

Abdominoplastie sans drainage et capitonnage par surjets de fils crantés : à propos de 36 cas

RÉSUMÉ : L'abdominoplastie est une des interventions les plus pratiquées dans le monde et une de ses principales complications est la formation de séromes en postopératoire. Afin de prévenir ces séromes, la majorité des équipes ont recours à des systèmes de drainage. D'autres équipes réalisent des points de capiton pour limiter l'apparition de ces épanchements.

Le but de cette étude est de présenter nos résultats d'abdominoplasties, réalisées sans drainage et avec capitonnage par des surjets de fils crantés.



→ **J. HACQUARD,**
M.A. DAMMACCO,
T. KJARTANSDOTTIR,
J.B. ANDREOLETTI

Service de Chirurgie Plastique,
Reconstructrice et Esthétique,
Hôpital de Belfort, BELFORT.

L'abdominoplastie est une des interventions chirurgicales les plus fréquemment pratiquées, mais qui ne bénéficie pas d'une bonne réputation en raison de ses fréquentes complications. Parmi celles-ci, une des plus fréquentes est la formation d'un sérome. Celui-ci se développe dans une zone d'espace mort secondaire au décollement réalisé entre la gaine antérieure des muscles grands droits de l'abdomen et le lambeau cutanéograsseux abdominal.

Afin de prévenir l'apparition de ces séromes, de nombreux procédés ont été décrits. Certaines équipes ont recours à des points de capiton [1] pour réduire cette zone de décollement dans laquelle se constitue le sérome. D'autres utilisent des colles biologiques [2, 3].

Dans la plupart des cas, un système de drainage aspiratif est utilisé pour réduire l'apparition en postopératoire d'hématomes ou de séromes [4]. Néanmoins, ce système provoque une gêne pour les patients en prolongeant une hospitalisation jusqu'au jour du retrait du drain et limite la réalisation des activités de la vie quotidienne pour ceux ayant été autorisés à regagner leur domicile avec leurs drains.

Le but de notre étude est de présenter notre expérience d'abdominoplasties réalisées sans drainage mais avec capitonnage par surjets de fils crantés au cours de l'année 2012 dans notre service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique de l'hôpital de Belfort.

Matériel et méthodes

Au cours de l'année 2012, 36 patientes âgées de 25 à 63 ans, en bon état général, non fumeuses et avec un indice de masse corporelle compris entre 23 et 29,6 kg/m² ont bénéficié d'une abdominoplastie selon la technique habituelle du service, à savoir sans drainage et fermeture avec capitonnage par surjets de fils crantés.

Technique opératoire

La technique utilisée dans le service [5] est dérivée de la "haute tension supérieure" décrite par Pascal et Le Louarn [6].

Les interventions ont été réalisées sous anesthésie générale ou sous anesthésie loco-régionale, en hospitalisation conventionnelle, voire dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire.

SILHOUETTE



FIG. 1 ET 2 : Dessins préopératoires classiques d'une abdominoplastie.

Les incisions cutanées ont été réalisées dans la région sus-pubienne, avec des extensions latérales jusqu'aux épines iliaques antéro-supérieures et en péri-ombilical (fig. 1 et 2).

La résection de l'excès cutanéograsseux a été réalisée au bistouri électrique dans le plan préaponévrotique des muscles de la paroi abdominale antérieure. Nous ne réalisons pas de liposuction systématique avant la résection de l'excès cutanéograsseux.

Le décollement du lambeau abdominal est réalisé de manière limitée latéralement en regard des muscles obliques externes afin de préserver des connexions vasculaires et lymphatiques (fig. 3). Vers le haut, il est effectué jusqu'à la xyphoïde, dans un tunnel d'une dizaine de centimètres de large.

Une hémostase très minutieuse est réalisée au bistouri électrique après application d'une compresse d'eau oxygénée dans la zone de décollement. Pendant



FIG. 3 : Décollement du lambeau abdominal.

cette phase, nous demandons à l'équipe d'anesthésie de maintenir une tension artérielle systolique la plus proche de la valeur basale des patients, avec une cible minimale de 100 mmHg.

Chez les patientes qui présentaient un diastasis des muscles droits de l'abdomen, nous le réparons avec un marquage au crayon dermatographique et réalisons par la suite une plicature à l'aide d'un surjet au PDS boucle 2/0. Nous réalisons deux surjets séparés pour les régions sous- et sus-ombilicales. Nous repérons à ce moment la nouvelle ligne médiane au crayon dermatographique et nous préparons à réaliser la fermeture par capitonnage.

Cette fermeture nécessite la mise en position demi-assise des patientes afin de réduire la tension sur le lambeau abdominal. Le capitonnage de la zone de décollement est débuté sur la ligne médiane, le plus haut possible, avec un fil cranté de V Loc 3/0. Une accroche solide débute au plan préaponévrotique, puis l'opérateur réalise un surjet de haut en bas, rapprochant les tissus sous-cutanés du lambeau abdominal de l'aponévrose des droits qui a été plicaturée. Il doit s'assurer que le passage dans les tissus sous-cutanés n'est pas trop superficiel car cela pourrait provoquer l'apparition d'irrégularités cutanées. L'avancement du lambeau abdominal doit se faire de façon progressive et sans tension excessive, jusque dans la région périombilicale.

A ce moment, nous déterminons le site de transposition ombilicale et réalisons en regard de cette zone un dégraissage du lambeau abdominal de forme conique, afin de recréer une dépression caractéristique de la région ombilicale et pour limiter la tension cutanée dans la région de l'ombilic.

Deux points de haute tension, placés au-dessus et au-dessous de l'ombilic, sont

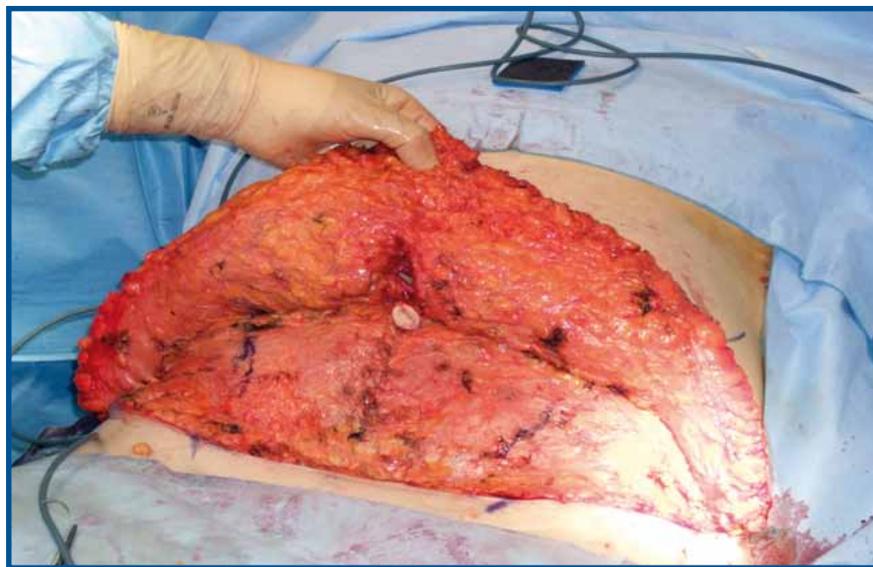


FIG. 4 : La zone de diastasis a été plicaturée et les futurs surjets latéraux de capitonnage sont tracés.

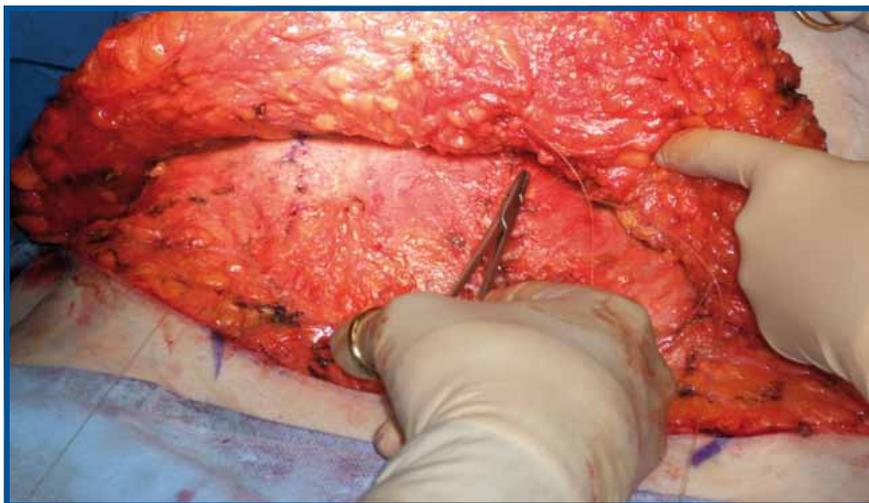


FIG. 5 : Réalisation du surjet au V Loc 3/0 sur la ligne médiane dans la région sous-ombilicale. Les deux surjets latéraux ont également été débutés.

réalisés au fil résorbable 2/0 et relient l'ombilic au lambeau abdominal.

Les lignes des surjets latéraux sont également marquées au crayon dermatographique (**fig. 4**). Elles ont comme point de départ la zone de décollement latéral, en regard des muscles obliques externes. Elles ont une direction oblique, vers le bas et en dedans pour se terminer au bord externe de l'aponévrose des muscles grands droits.

Les trois surjets sont alors poursuivis depuis la région sous-ombilicale (**fig. 5**), jusqu'à l'incision arciforme reliant les deux épines iliaques antéro-supérieures et passant par la région sus-pubienne. Au besoin et pendant toute la période de fermeture de la paroi abdominale, nous réalisons des gestes d'hémostase complémentaires. Les deux surjets obliques sont poursuivis latéralement en chargeant le *fascia superficialis* et en assurant un redrapage du lambeau abdominal vers la ligne médiane.

La fermeture du plan sous-cutané est réalisée par des agrafes intradermiques résorbables permettant un gain de temps important.

Enfin, un surjet intradermique au monofilament résorbable 3/0 est effectué sur la

cicatrice horizontale et huit points cutanéodermiques en U au fil tressé résorbable 4/0 sont réalisés pour l'ombilic. Le premier pansement est constitué de stérilstrips et de compresses sèches sur les cicatrices (**fig. 6**).

La compression du pansement est assurée par la mise en place en fin d'intervention d'une ceinture abdominale, que nous demandons aux patientes de porter en permanence pour une durée de 1 mois.



FIG. 6 : Aspect en fin d'intervention, lors de la pose des stérilstrips. Quelques irrégularités cutanées en regard des surjets de V Loc sont à noter.

Les suites opératoires sont simples avec sortie des patientes autorisée le soir de l'intervention pour les actes menés en chirurgie ambulatoire ou à J1 postopératoire. Le premier pansement du bloc opératoire est remplacé avant la sortie par des bandes de Lumiderm au niveau de la cicatrice abdominale. Les patientes sortent avec une ordonnance d'antalgiques simples et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens avec protection gastrique si besoin pour quelques jours. La thromboprophylaxie est assurée par la mise en place avant le début d'intervention de bas de contention et par une héparine de bas poids moléculaire en postopératoire.

Les patientes sont revues régulièrement jusqu'à l'ablation des fils prévue au 15^e jour postopératoire et des contrôles plus tardifs sont effectués pour juger du résultat définitif de l'intervention.

Résultats

Trente-six patientes ont bénéficié d'une abdominoplastie au cours de l'année 2012, réalisée par un seul et même opérateur selon la technique habituelle du service, à savoir sans drainage mais avec un capitonnage par trois surjets de fils crantés.

SILHOUETTE



FIG. 7 : Résultat d'abdominoplastie.

Les données démographiques, l'incidence des séromes et des complications locales et générales ont été notées.

Le sérome est défini comme une collection abdominale survenue dans la période postopératoire et ayant nécessité une ponction ou une reprise chirurgicale. Les complications locales recherchées ont été les désunions cicatricielles horizontales ou péri-ombilicales, l'apparition de cicatrices hypertrophiques, les nécroses du lambeau abdominal.

Un cas de sérome a été détecté cliniquement en postopératoire et a fait l'objet d'une ponction de 120 cm³ au 25^e jour après l'intervention. Un contrôle réalisé à J40 a montré une bonne régression du sérome avec une nouvelle ponction qui a ramené 15 cm³ d'un liquide séreux.

Un hématome de très faible abondance a fait l'objet d'une ponction lors du contrôle de la première semaine. 10 cm³ de sang ont été évacués et il n'y a pas eu de récurrence notée lors des contrôles ultérieurs.

Parmi les complications locales, on a noté l'apparition de deux cicatrices hypertrophiques partielles et de trois désunions cicatricielles ayant bien répondu aux traitements locaux réalisés. La satisfaction des patientes et celle du



FIG. 8. : Résultat d'abdominoplastie.

chirurgien est élevée après les différentes opérations (fig. 7 et 8). Quatre patientes ont cependant bénéficié de retouches sous anesthésie locale, pour résection complémentaire d'un excédent cutanéograsseux aux extrémités latérales de la cicatrice horizontale.

Aucune reprise chirurgicale sous anesthésie générale, aucune nécrose du lambeau abdominal ni complications générales n'ont été signalées.

Discussion

L'apparition d'un sérome en postopératoire d'une abdominoplastie est un phénomène fréquent, décrit selon les

séries entre 1 et 20 % des procédures. Ces chiffres sont probablement sous-estimés car il y a peu, voire aucun retentissement clinique à un sérome de faible abondance.

La physiopathologie de la formation d'un sérome est peu connue, mais certains auteurs avancent que le décollement du lambeau abdominal peut être à l'origine d'une hypertrophie du système lymphatique, provoquant une accumulation de liquide dans la zone de décollement chirurgical.

Matarasso a rapporté l'importance de limiter cet espace mort en utilisant un système de drainage. Cependant, celui-ci n'est laissé en place que quelques jours alors que la formation d'un sérome est le

plus fréquemment rapporté entre le 10^e et le 20^e jour postopératoires.

On peut donc penser que le système de drainage limite l'apparition d'hématomes, mais a peu d'influence sur celle des séromes.

D'autres techniques comme le capitonnage décrit par Baroudi et Ferreira [7] ou les colles de fibrine ont été utilisées pour limiter l'apparition de ces séromes.

L'équipe de Bercial [8] a montré d'après des contrôles échographiques réalisés dans trois groupes d'abdominoplasties avec ces différentes techniques que l'utilisation du capitonnage réduit de manière significative le volume du sérome à J15 postopératoire par rapport aux drains et aux colles de fibrine.

Partant de ces constatations, nous préconisons la réalisation d'abdominoplasties sans système de drainage, mais avec une hémostase très minutieuse. Le capitonnage n'est pas réalisé par points séparés, mais par trois surjets de fils crantés permettant de limiter au maximum la constitution d'un espace mort entre le lambeau abdominal et le plan aponévrotique. Cette technique peut apparaître comme chronophage mais peut être compensée par l'utilisation dans le plan sous-cutané d'agrafes intradermiques résorbables.

Les résultats de notre série sont en accord avec ceux de l'équipe de Pollock et Pollock [9, 10], en montrant que l'utilisation du capitonnage réduit l'incidence des séromes, diminue les complications locales et ne requiert pas de système de drainage complémentaire [11]. L'absence de drainage apporte une grande satisfaction aux patients en réduisant la durée d'hospitalisation et facilite la reprise des activités de la vie quotidienne.

Ces nombreux avantages permettent d'entreprendre des abdominoplasties

POINTS FORTS

- ➔ Capitonnage par surjets de fils crantés.
- ➔ Bons résultats cosmétiques et grande satisfaction des patientes.
- ➔ Procédure fiable avec peu de complications locales.
- ➔ Peut s'envisager en chirurgie ambulatoire.

dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire [12, 13], en accord avec le souhait du ministère de la Santé et des agences régionales de santé de voir ce type de chirurgie se développer.

Conclusion

L'abdominoplastie réalisée sans drainage et avec capitonnage par surjets de fils crantés est une procédure simple, fiable et efficace dans la prévention de l'apparition des séromes. Elle permet d'obtenir des résultats satisfaisants pour le chirurgien et les patients et peut également s'envisager dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire.

Bibliographie

1. ANDRADES P, PRADO A, DANILLA S *et al.* Progressive tension sutures in the prevention of postabdominoplasty seroma: a prospective, randomized, double-blind clinical trial. *Plast Reconstr Surg*, 2007; 120: 935-946.
2. WALGENBACH KJ, BANNASCH H, KALTHOFF S *et al.* Randomized, prospective study of TissuGlu surgical adhesive in the management of wound drainage following abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg*, 2012; 36: 491-496.
3. TOMAN N, BUSCHMANN A, MUEHLBERGER T. Fibrin glue and seroma formation following abdominoplasty. *Chirurg*, 2007; 78: 531-535.
4. ANTONETTI JW, ANTONETTI AR. Reducing seroma in outpatient abdominoplasty:

analysis of 516 consecutive cases. *Aesthet Surg J*, 2010; 30: 418-425.

5. GLIKSMAN J, HIMY S, RINGENBACH P *et al.* Abdominoplasty: towards a two procedures surgery? Retrospective study of postoperative complications about 100 cases. *Ann Chir Plast Esthet*, 2006; 51: 151-156.
6. LE LOUARN C, PASCAL JF. The high-superior-tension technique: evolution of lipoabdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg*, 2010; 34: 773-781.
7. BAROUDI R, FERREIRA CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it? *Aesthet Surg J*, 1998; 18: 439-441.
8. BERCIAL ME, SABINO NETO M, CALIL JA *et al.* Suction drains, quilting sutures, and fibrin sealant in the prevention of seroma formation in abdominoplasty: which is the best strategy? *Aesthetic Plast Surg*, 2012; 36: 370-373.
9. POLLOCK TA, POLLOCK H. No-drain abdominoplasty with progressive tension sutures. *Clin Plast Surg*, 2010; 37: 515-524.
10. POLLOCK TA, POLLOCK H. Progressive tension sutures in abdominoplasty: a review of 597 consecutive cases. *Aesthet Surg J*, 2012; 32: 729-742.
11. ARANTES HL, ROSIQUE RG, ROSIQUE MJ *et al.* The use of quilting suture in abdominoplasty does not require aspiratory drainage for prevention of seroma. *Aesthetic Plast Surg*, 2010; 34: 102-104.
12. CHATTAR-CORA D, OKORO SA, BARONE CM. Abdominoplasty can be performed successfully as an outpatient procedure with minimal morbidity. *Ann Plast Surg*, 2008; 60: 349-352.
13. STEVENS WG, SPRING MA, STOKER DA *et al.* Ten years of outpatient abdominoplasties: safe and effective. *Aesthet Surg J*, 2007; 27: 269-275.

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