



Entre
Ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire,
Ce que je dis, ce que voulez entendre,
Ce que vous entendez,
Ce que vous croyez comprendre, ce que vous voulez
comprendre, et ce que vous comprenez après que j'ai parlé,
Il y a au moins neuf possibilités de ne pas s'entendre.

Sans doute connaissez-vous aussi bien que moi cette petite tirade. Mais, en ce début d'année, période de vœux, et pour ce numéro deux de « notre » *Liaisons*, censé faire le lien entre vous et nous, je la trouve pleine de pertinence. Effectivement, à l'ère de la communication maximale où les supports de communication se multiplient, délivrer une information, c'est-à-dire, passer du « ce que je pense » à « ce qui est compris » reste un art difficile.

Or, communiquer, faire passer des messages, c'est notre tâche quotidienne à nous tous. Vous, comme nous, passons nos journées à parler, commenter, expliquer à nos patients des messages. Des messages qui s'entrechoquent, se complètent, se déforment et au final quelques fois, s'opposent dans leur tête jusqu'à produire de l'angoisse, là où initialement ils se voulaient apaisants et réconfortants.

Je formule alors le vœu pour ce premier *Liaisons* de l'année, que l'information qu'il délivre sur nos activités quotidiennes, vous permette de mieux nous connaître et qu'il facilite par là-même, l'harmonisation de nos messages et commentaires à l'égard de nos patients communs.

Je formule également le vœu subsidiaire qu'il vous permette de poser les questions qui vous intéressent voire, à terme, qu'il serve de tribune d'échanges ou de débat.

En attendant cette réciprocité d'échanges, je vous souhaite une bonne lecture aux accents cardiologique, gynécologique, orthopédique et de chirurgie plastique.

Dr XAVIER CUVILLIER
Président CME Esquirol-Saint-Hilaire
xcuvillier@yahoo.fr

SOMMAIRE

01_ STÉRILISATION TUBAIRE PAR HYSTÉROSCOPE

Découverte du système Essure.

02_ CHIRURGIE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR

Application à la prothèse de genou.

02_ GROSSESSE ET TABAC

Des analyseurs de Co2.

03_ LA STIMULATION CARDIAQUE EN PRATIQUE

Comment déclencher ou optimiser la contraction cardiaque défaillante.

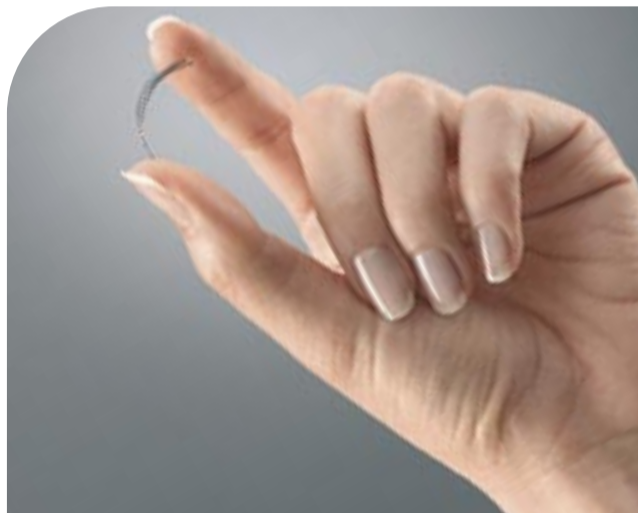
04_ TRANSFERT GRAISSEUX AUTOLOGUE

Chirurgie esthétique, plastique, reconstructrice.

Article > GYNÉCOLOGIE

STÉRILISATION TUBAIRE PAR HYSTÉROSCOPIE

DEPUIS LA LOI DU 4 JUILLET 2001 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, LA STÉRILISATION TUBAIRE EST POSSIBLE SOUS CERTAINES CONDITIONS.



LE PORT DES IMPLANTS EST INDOLORE ET IMPERCEPTIBLE.

Il doit s'agir d'un adulte consentant, après un accord librement exprimé, quatre mois de délai de réflexion, et après que le médecin ait totalement informé la patiente sur les autres moyens de contraception. La stérilisation tubaire doit être considérée comme un processus irréversible.

Depuis de nombreuses années, la stérilisation tubaire était réalisée, quelquefois par laparotomie, le plus souvent par coelioscopie, rarement par micro coelioscopie ou par culdoscopie.

Depuis 2002, est apparu en France un procédé fiable de stérilisation tubaire par hystéroscopie. Cette procédure a longuement été mise au point aux États-Unis. Depuis 2005, l'acte est totalement pris en charge et remboursé, sous réserve du respect des conditions de la loi du 4 juillet 2001.

Le procédé par hystéroscopie est donc une alternative à la laparoscopie. L'intervention peut être réalisée en ambulatoire, avec ou sans anesthésie, et sans cicatrice. Le processus consiste, par hystéroscopie avec un hystéroscope de faible diamètre, dans un premier temps par vaginoscopie, puis, après passage atraumatique du col, de pénétrer dans la cavité utérine et de repérer les deux osti tubaires.

On introduit ensuite, à l'aide d'un inserteur à usage unique, un micro implant qui va, après largage, se déplier et fermer l'orifice tubaire. L'implant se compose d'un alliage de nickel et de titane, associé à des fibres de polyester, qui vont induire secondairement un processus cicatriciel dans l'œstium tubaire, et assurer une occlusion et une stérilisation définitive trois mois après la pose.

Pendant trois mois, une contraception devra être proposée. Après ce délai, le contrôle du bon position-

nement des implants est réalisé, conformément à la procédure, par une radio d'abdomen sans préparation ou par une échographie en deux ou trois dimensions. En cas de doute, il sera nécessaire de réaliser une hystérogographie de contrôle pour s'assurer de l'occlusion tubaire.

La stérilisation tubaire par hystéroscopie est simple, rapide, elle permet une reprise immédiate des activités domestiques et professionnelles. Elle ne nécessite pas d'hospitalisation, ni d'arrêt de travail en absence d'anesthésie.

Il n'y a pas d'incision, il n'y a pas de cicatrice, le risque est minimum pour la patiente surtout quand les conditions de réalisation d'une coelioscopie sont difficiles (paroi épaisse, ventre multi cicatriciel, antécédents de maladie inflammatoire du petit bassin).

Les complications sont exceptionnelles. À noter, parfois, l'impossibilité de poser des implants en raison des variations anatomiques locales non diagnostiquées avant l'intervention (1 à 5 %).

À noter également que l'allergie au nickel est une contre indication relative à cette procédure.

Les réserves majeures de cette technique, qui incitent les patientes à préférer la coelioscopie, sont essentiellement l'irréversibilité absolue de la technique, et de plus l'efficacité contraceptive n'est obtenue qu'après trois mois de délai et après contrôle radiologique.

Le suivi des études cliniques sur cinq ans de la Food And Drug Association américaine ne note aucune grossesse.

Cette méthode est donc une méthode de choix à proposer à la patiente demandeuse d'une stérilisation, d'autant plus que celle-ci peut rapidement reprendre des activités normales. Les suites immédiates sont parfois marquées par de petites douleurs à type de contractions utérines cédant aux antalgiques habituels. Le délai moyen de reprise du travail est estimé à 1,7 jour.

Les complications opératoires sont exceptionnelles au premier rang desquelles on peut noter l'absence de stabilisation des implants.

En conclusion, le système de stérilisation tubaire par hystéroscopie représente actuellement une procédure de stérilisation peu invasive, reproductive, efficace, et recommandée comme procédé de première intention par l'AFSAPS, sous réserve d'une consultation médicale préalable à la stérilisation tubaire et la signature d'un consentement éclairé à la réalisation de celle-ci.

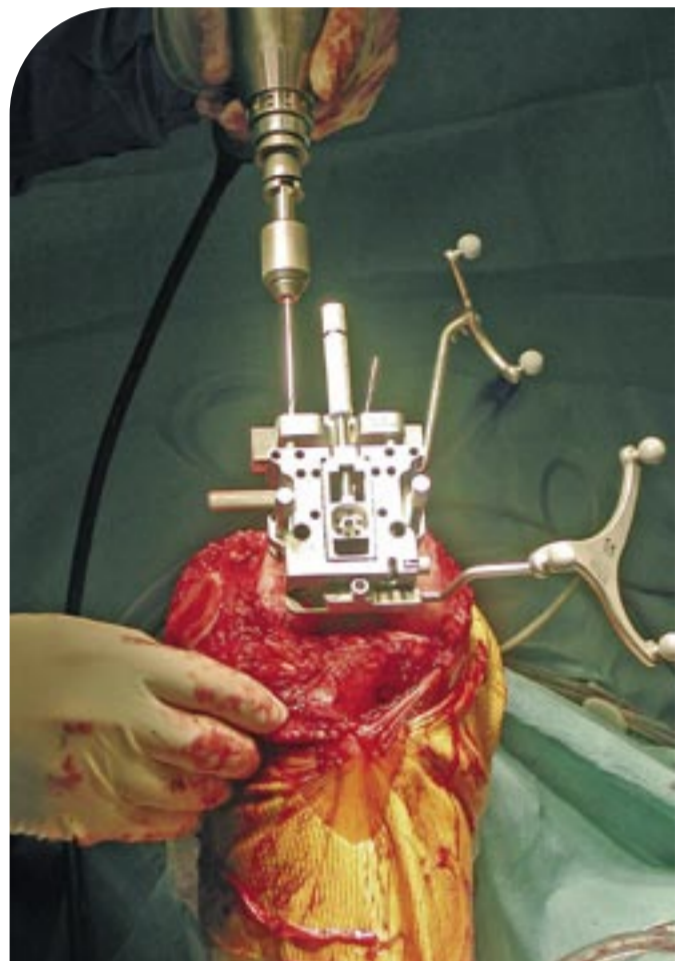
Dr ROBERT NEHAMIA
Gynécologue-accoucheur
dr.nehamia.r@wanadoo.fr

CHIRURGIE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR APPLIQUÉE A LA PROTHÈSE TOTALE DU GENOU

DEPUIS QUELQUES ANNÉES, LES PROGRÈS SONT CONSTANTS EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE. POUR TOUTES LES INTERVENTIONS, LES TECHNIQUES MINI-INVASIVES SONT UTILISÉES AU QUOTIDIEN.

Afin de mieux contrôler des actes chirurgicaux, de plus en plus techniques, l'informatisation vient renforcer notre arsenal thérapeutique.

Avant, il fallait faire des radiographies et prendre des mesures manuelles, mais ces techniques sont parfois approximatives. La chirurgie assistée par ordinateur permet de limiter toutes les imprécisions. Depuis deux ans, à la Clinique Esquirol-Saint Hilaire, la mise en place d'une prothèse totale du genou est assistée très fréquemment par ordinateur.



INTERVENTION SUR LE GENOU.

POURQUOI UTILISER L'ASSISTANCE INFORMATIQUE LORS DE LA MISE EN PLACE D'UNE PROTHÈSE DE GENOU

Actuellement, les résultats des arthroplasties totales du genou peuvent être considérés comme excellents mais nous sommes continuellement confrontés à des attentes cliniques plus exigeantes des patients.

Lors de l'arthroplastie du genou, une des complications fréquemment rencontrée, est une usure prématurée de certains composants prothétiques. L'usure du polyéthylène entraîne la production de débris dans l'articulation du genou responsable progressivement de destruction de l'os au contact des pièces prothétiques. D'où l'importance d'un positionnement optimal de la prothèse pour favoriser la longévité de vie d'implant. L'optimisation de la prothèse offre un fonctionnement d'un implant amélioré ce qui soulage efficacement le patient.

Des études prospectives randomisées ont été menées pour évaluer l'axe mécanique de la prothèse en post-opératoire en comparant deux séries opérées avec et sans navigation. L'axe mécanique optimal (+ ou - 3° par rapport à l'axe idéal : 0°) est obtenu en moyenne dans 78 % des cas avec une chirurgie non assistée par ordinateur et dans 96 % des cas avec la navigation.

LES PRINCIPES DE LA CHIRURGIE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR

> La phase d'acquisition

Durant cette phase, l'ordinateur Navitrak recueille des points par l'intermédiaire d'une caméra infra-rouge. Les capteurs sont fixés sur le fémur et le tibia. Un palpateur spécifique permet de prendre des repères sur les surfaces articulaires du genou. L'ordinateur récupère l'ensemble des données pour recréer les centres de rotation de la hanche, du genou et de la cheville. Le logiciel calcule les angles et les axes pour reconstruire l'anatomie en 3D. L'ordinateur intègre donc l'anatomie du membre inférieur et la position dans l'espace des instruments chirurgicaux utiles à la mise en place des implants. Le chirurgien peut recourir aux images pour guider son geste avec une plus grande rigueur lors de l'intervention. Pour autant, le chirurgien reste vigilant durant toutes les étapes de

la prothèse car la machine n'est pas infallible même si sa précision est exceptionnellement mise en défaut.

> La coupe fémorale

Le guide de coupe est positionné :

- pour définir la taille de l'implant,
- pour acquérir l'angle de 0° en varus/valgus,
- une flexion de 2 à 5° suivant l'anatomie du fémur de profil,
- une rotation adaptée au référentiel du patient afin d'obtenir un équilibre en flexion/extension,
- la bonne hauteur de résection.

> La coupe tibiale

Le guide de coupe est positionné pour acquérir :

- l'angle de 0° en varus/valgus,
- une pente postérieure adaptée à celle du patient,
- le bon niveau de résection.

> La phase d'essai et la pose de l'implant définitif

Une fois les coupes réalisées, la mise en place des pièces essais permet la vérification de la stabilité de la prothèse, la mobilité et l'exactitude de l'axe définitif. Il est toujours possible de modifier les coupes en cas d'imperfections significatives avant de sceller ou impacter sans ciment la prothèse définitive.

On peut envisager dans un futur proche l'extension vers d'autres indications : l'ostéotomie, la PTH, la ligamentoplastie...



L'ORDINATEUR EST CAPABLE DE RECONSTRUIRE L'ANATOMIE TRIDIMENSIONNELLE DU PATIENT.

Dr. PATRICK ANGOTTI
Chirurgien orthopédique
patangotti@yahoo.com

LA STIMULATION CARDIAQUE EN PRATIQUE



STIMULATEURS :

LE PLUS PETIT : SIMPLE CHAMBRE DISPONIBLE,
LE PLUS GRAND : UNE DOUBLE CHAMBRE CLASSIQUE.

C'est une discipline en perpétuelle évolution grâce aux progrès de la technologie, l'enjeu étant de trouver pour le stimulateur le meilleur compromis entre la taille, la longévité et les fonctions embarquées, de plus en plus sophistiquées. Il est très important d'avoir le souci de maintenir une activité cardiaque la plus physiologique possible, la stimulation permanente de l'apex du ventricule droit pouvant avoir des effets délétères à long terme (insuffisance cardiaque, survenue de fibrillation auriculaire). Nous avons maintenant à disposition des sondes à vis permettant, dans certains cas, de trouver le site optimal de stimulation, et de nouveaux stimulateurs dont les modes de détection permettent de respecter au maximum l'activité ventriculaire spontanée.

L'implantation, en pratique, se fera sous anesthésie locale avec, en région pectorale, introduction d'une ou deux sondes voire trois dans certains cas, par la veine céphalique ou la veine sous-clavière, placées le plus souvent sous scopie à la pointe du VD et dans l'oreillette droite, reliées à un boîtier externe enfoui en sous ou prépectoral.

À QUI S'ADRESSE

LA STIMULATION CARDIAQUE ?

Ses indications sont avant tout la prévention des syncopes liées aux troubles conductifs, et au traitement des bradycardies mal tolérées, iatrogènes ou non.

Dans certains cas, la stimulation de la pointe du VD permettra de faire disparaître le gradient intraventriculaire d'une myocardiopathie obstructive.

Enfin, la stimulation biventriculaire (avec une sonde dans le VD et une sonde dans une veine coronaire pour stimuler le VG), de plus en plus systématiquement couplée avec un défibrillateur, apporte, dans certains cas d'insuffisance cardiaque réfractaire avec bloc de branche gauche, un complément thérapeutique efficace par resynchronisation des ventricules.

QUEL DEVENIR ET QUELLES PRÉCAUTIONS ?

La durée de vie du stimulateur va de quatre à douze ans selon sa taille, son activité de stimulation et le nombre de fonctions mises en route. Une surveillance annuelle est nécessaire pour contrôler les paramètres de longévité et optimiser les différentes fonctions (comme adapter l'asservissement à l'effort chez des sujets actifs).

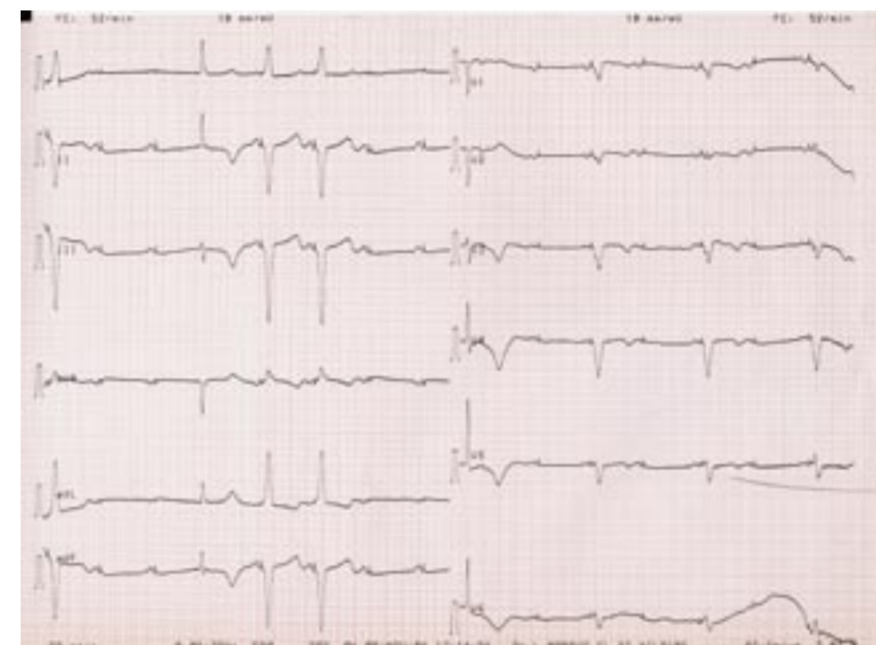
Il autorise une vie normale, ne contre indique pas la conduite automobile (ni d'ailleurs le port de la ceinture de sécurité) et demande d'éviter les chocs directs sur le boîtier (certains sports, le fusil de chasse).

LA STIMULATION CARDIAQUE PERMET DE DÉCLENCHER OU D'OPTIMISER LA CONTRACTION CARDIAQUE DÉFAILLANTE GRÂCE À UNE OU PLUSIEURS SONDES INTRODUITES À L'INTÉRIEUR DU CŒUR PAR VOIE VEINEUSE ET RELIÉES À UN GÉNÉ-RATEUR EXTERNE IMPLANTÉ SOUS LA PEAU.

Au niveau de l'environnement, il n'y a en pratique que peu de restrictions. L'utilisation des téléphones portables (à condition de ne pas le mettre en regard du boîtier, à une distance minimale de 30 cm), des fours à micro-ondes et autres appareils, est possible. Il ne faut pas s'attarder au passage des dispositifs antivolt et autres détecteurs, faire attention aux appareils électriques défectueux, éviter le voisinage des lignes à haute tension, ne pas faire de soudure à l'arc.

La stimulation cardiaque, thérapeutique irremplaçable et peu traumatisante, continue donc d'évoluer.

Dr. LUC MARAUD
Chirurgien cardiaque
Luc.maraud@amsh.org



QUESTION : SYNCOPES CHEZ UNE PATIENTE APPAREILLÉE PAR UN STIMULATEUR DOUBLE CHAMBRE. QUELLE EST VOTRE INTERPRÉTATION ?

RÉPONSE : NOTER, SURTOUT SUR LES PREMIERS COMPLEXES, CERTAINES ONDES P SUIVIES D'UN SPIKE INEFFICACE : DÉFAUT INTERMITTENT DE STIMULATION VENTRICULAIRE PAR ÉLEVATION DE SEUIL, CORRIGÉE PAR L'AUGMENTATION DU VOLTAGE DE SORTIE VENTRICULAIRE.



QUESTION : FATIGABILITÉ ANORMALE À L'EFFORT.

RÉPONSE : BAV 2° DEGRÉ PERMANENT QUI JUSTIFIE L'IMPLANTATION D'UN STIMULATEUR DOUBLE CHAMBRE.

AGENDA

LES JOURNÉES THÉMATIQUES DE LA FHP

COMME CHAQUE ANNÉE, LA FHP ORGANISE DES JOURNÉES THÉMATIQUES OUVERTES À TOUS (IL SUFFIT DE S'INSCRIRE !), DES ADHÉRENTS AUX PRATICIENS EN PASSANT PAR LA PRESSE.

ELLES PERMETTENT, ENTRE AUTRES, DE VALORISER LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS.

4 MARS 2008 : MATERNITÉ

9 AVRIL 2008 : GÉRIATRIE

27 JUIN 2008 : CHIRURGIE

CES JOURNÉES SE DÉROULERONT À L'ASIAM :
65, RUE ALBERT DE LAPPARENT - 75007 PARIS.
Renseignements : www.fhp.fr

Billet d'humeur

« Dis, t'as pas vu Envoyé Spécial sur les cliniques ? Ils exagèrent... Tout ce pognon qu'ils détournent de la sécu ! Bande de malhonnêtes, tous pourris ! »

Que les truands rendent des comptes, c'est justice mais avant de crier au scandale et d'avaler d'un bloc une information orientée, parlons d'abord des dizaines d'actes déremboursés ! En vertu de quoi par exemple, une ablation de « tumeur à cellules géantes » d'un doigt, intervention que j'ai réalisée ce matin sous anesthésie loco régionale et nécessitant un bloc mobilisé 30 minutes, une infirmière compétente, de la xylocaïne, un plateau d'instruments stérilisés et des fils de suture ne rapporte-t-il plus rien à l'établissement ? Pour le chirurgien, il est facturé 64.67 euros.

Comme l'a dit monsieur le sénateur Dominique Leclerc devant la haute chambre le 12 novembre dernier : « la sécurité sociale se dédouane en faisant croire que son tarif opposable est le vrai prix des actes »

Quant aux médias, il suffit !

Assez de cette lorgnette qui focalise l'information et fait passer un détail pour généralité. J'ai appris : « la parole est d'argent mais le silence est d'or ». Qu'en reste-t-il ?

Aujourd'hui, l'image est d'or au propre comme au figuré ! Elle rapporte ! Qu'elle soit la plus spectaculaire possible et qu'elle ne montre qu'une réalité tronquée. La vérité est la dernière chose qu'on lui demande ! Le tsunami de 2005, combien de français, généreux ont envoyé leur obole à hauteur de leurs moyens car leur seule fenêtre ouverte sur le monde n'est plus que le petit écran. Sans parler des scandales des fonds détournés, combien de ces mêmes gens voient leur voisin de palier mourir dans l'indifférence générale !

Oh, dieu des médias, préservez nos enfants de cette dérive et faisons notre possible pour garder leur regard largement ouvert et définitivement critique !

Dr. XAVIER LONCLE
Chirurgien orthopédiste
xavier.loncle@omega.amsh.org

CHIFFRE DU TRIMESTRE

1181

C'EST LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS RÉALISÉS À LA CLINIQUE ESQUIROL - SAINT HILAIRE EN 2007.

GROSSESSE ET TABAC LA LUTTE CONTRE L'USAGE DU TABAC REPRÉSENTE DE PLUS EN PLUS UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE.

Le tabac tue aujourd'hui 65 000 personnes par an en France, et si rien n'est fait, 50 000 femmes mourront du tabac en 2025, multipliant ainsi par dix, en l'espace d'une génération, la mortalité féminine. La tabacologie hospitalière est en plein développement, la conférence de consensus « Grossesse et tabac » d'octobre 2004, les diverses études et publications soulignent, s'il en était besoin, l'importance du sujet.

En 20 ans, le pourcentage des jeunes femmes fumant en début de grossesse a triplé, avec le cortège des pathologies consécutives : fausse couche précoce, GEU, retard de croissance intra utérin, prématurité, mort in utero et mort subite du nourrisson. Toutes ces données nous poussent à inscrire la maternité de la Clinique Esquirol-Saint Hilaire dans le projet « maternité sans tabac ».

LES OBJECTIFS ET FINALITÉS SONT LES SUIVANTS :

- > informer les femmes enceintes, du début de la grossesse à l'accouchement et pendant le post partum et l'allaitement, des risques liés à l'utilisation du tabac pour elles et leur enfant,
- > inciter ces patientes à s'engager dans une démarche de sevrage tabagique,
- > suivre et soutenir leur démarche grâce aux « référents tabacologie »,
- > s'assurer de la coordination interne et externe à l'établissement pour favoriser la cohérence de cette démarche.

Dès le 1^{er} février 2008, nous ciblons notre première action sur les patientes fumeuses enceintes hospitalisées :

- > mesure systématique du taux de CO dans l'air expiré grâce à un analyseur, au même titre que la prise de la TA pour traiter précocement les complications,
- > conseils et informations,
- > aide au sevrage : produits de substitution fournis par l'établissement,
- > encadrement par les référents « tabac », psychologue et médecin diététicien.

Rapidement dans l'année, les patientes fumeuses se verront proposer cette attitude dès la consultation de gynécologie (contraception, début de grossesse, suivi, etc.) : conseil minimal et orientation vers les participants au réseau.

Les obstétriciens-gynécologues de l'établissement sont sensibilisés à cet effet : orientation vers les participants du réseau, achat d'analyseurs de CO propres à chaque cabinet.

Nous vous tiendrons au courant de l'évolution de ce projet et de sa concrétisation. Nous souhaitons vivement vos réactions et votre soutien, essentiels dans cette opération de longue haleine pour nos patientes.

Madeline Parrot
Sage-femme
madelap@orange.fr



L'ANALYSE DU CO DOIT DEVENIR UNE MESURE SYSTÉMATIQUE.

TRANSFERT GRAISSEUX AUTOLOGUE

APPLICATION EN CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE : LE POINT EN 2008.



LES PRÉLÈVEMENTS GRAISSEUX SONT CENTRIFUGÉS PENDANT 3 MN À 3 000 TOURS/MN.

L'utilisation du tissu adipeux comme produit de comblement en chirurgie plastique et esthétique est ancienne et a fait l'objet de nombreuses études. C'est à la fin du 19^{ème} siècle que l'utilisation du transplant adipeux autologue est rapportée pour la première fois. La greffe d'adipocytes a bénéficié d'un regain d'intérêt ces dernières années, en particulier du fait de la description de la lipostructure de Coleman, qui est un procédé récent de greffe d'adipocytes basé sur un matériel spécifique et une méthodologie stricte. Différents travaux ont montré le caractère atraumatique de cette technique et la survie du tissu adipeux transplanté.

Technique de prélèvement

La technique est celle décrite par Coleman et appelée lipostructure. Elle comporte trois étapes : prélèvement, centrifugation, réinjection. L'anesthésie est habituellement générale, sauf s'il s'agit d'un geste localisé nécessitant peu de tissu adipeux.

Prélèvement

Le prélèvement doit concerner la graisse profonde, le plus souvent de la région abdominale, trochantérienne ou de la face interne des genoux. Ce dernier est réalisé à l'aide d'une canule d'aspiration spécifique d'un diamètre de trois mm à bout mousse afin d'aspirer les adipocytes sans les traumatiser.

Centrifugation

Les différents produits de prélèvement sont déposés dans des seringues de 10 ml qui sont centrifugées pendant trois minutes à une vitesse de 3 000 tours/mn.

À l'issue de cette centrifugation, le contenu de la seringue est séparé en trois phases : les surnageants huileux ; la partie basse contenant les produits sanguins et les débris d'origine hématique ; et la partie intermédiaire où l'on trouve les adipocytes à greffer.

Transferts d'adipocytes, réinjection

Le but est de déposer les quantités les plus petites possibles à chaque passage. Pour cela, il est nécessaire de réaliser un treillis tridimensionnel dans le tissu à greffer.

INDICATION DE LA GREFFE DES LIPOCYTES AUX DIFFÉRENTS DOMAINES DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE

Visage

Le vieillissement de la face a comme conséquences la ptose des téguments et l'atrophie tissulaire.

La perte volumique touche toutes les couches tégumentaires : peau, graisse, muscle et os.

Si le lifting suffit à redonner un effet de rajeunissement au visage, dans la plupart des cas, le visage creux ne va pas être réharmonisé par un lifting mais quelquefois bien au contraire.

C'est dans ce cas que la greffe d'adipocytes a tout son intérêt.

Au niveau des paupières, la vallée des larmes est souvent creusée et une blépharoplastie inférieure ne va pas l'améliorer. Des injections de graisse autologue permettront de redonner du volume à cette vallée des larmes et ainsi d'obtenir un visage plus harmonieux.

Membre

Lorsqu'il existe une dépression cutanée ou tissulaire au niveau des membres, cette impression est souvent accentuée par l'existence d'un excès tissulaire en périphérie. Parfois, une liposuction de la périphérie et une greffe adipocytaire au centre permettent d'obtenir un résultat correct.

Seins

Les pathologies mammaires pouvant bénéficier d'une restauration volumétrique par lipostructure sont les pathologies malformatives (syndrome de Poland...), les déformations acquises après chirurgie pour cancer et les agénésies mammaires.

► Malformation : les malformations congénitales des seins ont un retentissement psychologique grave chez les adolescentes qui justifie qu'une intervention chirurgicale leur soit proposée.

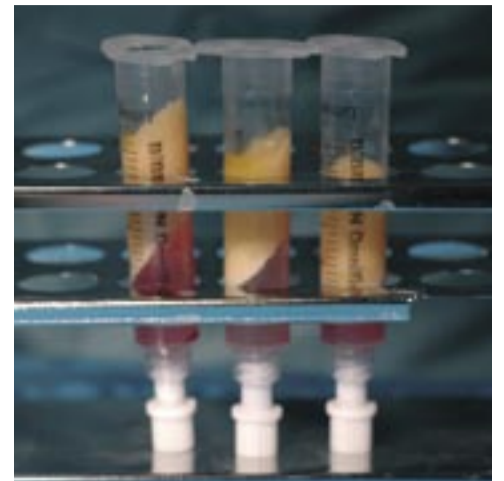
Certaines formes feront appel à l'implantation d'une prothèse mammaire ou à l'intervention chirurgicale sur la glande mammaire, par exemple, dans les seins tubéreux.

Mais des formes mineures peuvent bénéficier de transfert d'adipocytes qui pourront en une ou plusieurs séances apporter des volumes de graisse allant jusqu'à 200 cc.

► Séquelles de chirurgie pour cancer ou pour tumeur bénigne : la greffe adipocytaire en reconstruction mammaire a actuellement quelques indications. Elle peut être utilisée chaque fois que l'on souhaite corriger un défaut localisé sur un sein reconstruit, en particulier au niveau de la partie interne et supéro-interne du sein, et la zone du décolleté.

En matière de cancers du sein la lipostucture est seulement autorisée lorsque la glande mammaire a été enlevée en totalité.

ETAT DE LA GRAISSE APRÈS CENTRIFUGATION ET AVANT ÉLIIMINATION DE LA PHASE LIQUIDE INFÉRIEURE ET DE LA PHASE LIPIDIQUE SUPÉRIEURE ICI, TRÈS PEU PRÉSENTE.



Chirurgie esthétique des seins

Face à une demande d'augmentation mammaire, la réponse chirurgicale fait appel la plupart du temps à la mise en place d'implants. La lipostructure est une bonne alternative pour les femmes pour lesquelles l'idée d'avoir un corps étranger en permanence au niveau de leurs seins est insupportable.

La lipostructure peut permettre de gagner un volume relativement important de l'ordre de deux bonnets en sachant que les injections de graisse devront se faire en plusieurs épisodes, à distance environ de 12 mois les uns des autres. La première injection prépare le terrain, la seconde amène le volume.

Ce qui pose problème, c'est que souvent les patientes qui ont peu ou pas de glande mammaire sont des patientes minces et que leur réserve de graisse est en général peu importante chez elle.

Cependant, les dernières recommandations des sociétés savantes de chirurgie plastique (SOFCPRE, SOFCEP) stipulent un tri et un suivi très strict des candidates à la lipostucture des seins pour augmentation. En effet, il existe un risque non démontré mais quand même sous jacent lié à l'adipocyte qui, par ses propriétés remarquables, pourrait influencer la carcinogénèse locale et faire flamber un cancer latent sous-jacent. Il semble donc important, pour l'instant, de réserver cette technique à des patientes raisonnables qui suivront le protocole post-opératoire prescrit de façon très stricte.

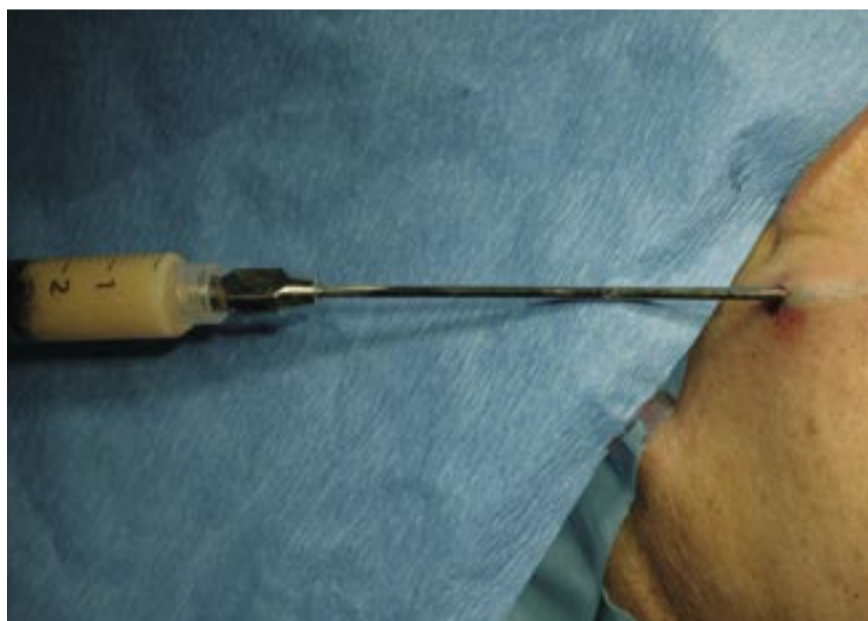
QUELS AVANTAGES ?

Face à tous les implants existants, la graisse autologue représente le substitut idéal car elle est :

- bio compatible,
- naturelle,
- stable,
- simple et confortable pour le patient,
- polyvalente, car elle se substitue à tous les tissus manquants dans un but morphologique,
- de plus, la graisse a un effet trophique sur la peau.

La lipostructure est une technique ancienne remise au gout du jour grâce à la technique de Coleman. C'est un geste simple qui cependant n'est pas maîtrisé complètement car le tissu greffé est fragile et sa résorption incontrôlable et imprévisible. De plus, l'effet trophique du tissu graisseux, s'il est bénéfique, peut, au niveau de la glande mammaire, avoir des réactions imprévisibles sur le tissu glandulaire.

Cependant, la lipostructure est sans doute, à l'heure actuelle, la meilleure méthode pour augmenter un volume tissulaire quelle que soit sa localisation.



INJECTION DE LA GRAISSE À L'AIDE D'UNE CANULE SPÉCIALE.



RÉSULTAT IMMÉDIAT.

► Dr JEAN-LUC DUCOURS
Chirurgie esthétique, plastique et reconstructrice
jean-luc.ducours@omega.amsh.org

Liaisons, journal d'informations médicales de la clinique Esquirol-St-Hilaire - 1, rue du Dr et Mme Delmas - BP 19 - 47002 Agen cedex.

Directeur de la publication : Nicolas Bobet - Coordinatrice éditoriale : Corinne Bruna-Ségui - Rédaction : Dr Xavier Cuvillier, Dr Robert Nehamia, Dr Patrick Angotti, Dr Luc Maraud, Dr Xavier Loncle, Dr Jean-Luc Ducours. - Photos : DR - Conception graphique et mise en page : www.emilieblabla.fr - Impression : ICA Concept - Agen - Prochain numéro : mai 2008 -