

Une technique simple de gestion de l'ombilic lors des abdominoplasties.

À propos de 40 cas consécutifs

RÉSUMÉ : Bien au-delà d'un simple reliquat cicatriciel embryonnaire, l'ombilic est un élément fondamental de l'esthétique d'un abdomen. Sa prise en charge lors d'une plastie abdominale est très importante pour obtenir un résultat cosmétique postopératoire intéressant et une satisfaction élevée de la part des patients. Cet article décrit une technique combinant plicature aponévrotique, enfouissement de l'ombilic, dégraissage du lambeau abdominal et points de haute tension. Une analyse rétrospective des complications et de la satisfaction de 40 patients consécutifs qui ont bénéficié de cette technique a été réalisée. D'après cette évaluation, notre technique opératoire apparaît simple, fiable et reproductible ; elle permet d'obtenir des résultats cosmétiques naturels et une grande satisfaction des patients.



→ **J. HACQUARD,**
M.A. DAMMACCO,
J.B. ANDREOLETTI
Service de Chirurgie plastique,
reconstructrice et esthétique,
Centre Hospitalier,
BELFORT.

L'ombilic est l'unique cicatrice naturelle du corps humain. Il constitue également une unité esthétique importante de l'abdomen. Ses caractéristiques morphologiques peuvent être altérées lors d'interventions chirurgicales telles que les abdominoplasties ou les lambeaux TRAM ou DIEP utilisés en chirurgie reconstructrice.

Le respect de cette unité esthétique doit être un objectif prioritaire lors de la réalisation d'une abdominoplastie, car un ombilic absent ou déformé peut engendrer une perturbation physique mais aussi psychologique chez le patient. Il convient donc de restaurer pour l'ombilic une position appropriée, aussi bien en surface qu'en profondeur par rapport à l'épaisseur de l'abdomen et de lui conserver une forme harmonieuse.

De nombreuses techniques ont été décrites depuis la première transposition ombilicale par Vernon [1] dans les années 1950.

Le but de ce travail est de présenter notre technique de gestion de l'ombilic lors des abdominoplasties. Cette technique est une combinaison de procédures déjà connues avec, entre autres, plicature aponévrotique, enfouissement de l'ombilic, dégraissage du lambeau abdominal et points de haute tension. Une analyse rétrospective des complications liées à cette technique ainsi que la satisfaction des patients a été effectuée. Notre technique apparaît simple, fiable, rapide et reproductible ; elle permet d'obtenir des résultats cosmétiques naturels ainsi qu'une grande satisfaction de nos patients.

Matériel et méthodes

L'étude porte sur 40 patients consécutifs qui ont bénéficié d'une plastie abdominale, effectuée par un seul et même opérateur, selon la technique habituelle du service. Le recul postopératoire est compris entre 1 et 14 mois. Les compli-

SILHOUETTE

cations postopératoires et leurs traitements éventuels ont été notés. La satisfaction de ces 40 patients a été recueillie lors de consultations postopératoires et a été notée selon 5 modalités : 1 (faible), 2 (moyenne), 3 (bonne), 4 (très bonne) et 5 (excellente).

1. Technique opératoire

Le patient est installé en décubitus dorsal, bras en abduction. L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou locorégionale. Une antibioprophylaxie est systématiquement effectuée avant l'induction anesthésique. Après badiageonnage à la bétadine alcoolique, un champage classique est réalisé permettant l'exposition de toute la région abdominale, du pubis jusqu'à la xyphoïde et latéralement jusqu'aux flancs.

Le tracé de l'incision du futur ombilic est repéré à l'aide d'un stylo dermatographique et circonscrit l'orifice ombilical à sa proche périphérie. Une découpe nette et parfaitement circulaire est parfois complexe à réaliser dans une région ombilicale présentant un fort excès cutané et une hyperlaxité tissulaire. Pour réaliser au mieux cette incision, 2 crochets de Gillies sont placés par l'aide opératoire aux points cardinaux selon le grand axe longitudinal de l'ombilic. L'aide exerce alors une mise en tension des tissus par une traction ascendante. Cette mise en tension est complétée par l'opérateur qui va tracter latéralement la peau péri-ombilicale, d'un côté puis de l'autre. Ces manœuvres permettent de réaliser une incision quasi circonférentielle de l'ombilic au bistouri lame 15 sur une peau tendue. Les crochets de Gillies sont alors positionnés sur les points cardinaux selon le grand axe transversal, et l'opérateur exerce cette fois une traction de la peau sus puis sous-ombilicale afin de compléter l'incision. Au besoin, une recoupe aux ciseaux de Metzenbaum sera effectuée pour obtenir un néo-ombilic parfaitement rond (fig. 1).



FIG. 1: Découpe de l'ombilic.

On réalise ensuite le décollement et l'exérèse de l'excès cutané-graisseux sous-ombilical. Ce décollement se fait directement au ras de l'aponévrose des muscles grands droits de l'abdomen lorsqu'aucune lipo-aspiration n'a été réalisée. En cas de liposuccion associée, on laisse en place un fin treillis lymphaticovasculaire. En fin de procédure, on obtient un ombilic bien délimité à sa partie inférieure qu'on squelettise de sa surface jusqu'au plan aponévrotique (fig. 2). La portion supérieure de l'ombilic est complètement squelettisée après le début du décollement du lambeau cutané abdominal mené jusqu'à la xyphoïde.

Une analyse morphologique de l'ombilic est alors réalisée, elle consiste à étudier ses diverses caractéristiques. L'ombilic peut se présenter soit sous la forme

d'une cavité plus ou moins profonde, soit sous la forme d'une protubérance souvent mineure. Les Anglo-Saxons les appellent respectivement "innie" et "outie", la forme "interne" représentant 90 à 95 % des cas. L'apparition d'un nombril "externe" est causée par un excédent de peau du cordon ombilical ou d'une hernie ombilicale. Au-delà de cette simple division "interne/externe", les ombilics sont extrêmement variés aussi bien en taille, en forme, en profondeur et en apparence globale.

Nous privilégions dans nos abdominoplasties l'obtention d'un ombilic naturel, ourlé à sa partie supérieure, avec une profondeur modérée et une longueur faible. Nous pensons que l'ombilic doit être la partie la plus profonde d'une dépression marquée de la région péri-ombilicale.

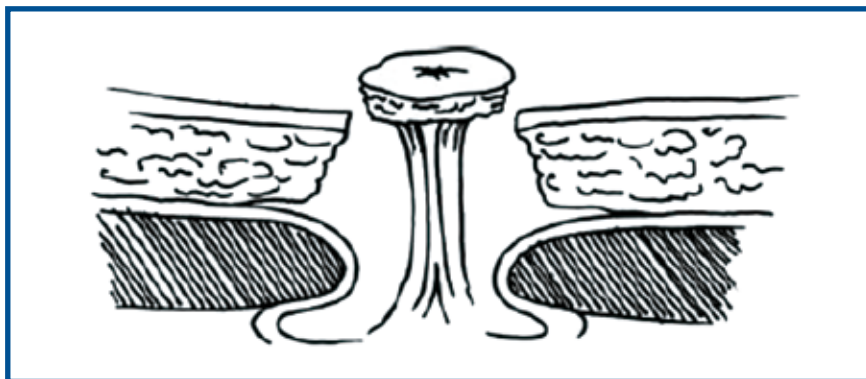


FIG. 2: Squelettisation de l'ombilic.

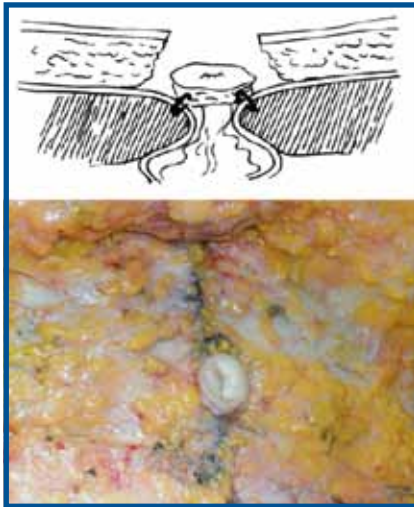


FIG. 3 : Enfouissement de l'ombilic.

Pour obtenir ces caractéristiques, certaines corrections chirurgicales seront réalisées.

- un ombilic présentant une trop grande longueur peut être enfoui (**fig. 3**) par des points de fils résorbables unissant l'aponévrose des grands droits au collet ombilical ;
- une profondeur et/ou un diamètre trop important peuvent être réduits par l'exérèse d'une collerette cutanée circulaire à la surface de l'ombilic ;
- en cas d'ombilic externe, on recherchera et traitera une éventuelle hernie avec exploration et réintégration intra-abdominale de son contenu. Si cette extériorisation est uniquement secondaire à un excès cutané, une résection intra-ombilicale a minima permettra d'améliorer l'aspect inesthétique de cette voussure sans grande rançon cicatricielle.

Un travail sur le lambeau cutané abdominal supérieur se fait sur patient en position demi-assise ; elle consiste à définir la future position de sortie du néo-ombilic et à sculpter l'hypoderme de la future région ombilicale. Après mise en place d'un surjet de V Loc 3/0 dans la portion sus-ombilicale, on réalise une fermeture temporaire du lambeau abdominal à la partie sus-pubienne correspondante sur la ligne médiane. Celle-ci est tracée au



FIG. 4, 5 ET 6 : Dégraissage pyramidal du lambeau cutané abdominal.

stylo dermatographique, et on repère le futur site de sortie du néo-ombilic en plaçant les mains de part et d'autre du lambeau abdominal. Le tracé de sortie est ovalaire, à grand axe transversal, et doit être symétrique par rapport à la ligne médiane. On désépidermise cette zone et incise transversalement la partie médiane jusqu'à l'espace de décollement. Le lambeau cutané abdominal est alors dégraissé de manière pyramidale pour obtenir une dépression de la future région périombilicale (**fig. 4, 5 et 6**). Deux points de haute tension sont réalisés au niveau des points cardinaux supérieurs et inférieurs afin de



FIG. 7 ET 8 : Réalisation de points de haute tension supérieure.

faciliter la fermeture cutanée (**fig. 7 et 8**). En fin d'intervention, la suture ombilicale s'achève par 8 points cutané-dermiques en U au fil résorbable 3/0, répartis équitablement et noués sur l'ombilic, afin d'affronter entre elles les deux berges d'épaisseur différentes (**fig. 9 et 10**).

Le premier pansement associe de façon très simple des compresses fixées par du sparadrap hypoallergénique. La mise

SILHOUETTE



FIG. 9 ET 10 : Aspect du néo-ombilic en fin d'intervention.

en place en postopératoire immédiat d'une ceinture de contention abdominale assure le maintien du pansement. Les suites opératoires sont marquées par un changement du pansement ombilical à J1, avant la sortie d'hospitalisation. On opte pour un pansement mousse type Mepilex Border qui va absorber les exsudats, maintenir un milieu humide pour la cicatrisation et limiter le risque de macération. Ce pansement sera maintenu pendant une semaine, jusqu'à la

première consultation postopératoire. L'ablation des fils est réalisée au 15^e jour.

2. Résultats

Quelques exemples de résultats de transposition ombilicale sont montrés (*fig. 11*).

Parmi les 40 patients, 4 ont présenté des complications précoces : 2 désunions cicatricielles, 1 épidermolyse et 1 nécrose partielle (*fig. 12*).

Aucune reprise chirurgicale n'a été nécessaire en urgence. Des soins locaux réguliers ont permis de résoudre ces complications. La possibilité de réaliser des retouches cicatricielles ultérieures sous AL a été expliquée aux patients présentant ces complications.

Concernant la satisfaction des patients, elle est très élevée (*fig. 13*). Malgré les quelques complications rencontrées, 33 patients jugent leurs ombilics excellents (82,5 %), 5 les jugent très bons (12,5 %) et 2 ont une bonne satisfaction en postopératoire (5 %).

Discussion

La gestion de l'ombilic est l'une des plus importantes étapes lors d'une abdominoplastie. Une compréhension claire du positionnement anatomique et des caractéristiques esthétiques de l'ombilic est nécessaire au chirurgien plasticien pour réaliser au mieux la transposition ombilicale. L'ombilic doit être bien positionné par rapport à la ligne médiane. Il doit également présenter une forme ronde, une attache au plan profond et un aspect légèrement ourlé à sa partie supérieure. Les cicatrices doivent être dissimulées pour améliorer cet aspect naturel.

De nombreuses techniques, parfois complexes, ont été décrites pour réaliser la transposition de l'ombilic, défi-

nir le point de sortie ombilical adéquat et conserver une forme harmonieuse à l'ombilic. Nous préférons utiliser une combinaison de techniques simples pour la transposition, sans modifier sa projection sur l'abdomen.

Concernant le positionnement de l'ombilic, de nombreux points de repère tels que la ligne médiane ou celle unissant les épaules antéro-supérieures sont couramment utilisés. Dans notre expérience, nous utilisons uniquement la ligne médiane comme repère et nous repositionnons l'ombilic par visualisation et palpation indirecte lors d'une fermeture partielle de l'abdomen.

Certains auteurs comme Hoffman [2] pensent que d'infimes mouvements du lambeau abdominal lors de son redrapage peuvent provoquer un mauvais positionnement final du néo-ombilic par rapport à la ligne médiane. Hoffman, pour sa part, suture à l'ombilic un aimant qui servira de marquage lors d'un repérage transcutané, après fermeture complète de l'abdominoplastie. En 2012, l'équipe de Mowlavi [3] a présenté une nouvelle technique, l'Ombilicator, une bille en acier fixée à l'ombilic afin de trouver le positionnement adéquat pour le néo-ombilic. Une étude de Rohrich *et al.* [4], publiée en 2003, nous conforte dans notre attitude ; ces auteurs ayant en effet montré que l'ombilic n'est réellement sur la ligne médiane que dans 1,7 % des cas [5, 6]. Dans notre série, aucune plainte de patients concernant le positionnement de leur néo-ombilic n'a été relevée.

Nous n'utilisons pas la ligne unissant les épaules antéro-supérieures comme repère car de trop grandes variations ont été objectivées dans des études antérieures. En effet, pour Dubou et Ousterhout [7], 96 % des ombilics se projettent en regard de cette ligne. Pour Hinderer [8], l'ombilic est situé majoritairement 3 cm au-dessus de celle-ci. Certains auteurs utilisent la distance



FIG. 11: Quelques exemples de résultats de transposition ombilicale.

ombilico-pubienne comme indice de bon positionnement de l'ombilic. Pour Dubou, cette distance moyenne est de 15,04 cm et de 16,2 cm pour Abhyankar [9]. Nous n'effectuons pas systématiquement cette mesure mais partageons ces valeurs de référence.

Un ombilic morphologiquement plaisant a été décrit par Craig *et al.* [10] comme étant petit, à grand axe vertical et ourlé à sa partie supérieure. Rozen et Redett [11] ajoutent qu'une concavité péri-ombilicale est essentielle pour obtenir une transition douce entre l'ombilic

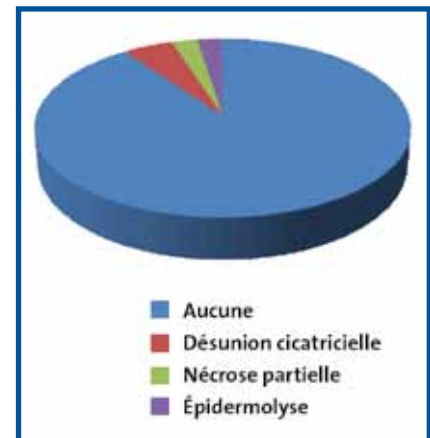


FIG. 12: Complications postopératoires concernant l'ombilic.

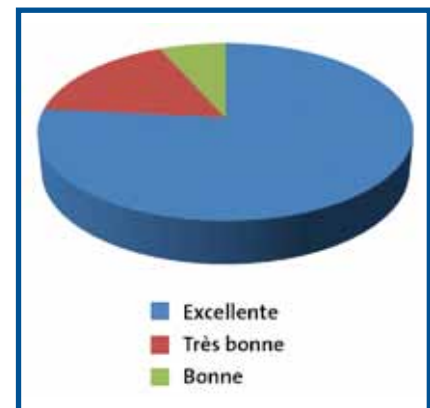


FIG. 13: Niveau de satisfaction des patients avec le nouvel ombilic.

et le reste de l'abdomen. Pour obtenir ce résultat, nous utilisons la technique de Baroudi [12]. Elle consiste à ressortir l'ombilic par une incision horizontale de 2,5 cm, associée à une excision conique de l'hypoderme autour de cet orifice de sortie. Cela permet d'obtenir une dépression péri-ombilicale marquée et de pouvoir dissimuler les cicatrices en profondeur. Le risque de nécrose partielle a été avancé

La suture ombilicale au plan profond consiste à un enfouissement associé à une plicature aponévrotique. Il en résulte un raccourcissement du pédicule ombilical, responsable pour Niranjani et Staiano [13] d'une sensation inconfor-

SILHOUETTE

- ➞ Analyse morphologique précise et systématisée de l'ombilic indispensable.
- ➞ Technique simple associant plicature aponévrotique, enfouissement de l'ombilic, dégraissage du lambeau abdominal et points de haute tension supérieure.
- ➞ Peu de complications postopératoires.
- ➞ Résultats naturels et grande satisfaction des patients.

table de tension par diminution de la mobilité de l'ombilic.

Les principes de Pascal et Le Louarn ont également été repris avec réalisation de points de haute tension supérieure entre le fascia abdominal et le derme de la zone de sortie désépidermée du néo-ombilic. Cela permet de diminuer les risques de déhiscence cicatricielle. Dans notre série, seuls 2 cas ont été notés.

Conclusion

D'après notre série, la prise en charge opératoire de l'ombilic au cours des abdominoplasties nécessite une étude

précise et systématisée des caractéristiques morphologiques de celui-ci. Des corrections chirurgicales pour le redimensionner et si besoin l'enfouir, associées à un dégraissage du lambeau cutané abdominal supérieur et des points de haute tension supérieure, sont des techniques simples, fiables et reproductibles. Celles-ci permettent d'obtenir des résultats cosmétiques intéressants et stables dans le temps et une satisfaction élevée de la part des patients.

Bibliographie

1. VERNON S. Umbilical transplantation upward and abdominal contouring in lipectomy. *Am J Surg*, 1957;94:490-492.

2. HOFFMAN S. A simple technique for locating the umbilicus in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 1989;83:537-538.
3. MOWLAVI A, HUYNH PM, HUYNH DC *et al.* A new technique involving a spherical stainless steel device to optimize positioning of the umbilicus. *Aesthetic Plast Surg*, 2012;36:1062-1065.
4. ROHRICH RJ, SOROKIN ES, BROWN SA *et al.* Is the umbilicus truly midline. Clinical and medicolegal implications? *Plast Reconstr Surg*, 2003;112:259-263.
5. FLORMAN LD. Is the umbilicus truly midline? *Plast Reconstr Surg*, 2004;113:1089-1090.
6. DELLON AL. The midline umbilicus. *Plast Reconstr Surg*, 2004;113:1301-1302.
7. DUBOU R, OUSTERHOUT DK. Placement of the umbilicus in an abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 1978;61:291-293.
8. HINDERER UT. The dermolipectomy approach for augmentation mammaplasty. *Clin Plast Surg*, 1975;2:359-369.
9. ABHYANKAR SV, RAJGURU AG, PATIL PA. Anatomical localization of the umbilicus: An Indian study. *Plast Reconstr Surg*, 2006;117:1153-1157.
10. CRAIG SB, FALLER MS, PUCKETT CL. In search of the ideal female umbilicus. *Plast Reconstr Surg*, 2008;121:356e-357e.
11. ROZEN SM, REDETT R. The two-dermal-flap umbilical transposition: a natural and aesthetic umbilicus after abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 2007;119:2255-2262.
12. BAROUDI R. Umbilicoplasty. *Clin Plast Surg*, 1975;2:431-448.
13. NIRANJAN NS, STAIANO JJ. An anatomical method of resiting the umbilicus. *Plast Reconstr Surg*, 2004;113:2194-2198.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.