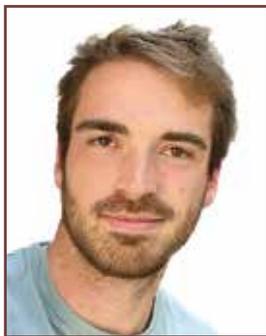


Congrès AIME

Beauté féminine des bras : une approche conservatrice



COMPTE RENDU RÉDIGÉ PAR D. POIBLEAU

Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale,
Hôpital Henri Mondor, CRÉTEIL.

Anatomie appliquée aux procédures esthétiques

D'après la communication
du Dr Philippe Garcia

En introduction, le Dr Garcia a rappelé les grandes lignes de l'anatomie descriptive et esthétique des bras. Après les couches cutanées et graisseuses, on retrouve une couche musculaire et les structures osseuses en profondeur (*fig. 1*).

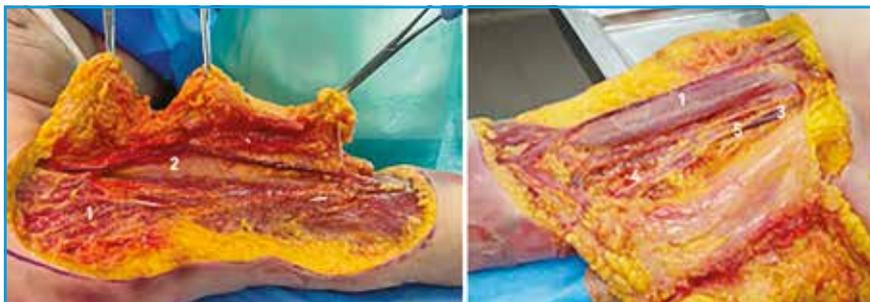


Fig. 1 : Anatomie descriptive du bras. 1: muscle biceps brachial. 2: veine céphalique. 3: veine basilique. 4: artère brachiale. 5: nerf médian et ulnaire.

La peau de cette région est souple, fine et fragile, sujette à la distension cutanée. La graisse a tendance à s'accumuler au niveau périmusculaire et par causer une ptôse, touchant plus volontiers la femme que l'homme (musculature différente, imprégnation hormonale, etc.). Les solutions apportées peuvent être chirurgicales, *via* la lipoaspiration et/ou le lifting de bras, ou médicales, *via* les fils PDO ou les injections sous-cutanées de fillers (acide polylactique Lanluma, acide hyaluronique) (*fig. 2*).

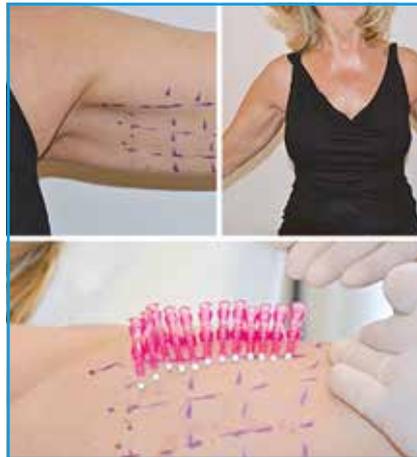


Fig. 2 : Fils tenseurs PDO (polydioxanone).

Expérience des injectables et des fils pour l'embellissement du bras

D'après la communication
du Dr Catherine De Goursac

Afin de bien sélectionner les patientes auxquels proposer une solution médicale, le Dr De Goursac nous conseille les candidates à évincer en médecine esthétique : un volume excessif, une laxité trop importante ou une atrophie musculaire majeure doivent orienter vers un geste chirurgical. Elle distingue deux tableaux : les bras "chauve-souris", pour lesquels elle propose en priorité des fils crantés, et les bras froissés, pour lesquels elle conseille des minifils et/ou des inducteurs tissulaires.

1. Prise en charge des bras "chauve-souris"

Les fils crantés sont à préférer, avec au moins 10 fils par bras (fils COG 21G/60 mm et 21G/90 mm) insérés à 45° à travers la peau, à la jonction derme-hypoderme. Le résultat s'apprécie à trois mois minimum et est parfois décevant d'où la nécessité de bien sélectionner les patientes (*fig. 3*).

2. Prise en charge des bras froissés (face antéro-interne)

Il est ici utile de densifier le derme *via* la pose de minifils et/ou *via* l'injection d'inducteurs tissulaires.

● Pose des fils Screw

Le Dr De Goursac recommande la pose d'environ 60 fils par bras, à 45° dans le derme (*fig. 4*). Cela permet une bonne



Fig. 3 : Avant-après la pose de fils crantés.



Fig. 4 : Pose des fils Screw.

relance de la néocollagénogenèse. Le résultat est en général satisfaisant avec une à deux séances à un mois d'intervalle, avec un effet cumulatif observé au

fur et à mesure des années. Il faut prévenir les patients du risque d'ecchymoses allant de 72 h à 1 semaine et de légers œdèmes réactionnels. La douleur est modérée et il convient d'éviter le sport pendant 15 jours ainsi que sauna, massages, hammam et jacuzzi.

● Les inducteurs tissulaires

Le Dr De Goursac utilise l'acide hyaluronique (Skinbooster) en limitant les zones injectées à la partie distale ou interne du bras, ou encore l'acide polylactique (Sculptra, Lanluma). Il existe cependant un risque de nodules sous-cutanés non inflammatoires difficiles à prendre en

charge et d'ecchymoses sur les sites d'injection. Il est essentiel de bien diluer les fillers afin de réaliser un nappage plus homogène et de masser au décours afin d'uniformiser le résultat.

■ Intérêt du minilifting des bras

D'après la communication du Dr Catherine Bergeret Galley

Nous l'avons vu, certaines indications ne peuvent se passer d'un geste chirurgical. Cela dépend de l'importance de l'excès cutané et de l'élasticité de la peau, liés aux variations pondérales du patient et de son âge. Plusieurs techniques chirurgicales peuvent être associées, dépendantes d'une fine analyse cutanéograsseuse.

1. Lipoaspiration simple

La brachioplastie démarre le plus souvent par une lipoaspiration, sauf chez les femmes maigres où le décollement peut parfois être réalisé à la canule sans aspiration. Elle permet une réduction du volume grasseux et une libération des adhérences cutanées superficielles, préparant le redrapage cutané ultérieur tout en préservant les cloisons conjonctives et les septa conjonctivo-vasculaires amarrant la peau aux fascias et aux aponeuroses (fig. 5).

2. Mini-brachioplastie ou brachioplastie a minima

On complète la lipoaspiration par une résection de peau proximale axillaire et brachiale. Elle permet une cicatrice courte qui reste si possible dissimulée dans le creux axillaire, losangique pure ou en L. La candidate idéale est mince, avec un excès cutané et un pendulum modérés. Aujourd'hui, cette brachioplastie à cicatrice courte peut bénéficier d'un traitement combiné sous-cutané en fin de lipoaspiration par Argon Plasma ou Renuvion. Les résultats définitifs sont au mieux appréciés à deux ans postopératoires (fig. 6).

Congrès AIME

3. Lifting axillaire

Après une lipoaspiration brachiale et de la région axillaire, on réalise un décollement de la partie haute du bras avec une dissection et une résection axillaire, afin de réaliser un lifting du bras et des aisselles *via* une courte cicatrice (*fig. 7*).

4. Brachioplastie totale

Dans les cas les plus importants, on ne peut se passer de la brachioplastie totale avec incision longitudinale pouvant aller jusqu'à l'avant-bras après la lipoaspiration. Cela rétablit la tension circonférentielle et traite l'excès cutané

distal. La cicatrice doit être positionnée au bord postérieur pour être la moins visible possible et la résection cutanée réalisée essentiellement aux dépens de la peau antérieure (*fig. 8*).

La dermopigmentation pour camoufler les cicatrices de brachioplastie

D'après la communication de Madame Maud Ravier

Spécialisée dans le maquillage permanent depuis plus de 20 ans, Maud Ravier est à l'initiative du programme Life Repair destiné aux femmes ayant

subi une mastectomie, augmentation ou plastie mammaire pour prendre en charge leur cicatrice et/ou la reconstruction des aréoles. Ce programme est complémentaire aux actes médicaux, permettant entre autres :

- un assouplissement des cicatrices avec le *Newskin Needling*;
- un camouflage des cicatrices (cuir chevelu, fentes labiales, etc.);
- une amélioration de la trophicité des cicatrices suite à une augmentation ou réduction mammaire;
- un embellissement des traits du visage à la suite d'une brûlure;
- un camouflage des cicatrices hyperpigmentées ou dépigmentées;



Fig. 5 : Lipoaspiration simple.

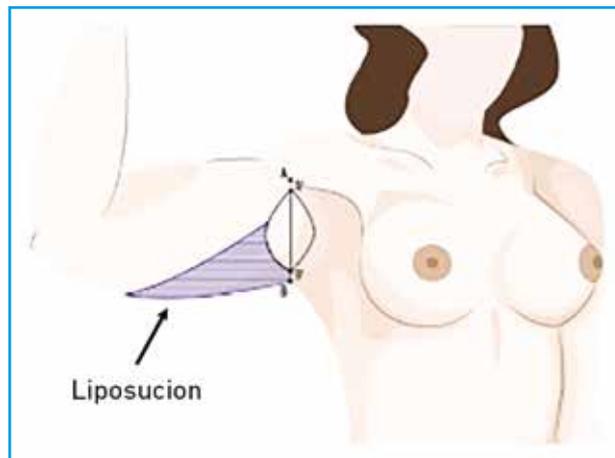


Fig. 6 : Mini-brachioplastie.



Fig. 7 : Lifting axillaire.



Fig. 8 : Brachioplastie totale.



Fig. 9 : Brachioplastie.

la création d'aréoles mammaires 3D après une mastectomie.

Les pigments utilisés ne sont pas les mêmes que dans un salon de tatouage classique, avec des contenants de plus petit volume (5 mL) afin d'éviter une dégradation des produits et sans dépôts métalliques, ce qui les rend moins agressifs pour les peaux irradiées ou opérées. Les aiguilles utilisées sont très fines et peu traumatiques, similaires à celles utilisées en acupuncture. Quelques exemples avant/après sont présentés ici (fig. 9).

■ Renuvion, retour d'expérience

D'après la communication du Dr Laurent Benadiba

Le Dr Benadiba poursuit en nous présentant la technologie Renuvion, qui combine les propriétés de l'hélium et de la radiofréquence en créant un plasma permettant de couper et coaguler les tissus. L'énergie est répartie sous le derme et permet de coaguler uniformément les tissus à l'aide d'une canule de 3-4 mm. Une température de 85° est atteinte en moins de 4/10^e de seconde, ce qui augmente la coagulation du collagène. Afin d'évacuer le gaz résiduel, plusieurs points d'entrée et de sortie sont nécessaires pour chaque zone. Il faut réaliser un maillage sur chaque zone, avec cinq à

sept passages sur chaque ligne. Une infiltration préalable est réalisée au sérum adrénaliné (fig. 10 à 12).

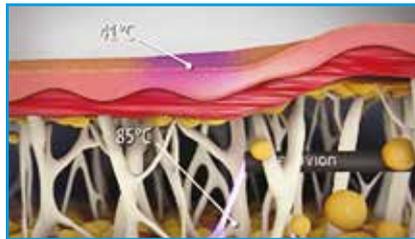


Fig. 10 : Principe du Renuvion.



Fig. 13 : Brachioplastie sans cicatrice.



Fig. 14 : Mini-brachioplastie associée au Renuvion.



Fig. 11 : Exemple de points d'entrée et de sortie.



Fig. 12 : Maillage de la zone abdominale.

Il est possible de réaliser une brachioplastie sans cicatrice à l'aide de cette technologie, voire de l'associer à une mini-brachioplastie chirurgicale. D'autres indications existent, par exemple pour retendre la peau abdominale ou crurale (fig. 13 à 15).

Congrès AIME



Fig. 15: Remise en tension de la peau abdominale.

Les suites postopératoires sont comparables à une lipoaspiration, avec nécessité de porter un vêtement compressif en postopératoire pendant environ un mois. On observe des œdèmes et un écoulement local spontanément régressifs en quelques jours. Il existe un risque de brûlure si le gaz n'est pas évacué correctement et si l'orifice de sortie de la canule est trop proche de la peau.

HIFU, radiofréquence et laser pour le vieillissement des bras: retour d'expérience

D'après la communication du Dr Fanny Poirot

1. HIFU (ultrasons focalisés de haute intensité)

Il s'agit d'une technique médicale agréée par la Food and Drug Administration

(FDA) permettant de lutter contre le relâchement cutané. À partir d'un point de coagulation, différentes profondeurs peuvent être atteintes en fonction des plans que l'on souhaite traiter, du plus profond au plus superficiel. Une fibrose cicatricielle se crée (néocollagenèse et production d'élastine). Il faut respecter la douleur lors du geste et s'arrêter si celle-ci devient insupportable pour la patiente.

L'HIFU n'entraîne aucune rougeur ou œdème local et ne nécessite pas d'éviction sociale ou solaire. Elle peut être utilisée sur tous les types de peau et tous les phototypes. Elle est contre-indiquée chez la femme enceinte, chez les patients sous anticoagulants et chez ceux présentant une infection cutanée. Le résultat final s'apprécie au 9^e mois et est stable pendant 18 mois en moyenne. Cette technique peut être associée à la brachioplastie (fig. 16).



Fig. 16: Raffermissment cutané par HIFU.

2. HIFEM (ondes électromagnétiques focalisées de haute intensité)

Homologuée par la FDA, cette technologie utilise des ondes électromagnétiques de haute intensité pour induire des contractions musculaires profondes et intenses à raison de cinq impulsions par seconde, jusqu'à 7 cm sous la peau. Cela représente 20 000 contractions pour une séance de 30 minutes. Cette technique permet de sculpter les muscles et brûler les graisses superficielles. Elle est particulièrement indiquée pour les régions du ventre, des bras, des fesses et des mollets. L'IMC doit être inférieur à 28, avec moins de 3 cm de graisse "pinçable" entre les doigts.

Cette technique est contre-indiquée chez la femme enceinte, les patients porteurs d'un pacemaker ou d'un implant corporel en métal. Les premiers résultats apparaissent dès la fin du traitement et s'améliorent jusqu'à deux à quatre semaines après la dernière séance. Les muscles se tonifient rapidement avec seulement de légères courbatures, voire une asthénie modérée pendant quelques jours. Une séance d'entretien annuelle est conseillée.

3. Cryolipolyse

Elle s'appuie sur un choc thermique abaissant la température et induisant une cristallisation des adipocytes (apoptose). Il s'agit d'une technique non invasive. Un système aspiratif est mis en place, créant une ischémie de la zone ciblée. Les cellules mortes sont ensuite évacuées par le système lymphatique. Cette technique est bien tolérée par les patients et ne nécessite pas d'éviction sociale. Tous les phototypes peuvent en bénéficier. Elle est contre-indiquée en cas de cryoglobulinémie, d'hémoglobinurie paroxystique au froid, d'urticaire au froid ou d'excès graisseux trop important. Une hyperpigmentation post-traitement et résolutive en quelques mois peut être observée ainsi qu'un érythème, un œdème et des douleurs modérées. Une hyperplasie adipeuse paradoxale est parfois rapportée.

En moyenne, 30 % de l'amas graisseux est détruit avec des résultats visibles dès six semaines, et optimaux à six mois du traitement. Deux à trois séances espacées de six semaines sont préconisées. Comme pour les autres techniques, un suivi nutritionnel est essentiel pour pérenniser le résultat morphologique.

4. Les micro-ondes

Les micro-ondes font osciller et vibrer les molécules qui les absorbent, réchauffant ainsi le milieu qui contiennent les molécules. Le système lymphatique élimine ensuite les adipocytes détruits. Cette

technique permet une atténuation de la cellulite et un raffermissment de la peau.

5. La carboxythérapie

Une injection par voie sous-cutanée de faibles doses de gaz carbonique est réalisée afin de créer une dilatation localisée des microvaisseaux et stimuler l'activité cellulaire environnante. Cela stimule la néocollagénèse et la production de fibres élastiques, raffermit le tissu sous-cutané et lui donne une meilleure élasticité, améliore la texture et la tonicité du derme et accélère la fonte des tissus

graisseux par augmentation des processus oxydatifs.

6. Conclusion

Ces agents physiques sont des méthodes non invasives et sûres, avec de bons résultats lorsque les indications précises sont respectées. Ils sont souvent complémentaires aux autres techniques et peuvent se combiner entre eux.

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