

## Article Vidéo

# Distention abdominale sévère : lorsque la plicature antérieure ne suffit plus



**Y. MADAR, H. CHATEL, P. LEYDER, J. QUILICHINI**

Service de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, CHI Robert Ballanger, AULNAY-SOUS-BOIS.

La paroi musculo-aponévrotique abdominale joue un rôle fondamental dans le maintien, la protection et la rétention du contenu intrapéritonéal. Une laxité musculo-aponévrotique, se manifestant cliniquement par un diastasis des muscles grands droits de l'abdomen, peut être retrouvée en *post-partum*, surtout dans les suites de grossesse gémellaires, ou après un amaigrissement important.

Les patientes victimes de distension sévère se présentent à la consultation le plus souvent avec un abdomen globuleux, le pannicule adipeux étant inconstant, et une demande d'amélioration à la fois esthétique et fonctionnelle.

La réparation classique des diastasis des muscles grands droits consiste à médialiser ces muscles par suture, dont les modalités (surjet vs points séparés, résorbable vs non résorbable) sont fonction des auteurs et opérateurs.

Cependant, dans les cas sévères, cette technique est insuffisante dans la prévention des récurrences, malgré l'absence de consensus sur quelle technique utiliser selon la clinique. Ce traitement est inefficace chez les patientes présentant une laxité à la fois horizontale et verticale ; il est sensé de se questionner sur la pérennité du rapprochement musculaire après plicature de l'aponévrose antérieure dans ces cas extrêmes.

D'après les travaux de De Pina *et al.* [1] et Ramirez *et al.* [2], l'aponévrose antérieure perd son effet tenseur dans les distensions sévères ; quand une plicature antérieure est réalisée, la redondance des muscles grands droits de l'abdomen au niveau de la ligne médiane augmente la tension appliquée sur les sutures. Les adhérences solides entre les grands droits et leur aponévrose antérieure limitent également la médialisation par cette technique. Or les attaches entre muscles grands droits et l'aponévrose postérieure sont plus lâches, permettant une mobilisation plus facile de celle-ci, avec une tension induite moindre.

D'après les travaux de ces auteurs, nous avons opté pour l'utilisation d'une plaque résorbable pour renforcer la paroi abdominale au niveau de l'aponévrose musculaire postérieure, associée à une

plicature de celle-ci par suture en cadre. Nous présentons dans cet article et cette vidéo la technique que nous utilisons maintenant dans les cas de distension abdominale sévère.

### Technique opératoire

L'intervention a lieu sous anesthésie générale. Une lipoaspiration première est réalisée au niveau de la paroi abdominale et la taille. Si les lipoméries présentent une extension dorsale importante, un premier temps en décubitus ventral avec lipoaspiration dorsale peut être réalisé. L'abdominoplastie est ensuite réalisée selon la technique classique de la haute tension verticale, décrite par Pascal et Le Louarn. Après décollement complet du lambeau sus-ombilical sur un tunnel de 4 travers de doigts, centré sur l'ombilic, un écarteur de Ricard est positionné et la réparation pariétale peut débuter. La patiente doit être parfaitement curarisée avant l'abord des muscles grands droits de l'abdomen. Une incision paramédiane bilatérale, proche de la ligne blanche et s'étendant de la xiphoïde à la symphyse pubienne, expose les muscles grands droits qui sont décollés de l'aponévrose postérieure. Le pédicule épigastrique inférieur profond est identifié et respecté, tout comme les nerfs intercostaux responsables de l'innervation musculaire segmentaire. Cet abord permet l'exposition

Retrouvez la vidéo relative à ce premier temps :

– à partir du flash code\* suivant



– en suivant le lien :

<https://www.realites-chirplastique.com/distensionabdominales>

\* 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.

## Article Vidéo

de l'aponévrose postérieure, sur toute sa hauteur et sa largeur.

L'excès d'aponévrose postérieure secondaire à sa distension est évalué et plicaturé à l'aide de points en cadre de Vycril 1, de la xiphoïde au pubis.

Une plaque de Vycril est ensuite suturée pour renforcer l'aponévrose postérieure et diminuer la tension appliquée sur les points en cadre de plicature. Cette plaque prend comme appui le périoste de la symphyse pubienne, les culs de sac latéraux de la gaine des grands droits et l'aponévrose postérieure. Une attache solide est ainsi possible et la tension appliquée à l'aponévrose postérieure après plicature est diminuée. Une ouverture est réalisée en regard de l'ombilic pour permettre son extériorisation. Le résultat est immédiatement constaté avec un retour des muscles grands droits dans leur position anatomique paramédiane. L'aponévrose antérieure est ensuite fermée simplement par points séparés et/ou surjet, sur un drain de Redon inséré dans la gaine. Les temps suivants correspondent à ceux classiquement décrits pour l'abdominoplastie à haute tension verticale.

Les suites postopératoires correspondent aux suites classiques d'une abdominoplastie, sans augmentation significative de la douleur ou des complications, immédiate ou à distance. L'alimentation est autorisée une fois la reprise du transit constatée. Un traitement laxatif est donné de façon systématique pour éviter la tension sur l'aponévrose au cours des efforts de poussée.

### Discussion

Cette technique s'adresse aux patientes présentant une distension musculo-aponévrotique sévère de la paroi abdominale, pour laquelle une suture simple ne permettrait pas une correction suffisante et pérenne.

Dans les cas de diastasis majeur, la suture de l'aponévrose antérieure per-



**Fig. 1** : Photographies préopératoires d'une patiente de 43 ans avec une distension abdominale sévère. Résultats à 5 ans postopératoires.

met un rapprochement partiel des muscles grands droits au prix d'une tension importante sur la suture et d'un risque de récurrence.

La plicature et le renforcement de l'aponévrose postérieure diminuent la tension sur l'aponévrose antérieure et permettent une meilleure mobilisation des muscles grands droits. L'usage d'une plaque résorbable postérieure renforce ainsi la réparation tout en évitant certaines complications que l'on peut attribuer à des plaques superficielles ou non résorbables.

Les résultats obtenus sont satisfaisants et durables (**fig. 1**) [3].

Au prix d'un allongement du temps opératoire, elle assure un résultat durable

sans majoration des complications postopératoires par rapport à une procédure standard. La courbe d'apprentissage est rapide et le risque de perforation des organes intrapéritoneaux demeure faible.

### BIBLIOGRAPHIE

1. DE PINA DP. Aesthetic abdominal deformities: a personal approach to the posterior rectus sheath and rectus muscles. *Plast Reconstr Surg*, 1985;75:660-667.
2. RAMIREZ OM. Abdominoplasty and abdominal wall rehabilitation: a comprehensive approach. *Plast Reconstr Surg*, 2000;105:425-435.
3. BATCHVAROVA Z, LEYMARIE N, LEPAGE C *et al*. Use of a submuscular resorbable mesh for correction of severe post-pregnancy musculoaponeurotic laxity: an 11-year retrospective study. *Plast Reconstr Surg*, 2008;121:1240-1248.