

■ Numéro thématique : lipoaspiration

Préparation avant lipoaspiration et prise en charge anesthésique

RÉSUMÉ : La liposuction est l'une des interventions chirurgicales les plus demandées par les chirurgiens plasticiens. Elle permet de remodeler la silhouette tout en résolvant les problèmes liés aux troubles du tissu adipeux. Les complications liées à cette intervention peuvent être nombreuses. Dans cet article, nous illustrerons notre protocole préopératoire réalisé de manière multidisciplinaire avec l'aide des anesthésistes pour une prise en charge efficace, visant à minimiser les complications liées à ce type de chirurgie.



G. ARGENTINO, M. BENSID

Service de Chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique et maxillo-faciale, Hôpital Henri-Mondor, CRÉTEIL.

La liposuction est une technique chirurgicale qui vise à éliminer les dépôts de graisse excédentaire présents dans le tissu sous-cutané.

L'objectif principal est de redessiner la silhouette du corps et d'améliorer l'esthétique et les symptômes douloureux en cas de troubles fonctionnels liés à la graisse.

Le tissu adipeux est le premier site de stockage de l'énergie et joue un rôle protecteur dans l'organisme mais, en excès, il peut donner lieu à des situations pathologiques difficiles à résoudre [1]. Dans le traitement des troubles adipeux, la prise en charge multidisciplinaire du patient est essentielle, ainsi que le traitement conservateur et l'évaluation anesthésiologique fondamentale pour préparer le patient à la chirurgie de liposuction.

Toutefois, il est important de préciser que la liposuction ne doit pas être considérée comme un moyen rapide de perdre du poids.

Le traitement conservateur préalable avant une chirurgie de lipoaspiration [2-4] :

- atteindre un IMC < 32 kg/m² ;
- stabilité pondérale sur 6 mois ;
- mise en place d'une stratégie hygiéno-diététique : sport, régime alimentaire équilibré ;
- pour la prise en charge du lipœdème : drainage lymphatique manuel, collant de compression rectiligne force 3 ;
- équilibre d'un diabète ;
- bilan et correction des carences : fer, zinc, vitamines B, vitamine D ;
- correction des dépôts de fer.

■ Prise en charge préopératoire

La liposuction est une procédure chirurgicale visant à éliminer les dépôts de graisse localisés qui résistent aux solutions traditionnelles telles que l'exercice, le régime alimentaire, voire la médecine esthétique ou les interventions cosmétiques, telles que la mésothérapie.

■ Posologie calcul de la dose cumulée

La dose cumulée appropriée de Ferinject doit être calculée au cas par cas pour chaque patient. Cette dose ne doit pas être dépassée.

Pour les patients en surpoids, le rapport entre le poids corporel normal et le

Numéro thématique : lipoaspiration

POINTS FORTS

- Le tissu adipeux joue un rôle protecteur et de réserve énergétique dans l'organisme, mais en excès, il peut donner lieu à des situations pathologiques.
- La liposuction est une procédure chirurgicale qui permet de remodeler la silhouette tout en résolvant les problèmes liés aux troubles du tissu adipeux.
- La prise en charge pluridisciplinaire des patients est essentielle pour une gestion optimale du parcours de traitement.
- Un protocole conservateur standardisé est très utile pour préparer le patient à l'intervention chirurgicale et réduire les complications qui y sont liées.
- L'anesthésiste joue un rôle crucial dans la prise en charge préopératoire des patients.

volume sanguin doit être pris en compte pour déterminer les besoins en fer.

La dose de Ferinject est exprimée en mg de fer élémentaire.

La dose cumulée nécessaire pour restaurer l'hémoglobine (Hb) et reconstituer les réserves en fer est calculée à l'aide de la formule de Ganzoni :

Déficit en fer total [mg] = poids corporel [kg] x (Hb cible* – Hb réelle**) [g/dL] x 2,4*** + réserves de fer [mg]

Pour un poids corporel de 35 kg ou plus, l'Hb cible = 15 g/dL, soit 9,3 mmol/L. **

Pour convertir l'Hb [mM] en Hb [g/dL] : multiplier l'Hb [mM] par un facteur de 1,61145.

La teneur en fer de l'hémoglobine est d'environ 0,34 % ; 0,07 : volume sanguin correspondant à environ 7 % du poids corporel.

>>> Pour un poids corporel supérieur ou égal à 35 kg, réserve de fer = 500 mg.

Pour les patients ≤ 66 kg : la dose cumulée calculée doit être arrondie à la centaine de mg inférieure.

>>> Pour les patients pesant jusqu'à 66 kg : la dose cumulée calculée doit être arrondie à la centaine de mg supérieure.

Les patients peuvent avoir besoin de poursuivre le traitement par Ferinject à la dose la plus faible, nécessaire pour maintenir les concentrations cibles d'hémoglobine et d'autres paramètres biologiques d'accumulation de fer dans des limites acceptables.

Il faut discuter la supplémentation en collagène pour les patients ayant une mauvaise qualité cutanée. L'abstention tabagique joue un rôle clé dans le protocole conservateur pour éviter les risques de souffrance cutanée.

Pour les lipoaspirations des membres, un échodoppler des membres est recommandé afin d'écarter les problèmes vasculaires (thrombose sous-jacente,

insuffisance veineuse) et les éventuelles pathologies devant être résolues avant l'intervention.

Prise en charge au bloc opératoire

La plupart des liposuccions sont réalisées sous anesthésie générale, mais dans le cas de petites zones du corps, une anesthésie locale peut suffire. Sa durée (1 à 4 heures) dépend du type de technique utilisée, de la quantité de graisse à retirer et du nombre de zones à traiter.

En cas d'anesthésie générale, un remplissage avec 10-12 mL/kg de cristalloïdes sera effectué pendant l'induction, et 15 mg/kg d'acide tranexanique seront administrés pendant 30 min, à répéter selon le protocole une fois pendant la période postopératoire.

Le remplissage est compensé par le volume aspiré en peropératoire.

Le chirurgien effectue la lipoaspiration avec une tolérance de 8 à 10 % du poids de forme du patient. Un traitement par fer injecté selon le protocole est réalisé en périopératoire.

Pour les lipoaspirations massives : Ferinject ne doit être administré que par voie intraveineuse :

Pour la perfusion intraveineuse, Ferinject doit être dilué dans une solution stérile de chlorure de sodium à 0,9 %, avec un temps d'administration minimum de 2 à 15 minutes [5-7] (**tableau I**).

Ferinject minimum	Fer	Quantité maximum de solution stérile de NaCl 0,9 %	Durée d'administration
2 à 4 mL	100 à 200 mg	50 mL	6-15 min
4 à 10 mL	200 à 500 mg	100 mL	
10 à 20 mL	500 à 1 000 mg	250 mL	

Tableau I : Schéma d'administration du Ferinject.

■ Protocole postopératoire

La NFS est prescrite 1 mois après l'intervention, sauf en cas de symptômes particuliers (fatigue, vertiges, etc.), auquel cas elle peut être prescrite plus tôt.

Après l'intervention, les patients restent en moyenne 2 jours à l'hôpital et les points d'entrée des canules de liposuction sont laissés ouverts pour faciliter le drainage spontané de l'excès de liquide.

Le drainage lymphatique manuels et des collants de compression rectiligne ou gaine circulaire spécialisée sont prescrits précocement afin d'améliorer le retour lymphatique et de réduire l'œdème et le risque de séromes [8-10].

■ Conclusion

La lipoaspiration est l'une des premières demandes en chirurgie plastique. Cette chirurgie n'est pas dénuée de risque.

Une préparation et une prise en charge optimale peropératoires permettent une réduction significative des complications, telles que séromes, hématomes, douleurs postopératoires, rechutes, anémie, hospitalisation prolongée, nécrose cutanée et une meilleure efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

1. LUONG Q, HUANG J, LEE KY. Deciphering white adipose tissue heterogeneity. *Biology (Basel)*, 2019;8:23.
2. FRANK K, HAMADE H, CASABONA G *et al.* Influences of age, gender, and body mass index on the thickness of the abdominal fatty layers and its relevance for abdominal liposuction and abdominoplasty. *Aesthet Surg J*, 2019;39:1085-1093.
3. GREENE AK, SUDDUTH CL. Lower extremity lymphatic function predicted by body mass index: a lymphoscintigraphic study of obesity and lipedema. *Int J Obes (Lond)*, 2021;45:369-373.
4. LINDEMAN AK. Quest for ideal weight: costs and consequences. *Med Sci Sports Exerc*, 1999;31:1135-1140.
5. TEBACHER-ALT M. Pharmacovigilance et gestion des risques liés aux médicaments ; Journée Régionale.
6. RENARD D, LIVIO F, BUCLIN T *et al.* Traitements de fer : preuves de l'efficacité et bonne pratique clinique. *Rev Med Suisse*, 2011;7:923-927.
7. Effects of a high-dose 24-h infusion of tranexamic acid on death and thromboembolic events in patients with acute gastrointestinal bleeding (HALT-IT): an international randomised, double-blind, placebo-controlled trial. HALT-IT Trial Collaborators. *Lancet Lond Engl*, 2020;395:1927-1936.
8. KRUPPA P, GEORGIOU I, BIERMANN N *et al.* Lipedema- pathogenesis, diagnosis, and treatment options. *Dtsch Arztebl Int*, 2020;117:396-403.
9. BUSO G, DEPAIRON M, TOMSON D *et al.* Lipedema: A Call to Action! Obesity (Silver Spring), 2019;27:1567-1576.
10. BITTAR S, SIMMAN R, LURIE F. Lymphedema: a practical approach and clinical update. *Wounds*, 2020;32:86-92.

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