

réalités



Bimestriel #

17

• Septembre 2016

en CHIRURGIE PLASTIQUE



Le billet d'humeur de A. Gotman

Chirurgie mammaire et allaitement

Lipofilling médio-facial peropératoire par voie de lifting

Prise en charge actuelle des panaris pulpaire

Lambeau perforant antérolatéral de cuisse fin en chirurgie reconstructrice

Poches malaïres : choix des traitements chirurgicaux

Supplément vidéo : Abdominal etching

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

L'identité au scalpel

La chirurgie esthétique et l'individu moderne



→ **A. GOTMAN**
Directrice de Recherche au CNRS,
PARIS.

Où commence la chirurgie esthétique et jusqu'où ira-t-elle ? En quoi nous importe-t-elle et que nous fait-elle, que nous voulions en bénéficier ou pas ? Que nous dit-elle de la société dans laquelle nous vivons ? De quelles normes est-elle l'expression ? D'un désir immémorial de beauté ? Pas si sûr. C'est en adoptant une approche à la fois historique, juridique, sociologique, psychologique et anthropologique – en envisageant autrement dit la chirurgie esthétique comme un fait de culture – que les enjeux de cette pratique en pleine effervescence apparaîtront dans leur véritable dimension. Quelques remarques pourront nous en convaincre.

La chirurgie esthétique, quelles frontières ?

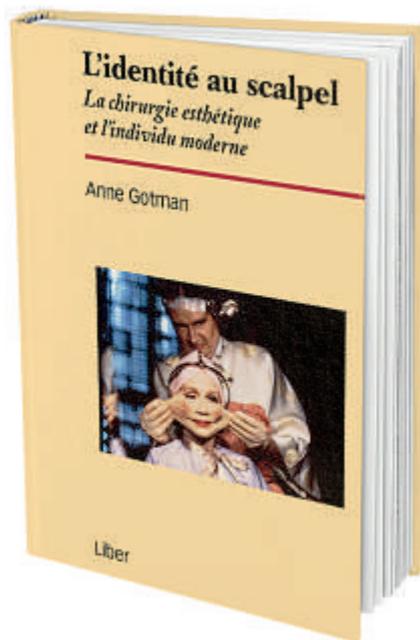
Ce n'est un secret pour personne : la chirurgie ne se laisse pas aisément définir. Hormis les critères de solidarité collective et de prise en charge des interventions par la Sécurité sociale, il n'est pas simple, pour le profane, de s'y retrouver. On a écrit des pages et des pages sur les frontières entre chirurgie reconstructive, chirurgie plastique et chirurgie esthétique, sur la légitimité, autrement dit, de cette dernière, et il est de plus en plus de partisans d'un abandon pur et simple de cette épineuse question.

Qu'importe en effet que l'on ait affaire au domaine du normal ou du pathologique, que l'on s'adresse à des pathologies accidentelles ou congénitales, ou à des individus normaux ? Toute chirurgie esthétique n'est-elle pas reconstructive et toute chirurgie reconstructive n'est-elle pas esthétique, comme l'affirment certains. Certes. Mais il faut alors admettre qu'en abolissant l'idée même de frontière – celle-là même qui est créatrice de la médecine – et en travaillant à la promotion d'un domaine dont l'extension est indéfinie, on œuvre à la mise en disponibilité du corps humain, elle aussi indéfinie.

La chirurgie esthétique : choix personnel ou impératif social ?

Une femme qui s'est faite faire un *lifting* cervicofacial et une abdominoplastie déclare : "La chirurgie, c'est que du bonheur !" Elle a repris la main sur sa vie, gardé le contrôle,

BILLET D'HUMEUR



conjuré la peur de vieillir et, plus généralement, la peur de perdre. Renarcissisée, elle se sent à nouveau elle-même. Pourtant, la crainte d'y prendre goût et de glisser vers l'addiction est là. Car il y va de la chirurgie esthétique comme de toutes les bonnes choses, il est des limites à ne pas franchir et une tempérance à observer pour ne pas succomber à la tentation de toujours refaire autre chose. Le "physique", autonomisé en tant que support de changement, d'amélioration mais aussi de standardisation, se fait plus exigeant à mesure des progrès de l'art. Plus il est aisé de se rapprocher des standards physiques, plus on est conduit à scruter tout ce qui en dévie.

De fait, le processus de normalisation est en marche, dûment anticipé par un chirurgien qui, en 1933, déclarait : "Dans vingt ans, il sera aussi inconvenant d'être laid et de paraître vieux que d'avoir l'air sale." À la même époque, Suzanne Noël tenait la chirurgie esthétique pour un progrès social, l'équivalent d'un diplôme supplémentaire. En tout état de cause, la pression est là : à partir du moment où la chirurgie esthétique est entrée dans les mœurs, nous sommes tous embarqués,

compromis, qu'on en recherche ou pas le secours. Qui s'y dérobe, peut en effet se voir accusé de négligence.

Le psychisme : atout ou alibi ?

On a écrit à propos de la chirurgie esthétique que c'était une psychothérapie chirurgicale. Opérez l'extérieur, dit-on, vous guérez l'intérieur. La chirurgie esthétique, dit-on encore, procure une guérison mentale. Pourtant, l'argument peut se retourner contre la profession. Les juges ont parfois invoqué la gravité de l'état psychique du patient en faveur du praticien, mais aussi en sa défaveur, considérant qu'une affection psychique grave ne relevait précisément pas de la chirurgie esthétique. Complexe d'infériorité, trouble de l'estime de soi, dysfonctionnement du schéma corporel, trouble de l'image du corps : toutes ces détresses assurent la mission thérapeutique de la chirurgie esthétique.

Mais alors, comment distinguer la bonne demande – les patients bons à opérer – de la folle demande susceptible de nuire au patient et, éventuellement, au médecin ? La question reste posée. D'autant que les patients, de leur côté, ont appris à psychologiser leur discours et à se couler dans une rhétorique argumentative, faisant valoir les retentissements de leurs disgrâces sur le moral et l'équilibre psychique. Mais tous ne s'entendraient-ils pas aussi pour court-circuiter des désordres (manque, absence) dont ni le patient ni le praticien n'ont intérêt à connaître ?

La beauté ou la conformité ?

Quel est l'objet, au juste, de la chirurgie esthétique ? Il apparaît en fait que celle-ci prospère sur le vaste marché de l'insatisfaction du corps qui, de toutes parts, progresse régulièrement parmi les femmes et de plus en plus parmi les hommes. Le

phénomène est à ce point général qu'on a pu le qualifier de "mécontentement normal", dont un indicateur – le *Body image disturbance* – mesure désormais la prévalence. Cette normalisation de l'insatisfaction va de pair avec la prolifération des moyens et des techniques d'amélioration et d'embellissement, les uns suscitant les autres et réciproquement. Car, on ne le dira jamais assez, si la chirurgie esthétique résout des problèmes d'insatisfaction, elle en suscite tout autant.

Plus que la beauté, c'est donc la recherche de performance et de conformité qui guide les patients vers la chirurgie esthétique. Se rapprocher de standards moyens : c'est sous cette forme accessible à tous que se décline désormais la beauté ; c'est au nom d'un droit à l'égalité des chances que la chirurgie esthétique ferait œuvre de justice sociale. C'est pour promettre un égal accès au marché qu'elle libéralise les corps, les lisse, les homogénéise et les instrumentalise comme ressources de continuelle optimisation, tendant, ce faisant, à imposer au sujet – *designer* de son propre corps – un nouveau type : le "type chirurgicalement modifié".

L'identité est-elle en cause ?

"Maintenant je suis moi", déclare une femme de 75 ans qui, venant de se faire un *lifting*, se voit enfin délivrée d'une image parasitée par celle de sa mère. "Je suis moi" : pure de toute ressemblance, délivrée de toute scorie généalogique. Chacun désormais se sent plus ou moins lui-même et plus ou moins satisfait moralement de soi ; et chacun peut y travailler. Mais toute intervention sollicite-t-elle la question identitaire ? À l'ère des retouches et des techniques moins invasives, n'a-t-on pas affaire à un geste banalisé de reprise de détail qui n'affecte que très résiduellement l'identité ? Un geste qui corrige l'effet miroir et regarde vers l'avenir plus que

vers le passé ? Un geste somme toute anodin (*no big deal*), signe même de proactivité. Ou bien est-elle, comme le déclarait la patiente évoquée plus haut, “un acte philosophique” ?

Certains se confient à des mains expertes comme on va chez le dentiste. Ils savent que c’est un mauvais moment à passer, délégué sans états d’âme à l’homme de l’art, une épreuve éventuellement recherchée par défi. Ce peut être aussi une performance, l’acte courageux de celles et ceux qui bravent la peur, évacuent les obstacles corporels avec optimisme et détermination quand le corps inadéquat vient perturber la faculté de se projeter.

Certains se soumettent au regard de l’autre (individuel ou social) selon un principe d’hétérodétermination qui n’appelle pas de grands remaniements identitaires. D’autres répondent aux exigences d’une image autogérée de soi, à partir d’une autodétermination qui implique de négocier des facteurs de troubles identitaires.

Dans les deux cas, il y a passage du corps de naissance au corps idéalisé, dédoublement du corps propre et du corps iconique. Et transgression, celle-ci voulue pour elle-même ou surmontée avec d’autant plus de difficulté que la société réclame de tous une adhésion à la valeur d’authenticité.

Le miroir brisé

Parce qu’il sera de plus en plus difficile de se dérober à son consentement, la chirurgie esthétique grignote pas à pas la conception que nous nous faisons de notre propre corps qu’elle objective, découpe, cisèle, et ce y compris à notre corps défendant. Voué à s’interroger sur la valeur de ses traits, l’individu moderne peut tenter divers essayages, briser le miroir des appartenances, s’affranchir de regrettables ressemblances, parfaire un visage ou un corps défectueux, conjurer la peur de l’âge. Il en a le choix, comme celui de se jouer de la peur du temps, de l’angoisse érotique et de la castration.

SUPPLÉMENT VIDÉO



→ J. NIDDAM

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

Abdominal etching

Ce film décrit la technique d’*abdominal etching*. À l’aide d’une lipoaspiration superficielle, les reliefs musculaires des grands droits de l’abdomen sont mis en évidence. L’*abdominal etching* peut être associée à une lipoaspiration classique, afin de faire ressortir le fameux *six-pack* abdominal.

Retrouvez cette vidéo :

– à partir du flashcode* suivant :



* 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.

– en suivant le lien :

<http://realites-chirplastique.com/abdominal-etching>



CUMEG : Certificat Universitaire de Médecine Esthétique Génitale



Chères Consœurs, Chers Confrères,

Pour compléter la formation du DUTIC (DU de techniques d'injection et de comblement), nous vous proposons une formation diplômante sous la forme d'un Certificat universitaire unique en France et en Europe en Gynécologie esthétique plastique et en Restauration génitale chez la femme et chez l'homme : le CUMEG.

Déroulement : Certificat sur 2 journées : **jeudi 1^{er} décembre et vendredi 2 décembre 2016** à la Faculté de médecine de Créteil (UPEC).

Objectif : Découvrir et/ou parfaire les méthodes de restauration génitale chez l'homme et chez la femme grâce aux nouvelles techniques de chirurgie intime, gynécologique fonctionnelle, réparatrice et esthétique.

Propos : La chirurgie intime et la gynécologie esthétique sont en plein essor. Dans le monde actuel, les femmes et les hommes ont changé leur représentation de l'intime. La demande existe depuis longtemps, mais peu de praticiens y répondent par méconnaissance des enjeux, des indications, des techniques, des limites et des complications possibles. Loin d'un phénomène de mode, de nombreuses femmes souhaitent bénéficier de ces nouvelles méthodes de restauration génitale et les hommes désirent conserver une sexualité de qualité à tout âge.

Ces techniques touchent bien sûr les femmes jeunes dans un désir d'amélioration de leur sexualité et d'embellissement esthétique génital, mais aussi toutes les femmes souffrantes en *post-partum*, au cours d'une ménopause invalidante, ou dans les suites de cancer ou de chirurgie gynécologique. Les hommes demandeurs, quant à eux, souhaitent à la fois améliorer l'aspect esthétique mais aussi conserver leur puissance sexuelle.

Aujourd'hui, grâce à de nouvelles armes thérapeutiques telles que l'acide hyaluronique, la graisse, le PRP, les lasers, la radiofréquence, les LED et des actes chirurgicaux simples, de nombreuses solutions efficaces peuvent être proposées.

- Une équipe unique de spécialistes : gynécologues médicaux et chirurgicaux, plasticiens, urologues, sexologues, kinésithérapeutes, psychologues...
- Des orateurs de renom : Pr Bernard-Jean Paniel, Pr Pierre Mares, Pr René Yiou, Pr Jean-Paul Meningaud, Dr Barbara Hersant, Dr David Elia, Dr Gaoussou Touré, Dr Luc Benichou, Dr Nicolas Berreni, Dr Delphine Haddad, Mme Aurélie Blaugy, Dr Stéphane Bounan, Mme Catherine Blanc, Dr Laurent Benadiba...

Préprogramme et inscription* via le site : www.dutic.info (onglet CUMEG)
ou auprès du responsable de l'enseignement **uniquement par e-mail :**
laurentbenadiba@orange.fr

* Le nombre de places étant limité, les préinscriptions sont ouvertes dès à présent auprès du Dr Laurent BENADIBA et uniquement par e-mail (joindre CV abrégé et une lettre de motivation).

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 E. Delay, 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. Labbé, 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 C. Baptista, Dr A. Bonte,
Dr P. Burnier, Dr J. Fernandez, Dr C. Herlin,
Dr W. Noël, Dr Q. Qassemlyar, Dr B. Sarfati

RÉDACTEURS EN CHEF

Dr J. Quilichini, Dr J. Niddam

ILLUSTRATION MÉDICALE

Dr W. Noël

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

RÉALITÉS EN CHIRURGIE PLASTIQUE

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

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

A. Le Fur, M. Meissel

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

J. Delorme

IMPRIMERIE

Impression : bialec
23, allée des Grands-Pâquis
54180 Heillecourt
Commission Paritaire : 0517 T 91811
ISSN : 2268-3003
Dépôt légal : 3^e trimestre 2016



Septembre 2016 #17

↳ BILLET D'HUMEUR

- 3** L'identité au scalpel
La chirurgie esthétique
et l'individu moderne
A. Gotman

↳ SUPPLÉMENT VIDÉO

- 5** Abdominal etching
J. Niddam

↳ SEINS

- 8** Chirurgie mammaire et allaitement
R. Abs

↳ ESTHÉTIQUE

- 12** Le lipofilling médio-facial
peropérateur par voie de lifting :
une nouvelle technique d'injection
C. Clerico

↳ MAINS

- 18** Prise en charge actuelle des panaris
pulpaire
S. Carmès, C. Dumontier

↳ RECONSTRUCTION

- 24** Le lambeau perforant antérolatéral de
cuisse fin en chirurgie reconstructrice
O. Camuzard, A. Debelmas,
Q. Qassemlyar

↳ FACE

- 32** Poches malaïres :
formes anatomo-cliniques et choix
des traitements chirurgicaux
P. Escalas

Un bulletin d'abonnement est en page 17.

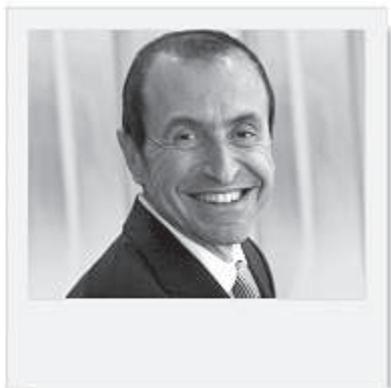
Image de couverture : W. Noël.

www.realites-chirplastique.com

Chirurgie mammaire et allaitement

RÉSUMÉ : La chirurgie mammaire, qu'elle soit d'augmentation, de réduction ou de cure de ptôse, ne compromet pas l'allaitement maternel. Toutefois, il est prudent de prévoir des difficultés d'allaitement lorsqu'une femme a bénéficié d'une chirurgie mammaire, surtout pour le premier enfant suivant l'intervention.

Enfin, trois situations au cours d'une chirurgie mammaire peuvent compromettre l'allaitement maternel : la désinvagination du mamelon ombiliqué, la réduction mammaire selon la technique de Thorek et la complication de perte du mamelon par nécrose.



→ **R. ABS**
Chirurgie plastique et esthétique,
MARSEILLE.

La COFAM (Coordination française pour l'allaitement maternel), association œuvrant à la protection et au soutien de l'allaitement maternel, m'a contacté dernièrement pour évoquer les conséquences de la chirurgie mammaire sur l'allaitement maternel. Cette sollicitation est l'occasion de se pencher sur ledit aspect fonctionnel de notre chirurgie morphologique.

Les fiches d'information de la SoFCPRE (Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique) mentionnent la possibilité d'allaiter après une plastie mammaire (réduction, cure de ptôse ou augmentation). Elles précisent notamment qu'une grossesse ultérieure "*est bien évidemment possible ainsi qu'un allaitement*", mais conseillent "*d'attendre au moins six mois après l'intervention*".

Les plasties mammaires peuvent être effectuées chez la femme à partir de 15 ans. Lorsque les patientes expriment le souhait de bénéficier d'une telle chirurgie, les plus jeunes ne pensent pas forcément à une future maternité et un allaitement éventuel, mais la grande majorité des chirurgiens aborde ce sujet avec elles et leur annoncent qu'elles pourront allaiter [1].

Certains leur conseillent d'éviter une grossesse et l'allaitement les premières années suivant la chirurgie par crainte, semble-t-il, que les variations du volume des seins provoquées par la grossesse et l'allaitement n'entraînent des modifications morphologiques et des cicatrices inesthétiques pour les patientes.

Prothèses mammaires

De plus en plus de femmes se font poser des implants mammaires. L'insertion des prothèses peut se faire par une incision péri-aréolaire, axillaire ou sous-mammaire.

Si l'incision péri-aréolaire peut impacter négativement l'allaitement, les autres voies d'abord n'ont en principe aucune conséquence sur la capacité fonctionnelle de la glande mammaire. Il se peut néanmoins que l'implant comprime ladite glande, surtout s'il est placé en rétroglandulaire, s'il est volumineux et en cas de formation d'une coque, ce qui peut provoquer une légère atrophie de la glande mammaire.

La petite taille des seins, qui amène les femmes à demander la pose d'implants, peut résulter aussi d'une agénésie ou d'une hypogénésie de la glande mam-

maire, responsable en soi d'une production lactée insuffisante. Cela est toutefois tempéré par des études selon lesquelles l'allaitement ne dépendrait pas de la quantité de tissu glandulaire contenu dans le sein. Des difficultés peuvent également se poser en cas de sein tubéreux ou d'asymétrie majeure.

Quoi qu'il en soit et quel que soit le cas de figure, le comportement des femmes ayant bénéficié d'une augmentation mammaire tend généralement vers un taux moindre d'allaitement maternel, comparativement aux femmes qui n'ont pas eu recours à ce type de chirurgie [2, 3].

Plastie de réduction mammaire

La quantité de tissu glandulaire restant après une réduction mammaire peut se révéler insuffisante pour assurer la sécrétion lactée nécessaire à l'allaitement. Les vaisseaux sanguins lésés peuvent en effet ne plus assurer une vascularisation satisfaisante des alvéoles sécrétoires. Des lésions des nerfs peuvent aussi interférer avec le réflexe d'éjection et la sécrétion des hormones de la lactation. Le sein est en effet innervé par une branche du quatrième nerf intercostal, lequel chemine en profondeur dans le quadrant inféro-latéral du sein et devient plus superficiel à hauteur de l'aréole. La section des canaux lactifères empêche l'écoulement du lait s'il n'y a pas de recanalisation.

Une étude portant sur l'allaitement maternel selon le type de pédicule utilisé en réduction mammaire fait état d'un taux de réussite de l'allaitement maternel de 71 % avec un pédicule supérieur, de 77 % avec un pédicule inférieur et de 63 % avec un bipédicule. Cela étant, 22 % des femmes ayant bénéficié d'une plastie de réduction mammaire n'ont pas tenté du tout d'allaiter après l'intervention. Par ailleurs, aucune relation n'a été identifiée entre la quantité du tissu

POINTS FORTS

- ➔ L'allaitement ne nuit pas à l'esthétique du sein. Il le protège notamment de la pathologie cancéreuse.
- ➔ Il est prudent d'attendre au moins 6 mois après l'intervention.
- ➔ La lipoaspiration mérite une mention spéciale chez la jeune fille désirant réduire le volume de sa poitrine et sauvegarder toutes ses capacités d'allaitement futur. Elle transforme l'hypertrophie en ptôse mammaire, respectant intégralement le tissu glandulaire et l'innervation du sein.

mammaire réséqué et l'habileté à l'allaitement maternel [4].

Enlever une grande quantité de sein peut affecter la lactation de diverses façons. Certaines études ont montré qu'il n'y avait pas de différence d'allaitement entre le groupe de femmes ayant bénéficié d'une chirurgie de réduction et le groupe témoin [5-8].

D'autres publications prouvent le contraire, faisant état de trois fois plus de difficultés d'allaitement après une chirurgie mammaire [9-11].

Enfin, la technique de réduction mammaire par lipoaspiration, lorsqu'elle est possible ou indiquée, permet de préserver l'allaitement maternel. Mais outre le fait qu'en débarrassant la glande mammaire des tissus adipeux environnants, elle transforme l'hypertrophie mammaire en ptôse mammaire. Elle n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie, même si l'on retire plus de 300 g par sein.

Si l'on se retrouve devant une jeune fille souffrant d'une poitrine trop volumineuse à composante adipeuse prédominante, deux options s'offrent à nous : – la technique chirurgicale classique, qui consiste à retirer une masse compacte de 300 g par sein. Cette technique est prise en charge par l'Assurance Maladie, mais nous devons prévenir la patiente

que l'allaitement de son premier enfant risque d'être contrarié.

– la lipoaspiration des seins. Cette opération n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie, mais elle préservera la glande mammaire et par conséquent l'allaitement maternel de la patiente dès son premier enfant [12].

Les chirurgies mammaires pouvant compromettre l'allaitement maternel

Trois situations au cours d'une chirurgie mammaire peuvent compromettre l'allaitement maternel. Le fonctionnement normal de la lactation nécessite une glande mammaire fonctionnelle, la continuité des canaux lactifères qui amènent le lait jusqu'au mamelon, une sensibilité normale du mamelon et l'intégrité du système nerveux à l'origine de la sécrétion réflexe de prolactine et d'ocytocine.

>>> La chirurgie du mamelon rétracté ou invaginé ou ombiliqué. Cette caractéristique jugée inesthétique n'empêche pas l'allaitement, même si le démarrage est parfois plus laborieux. Si, en revanche, un ou les deux mamelons sont sévèrement ombiliqués, l'allaitement pourra être difficile, voire impossible.

>>> La réduction mammaire selon Thorek : le mamelon a été détaché du

sein pour être greffé dans sa nouvelle position. Cette technique est réservée aux cas de gigantomastie de la femme de la cinquantaine, souvent obèse, avec un mamelon situé à plus de 40 cm du creux sus-sternal.

>>> La complication de perte du mamelon par nécrose, qui compromet l'allaitement maternel futur.

Dans ces trois cas, la lactation est théoriquement impossible. Cependant, il existe des cas documentés de femmes ayant pu allaiter après ce type de chirurgie, ce qui interpelle quant à la capacité de régénération des canaux mammaires.

Le corps humain dispose d'une importante capacité d'autoréparation (surtout celle des fonctions assurant la pérennité de l'espèce : activité sexuelle, allaitement...). Avec le temps, les canaux galactophores peuvent se reconstituer, les nerfs peuvent "repousser". Plus le temps écoulé depuis la chirurgie est long, plus les chances de réparation sont élevées. Chaque nouvelle grossesse est à l'origine d'un développement important de la glande mammaire, en vue de l'allaitement de l'enfant à venir. Une mère pourra ne pas réussir à avoir suffisamment de lait pour un enfant, et en avoir suffisamment pour le suivant [13].

Conclusion

L'allaitement ne nuit pas à l'esthétique du sein, au contraire. Il le protège notamment de la pathologie cancéreuse.

Il est prudent de prévoir la possibilité de difficultés d'allaitement lorsqu'une femme a bénéficié d'une chirurgie mammaire, surtout pour le premier enfant suivant l'intervention.

La chirurgie mammaire – d'augmentation, de réduction ou de cure de ptôse – ne compromet pas l'allaitement maternel.

La technique de lipoaspiration dans la réduction, transformant celle-ci en ptôse mammaire, respecte intégralement le tissu glandulaire et l'innervation du sein. La lipoaspiration mérite une mention spéciale chez la jeune fille désirant sauvegarder toute ses capacités d'allaitement futur.

Remerciements aux docteurs Gérard Flageul, Marwan Abboud et François Petit.

Bibliographie

1. Journées Post-Universitaires des Sages-Femmes. Paris, du 24 au 26 septembre 2003. Profession sage-femme numéro 100:27-30.
2. ROBERTS CL, AMPT AJ, ALGERT CS *et al.* Reduced breast milk feeding subsequent to cosmetic breast augmentation surgery. *Med J Aust*, 2015;202:324-328.
3. SCHIFF M, ALGERT CS, AMPT A *et al.* The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*, 2014;9:17.
4. KAKAGIA D, TRIPSIANNIS G, TSOUTSOS D. Breastfeeding after reduction mammoplasty: a comparison of 3 techniques. *Ann Plast Surg*, 2005;55:343-345.
5. CRUZ-KORCHIN N, KORCHIN L. Breastfeeding after vertical mammoplasty with medial pedicle. *Plast Reconstr Surg*, 2004;114:890-894.
6. HEFTER W, LINDHOLM P, ELVENES OP. Lactation and breast-feeding ability following lateral pedicle mammoplasty. *Br J Plast Surg*, 2003;56:746-751.
7. AILLET S, WATER E, CHEVRIER S *et al.* Breast feeding after reduction mammoplasty performed during adolescence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2002;101:79-82.
8. SINNO H, BOTROS E, MOUFARREGE R. The effects of Moufarrege total posterior pedicle reduction mammoplasty on breast-feeding: a review of 931 cases. *Aesthet Surg J*, 2013;33:1002-1007.
9. NEIFERT M, DEMARZO S, SEACAT J *et al.* The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth*, 1990;17:31-38.
10. HURST NM. Lactation after augmentation mammoplasty. *Obstet Gynecol*, 1996; 87:30-34.
11. ANDRADE RA, COCA KP, ABRÃO AC. Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. *J Pediatr (Rio)*, 2010;86:239-244.
12. ABOUD MH, DIBO SA. Power-Assisted Liposuction Mammoplasty (PALM): A New Technique for Breast Reduction. *Aesthet Surg J*, 2016;36:35-48.
13. AA57: Allaitement et chirurgie mammaire. Françoise Railhet http://www.lllfrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&mp:id=1142&Itemid=130

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

POUR LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES¹

- INFECTÉES
- EXSUDATIVES
- CAVITAIRES
- HÉMORRAGIQUES

UNE GAMME BIO-ACTIVE À L'EFFICACITÉ PROUVÉE

1. Indications extraites de la notice Algosténil.

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

Produits distribués par Alloga. Contact commande pour les hôpitaux : 02.41.33.73.33.

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

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



LABORATOIRES
BROTHIER
www.brothier.com

0 800 355 153 Service & appel gratuits

Le lipofilling médio-facial peropératoire par voie de lifting : une nouvelle technique d'injection

RÉSUMÉ : La demande de la prise en charge dans le vieillissement facial a évolué. L'analyse du vieillissement facial montre qu'il est important de restaurer les volumes, notamment les volumes médio-faciaux, pour retrouver la plénitude de la jeunesse. L'intervention de référence est le *lifting* cervicofacial visant à corriger l'ovale du visage. Le transfert de tissu adipeux autologue apparaît en complément du *lifting* cervicofacial, une méthode efficace dans le rajeunissement facial, en permettant la restauration des volumes.

Notre étude a analysé l'avantage du transfert de tissu adipeux autologue médio-facial par la voie d'abord du *lifting* cervicofacial en peropératoire, en comparaison des techniques percutanées d'injection par ponction multiple pré- ou postopératoire.

En réalisant une étude cadavérique – corroborée par des cas cliniques – qui montre la diffusion de la graisse dans les différentes sous-unités esthétiques du visage, nous avons mis en évidence une technique simple, efficace et reproductible, permettant un transfert de tissu adipeux autologue plus harmonieux dans les compartiments graisseux médio-faciaux.



→ C. CLERICO

Interne en Chirurgie,
Institut universitaire de la Face
et du Cou, NICE.

La demande de prise en charge du vieillissement facial est fréquente dans l'activité quotidienne des chirurgiens plasticiens ou ORL. L'intervention de référence est le *lifting* cervicofacial (LCF) visant à corriger l'ovale du visage. Cependant, ce n'est pas l'état de la peau seule mais plutôt les ombres excessives liées au manque de volumes et surtout à la redistribution de la graisse du visage qui apparaissent comme disharmonieuses et véhiculant ainsi une image de vieillesse.

Le vieillissement facial comporte une part importante de modifications volumétriques [1-4]. Il est donc nécessaire de restaurer les volumes de la face dans le but d'obtenir un effet de rajeunissement. Ainsi, le transfert de tissu adipeux autologue apparaît en com-

plément du *lifting* cervicofacial comme une méthode efficace dans le rajeunissement facial [5].

Peu d'études ont évalué la voie d'abord des injections de graisse. L'objectif principal de notre étude était de montrer la distribution de la graisse lors du transfert de tissu adipeux autologue peropératoire par voie de *lifting*. Nous avons également voulu montrer l'avantage du transfert de tissu adipeux autologue de toutes les zones du visage par la voie d'abord du *lifting* cervicofacial en comparaison des techniques standard d'injection par ponctions multiples.

Une étude cadavérique – également corroborée par des cas cliniques – montre la diffusion de la graisse dans les différentes sous-unités esthétiques du visage.

Patients et méthodes

1. Étude cadavérique

Notre protocole d'étude cadavérique a été réalisé sur 4 cadavres frais.

>>> Du côté droit, nous avons réalisé un LCF avec décollement du système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS) et, par la voie du LCF, une réinjection de 13 cc en moyenne de graisse marquée au bleu de méthylène dans le tissu grasseux malaire superficiel (ou *malar fat pad*) et le tissu grasseux malaire profond (ou *Suborbicularis oculi fat pad* [SOOF]). Ensuite, une réinjection de graisse dans le sillon nasogénien (SNG) et dans la lèvre supérieure a été réalisée.

>>> Du côté gauche, nous avons réalisé un LCF avec décollement du SMAS, fermeture classique et réalisation d'un *lipofilling* selon la technique classique décrite par Coleman [6]: injection de 13 cc en moyenne de graisse marquée au bleu de méthylène dans le *malar fat pad* et le SOOF, puis injection de graisse dans le SNG et la lèvre par un point commissural.

>>> Enfin, nous avons analysé les résultats avec, comme critère principal, la dispersion grasseuse et l'harmonie des

injections ainsi que la facilité d'injection. Les quantités moyennes injectées sont indiquées dans le **tableau I**.

2. Étude clinique

● Patientes

Six patientes ont été opérées de juillet 2014 à décembre 2015. Toutes les patientes ont été opérées par le même opérateur. Les patientes ont eu un *lifting* cervicofacial avec décollement du SMAS et transfert de tissu adipeux autologue du visage en même temps. Chez 3 patientes, nous avons également réalisé dans le même temps opératoire une blépharoplastie supérieure, ou des quatre paupières.

L'indication opératoire de LCF et transfert de tissus adipeux autologue a été posée lors de la consultation après une analyse morpho-esthétique.

● Méthodes

Chaque patiente a bénéficié d'un LCF "biplan" avec décollement du SMAS, selon la technique décrite par V. Mitz [7].

Le *lipofilling* est la technique dite "lipostucture", utilisant les instruments et les

temps opératoires décrits par S. Coleman [6, 8, 9]. Seule la séquence d'injection peropératoire par voie ouverte a changé. Les quantités moyennes injectées sont indiquées dans le **tableau II**.

● Méthode d'évaluation

Une évaluation a été réalisée à partir de photographies pré- et postopératoires lors des consultations de suivi.

Résultats

1. Étude cadavérique

Elle consiste en une analyse des résultats de la dispersion grasseuse sur dissections et photographies.

Les injections de gras marquées au bleu de méthylène au niveau de la *malar fat pad* du SOOF et du SNG: après préparation des dissections réalisées sur cadavre frais, on a procédé aux injections de tissus grasseux marquées au bleu de méthylène. Une dissection poussée des différentes structures anatomiques a été réalisée par la suite afin d'analyser la dispersion de la graisse.

On observe, sur les différentes pièces de dissection, une dispersion globale et meilleure de la graisse lorsque l'injection s'est faite en peropératoire par voie ouverte de *lifting*. En effet, sur les photos de dissection, on note une meilleure répartition et une bonne harmonie de la graisse marquée au niveau de la *malar fat pad* du côté où le LCF n'a pas été fermé.

Lors de l'injection par voie percutanée en fin d'intervention, on note une difficulté avec des tracés moins précis, entraînant l'apparition d'amas grasseux et une moins bonne diffusion et harmonie des injections (**fig. 1**).

Au niveau du SOOF, les injections sont plus difficiles, car celui-ci est cloisonné

	Quantité moyenne (mL)	Quantité minimale (mL)	Quantité maximale (mL)
<i>Malar fat pad</i>	7	6	8
SOOF	3	2	4
SNG	3	2	4

TABLEAU I: Quantités de tissus adipeux injectés par sous-unité esthétique de la face.

	Quantité moyenne (mL)	Quantité minimale (mL)	Quantité maximale (mL)
<i>Malar fat pad</i> droite	6	3	8
<i>Malar fat pad</i> gauche	6	3	8
SOOF droit	2	1	4
SOOF gauche	2	1	4
SNG droit	2	1	4
SNG gauche	2	1	4

TABLEAU II: Quantités de tissus adipeux injectés par sous-unité esthétique de la face en peropératoire.

ESTHÉTIQUE

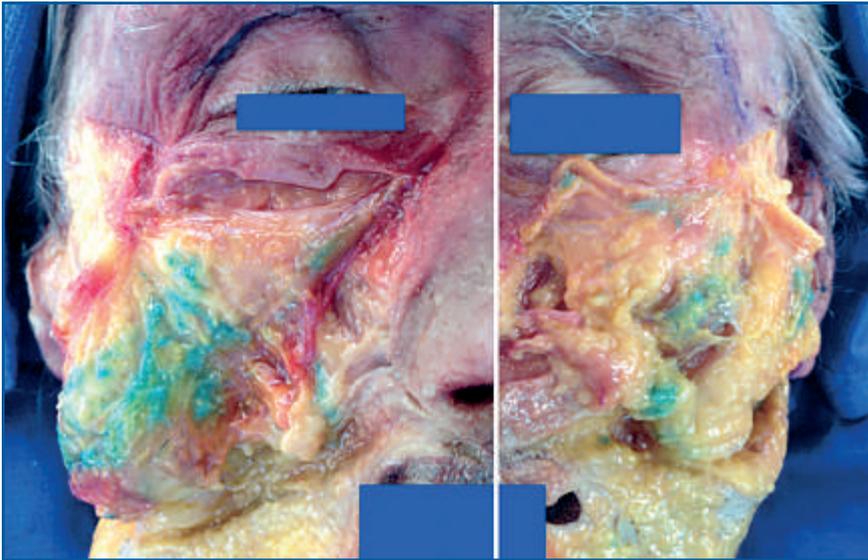


FIG. 1 : Protocole de recherche avec seringue de gras marquée au bleu de méthylène, puis injection de la *malar fat pad*. À gauche : injection du gras par voie ouverte de LCF en peropératoire (côté droit). À droite : injection du gras par voie fermée de LCF en fin d'intervention (côté gauche).

et donc plus sujet aux amas graisseux, rendant un résultat esthétique moins harmonieux. Cependant, sur les dissections, on note une meilleure harmonie de la dispersion du gras lorsque celui-ci est injecté par voie ouverte de *lifting*. Lors de l'injection en fin d'intervention, l'opérateur aura tendance à créer plus d'amas graisseux au niveau de ces cloisons.

2. Étude clinique

Le recul moyen est de 9 mois, avec des extrêmes allant de 18 à 2 mois. Le site de prélèvement était la face interne des genoux avec une ponction d'environ 20 cc à 30 cc de graisse en moyenne.

Les séquelles de la zone de prélèvement sont quasi inexistantes, avec



FIG. 2 : Vue peropératoire : LCF par voie ouverte et préparation du *lipofilling*.

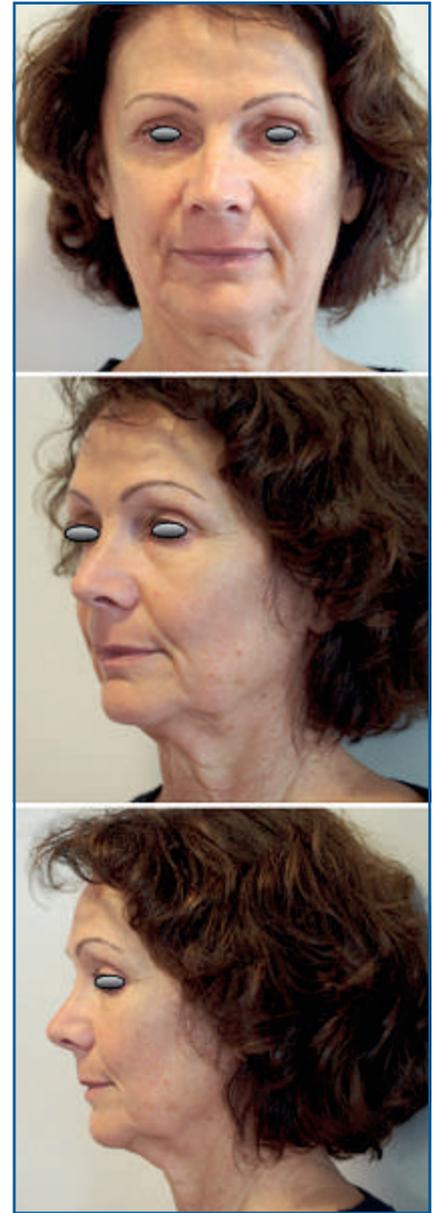


FIG. 3 : Préopératoire.

l'apparition de quelques ecchymoses selon les patientes et la quantité d'infiltration. Les douleurs postopératoires sont minimales.

Dans notre série, 6 patientes ont été opérées d'un LCF avec transfert de tissu adipeux autologue peropératoire (*fig. 2*), plus ou moins associé à une blépharoplastie soit supérieure, soit des quatre



FIG. 4 : Postopératoire J3.



FIG. 5 : Postopératoire à 6 mois.



FIG. 6 : Postopératoire à 1 an.

ESTHÉTIQUE

paupières. Les résultats sont indiqués sur les **figures 3, 4, 5 et 6**.

Discussion

De nombreux matériaux ont été utilisés pour augmenter les reliefs naturels du visage [12]. D'autres auteurs ont tenté des inclusions de produits inertes ou des techniques de déplacement et de plicature de la graisse malaire pour redonner de la projection [13], comme le colimaçon de Perpère [14] ou l'imbrication malaire de Little [15].

L'utilisation de la graisse comme produit de comblement est un concept ancien. Plusieurs auteurs dont Y.G. Illouz [18-20] et P. Fournier [21] ont publié, entre 1980 et 1990, des techniques dites de *lipofilling*, visant à augmenter les volumes en réinjectant de la graisse au moyen d'une aiguille ou d'une canule. La correction de volume est alors obtenue par l'accumulation en "boule" du tissu réinjecté. Ces techniques de réinjection de graisse ne tiennent pas compte de la fragilité des cellules adipeuses, et ont souvent été critiquées pour l'importante résorption tissulaire observée quelques semaines après l'injection. Au milieu des années 1990, apparaît le concept de lipostructure développé par S.R. Coleman [6, 8, 9] qui a révolutionné le concept de transfert de graisse.

De nombreux auteurs se sont penchés sur le sujet. De même, il existe autant de techniques sur les voies d'abord et le temps de l'injection de gras autologue (préopératoire, peropératoire et postopératoire). L'injection de la région médio-faciale donne 90 % de bons résultats. C'est la seule sous-unité dont les résultats subjectifs sont significativement supérieurs aux autres. J. Fulton [10, 11] rapporte ses bons résultats de la greffe d'adipocytes dans la région malaire.

F. Trepsat [22] propose de ne jamais hypercorriger, car quand une lipostructure

POINTS FORTS

- ➔ L'intervention de référence dans le rajeunissement facial est le *lifting* cervicofacial (LCF), visant à corriger l'ovale du visage.
- ➔ Le vieillissement facial comporte une part importante de modifications volumétriques.
- ➔ Il est nécessaire de restaurer les volumes de la face dans le but d'obtenir un effet de rajeunissement.
- ➔ Le transfert de tissu graisseux autologue associé à un *lifting* cervicofacial semble montrer qu'une injection peropératoire permettrait une meilleure harmonie dans la disposition de la graisse, avec une meilleure dispersion de la graisse marquée et donc suppose un meilleur taux de prise.
- ➔ La greffe d'adipocytes par lipostructure constitue un très bon moyen de restaurer les volumes de la face, en particulier dans la sous-unité malaire.

ture est réalisée correctement, le tissu greffé prend et ne se résorbera pas. De plus, si la lipostructure fait partie d'un *lifting* remodelant, elle doit être réalisée dans un premier temps afin d'adapter l'extension du décollement du *lifting* à l'amélioration déjà obtenue par la remise en forme. Ainsi, le décollement du *lifting* ne doit jamais se faire dans le plan où ont été placés les greffons, mais au-dessus ou en dessous de ce plan [22].

Selon d'autres auteurs, l'intervention débute toujours par le *lifting* cervicofacial. Les zones de projection à renforcer telles que les régions malaires ne sont pas décollées. La lipostructure se fait en dernier, soit par la voie d'abord du *lifting*, soit par des incisions punctiformes dans la région glabellaire et des commissures buccales [5]. Mais nous remarquons qu'en fin d'intervention, le *lipofilling* peut sembler fastidieux, et peut être réalisé rapidement.

En ce qui concerne notre travail, le *lipofilling* était réalisé en peropératoire, avec les zones de projection qui étaient également non décollées, mais avec un contrôle visuel précis sur nos injections, de manière plus anatomique. En effet, le

lipofilling malaire peropératoire permet une meilleure harmonie dans la mise en place de la graisse, évitant ainsi les amas graisseux et réalisant un treillis fin, permettant probablement un meilleur taux de prise graisseuse.

Notre étude porte sur peu de sujets et nécessiterait d'être étendue à plus grande échelle, notamment de réaliser une étude comparative sur les différentes techniques de transfert de tissus adipeux autologues associés au LCF dans le rajeunissement facial.

Conclusion

La greffe d'adipocytes selon la technique de S.R. Coleman, appelée lipostructure, est un concept relativement récent et en plein essor. Elle utilise un matériel spécifique et une méthodologie très stricte.

Peu d'études cliniques utilisant une série centrée sur la région faciale et comparant les résultats en fonction de la sous-unité esthétique existent, et aucune étude sur la voie d'abord des injections de gras autologue n'a été décrite avec précision.

Notre étude cadavérique et clinique de greffe d'adipocytes associée à un *lifting* cervicofacial semble montrer qu'une injection peropératoire permettrait une meilleure harmonie dans la disposition de la graisse avec une meilleure dispersion de la graisse marquée, et donc suppose un meilleur taux de prise. Enfin, cette intervention permet d'obtenir un grand taux de satisfaction globale. Les complications et les inconvénients sont faibles.

Ainsi, il s'agit d'une technique simple, efficace et reproductible, permettant d'obtenir de bons résultats et un fort taux de satisfaction chez les patientes. Au vu de cette étude, la greffe d'adipocytes par lipostructure constitue un très bon moyen de restaurer les volumes de la face, en particulier dans la sous-unité malaire.

Bibliographie

1. GONZALEZ-ULLOA M, FLORES ES. Senility of the face: Basic study to understand its causes and effects. *Plast Reconstr Surg*, 1965;36:239-246.
2. PESSA JE, ZADOO VP, MUTIMER KL *et al*. Relative maxillary retrusion as a natural consequence of aging: combining skeletal and soft-tissue changes into an integrated model of midfacial aging. *Plast Reconstr Surg*, 1998;102:205-212.
3. PESSA JE, CHEN Y. Curve analysis of the aging orbital aperture. *Plast Reconstr Surg*, 2002;109:751-755; discussion 756-760.
4. PESSA JE. An algorithm of facial aging: verification of Lambros's theory by three-dimensional stereolithography, with reference to the pathogenesis of midfacial aging, scleral show, and the lateral suborbital trough deformity. *Plast Reconstr Surg*, 2000;106:479-488; discussion 489-490.
5. FOYATIER JL, MOJALLAL A, VOULLIAUME D *et al*. Clinical evaluation of structural fat tissue graft (Lipostructure) in volumetric facial restoration with face-lift. About 100 cases. *Ann Chir Plast Esthet*, 2004;49:437-455.
6. COLEMAN SR. Structural fat grafts: the ideal filler? *Clin Plast Surg*, 2001;28:111-119.
7. MITZ V, LEBLANC P, MALADRY D *et al*. Results of biplane face lifts with maximal skin underlining and vertical SMAS flap. *Ann Chir Plast Esthet*, 1996;41:603-612.
8. COLEMAN SR. Long-term survival of fat transplants: controlled demonstrations. *Aesthetic Plast Surg*, 1995;19:421-425.
9. COLEMAN SR. Facial recontouring with lipostructure. *Clin Plast Surg*, 1997;24:347-367.
10. FULTON JE, SUAREZ M, SILVERTON K *et al*. Small volume fat transfer. *Dermatol Surg*, 1998;24:857-865.
11. FULTON JE, PARASTOUK N. Fat grafting. *Dermatol Clin*, 2001;19:523-530, ix.
12. TREPSAT F. Les liftings des régions malaires, jugales et nasogéniennes. Rapport du XXXIX^e congrès de la SoFCPRE. *Ann Chir Plast Esthet*, 1994;39:597-622.
13. JAUFFRET JL, MAGALON G. Volumes and facial rejuvenation. *Ann Chir Plast Esthet*, 2003;48:332-338.
14. PERPÈRE CH. Cervicofacial rejuvenation, orbicularis oculi muscle and platysma. *Ann Chir Plast Esthet*, 1992;37:95-106.
15. LITTLE JW. Three-dimensional rejuvenation of the midface: volumetric resculpture by malar imbrication. *Plast Reconstr Surg*, 2000;105:267-285; discussion 286-289.
16. NEUBER GA. Fett transplantation. *Verl Dtsch Ges Chir*, 1893;22:66 Long Vern.
17. LEXER E. Freie Fetttransplantation. *D Dtsch Med Wochenschr*, 1910;3:640.
18. ILOUZ YG. The fat cell "graft": a new technique to fill depressions. *Plast Reconstr Surg*, 1986;78:122-123.
19. ILOUZ YG. La sculpture chirurgicale par lipoplastie. Perspectives d'avenir la réinjection ou transposition autogène de la graisse aspirée. Paris: Arnette, 1988:389-396.
20. ILOUZ YG. Present results of fat injection. *Aesthetic Plast Surg*, 1988;12:175-181.
21. FOURNIER P. Liposculpture: Ma technique. 2^e édition. Paris: Arnette, 1996.
22. TREPSAT F. Lipostructure du tiers moyen du visage. *Ann Chir Plast Esthet*, 2009; 54:435-443.

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

réalités

en CHIRURGIE PLASTIQUE

oui, je m'abonne à *Réalités en Chirurgie Plastique*

Médecin: 1 an: 60 € 2 ans: 95 €

Étudiant/Interne: 1 an: 50 € 2 ans: 70 €
(joindre un justificatif)

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

Bulletin à retourner à: Performances Médicales
91, avenue de la République - 75011 Paris
Déductible des frais professionnels

Signature: _____

[Bulletin d'abonnement]

Nom:

Prénom:

Adresse:

Ville/Code postal:

E-mail:

■ Règlement

Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

Par carte bancaire n° _____
(à l'exception d'American Express)

Date d'expiration: _____ Cryptogramme: _____

Prise en charge actuelle des panaris pulpaire

RÉSUMÉ : Les panaris pulpaire ne représentent que 10 % de l'ensemble des panaris, mais sont ceux qui posent le plus de problèmes, tant diagnostiques que thérapeutiques. Leur diagnostic est purement clinique. La prescription d'une antibiothérapie peut masquer la gravité de l'atteinte et retarder la prise en charge chirurgicale. Les patients sont alors vus au stade de complication, surtout ostéite associée. Le choix de l'abord de drainage suppose une bonne connaissance de l'anatomie et de la physiopathologie pulpaire. Un traitement chirurgical inadéquat est source de récurrence.



→ **S. CARMÈS, C. DUMONTIER**
Urgences Main Guadeloupe, Centre de la Main, Villa n° 20, ZAC Moudong Sud, BAIE-MAHAULT, La Guadeloupe.

La main est l'organe le plus exposé aux traumatismes, et toute plaie peut être la porte d'entrée de nombreux germes. Les infections de l'extrémité digitale sont les plus fréquentes, elles représentent environ 1/3 de l'ensemble des infections de la main [1-3]. Bien que la plupart soient bénignes, une erreur de diagnostic ou un traitement initial non adapté peut augmenter leur morbidité. Parmi les infections distales de doigt, la localisation pulpaire représente 6,4 % des 420 infections du membre supérieur [4]. Elles semblent diminuer en fréquence, car les panaris pulpaire représentaient 16,2 % d'une série de 2 700 infections de la main en 1951 [5] et 12 % des 330 infections des doigts dans les années quatre-vingt [6]. Dans notre série [7], cela représentait 1,6 patient/mois. Il s'agit pour moitié d'hommes d'âge moyen 44 ans et pour moitié de femmes d'âge moyen 53 ans.

Pour des raisons obscures, la traduction anglaise du panaris pulpaire est *felon* qui a le même sens que le mot français "félou". Une recherche sur PubMed avec comme mot-clé *felon* retrouvera 91 articles, mais la grande majorité concerne la médecine légale ou la psychiatrie. On note aussi 10 *case reports*

de *false felon* liés à des métastases, des maladies virales ou des anomalies congénitales. Cinq articles sont des revues de la littérature; deux publications datant de 1940 et de 1975 parlent spécifiquement du panaris pulpaire et des incisions nécessaires au traitement [8-9], une publication concerne l'histoire naturelle d'un panaris non traité [10], et il n'y a au final qu'une série ancienne (1951) de 438 cas de panaris pulpaire [5].

Un article de formation médicale continue récent [11] se terminait par "We found no data regarding the management of felon... Only review articles with expert opinion (Level V evidence)... The management of felon is based entirely on tradition and expert opinion." Notre article, basé sur une série revue récemment [7], a pour objet d'argumenter les différents éléments retrouvés dans la littérature qui ne sont le plus souvent que des avis d'experts ne reposant sur aucune base scientifique, mais sur l'habitude.

Les causes de l'infection

Le panaris pulpaire fait suite à une inoculation directe, mais cela passe inaperçu dans 25 % des cas, soit que les

patients ne s'en souviennent pas, soit que l'inoculation a été imperceptible [7]. Les piqûres végétales, les éclats de verre, les écorchures et les petites plaies sont la principale cause [3]. Lowden pensait que seuls les travailleurs manuels étaient à risque, car il n'en avait jamais observé chez les infirmières et les médecins... [5]. Mais, dans notre expérience, la moitié des patients n'étaient pas des travailleurs manuels. Quelques panaris sont iatrogènes et connus sous le nom de *fingerstick felon*, en rapport avec les piqûres de la pulpe réalisées pour la mesure du dextro chez les diabétiques.

Le risque infectieux est plus élevé chez les patients immunodéprimés, de manière permanente ou temporaire (diabétiques, alcooliques chroniques, drogués, patients sous immunosuppression...). Les patients diabétiques sont à l'origine de 7 à 58 % des infections de la main hospitalisées. Enfin, ces patients diabétiques nécessitent plus d'interventions chirurgicales pour obtenir leur guérison, et sont plus souvent amputés (48 %) que les non diabétiques (5 %) [12]. 8 % de nos patients étaient diabétiques (soit la prévalence du diabète aux Antilles en 2012, source InVS), et 17 % avaient un facteur prédisposant, ce qui est plus faible que dans d'autres séries alors que le diabète est deux fois plus fréquent aux Antilles qu'en métropole (Source InVS).

Les difficultés diagnostiques

Selon les séries, ce sont le pouce et l'index, ou le majeur, qui sont le plus souvent atteints [7, 13]. Le diagnostic repose sur la notion d'un traumatisme pénétrant, rapidement suivi d'une douleur pulpaire. Cette douleur est ressentie comme étant plus importante que dans les panaris péri-unguéaux, et s'accompagne d'un gonflement pulpaire qui ne dépasse pas le pli IPD (pli de flexion de l'articulation interphalangienne distale), sauf complications [12-13] (*fig. 1*). La perte du

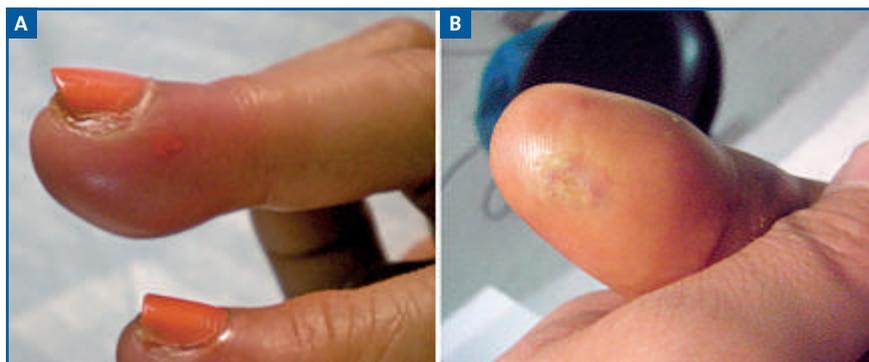


FIG. 1: A. Une pulpe tendue et douloureuse doit faire évoquer le diagnostic de panaris pulpaire. B. Rarement le pus se devine sous la peau en tension.

ballotement pulpaire témoigne d'une collection sous tension [3, 6]. Le pus n'est pas toujours visible, et la tension des tissus associée à la douleur insomnante suffit à faire porter le diagnostic.

Le retour spontané d'une certaine souplesse pulpaire signe la destruction phalangienne [1]. La réalisation d'une radiographie est obligatoire, comme dans toutes les infections, mais n'est réalisée que dans moins de 2/3 des cas. Elle est le plus souvent normale – l'ostéite mettant plusieurs jours à être visible – mais elle peut permettre de la suspecter et a une importance médico-légale. Dans le cadre de l'urgence, IRM, scanner et scintigraphie n'apportent rien de plus faute d'une sensibilité et d'une spécificité suffisantes.

Le diagnostic est clinique: douleur insomnante et tension de la pulpe suffisent pour porter le diagnostic de panaris pulpaire. Une radiographie centrée est indispensable

Les complications

Après un traumatisme pénétrant, toutes les infections évoluent en trois phases: – la phase inflammatoire initiale peut évoluer, spontanément ou après traitement médical, vers la guérison; – une fois à la phase d'abcédation, le traitement ne peut être que chirurgical;

– la phase des complications apparaît en l'absence de traitement. Si le traitement est inadapté, on peut observer une fistulisation (*fig. 2*), un phlegmon des gaines, une ostéite voire une arthrite de l'IPD [1] (*fig. 3 et 4*). Ces complications sont rares, 5 cas seulement dans une série de 330 panaris [6].

Watson [10] a décrit un cas de panaris pulpaire négligé ayant conduit à une ostéite et à un phlegmon chez un diabétique qui avait eu une tentative d'aspiration du pus. La cause la plus fréquente de complication actuellement est la formation d'une abcédation abâtardie par la prescription d'antibiotiques (1/3 de nos cas). Les signes cliniques sont discrets, la douleur est acceptable pour les patients, la pulpe devient infiltrée et dure. Mais, l'infection progressant, on aboutit à une ostéite voire à une diffu-



FIG. 2: Fistulisation d'un panaris pulpaire (avec nécrose pulpaire et ostéite) ayant conduit à une amputation.

MAINS

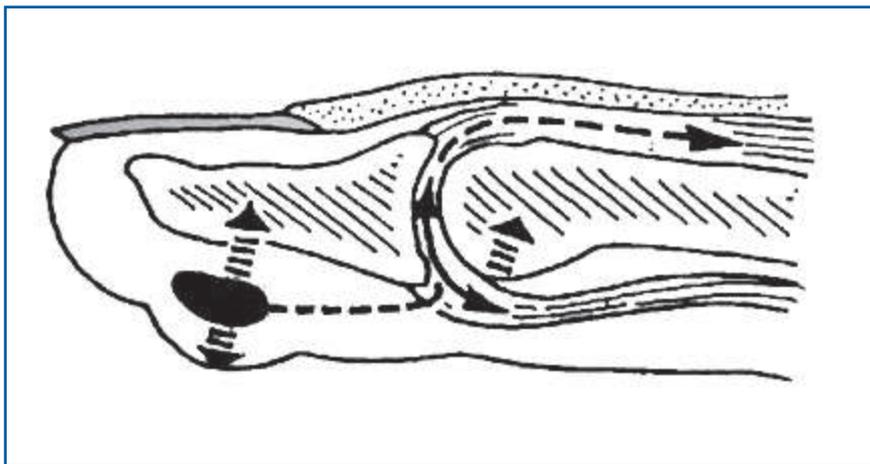


FIG. 3 : Représentation schématique de la diffusion de l'infection dans un panaris pulpaire.



FIG. 4 : Ostéite majeure : évolution d'un panaris pulpaire mal pris en charge conduisant à une amputation.

sion de l'infection à la gaine des fléchisseurs ou à l'articulation.

Dans l'article de Lowden [5], 72 des 438 patients (16 %) avaient une ostéite, et ce sont les patients consultant tardivement qui étaient les plus à risque [1, 5]. Dans notre expérience, les patients qui consultaient tardivement (délai moyen de 9 jours avec des extrêmes de

2 à 30 jours) étaient ceux qui avaient reçus des antibiotiques, parfois associés à des AINS. 4 patients (8 %) présentaient une ostéite ou une nécrose pulpaire lors de la première consultation (fig. 2), 3 ont été amputés dont 1 jeune de 20 ans de deux doigts.

L'ostéite peut être liée à une inoculation directe mais aussi à l'ischémie phalangienne liée à la pression des tissus infectés sur les artères nourricières [1, 10]. L'inflammation locale augmente la pression sur les tissus, entraîne une baisse du pH et une moindre tension en oxygène, ce qui aboutit à la formation de microthrombi des vaisseaux intra-osseux avec nécrose osseuse. Quand existe une séquestration osseuse, en l'absence de vascularisation, cela constitue un réservoir pour les bactéries qui sont inaccessibles à un traitement antibiotique.

Lowden (1951) a décrit trois types d'ostéite : une ostéite de la houppe phalangienne avec nécrose de l'appareil unguéal (30 % de ces cas), ce qui ne correspond pas tout à fait à un panaris pulpaire ; une ostéite superficielle qu'il appelait une périostite dans 24 % de ses cas ; enfin, une infection massive de l'os dans 45 % des cas, ce qui correspond aussi à notre expérience [5].

Germes

Le *Staphylococcus aureus* est responsable de 80 % des infections de la main, ce qui a été le cas dans notre série [14]. Dans une série de 3330 panaris (toutes localisations confondues), ont été retrouvés *S. aureus* dans 55 % des cas, *S. epidermidis* dans 6 %, *Streptococcus* 12 % et une infection polymicrobienne dans 25 % des cas [6]. Dans une autre étude, *S. aureus* représentait 54 % des 454 panaris, *Streptococcus* 26 %, entérobactérie 6 % et une atteinte polymicrobienne dans 21 % des cas [15]. Les infections polymicrobiennes sont plus fréquentes dans les plaies agricoles, les morsures, chez les drogués et les immunodéprimés [14], ce qui n'était pas le cas dans notre série [7].

L'existence d'infection par des staphylocoques méti-R (résistant à la métiliciline) semble augmenter, et représentait 34 % des infections de la main dans un service de chirurgie de la main [4]. Les infections à staphylocoques méti-R seraient plus fréquentes dans les panaris pulpaire que dans les autres localisations à la main [16]. Une infection à staphylocoque méti-R va allonger le délai (de 2 jours, le temps d'avoir les résultats) d'un traitement antibiotique approprié. Nous verrons plus loin que les antibiotiques ne sont pas utiles dans la plupart des cas.

Le traitement médical

Depuis l'apparition de la pénicilline, on discute pour savoir si oui ou non un traitement "médical" est possible dans les infections de la pulpe [17]. Le traitement médical associé aux antibiotiques un repos complet de toute la main et sa surélévation dans une écharpe, il ne se conçoit qu'au stade inflammatoire, avant l'apparition du pus [5, 14]. Rappelons une notion de bon sens : le pus n'est pas vascularisé, les globules blancs et les macrophages ne peuvent y accéder, les

antibiotiques non plus ! Cependant, si on utilise des antibiotiques, l'évolution doit être favorable dans les 24 heures, comme le soulignait déjà Lowden en 1951 [5]. Nous préférons un traitement médical local (notamment bains d'Hexomédine transcutanée®). Dans la série de Lowden, seuls les patients se présentant dans les 4 premiers jours suivant l'inoculation (18 % des cas) ont pu être traités médicalement. Nous avons pu traiter médicalement 10 % de nos cas.

Le risque est d'abâtardir la présentation clinique et de faire croire au patient qu'il va mieux. 16 % des patients de Lowden se sont présentés tardivement, ou avaient été traités de façon imparfaite [5]. Un tiers de nos patients avaient reçu des antibiotiques. Dans notre série, les patients qui ont récidivé après le traitement avaient plus souvent reçu des antibiotiques (80 % vs 21 % pour ceux sans antibiothérapie préalable); leurs prélèvements étaient plus souvent négatifs (ce qui ne permet pas de mettre en route de façon certaine une antibiothérapie adaptée en postopératoire si nécessaire). D'un point de vue médico-légal, cela constitue une perte de chance.

La voie d'abord pour le drainage

Le pus se concentre au milieu de la pulpe (*fat pad*) qui est le point de moindre résistance, car c'est à cet endroit que les bandelettes collagènes sont les moins nombreuses [9,13]. L'idée d'une pulpe compartimentée par des septa avait été introduite par Kanavel en 1912, mais elle n'est pas exacte. La pulpe est certes un élément fermé, mais il n'y a pas de septa, seulement des cloisons fibreuses formant un enchevêtrement complexe fixant la peau à la phalange, à la manière "d'un parachutiste attaché à son parachute" [18] (*fig. 5*). Il se crée de multiples compartiments interstitiels qui contiennent des glandes sudoripares et de la graisse. Si le pus peut s'étendre

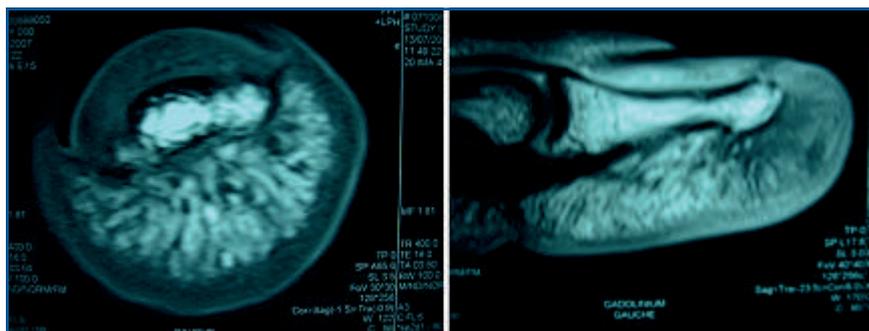


FIG. 5 : A. Vues IRM d'une pulpe des doigts. B. Notez les septa qui fixent la peau de la pulpe à la phalange, mais qui ne constituent pas des cloisons étanches pour autant.

dans toute la pulpe, il est surtout dans sa partie distale. Par conséquent, l'idée d'effondrer les cloisons est, d'une part, inappropriée car n'apportant rien au drainage chirurgical et, d'autre part, cela risque de créer une instabilité de la pulpe qui aura perdu sa fixation [9, 18].

Comme l'avait proposé Kanavel, beaucoup d'auteurs, y compris dans des publications récentes, recommandent une incision en J (*hockey stick*). Certains proposent même des incisions en "gueule de requin" ou traversantes d'un côté de la pulpe à l'autre avec effondrement des septa, et parfois mise en place

d'un drain [14, 19]. Dans ces articles, on trouve comme argument à ces incisions latérales qu'une incision directe peut entraîner l'ouverture et l'inoculation de la gaine, la section des anastomoses artérielles ou nerveuse... Tout cela nous paraît incorrect, voire dangereux.

Les travaux anatomiques ont montré qu'il n'y avait pas de septa à effondrer. Quand l'infection est centrale, ce qui est le plus souvent le cas (l'abcès prédomine au milieu de la pulpe), une incision directe permet de la drainer sans abîmer les tissus moins malades sur les côtés (*fig. 6*). Enfin, si le chirurgien est suffisamment



FIG. 6 : L'incision (et l'excision qui va suivre) se font sur le sommet de la collection, le plus souvent au milieu de la pulpe, ce qui permet un drainage efficace.

MAINS

maladroit pour tout couper avec une incision pulpaire, il sera tout aussi dangereux avec des incisions latérales, prenant la moitié voire toute la pulpe ! Cependant, ce débat est aussi vieux que les publications sur le sujet puisque Pilcher, Bolton et Lowden [1, 5, 17] considéraient de leur côté que les incisions en J étaient dangereuses et préféraient une incision directe. Kilgore insistait sur la nécessité d'une incision directe et longitudinale plutôt que latérales ou transversales [9]. Comme d'autres [6, 13], nous préférons les incisions directes sur la zone la plus tendue. La voie d'abord doit être la plus directe possible.

Toutefois, une incision simple ne suffit pas. Il est important d'exciser les tissus dévitalisés sous-jacents, ce qui accélère la cicatrisation, apporte de l'oxygène qui est l'élément le plus bactéricide qui existe et ne laisse que des tissus sains (fig. 7). La peau est tellement tendue que les nerfs et artères sont à distance de la lame de bistouri. En revanche, il faut rester distal de 3 à 5 mm au pli digital distal pour éviter d'ouvrir la gaine. L'excision des tissus infectés et le lavage à l'eau sans pression suffisent.

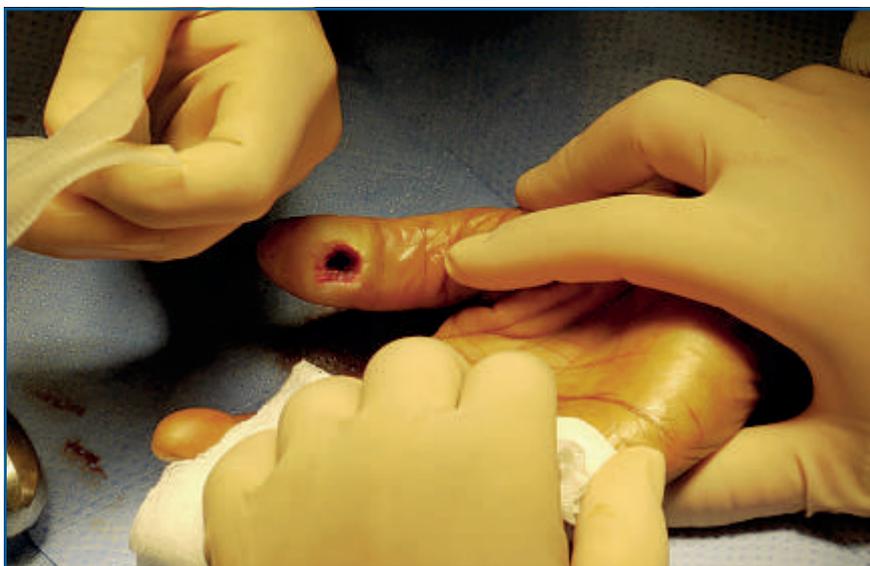


FIG. 7 : Comme pour toutes les infections, l'excision doit enlever tous les tissus malades, et doit être laissée grande ouverte pour permettre une cicatrisation de qualité.

POINTS FORTS

- ➔ Le diagnostic est clinique : douleur insomnante et tension de la pulpe suffisent pour porter le diagnostic de panaris pulpaire.
- ➔ Une radiographie centrée est indispensable.
- ➔ La voie d'abord doit être la plus directe possible.
- ➔ L'excision des tissus infectés et le lavage à l'eau sans pression suffisent.
- ➔ Au premier pansement postopératoire, le patient est guéri.

Le prélèvement peropératoire est indispensable mais, comme beaucoup d'autres [20], nous ne prescrivons pas d'antibiotiques en postopératoire. Nous pensons qu'un drainage chirurgical bien fait, en laissant largement ouvert avec un pansement humide non adhérent et la main surélevé dans une écharpe sont suffisants. Après drainage, les infections à staphylocoques sont guéries lors du premier pansement, et les antibiotiques risquent selon nous de masquer un drainage insuffisant ou une évolution défavorable. Cette attitude est moins formelle en cas de complications

et chez les patients immunodéprimés, bien qu'il n'y ait pas d'arguments scientifiques formels. Le premier pansement est fait dans les 2 à 5 jours qui suivent, puis de façon hebdomadaire au moins si l'évolution est favorable. Un pansement tous les 2 jours ne nous semble pas apporter de bénéfice.

Il est hors de question d'appuyer sur la pulpe pour faire sortir le pus, l'hyperpression risque au contraire de disséminer l'infection. Il en est de même du lavage qui doit se faire sans pression, sous peine de disséminer les germes. Rappelons que les antiseptiques sont inhibés par le sérum, et n'ont pas l'AMM pour être mis dans les plaies. Le lavage se fait donc à l'eau seule [21].

Il ne faut pas drainer, car le drain n'est rien d'autre qu'un corps étranger laissé dans un tissu infecté. 40 % des patients réopérés dans notre série avaient eu un drain [7].

Au moindre doute, il faut curetter la phalange et, en cas d'ostéite avérée, retirer tout l'os pathologique (tout ce qui vient avec une curette manipulée fermement mais sans arracher...).

Les récurrences

Dans notre série rétrospective, nous avons observé un taux inacceptable de

récidive (pratiquement 25 %). Les explications sont multiples.

>>> Les patients ont initialement été pris en charge le plus souvent par de jeunes internes non encadrés. On n'improvise pas la mise à plat d'un panaris pulpaire, et plusieurs patients n'ont eu qu'une incision faite sous anesthésie locale, sans mise à plat des tissus infectés.

>>> Un tiers des patients avaient reçu des antibiotiques, ce qui rend l'estimation des tissus malades plus difficile.

>>> 40 % ont eu un drain laissé en place.

>>> Enfin, les patients se sont présentés tardivement (9 jours), ce qui entraîne une extension de l'infection et des complications plus fréquentes. 4 patients (8 %) ont été amputés, dont 1 de deux doigts. Les patients vus tardivement avaient eu des antibiotiques et parfois également des AINS. Le délai de prise en charge du panaris pulpaire est un facteur pronostique important, la pression de l'infection conduisant, outre à l'ostéite, à la nécrose des tissus sous-cutanés [5, 13].

Les suites opératoires

Une fois drainée, l'infection guérit assez vite. La majorité des patients étaient considérés comme guéris (ou allant guérir sans aucun doute et donc non reconvoqués) après 12 jours. Cependant, les patients ayant des facteurs de gravité mettaient le double de temps (23 jours) à guérir. Dans la série de Lowden, les patients sans complications reprenaient le travail après 20 jours, après 51 jours en cas d'ostéite, mais avec un inter-

valle important de 3 à 133 jours [5]. Au premier pansement postopératoire, le patient est guéri.

Conclusion

Le diagnostic de panaris pulpaire demeure difficile, et cela conduit à des traitements inadaptés associant souvent antibiotiques voire AINS sans surveillance. Dans la série de Lowden, 16 % des patients qui se sont présentés tardivement, souvent au stade de complications, avaient été mal pris en charge initialement. Malheureusement, 60 ans plus tard, notre étude montre que les choses ne se sont pas améliorées. Bien que le panaris pulpaire soit un "classique" de la littérature et des cours de sémiologie, sa prise en charge initiale par le médecin traitant, l'urgentiste, ou le chirurgien, reste encore trop souvent imparfaite.

Bibliographie

- BOLTON H, FOWLER PJ *et al.* Natural history and treatment of pulp space infection and osteomyelitis of the terminal phalanx. *J Bone Joint Surg Br*, 1949;31B:499-504.
- CANALES FL, NEWMYER WL *et al.* The treatment of felons and paronychias. *Hand Clin*, 1989;5:515-523.
- JEBSON PJ. Infections of the fingertip. Paronychias and felons. *Hand Clin*, 1998;14:547-555, viii.
- BARKIN JA, MIKI RA *et al.* Prevalence of methicillin resistant Staphylococcus aureus in upper extremity soft tissue infections at Jackson Memorial Hospital, Miami-Dade County, Florida. *Iowa Orthop*, 2009;29:67-73.
- LOWDEN TG. Infection of the digital pulp space. *Lancet*, 1951;1:196-199.
- LEMERLE JP. Panaris et phlegmons de la main. Cahiers d'enseignement de la SoFCOT. J. Duparc. Paris, Masson 1986, p. 37-46.
- CARMÈS S, DUMONTIER C. Epidemiology of felon (finger pulp infection) with unfavorable outcomes. *Hand Surgery & Rehab*, 2016 (sous presse).
- WEINER JJ. New Incision for Closed Space Infection (Felon) Involving Distal Phalanx of Finger. *Ann Surg*, 1940;111:126-134.
- KILGORE ES JR, BROWN LG *et al.* Treatment of felons. *Am J Surg*, 1975;130:194-198.
- WATSON PA, JEBSON PJ. The natural history of the neglected felon. *Iowa Orthop J*, 1996;16:164-166.
- TANNAN SC, DEAL DN. Diagnosis and management of the acute felon: evidence-based review. *J Hand Surg Am*, 2012;37:2603-2604.
- ONG YS, LEVIN LS. Hand infections. *Plast Reconstr Surg*, 2009;124:225e-233e.
- GUINTO-OCAMPO H. Incision and drainage of a felon. Pediatric emergency procedures. C. King and F.M. Henretig. Philadelphia, Lippincott 2008:1090-1095.
- MCDONALD LS, BAVARO MF *et al.* Hand infections. *J Hand Surg Am*, 2011;36:1403-1412.
- GAILLOT O, MARUÉJOULS C. Bactériologie des infections de la main. Infections de la main. M. Ebelin. Paris, Elsevier 1998, p. 3-8.
- CONNOLLY B, JOHNSTONE F *et al.* Methicillin-resistant Staphylococcus aureus in a finger felon. *J Hand Surg Am*, 2000;25:173-175.
- PILCHER RS, DAWSON RL *et al.* Infections of the fingers and hand. *Lancet*, 1948;1:777-783.
- HAUCK RM, CAMP L *et al.* Pulp nonfiction: microscopic anatomy of the digital pulp space. *Plast Reconstr Surg*, 2004;113:536-539.
- DESAI SS, YAO J. Felons and paronychias. *Current Orthopaedic Practice*, 2010;21:551-555.
- PIERRART J, DELGRANDE D, MAMANE W *et al.* Acute felon and paronychia: Antibiotics not necessary after surgical treatment. Prospective study of 46 patients. *Hand Surgery & Rehab*, 2016;35:40-43.
- FERNANDEZ R, GRIFFITHS R. Water for wound cleansing. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012;2:CD003861.

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

Le lambeau perforant antérolatéral de cuisse fin en chirurgie reconstructrice

RÉSUMÉ : Le lambeau perforant antérolatéral de cuisse est un lambeau largement utilisé en reconstruction cervico-faciale et des membres. Dans certaines indications de resurfaçage et de modelage de lambeau (langue, oropharynx...), ce lambeau peut s'avérer trop épais (tissu adipeux sous-cutané trop volumineux) et c'est, entre autres, pour cela que le lambeau antébrachial est préféré dans ces indications malgré une morbidité plus importante au niveau du site donneur.

Les lambeaux épais donnent des résultats fonctionnels qui nécessitent, selon les indications, des dégraissages multiples chronophages et non dénués de dangerosité quant à la vascularisation du lambeau. Le prélèvement des lambeaux perforants dans le plan *fascia superficialis* (FS) semble être une alternative séduisante pour les reconstructions dans des régions anatomiques où la finesse des tissus transposés est nécessaire, afin de conserver la fonctionnalité et l'esthétique de la région.

Nous décrivons une technique originale qui consiste à prélever des lambeaux perforants antérolatéral de cuisse dans le plan du *fascia superficialis*, lame conjonctive, vestige embryologique et de l'évolution.



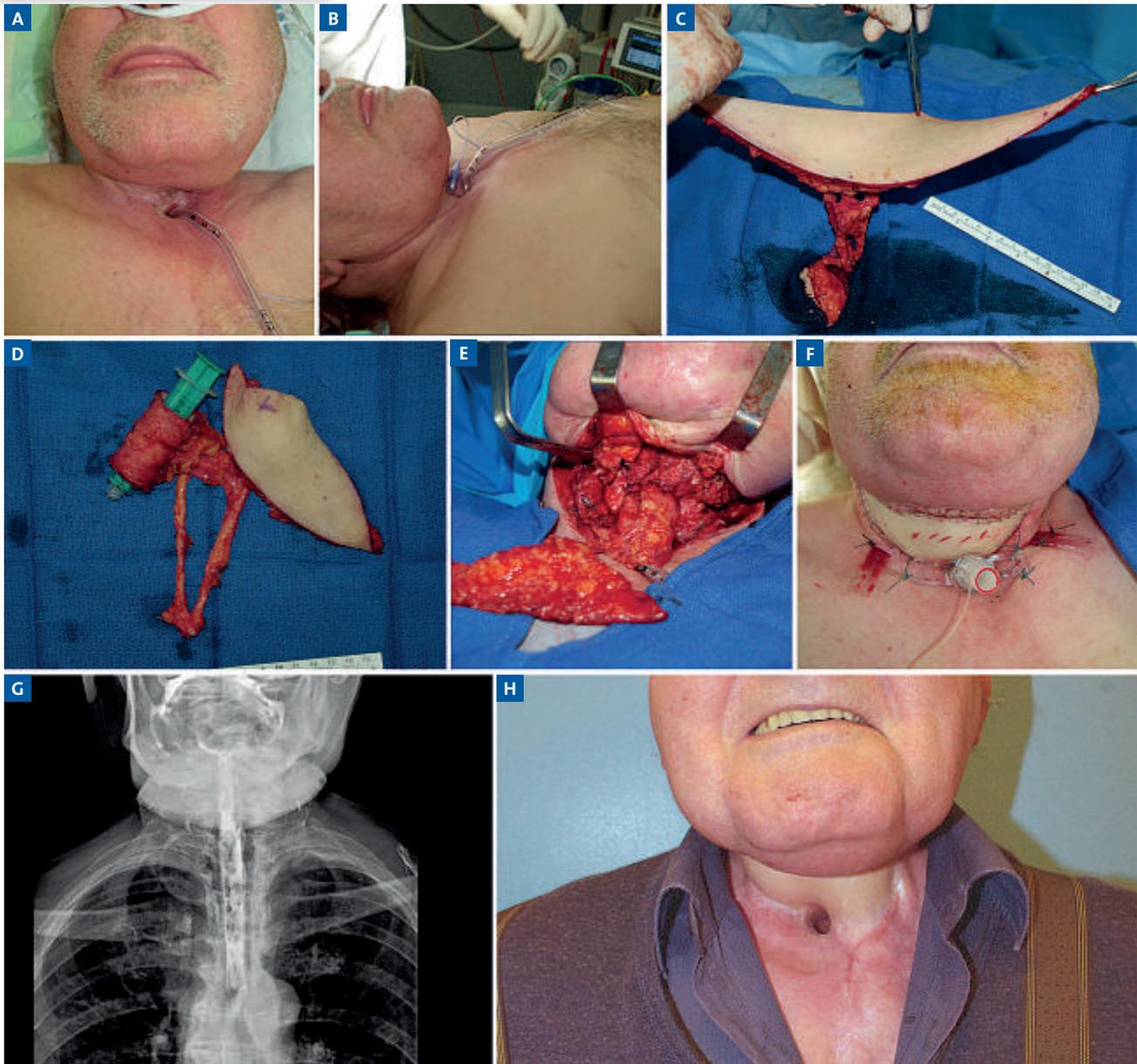
→ O. CAMUZARD,
A. DEBELMAS,
Q. GASSEMYAR
Institut Gustave-Roussy, VILLEJUIF.

Le lambeau perforant de la branche descendante de l'artère circonflexe latérale de la cuisse, ou plus communément appelé lambeau perforant antérolatéral de cuisse, est largement utilisé en chirurgie reconstructrice depuis sa première description par Song *et al.* en 1984 [1]. Ce lambeau peut être utilisé dans sa forme libre ou pédiculée pour recouvrir des pertes de substances dans des indications extrêmement variées. Le lambeau perforant antérolatéral de cuisse est sûrement le lambeau perforant le plus populaire avec le lambeau de DIEAP (*Deep inferior epigastric artery perforator*) et de TAP (*Thoracodorsal artery perforator*). Il est souvent utilisé comme modèle de référence du lambeau perforant [2]. En effet, de nombreuses études anatomiques ont décrit avec précision le nombre et le type de perforante vascularisant ce lambeau [3]. Des études cliniques ont également rapporté son utilisation pour les couvertures des régions cervico-faciales et des extrémités avec de très

bons résultats fonctionnels et esthétiques, faisant de ce lambeau une référence dans de nombreux centres chirurgicaux [4].

La notoriété des lambeaux perforants s'est faite sur la réduction de la morbidité du site donneur. En effet, ces lambeaux respectent les tissus mous musculaires, et ne sacrifient pas de gros troncs vasculaires tout en ayant des résultats esthétiques et fonctionnels aussi satisfaisants que les autres lambeaux. Malgré ces avantages, les lambeaux perforants ont également quelques inconvénients propres à tous les autres lambeaux. Dans des régions où la reconstruction doit être la plus fine possible, notamment dans les indications de resurfaçage au niveau des membres ou de la région cervico-faciale, ces lambeaux peuvent être trop volumineux du fait d'une épaisseur trop importante du tissu adipeux, et peuvent être responsables de lambeaux hypertrophiques ne s'adaptant pas parfaitement à la perte de substance.

CAS CLINIQUE 1



Un patient de 71 ans, consultant pour une dysphagie totale à 8 ans d'une pharyngo-laryngectomie totale, avec radiothérapie postopératoire. Le patient présentait au scanner une sténose pharyngée complète. L'examen clinique montrait une peau inflammatoire et une rétraction cervicale majeure (A et B).

Une reconstruction circulaire pharyngée était nécessaire ainsi qu'un apport cutané pour libérer la région cervicale. Devant les contraintes spatiales, un lambeau fin nous a paru nécessaire pour la reconstruction de la filière digestive avec un minimum d'encombrement.

Nous avons prélevé le lambeau antérolatéral sur la cuisse droite, sur deux perforantes (C), ce qui nous a permis d'obtenir deux palettes indépendantes dont une avec une conformation circulaire (D). La palette de gauche de conformation circulaire a servi à reconstruire le pharynx (E). La palette de droite a permis la libération des rétractions et le resurfaçage de la région cervicale antérieure (F). De plus, cette dernière était un témoin clinique accessible pour la surveillance de la vitalité du lambeau.

Le patient a repris une alimentation normale 3 mois après l'intervention (G), avec un résultat esthétique satisfaisant au niveau cervical (H).

RECONSTRUCTION

C'est, entre autres, la raison pour laquelle le lambeau antébrachial est préféré au lambeau antérolatéral de cuisse dans les reconstructions de la cavité buccale, ou de l'oropharynx, dans de nombreux centres chirurgicaux. Ces lambeaux nécessitent des dégraissages primaires ou secondaires chronophages et non dénués de dangerosité quant à la vascularisation du lambeau. Nous décrivons une nouvelle technique de prélèvement des lambeaux perforants antérolatéral de cuisse dans le plan du *fascia superficialis* (FS), permettant d'obtenir des lambeaux fins lors du prélèvement du lambeau.

Du dégraissage aux techniques de prélèvement de lambeaux fin : évolution des concepts

Le dégraissage des lambeaux pédiculés, ou libres, fait partie d'une étape classique de la chirurgie reconstructrice. Le chirurgien y est largement confronté, poussé par une demande croissante des patients de plus en plus soucieux du résultat esthétique même en chirurgie reconstructrice. Cette étape primordiale de la chirurgie des lambeaux est souvent non appréciée des chirurgiens, car chronophage et faisant prendre des risques vasculaires. C'est pourquoi de nombreux auteurs ont tenté de proposer des techniques de dégraissage sans pour autant trouver la technique optimale.

Il existe deux types de dégraissage des lambeaux : le dégraissage primaire et le dégraissage secondaire. Le dégraissage primaire est effectué durant le premier temps opératoire, et consiste à retirer de la graisse sur le lambeau une fois la dissection réalisée. Le dégraissage secondaire s'effectue dans un deuxième temps opératoire une fois que le lambeau s'est intégré sur son site receveur. Cette technique est considérée, à l'heure actuelle, comme la technique de référence de dégraissage des lambeaux. Pourtant, elle nécessite au moins un deuxième temps opératoire si

ce n'est plus, et n'est pas dénuée de risque quant à la vascularisation du lambeau.

Le dégraissage primaire qui est effectué durant le premier temps opératoire est souvent inhomogène et périphérique, du fait de la nécessité de laisser un tissu adipeux de protection autour du pédicule. Cette technique peut entraîner des souffrances vasculaires de la palette cutanée. Le premier à s'être intéressé au dégraissage primaire des lambeaux perforants est Kimura [5]. Après avoir levé le lambeau de façon classique, l'auteur décrit une technique de dégraissage au niveau de l'arrivée du pédicule dans le lambeau. La "microdissection" dégage le tronc de la perforante, puis excise les gros lobules graisseux en profondeur pour faire apparaître les premières branches de division sous-cutanées dans le plan au-dessus du FS. La dissection s'arrête au niveau du plan adipeux superficiel où les lobules sont plus petits.

Cette technique chronophage, bien que séduisante, n'est pas dénuée de dangerosité quant à la vascularisation du lambeau. Le risque de léser une branche perforante est important, et des cas de souffrance veineuse voire de nécrose ont été décrits dans la littérature, rendant cette technique peu utilisée par les chirurgiens reconstructeurs qui préfèrent un dégraissage secondaire, plus sûr [6]. Une étude anatomique, menée par Alkureishi *et al.* sur le lambeau antérolatéral de cuisse, a montré que le dégraissage primaire sans utiliser les techniques de microdissections de Kimura était également source d'ischémie et de souffrance de la palette cutanée [7]. C'est pourquoi cette technique de dégraissage primaire ne nous semble pas une technique à utiliser en première intention.

Afin de remédier à ces complications, Hong *et al.* [8] ont décrit une technique de levée des lambeaux perforants dans le plan du FS. Cette lame conjonctive, bien connue des chirurgiens plasticiens et des anatomistes, sépare le tissu adipeux

superficiel du tissu adipeux profond. La réalisation de lambeau perforant, prélevé dans le plan du FS, permet donc de diminuer la quantité de tissu adipeux sur le lambeau tout en assurant une vascularisation adéquate en diminuant les risques de léser l'artère perforante.

Des résultats cliniques ont été publiés par Qassemeyar *et al.* [9], montrant l'intérêt de ces lambeaux perforants fins dans les reconstructions des pertes de substances dans des régions où un resurfaçage est nécessaire. Cette technique originale que nous allons décrire est basée sur l'autonomisation de vascularisation des différents compartiments graisseux sus-fasciaux. En effet, lorsque l'artère perforante à destinée cutanée perfore le *fascia* profond, elle donne des branches artérielles dans le tissu adipeux profond et superficiel avant de rejoindre le plexus vasculaire sous-dermique (*fig. 1*).

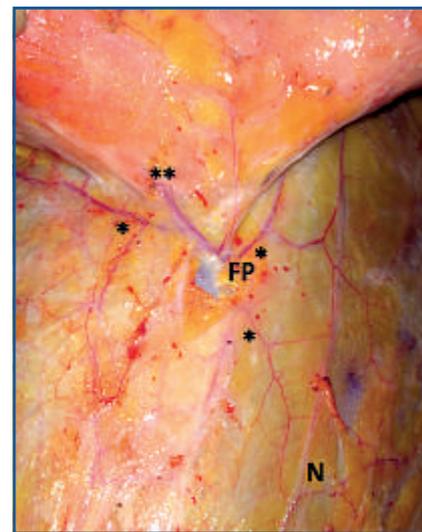


FIG. 1 : Branches profondes et superficielles issues de l'artère perforante à destinée cutanée. La levée du lambeau perforant cutanéoadipeux dans le plan du *fascia superficialis* (FS) permet d'apprécier le réseau vasculaire de la peau et des tissus mous. Sous le FS, nous pouvons apercevoir les branches destinées à la vascularisation du tissu adipeux profond (*), le *fascia* profond (FP) et le nerf fémoro-cutané latéral (N). L'artère perforante donne ensuite des branches pour le tissu adipeux superficiel (**) qui sont prélevées dans le lambeau. Le nerf cutané latéral de la cuisse, qui est présent au sein du tissu adipeux profond, est conservé.

CAS CLINIQUE 2



Un patient de 48 ans, à 4 ans d'une pelvi-mandibulectomie interrompue de la branche horizontale et parasymphise droite, avec reconstruction par lambeau libre de *fibula* pour carcinome épidermoïde pelvi-gingival droit. Les suites opératoires avaient été marquées par de nombreuses reprises pour une ostéoradionécrose du lambeau de *fibula* avec, entre autres, mise en place d'un lambeau pédiculé de grand pectoral droit. Le patient consultait car il présentait une gêne majeure fonctionnelle et esthétique.

À l'examen clinique, la palette cutanée du lambeau pédiculé de grand pectoral droit, mise en place précédemment était insuffisante, attirant la commissure labiale droite vers le bas et responsable d'une disparition de l'angle cervico-mentonnier. De plus, le menton était déformé et attiré par les rétractions observées. L'attraction de la lèvre et de la commissure étaient aussi responsables d'une disparition du vestibule labial inférieur (A et B).

Le patient présentait une incontinence labiale majeure, avec problème d'élocution et d'alimentation. Son souhait principal fonctionnel était la récupération d'une occlusion labiale satisfaisante.

Dans ce cas, l'objectif était de pouvoir libérer la région mentonnière de la région cervicale afin de relâcher les tensions sur la lèvre et la commissure labiale. Il fallait donc apporter du tissu cutané en quantité suffisante, d'une épaisseur compatible avec la région cervicale. Il fallait en profiter pour amener de la peau pour recréer un vestibule labial inférieur et faire un geste de commissuroplastie.

Nous avons choisi de prélever un lambeau antérolatéral de cuisse fin (C). La présence d'un réseau vasculaire intermédiaire superficiel nous a permis de segmenter le lambeau en deux palettes sur un seul vaisseau perforant. Une palette a été utilisée pour recréer un vestibule labial inférieur, l'autre a servi à l'apport de tissu cutané au niveau cervical (D).

L'aspect postopératoire immédiat était satisfaisant, avec la restitution d'un angle cervico-mentonnier et d'un vestibule labial inférieur conséquents (E et F). Les résultats esthétiques et fonctionnels ont été durables, le patient a récupéré une occlusion labiale satisfaisante (G: consultation à 6 mois postopératoires).

RECONSTRUCTION

Ces branches sont présentes en amont et en aval du FS, et la levée du lambeau dans le plan du FS permet d'assurer une vascularisation du tissu adipeux superficiel situé au-dessus du FS.

Base anatomique de la vascularisation des lambeaux fins prélevés dans le plan du fascia superficialis

Afin de comprendre la vascularisation des lambeaux fins prélevés dans le plan du FS, il faut comprendre l'anatomie des couches présentes dans le tissu mou sous-cutané et la vascularisation de ces différents espaces (fig. 2). Sous l'épiderme et le derme se trouve

l'hypoderme, qui est séparé par le FS en un tissu adipeux superficiel et profond. La vascularisation de ces couches adipeuses et de la peau est assurée par de nombreux plexus anastomotiques, permettant une grande fiabilité vasculaire à différents niveaux. Les plexus les plus connus et les plus étudiés sont les plexus sus- et sous-fasciaux, permettant de comprendre la vascularisation des lambeaux fascio-cutanés. Ces plexus donnent des branches pour le plexus sous-cutané, qui donnent à leur tour des branches pour le plexus sous-dermique. Ces plexus sous-dermiques sont à la base des lambeaux au hasard. Les artères perforantes à destination cutanée sont à l'origine de la formation de ces plexus vasculaires.

Très peu d'études se sont intéressées au devenir des artères perforantes au-delà du fascia profond. Nakajima *et al.* ont décrit différents modes de division de ces artères perforantes, et ont montré qu'il y avait une variabilité de division selon la localisation dans le corps. Ils ont montré que ces artères perforantes pouvaient se diviser dans le tissu adipeux profond avant de rejoindre le plexus artériel sous-dermique. Avant de rejoindre ce plexus, ces artères perforent le FS et donne des branches pour la graisse superficielle, et forme ainsi le plexus sous-cutané et sous-dermique. Ces divisions sont à la base de la compréhension de la vascularisation des lambeaux prélevés dans le plan du FS. Le plan de dissection du FS permet donc une autonomisation de vascularisation du tissu adipeux favorisant la réalisation des lambeaux sur une de ces deux couches.

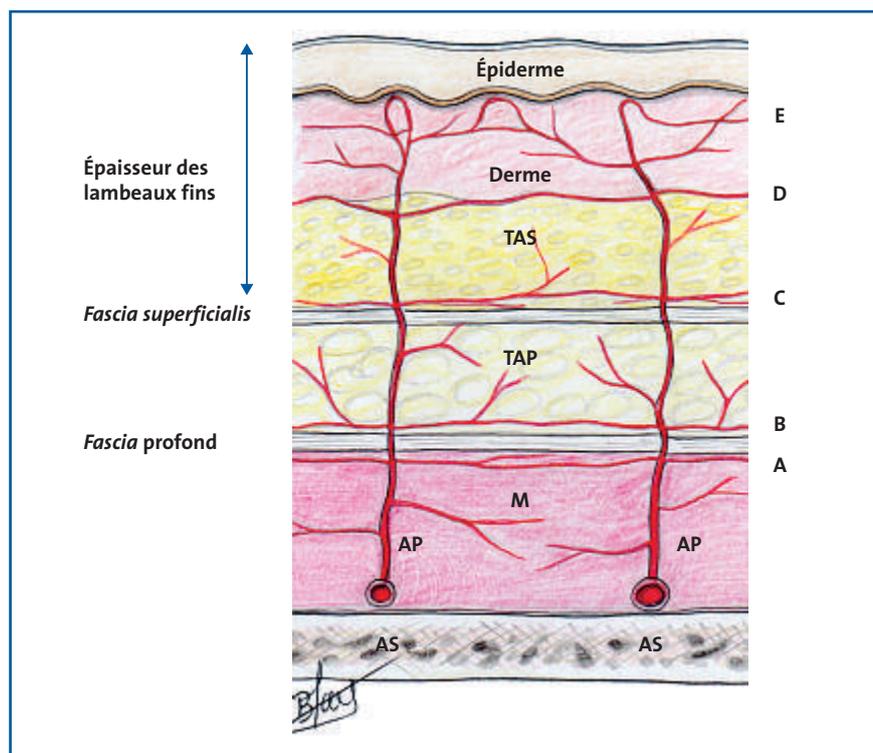


FIG. 2 : Base anatomique de la vascularisation de la peau et des tissus mous sous-cutanés. Le réseau vasculaire de la peau et des tissus mous est présenté ici. À partir d'une artère source (AS), naissent des artères perforantes (AP) à destination cutanée (ici musculo-cutané; M: muscle). Ces AP donnent naissance à un réseau anastomotique sus- et sous-fascial (A: réseau anastomotique sous-fascial; B: réseaux anastomotique sus-fascial). Elles perforent ensuite le fascia profond (FP), et donne des branches pour la vascularisation du tissu adipeux superficiel (TAS) et profond (TAP). Le tissu adipeux est séparé en deux couches par le fascia superficialis (FS), et c'est dans un plan superficiel que l'on retrouve le réseau anastomotique sous-cutané (C). Enfin, ces artères vont terminer leur chemin dans le derme et l'épiderme et donner les plexus dermiques et sous-dermiques (D et E).

Technique de prélèvement du lambeau perforant antérolatéral de cuisse fin dans le plan du FS

Avant la réalisation du lambeau, un échodoppler préopératoire est réalisé afin de repérer la zone d'émergence de la perforante à travers l'aponévrose profonde et observer l'orientation de ses branches dans le tissu sous-cutané. La zone de passage du FS peut également être repérée. C'est une étape importante de l'intervention, car une différence notable est possible entre le passage de l'aponévrose et du FS. Les berges de l'ensemble de la palette cutanée sont infiltrées à la xylocaïne adrénalinée afin de pouvoir débuter une dissection plus facile des branches artérielles superficielles.

L'incision s'effectue d'abord sur le versant médial de la palette cutanée. La dissection débute dans un plan très superficiel au départ au-dessus du FS, qui est facilement repéré sous le tissu

CAS CLINIQUE 3



Un patient de 67 ans, déjà opéré d'un angiosarcome fronto-pariétal gauche (exérèse et greffe de peau), qui présentait une récurrence locale à distance nécessitant une exérèse large (A et B).

Devant la nécessité d'apporter du tissu vascularisé en surface importante pour le cuir chevelu, nous avons décidé de prélever un ALT fin au niveau de la cuisse droite. Le repérage de la perforante a été effectué à l'écho-Doppler. La croix la plus à droite sur l'image correspond à la projection cutanée de son émergence à travers l'aponévrose du muscle vaste latéral. La croix à gauche (annotée d'un "S") reflète son passage dans le plan du FS (C). Ce patient présentait une variation anatomique : le pédicule du lambeau antérolatéral de cuisse était issu de la branche transverse de l'artère circonflexe fémorale (D : lambeau sevré).

La découverte d'une artère temporale superficielle gauche thrombosée a imposé une dissection jusqu'à la région cervicale pour pouvoir effectuer les anastomoses (E). Les branches artérielle et veineuse descendantes de l'artère circonflexe fémorale ont été utilisées comme pontage artérioveineux (F), afin d'anastomoser le pédicule du lambeau (issu de la branche transverse de l'artère circonflexe fémorale chez ce patient) sur l'artère thyroïdienne supérieure gauche et en termino-latéral sur la veine jugulaire interne gauche (G).

Le lambeau a ensuite été suturé, offrant une bonne couverture du defect (H : fin d'intervention ; I : consultation à 3 mois postopératoires).

RECONSTRUCTION

Qu'est ce que le fascia superficialis ?

Le *fascia superficialis* (FS) est formé de tissu conjonctif associant fibres de collagène et fibres élastiques. Plus épais au niveau du tronc, il devient plus fin au niveau des membres. Chez les mammifères, cette membrane conjonctive (*panniculus carnosus*) est retrouvée sous forme musculaire, et leur permet de frissonner et de mobiliser leur peau par rapport aux plans profonds. Ce *fascia* a involué au cours de l'évolution des espèces, et est retrouvé chez l'homme sous différentes formes selon la région anatomique étudiée :

- au niveau de la région faciale, le FS prend une forme musculaire et n'est autre que le système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS) ;
- au niveau de la région cervicale, ce *fascia* correspond au muscle *platysma* ou muscle peaucier du cou ;

– dans les autres régions du corps, ce *fascia* est retrouvé sous forme fibreuse plus épais au niveau du tronc. Il devient quasi invisible au niveau des extrémités, et présente surtout une grande variabilité en fonction des individus. Fonctionnellement, le FS joue un rôle dans le maintien de l'intégrité cutané et dans la dynamique des veines superficielles.

Ce *fascia* sépare le tissu adipeux superficiel du tissu adipeux profond, et leur autorise une indépendance dans leur vascularisation. Au-dessus du FS, le tissu adipeux donne des lobules graisseux de petite taille. En dessous du FS, les lobules graisseux sont plus volumineux, et c'est le lieu de passage des veines superficielles et des nerfs périphériques superficiels.

adipeux superficiel. Cette dissection est réalisée dans le plan du FS avec la pointe d'une lame froide numéro 15 et sous lunettes grossissantes jusqu'à arriver à proximité de la zone d'émergence de la perforante sous le FS. Une ou plusieurs artères perforantes peuvent être incluses dans la dissection selon la nécessité d'obtenir plusieurs palettes cutanées vascularisées par le même pédicule. Les branches se distribuant dans la graisse profonde sont ligaturées pour individualiser la perforante sur les seules branches superficielles. Le nerf cutané latéral de la cuisse, situé sous le FS peut ainsi être aisément préservé. Puis, la perforante est disséquée dans le tissu adipeux profond jusqu'au *fascia* profond, et la suite de la procédure chirurgicale est la même que pour tous les autres lambeaux antéro-latéraux de cuisse. Le lambeau obtenu présente ainsi une finesse homogène qui est de l'ordre de 3 à 5 mm selon les individus.

La partie latérale de la palette est ensuite incisée. L'incision du *fascia* profond se limite au strict minimum nécessaire à la dissection du pédicule dans le *septum* intermusculaire, ou dans le muscle selon le type de perforante. L'absence de sacrifice du tissu adipeux profond offre un tissu sous-cutané pour une éventuelle greffe de peau et, en cas de site donneur auto-fermant, la déformation de la cuisse est peu importante. Le prélèvement est

facilité par l'identification de la zone d'émergence de la perforante par échodoppler. De plus, le FS est facilement repérable en échographie, et le mode Doppler permet de prédire l'arborisation de la perforante à destinée cutanée et le niveau de pénétration sur niveau du FS. Toutefois, l'imagerie n'est pas indispensable, mais elle évite les craintes opératoires et oriente la recherche des branches, empêchant ainsi une perte de temps supplémentaire.

1. Avantages

Cette méthode de prélèvement des lambeaux perforants fins dans le plan du FS présente de multiples avantages :

- elle permet l'obtention d'un lambeau fin d'épaisseur homogène avec fiabilité vasculaire dès le prélèvement du lambeau ;
- elle permet l'obtention de plusieurs palettes en fonction du nombre de perforantes repérées et de l'arborisation du tronc de la perforante ;
- elle permet la préservation d'un tissu adipeux profond qui offre un meilleur résultat fonctionnel et esthétique en cas de nécessité de greffe de peau sur le site donneur ;
- elle permet la conservation des branches sensibles nerveuses et des veines superficielles ;
- elle permet l'allongement de la longueur du pédicule en gagnant de la lon-

gueur grâce à la dissection du tronc de l'artère perforante dans le tissu adipeux profond.

2. Inconvénient

Ce type de prélèvement possède aussi des inconvénients qu'il est important de noter :

- le temps de dissection du tronc de l'artère perforante dans le tissu adipeux nécessite des techniques de dissections microchirurgicales, et rallonge la procédure opératoire ;
- le plan du FS peut être dans certain cas difficilement repérable, notamment si le patient est très maigre et qu'il a un tissu adipeux profond fin. Mais, dans ce cas, le prélèvement sus-fascial standard est identique en termes d'épaisseur ;
- le fait de disséquer ces perforantes de très petit calibre peut entraîner un effet "twist" lors de la conformation du lambeau sur le site receveur qu'il conviendra d'éviter.

Conclusion

La levée du lambeau perforant fin dans le plan du FS dès le prélèvement est donc une alternative séduisante aux autres techniques de dégraissage des lambeaux. Bien que difficile, sa dissection peut être réalisée par des chirurgiens étant familiers aux techniques de

POINTS FORTS

- ⇒ Le lambeau antérolatéral de cuisse est un lambeau perforant fiable et rapidement prélevable. Mais, dans certaines indications, il peut être trop épais, nécessitant des dégraissages secondaires.
- ⇒ Le prélèvement de ce lambeau perforant dans le plan du *fascia superficialis* (FS) permet d'obtenir un lambeau fin dans un même temps opératoire.
- ⇒ Ce type de prélèvement permet de laisser en place le tissu adipeux profond et ainsi de respecter les nerfs périphériques.
- ⇒ En cas de nécessité de greffe de peau sur le site donneur, celle-ci est faite sur la graisse profonde, et n'entraîne pas d'adhérence sur le *fascia* profond aponévrotique ou directement sur le muscle, comme observée lors d'une procédure supra- ou sous-fasciale classique.
- ⇒ Cette technique nécessite d'être réalisée par un chirurgien habitué aux techniques de microchirurgie et de prélèvement des lambeaux perforants.

prélèvement des lambeaux perforants. La finesse de ces lambeaux et l'absence de *fascia* profond dans le prélèvement en font un lambeau de choix dans l'arsenal thérapeutique des lambeaux utilisés pour des indications de resurfaçage et de modelage.

Bibliographie

1. SONG YG, CHEN GZ, SONG YL. The free thigh flap: a new free flap concept based on the septocutaneous artery. *Br J Plast Surg*, 1984;37:149-159.
2. WEI FC, JAIN V, CELIK N *et al*. Have we found an ideal soft-tissue flap? An experience with 672 anterolateral thigh flaps. *Plast Reconstr Surg*, 2002;109:2219-2226.
3. VALDATTA L, TUINDER S, BUORO M *et al*. Lateral circumflex femoral arterial system and perforators of the anterolateral thigh flap: an anatomic study. *Ann Plast Surg*, 2002;49:145-150.
4. VALENTINI V, CASSONI A, MARIANETTI TM *et al*. Anterolateral thigh flap for the reconstruction of head and neck defects: alternative or replacement of the radial forearm flap? *J Craniofac Surg*, 2008;19:1148-1153.
5. KIMURA N, SAITOH M, OKAMURA T *et al*. Concept and anatomical basis of microdissected tailoring method for free flap transfer. *Plast Reconstr Surg*, 2009;123:152-162.
6. ROSS GL, DUNN R, KIRKPATRICK J *et al*. To thin or not to thin: the use of the anterolateral thigh flap in the reconstruction of intraoral defects. *Br J Plast Surg*, 2003;56:409-413.
7. ALKUREISHI LW, ROSS GL. Thinning of the anterolateral thigh flap: unpredictable results. *Plast Reconstr Surg*, 2006;118:569-570.
8. HONG JP, CHUNG IW. The superficial fascia as a new plane of elevation for anterolateral thigh flaps. *Ann Plast Surg*, 2013;70:192-195.
9. QASSEMYAR Q, DELOBAUX A. Thin perforator flaps elevated in the plane of the superficial fascia: Principle and surgical procedure. *Ann Chir Plast Esthet*, 2015;60:214-220.

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

Poches malaïres : formes anatomocliniques et choix des traitements chirurgicaux

RÉSUMÉ : Les poches malaïres correspondent à un excès de volume situé devant le rebord osseux orbitaire et/ou l'os malaïre. Très disgracieuses, elles sont une difficulté majeure lorsqu'une blépharoplastie inférieure est envisagée.

Ce terme recouvre en fait des modifications anatomiques qui ne sont pas univoques.

Le but de cette présentation est de distinguer cliniquement les différents types de poches malaïres et de permettre ainsi le choix d'un traitement qui corrigera spécifiquement les anomalies correspondantes.



→ P. ESCALAS
Polyclinique de l'Atlantique,
NANTES-SAINT-HERBLAIN.

Anatomie

Les poches malaïres peuvent se développer sous le rebord orbitaire inférieur. Cette zone est occupée par la graisse sous-orbitaire (SOOF), recouverte de l'orbiculaire et de la graisse sous-cutanée (*fig. 1*). Les tissus sont retenus à ce niveau par un ligament rattachant le derme profond au rebord orbitaire. Avec l'âge, ce ligament se relâche et le volume du SOOF diminue, créant un creux, c'est-à-dire un cerne.

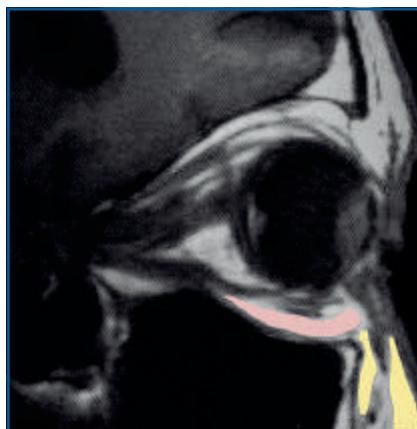


FIG. 1 : Compartiments graisseux périorbitaires inférieurs.

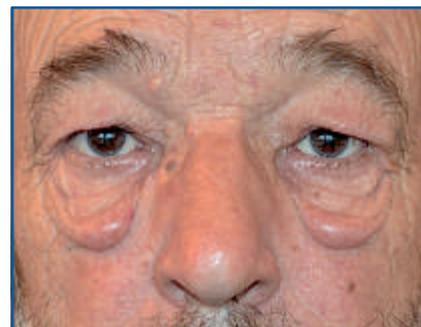


FIG. 2 : Poche de type lymphatique.

Cependant, lorsqu'il existe un trouble de la circulation lymphatique – dont le mécanisme est le plus souvent inconnu, mais plus volontiers présent chez les fumeurs et les patients ayant été très exposés au soleil – une poche va se former à ce niveau (*fig. 2*). Cette déformation, appelée feston, sera mobilisée si on tend la paupière, mais ne s'estompera pas. La peau aura un aspect hyperhémique du fait de téléangiectasies en surface, le volume sera variable et plus important le matin au réveil. Dans certains cas, la cause du trouble de circulation est connue : sclérose post-radiothérapie, inflammation chronique, cicatrice profonde.

Un deuxième type de poche peut apparaître sous la forme d'un triangle saillant, sous l'arcade zygomatique, en regard de l'os malaire (**fig. 3**). Cette zone est occupée principalement par de la graisse, la poche graisseuse malaire entre l'orbiculaire et la peau (**fig. 4**). Elle est retenue par un ligament tendu entre le derme profond et l'arcade zygomatique: le ligament zygomatico-malaire (**fig. 5 et 6**). Avec l'âge, il se produit un relâchement et un déplacement de la poche graisseuse qui ressort; un pli médio-jugal se crée. Il n'y a donc pas une création de volume mais un déplacement, comme dans la formation du sillon nasogénien. De ce fait, la déformation est beaucoup plus externe que dans le mécanisme précédent et, pour effacer cette poche, il faut remonter non pas la paupière mais la région malaire.



FIG. 3 : Poche par relâchement.

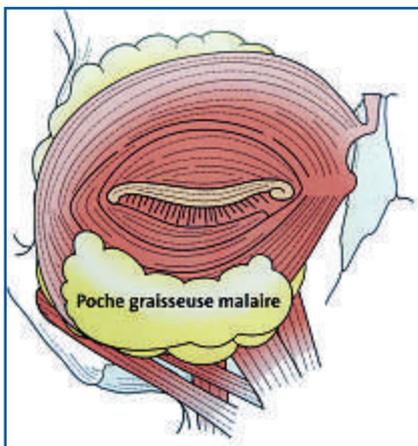


FIG. 4 : Poche graisseuse malaire entre l'orbiculaire et la peau.

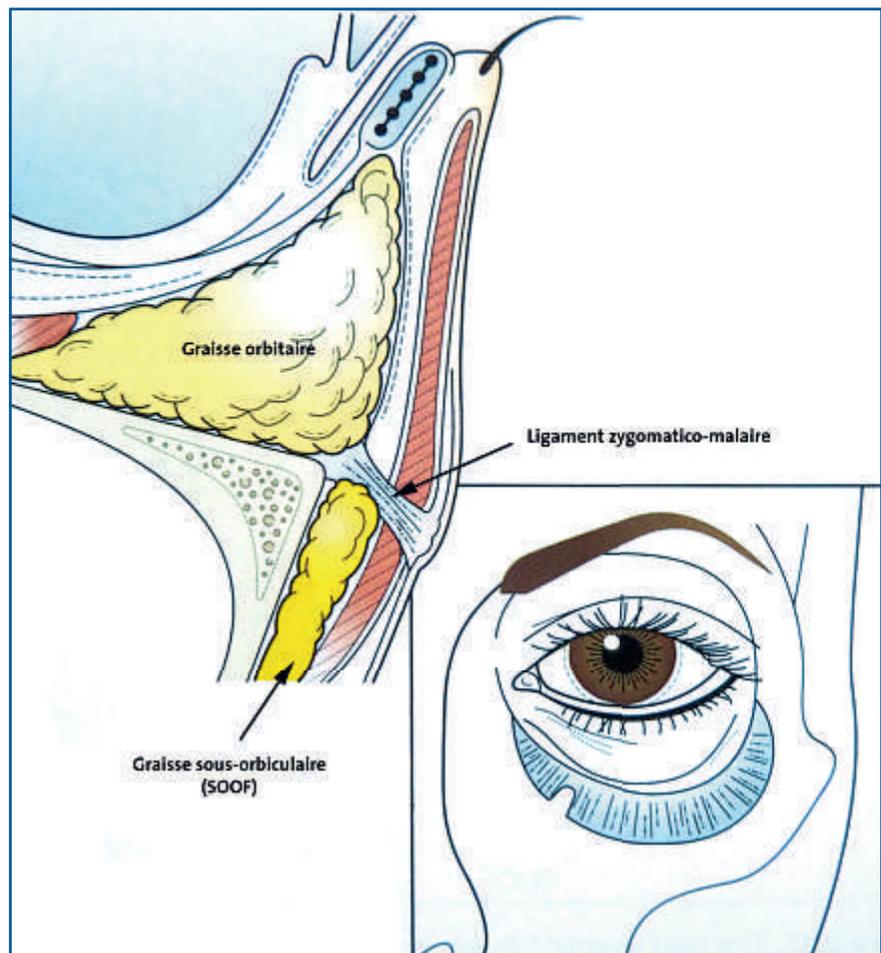


FIG. 5 : Ligament zygomatico-malaire traversant le SOOF, l'orbiculaire, la poche malaire et s'insérant sur le derme.



FIG. 6 : Ligament zygomatico-malaire plus latéral; les fibres traversent l'orbiculaire retenu par la pince.

Il arrive qu'un excès et un relâchement de la peau palpébrale et de l'orbiculaire créent un pli le long du rebord orbitaire inférieur, donnant un aspect trompeur (**fig. 7**). Il ne s'agit alors pas d'une poche

malaire mais d'un problème purement palpébral; la déformation disparaît en soulevant la paupière inférieure et

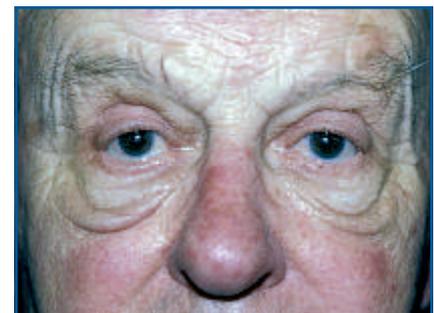


FIG. 7 : Fausse poche; le relâchement est limité à la peau et à l'orbiculaire.

FACE

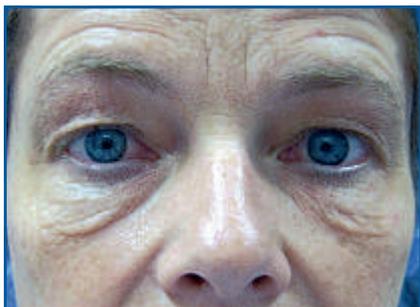


FIG. 8 : Fausse poche, aspect préopératoire.



FIG. 10 : Poches lymphatiques, aspect préopératoire.



FIG. 13 : Poches lymphatiques avec inflammation, aspect préopératoire.



FIG. 9 : Fausse poche, aspect postopératoire.



FIG. 11 : Poches lymphatiques, aspect peropératoire.



FIG. 14 : Poches lymphatiques avec inflammation, aspect postopératoire.

pourra donc être corrigée par une blépharoplastie classique (fig. 8 et 9).

Traitement

En cas de poche de type lymphatique, le principe est de retirer le tissu anormal dans lequel la lymphe est retenue. On réalise un abord cutané le long du rebord osseux et on retire l'excès de peau, le tissu sous-cutané et, éventuellement, l'orbiculaire s'il est concerné par le phénomène de rétention ou s'il existe un relâchement du muscle qui forme un pli.

La suture est soignée, en plusieurs plans, avec une application de colle en surface pour obtenir la meilleure coaptation possible des berges. La cicatrice sera très peu visible après 3 mois environ. Les résultats seront spectaculaires (fig. 10, 11 et 12) s'il n'existe pas d'inflammation chronique ou de sclérose étendue, susceptibles de reproduire l'œdème.

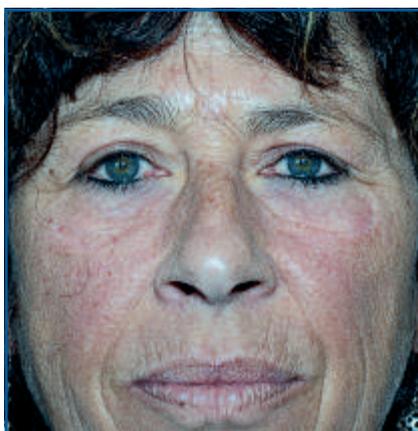


FIG. 12 : Poches lymphatiques, aspect postopératoire.

Dans ces cas, l'amélioration ne sera que partielle (fig. 13 et 14).

Dans le cas des poches par relâchement du ligament zygomatico-malaire, il faudra associer à une blépharoplastie classique par voie cutanée un abord de la région malaire en avant du périoste,

dans le SOOF, jusqu'au bord inférieur de l'os malaire (fig. 15), en s'étendant en dehors, le long de l'arcade zygomatic, sur 20 mm environ. Plusieurs points de Prolène sont passés au travers du SOOF, de l'orbiculaire et de la graisse sous-cutanée, et sont fixés sur le périoste

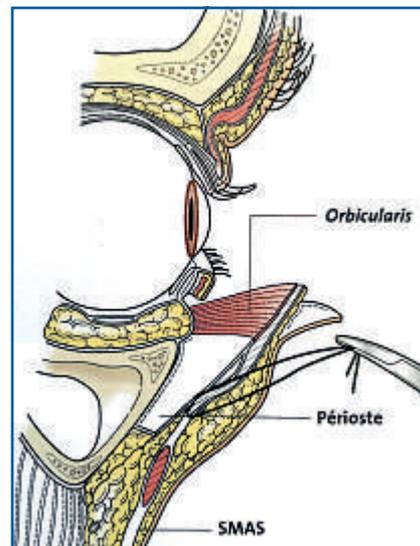


FIG. 15 : Principe du mésolift sus-périosté. SMAS : système musculo-aponévrotique superficiel.

POINTS FORTS

- ⇒ Les poches malaïres sont très disgracieuses ; aucun traitement cosmétique ou médical ne peut les atténuer.
- ⇒ Elles représentent une difficulté majeure lorsqu'une blépharoplastie inférieure est envisagée.
- ⇒ Toutefois, une technique adaptée à la nature des poches permet d'obtenir une amélioration sensible et, dans certains cas, spectaculaire.

voie de blépharoplastie, ou d'un lambeau tarso-musculaire avec raccourcissement du bord libre de la paupière et dissection d'un néo-tendon qui sera fixé au périoste si la laxité est plus importante [3]. Les suites sont marquées par un œdème plus important qui disparaît après 3 à 4 semaines.

Dans tous les cas, un lambeau d'orbiculaire fixé sur le périoste du rebord osseux, légèrement au-dessus du canthus, est utilisé pour tendre l'orbiculaire et soutenir le bord libre (**fig. 16 et 17**).

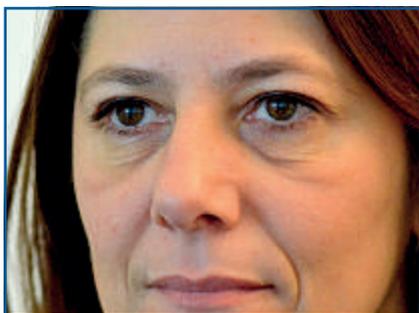


FIG. 16 : Poche malaïre par relâchement préopératoire.



FIG. 17 : Poche malaïre par relâchement postopératoire.

du rebord orbitaire inférieur. Cette intervention, appelée mésolift sus-périosté ou “cheek lift” [1, 2], a également été décrite en passant sous le périoste, avec toutefois un potentiel de complications plus important.

On associe le plus souvent plusieurs gestes pour soutenir la paupière inférieure et prévenir l'œil rond, et ce d'autant plus qu'il existe un relâchement de la sangle tarso-ligamentaire. Il peut s'agir d'une plicature du tendon externe par

Bibliographie

1. STEVENS HP, WILLEMSSEN JC, DURANI P *et al.* Triple-layer midface lifting: long-term follow-up of an effective approach to aesthetic surgery of the lower eyelid and the midface. *Aesthetic Plast Surg*, 2014;38:632-640.
2. KRKAUER M, AAKALU VK, PUTTERMAN AM. Treatment of malar festoon using modified subperiosteal midface lift. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg*, 2012;28:459-462.
3. Color atlas of Cosmetic Oculofacial Surgery. Elsevier, 2009, 2nd edition William P. D. Chen/Jemshed A. Khan.

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



Et si vous optimisiez
votre épargne grâce
aux conseils personnalisés
d'un expert ?

ÉPARGNE RETRAITE

PUBLICITÉ



Votre conseiller MACSF est à votre écoute pour analyser vos attentes et vous proposer des solutions épargne retraite personnalisées.

PRENEZ RENDEZ-VOUS AVEC VOTRE CONSEILLER MACSF AU

3233

Service gratuit
+ prix appel

ou 01 71 14 32 33

macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

