

L'OBESITE: APPORT DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE

Yassine BENCHAMKHA
Chirurgie plastique et esthétique
CHU Med VI Marrakech

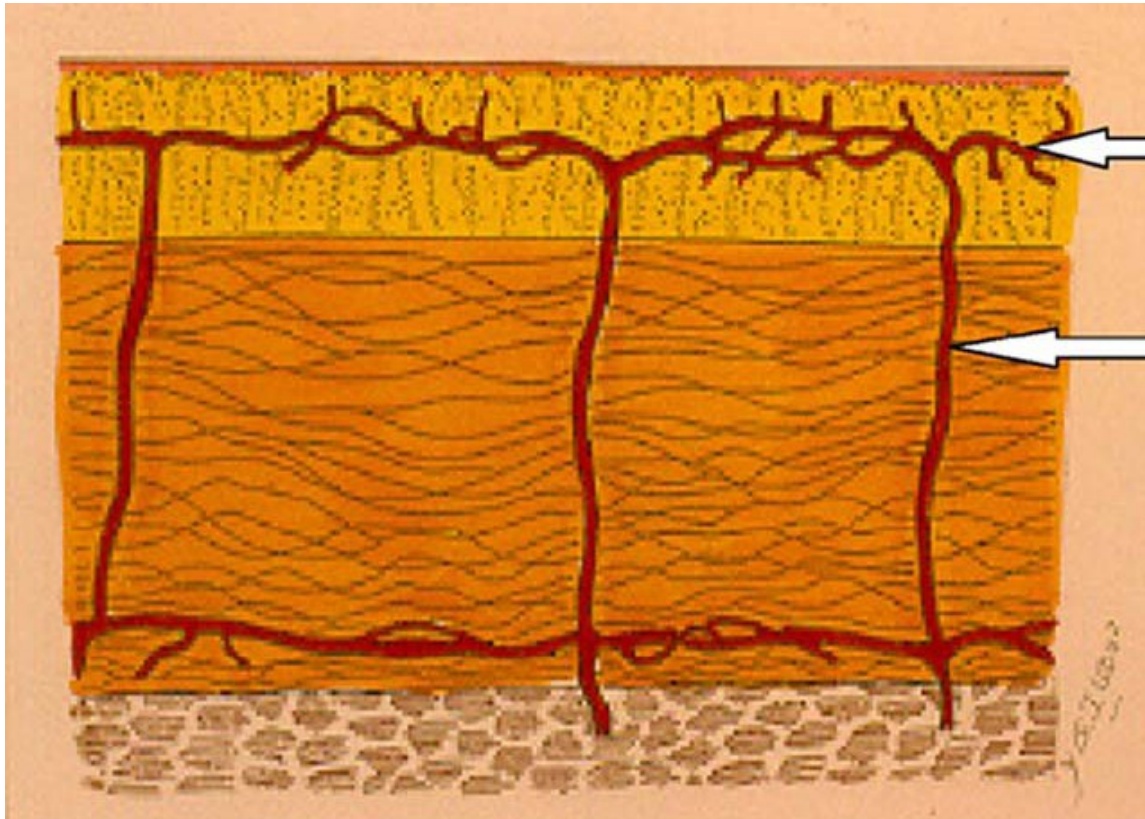
INTRODUCTION

- La chirurgie bariatrique et/ou les mesures diététiques chez l'obèse entraînent une perte pondérale massive
 - Déformation des contours de sévérité variable
- La chirurgie plastique:
 - Correction des difformités
 - Traitement des surcharges réfractaires
- Prise en charge pluridisciplinaire
- Quand Et Comment opérer ces terrains particuliers?

I- GENERALITES

1. CONSIDERATIONS ANATOMIQUES DU TISSU GRAISSEUX
2. REPARTITION DE LA GRAISSE SELON LE SEXE
3. CONSEQUENCES DE LA PERTE PONDERALE MASSIVE

1. Considérations anatomiques tissu graisseux



Graisse superficielle

Graisse profonde

1. Considérations anatomiques tissu graisseux



Graisse superficielle

Graisse profonde

2. Répartition du tissu graisseux selon le sexe

■ *Les femmes:*

- les hanches
- les cuisses,
- les flancs,
- le bas-ventre,
- Intra-abdominal



Obésité gynoïde «

poire »



2. Répartition du tissu graisseux selon le sexe

Les hommes:

- L'abdomen,
- les flancs,
- Faces internes cuisses



*Obésité Androïde ou
centrale de la graisse*



3. Conséquences de la perte pondérale massive



☞ **Fonte graisseuse**

☞ **Constitution d'un excès cutané.**

- Les sites les plus touchés:
 - le tronc avec ventre et seins,
 - les fesses,
 - la racine des membres.

3. Conséquences de la perte pondérale massive



II- QUAND OPERERER?



- **Consensus général**
 - ☞ Poids stable sur plusieurs mois.
 - ☞ En dehors des périodes d'amaigrissement (récidive)
 - ☞ Tolérer une partie du poids restant.
- **Consentement éclairé+++**, prise de photos
- **Concertation**: anesthésiste, cardiologue, endocrinologue...



Gestion pré, péri et post- opératoire

Patient name: _____

Date of consult: _____

GBP

GBP

Date of GBP: _____

Surgeon: _____

Complications: _____

Max weight: _____

Lowest post-GBP weight: _____

Referral source: _____

Goal weight: _____

Max BMI: _____

Current weight: _____

Current BMI: _____

Recent weight loss

Last month: _____

Previous body contouring: _____

History of DVT/PE? (Circle one) Y N

Last 3 months: _____

Therapy: _____

Nutritional status (circle one):

Adequate protein

Inadequate protein

Significant nutritional risk

Patient's primary concern (circle one):

Abdomen

Arms

Chest

Buttock

Thighs

Face

Neck

Flank

Patient's order of priority/goals:

Physician notes/surgical plan:

Photos taken and date:

Abdomen: _____

Breast: _____

Arms: _____

Full body: _____

Thighs: _____

Face/neck: _____

II- COMMENT OPERER?

1. La chirurgie correctrice de l'abdomen
2. La correction des difformités mammaires
3. La chirurgie correctrices des cuisses et des bras
4. Combinaison des procédures

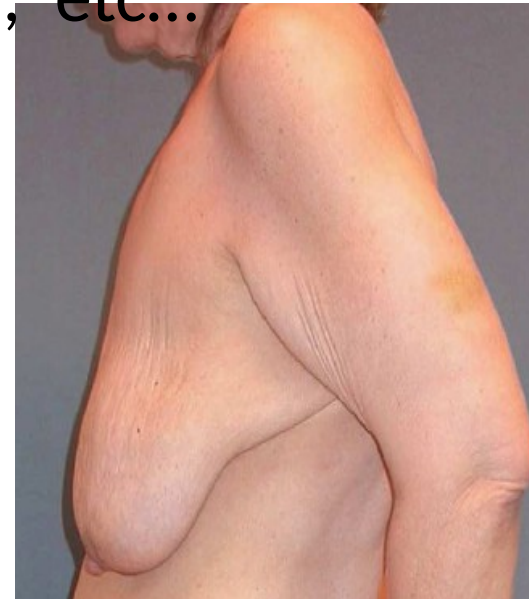


Techniques variées selon la région à corriger

- Abdomen, flancs et lombaire
 - Abdominoplastie+/- lipoaspiration, body-lift
- Seins:
 - Mastopéxie, augmentation ou réduction
- Autres:
 - Brachioplastie, cruroplastie, lifting, lipostructure

Par quelle région commencer ?

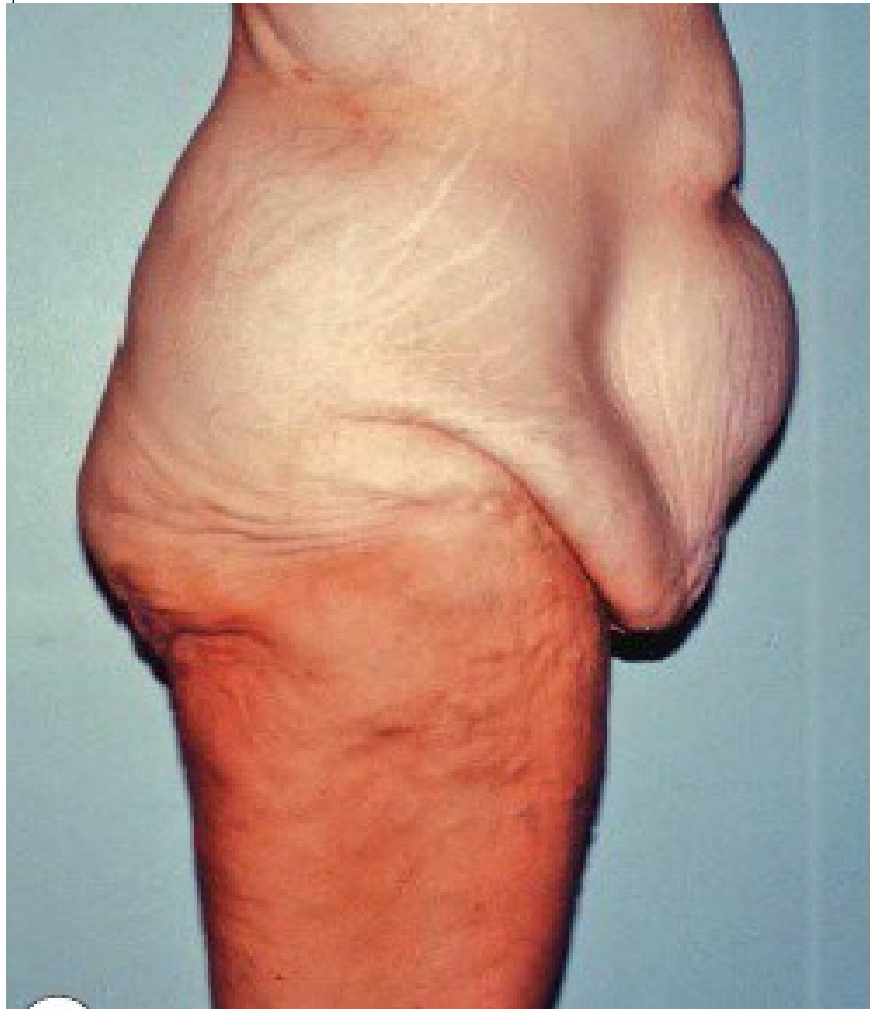
- D'abord l'endroit le plus gênant
 - L'abdomen : 90 % des cas, gêne physique
 - les seins : gêne psychologique
 - Puis autres régions : cuisses, bras, visage, etc...



1. La chirurgie correctrice de l'abdomen

- **Abdominoplastie**: technique de remodelage (peau; graisse; sangle musculo-aponévrotique)
- Répondre aux bases anatomiques de la paroi (constitution, fonction et esthétique)
- Souvent précédée d'une lipoaspiration **MAIS éliminer éventuelle hernie ou éventration**

Levitation après chirurgie bariatrique

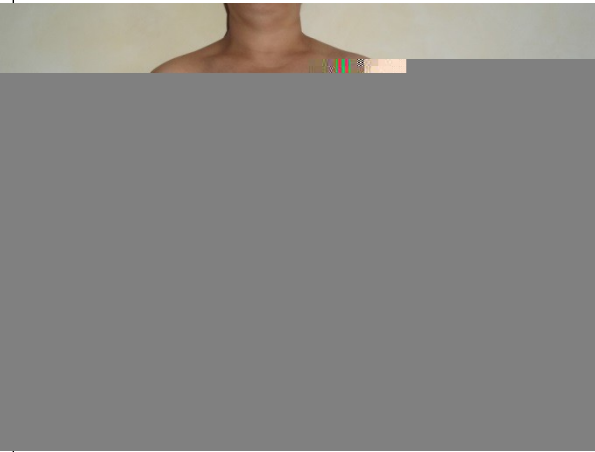


1. La chirurgie correctrice de l'abdomen

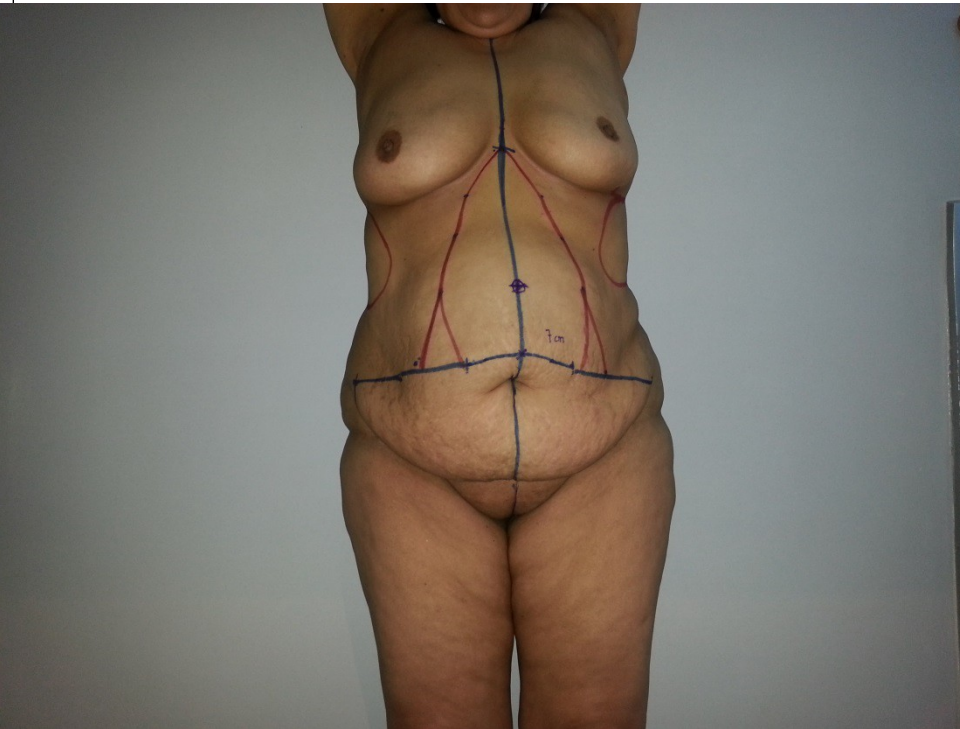
- 👉 Préparation: rasage, bains antiseptiques, bas de contention+++
- 👉 Marquage pré-op :
 - 👉 Repères
 - 👉 Incisions
 - 👉 Décollement
 - 👉 Néo-ombilic
- 👉 Prise de photos différentes positions



Appréciation de l'excédent cutanéograsseux



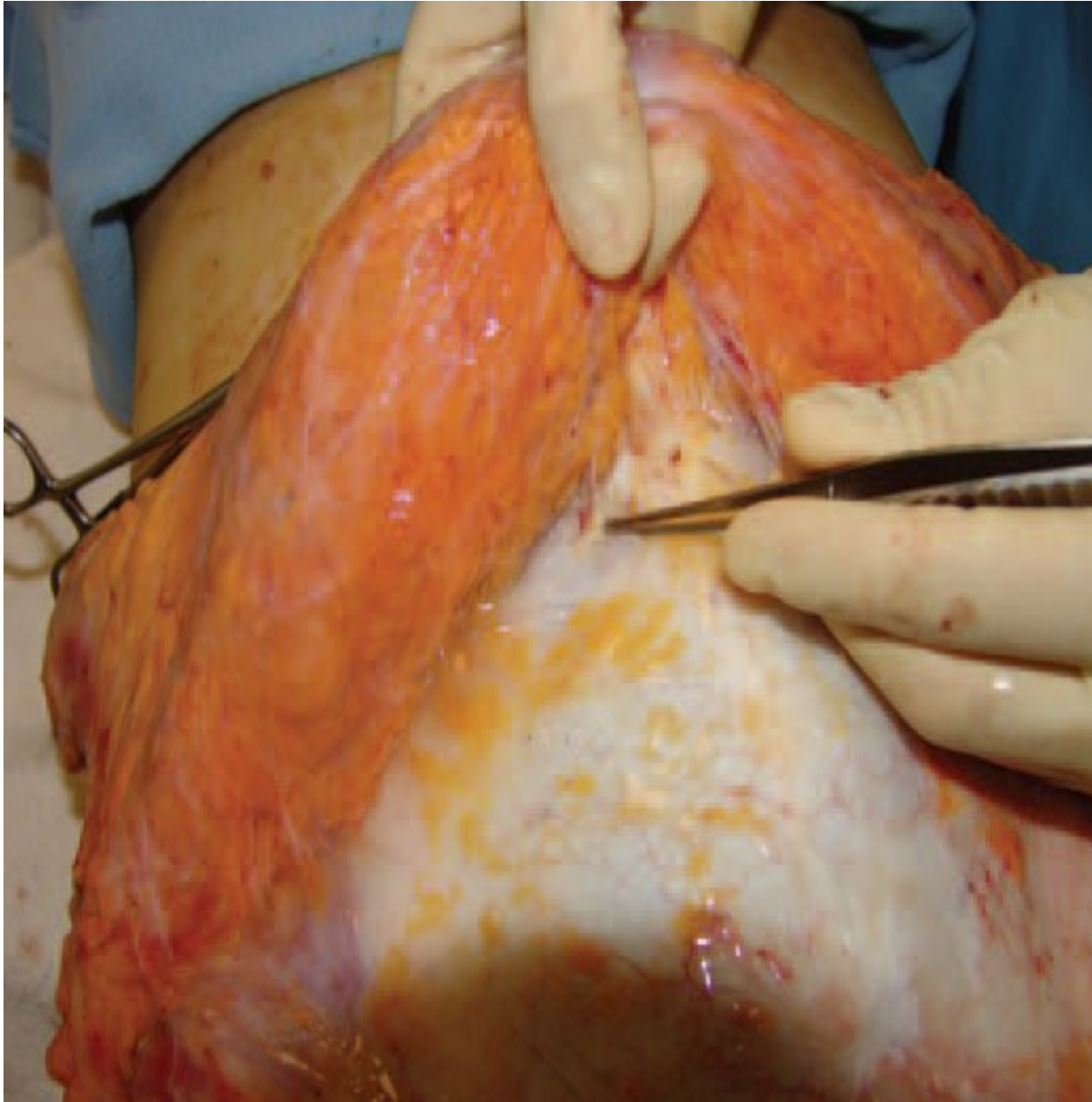
Marquage des incisions, néoombilic et décollement



Technique chirurgicale



Technique chirurgicale



Technique chirurgicale



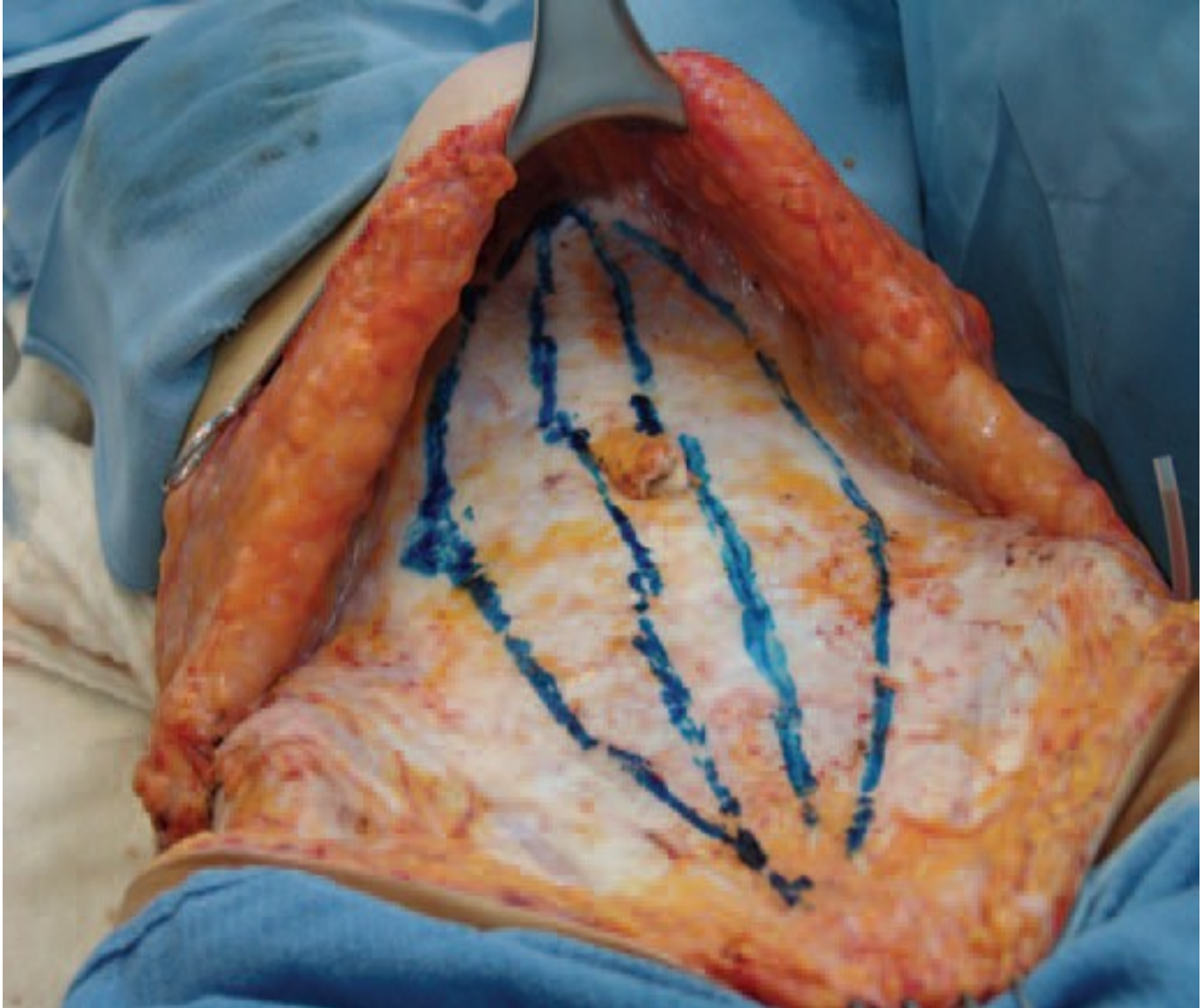
Technique chirurgicale

Fine Couche grasseuse (lymphatique)



Technique chirurgicale

Repérage des bords internes des droits



Technique chirurgicale

Cure d'éventuelle hernie et éventration +
Raphie musculo-aponévrotique

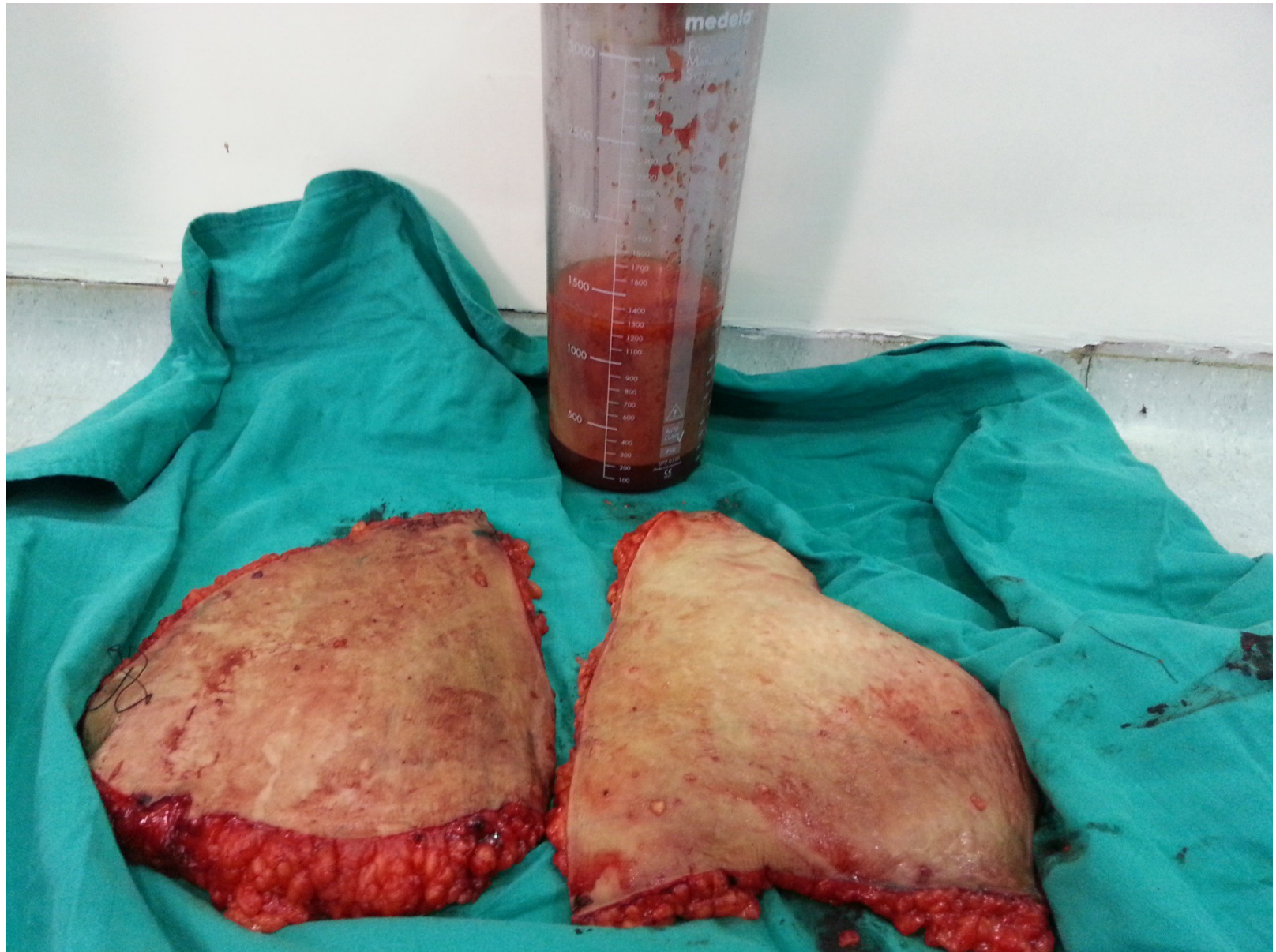


Technique chirurgicale

Evaluation de l'excédent cutanéograisseux



Technique chirurgicale



Technique chirurgicale

Dermolipectomie en quille de bateau



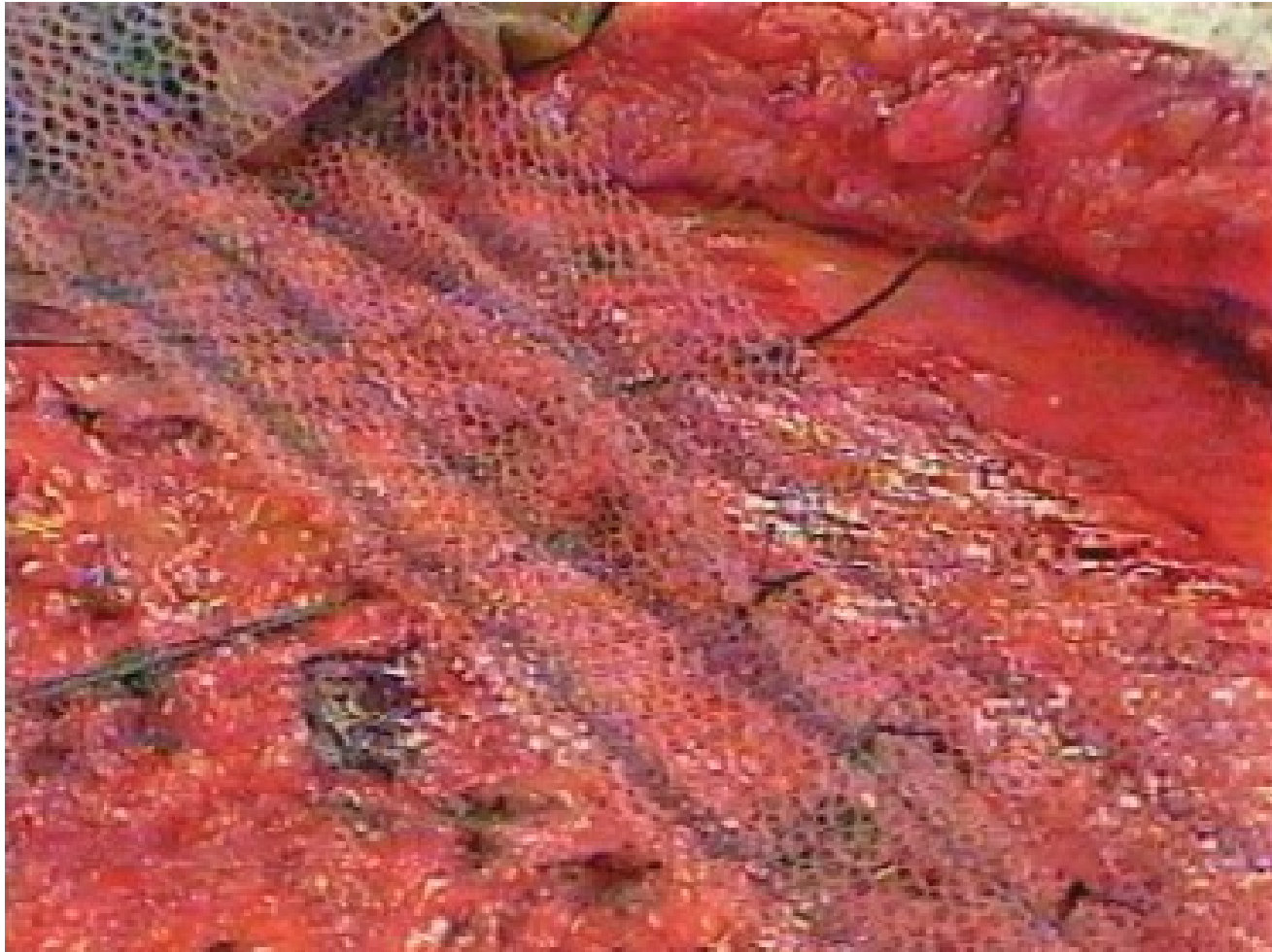
Technique chirurgicale

Excision en quille de bateau



Technique chirurgicale

Renforcement de la sangle musculoaponévrotique par plaque



1. La chirurgie correctrice de l'abdomen

A NE PAS omettre chez l'obèse

1. *Peau très distendue de mauvaise qualité:*

☞ Cicatrice longue (cônes cutanés latéraux)

2. *Une récurrence quasiment constante de l'excès cutané*

3. *L'excès sus-ombilical « en bouée »:*

- Technique à haute tension supérieure
- Abdominoplastie inversée ;

1. La chirurgie correctrice de l'abdomen

A NE PAS omettre chez l'obèse



*Allonger la cicatrice en latérale
prévention des cônes cutanés latéraux*

1. La chirurgie correctrice de l'abdomen

A NE PAS omettre chez l'obèse

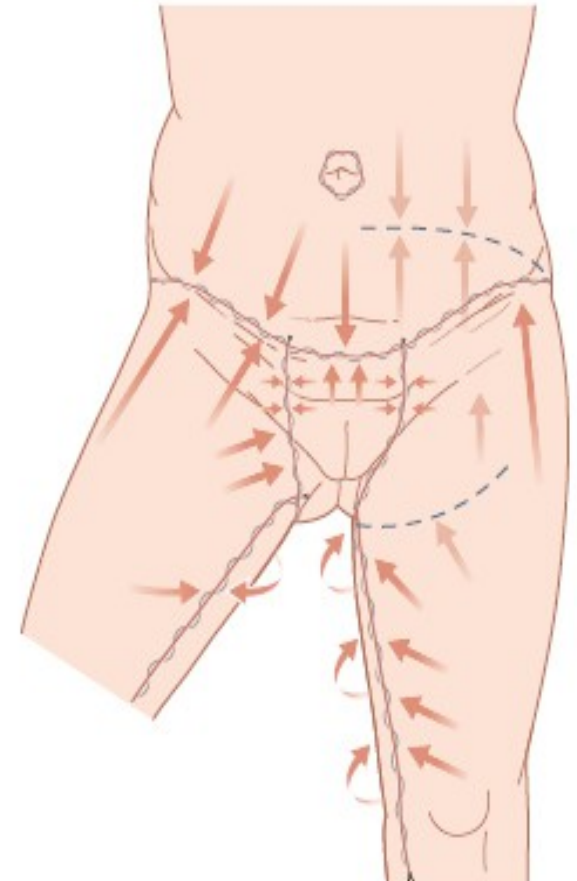


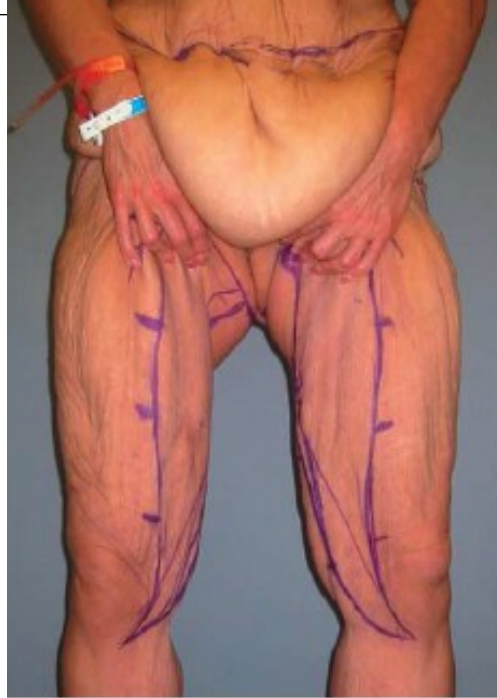
Récidive de l'excès cutané

1. La chirurgie correctrice de l'abdomen

Le body-lift

- Lifting concentré vers la culotte
- Autrefois peu pratiquée :
 - Rançon cicatricielle
 - Durée ↑ ↑ ↑
 - Suites lourdes
- Actuellement, une nouvelle technique
body-lift remodelant avec haute tension latérale
 - 👉 Durée ↓ ↓ ↓
 - 👉 Fermeture de tous les espaces morts,





1. La chirurgie correctrice de l'abdomen

A NE PAS omettre chez l'obèse

- Épanchements +++ (*hématome, sérome*)
 - ☞ Respect des gros troncs lymphatiques
 - ☞ Capitonage des espaces morts
 - ☞ Lipectomie «in situ» (la région sus-ombilicale exclue).

Hématome



1. La chirurgie correctrice de l'abdomen

A NE PAS omettre chez l'obèse

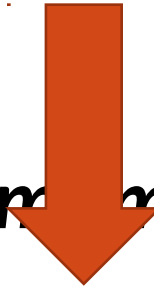
- les pertes sanguines ↑ ↑
 - Hémostase +++
 - infiltration hémostatique
 - Geste rapide et précis
- Les accidents thrombo-emboliques
 - contention des mollets peropératoire,
 - héparine de bas poids moléculaire,
 - lever précoce, kinésithérapie postopératoire immédiate, ...

2. La correction des difformités mammaires



2. La correction des difformités mammaires

- La perte sévère de volume et de l'élasticité cutanée



déformations mammaires importantes

- les techniques de correction diffèrent de la mastopexie classique

2. La correction des difformités mammaires

- Asymétrie très significative
- Incongruence du volume et de l'étui cutané
- médialisation des mamelons
- Prolongement axillaire+++



2. La correction des difformités mammaires

Evaluation pré-opératoire

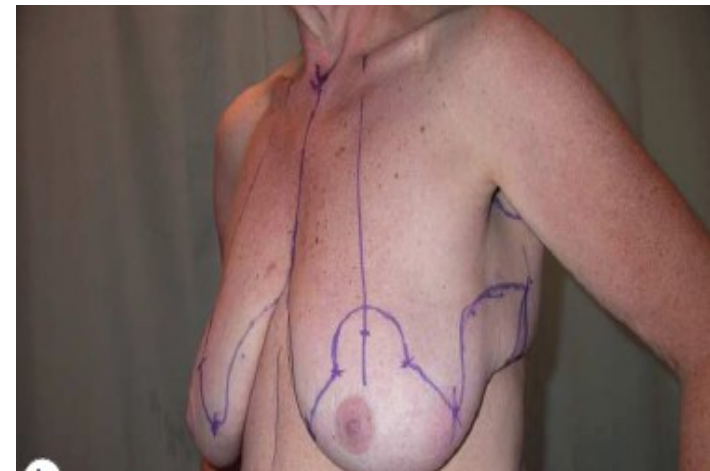
- Poids stable
- Contre indications à la chirurgie (absolues et relatives)
- Examen clinique et catégorisation +++
 - L'hypertrophie graisseuse avec ptôse
 - La ptôse avec sein déshabité
- Photographies + Mammographie+++
- Consentement éclairé

2. La correction des difformités mammaires

Marquage pré-opératoire

● Choix de la technique:

- Conservation de la PAM
- Résection importante (peau, glande)
- Cicatrice
- La plus maîtrisée+++



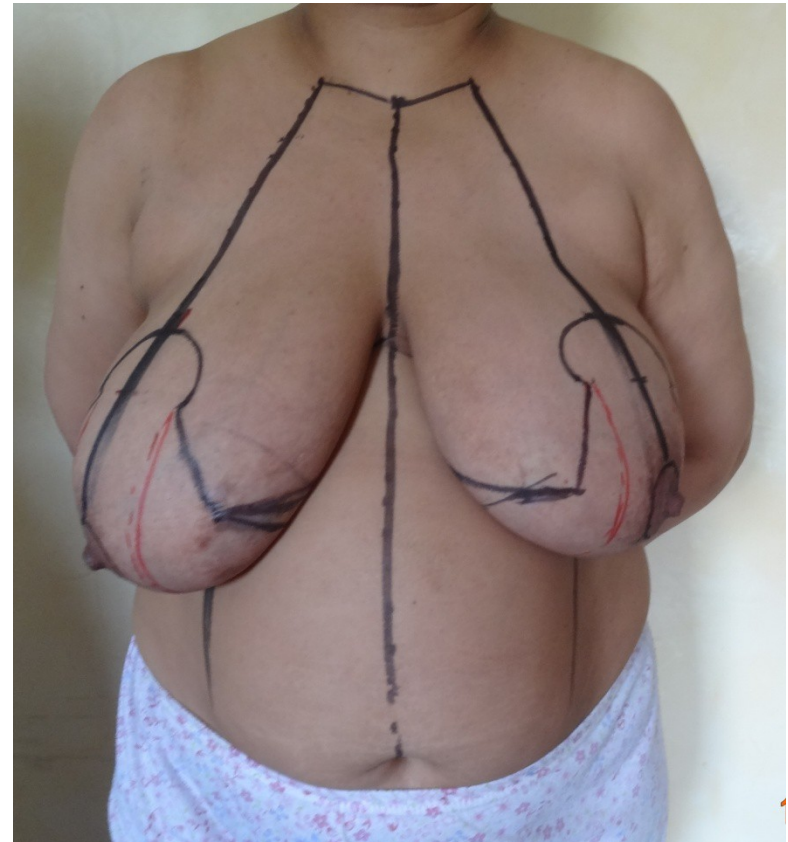
2. La correction des difformités mammaires

L'hypertrophie graisseuse avec ptôse

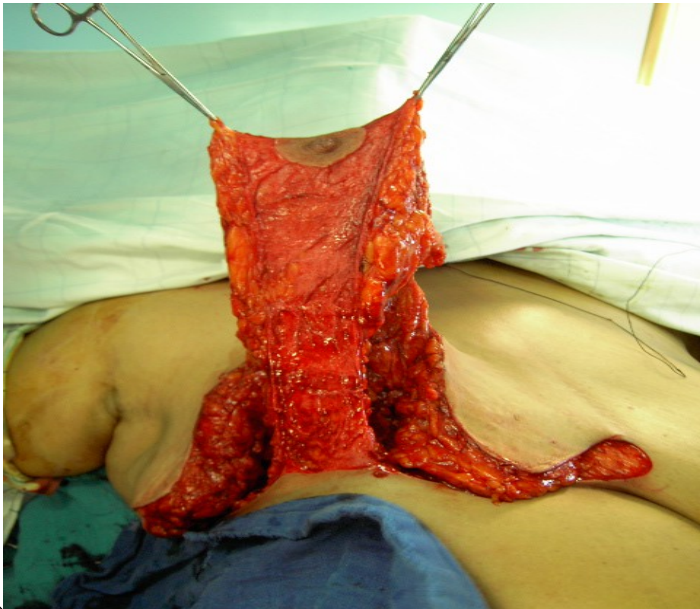
- Technique en «T inversé» +++
- Pédicule supérieur+++
- Autres sont possibles (latéraux, inférieurs et postérieurs...)



La technique la plus maîtrisée



L'hypertrophie graisseuse avec ptôse



2. La correction des difformités mammaires

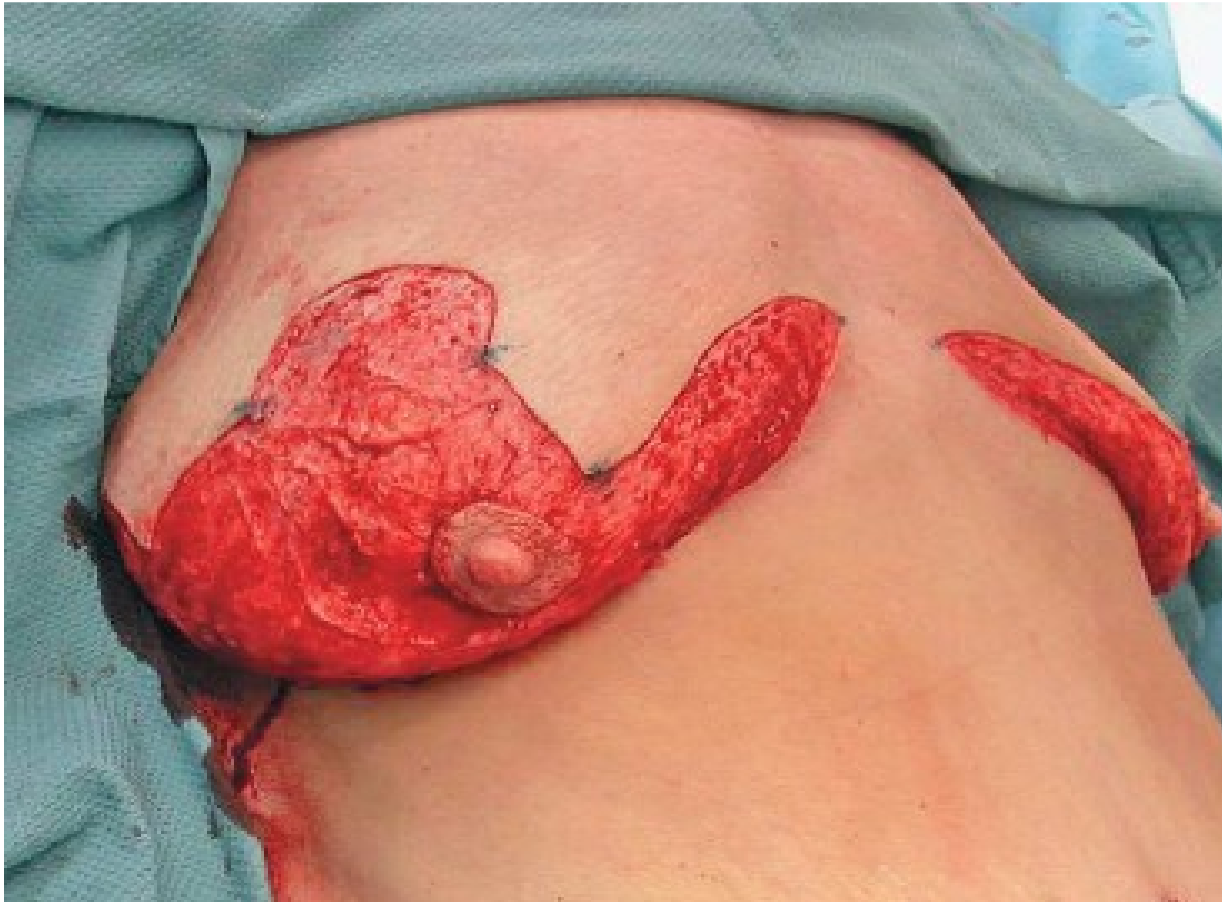
La ptôse avec sein déshabité

cure de ptôse
+
remise en tension du
S III par une cicatrice en T
inversé



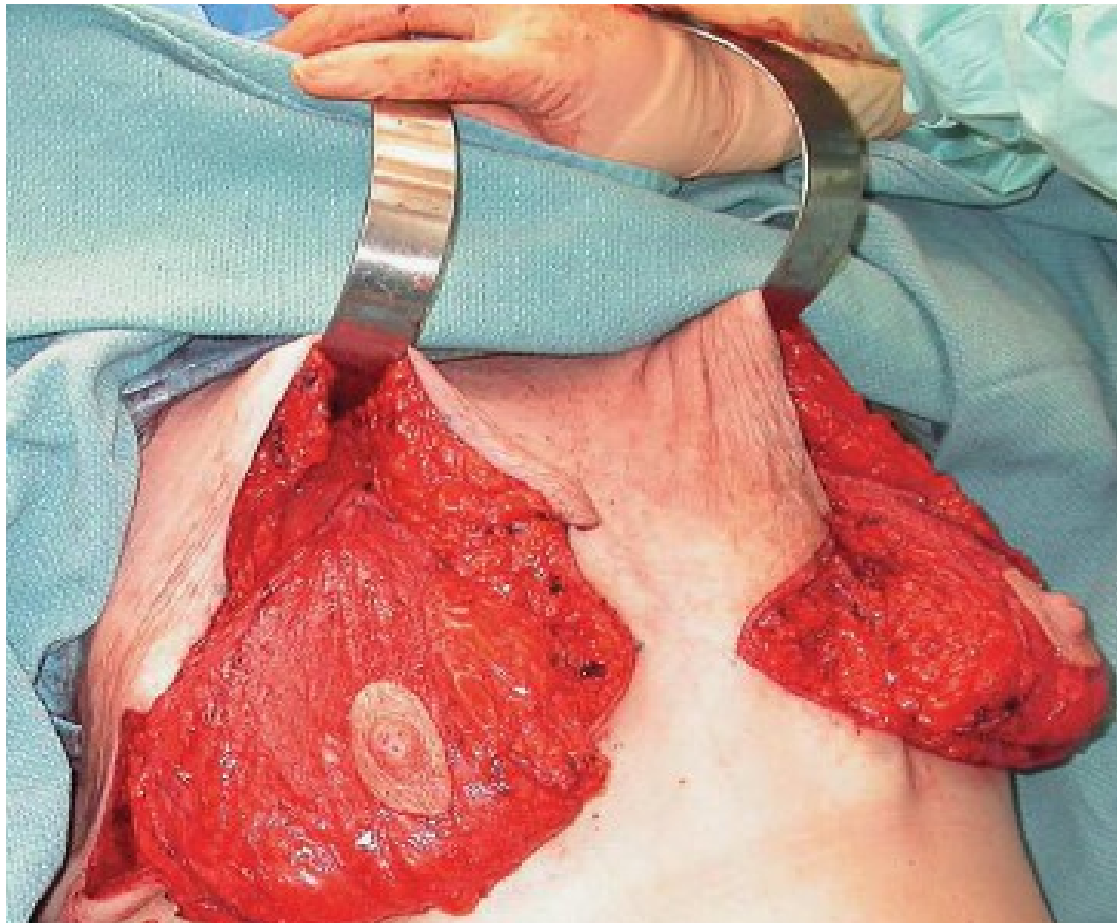
2. La correction des difformités mammaires

1. *Cure de ptôse + remise en tension du S III par une cicatrice en T inversé*



2. La correction des difformités mammaires

1. *Cure de ptôse + remise en tension du S III par une cicatrice en T inversé*



2. La correction des difformités mammaires

1. Cure de ptôse + remise en tension du S III par une cicatrice en T inversé



2. La correction des difformités mammaires

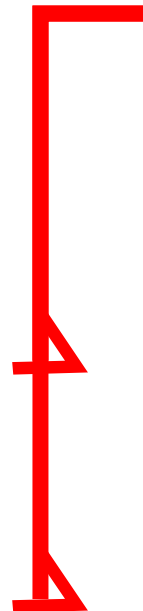
La ptôse avec sein déshabité



cure de ptôse

+

apport volumétrique

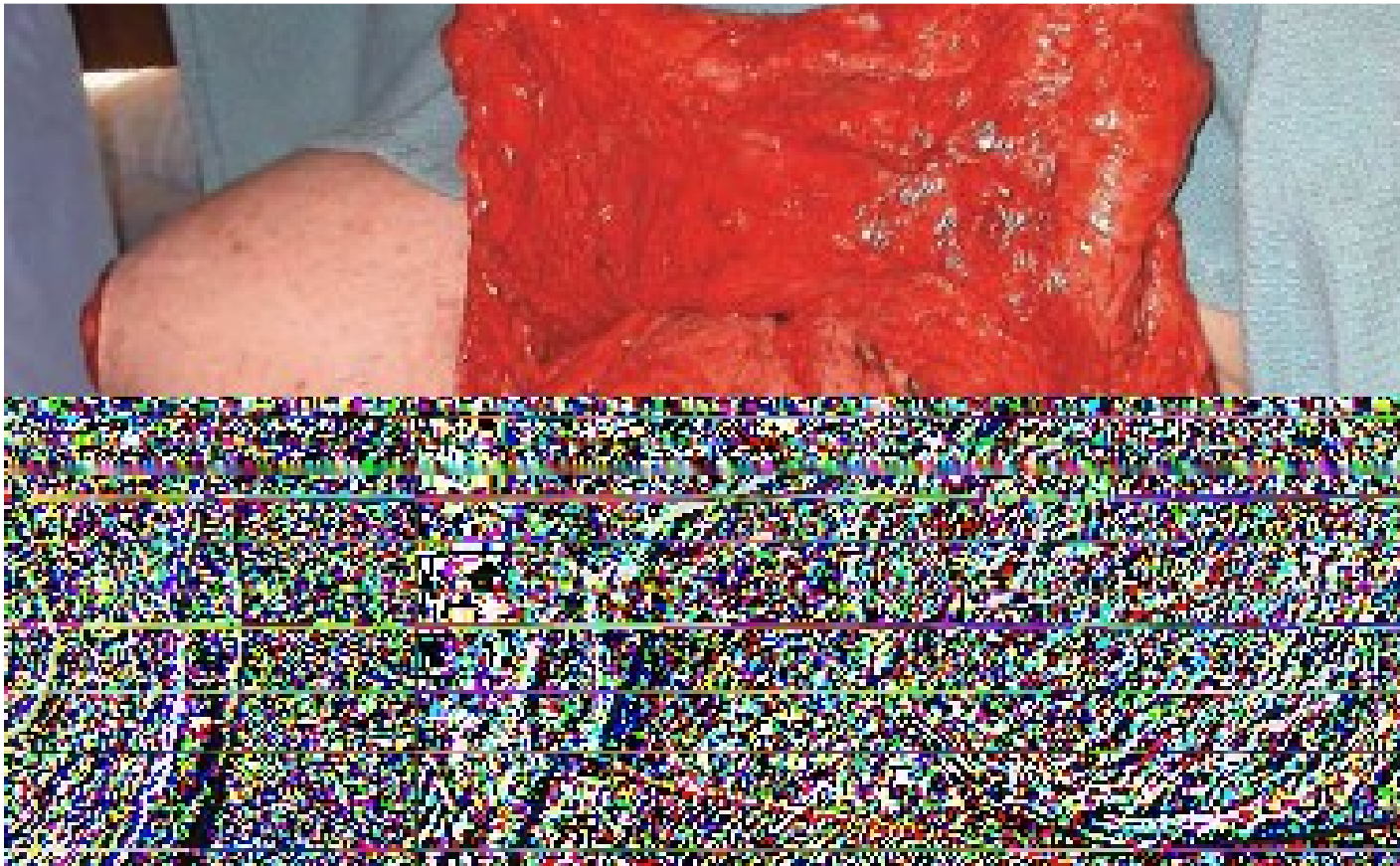


Par lambeau glandulaire

Par prothèse en rétroglandulaire

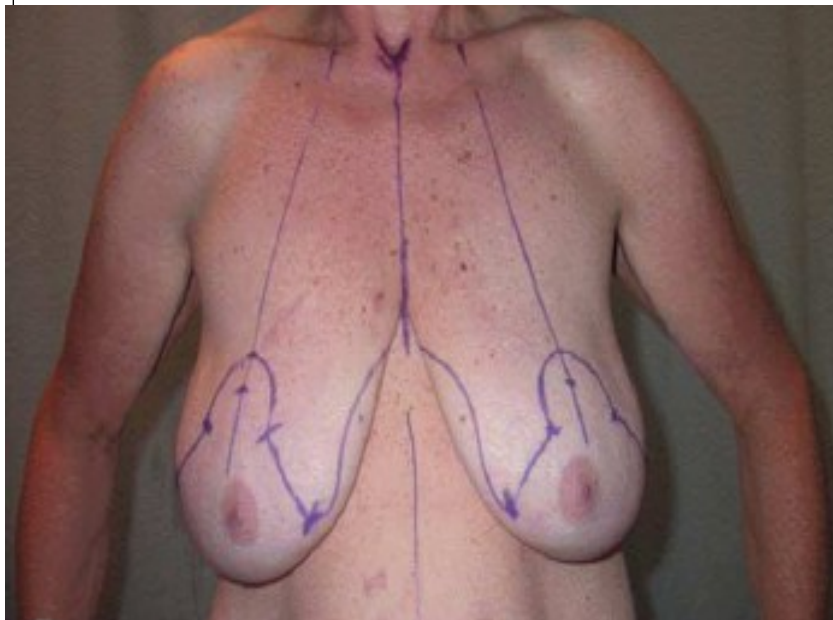
2. La correction des difformités mammaires

2. *Cure de ptôse + apport volumétrique par lambeau glandulaire*



2. La correction des difformités mammaires

2. *Cure de ptôse + apport volumétrique par lambeau glandulaire*



3. La chirurgie correctrice des cuisses et des bras

Les cuisses

- Lifting et liposuccion
- Déformation considérable et complexe
- Symétrie et esthétique optimale sont rares.
- Retard de cicatrisation prolongé, et séromes.
- **Préoccupations:**
 - ☞ distorsion de la vulve
 - ☞ Thrombophlébite +++

3. La chirurgie correctrice des cuisses et des bras

Les cuisses

Les non candidats

- Les maladies chroniques décompensées
- Les maladies cardio-vasculaires
- Le syndrome post-phlébitique,
- Le lymphoedème

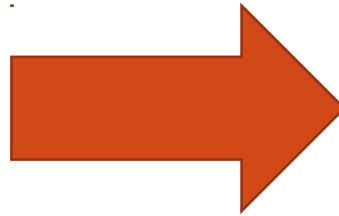
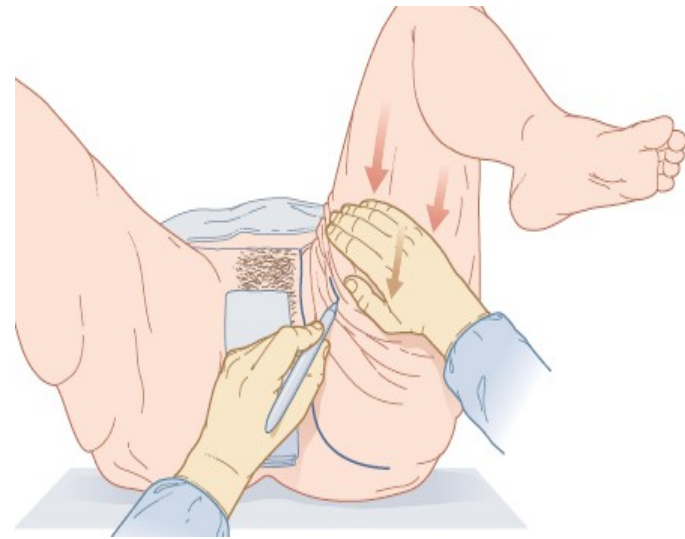
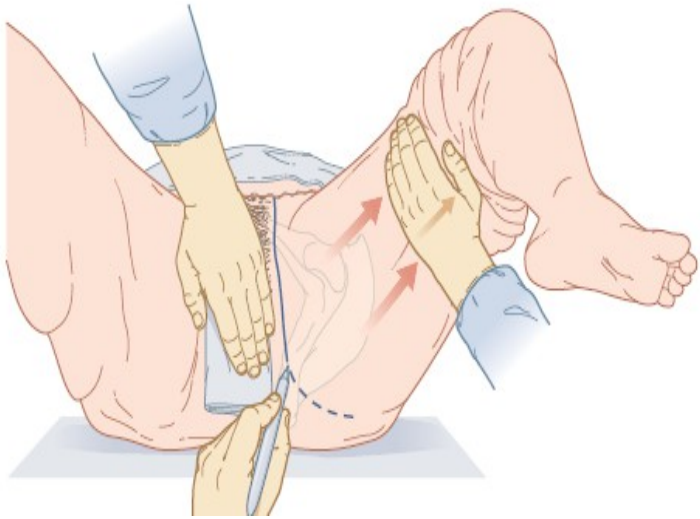
3. La chirurgie correctrice des cuisses et des bras

Les cuisses

Les cas modérés

- Excès de peau à la moitié supérieure
- Cicatrice horizontale
- Excision jusqu'à 15 cm de hauteur
- Migration cicatricielle et béance vulvaire

 **AMARRAGE PROFOND**



3. La chirurgie correctrice des cuisses et des bras

Les cuisses

Les cas sévères

- Lipoaspiration
- Excision cutanéograsseuse en largeur et en longueur
- Cicatrice en « L inversé » ou en « T » assez visible



3. La chirurgie correctrice des cuisses et des bras

Les cuisses

Les cas sévères



3. La chirurgie correctrice des cuisses et des bras

Les bras

- On distingue:
 - Excédent graisseux isolé
 - ☞ Lipoaspiration ± excision
 - Excédent cutanéograsseux
 - ☞ Lifting ± liposuccion



3. La chirurgie correctrice des cuisses et des bras

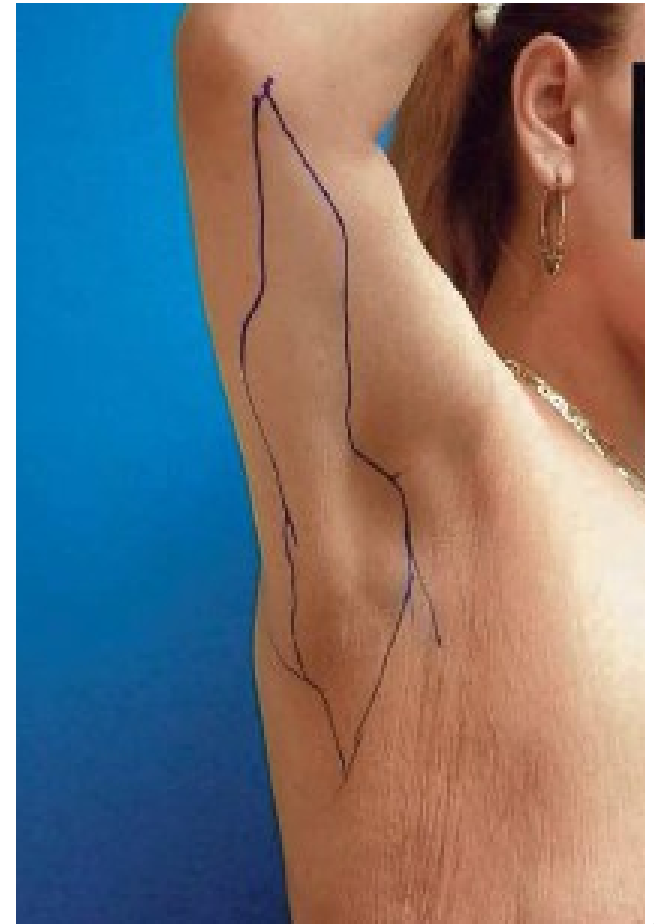
Les bras

- les plis brachiaux internes minimales

- ☞ lifting à cicatrice horizontale discrète.

- les plis modérés

- ☞ lifting à cicatrice résultante verticale

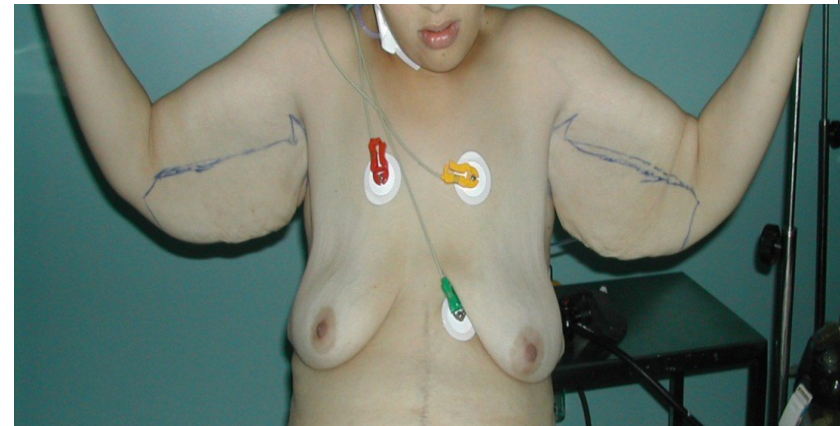


3. La chirurgie correctrice des cuisses et des bras

Les bras

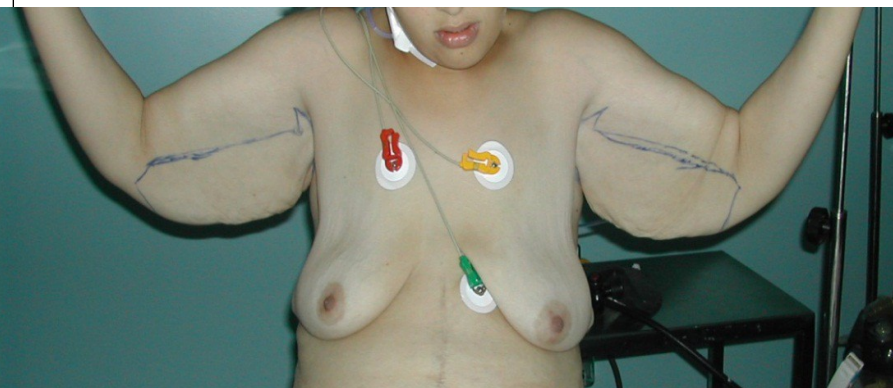
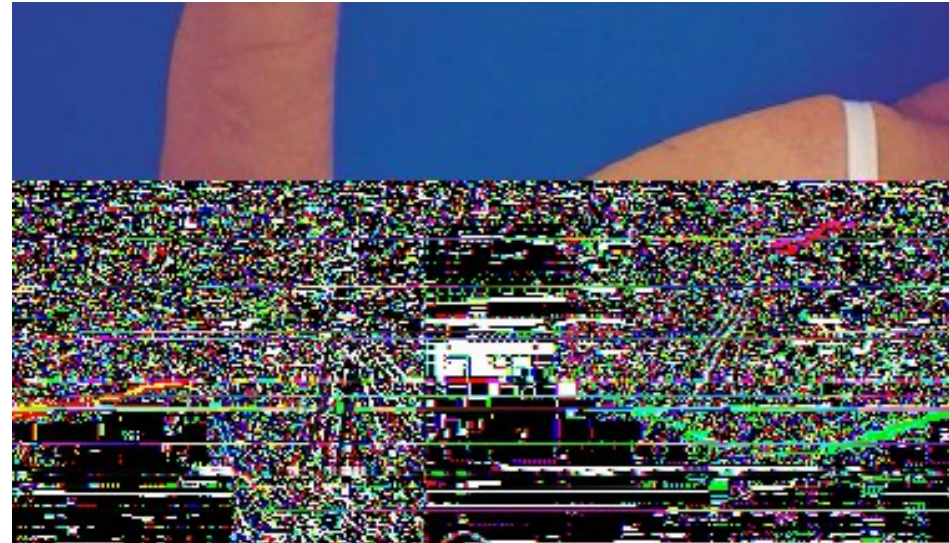
● Les plis importants

- ☞ dermolipectomie en « L inversé » ou « T »
- ☞ longue cicatrice brachiale interne (hypertrophie+++)
- ☞ liposuction souvent associée



3. La chirurgie correctrice des cuisses et des bras

Les bras



3. La chirurgie correctrice des cuisses et des bras

Les bras

Bras « en aile »

- 👉 dermolipectomie de type in situ (sans décollement ou enrroulement de derme).



4. Combinaison des procédures

- Plastie Abdominale + Plastie Mammaire + Lipo-aspiration du tronc ou cuisses.
- Plastie Abdominale + Lipo-Aspiration des flancs et des crêtes iliaques + Lifting-Lipo-aspiration des cuisses.
- Plastie Mammaire + Lifting-Lipo-aspiration des bras et lipo-aspiration du thorax.

IV- CAS PARTICULIERS

- 1. CHIRURGIE PLASTIQUE DES
SURCHARGES LOCALISEES
REFRACTAIRES**
- 2. CAS DE L'ADOLESCENT OBESE**

1. Les surcharges graisseuses localisées réfractaires

L'obésité localisée au bas du corps ne répondant pas à la diminution de l'apport calorique.



Pas de place aux gastroplasties

la lipo-aspiration est le traitement salvateur **MAIS >> 6 litres!!!**

Lipoaspiration



Lipoaspiration



2. Cas de l'adolescent obèse

- Demande fréquente: en cours d'amaigrissement; un refus de poursuite du traitement.
- **Les dermolipectomies:**
 - ☞ Habillage correcte au prix de cicatrices très hypertrophiques
 - ☞ Amélioration physique et mentale si un amaigrissement stable et une maturité psychique
- **Les lipo-aspirations:** améliorations et attendre un état psychologique plus mûr

CONCLUSION

- Chez l'obèse, la chirurgie de la silhouette ne peut être de mise qu'au stade des séquelles d'une réduction des apports caloriques
- l'arsenal technique est riche mais obéît à des règles strictes et bien codifiées
- une prise en charge multidisciplinaire est le seul moyen pour éviter les complications et pérenniser les résultats

MERC

I