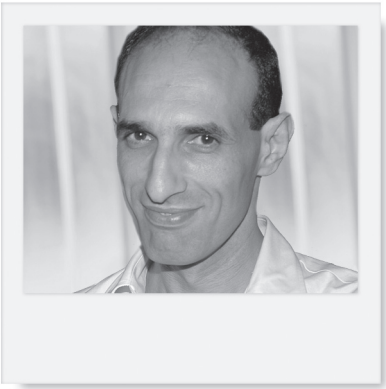
LE DOSSIER
Chirurgie bariatrique

Chirurgie plastique après chirurgie bariatrique

RÉSUMÉ : La chirurgie bariatrique entraîne un amaigrissement important et rapide. Cette perte de poids a des conséquences physiques et esthétiques très rapidement visibles, avec une modification de la silhouette, stigmate d'une obésité ancienne, qui peut être un réel handicap pour le patient.
Une chirurgie plastique peut être proposée sur la demande du patient et en accord avec l'équipe pluridisciplinaire, dès la phase de stabilisation pondérale atteinte, 12 à 18 mois après la chirurgie.
Plusieurs interventions peuvent être nécessaires, les principaux sites étant l'abdomen, la face interne des bras et des cuisses, les seins.



→ **A. AISSAT**
Service de Chirurgie Digestive,
Hôpital Cochin,
PARIS.

Les conséquences plastiques après amaigrissement dans les suites de la chirurgie bariatrique sont quasi constantes et modifient bien souvent la silhouette et l'image du corps. Ces conséquences sont parfois de véritables délabrements cutanés et sont à l'origine de préjudices esthétiques, psychologiques et fonctionnels ***(fig. 1)***.

La chirurgie plastique réparatrice s'inscrit obligatoirement dans un projet de prise en charge globale du patient obèse, qui est préparé psychologiquement à la chirurgie réparatrice post-amaigrissement bien avant de s'engager dans la chirurgie bariatrique elle-même.

En quoi consiste la chirurgie réparatrice après amaigrissement ?

C'est l'ensemble des interventions chirurgicales qui visent à supprimer les excès cutanés et/ou graisseux au niveau des différentes parties du corps, les plus souvent concernées étant l'abdomen, la face interne des bras et la face interne des cuisses.

FIG. 1 : Conséquences plastiques d'un amaigrissement important après chirurgie bariatrique.

Il s'agit d'interventions de dermolipectomie ou de plastie (plastie abdominale, plastie brachiale, plastie crurale). Il peut s'y associer une lipoaspiration instrumentale qui consiste à aspirer la graisse sous-cutanée dite "non mobilisable" ou stéatome.

D'autres sites peuvent être concernés par la chirurgie réparatrice notamment les seins à type de correction de ptôse (mammoplastie) ou de correction d'une fonte

mammaire après un évidement suite à un amaigrissement important.

Quand faut-il envisager la chirurgie réparatrice ?

La chirurgie plastique est recommandée dans un délai de 12 à 18 mois après la chirurgie bariatrique. Dans ce délai, la perte de poids arrive à son maximum et devient stable ou ne subit que de faibles variations. Cette stabilité pondérale est un prérequis indispensable à la chirurgie réparatrice. Le patient devra cependant être informé très tôt, et avant même la chirurgie bariatrique, du recours possible à une chirurgie plastique une fois la phase de stabilisation pondérale atteinte.

L'aval du médecin nutritionniste (bilan nutritionnel) et du chirurgien digestif (absence de complication du montage chirurgical) est nécessaire pour s'engager dans le projet de réparation plastique qui peut nécessiter plusieurs interventions séquentielles.

La demande de chirurgie plastique doit être formulée par le patient, analysée et structurée par le chirurgien plasticien qui donnera toutes les informations sur les tenants et aboutissants de cette chirurgie en termes de résultats fonctionnel et cosmétique, ainsi que les risques de complications postopératoires possibles.

Un délai de réflexion d'au moins deux semaines est obligatoire pour confirmer le désir de se faire opérer. L'arrêt de toute intoxication tabagique est indispensable pour limiter le risque de complication postopératoire (nécrose des lambeaux cutanés).

Quels sont les sites les plus concernés par la chirurgie réparatrice ?

Les sites les plus concernés par la chirurgie réparatrice après chirurgie bariatrique sont l'abdomen, les bras, les seins et les cuisses. Dans certains cas, d'autres sites peuvent être l'objet de réparation plastique : le dos et la face.

1. L'abdomen

Le tablier abdominal (*abdomen pendulum*) est la conséquence classique d'un amaigrissement massif et rapide après la chirurgie bariatrique. Il se présente sous forme d'un excès cutanéo-graisseux sous-ombilical qui, sous l'effet de la pesanteur en position debout, recouvre le pubis dans sa forme modérée, et descend jusqu'à la face antérieure des cuisses dans sa forme plus importante, source alors de gêne fonctionnelle lors de la marche ou de toute activité sportive. Il s'y ajoute une macération, voire une surinfection des plis inguinaux responsable d'inconfort pour le patient et son entourage.

La plastie abdominale consiste à réaliser une cicatrice basse pour une dermolipectomie inférieure, supprimant ainsi l'excédent de peau et de graisse, puis à suturer le lambeau supérieur sur le lambeau inférieur ***(fig. 2)***. Par un néo-orifice passant par la ligne horizontale à hauteur de la ligne joignant les épines iliaques antéro-supérieures, l'ombilic est transposé. Cette intervention peut être associée à une lipoaspiration de l'étage sus-ombilical et des flancs pour diminuer l'épaisseur du lambeau dermo-graisseux supérieur.

2. Les bras

Après un amaigrissement important, il en résulte un excès cutanéo-graisseux de la face interne des bras, à l'origine d'une gêne fonctionnelle (difficulté pour s'habiller) et esthétique souvent mal vécue par les patientes (aspect de bras ballant).

La plastie brachiale par des cicatrices internes allant du coude jusqu'au creux axillaire permet de supprimer cet excès cutanéo-graisseux tout en respectant l'harmonie morphologique de l'ensemble du membre supérieur ***(fig. 3)***.

3. Les cuisses

Après la perte de poids, il persiste au niveau des faces internes des cuisses des masses graisseuses appelées stéatomes (graisse non mobilisable), source de frottements gênants lors de la marche et d'irritations cutanées permanentes. Il s'y associe un relâchement cutané allant jusqu'au genou.

La cruroplastie est réalisée par des cicatrices suivant le pli de l'aine jusqu'à la racine de la fesse en arrière et permet ainsi de supprimer le volume graisseux interne et de réaliser un véritable lifting de la cuisse.

FIG. 2 : Plastie abdominale avant et après.

Fig. 3 : Plastie brachiale avant et après.

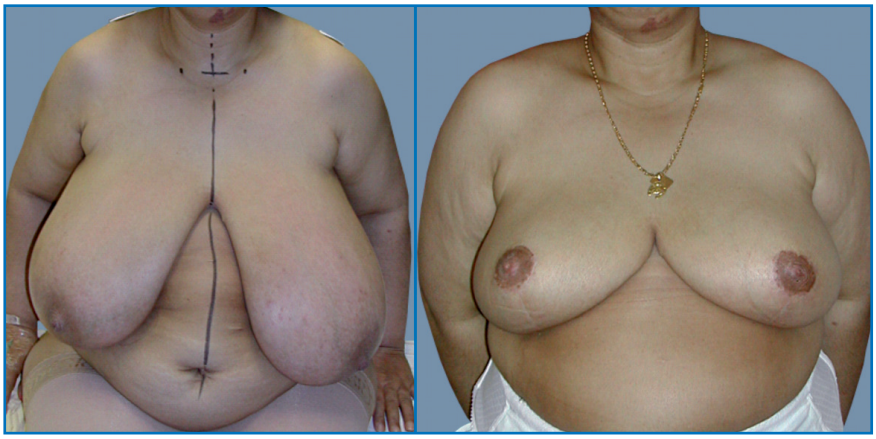


Fig. 4 : Plastie mammaire de réduction et de correction de ptôse après amaigrissement.

4. Les seins

La ptôse mammaire (seins en gant de toilette) est la conséquence la plus fréquente de la perte massive de poids. La plastie mammaire vises à corriger la ptôse par la suppression de l'excédent de peau et la conservation du tissu glandulaire pour assurer un galbe suffisant ***(fig. 4)***. Dans le cas de fonte mammaire importante, le recours aux prothèses mammaires s'avère nécessaire en complément de la mammoplastie.

Quelles sont les complications possibles ?

Les hémorragies et hématomes postopératoires sont l'apanage des grands décollements des lambeaux cutanéograisseux et nécessitent dans les formes graves une reprise chirurgicale pour assurer l'hémostase.

Les séromes sous-cutanés, les désunions des cicatrices sont des complications fréquentes et mineures nécessitant des ponctions ou des soins locaux dans les suites opératoires. Les nécroses des lambeaux, les infections et les cellulites sont des complications graves mais fort heureusement rares. Elles nécessitent un traitement spécifique en milieu hospitalier. A distance, les cicatrices chéloïdes et hypertrophiques sont imprévisibles et relèvent d'un traitement spécifique.

Quels sont les résultats de cette chirurgie ?

Le résultat de l'ensemble des interventions de chirurgie réparatrice quel que soit le site est visible et palpable immédiatement en postopératoire. Néanmoins, il est dans sa forme quasi définitive à la fin du premier semestre après la cicatrisation complète et la disparition des phénomènes inflammatoires. La transformation de la silhouette et l'image du corps des patients a un impact très positif sur le bien-être psychologique, physique et social.

Conclusion

La chirurgie réparatrice après la chirurgie bariatrique est souvent une étape incontournable dans la prise en charge du patient obèse. Elle nécessite une préparation psychologique, une analyse clinique de la demande de réparation dans une démarche guidée par l'équipe soignante dans les délais recommandés. La satisfaction de l'image de soi est un facteur de confort psychologique qui favorise la réinsertion sociale.

Bibliographie

1. Le Louarn C, Pascal JF. High superior tension abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg*, 2000, 24 : 375-381.
2. Pascal JF, Le Louarn C. Remodeling bodylift with high lateral tension. *Aesthetic Plast Surg*, 2002, 26 : 223-230.
3. Sadri O, Sozer, Fransisco J, Agullo. Spiral lift : medical and lateral thigh lift with buttock lift and augmentation. *Aesth Plast Surg*, 2008, 32 : 120-125.
4. De Souza Pinto EB, Erazo PJ, Matsuda CA. Brachioplasty technique with the use of molds. *Plast Reconstr Surg*, 2000 ; 105 : 1854-1860.
5. Aly AS, Cram AE, Chao M *et al*. Belt lipectomy for circumferential truncal excess : The University of Iowa experience. *Plast Reconstr Surg*, 2003 ; 111 : 398-413.
6. Aly AS, Cram AE, Heddens C. Truncal body contouring surgery in the massive weight loss patient. *Clin Plast Surg*, 2004 ; 31 : 611-624.

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