

Silhouette

Complications en chirurgie plastique post-bariatrique : après perte de poids réellement massive, c'est du lourd !

RÉSUMÉ : Les pertes de poids massives s'accompagnent de plis cutanés surinfectés favorisant les complications locales infectieuses aux sites opératoires. Le poids des tissus adjacents aux excisions et la laxité cutanée généralisée expliquent aussi le positionnement et l'aspect final, parfois inhabituel, des cicatrices. Les effets généraux adverses restent cependant rares si la chirurgie est réalisée rapidement par des chirurgiens entraînés.

La demande de chirurgie plastique est dictée *“par une gêne, un inconfort, un handicap”* mais, plus ou moins consciemment, se pose une demande qui s'apparente à de la chirurgie esthétique : le terrain psychique des obèses et ex-obèses, porteurs d'une maladie générale, physique, sociale, souvent familiale et psychologique, est source de déception, avec une impossibilité de découvrir un corps parfait qui porte toujours les marques de la transformation des plis et des volumes en cicatrices longues et visibles.

En pratique, la désunion postopératoire du site de chirurgie plastique peut représenter jusqu'à 40 % des cas dans certaines séries. Ce n'est donc plus un aléa mais une particularité de l'évolution qui implique de savoir traiter, suivre et prendre en charge une cicatrisation dirigée, tout en gardant une bonne relation avec l'opéré et son entourage.



D. MALADRY
Chirurgien plasticien et esthétique,
PARIS.

“ **L**a demande de chirurgie plastique est dictée par une gêne, un inconfort, un handicap” : la preuve serait apportée s'il existait toujours des plis macérés, des irritations cutanées et divers intertrigos. Mais, plus ou moins consciemment, se pose, surtout chez les jeunes femmes, une demande sur l'aspect qui s'apparente à de la chirurgie esthétique, ce qui finalement résume assez bien l'ambivalence de cette pratique.

La chirurgie plastique de remodelage du corps après amaigrissement massif induit par une chirurgie bariatrique (*fig. 1*) reste pourvoyeuse de complications fréquentes [1], bien plus qu'après chirurgie de la silhouette post-gravidique

ou secondaire à la senescence, ou bien encore après la perte de 20 à 30 kg obtenue relativement facilement par un geste chirurgical bariatrique ou un changement d'hygiène de vie et alimentaire.

Nous illustrerons de façon démonstrative les suites du traitement plastique après réduction pondérale, souvent incomplète mais stabilisée et sans plus d'amélioration possible, chez les ex-super obèses. Nous en verrons les probables causes, décrirons les complications et tenterons d'en proposer une prévention.

Outre qu'il est très dommage pour l'opérée de subir des suites compliquées, évitables avec beaucoup d'expérience, dans le cadre d'une chirurgie de l'aspect de



Fig. 1 : Chirurgie plastique post-bariatrique.

type esthétique, des demandes de réparations par voie judiciaire peuvent être intentées contre l'opérateur du fait de la fréquence de la chirurgie plastique après chirurgie bariatrique et du terrain psychosocial habituel de cette population.

■ Quelques chiffres

En France, entre 2007 et 2013, suivant les bases du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), 183 514 patients ont été opérés de chirurgie bariatrique. Dans cette population, 23 120 temps plastiques secondaires (soit environ 13 %) ont été recensés chez 17 695 patients (avec prise en charge selon le PMSI, excluant de fait nombre de chirurgies mammaires pour cure de ptôse avec ou sans implant ou encore greffe graisseuse et plis du tronc dont la cotation est mal systématisée).

Nous avons noté, en fréquence :

- abdominoplasties et équivalents (bodylift, dermolipectomie [DL] circulaire) : 62 % ;
- DL des membres : 25 %. Le QZFA014 de la DL des membres ne permet pas de différencier la DL des membres supérieurs de celle des membres inférieurs ;
- chirurgie mammaire avec prise en charge : 14 %.

Le taux de chirurgie plastique secondaire est de 13 %, 18 % et 21 % à 3, 5 et 7 ans respectivement après la chirurgie bariatrique. La majeure partie de cette chirurgie était effectuée en établissement privé jusqu'en 2013. Les techniques de bypass digestifs, amenant plus de perte de poids, sont le plus souvent à l'origine de reconstructions complexes de la silhouette avec plusieurs sites à traiter (6 à 7, hors retouches !). Nous ne disposons pas encore de chiffres très précis concernant les complications recensées, mais l'étude des bases du PMSI sera très intéressante en associant le code CCAM de l'acte avec les événements repérables survenant dans les suites.

■ Quelques règles de base en préambule

Nous décrirons donc les complications assez spécifiques en les rapprochant du geste plastique réalisé et en nous référant à l'expérience acquise de longue date. Nous indiquerons nos "trucs et astuces".

D'emblée, nous récusons l'argument de traiter peu de sites opératoires lors de la même séance pour éviter les risques. Cette opinion est partagée [2] et justifiée par certains. En effet, la multiplication des séances opératoires est une source d'ennuis importants responsables parfois de complications générales, bien plus graves que les complications locales habituelles des très longues zones de sutures, qui sont finalement ce à quoi se résume l'excision des divers plis et excédents cutanéograsseux induits par la perte de poids massive, hormis la lipoaspiration.

Suivant ce pseudo-argument de précaution, un chirurgien peu au fait de la chirurgie de lift cervico-facial, encore novice dans le domaine et plutôt lent, choisirait de réaliser la moitié du lift et s'autoriserait à finir l'intervention, en passant à l'autre côté, quelques jours après ! Surtout, du fait du nombre de sites à opérer sur les corps des grandes amaigries et de la lenteur de récupération des patientes opérées par bypass et dénutries, avec des convalescences de plusieurs semaines, faudrait-il effectuer une intervention tous les 3 à 6 mois durant 2 à 3 ans pour pouvoir satisfaire une demande de reconstruction ?

Il est, de notre point de vue, plus adapté de connaître les points techniques et les simplifications qui permettent de réaliser une intervention, même multiseptaire, en peu d'heures, et de respecter la règle de ne pas ôter plus de 8 % de masse corporelle (lipoaspiration comprise) par séance opératoire. Et, une fois la biologie normalisée (hémoglobine et protidémie) depuis au moins 1 mois, d'entreprendre les séances suivantes en prévenant l'anémie, les événements thromboemboliques et en privilégiant les méthodes mécaniques (manchons jambiers gonflables intermittents mimant la pompe musculaire ; éviter les bas anti-thrombose qui coupent presque toujours, chez ces ex-obèses avec des plis importants, le retour veineux à mi-cuisse en formant un sillon sur la racine du membre et préférer la chaussette, en vérifiant toujours l'absence d'effet garrot ; ne pas dépasser 3 à 4 h de chirurgie, etc.).

Par ailleurs, il faut savoir que plus il restera du tissu graisseux, plus les suites seront compliquées (surpoids persistant = risques généraux + suites locales avec cytotéatonecroses et écoulements surinfectés). Après 18 mois à 2 ans, la perte de poids est stable, elle ne progressera pas plus et il est temps de passer aux temps plastiques.

Il est important de ne pas perdre de vue que les pertes de poids massives

Silhouette

s'accompagnent de plis cutanés surinfectés favorisant les complications infectieuses aux sites opératoires, et que le poids des tissus adjacents aux excisions et la laxité cutanée généralisée expliquent aussi le positionnement final parfois inhabituel des cicatrices... Bien évidemment, toutes les complications peuvent se voir pour chaque geste, et la pratique d'excisions tissulaires associées, *via* des lipoaspirations plus ou moins importantes, majore aussi les risques de formation d'un 3^e secteur volumique postopératoire. Cependant, cette lipoaspiration participe au décollement, voire le remplace, et est utile au remodelage; elle reste donc nécessaire.

De façon générale, l'insatisfaction importante et les revendications, après cette chirurgie aux suites difficiles, restent en réalité rares sauf dans certains cas que nous allons aborder rapidement. Mais une grande satisfaction est tout aussi rare! L'insatisfaction majeure est souvent évitée car un lien étroit entre l'opérée, le chirurgien et son assistante-infirmière se forme lors du suivi régulier postopératoire des plaies, de leurs désunions ou de leurs écoulements. Les explications et l'énoncé des difficultés en préopératoire, tant à la future opérée qu'à l'entourage, restent aussi un point clef.

Pour expliquer, une fois la cicatrisation obtenue, le peu de grand bonheur ressenti par l'opérée (contrairement à celui observé après un lift cervico-facial, des implants mammaires ou une rhinoplastie), il faut se souvenir que si l'obésité est une maladie, qui touche donc une malade, la demande de réduction de la forme disgracieuse est souvent motivée par un souci esthétique, c'est-à-dire personnel, social et culturel. Ces patientes au psychisme et au contexte socio-économique souvent éloignés d'un état de santé correct présentent un mal-être, un isolement et de nombreuses anomalies de perception. L'objectif irréaliste d'obtenir un corps normal, voire joli, peut même exister. C'est pour cela que l'âge et la maturité jouent un rôle

important: les meilleurs résultats sur la reconnaissance des effets bénéfiques de la chirurgie plastique après temps bariatrique sont obtenus chez les femmes ayant élevé leurs enfants, travaillant et en tout cas bénéficiant d'un environnement au moins personnel stable et apaisé, et qui cherchent un confort vestimentaire, la disparition des plis qui macèrent et des irritations par frottement...

La jeune femme, amaigrie de quelques dizaines de kilos par bypass, de 18 ou 20 ans et même jusqu'à la trentaine, qui n'a pas fait le deuil de sa silhouette et de bien d'autres choses et qui peut même exprimer qu'elle a choisi cette démarche d'amaigrissement par chirurgie bariatrique parce qu'ensuite les interventions plastiques seraient gratuites (double malentendu: conquérir un corps normal et même joli et ne rien payer), sera souvent, pour peu que la cicatrisation soit épaisse comme cela se voit chez les individus les plus jeunes et pour certains phénotypes, extrêmement déçue et peu sensible à la répétition des explications: elle aura remplacé des plis et des volumes, voire seulement une zone de peau distendue, molle et vergeturée, par des cicatrices très longues et toujours visibles une fois déshabillée [3-4].

Même dans les jolis cas aux suites parfaites et au galbe très bien rétabli, il existe une déception chez les jeunes femmes car la maladie psychique, sociale et très personnelle de l'obésité ne sera pas guérie par le bistouri du chirurgien plasticien, qui est une méthode trop immédiate.

C'est peut-être là que se trouverait l'intérêt des temps de reconstruction de la silhouette très progressifs, sur de très nombreuses années, mais avec à courte échéance une impossibilité de poursuivre et une lassitude devant l'apparition des cicatrices aux divers sites opérés, faisant suite aux événements et aléas que nous allons maintenant expliciter.

■ Complications générales

Voyons d'abord les complications générales, rares en dehors de la perte sanguine:

>>> Les accidents d'anesthésie générale et de positionnement peropératoire sont très rares, mais leur possibilité doit faire choisir, autant qu'il est possible et raisonnable, de traiter les silhouettes très abimées en le moins de séances possibles.

>>> Les complications thromboemboliques, pouvant être mortelles et craintes à juste titre (les antécédents de ce type personnels et familiaux sont à prendre en compte dans l'indication): nous choisissons de les prévenir en privilégiant l'aspect mécanique, alors qu'un excès de prévention médicamenteuse est source d'épanchements, de déglobulisation puis de suppuration et de désunion. La mobilisation passive par des bottes gonflables intermittentes, en peropératoire et jusqu'au premier lever, puis active à J0 ou J+1, nous semble primordiale si ce n'est préférable à de fortes doses d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) commencées trop tôt.

Le thrombus est avant tout pelvien, intra-abdominal, et un long temps de chirurgie, d'anesthésie générale ainsi qu'un manque de remplissage en sont les causes probables. Le port d'une gaine abdominale, la suture d'un diastasis abdominal (souvent inutile pour le galbe dans ces morphologies où la graisse mésentérique est encore bien présente) sont également des facteurs d'hypertension qui gênent le retour veineux en comprimant la veine cave.

Nous avons, après bodylift, observé 2 accidents thromboemboliques avec migration:

– une embolie pulmonaire très distale chez une jeune amaigrie prenant du cannabis et beaucoup d'antalgiques: la cause semblait être une absence totale de mobilisation active au retour à domicile à J+3 (malgré les consignes, la patiente

ne se levait pas du divan, se faisait nourrir au lit et utilisait un fauteuil roulant pour aller aux toilettes);

– une embolie massive avec un séjour en réanimation chez une patiente de 60 ans: l'enquête a montré un adénocarcinome utérin en cours d'évolution.

Enfin, nous avons observé une thrombophlébite jambière au 6^e jour postopératoire lors d'un contrôle et de l'ablation des sutures, l'opérée venant avec ses seringues d'HBPM accumulées pour qu'elles lui soient toutes administrées lors de ce RDV, n'ayant pas trouvé d'infirmière à ses dires pour s'en occuper... Les accidents thromboemboliques représentent bien moins de 1 % après bodylift et plastie abdominale.

>>> L'hypovolémie 3^e secteur et la déglutition mal tolérée: elles sont particulièrement fréquentes après bypass, geste extensif plastique sur la silhouette ou grande lipoaspiration. Il faut un suivi nutritionnel (vérifier l'hémoglobine et la protidémie en préopératoire) et prévenir de la possibilité réelle de transfusions postopératoires. De plus, la récupération est très lente sous traitement ferreux *per os*, le Venofer serait un peu plus efficace.

La perte sanguine est aussi en rapport avec les particularités capillaires et veineuses du derme chez les amaigris: la peau en grand excès est irriguée par des vaisseaux excessivement larges, nombreux et "très saignants". Une infiltration avec vasoconstricteur est donc très utile, tout comme une intervention rapide avec hémostase pas à pas (1 ou 2 aides). Cette hypovolémie est constante, les pertes sanguines réelles, en revanche la tolérance est très variable. L'indication de transfusion se posera sur le chiffre d'Hb et surtout sur la tolérance clinique. Lors de l'intervention et en postopératoire, il faut que l'anesthésiste assure un remplissage réel.

Dans une série personnelle communiquée à la Société française de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

(SoFCPRE) de 100 séances opératoires de chirurgie plastique extensive (bodylift, chirurgie combinée) du corps post-bariatrique, nous avons 2 % de transfusions après bypass chez des patientes jeunes qui n'avaient pas un suivi médical nutritionnel optimal (chiffre bas préopératoire de la protidémie).

>>> La complication septique générale ou locale avec répercussions générales: c'est la suite des petites complications locales mal gérées, insuffisamment drainées en l'absence de réouverture large par la ligne de suture encore fraîche les premiers jours en salle de pansement. Les poches de lymphorrhée ou les poches sanguines, avec lavage et méchage, seront reprises chirurgicalement si une évolution septique survenait. Le retard de ce geste chirurgical peut être source de cellulites infectieuses très graves, dont les augures sont la prescription d'une antibiothérapie aveugle après une simple ponction à l'aiguille ou devant une rougeur localisée, la fixation d'un RDV de contrôle pour dans quelques jours...

■ Complications locales

Elles sont marquées de façon très fréquente, entre 8 et 30 % des cas suivant certaines séries, par des désunions et des écoulements. Il est utile de dire aux patientes et à l'entourage que ces suites sont quasi obligatoires compte tenu de la taille des vaisseaux dermiques qui, comme la peau en excès, restent d'une taille phénoménale, avec des suintements postopératoires importants, saignements majorés par la nécessité de prévenir les phlébites par des doses même faibles d'anticoagulant.

Nous allons décrire les complications locales suivant les sites où elles sont le plus souvent observées [5].

1. Abdominoplastie et bodylift

Le bodylift étant une plastie abdominale recto-verso, les complications, en

particulier locales, sont au moins 2 fois plus fréquentes. Les nécroses cutanées sont très rares car il existe un excès de peau et peu de traction malgré des hauteurs d'excision importantes, sauf en haut du pli interfessier qui est soumis à un point fixe sous-jacent surtout si le dessin en V est trop fermé et la hauteur d'ablation cutanée importante pour le temps postérieur avec une suture ischémiant.

>>> La nécrose ombilicale: le pied graisseux doit être disséqué large si l'on veut traiter une petite hernie ombilicale par suture directe rapide. Il faut ouvrir sur un peu moins de la moitié de la circonférence du pied, au ras de la paroi, et suturer le collet par des points en U en chargeant la face profonde péritonéale de la paroi et en refermant cette minilaparotomie. Du fait des risques locaux septiques et des risques généraux accrus, nous ne réalisons pas de réparation par voile synthétique, de réparations complexes ni de suture des diastasis.

Ce sont les épanchements et leurs évacuations, inflammations et écoulements éventuellement suppurés, qui représentent le "gros du travail" en postopératoire dans cette chirurgie. Localement, nous n'avons pas de moyens bien efficaces de les prévenir. Les drains posés en peropératoire posent la problématique d'un séjour hospitalier plus long avec plus de risques généraux, d'un risque septique accru et des incidents des drains (rupture à l'ablation, débranchement, douleurs...). Nous sommes très fortement déçus par le capitonnage des décollements.

Finalement, hormis quelques cas de silhouette avec peu d'excès, nous considérons que la chirurgie des plis importants après amaigrissement se traite par excision-suture avec une très bonne hémostase dans un temps très rapide, après infiltration vasoconstrictive intensive. Une lipoaspiration des berges et de la zone d'excision est bénéfique, en diminuant les amas adipocytaires et les cytotéatonécroses.

Silhouette

>>> **Les cicatrices :** elles sont nécessaires pour supprimer des plis et de la peau en trop mais parfois disgracieuses, larges, épaisses, rouges, puis blanches et en creux, pigmentées parfois sur les peaux brunes, voire franchement pathologiques. Nous en connaissons tous la survenue assez aléatoire, tout comme l'inconstance de l'efficacité des traitements préventifs ou curatifs par injection *in situ* de corticoïde (attention au surdosage des injections sur les longues cicatrices des bodylifts : syndrome de Cushing) ou compression dont la réalisation est délicate. Le laser peropératoire préventif a probablement un intérêt pour la simple hypertrophie cicatricielle, mais son coût est peu adapté à cette population le plus souvent démunie. Les *doggy ears* sont très facilement prévenues ou traitées par excision et allongement des cicatrices.

Les cicatrices mal positionnées sont plus difficiles à corriger. Trouvées trop basses ou trop hautes par la patiente, elles ne permettent pas toutes les possibilités d'habillage de la garde-robe : le dessin doit être expliqué, avec photographies à l'appui. Cela ne suffit pas toujours, comme nous l'avons vu plus haut, pour éviter les déceptions en rapport avec les marques cicatricielles. Cette chirurgie est une chirurgie non pas pour se déshabiller, mais pour s'habiller, et sans pouvoir forcément choisir la coupe et la forme ! Ainsi, une très jeune femme qui vient en consultation préopératoire avec une silhouette vêtue près du corps très bien dessinée n'est pas une candidate optimale pour ce type de soins... Les excisions traitent les plis et les formes, la lipoaspiration les volumes : la peau reste distendue et les marques type capitons et encoches persistent.

2. Dermolipectomie des membres supérieurs

Au niveau axillaire, on observe une désunion mécanique plus que par nécrose ischémique pour la composante



Fig. 2 : Majorations de sillons transversaux des bras.

longitudinale brachiale interne : la cicatrice est souvent très rouge au début, pouvant rester épaisse et avec cytotéatonécrose de temps à autre. De façon exceptionnelle, si l'importance d'excision circonférentielle brachiale est excessive, on peut retrouver des complications nerveuses et des compressions vasculaires : l'absence de pouls distal en fin d'intervention doit faire désunir la ligne de suture et laisser en cicatrisation dirigée.

Si l'excision est trop proche des muscles, emportant le réseau de drainage lymphatique, œdèmes et lymphœdèmes apparaissent : il faut réaliser une avulsion au-dessus du plan du fascia *superficialis* pour le *bingo wing*, et une lipoaspiration pour le volume du bras. Pour la majoration des sillons transversaux sur la rondeur des bras perpendiculaires à l'axe longitudinal, le fuseau longitudinal d'excision doit être agrémenté à ces endroits d'un triangle en regard afin de réaliser une plastie locale en Y-V (fig. 2).

3. Dermolipectomie des membres inférieurs

On observe une désunion mécanique de la composante horizontale juxtapérinéale et de la jonction avec la partie verticale. Le traitement consiste en des soins d'hygiène simples et une cicatrisation dirigée. À cet endroit, cytotéatonécrose, thrombose de la saphène parfois surinfectée, écoulement et points septiques se voient. La persistance des bourrelets sus-rotuliens est à traiter par excision sus-rotulienne, qui gênera le port des jupes au-dessus des genoux !

Dans les cas de lymphœdèmes non exceptionnels et d'aggravation des phénomènes de ce type préexistants, nous conseillons la même prévention par excision assez superficielle, lipoaspiration et port de chaussettes de contention veineuse longtemps s'il existe des antécédents d'œdèmes de cheville. Les désunions inflammatoires sont la règle en juxtapérinéale, les éventuels fils de

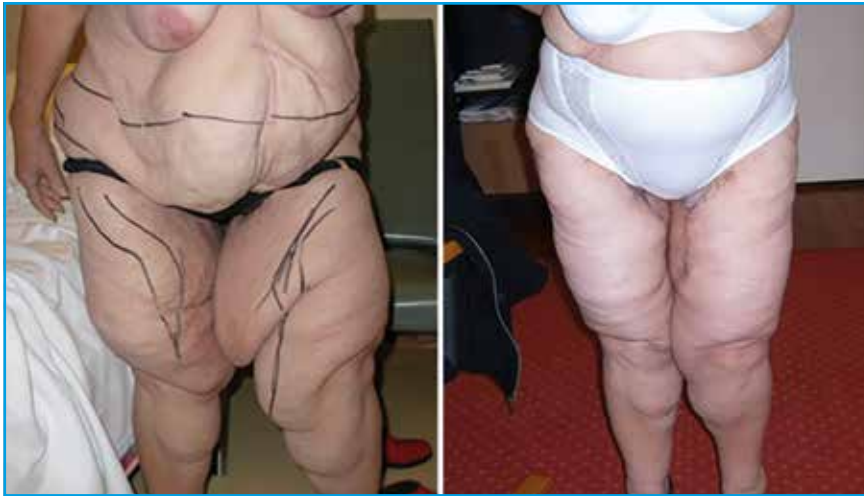


Fig. 3 : Dermolipectomie cuisse et ventre, après perte de 58 kg.

suspension sont exposés dans ces cas de cuisse très lourdes, leur intérêt est assez théorique (fig. 3).

4. Chirurgie mammaire de réduction et seins axillaires

Pour les seins axillaires, il faut pratiquer une excision modelante de surface, sans rentrer dans la graisse plus jaune et épaisse du creux axillaire lymphatique, et une lipoaspiration périphérique. Pour les seins, il s'agit de seins gras, lourds et très tombants, et il faut privilégier des techniques simples aux dessins pré-établis sans aucun décollement, avec un lambeau porte-aréole désépidermisé large (ratio I/L = 1/3-1/4, par exemple 9 à 10 cm de large et 30 à 40 cm de long au besoin), amenant une plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) bien plus large que d'habitude, mais de toute façon réduite par rapport à celle d'origine et adaptée aux seins remodelés et au thorax large. Nous ne pratiquons pas de greffe de principe de la PAM, mais avons déjà été amenés à réaliser, en fin d'intervention, une greffe unilatérale de PAM après excision du bas du lambeau porte-PAM, du fait d'un aspect engorgé ne cédant pas aux ponctures et à l'héparination locale du tétou.

Surtout, les bâts et les sutures doivent être suffisamment lâches pour ne pas

avoir un sein tendu et dur en postopératoire immédiat. Il faut concevoir la plastie mammaire comme une excision d'un fuseau vertical, avec préservation de la PAM sur un large lambeau désépidermisé et une excision en fuseau horizontal. Avec une bonne infiltration, il est possible de réaliser cette intervention en 45 min. Une variante intéressante est de réduire le volume mammaire par lipoaspiration sur les seins en involution adipeuse et de traiter par excision et désépidermisation l'excès cutané. Il est d'ailleurs assez difficile d'adapter le contenu final au contenant dans ces cas, et les seins risquent de rester très flasques...

5. Chirurgie mammaire de cure de ptôse sans augmentation prothétique

Le sein est vidé, et le volume restant après excision de la peau en excès peut être trop petit pour la patiente. Une greffe grasseuse associée est souhaitable : il s'agit d'une intervention aux suites simples, hormis le point du volume et de la flaccidité persistante à bien expliciter avant. Notons que la technique dite verticale pure, qui a notre préférence habituellement, n'est pas adaptée le plus souvent car l'excès cutané est important et le pouvoir rétractile de la peau est si diminué que le pli "minime et qui doit se



Fig. 4 : Réduction du poids de 27 kg, cure de ptôse, seins toujours un peu mous.

résorber au niveau du sillon sous-mammaire" est en fait assez volumineux et persistant.

Nous proposons, s'il existait une demande de cicatrice courte (qui comme vu plus haut est en fait un signe orientant vers une non-indication), de régler suivant notre jugement cette oreille inférieure par excision en fin d'intervention, ou sinon de la reprendre 6 mois après, sous anesthésie locale en salle de pansement, avec des honoraires spécifiques sans participation de l'Assurance maladie (fig. 4).

6. Chirurgie mammaire avec implants et remodelage mammaire

Du fait des grands excès cutanés, la seule bonne façon d'obtenir un galbe correct avec absence de descente de l'implant est une cicatrice d'emblée en T inversé. Aucune

Silhouette

indication d'intervention péri-aréolaire + prothèse, qui est de façon générale une mauvaise intervention, et dans ces cas une très mauvaise intervention !

7. Plis du tronc, réduction mammaire chez l'homme

Ils sont traités par excisions-sutures, en plaçant la cicatrice résultante à l'endroit du sillon naturel sous-mammaire, ou inter-plis et lipoaspirations périphériques et, pour le complexe aréolo-mamelonnaire chez l'homme porteur d'une ptôse mammaire après amaigrissement, reconstruction par greffe de la PAM. Les épanchements lymphatiques sont très fréquents, leurs surinfections non rares mais les cicatrices sont souvent fines et blanches (fig. 5).



Fig. 5 : Combiné ventre + sein (greffe des PAM).

POINTS FORTS

- Les complications de la chirurgie plastique après perte de poids massive sont avant tout locales, fréquentes et impressionnantes mais aisément traitées à défaut de ne pas pouvoir récuser de principe les grands amaigris.
- Les facteurs de risques reconnus sont : une perte de poids très importante avec des plis très macérés, mais plus il restera du tissu graisseux, plus les suites seront compliquées (surpoids persistant = risques généraux + suites locales avec cytotéatonecroses et écoulements surinfectés).
- Les reprises précoces des sites opératoires évitent les répercussions générales ou locorégionales (cellulites infectieuses).
- Le terrain psychique des obèses et ex-obèses, porteurs d'une maladie générale, physique, sociale, souvent familiale et psychologique, est parfois source de déception.
- Cette chirurgie plastique doit être présentée comme une chirurgie pour mieux s'habiller et la pratique de chirurgies itératives, aux résultats esthétiques très modestes lors du déshabillé, acceptée par les opérés afin de parvenir à un résultat.

8. Retouches de cicatrices, greffes graisseuses, retouches de lipoaspiration, petite excision complémentaire

Elles font partie des temps habituels. En chirurgie plastique post-bariatrique, l'origine de ces reprises localisées et légères étant régulièrement une chirurgie avec prise en charge de la Sécurité Sociale, elles sont également prises en charge au titre d'une correction d'une imperfection et permettaient jusqu'il y a peu de poursuivre le traitement des sites non encore traités lors d'un temps précédent, hors nomenclature et en s'affranchissant de la TVA.

Actuellement, l'origine de la chirurgie même non prise en charge par la Sécurité Sociale étant parfaitement en rapport avec une pathologie, l'obésité morbide réduite, la TVA n'a plus lieu d'être appliquée sur la chirurgie mammaire de ptôse post-bariatrique par exemple...

Conclusion

Finalement, pourquoi un tel exposé qui semble indiquer que la chirurgie plastique post-bariatrique est marquée de nombreuses complications : c'est d'une part que la demande est importante et que les suites doivent en être connues (fig. 6) et, d'autre part, que la réalisation de cette chirurgie plastique post-bariatrique a diminué depuis les mesures gouvernementales de 2013 qui ont désolvabilisé en pratique libérale les patientes, ne permettant plus d'apporter ces soins à la population des amaigris avec des moyens suffisants et des conditions optimales.

Pour autant, cette chirurgie à risque est toujours demandée mais réalisée pour des coûts très supérieurs en milieu hospitalier public (du fait des tarifs très importants) à ceux de la clinique privée (y compris les honoraires nécessaires à la réalisation des soins).



Fig. 6 : Suites locales banales, pas de complication générale.

L'organisation du cursus d'enseignement chirurgical est faite de telle sorte que ce sont maintenant les chirurgiens les moins expérimentés, les plus jeunes, plein d'allant, qui sont chargés de ce service aux patientes. La réalisation technique en est simple mais l'évaluation du cas et la prise en charge des

suites, nous l'avons vu, compliquées. Notre serment médical implique le partage des connaissances, qui ne sont pas que techniques, afin d'assurer la réalisation médicale de cette chirurgie qui demande surtout beaucoup d'expérience et d'éviter à ces patientes des parcours très difficiles.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALY AS, CRAM AE, CHAO M *et al.* Belt lipectomy for circumferential truncal excess: the University of Iowa experience. *Plast Reconstr Surg*, 2003;111:398-413.
2. FAVRE S, EGLOFF DV. Chirurgie de la silhouette chez l'ancien obèse. *Rev Med Suisse*, 2005;1:30551.
3. BONDOLFI G, ALBERQUE C, LYMPEROPOULOU F *et al.* Chirurgie bariatrique: enjeux psychiatriques avant et après l'intervention. *Rev Med Suisse*, 2017;13: 367-370.
4. BRUANT-RODIER C, BODIN F, SCHOHN T *et al.* Could breast remodeling after bariatric surgery be reasonably qualified as aesthetic surgery? *E-Mémoires de l'ANC*, 2016;15:037-039.
5. UT Southwestern Medical Center. Massive weight loss increases risk of complications in body-shaping surgery. *ScienceDaily*, 25 septembre 2014.

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

