Et sur 10 ans, avec un rende-

ment de 3,5 %, cette fois le capital (loi Madelin ou PERP + assurance-vie) sera de 207 045 € à comparer au capital de 138 581 € (avec la seule assurance-vie) ! Efficace non ?

Payer moins d'impôts et constituer un capital pour vos projets : les solutions

Anticipez pour établir très rapidement votre provisionnel d'impôts, une stratégie fiscale et un budget en toute connaissance de cause.

>>> **La loi Madelin ou le PERP :** vous opérez des versements réguliers sur votre contrat qui sont déductibles de vos revenus (sous certaines conditions) ! Vous réalisez une économie immédiate dans votre tranche d'imposition jusqu'à 45 % ! Malheureusement, rien n'est parfait, l'inconvénient de ces formules est **l'obligation de sortie en rente au terme**. Alors panacher ces deux dispositifs et profiter de "la plus grande liquidité du PERP" (sous certaines conditions) et avec, entre autres, une sortie de 20 % en capital à la retraite (contre une rente totale en loi Madelin).

>>> **La loi Malraux :** Vous achetez un bien immobilier ancien dans un secteur sauvegardé pour le rénover. Puis,

EXERCICE LIBÉRAL

Glossaire

- **Contrat Madelin** : C'est un contrat, permettant aux professionnels libéraux notamment, de se constituer une retraite complémentaire par capitalisation, comme l'assurance-vie mais avec des avantages fiscaux en plus à l'entrée. La sortie du contrat se fait uniquement en rente au moment de la retraite. Contrat exonéré d'ISF durant la phase d'épargne et de retraite seulement si celui-ci a été détenu au moins 15 ans avant l'âge légal de départ en retraite ou la liquidation de la pension.
- **PERP** : C'est un contrat permettant à tous les professionnels quels qu'ils soient, y compris salariés, de se constituer une retraite complémentaire par capitalisation, comme l'assurance-vie mais avec des avantages fiscaux en plus à l'entrée. La sortie du contrat se fait en rente et/ou en capital dans la limite de 20 % au moment de la retraite. Ce contrat est également exonéré d'ISF aux mêmes conditions que la loi Madelin.
- **Déficit foncier** : L'investissement immobilier locatif en déficit foncier consiste à acheter un bien ancien pour le rénover ; les travaux assimilés à des dépenses sont déduits des loyers perçus. Le résultat est généralement négatif, cela s'appelle un déficit foncier ; ils peuvent réduire le revenu global ou les autres revenus fonciers. Vous pouvez ainsi réaliser d'importantes économies d'impôts sur une ou plusieurs années.
- **Nue-propiété** : La pleine propriété d'un bien peut être démembrée en deux parties : la nue-propiété et l'usufruit. Le nu-propiétaire est un propriétaire qui ne peut jouir du bien (ni l'occuper ni percevoir les loyers), tandis que l'usufruitier peut jouir du bien sans en disposer (il perçoit les loyers ou occupe le bien). En achetant un bien en nue-propiété (pour 10, 12 ou 15 ans), vous bénéficiez d'une décote sur le prix en pleine propriété. Au terme, l'usufruit rejoint la nue-propiété gratuitement et vous récupérez la pleine propriété.

vous le louez durant 9 ans. La réduction d'impôts est de 30 % sur le montant des travaux. Optez pour la formule VIR (vente d'immeuble à rénover) pour les garanties et la fiscalité des plus-values immobilières.

Exemple pour un médecin plus jeune : le Dr B. achète à crédit un appartement à Avignon cœur de ville pour 242 537 € travaux inclus. Les économies d'impôts sont estimées à 43 946 € sur les 3 premières années et dès 2013. L'effort d'épargne : 1 001 €/mois durant 17 ans. Le coût de l'opération peut être évalué à 194 583 €.

Exemple pour un médecin plus âgé : le Dr O. achète le même appartement mais le finance en crédit *in fine* et l'opération s'autofinance. Mêmes économies d'impôts mais le coût de l'opération est estimé à 164 934 €.

Vous pouvez revendre après 9 ans et rembourser par anticipation le prêt et récupérer ainsi un capital constitué à réinvestir dans d'autres projets ! Effet boule de neige garanti ! Vous pouvez également réaliser cet investissement en SCPI loi Malraux et déficit foncier, avec des budgets plus modestes et déclencher des économies d'impôts dès 2013.

>>> **Investissement immobilier en déficit foncier pour les titulaires de bénéfices fonciers (imposition jusqu'à 60,50 %)** : même démarche que la loi Malraux mais les travaux sont déductibles des revenus fonciers et du revenu global dans la limite de 10 700 € et au-delà sur les revenus fonciers des années suivantes.

>>> **Investissement en nue-propiété pour les titulaires de bénéfices fonciers (imposition jusqu'à 60,50 %)** : vous achetez un bien en nue-propiété à crédit. Les intérêts d'emprunt sont déduits des autres revenus fonciers et vous réalisez ainsi l'économie d'impôt. En n'achetant que la nue-propiété d'un bien, vous bénéficiez d'une décote de 35 à 55 % sur son prix d'achat. En contrepartie, vous ne percevez pas de revenus durant 12, 15 ou 18 ans. Vous récupérez la pleine propriété du bien au terme (12, 15 ou 18 ans) !

Exemple : le Dr F. achète à crédit un appartement en nue-propiété à Levallois pour 352 050 € :

- économie d'impôts totale sur 16 ans estimée à 124 711 € ;
- pour un bien dont la valeur en pleine propriété est de 640 091 € ;
- effort d'épargne/mois estimé à (apport de 130 000 €) 1 471 €.

Précisions : tous les investissements vus ci-dessus sont hors niches fiscales.

À la retraite : quels revenus ? Comment faire face ?

La retraite des spécialistes représente 33 984 €/an en 2011 (source CARMF) ; d'où l'intérêt de commencer le plus tôt possible à constituer un capital.

Exemple : retraite du Dr F. estimée à 36 000 €. Revenus d'activité de 300 000 €. Il souhaite des revenus de 100 000 € durant la retraite. Son patrimoine devra donc produire des revenus complémentaires de 64 000 €. Sur la base d'un revenu de 3,5 %, le capital nécessaire est de 64 000 €/3,5% = 1 828 571 €. Le Docteur F. constitue un capital de 640 091 € (avant revalorisation) en immobilier nue-propiété (vu ci-dessus) grâce aux économies d'impôts, en plus des contrats d'assurance-vie, Madelin, PERP, comptes titres déjà constitués par ailleurs. Il doit poursuivre sa démarche.

Et la retraite, comment ça marche ?

La réforme des retraites (à valider par le Sénat) se fait dans la continuité : aug-

mentation des cotisations, départ plus tardif et pension en baisse... Les personnes de 56 ans et plus aujourd'hui ne seraient pas concernées.

Votre retraite = pension du régime de base + pensions des régimes complémentaire et supplémentaire.

>>> Régime de base: pour décrocher la retraite pleine sans décote, il faut avoir:

- entre 61 et 62 ans (selon votre année de naissance) et le nombre de trimestres requis. **Exemple:** le Dr A. né en 1953 doit avoir 165 trimestres pour partir à 61 ans et 2 mois;
- entre 65 et 67 ans (selon votre année de naissance): ainsi, le Dr C. né en 1956 peut partir à 67 ans quel que soit le nombre de trimestres acquis. Idem pour le Docteur U. né en 1973 (avant et après la réforme).

Si ces conditions ne sont pas remplies, une décote est appliquée sur la retraite. Ainsi, le Docteur A. né en 1953 part à 64 ans et 162 trimestres. Sa décote est de 3,75 %.

La réforme actuelle augmenterait le nombre de trimestres à acquérir de 6, entre 2020 de 2035! Entre autres...

>>> Il faut donc chasser les trimestres: ils valent de l'or!

Pour les plus jeunes: lorsque vous êtes interne, vous bénéficiez de 4 trimestres par an... En cas de paternité, vous pouvez également acquérir des trimestres à partager avec la mère (sous certaines conditions)...

Pour les plus anciens: faites réaliser votre reconstitution de carrière et chasser les trimestres manquants, indispen-

sables après la réforme, pour bénéficier de l'actuel cumul emploi/retraite (jusqu'au 1/1/2015) sans plafond de ressources et pour décrocher une retraite à taux plein.

>>> **Racheter des trimestres:** c'est un moyen pour partir plus tôt à la retraite, mais il faut en calculer le coût. Pour les plus jeunes: oublier!

>>> **Régime complémentaire et de l'avantage social de vieillesse (ASV):** pour une retraite pleine, vous devez partir à l'âge de 65 ans, sinon, une décote est appliquée dans ces deux régimes.

Conclusion

Vous l'aurez compris, il convient d'anticiper le plus tôt possible pour établir des stratégies fiscales et patrimoniales pour un capital le plus élevé possible!



→ **M. GIANFERMI, Q. QASSEMYAR**

Service de chirurgie Plastique, Esthétique et Reconstructive, CHU Nord, AMIENS.

Le bodylift inférieur : technique chirurgicale

Ce supplément vidéo présente la technique chirurgicale d'un bodylift inférieur. Lors du temps postérieur, des lambeaux fessiers de comblement selon Le Louarn et Pascal sont réalisés et positionnés dans une loge disséquée dans la fesse, sous l'aponévrose du muscle grand fessier. Une greffe adipocytaire est réalisée en complément au niveau du pôle inférieur de la fesse pour compléter le galbe.

Le temps antérieur est classique, avec une lipoaspiration sous-ombilicale pour ménager les lymphatiques et des points de haute tension supérieure

Retrouvez cette vidéo :

– à partir du flashcode* suivant

– en suivant le lien :

<http://tinyurl.com/bodylift-technique>



* 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.

Votre visage s'habille en **SCULPTRA®** !

[Acide L-poly lactique injectable]



[Marquage CE depuis 1999]

Redonnez du **volume** à votre **VISAGE!**

Avec **Sculptra®**, atténuez
les premiers signes
du vieillissement et conservez
votre apparence dynamique

Avec **Sculptra®**,
vous disposez
d'une solution adaptée pour
rajeunir votre visage
de façon naturelle,
progressive et durable
jusqu'à 2 ans⁽¹⁾

SCULPTRA® est un dispositif médical implantable, biocompatible, biodégradable et injectable à base d'acide L-poly lactique. Il est indiqué pour l'augmentation de volume de zones déprimées, notamment la correction des dépressions cutanées liées au vieillissement des tissus telles que les ridules, rides, sillons, et cicatrices.⁽²⁾

Ce dispositif médical de classe III CE0459 est un produit de santé réglementé qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur les fiches produits. Fabricant : Valeant Pharmaceuticals North America LLC 700 route, 202/206 North Bridgewater, NJ 08807 United States. CE représentant : PharmaSwiss Ceska republika s.r.o Jankovcova 1569-2c, 17000 Praha 7, Czech Republic. Distributeur : Sinclair Pharma, 35 rue d'Artois, 75008 Paris, France.

EFFETS SECONDAIRES⁽²⁾

Comme après toute injection, il existe de possibles effets secondaires qui doivent vous être décrits par votre praticien avant la séance. Des effets secondaires habituellement liés aux injections peuvent se produire : saignements transitoires de la taille d'une pointe d'aiguille ou douleur transitoire; rougeurs localisées au point d'injection; ecchymoses, hématomes, voire léger œdème, disparaissant dans la plupart des cas en 2 à 6 jours. La formation de nodules a été signalée. Des papules sous-cutanées, invisibles mais palpables, des nodules visibles y compris des nodules périorbitaux ou des zones indurées ont été rapportées dans la zone d'injection, et peuvent correspondre à une surcorrection. La formation de nodules est quelquefois associée à une inflammation ou à une décoloration. La survenue précoce de nodules sous-cutanés au site d'injection (dans les 3 à 6 semaines après le traitement) peut être limitée en respectant les techniques de dilution et d'injection recommandées. La survenue tardive de ces nodules (de 1 à 14 mois post-injection) a été signalée avec une durée parfois prolongée jusqu'à 2 ans. D'autres effets secondaires rares ont été rapportés tels qu'abcès au site d'injection, infections au site d'injection incluant des cellulites (faciales), infections staphylococciques, formation tardive de granulomes, réaction allergique, urticaire au site d'injection, hypertrophie ou atrophie cutanée au site d'injection, angioedème, télangiectasie, sarcoïdose cutanée, cicatrice, décoloration de la peau. Il vous est conseillé de signaler à votre médecin tout effet secondaire persistant plus d'une semaine afin qu'il vous prescrive un traitement approprié.

MISES EN GARDE⁽²⁾

Des précautions doivent être prises pour éviter toute injection dans les vaisseaux sanguins. Une effraction vasculaire pourrait occlure les vaisseaux et causer une nécrose cutanée ou une embolisation.

Le traitement par produit volumateur du visage peut nécessiter plusieurs retouches dans le temps pour atteindre la correction souhaitée.

(1) Narins RS and al. A randomized study of the efficacy and safety of injectable poly-L-lactic acid versus human-based collagen implant in the treatment of nasolabial fold wrinkles, J Am Acad Dermatol. 2010 Mar; 62 (3): 448-62. Méthodologie : étude multicentrique d'efficacité et de sécurité, randomisée, en 2 groupes parallèles sur 13 mois sur 233 patientes : 116 recevant 1 à 4 injections de Sculptra® et 113 recevant 1 à 4 implants de collagène avec évaluation du score des rides puis poursuite de l'étude sur 25 mois sur 106 patientes ayant reçu Sculptra®.

(2) Notice produit.

SINCLAIR