

Le leg reshaping ou traitement définitif des jambes lourdes ou en poteaux

RÉSUMÉ : Les jambes lourdes ou “épaisses” ou “en poteaux”, ne sont plus une fatalité congénitale et peuvent être radicalement regalbées en jambes fines et normales, en une seule étape grâce au *leg reshaping*. Chevilles, mollets et genoux sont en effet les parties les plus visibles de la silhouette chez les femmes en raison de leur mode vestimentaire, et leur attractivité n’est plus à démontrer en termes de charme et d’élégance. Paradoxalement, dans notre consultation, les jambes épaisses sont souvent négligées. Pourtant, ce traitement existe, nous l’avons nommé le *leg reshaping*, ou fuselage définitif des jambes, par lipoaspiration circonférentielle depuis les genoux jusqu’aux chevilles.



→ **D. DELONCA**
Chirurgie Plastique,
Clinique esthétique Aquitaine,
BORDEAUX.

Les jambes épaisses ou en poteaux sont souvent négligées en consultation du fait d’une mauvaise connaissance des traitements réellement efficaces – les traitements médicaux d’appoint dans l’insuffisance veino-lymphatique presque toujours associée ne changeant rien au problème morphologique – et de la mauvaise réputation qu’a la chirurgie plastique sur ces zones depuis la célèbre “affaire Dujarier” (*fig. 1*).

Pourtant le traitement existe, il s’agit du *leg reshaping* ou traitement définitif des jambes en poteaux par lipoaspiration circonférentielle des genoux et mollets jusqu’aux chevilles. Une série de 210 patientes a été traitée et suivie entre 1987 et 2015. Dans certains cas, la lipostructure a également été utilisée pour corriger une asymétrie congénitale à type de jambe “grêle” unilatérale, ou “tout simplement” pour rééquilibrer harmonieusement la distribution des galbes jambiers, car il n’est pas rare que mollets grêles et chevilles épaisses coexistent chez la même patiente (*fig. 2*) ! Nous

présentons ici 28 années d’expérience de cet embellissement complet et définitif des jambes.



FIG. 1 : Les jambes, les mollets et les chevilles sont les plus visibles chez les femmes, en raison de leur mode vestimentaire, et leur attractivité n’est plus à démontrer en termes de charme et d’élégance.

CONGRÈS SOFCEP



FIG. 2 : A et B : patiente de 48 ans pour laquelle genoux et chevilles ont fait l'objet du *leg reshaping*, tandis que le tissu graisseux aspiré a été réservé et transféré dans les corps musculaires des mollets (triceps sural) pour rééquilibrer harmonieusement la distribution des galbes jambiers, car mollets grêles et chevilles épaisses peuvent coexister chez la même patiente. C, D et E : résultat 8 mois après ce remodelage.

Première consultation

La candidate typique au *leg reshaping* (fig. 3) est la patiente qui, de façon congénitale, présente des jambes épaisses ; l'insuffisance **veinolymphatique** est associée bien souvent. L'observation, de face, note que l'alternance des courbes, entre creux sous les genoux, galbes des mollets puis affinement graduel vers les malléoles des chevilles est effacé par un empâttement de tissu adipeux sous-cutané qui confère à l'ensemble des jambes un aspect cylindrique, voire pour les plus défavorisées d'entre elles un aspect aux contours globalement convexes ; ce sont les "*sausage-like leg*" des Anglo-Saxons. Observés de profil, les contours jambiers ne sont pas déliés,

mais au contraire globalement convexes. En vue postérieure enfin, les contours sont également empâtés, voire convexes, et surtout les gracieuses petites fossettes latéro-achilléennes sont absentes, les tendons d'Achille étant invisibles, engainés de tissus graisseux, comme si mollets et chevilles ne faisaient qu'un bloc.

Tous les degrés peuvent exister dans cette description : depuis les chevilles légèrement épaisses, comme on en voit tous les jours "en ville" (fig. 4), jusqu'aux véritables jambes en poteaux, décrites plus haut, véritable handicap quotidien pour la patiente, qui ne peut se sentir à l'aise autrement qu'en pantalons. Pour beaucoup d'entre elles, le port de *fitted jeans*, de bottes, la pratique sportive du

roller, du patin ou du ski sont concrètement impossibles, les chaussures ne pouvant être fermées par exemple.

Quoi qu'il en soit, chaque patiente à son niveau souffre de son cas, et ressent une véritable frustration esthétique au plan de sa féminité. Cela mérite que l'on prenne en considération sa demande, tant elle peut attendre de satisfaction du résultat de son *leg reshaping*. En effet, le retentissement psychologique est important, la patiente ayant – depuis sa puberté – eu le temps de consulter maints spécialistes et ayant malheureusement constaté que les médicaments veinotoniques, les drainages et autres moyens n'ont jamais rien changé au problème qui est **morphologique**.



FIG. 3 : Candidate typique au *leg reshaping*.



FIG. 4 : Avant/après : patiente de 43 ans, 7 ans post-1,6 L de graisse pure aspirée.

Les patientes font donc preuve d'une forte motivation, ayant par ailleurs déjà "tout" tenté hors la chirurgie. **Il faut le leur confirmer d'emblée: c'est bien la "simple" lipoaspiration qui représente la bonne solution à leur problème!** "Simple" car c'est la plus classique qui soit, avec une banale canule mousse de 4 mm de diamètre et 5 orifices (**fig. 5**) **sans** aucun autre matériel plus sophistiqué tels que lasers ou autres ultrasons aussi inutiles que coûteux, quand ils ne sont pas simplement dangereux. En effet, ultrasons et lasers peuvent créer des lésions thermiques aux tissus nerveux et cutanés.

Le seul "truc", nous allons y venir, est de parfaitement réaliser chacune des **deux étapes opératoires** du *leg reshaping*.

Diagnostic différentiel. L'examen remarque qu'il ne s'agit pas d'un lymphœdème: le dos du pied (face dorsale du coup de pied, ou zone tarsale) est sec et exempt de tout œdème.

Paraclinique. En 28 années de pratique, aucun examen paraclinique particulier n'a fait preuve d'une particulière utilité, en dehors du bilan préopératoire classique pour une lipoaspiration.

Anesthésie. L'anesthésie de choix est locorégionale médullaire (en dehors

d'une contre-indication particulière retrouvée en consultation de pré-anesthésie), car l'intervention se déroule en décubitus ventral.

Procédure chirurgicale

● **Photos préopératoires:** iconographier les jambes à opérer en les prenant cadrées des genoux aux tarses de face, de profil droit et gauche et de dos, notamment en contraction forcée des mollets sur la pointe des orteils, de façon à repérer les contours des muscles jumeaux, souvent difficiles à distinguer car enrobés de tissus graisseux qui estompent leur pôles inférieurs.

● **Le dessin** des zones à aspirer part du principe que la lipoaspiration va être complète et circonférentielle. En effet, ce ne sont pas des facettes isolées entre elles qui vont être sculptées, ce qui provoquerait inévitablement un aspect "taillé à coups de serpe", et ne serait pas harmonieux. C'est bien l'ensemble du revêtement sous-cutané des jambes qui va être remodelé, depuis les genoux

jusqu'aux malléoles, et de façon circonférentielle et globale. Cette homogénéité de tunnelisation par la canule va induire une puissante et harmonieuse rétraction cutanée centripète, et il n'y aura de ce fait aucun excédent cutané ni fripures, même après la soustraction de plusieurs litres de graisse pure (**fig. 6**), voire à un âge avancé, la demande de patientes septuagénaires n'étant pas exceptionnelle (**fig. 7**). Le marquage circonscrira donc toutes les rondeurs excédentaires de toutes les faces jambières, en prêtant attention à bien repérer les fossettes para-achilléennes qui seront particulièrement dégraissées de part et d'autre du tendon d'Achille de façon à bien les créer. Ce que la patiente souhaite, c'est que l'on voit bien les reliefs des tendons d'Achille, fossettes latéro-achilléennes et malléoles (**fig. 8**).

Dans cette entreprise de créer de la beauté pour ces jambes cylindriques, on fera appel à tout son sens de l'esthétique pour de jolies jambes qui doivent posséder globalement 60 % de convexités aux mollets, pour 40 % de concavités, au-dessus et au-dessous d'eux, reliefs



FIG. 5: Matériel le plus simple qui soit: aiguille mousse de Klein pour infiltration (NaCl 9 % additionné de 1 mg d'adrénaline par litre, le volume infiltré est de ratio 1 pour 1). Canule de lipoaspiration mousse de 4 mm de diamètre; 30 cm de long et 5 orifices, 1 ventral et 4 latéraux; 1 bar de dépression.



FIG. 6: Avant/après: patiente de 34 ans, 6 mois post-3,4 L de graisse pure aspirée. La tunnelisation circonférentielle par la canule va induire une puissante et harmonieuse rétraction cutanée centripète, et il n'y aura de ce fait aucun excédent cutané ni fripures, même après la soustraction de plusieurs litres de graisse pure.

CONGRÈS SOFCEP

achilléens, fossettes et malléoles bien déliés (**fig. 9**).

● **L'installation** de la patiente est faite en décubitus ventral (**fig. 10**) afin de pouvoir aborder simplement toutes les faces des “cylindres” jambiers sans aucune modification de l'installation de la patiente, ce qui est possible par simple flexion des genoux, pieds vers

le plafond, quand elle est allongée sur le ventre. Un jersey stérile couvrant chaque pied.

● **L'infiltration** à l'aiguille de Klein est faite au NaCl 9 ‰, additionné de 1 mg d'adrénaline par litre, le volume infiltré est de *ratio* 1 pour 1 : si l'on pense retirer 1 litre de graisse pure par jambe, on utilise 1 litre d'infiltration. Toutes les faces

sont infiltrées sans exception sur toute la hauteur jambière.

● **Le leg reshaping comprend deux étapes** d'égale importance :

- lipoaspiration circonférentielle,
- lipotritie.

>>> **La lipoaspiration circonférentielle** s'effectue à partir d'abords distaux et proximaux faits par ponctions à la lame n° 15, suffisantes pour laisser passer une canule de diamètre 4 mm.

■ **Abords distaux** : 4 ponctions par cheville, 2 ponctions médiales et 2 latérales ; placées sous et de part et d'autre des reliefs malléolaires, 1 cm plus bas et 2 cm en avant, et 2 cm en arrière de ces pointes.

■ **Abords proximaux** : 2 ponctions latérales et médiales 4 cm sous le niveau de l'interligne articulaire du genou.

■ **Abord intermédiaire** : 1 ponction à mi-hauteur du mollet, sur la “couture du bas” peut être utile, en relai (**fig. 10**).

La canule mousse utilisée est de 4 mm de diamètre, 30 cm de long, à 5 orifices, 1 ventral et 4 latéraux, 1 bar de dépression. On commence par aspirer de distal



FIG. 7 : Avant/après : patiente de 73 ans, 18 mois post-3,5 L de graisse pure aspirée. La rétraction centripète est efficace même à un âge avancé, la demande de patientes septuagénaires n'étant pas exceptionnelle.



FIG. 8 : Avant/après : patiente de 40 ans, 1 an post-aspiration de 1,7 L de graisse pure. On prêtera attention à bien repérer les fossettes para-achilléennes qui seront particulièrement dégraissées de part et d'autre du tendon d'Achille de façon à bien les créer. Ce que la patiente souhaite, c'est que l'on voit bien les reliefs des tendons, fossettes et malléoles.



FIG. 9 : Pour créer de la beauté, on fera appel à tout son sens de l'esthétique : schématiquement, de jolies jambes doivent posséder globalement 60 % de convexités aux mollets, pour 40 % de concavités au-dessus et au-dessous d'eux, et des tendons d'Achille, fossettes latéro-achilléennes et des malléoles bien déliés.



FIG. 10 : Position opératoire: décubitus ventral afin de pouvoir aborder simplement toutes les faces des "cylindres" jambiers sans aucune modification de l'installation de la patiente, ce qui est possible par simple flexion des genoux, pieds vers le plafond, quand elle est allongée sur le ventre (notez également ici les abords cutanés, sur ce cliché pris en fin d'intervention).

en proximal, orifice ventral de la canule tourné vers la profondeur, les pieds verticaux vers le plafond permettent sans gêne aucune d'aspirer toutes les faces par les ponctions décrites. On poursuit par une aspiration de proximal en distal de façon à régulièrement croiser les trajets de tunnelisation précédents, sur toutes les faces, y compris la face pré-tibiale antéro-interne.

Un point particulier : pour bien créer les fossettes de part et d'autre du tendon d'Achille, la canule est retournée, orifice ventral vers la surface, de façon à bien dégraisser la peau à ce niveau, ce qui donnera beaucoup de délié à la cheville vue de dos, détail qui est très apprécié de la patiente (**fig. 8**).

Une fois retiré le volume de graisse pure envisagé en préopératoire et la forme bien ébauchée, on continue à sentir sous la peau des irrégularités encore présentes et nombreuses, correspondant – au sein des tunnels d'aspiration – à des amas graisseux compacts résiduels. Il faut cependant arrêter l'aspiration et ne plus retirer de graisse pour ne pas "squelettiser" la jambe et la rendre trop "sèche", type culturiste, avec des mollets aux contours trop saillants.

>>> Le traitement de ces irrégularités est l'objet de la deuxième phase du *leg reshaping*: la lipotritie. Nom donné par analogie avec la lithotritie, cette deuxième étape consiste à fragmenter méthodiquement tous les petits amas graisseux sous-cutanés perceptibles par *pinch test* en fin d'aspiration, en les écrasant par passage de la canule mousse entre les doigts, **sans** aspirer la purée graisseuse obtenue. Cette "marmelade graisseuse" sera laissée finalement en place sous la peau, et va servir "d'enduit de ragréage", masquant et lissant toute irrégularité éventuelle.

Cette deuxième étape, la lipotritie, est aussi importante et méticuleuse que la première. Elle dure à peu près le même temps opératoire. En moyenne, on passe 1 heure par jambe dont la moitié du temps à la phase de régularisation par lipotritie de figlage.

Si c'est le caractère circonférentiel de la lipoaspiration qui confère la forme adéquate de la jambe obtenue ainsi que la rétraction centripète cutanée puissante et homogène, empêchant tout excès cutané, c'est la lipotritie qui garantit un parfait "fini cutané", lisse et sans creux, ni bosse.

● **Le volume total** (sous-nageant déduit) de graisse pure aspirée est fréquemment de 1,6 litre à 1,8 litre pour les deux jambes. Dans cette étude, 2 cas ont ramené jusqu'à 3,5 litres de graisse pure. C'est de la graisse bien jaune, peu sanglante. Elle peut être très utile pour tout transfert graisseux autogène, qu'il s'agisse de galber davantage le corps musculaire des mollets, de corriger une asymétrie des deux jambes, ou d'utiliser ce matériaux pour un transfert de graisse esthétique aux fesses ou aux seins.

● **Le pansement postopératoire** est enfilé sur table, les points de ponction ayant été refermés au fil tressé résorbable rapide 4/0. Il s'agit de bas de contention forte (**fig. 11**) ; ils sont mis en place aussitôt, sur table opératoire en fin d'intervention, et en prêtant attention à répartir de manière homogène la purée graisseuse laissée *in situ*, en sous-cutané, par massages "aller et retour" le long des jambes, mollets et chevilles, estompant le moindre petit défaut résiduel. En revanche, on chassera par pression tout dépôt graisseux mobile au niveau du tendon d'Achille et de ses fossettes latérales pour bien les accentuer.



FIG. 11 : Pansement: les bas de contention forte sont mis en place sur table opératoire dès la fin de l'intervention ; le massage sur table répartit régulièrement la purée graisseuse laissée en place en sous-cutané. Ces bas de classe 3 sont portés jours et nuit pendant 3 semaines.

CONGRÈS SOFCEP

● **Sortie de la patiente :** à J+1, chaussée de souliers type baskets ou chaussures à talons modérés.

● **Prescription d'HBPM** pour isocoagulation, mais l'acte n'est pas phlébogène car la contention antithrombose est mise en place d'emblée. L'antalgie et les AINS sont utiles, et l'inconfort est surtout rapporté à compter du début de la 2^e semaine postopératoire, car la phase œdémateuse est alors à son acmé. Le soulagement le plus simple et efficace proviendra pour la patiente de séances de mise en drainage par gravité des jambes, en s'allongeant au sol et station de quelques minutes "pieds au plafond" contre le mur. Bien entendu, les drainages lymphatiques manuels par kinésithérapeute sont fastes également, et ce dès les premiers jours, et poursuivis les premiers mois.

● **Contrôle postopératoire précoce :** vers la 3^e semaine, on retire les bas de contention. Les derniers hématomes sont en voie de résorption. Le confort est de retour, mais l'œdème est encore présent partiellement. Cependant, le résultat s'ébauche nettement, qui sera vraiment affiné, stable et définitif en 6 mois à 1 an. On sait que tout est un peu plus lent à évoluer au niveau des jambes, surtout sur un terrain d'insuffisance du retour veinelymphatique.

Complications

Cette étude porte sur une série de 210 patientes opérées et suivies depuis 1987 à ce jour.

● **Générales :** 0/210. On notera que la contention veineuse forte, d'emblée mise en place, portée jour et nuit pour les 3 premières semaines, la marche aussitôt reprise et encouragée et, de nos jours, la prescription à titre médico-légal d'HBPM, sont certainement pour beaucoup dans leur prévention.

● **Régionales :** 0/210. Aucun des accidents ischémiques cutanés tant redoutés, malgré la globalité de la lipoaspiration jambière ici décrite. Prévention : nos patientes ne doivent pas passer les 2 premières semaines de convalescence allongées en travers de leur canapé, en laissant pendant des heures leurs chevilles faire des points d'hyper-appui sur les accoudoirs : là, des ennuis pourraient se voir. Il faut les encourager à bouger et, pour le confort, à faire des stations les pieds en l'air plusieurs fois dans la journée pour drainer l'œdème par gravité.

● **Locales :** 8/210. Il y a, comme pour toute lipoaspiration, mais beaucoup plus rarement ici en suivant ces conseils, des petites retouches possibles :
– excédentaires : quelques cc de graisse oubliés localement, qui feront l'objet d'une légère retouche pas microlipoaspiration ;
– ou par défaut : un petit creux malencontreux, qui sera résolu par une séance de lipostructure.

Discussion

La courbe d'apprentissage pour le plasticien est rapide, et corrélée au soin que l'on apporte au respect de la procédure. Le seul "truc" pour obtenir de bons résultats est de respecter les deux étapes décrites. Si retouches il y a, elles seront mineures ; mais cela n'ôte pas à cette technique l'énorme satisfaction qu'elle procure à ces patientes, et la balance bénéfice/risque penche nettement en sa faveur. Aucun des accidents ischémiques cutanés tant redoutés : vive la canule mousse ! Au passage, une pensée amicale à la mémoire de Yves-Gérard Illouz.

Nous devrions être plus engageants devant cette demande particulière, en considération de la qualité fonctionnelle et esthétique des résultats obtenus quand cette procédure est correctement réalisée.

Conclusion

Les jambes, mollets et chevilles n'ont plus à être les parents pauvres de la chirurgie esthétique, le *leg reshaping* permet en une seule opération de fuseler de façon prédictible, fiable et harmonieuse cette partie très visible du corps de nos patientes. Les 28 années d'expérience, résumées dans cette étude, en attestent ici.

Pour en savoir plus

- L'affaire Dujarier en 1929 : ce grand chirurgien de l'entre-deux-guerres avait entrepris d'opérer une célèbre danseuse de l'époque pour affiner ses jambes. L'opération s'est terminée par une amputation bilatérale. Ce procès avait fait grand bruit, car la condamnation de Dujarier pour avoir accepté de pratiquer une "chirurgie sans nécessité thérapeutique" jetait un discrédit durable sur la chirurgie esthétique, l'Académie de médecine se posant la question de la légitimité même de la chirurgie esthétique. Bien sûr, la médecine a beaucoup évolué, notamment avec l'apparition des antibiotiques qui auraient permis d'éviter cette fin dramatique, due à l'infection des tissus (gangrène).
- DELONCA D. Fuseler les jambes "en poteaux" par lipoaspiration circonférentielle des mollets et des chevilles. SOFCEP Congrès national, Paris, mai 2008.
- DELONCA D. Leg reshaping (liposuction + lipotrixy for calves and ankles). IMCAS Paris, janv. 2009.
- DELONCA D. Leg reshaping. BAAPS National meeting, Cardiff, sept. 2009.
- DELONCA D. Leg reshaping ou lipoaspiration circonférentielle des jambes pour les fuseler (genoux, mollets et chevilles) 54^e Congrès national SOFCPRE Paris, 23-25 nov. 2009.
- DELONCA D. Ankles beautification by circumferential liposuction of the leg. 9th AMWC, Monaco, avril 2011.
- Delonca D. Leg beautification by circumferential liposuction of knees, calves, ankles. XXVII^e Congrès national SOFCEP Tours, mai 2014.
- DELONCA D. Leg beautification by circumferential liposuction of knees, calves, ankles. 13th AMWC Monaco, mars 2015.
- DELONCA D. Ankle reshaping. XXVIII^e Congrès national SOFCEP Nice, juin 2015.

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