



# Chirurgie de la silhouette chez l'ancien obèse

Après une perte pondérale massive, les patients présentent de multiples excès cutanéoadipeux localisés, avec une peau très distendue qui a perdue toute son élasticité. Les répercussions fonctionnelles et psychologiques peuvent être importantes. Du 1.1.2000 au 1.1.2005, nous avons opéré 122 patients suite à une perte de poids massive. Dans plus de 90% des cas, nous avons pratiqué une abdominoplastie, parfois associée à une lipoaspiration, à une chirurgie mammaire, à une dermolipectomie des cuisses ou des bras ou à un face-lift. L'association de plusieurs interventions dans le même temps opératoire n'augmente pas la morbidité liée à l'intervention à condition que celle-ci s'effectue rapidement et que les pertes sanguines soient limitées. A ces conditions, les patients sont satisfaits et l'amélioration de leur qualité de vie a été démontrée.

Rev Med Suisse 2005; 1: 1863-7

**S. Favre**  
**D. V. Egloff**

Dr Sophie Favre et  
Pr Daniel V. Egloff  
Service de chirurgie plastique,  
reconstructrice et esthétique  
CHUV  
1011 Lausanne  
Sophie.Favre@hospvd.ch

## INTRODUCTION

En Suisse comme dans tous les pays industrialisés, l'obésité est en constante augmentation.<sup>1</sup> Elle concerne une population toujours plus jeune, souvent de milieu socio-économique modeste. L'obésité est un facteur de risque pour développer des comorbidités sévères telles que maladies cardiovasculaires, diabète, hypertension, cholécystite, infertilité féminine, dégénérescence ostéo-articulaire précoce, ainsi que l'augmentation

de l'incidence des cancers de l'endomètre, du sein, de la prostate et du côlon. L'association avec la dépression et une diminution de l'estime de soi ont aussi été démontrées.<sup>1</sup>

L'excès pondéral est classiquement quantifié par l'indice de masse corporelle (IMC) ou *body mass index* (BMI), supérieur à 25 (tableau 1).<sup>2</sup>

Il faut savoir que l'obésité morbide équivaut environ au double du poids normal pour un patient donné. La mortalité associée alors est douze fois supérieure à la mortalité dans une population sans les comorbidités sus-citées.<sup>3</sup>

Depuis une quinzaine d'années, le développement de la chirurgie de l'obésité, ou bariatrique, a permis d'obtenir une perte de poids importante et durable chez des patients présentant un BMI au-dessus de 40 kg/m<sup>2</sup> (obésité morbide), n'ayant pas réussi à obtenir une perte de poids d'au moins 10% suite à un régime et avec un profil psychologique et émotionnel stable.

La demande de chirurgie bariatrique comme traitement de l'obésité a constamment augmenté dans la dernière décennie. Aux Etats-Unis, le nombre de ces interventions a augmenté de 500% entre 1993 et 2003.<sup>1</sup>

La perte de poids engendrée par l'intervention permet d'obtenir en 12 à 18 mois la réduction de 10-15 points pour arriver à un BMI entre 25 et 30, soit un léger surpoids pondéral résiduel.<sup>3</sup> En revanche, cette perte de poids permet de réduire les risques de comorbidités liées à l'obésité et d'améliorer la qualité de vie.<sup>4</sup>

Toutefois, cet amaigrissement massif se solde par une déformation des caractéristiques morphologiques avec des conséquences significatives sur la perception de l'image de soi difficile à accepter; en effet, si le corps a maigri, son aspect

## Body contouring surgery after massive weight loss

After massive weight loss, former obese patients have adipose and cutaneous excess, the skin has lost all its elasticity. Functional and psychological consequences can be significant.

Between January 2000 and January 2005, 122 patients underwent some kind of plastic surgery following massive weight loss. In more than 90% of the cases, patients underwent abdominoplasty, associated with liposuction, breast surgery, thighs or arms dermolipectomy or facelift.

Multiple simultaneous body contouring surgeries on a single patient is often performed because it's convenient and does not increase morbidity, as long as operative time and blood loss is limited. Overall patient's satisfaction is good, and a favorable impact on quality of life is demonstrated.

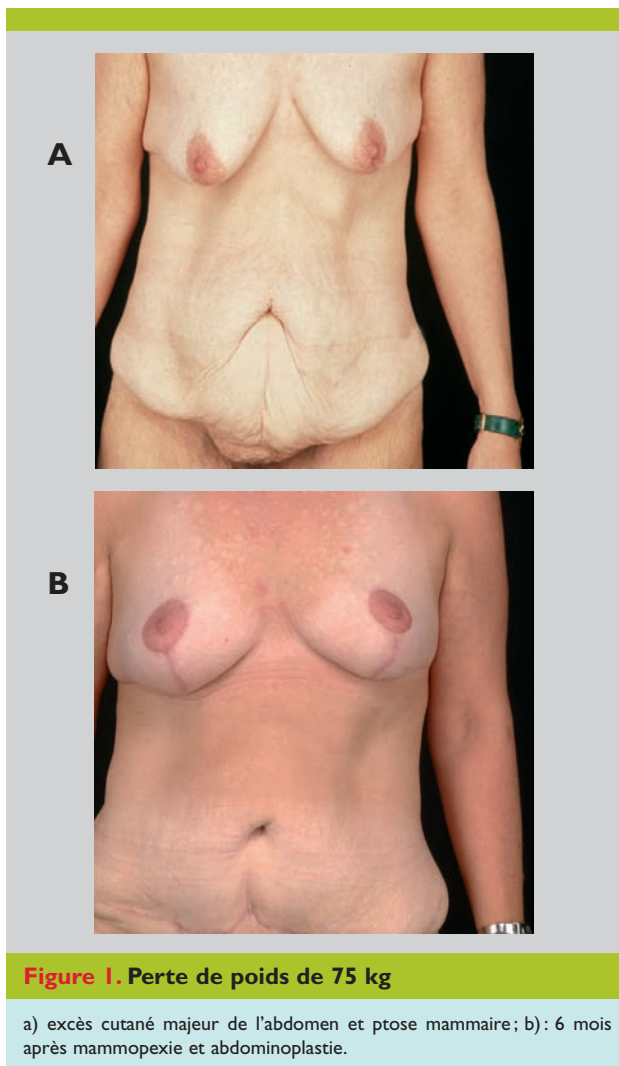
**Tableau 1. Indice de masse corporelle**

Stade	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
Poids normal	19 à 24,9
Surpoids	25 à 29,9
Obésité	30 à 39,9
Obésité morbide	> 40

est décevant et il ne correspond pas aux attentes du patient. Après une importante perte pondérale (plus de 10 points de BMI), la peau retombe en excès, classiquement au niveau du tronc, des seins et de la racine des membres (figure 1). La déception quant à l'aspect du corps est d'autant plus grande que la perte de poids a été importante.<sup>5</sup>

Les répercussions fonctionnelles telles que la macération dans les plis cutanés, les difficultés à se vêtir, à se mouvoir sont invalidantes.

Dans notre société dans laquelle l'esthétique du corps prend toujours plus d'importance, la demande de ces patients quant à une chirurgie réparatrice a une raison d'être



**Figure 1. Perte de poids de 75 kg**

a) excès cutané majeur de l'abdomen et ptose mammaire; b): 6 mois après mammopexie et abdominoplastie.

fonctionnelle et psychosociale avant que d'être narcissique. Il a été démontré que la chirurgie reconstructrice après une perte de poids importante améliore encore la perception individuelle de satisfaction dans la vie quotidienne.<sup>4</sup>

## SPECIFICITÉS DE CES PATIENTS ET PLACE DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE

La chirurgie plastique n'est pas une chirurgie de l'obésité, mais du traitement de ses séquelles. Toutefois, il s'agit de patients souvent encore en surpoids qui présentent de multiples excès cutanés ou cutané-adipeux localisés. Ces excès sont situés au niveau du tronc et de l'abdomen dans la grande majorité des cas, ainsi qu'aux fesses, aux seins et plus rarement à la racine des bras et des cuisses. Souvent, des excès adipeux restent localisés sur les hanches, sur la *culotte de cheval* et sur la face interne des cuisses.

Lorsque le poids est stable depuis au moins six mois, soit parce que le patient a atteint le poids désiré, soit au contraire parce que la perte de poids stagne, la chirurgie plastique peut intervenir. La peau qui a été longtemps distendue a perdu ses capacités élastiques qui permettent habituellement une rétraction de 10% de sa surface.<sup>6</sup> De plus, la distension de la peau a pu favoriser l'apparition de vergetures souvent très larges et sur des surfaces étendues. Ces deux facteurs exposent à un risque important de relâchement cutané dès les premiers mois postopératoires.

Les volumes à exciser et redraper peuvent être très importants, nécessitant des décollements tissulaires étendus ce qui expose à des complications telles que séromes, hématomes et nécroses cutané-graisseuses. La tension sur les berges cutanées est difficile à répartir harmonieusement du fait de la perte d'élasticité et de l'excédent de tissu dans le plan perpendiculaire au sens de la traction.

Si la résection est importante, la longueur des cicatrices le sera également. Il s'agit donc essentiellement d'une chirurgie fonctionnelle qui va améliorer la silhouette au prix de séquelles cicatricielles, certes masquées par les vêtements, mais longues et définitives. Plusieurs sites peuvent être opérés dans le même temps opératoire sans que la morbidité péri-opératoire soit augmentée.<sup>7,8</sup> De plus, la satisfaction des patients est augmentée, la durée de séjour hospitalier et de l'arrêt du travail sont raccourcis.<sup>9</sup>

Il est important que le temps de l'intervention soit raisonnable (maximum trois heures),<sup>7</sup> que l'hémostase soit très soignée afin de limiter les pertes sanguines et que les décollements tissulaires soient effectués *ad minima* et jugulés par le capitonnage et la compression des espaces tissulaires résiduels.<sup>10,11</sup>

## L'ABDOMINOPLASTIE

L'abdominoplastie est la remise sous tension du tissu cutané-adipeux d'une paroi abdominale antérieure détendue. La première description de cette intervention date de 1890, mais c'est Vernon en 1957 qui a décrit la première abdominoplastie telle qu'elle est toujours pratiquée actuellement.<sup>6</sup>

C'est l'intervention la plus fréquente (jusqu'à 90% des cas dans la littérature,<sup>9</sup> 92 % des cas dans notre série) (figures 2b et e).



La cicatrice est horizontale, sus-pubienne jusqu'aux épi-nes iliaques antéro-supérieures et parfois complétée par une cicatrice verticale pour optimiser le résultat. La résec-tion dans les deux plans permet de potentialiser le résul-tat tout en minimisant le décollement tissulaire et donc les complications postopératoires locales. Elle permet de retirer jusqu'à quatre kilos. Les complications locales tel-les que hématome ou sérome sont courantes (jusqu'à 35% des cas)<sup>11</sup> mais laissent peu de séquelles à long terme.

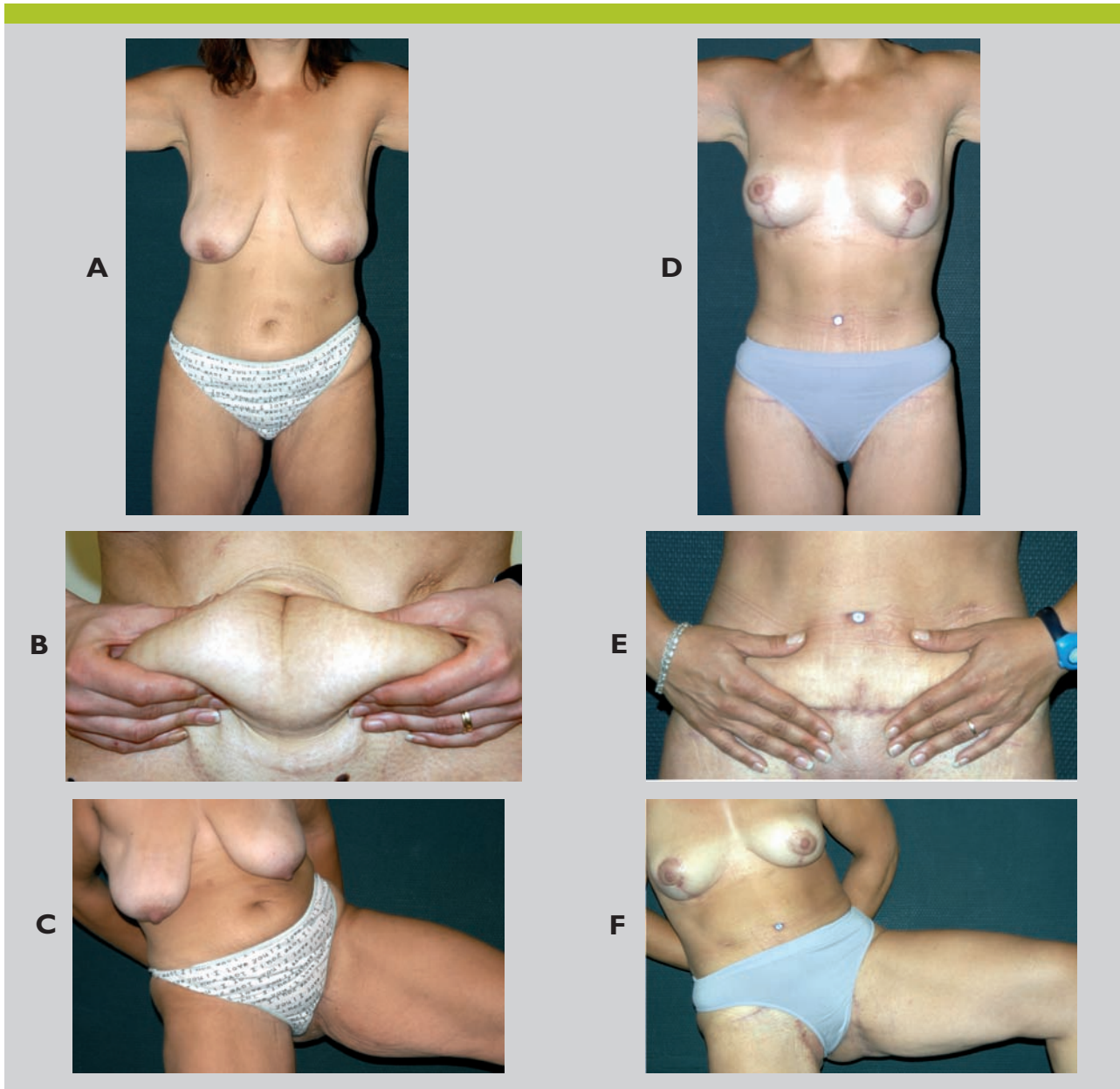
La complication systémique majeure redoutée est la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire (0,2 à 1% des cas).<sup>12</sup> La prévention thrombo-embolique est es-sentielle (héparine de bas poids moléculaire en pré- et postopératoire, lever précoce). Les complications infec-tieuses sont rares en l'absence d'hématome ou de nécro-

se. L'antibioprophylaxie de routine reste controversée dans la littérature.<sup>10,11</sup> Dans notre service, nous administrons une prophylaxie antibiotique lorsque plusieurs interven-tions sont effectuées dans le même temps opératoire, lors de la mise en place d'implants mammaires ou lors de der-molipectomie des cuisses en raison de la proximité du périnée.

## LA LIPOSUCCION

La lipoaspiration est l'ablation des excès adipeux sans excès cutané à l'aide de canules introduites dans le tissu sous-cutané.

Utilisée seule, elle permet de retirer les excès à répar-tition gynoïde (culotte de cheval). Associée à l'abdomino-



**Figure 2.** Perte de poids de 40 kg (a,b,c)

(d,e,f) : même patiente, 6 mois après abdominoplastie, réduction mammaire et lifting des cuisses dans le même temps opératoire

plastie, elle en améliore le résultat au niveau des flancs et de l'abdomen supérieur. L'abdominoplastie et/ou la liposuction sont les deux interventions de choix chez l'homme.

## LA CHIRURGIE DU SEIN

Le sein est une glande soutenue uniquement par la peau et qui subit de multiples modifications morphologiques, se traduisant par des variations de volume (adolescence, grossesse, allaitement, ménopause) au cours de la vie de la femme. Après une perte de poids massive, le plus souvent le sein présente un aspect ptotique, vidé de sa glande et l'intervention aura comme objectif de le remonter (mammopexie) ou d'en augmenter le volume (augmentation mammaire) en ajoutant un implant (figure 3).



**Figure 3.** Perte de poids de 50 kg

a), b) : ptose mammaire et excès cutané abdominal ; c), d) : 6 mois après augmentation mammaire et abdominoplastie

A l'inverse, le sein peut également rester hypertrophique et nécessiter une réduction de volume (figure 2a).

Si les premières réductions mammaires datent du début du vingtième siècle, les techniques utilisées actuellement découlent des techniques décrites par Pitanguy dès 1959.<sup>13</sup> Chez l'ancienne obèse, il n'est pas inhabituel que la perte de l'élasticité cutanée entraîne un relâchement tissulaire dans les mois postopératoires, menant à une récurrence partielle de la ptose mammaire d'autant plus que le poids du sein est important.

## LE LIFTING DES CUISSSES ET DES BRAS

Ces interventions sont moins fréquentes. Elles laissent des cicatrices longues et difficiles à masquer par les vêtements (figure 2c).

## LE FACE-LIFT

Un amaigrissement important peut creuser et vieillir le visage un peu plus précocement que chez un patient au poids stable.

## NOTRE EXPÉRIENCE

Dans notre service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique du CHUV, du 1.1.2000 au 1.1.2005 (soit cinq ans), nous avons opéré 122 patients (111 femmes et 11 hommes) après une perte de poids allant de 15 à 85 kilos. Les patients étaient âgés de 27 à 80 ans (moyenne : 44 ans).

Quatre-vingt-un patients avaient bénéficié d'une chirurgie (by-pass ou banding gastrique) et 41 patients avaient changé radicalement de comportement alimentaire sans être opéré. Le poids était stable depuis au moins six mois. Dans près de la moitié des cas, deux interventions ont été effectuées dans le même temps opératoire. Vingt-neuf patients ont bénéficié de trois interventions et une seule patiente de quatre interventions (abdominoplastie, mammopexie, lifting des bras et des cuisses) dans le même temps opératoire.

Les complications locales telles que sérome, hématome, infection et déhiscence de plaie ont été traitées conservativement avec une évolution favorable en quelques semaines à l'exception de trois cas : deux hématomes et une déhiscence de plaie ont nécessité une reprise chirurgicale (trois cas ; 2,5 %). Nous n'avons pas eu de complications majeures systémiques.

A long terme, toutes les cicatrices sont fines, souples et claires. Il n'y a pas de cicatrices chéloïdes ni hypertrophiques chez ces patients. Par contre, on note plus fréquemment un relâchement des tissus quelques mois après l'intervention, nécessitant une correction (en anesthésie locale).

## CONCLUSION

La demande pour ce type de chirurgie augmente dans les centres hospitaliers qui pratiquent la chirurgie bariatrique. Si les techniques de chirurgie plastiques sont classiques, la mauvaise qualité de la peau associée à des excès cutanéoadipeux étendus et donc à une résection très importante entraînent des séquelles cicatricielles majeures.

La perte d'élasticité due à la trop grande distension cutanée et aux éventuelles vergetures amène à la récurrence partielle de l'excès cutané après chirurgie de redrapage, nécessitant fréquemment des corrections chirurgicales ultérieures. L'association de plusieurs interventions dans le même temps opératoire, si elle ne prolonge pas excessivement le temps opératoire, ce qui est possible dans un service universitaire comprenant plusieurs chirurgiens habitués à travailler ensemble, n'augmente pas la morbidité péri-opératoire. Au contraire, elle augmente la satisfaction du patient et permet de diminuer le coût lié à la durée de l'hospitalisation et de l'arrêt de travail.

Nous n'avons pas eu de complications systémiques dans notre série. Tous nos patients ont reçu une prophylaxie thrombo-embolique sous forme d'héparine de bas poids moléculaire et ont été levés le jour de l'intervention.



La période de cicatrisation est marquée par des hématomes, séromes et petites nécroses cutanéoadipeuses marginales. Ces complications locales se résolvent en quelques semaines de soins locaux.

A long terme, toutes les cicatrices sont fines et souples. Il est intéressant de noter qu'il n'y a jamais d'évolution vers des cicatrices hypertrophiques ou chéloïdes y compris au niveau des seins qui sont une localisation classique pour une telle évolution. Donc si les cicatrices sont longues chez cette catégorie de patients, elles sont toujours d'excellente qualité.

Il est essentiel que le patient soit bien informé quant à ces particularités. Il doit très bien comprendre ce qu'il peut espérer comme résultat et se rendre compte de l'importance et de la localisation des cicatrices.

Malgré les imperfections et les séquelles cicatricielles importantes, les patients sont très satisfaits.

Si la chirurgie de la silhouette n'est jamais un traitement de l'obésité, mais un traitement des séquelles de la perte de poids, elle permet d'améliorer la qualité de vie de ces patients et parfois de stimuler la poursuite de la perte pondérale. ■

## Bibliographie

- 1 Rohrich RJ. Obesity in America: An increasing challenge for plastic surgeons. *Obes Surg* 2004;14:1889-91.
- 2 Soudarajan V, Hart NB, Royston CMS. Abdominoplasty following vertical banded gastroplasty for morbid obesity. *Br J Plast Surg* 1995;48:423-7.
- 3 Da Costa LF, Landecker A, Manta AM. Optimizing body contour in massive weight loss patients: The modified vertical abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2004;114:1917-23.
- 4 \* Modarressi Chassot SA, Azagury D, Huber O, Pittet B, Morel P. La qualité de vie après chirurgie de l'obésité. *Med Hyg* 2004;62:1346-50.
- 5 \*\* Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, Biebl W. Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obes Surg* 2003;13:105-10.
- 6 Flageul G. Chirurgie plastique de l'abdomen. *Encycl Méd Chir, techniques chirurgicales – chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, 2001;45-675, 27 p.
- 7 \* Gmür R, Banic A, Erni D. Is it safe to combine abdominoplasty with other dermolipectomy procedures to correct skin excess after weight loss? *Ann Plast Surg* 2003;51:353-7.
- 8 Ellabban MG, Hart NB. Body contouring by combined abdominoplasty and medial vertical thigh reduction: Experience of 14 cases. *Br J Plast Surg* 2004;57:222-7.
- 9 \* Rhomberg M, Pulz P, Piza-Katzer H. Single-stage abdominoplasty and mastopexy after weight loss following gastric banding. *Obes Surg* 2003;13:418-23.
- 10 \*\* Maladry D, Pascal JF. Chirurgie de la silhouette et gastroplastie. *Ann Chir Plast Esthet* 2003;48:405-11.
- 11 Le Louarn C, Pascal JF, Levet Y, Searle A, Thion A. Complications des abdominoplasties. *Ann Chir Plast Esthet* 2004;49:601-4.
- 12 Matarasso A. Awareness and avoidance of abdominoplasty complications. *Aesthet Surg J* 1997;17:256-61.
- 13 Pitanguy I. Evaluation of body contouring surgery today: A 30-year perspective. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:1499-514.

\* à lire

\*\* à lire absolument