

Le bodylift inférieur

RÉSUMÉ : Le développement de la chirurgie bariatrique, son efficacité et la diminution des complications sont à l'origine d'amaigrissements importants. La population de patients présentant des séquelles d'amaigrissement majeures ne cesse donc de croître.

Le bodylift inférieur, décrit par J.F. Pascal, offre une réponse de choix aux impératifs du traitement des séquelles d'amaigrissement de l'abdomen et de la région glutéale. Néanmoins, cette intervention est réputée difficile et source de complications. Un examen clinique complet et orienté, un planning préopératoire réfléchi ainsi qu'une chirurgie rigoureuse permettent d'obtenir d'excellents résultats avec une morbidité faible.

Nous détaillons le parcours d'une telle chirurgie, allant de la consultation préopératoire jusqu'à la prise en charge d'éventuelles complications. Nous insisterons sur les critères de sélection des patients candidats à une chirurgie de type bodylift inférieur, les points clefs de l'intervention et le suivi postopératoire.



→ **M. GIANFERMI**

Service de Chirurgie plastique,
reconstructrice et esthétique,
CHU Nord, AMIENS.

Le développement de la chirurgie bariatrique, son efficacité et la diminution des complications sont à l'origine d'amaigrissements massifs [1, 2] dont le corollaire a été la nette augmentation des demandes de traitement des séquelles d'amaigrissement. De nouvelles techniques se sont développées, d'autres se sont affinées et adaptées à ces patients en post-chirurgie bariatrique. Nous nous intéresserons dans cet article au traitement des déformations de la partie inférieure du tronc.

Le bodylift, décrit en 2002 par J.F. Pascal, est une évolution de la dermolipectomie abdominale circulaire [3, 4]. De nombreuses techniques faisant appel à une cicatrice circulaire ont d'ailleurs été proposées [3, 5-7]. Celle décrite par J.F. Pascal est une référence pour notre équipe; elle tient compte des impératifs anatomiques et de la redistribution des volumes tout en minimisant les complications.

Cette intervention est l'indication reine pour les patients ayant présenté une perte de poids massive après chirurgie

bariatrique. Elle permet de traiter l'excès cutanéoadipeux abdominal, des hanches, des trochanters et de la région dorsale basse. L'utilisation du *LP flap* redonne un galbe aux fesses, le capitonage et la haute tension diminuant le risque de séromes et de malfaçons cicatricielles.

Bien réalisé, le bodylift donne des résultats spectaculaires. Cependant, de nombreux écueils peuvent faire basculer le patient dans des complications, allant de la simple désunion à l'infection grave avec choc septique.

Nous allons discuter ici des indications, des points techniques opératoires, des suites postopératoires et enfin des complications et de leur prise en charge.

Consultation

Pour un résultat optimal et un risque minoré de complications, il convient de proposer cette intervention à une population de patients bien définie [8, 9].

SILHOUETTE

Lors de la première consultation, un interrogatoire et un examen clinique complet sont indispensables. Ils permettent de distinguer les patients relevant ou non d'un bodylift.

Nous allons décrire ces différents critères, selon le déroulement d'une consultation standardisée de chirurgie plastique. Le chirurgien peut alors comprendre les attentes du patient et le patient appréhender la réalité des résultats dans le but d'obtenir un équilibre entre ses désirs et les contraintes techniques imposées par la chirurgie. La compréhension des complications éventuelles et un consentement éclairé sont ici indispensables.

1. Interrogatoire

Il permet de détecter les pathologies compliquant ou compromettant la prise en charge chirurgicale. Ces comorbidités sont relativement fréquentes dans la population en post-chirurgie bariatrique et influent négativement sur les suites postopératoires. L'obésité est fréquemment à l'origine de multiples pathologies chroniques regroupées dans le cadre d'un syndrome métabolique : hypertension, dyslipidémie, DNID, coronaropathie, AVC, ostéoarthrite et syndrome d'apnée du sommeil. Ces pathologies majorent le risque anesthésique, le risque hémorragique postopératoire et retardent la cicatrisation. Un tabagisme actif doit être systématiquement recherché et un sevrage associé. Les muqueuses et les phanères peuvent donner une indication d'éventuelles carences et motiver un bilan biologique. En effet, après une chirurgie bariatrique restrictive ou malabsorptive, des carences en fer, vitamines et protéines doivent être évoquées [10-12] ; leur traitement permet de minimiser l'anémie postopératoire et de faciliter la cicatrisation [9]. Enfin, un antécédent d'accident thrombo-embolique ou un trouble de la coagulation doit être précisé et pris en charge.

Les éléments suivants ont un impact important :

- **sexe** : il détermine en partie les dessins et la technique opératoire ;
- **âge** : au dessus de 55 ans, nous préférons dissocier le bodylift en deux interventions. Le premier temps est antérieur et le second postérieur pour traiter le bourrelet latéral résiduel et la région glutéale ;
- **calcul de l'IMC** : c'est un moyen simple d'estimer l'excès de poids résiduel. Cet indice est un déterminant majeur dans l'indication chirurgicale. Une stabilité pondérale de plus de 6 mois est indispensable en vue d'obtenir un résultat pérenne après intervention [8] ;
- **tabac** : il est unanimement admis qu'il majore le risque de complications postopératoires : désunions, nécroses, infections et accidents thrombo-emboliques ;
- **antécédents médicaux** : en particulier diabète non insulino-dépendant, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, troubles de la coagulation, insuffisance respiratoire/syndrome d'apnée du sommeil, accidents thrombo-emboliques ;
- **troubles psychologiques** : en particulier une dysmorphophobie, une anxiété et des troubles du comportement alimentaire [12]. Inciter le patient à s'exprimer sur ce qui le gêne le plus, évaluer si son attente de la chirurgie est cohérente avec les résultats qui peuvent lui être proposés. Si ce n'est pas le cas, il faudra insister sur ce point lors de l'information du patient, en fin de consultation, pour éventuellement le revoir avant d'envisager une chirurgie. La majorité des patients ayant eu une chirurgie bariatrique est suivie par des psychologues, des psychiatres, des nutritionnistes et des chirurgiens digestifs. Un trouble du comportement est habituellement découvert en amont de la consultation de chirurgie plastique. Il convient alors de préciser la démarche de la perte de poids et son suivi. Cela est d'autant plus important si la prise en charge a eu lieu dans une filière ne comportant pas de réunion de comité

pluridisciplinaire (RCP) de chirurgie bariatrique. Les troubles du comportement alimentaire ou psychiatriques nécessitent toujours une prise en charge avant toute chirurgie ;

- **antécédents chirurgicaux** : abdominaux, date de la chirurgie bariatrique, son type (anneau gastrique, *sleeve* gastrectomie, *bypass*), les suites postopératoires (infection, éventration) ;
- **antécédents gynécologiques** : césarienne pouvant donner une éventration/nombre de grossesses, risque de distension des muscles grands droits de l'abdomen.

Tous les traitements doivent être consignés. Les anti-inflammatoires stéroïdiens ou non doivent être arrêtés de même que les anticoagulants et les anti-agrégants plaquettaires si, bien évidemment, cela est possible.

2. L'examen physique

Le patient doit être debout, en sous-vêtements. La prise de photos est systématique et standardisée : face, profil droit, ¾ droit, profil gauche, ¾ gauche, de dos. On pourra juger de l'importance du tablier et de la ptose du pubis qui conditionnera la prise en charge éventuelle par la Caisse primaire d'assurance maladie. Le tablier abdominal doit recouvrir le pubis pour que l'intervention soit prise en charge par la Caisse primaire d'assurance maladie

Les déformations habituelles seront recherchées et consignées. Un excès cutanéoadipeux de la paroi abdominale, des flancs et des hanches associé à une ptose constitue des séquelles habituelles de la région antérieure. Des vergetures doivent être recherchées et le patient sera prévenu qu'elles disparaîtront seulement si elles se situent dans la zone de résection opératoire. La région glutéale est marquée par une perte de volume et un excès de peau. Enfin, les faces externe et interne de cuisse sont souvent le siège de stéatomies résiduelles et d'une distension cuta-

née. Pour l'homme, les déformations sont similaires, sauf pour les membres inférieurs qui sont classiquement peu touchés.

La suite de l'examen se fait allongé. Il recherche les macérations, les cicatrices abdominales, les éventrations ou les éviscérations, les hernies inguinales et ombilicales. Enfin, on demandera au patient de soulever les jambes pour démasquer un éventuel diastasis des muscles grands droits de l'abdomen.

Les cicatrices des précédentes interventions abdominales ou mammaires doivent intégrer le planning interventionnel; elles sont sources de zones hypovascularisées et donc potentiellement plus sensibles à l'ischémie.

C'est après cet examen que l'on peut réfléchir à l'indication d'un bodylift inférieur ou d'une autre technique.

Indications

Les arbres décisionnels proposés en **figures 1, 2 et 3** permettent de proposer, en fonction des caractéristiques physiques du patient, des interventions dont le bénéfice/risque reste favorable.

>>> Le premier élément à prendre en compte est le poids, plus précisément l'IMC, qui est un élément majeur déterminant le risque opératoire et le résultat esthétique.

En fonction de notre expérience et des données de la littérature, nous avons défini un IMC maximal à ne pas dépasser pour envisager une intervention de chirurgie moderne de la silhouette. Nous l'avons fixé à 32 [3, 9, 13]. Pour les IMC compris entre 32 et 35, l'indication de bodylift sera discutée en fonction de la motivation et des échecs répétitifs de

perte de poids. Les patients dont l'IMC est supérieur à 35 doivent, à notre avis, être récusés [2]. Si la perte de poids ne peut être obtenue, une dermolipectomie *in situ* [3] peut alors être proposée pour préserver la motivation des patients à maigrir.

Nous ne réalisons pas de cure de diastasis lorsque l'IMC est supérieur à 32. Le bénéfice est faible et les résultats décevants dans le temps. Quoi qu'il en soit, tout patient se présentant avec un IMC supérieur à 32 doit être dirigé dans une filière de prise en charge nutritionnelle. Nous les revoyons à 6-12 mois pour refaire un point. Dans certains cas extrêmes, en plus de la prise en charge nutritionnelle, un avis de chirurgie bariatrique pourra être envisagé.

>>> Le deuxième temps est celui de l'indication et se base sur l'examen

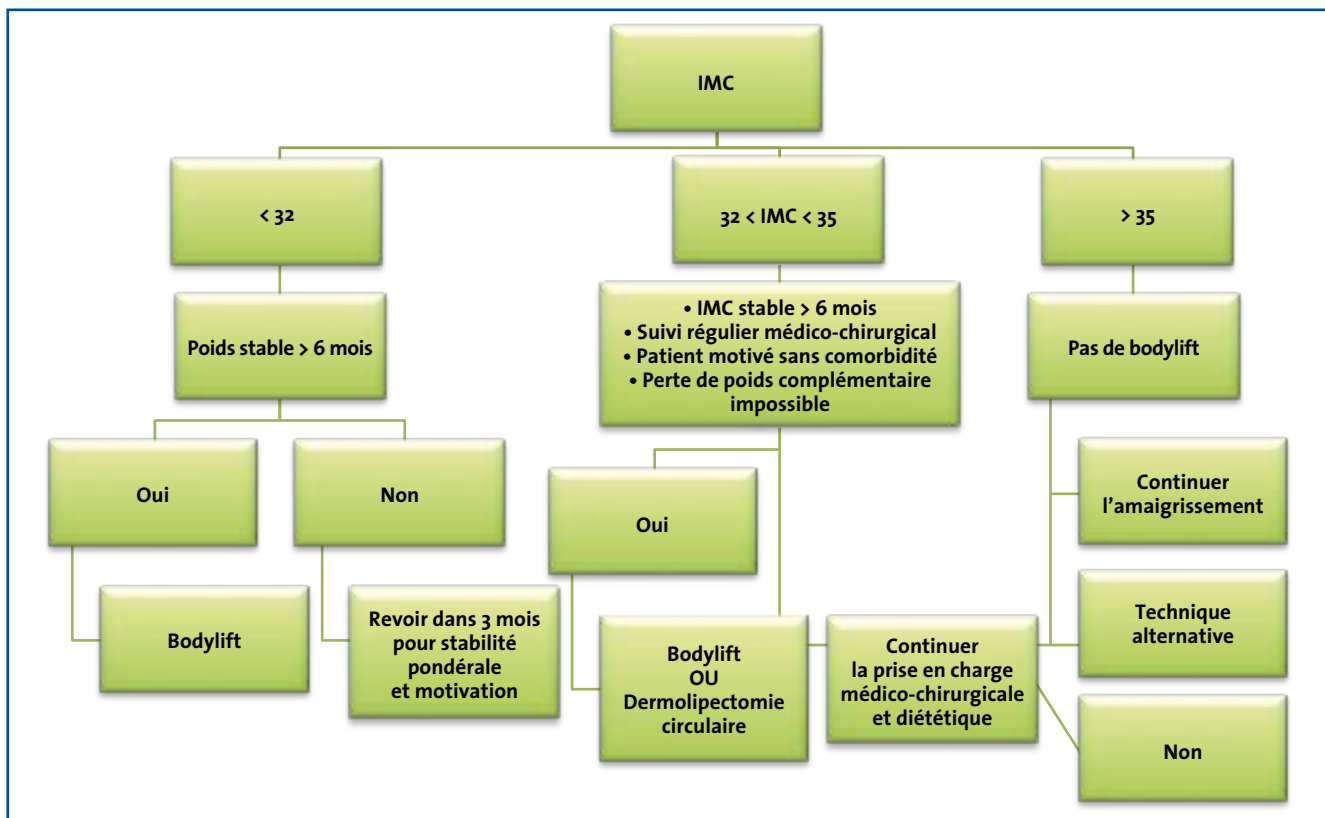


Fig. 1 : Le bodylift. Conduite à tenir en fonction de l'IMC.

SILHOUETTE

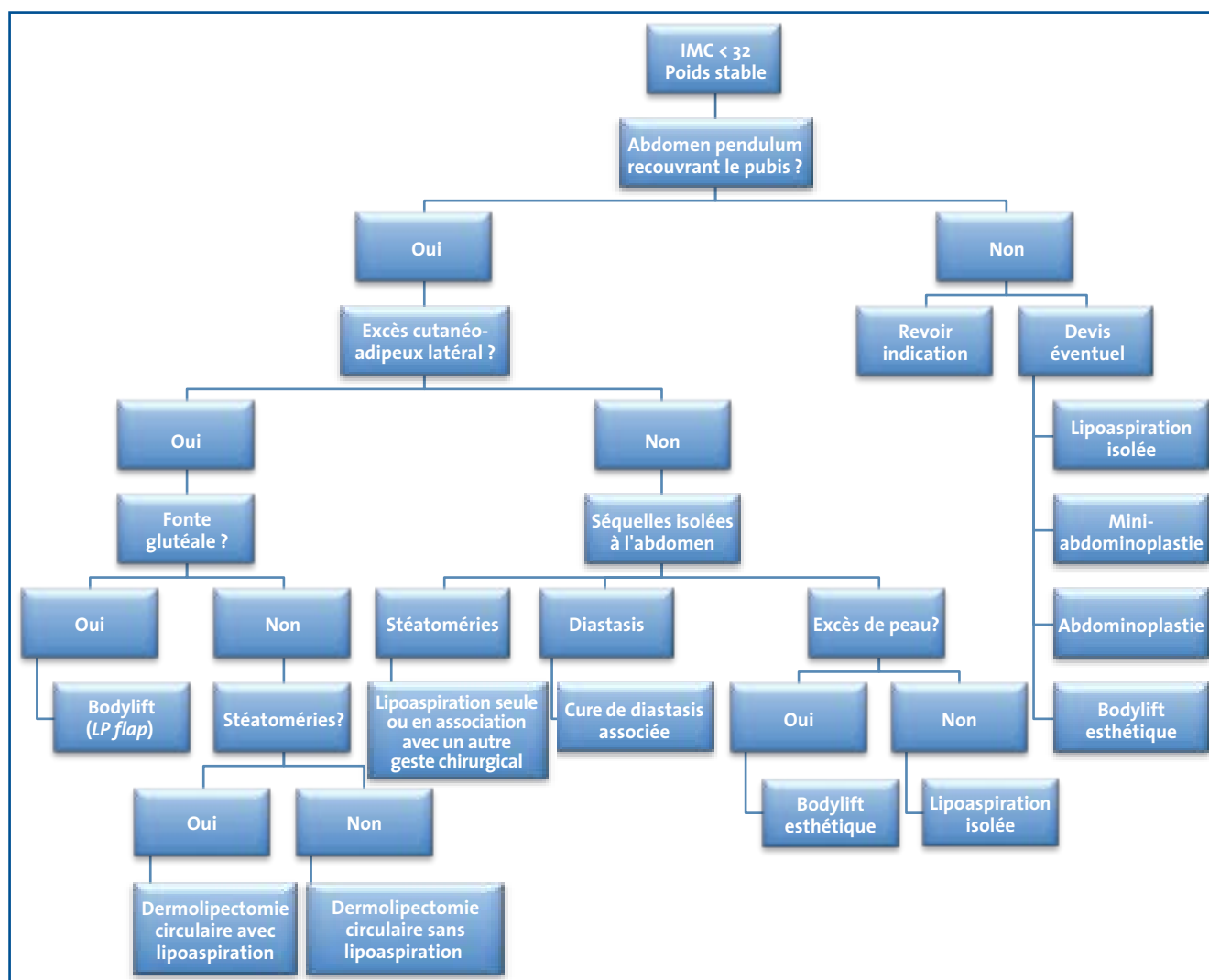


FIG. 2 : Chirurgie de la silhouette de la ceinture abdominale. Indication guidée par l'examen clinique pour un IMC inférieur ou égal à 32.

physique. Trois interventions sont à discuter : la dermolipectomie abdominale (DLA), la dermolipectomie abdominale circulaire (DLC) et le bodylift (BDL). En association à ces gestes, une cure de diastasis peut être associée en cas d'existence d'un diastasis des muscles droits de l'abdomen. La lipoaspiration doit être quasi systématique, permettant de traiter les stéatoméries et de faciliter la mobilisation des tissus adjacents. Dans de rares cas, l'amaigrissement est tel que la lipoaspiration n'a plus d'indication et laisse la place à un redrapage cutané exclusif.

Nous allons discuter ces trois indications en fonction des spécificités physiques à traiter :

- **DLA** : tablier abdominal avec ou sans ptose du pubis. Bien marquer les stéatoméries sus-ombilicales, hanches, pubis. Pas d'excès latéral ni de déplétion glutéale. C'est l'indication reine des ventres forcés post-gravidiqes.
- **DLC** : même indication que la DLA associée à un excès latéral. Bien marquer les stéatoméries trochantériennes et éventuellement sus-glutéales. Pas de déplétion glutéale

et excès cutané faible. Cette intervention doit être réalisée selon les mêmes impératifs anatomiques que le bodylift, à savoir : respect des plans de dissection, fermeture du *fascia superficialis*, capitonnage, lipoaspiration associée.

- **BDL** : même indication que la DLC associée à une déplétion glutéale et/ou un excès cutané important. Les points de capitons latéraux seront à discuter dans le cas où une grande hauteur de la face latérale de la cuisse doit être retendue.

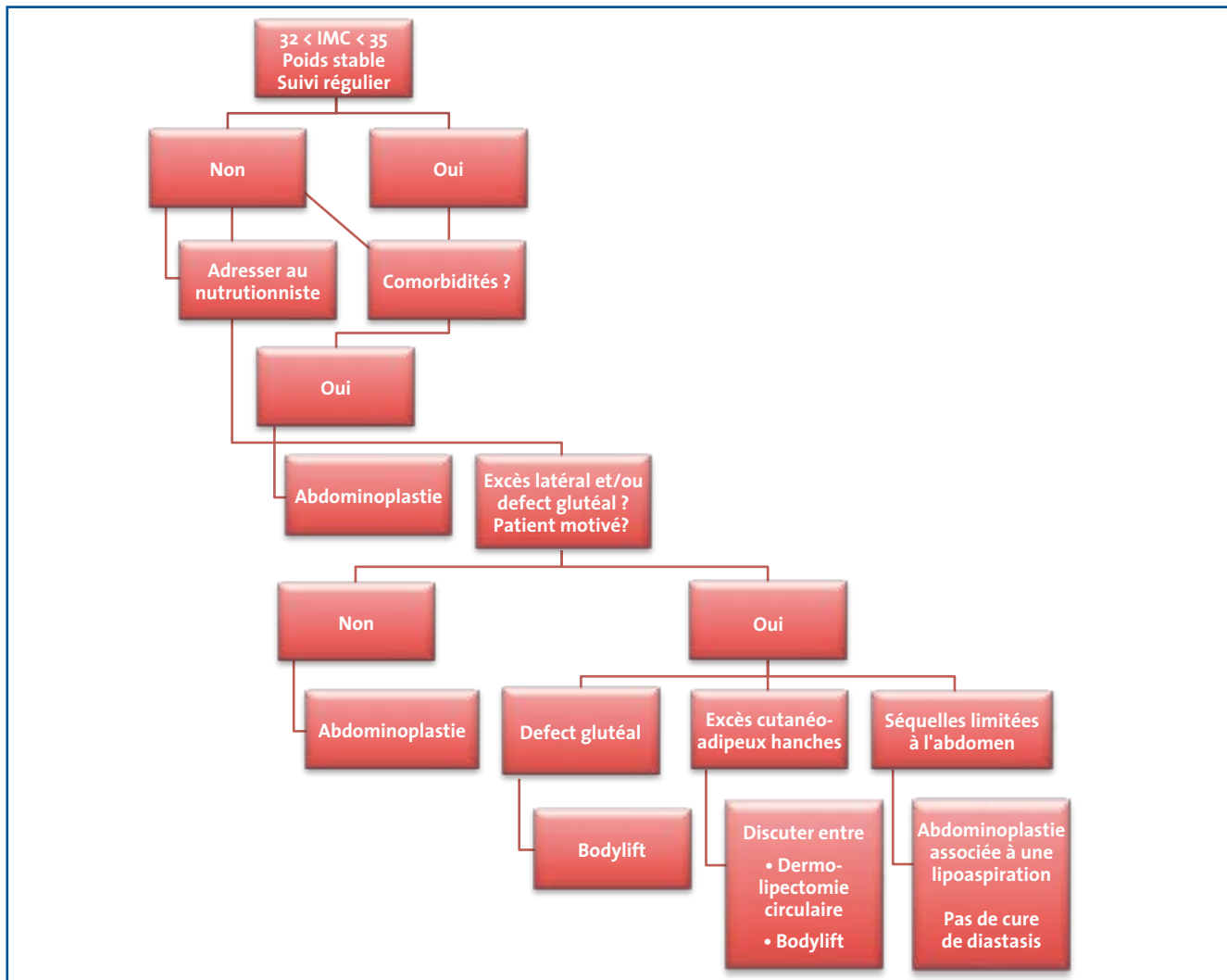


Fig. 3 : Indications pour un IMC compris entre 32 et 35.

Pour les cas de grande déplétion glutéale avec des lambeaux type LP insuffisants, un lipomodelage sous-cutané et dans le muscle grand fessier offre un moyen intéressant d'optimisation du galbe fessier. Il faudra alors veiller à réinjecter en dehors du plan de décollement utilisé pour placer les lambeaux de type LP.

Les zones traitées

Les bourrelets des hanches et le tablier abdominal sont traités par bodylift. Le

bourrelet thoracique inférieur n'est que partiellement traité [2]. En ce qui concerne les bourrelets thoracique supérieur et mammaire, ils pourront être traités lors d'un second temps par un bodylift supérieur (fig. 4).

Le bodylift inférieur

1. Les dessins préopératoires

Il se fait la veille, sur un patient dénudé, du sillon sous-mammaire aux genoux. Son exactitude est capitale. Il permet

d'optimiser les résultats et de diminuer les risques opératoires. Une erreur dans sa réalisation se traduira par une asymétrie ou une insuffisance de résultats, ou pire, une désunion cicatricielle par excès de tension.

Le dessin commence par le patient debout avec ses sous-vêtements en place. Pour les femmes, il faut bien leur demander de porter des sous-vêtements échancrés et non des culottes amples. En effet, ces sous-vêtements guident le placement de la cicatrice finale.

SILHOUETTE

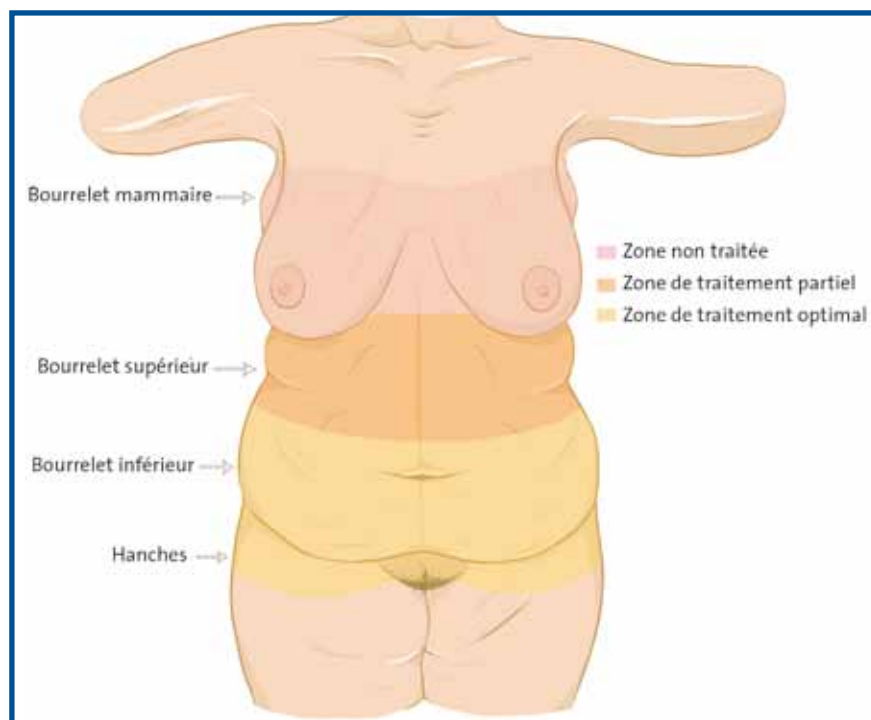


FIG. 4 : Bourrelets du tronc traités par le bodylift.

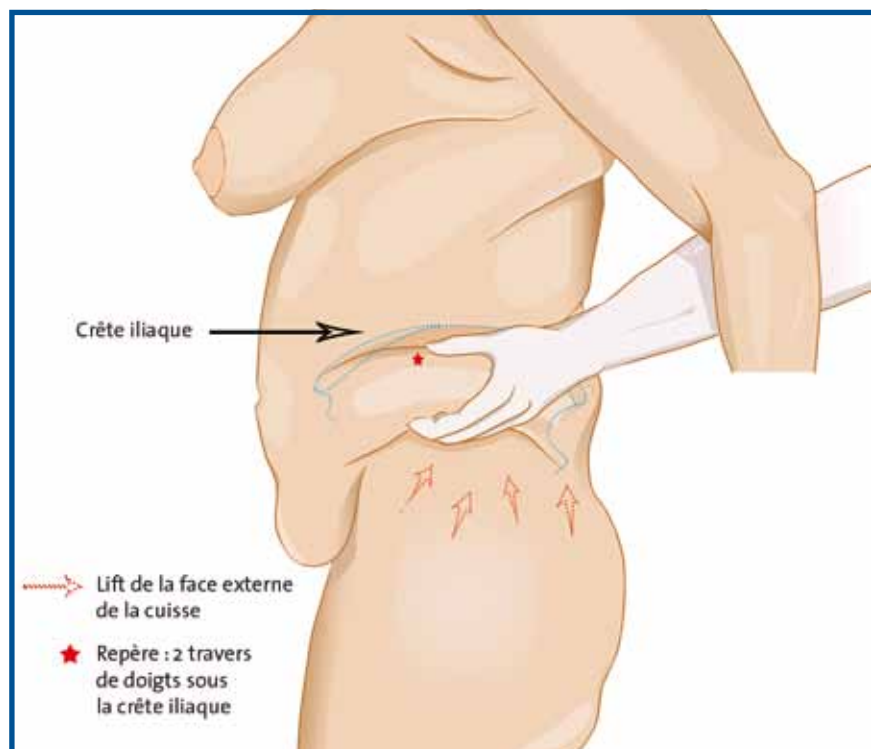


FIG. 5 : Pinch test latéral.

>>> Le premier temps est latéral (fig. 5) :

- marquer les limites des sous-vêtements du patient pour placer au mieux la cicatrice prévisionnelle ;
- marquer la crête et faire un repère de deux travers de doigt en dessous. Cette marque correspond au repère supérieur cicatriciel ;
- le *pinch test* est ensuite réalisé pour estimer la zone de résection latérale. Sa réalisation permet d'estimer la zone de résection par une approximation virtuelle des berges. Il convient de le réaliser avec une forte tension puis de diminuer cette marque de 2 centimètres afin d'éviter d'appliquer une tension excessive ;
- la même technique est utilisée en controlatéral ;
- il faudra alors vérifier la symétrie des deux zones à réséquer.

>>> Le temps postérieur (fig 6a et 6b) :

- le premier repère se fait au sommet du sillon inter-fessier ;
- faire attention à bien le repérer et à ne pas le placer trop haut. Il devra être recouvert par les sous-vêtements ;
- *pinch test* permettant de déterminer la zone à réséquer, elle devra être inférieure à 8 cm. Le risque de désunion et nécrose est ici maximal. Cette zone est également le siège de nombreux lymphatiques ;
- les limites céphalique postérieure et latérale sont réunies par une ligne passant par ces deux points ;
- pour la ligne inférieure, il convient de répéter le *pinch test* à 8 et 16 cm de la ligne médiane postérieure. Le trait ainsi obtenu est concave en caudal ;
- le dessin controlatéral est réalisé selon les mêmes modalités ;
- il faut alors vérifier sa symétrie (hauteur de résection) ;
- si besoin, c'est à ce moment que nous dessinons les *LP flap*. Leur dessin est en regard de la zone de résection. La largeur est approximativement celle de la fesse, soit 16 cm. Il débute en médial entre 3 à 5 cm de la ligne médiane. Leur hauteur est fonction du galbe

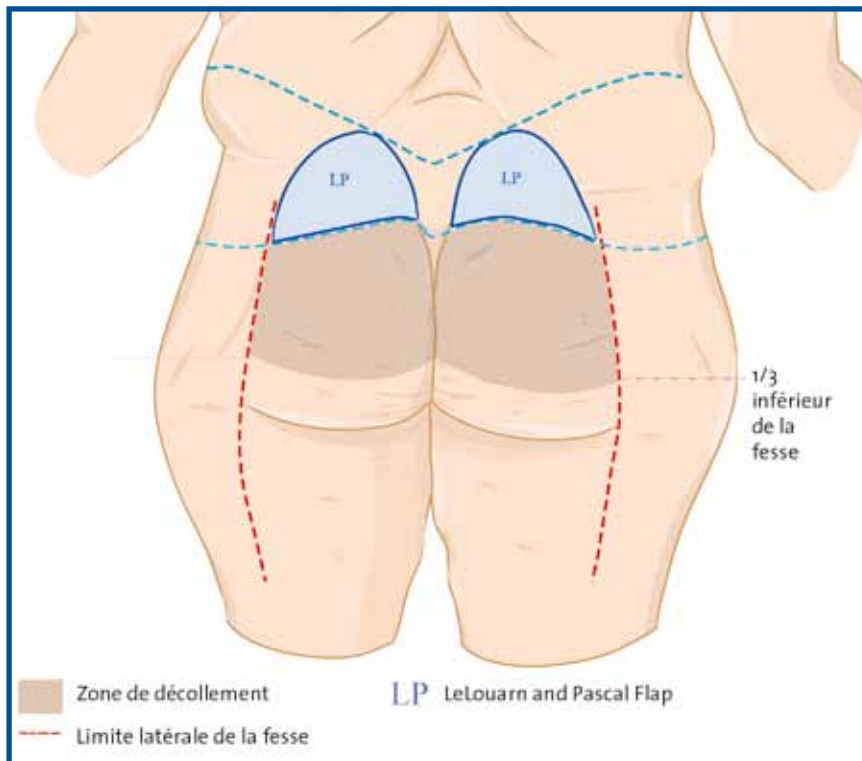


FIG. 6A: Dessin de la ressection postérieure et du LP flap (Le Louarn et Pascal flap)..

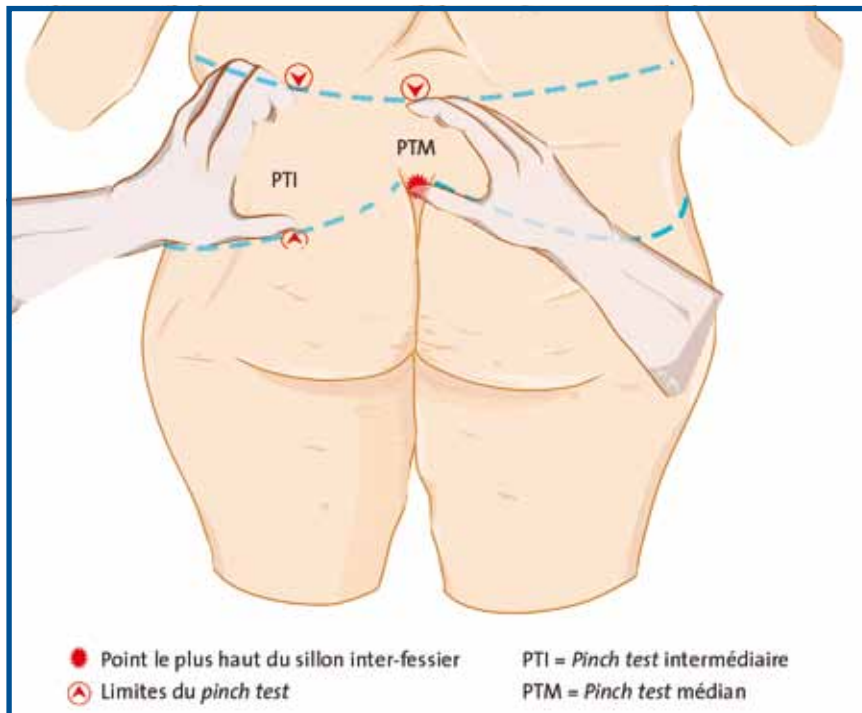


FIG. 6B: Pinch test postérieur.

recherché. Une fois le dessin réalisé, vérifier la symétrie de hauteur et la largeur des lambeaux droit et gauche.

>>> Le temps antérieur (fig. 7):

- une ligne passant par l'apophyse xyphoïde, l'ombilic et la vulve est tracée;
- le dessin de l'incision inférieure est débuté comme pour une abdominoplastie à haute tension antérieure décrite par J.F. Pascal. On applique la règle des "7", à savoir 7 cm de hauteur de la vulve, celle-ci étant liftée vers le haut. Toujours avec le pubis lifté, est tracé, perpendiculairement au sommet du tracé précédent, un trait horizontal. Puis 7 cm sont marqués de part et d'autre du milieu qui correspond à la verticale rejoignant la partie centrale de la vulve;
- en liftant le tablier abdominal en supéro-interne, on dessine une droite rejoignant le points latéral antérieur et latéral inférieur. Il est important d'adapter le dessin afin de passer à 2 cm au minimum du pli de flexion inguinal pour éviter de léser les

Retrouvez les dessins préopératoires en vidéo :

– à partir du flashcode* suivant



– en suivant le lien :

<http://tinyurl.com/bodyliftdessins>

* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.

SILHOUETTE



FIG. 7 : Lifting du pubis et de l'abdomen en décubitus dorsal : règle des 7/7/7. Être à 2 cm du pli inguinal pour conserver les vaisseaux lymphatiques.

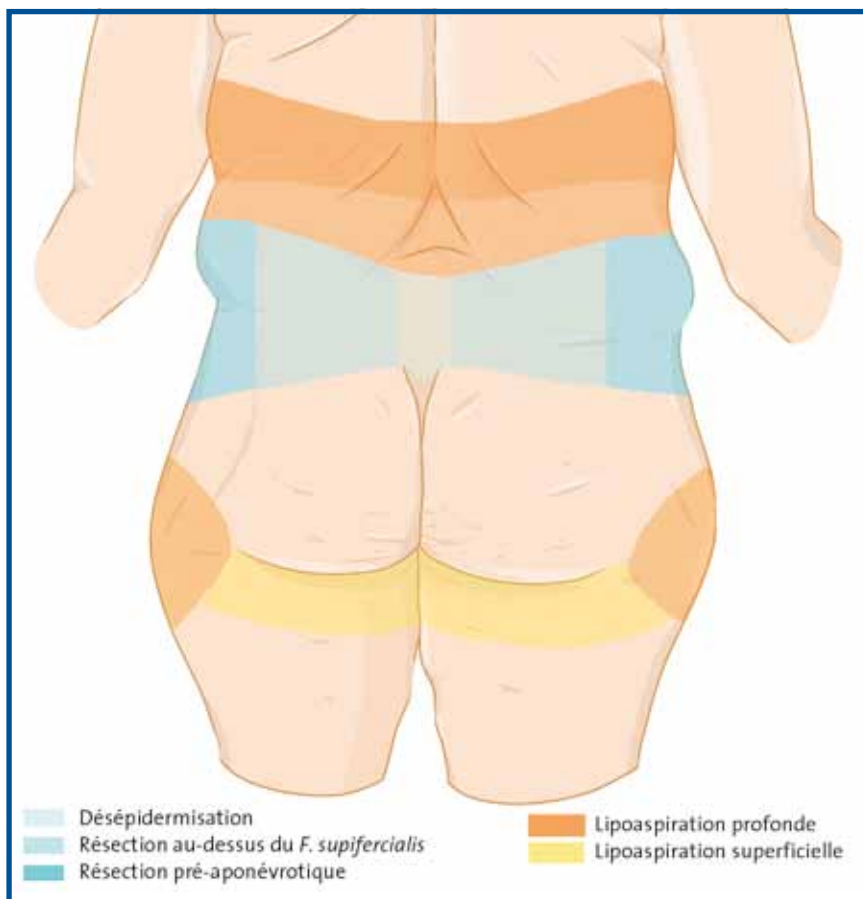


FIG. 8 : Zones de lipoaspiration et profondeurs de résection.

lymphatiques et obtenir des berges inférieures d'épaisseur compatible avec celle du lambeau abdominal ;

- le dessin de l'ombilic est un triangle isocèle dont la pointe est dirigée vers le bas. Sa hauteur sera inférieure à sa largeur, nous le verrons plus loin. Mais ce dessin permet d'obtenir, une fois l'ombilic repositionné, un triangle équilatéral par les forces de tension céphalo-caudales ;
- la partie haute de résection n'est dessinée qu'à titre indicatif. Elle rejoint les deux points supérieurs passant au-dessus de l'ombilic. Cette résection sera déterminée en peropératoire.

2. La lipoaspiration (fig. 8)

Les zones systématiquement lipoaspirées pour faciliter la mobilisation tissulaire sont situées en sus-pubien, trochantérien et sus-glutéal droit et gauche.

On doit également discuter :

- la région sous-fessière pour traiter un excès adipeux et optimiser le galbe glutéal ;
- la région latérale et postérieure pour redessiner la fesse ;
- le pubis lorsqu'il est siège d'une importante stéatomérie ;
- les hanches ;
- l'hypochondre droit et gauche, en prenant soin de respecter le sillon sous-mammaire.

3. L'intervention

● Installation

Il existe deux temps opératoires dans le bodylift, un postérieur puis un antérieur. Le premier est critique. Le bon positionnement et le contrôle de celui-ci permet d'éviter la survenue d'escarres et de compression oculaire, la région faciale étant sensible. Il faudra veiller au positionnement des bras pour éviter tout traumatisme des racines nerveuses du plexus. Enfin, le tablier abdominal devra être centré en antérieur sous peine de désé-

quilibrer les tensions latérales pouvant mener à un décallage des résections latérales. Les bras seront positionnés en abduction à 90°; une compression intermittente des mollets peut être discutée. Des gels de protection sont placés sous chaque point de pression et un rond de tête immobilise le rachis cervical.

• Temps postérieur

Le champage devra être poursuivi un maximum en antérieur. Il conviendra de bien répartir l'abdomen de part et d'autre du gel de protection situé en regard des épines iliaques afin de prévenir une asymétrie lors des résections. Le premier temps est celui de l'infiltration dorsale basse dans la zone de résection, sous le sillon sous-fessier si besoin. Une lipoaspiration à la canule de 5 mm de diamètre est réalisée dans les zones infiltrées. Celle-ci intéresse les plans profonds uniquement. Le volume aspiré sera quantifié et devra être symétrique.

L'incision est réalisée selon les dessins préétablis. Trois plans sont individualisés et respectés afin de conserver le réseau lymphatico-veineux. Le premier, médian, s'étend sur 3 cm de part et d'autre de la ligne des épineuses. Cette zone est désépidermée. Plus en latéral, le plan du *fascia superficialis* est respecté jusqu'à la limite latérale de la fesse. Latéralement, le plan se situe juste au-dessus de l'aponévrose musculaire.

La réalisation des *LP flap* ne pose pas de problème technique particulier, leur incision se fait jusqu'au plan musculaire. Ils sont désépidermés. Les pointes sont détachées en latéral. La dissection continue dans le plan sous-aponévrotique du muscle *gluteus maximus*. Ce décollement doit s'arrêter au niveau du tiers inférieur de la fesse. Le lambeau est alors fixé vers le bas pour venir s'insérer dans ce décollement, puis les pointes sont fixées en dedans du lambeau afin d'obtenir un croissant (**fig. 9**).

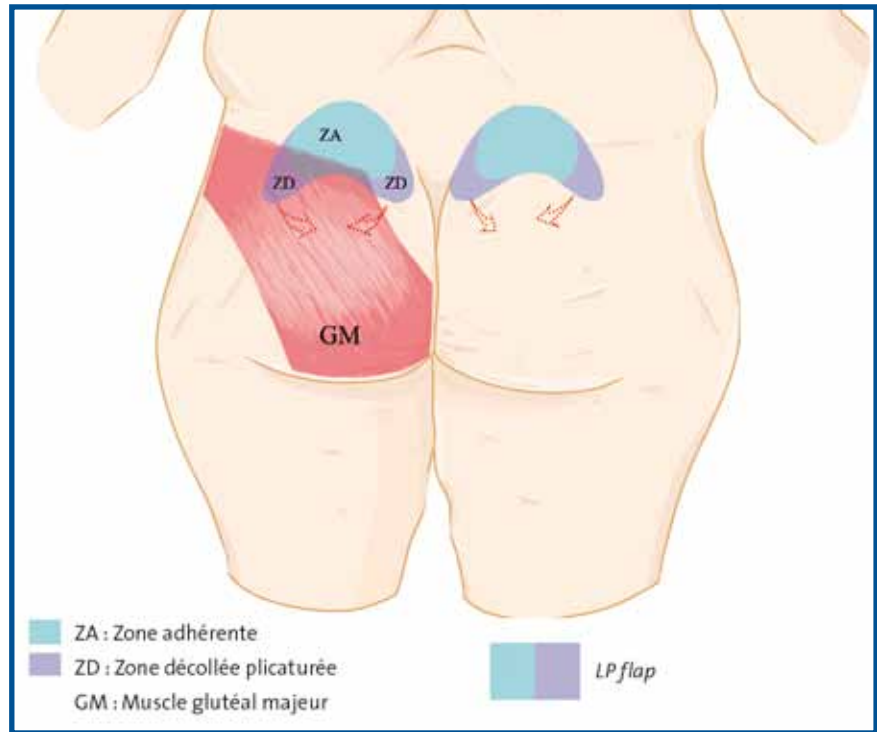


Fig. 9 : Plicature puis transposition dans la fesse du *LP flap* désépidermé. Ancrage des pointes du lambeau au muscle glutéal majeur.

Le temps de fermeture est capital. Il vise à fermer hermétiquement tous les plans et à traiter les espaces morts. Il commence avec un fil de 0 ou 1 résorbable. Le *fascia superficialis* de chaque berge est suturé par des points simples au plan profond; ensuite, nous réalisons une sous-peau au fil 2.0 résorbable en latéral et 3.0 en médial et, enfin, un surjet intradermique au monofilament résorbable 3.0 est réalisé. L'oreille latérale est suturée en surjet passé au fil 2.0.

Nous ne mettons aucun drainage pour le temps postérieur. Le pansement associe colle, Stéri-Strips et pansement sec. Puis, un champ tissu est aggraffé au-dessus afin d'éviter de souiller les pansements lors du temps antérieur.

• Temps antérieur

Il fait appel à une abdominoplastie avec haute tension centrale associée à une lipoaspiration couramment utilisée.

L'infiltration de sérum adrénaliné débute ce temps. Si les stéatomeries résiduelles sont importantes, il ne faut pas hésiter à infiltrer largement (2 litres). L'incision se fait selon le dessin préétabli. Le plan de dissection initial, en latéral, se situe au-dessus du *fascia superficialis*. L'ombilic est laissé en îlot. La dissection continue jusqu'à l'apophyse xyphoïde en V inversé. L'hémostase est alors méticuleuse et la nécessité d'une cure de diastasis est recherchée par la contraction des muscles droits de l'abdomen stimulés par le bistouri monopolaire.

Nous associons des points en cadre et surjet passé au monofilament résorbable pour traiter les diastasis. La résection cutanéoadipeuse est alors faite puis, après bâti, la position de l'ombilic est déterminée en prenant soin de mettre en tension la région médiane. Il n'est pas rare d'asseoir le patient de quelques degrés pour faciliter la fermeture. La peau des patients après séquelles

SILHOUETTE

d'amaigrissement se distend volontiers les jours suivant la chirurgie. Pour éviter toute récurrence du tablier abdominal, la résection doit être importante. Lors de la fermeture, la tension sera répartie sur la *fascia superficialis* pour éviter toute désunion secondaire.

La haute tension médiale est réalisée par deux points de fil résorbable non tressé 1, suivie d'un capitonage des espaces morts par des points de vicryl 0. L'ombilic est extériorisé et suturé par des points de Skoog, au fil non résorbable 4.0. Un surjet intéressant le *fascia superficialis* est réalisé sur toute la longueur de la cicatrice, après avoir positionné deux redons n° 10. Enfin, la sous-peau est suturée par des points inversants de monocryl 3.0 puis par un surjet au monocryl 3.0.

Le pansement est similaire au temps postérieur, à savoir : colle, Stéri-Strips et pansement sec.

Le panty est mis en place avant le réveil du patient. Celui-ci est ensuite positionné dans son lit assis à 30°.

4. Les suites opératoires

Cette période reste délicate. La douleur doit être parfaitement contrôlée le lever sera précoce, dès J1 ou J2 en fonction de la tolérance des patients pour diminuer le risque thrombo-embolique, la durée de séjour et le risque de cytotéatonecrose du *LP flap*. Les deux premiers jours, les morphiniques ont leur place, le relais se fait avec une association d'antalgiques de palier 1 et 2 *per os*. Une thromboprophylaxie par HBPM est évidemment instaurée pour une durée de 15 jours.

Un contrôle NFS est prélevé à J1 et J2. Dans l'éventualité d'une carence en fer, un traitement pourra être instauré. Les transfusions sont exceptionnelles avec cette technique.

Les redons sont gardés jusqu'à un volume < 30 cm³ sur 24 heures. Premier panse-

ment à J3 sauf s'il est taché ou souillé. L'utilisation d'un collecteur à urine nous semble intéressant. À J3, puis tous les jours, le patient prend une douche à la Bétadine scrub 4 %, les Stéri-Strips sont tannés à la Bétadine et des pansements secs sont placés. Le pansement doit être de courte durée car le patient ne doit pas rester plus d'une heure sans panty sous peine de voir s'installer un œdème important. La sortie est habituellement programmée entre J3 et J4.

Le patient est revu entre J4 et J6 après sa sortie, puis à 3 semaines et à 3 mois. Les soins à domicile durent en moyenne 3 semaines. Les retards de cicatrisation superficiels et peu étendus, bien que fréquents, ne posent pas de problème particulier.

5. Complications

Elles sont plus fréquentes que dans la chirurgie de la silhouette plus traditionnelle et redoutées par nombre de chirurgiens [3, 14, 15]. Pourtant, les patients les acceptent aisément, sûrement du fait du bénéfice esthétique et fonctionnel apporté par cette intervention.

Selon les équipes, les facteurs majorant la survenue de complications sont un IMC très élevé avant la perte de poids, un IMC résiduel élevé > 32, un poids non stabilisé ou une carence nutritionnelle préopératoire et un tabagisme actif [3, 9]. Néanmoins, une indication réfléchie et une technique rigoureuse diminue la survenue de complications qui sont alors moins graves et finalement acceptables au vu du résultat escompté. Nous aborderons ici les complications les plus fréquentes présentées par argument de fréquence ainsi que leur prise en charge.

● Retard de cicatrisation, nécroses cutanées

Ce sont les complications les plus fréquentes [3, 6]. Elles sont majorées pour les patients présentant des comor-

bidités, un excès de poids résiduel et une intoxication tabagique non sevrée. Ces risques sont connus. Une sélection des patients, la préparation pour l'intervention, un planning opératoire adapté et une technique rigoureuse permettent d'éviter ces situations pouvant être catastrophiques.

● Séromes

Ils sont moins fréquents depuis l'association d'un décollement au-dessus du *fascia superficialis* et d'un capitonage. Leur traitement réside en des aspirations itératives et le maintien d'une contention élastique. Si plus de 2 aspirations sont nécessaires ou que des signes généraux apparaissent, il convient de réaliser un examen bactériologique.

● Infections

Superficielles, elles se traitent simplement par des soins locaux. Si elles deviennent étendues, supérieures à 5 cm dans notre pratique, il est légitime d'introduire une antibiothérapie *per os*. Nous utilisons en première intention, en absence d'allergies, l'association amoxicilline-acide clavulanique à dose habituelle de 3 g/j. Dans de rares cas (2-3 %), une infection profonde, située dans le plan de décollement, nécessite un drainage chirurgical, des soins locaux quotidiens et une antibiothérapie de longue durée. L'hospitalisation est systématique les premiers jours pour traiter le syndrome septique, réaliser le drainage chirurgical et instaurer un protocole de soin. La cicatrisation est alors dirigée. Elle peut se poursuivre sur plusieurs mois, et le résultat esthétique peut être de mauvaise qualité. Il faudra savoir proposer à distance, soit plus de 1 an pour notre équipe, une reprise chirurgicale pour traiter ces malfaçons cicatricielles.

● Anémie aiguë

Elle reste une des complications graves les plus fréquentes de cette intervention.

● Hypoesthésies majeures [14]

Elles surviennent à la région fessière ou abdominale. Elles sont partiellement résolutive à 1 an. Dans de rares cas, elles restent définitives. Les patients doivent en être informés en préopératoire.

● Accident thrombo-embolique

Bien que rare, il peut engager le pronostic vital. La moindre douleur de jambe doit motiver une échographie-Doppler en urgence. De même, toute dyspnée brutale doit s'accompagner d'un angioscanner thoracique en urgence ou d'une scintigraphie.

Conclusion

Le bodylift, tel que décrit par J.F. Pascal auquel nous avons apporté quelques modifications, permet d'obtenir des résultats de qualité. Si les retards de cicatrisation sont habituels, nous n'avons eu qu'une complication nécessitant une reprise chirurgicale et une antibiothérapie prolongée sur plus de 40 cas. Une sélection pertinente des patients dont la population ne cesse de croître chaque année, une technique adaptée et un suivi régulier en font une intervention de choix pour les séquelles d'amaigrissement majeures.

Bibliographie

1. PAITA M, F-CA, CZERNICHOV S, WEILL A *et al.* La chirurgie bariatrique en France en 2011, et son évolution depuis 2006 : données nationales exhaustives de l'Assurance maladie. *Diabetes Metab*, 2013;39:1.
2. STRAUCH B, ROHDE C, PATEL MK *et al.* Back contouring in weight loss patients. *Plast Reconstr Surg*, 2007;120:1692-1696.

POINTS FORTS

- ➞ BMI < 32 pour accéder au bodylift.
- ➞ Stabilité pondérale de plus de 3 mois.
- ➞ Il faut préciser les zones touchées par les séquelles d'amaigrissement afin de proposer une solution chirurgicale sur mesure.
- ➞ Prise en charge multidisciplinaire : psychologues, nutritionnistes, chirurgiens bariatriques, médecins traitants.
- ➞ L'information du patient est indispensable afin d'obtenir un équilibre entre ses désirs et les impératifs morphologiques et techniques.
- ➞ Une chirurgie codifiée et standardisée offre des résultats de qualité et reproductibles.
- ➞ Un suivi rigoureux postopératoire garantit une adhésion du patient, même en cas de complication majeure, et optimise la prise en charge précoce.

3. NEMEROFSKY RB, OLIK DA, CAPELLA JF. Body lift: an account of 200 consecutive cases in the massive weight loss patient. *Plast Reconstr Surg*, 2006;117:414-430.
4. PASCAL JF, LE LOUARN C. Remodeling bodylift with high lateral tension. *Aesthetic Plast Surg*, 2002;26:223-230.
5. HURWITZ DJ. Single-staged total body lift after massive weight loss. *Ann Plast Surg*, 2004;52:435-441;discussion 41.
6. LOCKWOOD TE. Lower-body lift. *Aesthetic Surg J*, 2001;21:355-370.
7. T. H H. Circumferential Body Lift. *Aesthetic Surgery Journal*, 1999;19:16.
8. COLWELL AS. Current concepts in post-bariatric body contouring. *Obes Surg*, 2010;20:1178-1182.
9. COLWELL AS, BORUD LJ. Optimization of patient safety in postbariatric body contouring: a current review. *Aesthet Surg J*, 2008;28:437-442.
10. TRUSSLER AP, KENKEL JM. Potential impacts of nutritional deficiency of postbariatric patients on body contouring surgery (invited discussion). *Plast Reconstr Surg*, 2009;123:764-766.
11. AGHA-MOHAMMADI S, HURWITZ DJ. Potential impacts of nutritional deficiency of post bariatric patients on body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg*, 2008;22:1901-1914.
12. FOLOPE V, CHAPPELLE C, GRIGIONI S *et al.* Impact of eating disorders and psychological distress on the quality of life of obese people. *Nutrition*, 2012;28:e7-e13.
13. GHERSI MM, SWARTZ KA, NEWMAN MI *et al.* Barioplastic surgery: the Cleveland clinic Florida experience. *Plast Reconstr Surg*, 2009;123:769-770; author reply 70-1.
14. PASCAL JF, LE LOUARN C. Bodylift complications. *Ann Chir Plast Esthet*, 2004;49:605-609.
15. KITZINGER HB, CAKL T, WENGER R *et al.* Prospective study on complications following a lower body lift after massive weight loss. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2013;66:231-238.

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