

Quoi que l'on fasse, il y a des limites à cette rétraction :

- la quantité : une quantité trop importante répartie sur un trop petit diamètre par rapport à la hauteur aura du mal à se redraper (loi de la rétraction de la peau de l'auteur, cf supra) ;
- la qualité de la peau quoi que l'on fasse, compte et demeure incontournable. Toute technique a ses limites : c'est là où s'arrêtent les possibilités de l'aspiration simple que sont indiqués les procédés combinés avec une plastie cutanée (cf infra) ;
- un travail trop sous-dermique risque de léser la vascularisation et le système « accordéonique » ;
- de toute façon, les tenants de l'aspiration superficielle, qui avaient débuté avec une aspiration vraiment sous-dermique, sont eux-mêmes revenus à une « profondeur raisonnable », et tout le monde s'accorde sur une épaisseur restante d'environ 4 à 5 mm.

Technique de suppression du capiton

La persistance de l'aspect cellulitique après aspiration est irritante pour le chirurgien, pour les patientes surtout. L'auteur a décrit depuis longtemps dans ses chapitres histologiques les causes de cet aspect cellulitique dû aux retinacula cutis qui existent principalement chez la femme.

Certains auteurs (Luis Toledo) ont conçu une canule très fine (2 mm) terminée en fourche assez tranchante pour couper très en surface les retinacula cutis responsables du phénomène du capiton et ainsi supprimer ce défaut.

Cette idée qui, sur le papier, est intéressante paraît plus théorique que réelle.

- Pour obtenir un résultat probant, il faudrait couper tous les retinacula cutis qui sont souvent des cloisons porte-vaisseaux. Il est difficile de dire que l'on respecte les vaisseaux pour ensuite s'ingénier à les couper.
- D'autre part, il semble que ces cloisons se reforment facilement. Les chirurgiens connaissent tous les adhérences éminemment récidivantes.
- Pour pallier peut-être cet inconvénient, il a été proposé, une fois les cloisons tranchées, de réinjecter de la graisse dans cet espace pour créer du tissu fibreux et ainsi éviter le « reclouonnement ».

Toutes ces idées sont très ingénieuses et font part du désir louable de raffiner encore plus la technique d'aspiration et d'en reculer les limites. Malheureusement, une fois l'œdème postopératoire disparu complètement (parfois plus de 6 mois), le capiton et les défauts de surface préexistants réapparaissent.

L'explication de cet échec est la pathogénie de ce « fameux cloisonnement » qui est d'origine hormonale :

- seules les femmes, même maigres, ont ce phénomène ;
- les hommes, même gros, n'en ont pas, sauf déficience androgénique ou injection d'œstradiol dans les carcinomes de la prostate ou chez les travestis ou transsexuels qui désirent une morphologie féminine ;
- a contrario, les femmes subissant un traitement aux androgènes ou ayant une tumeur virilisante, voient ce phénomène s'atténuer jusqu'à disparaître ;
- l'auteur a mis en culture des adipocytes humains qui grossissent plus et plus vite dès l'adjonction de bêtaœstradiol.

Technique des croisements

La technique des croisements a pour but de faire une résection grasseuse « théoriquement » plus régulière. Tout travail en éventail, en effet, risque, surtout à la périphérie, de laisser des travées grassieuses.

Ce schéma, vrai sur le papier, n'est plus tout à fait exact dans la réalité, car :

- on ne repasse jamais pratiquement dans le même tunnel ;
- sciemment ou non, on croise les tunnels par la même incision.

Les croisements peuvent donc se faire par deux techniques, par une incision unique en changeant la direction des tunnels, ou par plusieurs incisions.

Nous en verrons les limites et les dangers dans les complications.

Décollement périphérique discontinu non aspiratif (fig 12)

Nous avons vu plus haut que le « complexe peau-tissu cellulaire sous-cutané » avait un pouvoir de rétraction :

- sur un plan bidimensionnel, en surface, d'environ 10 % ;
- sur un plan tridimensionnel, en volume, la loi de la rétraction de la peau : $H = ou < 1/2 R$ c'est-à-dire que le diamètre (ou plutôt la corde de la courbe) doit être au maximum 4 fois plus grand que la hauteur.

Ce qui fait que les bosses « très localisées » avec une hauteur relativement trop grande par rapport à leur diamètre risquent de donner un « excès de peau » par mauvaise adaptation et répartition de la peau sur le nouveau volume créé.

Le seul moyen de pallier cet inconvénient est d'agrandir le diamètre pour le rendre « relativement » proportionné à la hauteur et de faire des crevées périphériques sans aspiration autour du volume traité, ce qui fait gagner environ 20 % (cf fig 20).

Travail dégressif

La technique du « travail dégressif » est indiquée pour transformer un cylindre en « fuseau » ou à la « périphérie » d'une « bosse ».

Elle consiste à enlever de moins en moins de tissu grasseux au fur et à mesure que l'on remonte vers le « haut » du fuseau, au moment où il devient cylindrique, soit en prenant des canules de plus en plus fines, soit en faisant de moins en moins de tunnels avec la même canule.

Traitement opératoire des irrégularités

Lorsque le chirurgien s'aperçoit, ce qui est très important, soit spontanément, soit au cours des tests de contrôle, qu'il a fait une hypercorrection localisée à type de fossette ou de sillon, il doit essayer de corriger d'emblée ce défaut et tenter immédiatement certaines manœuvres.

Lipodestruction simple

Avec une canule fine pleine, à surface irrégulière pour être plus agressive (sorte de fil-de-fer barbelé, fig 10D), il faut s'appliquer à travailler les petites bosses restantes et les « ramollir » de telle façon qu'elles deviennent « modelables ».

Cette manœuvre peut être suivie par le *squeezing*.

Squeezing

Souvent le chirurgien, en fin d'intervention, en faisant les tests de contrôle, particulièrement les tests du « pincement » et du « pétrissage », trouve quelques zones localisées indurées, appelées des « nœuds » par les patientes en postopératoire.

Ces indurations correspondent soit à de petites infiltrations hémorragiques, soit à des zones « laissées intactes » entre les « mailles de filet » de la tunnellation. Un *squeezing* de ces nodules ou un pétrissage de la zone traitée donne de bons résultats.

LPG système (fig 12D, E)

Il existe actuellement un appareil que j'ai expérimenté et qui me donne satisfaction en fin d'intervention pour effectuer ce *squeezing* avec encore plus d'efficacité et de régularité. Cet appareil aspire et roule en même temps la peau et son tissu sous-cutané. En fin d'intervention, il est efficace non seulement pour « lisser » les petites irrégularités mais aussi pour évacuer les liquides restants, par des roulements concentriques à l'incision. Cet assèchement de la zone opératoire, avant la suture, diminue notablement les ecchymoses et les œdèmes postopératoires.

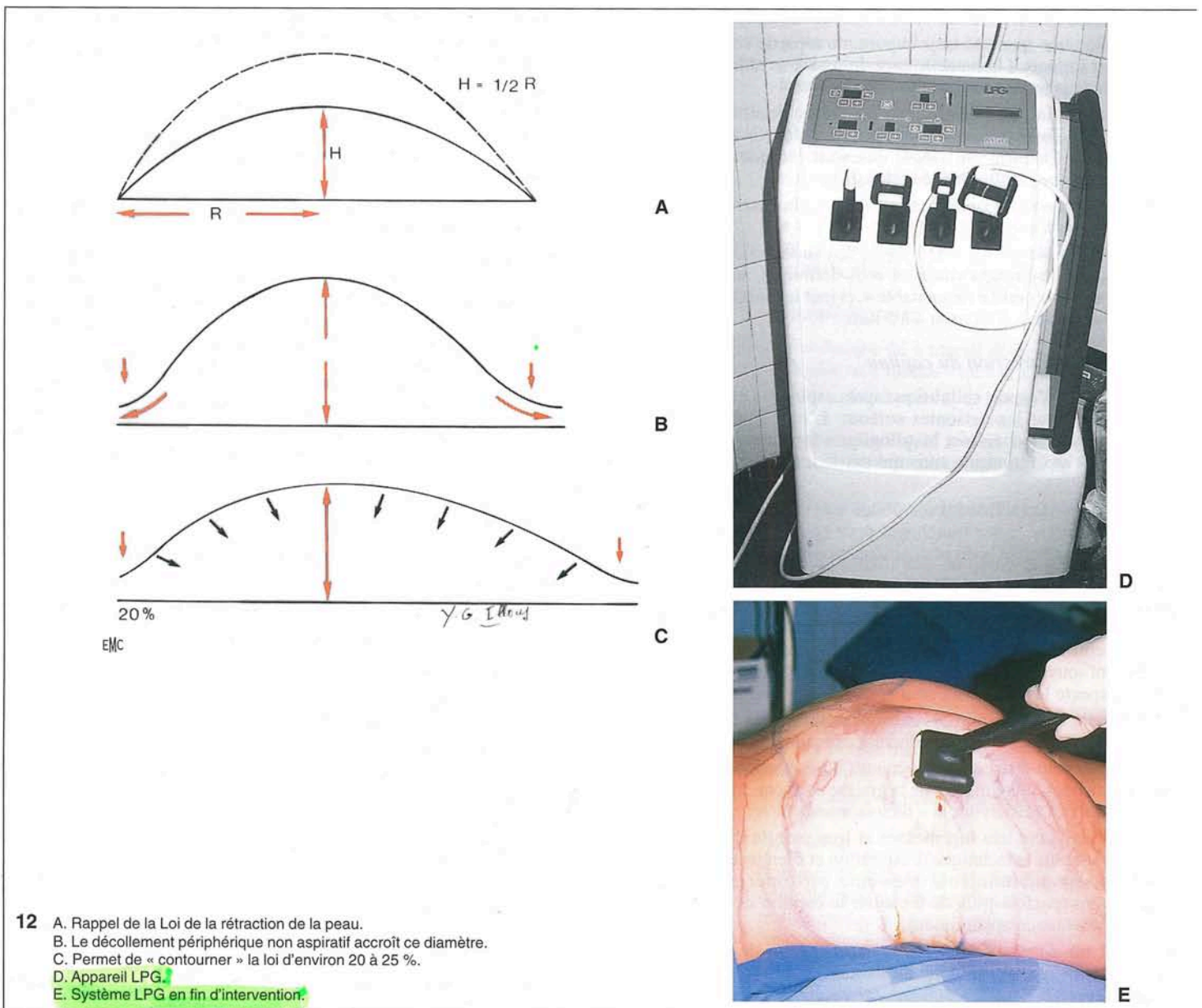
Réinjection de graisse extemporanée

Si, malgré toutes ces manœuvres, il persiste encore une ou plusieurs irrégularités, il ne faut pas hésiter à tenter la réinjection de graisse extemporanée, qui a toutes les chances de succès à ce stade.

Estimation du rapport graisse-liquide sanglant

Nous avons vu l'importance au cours de l'intervention de l'estimation de la graisse aspirée pour :

- comparer la quantité de graisse avec la préestimation faite avant l'intervention et agir en conséquence pour l'arrêt de l'aspiration ;
- préestimer la quantité de liquides de « remplacement » ;
- savoir la quantité de sang aspirée pour décider une réanimation éventuelle adéquate.



12 A. Rappel de la Loi de la rétraction de la peau.
 B. Le décollement périphérique non aspiratif accroît ce diamètre.
 C. Permet de « contourner » la loi d'environ 20 à 25 %.
 D. Appareil LPG.
 E. Système LPG en fin d'intervention.

Il y a trois façons de connaître ce rapport graisse-sang.

- Le lipocrite ou *fatocite* en anglais a été conçu en 1984 par le GRAZER (Newport Beach Californie, États-Unis) : en mettant dans un tube à hémocrite le « mélange » recueilli dans le bocal et en le centrifugeant, comme un hémocrite, on a très vite et très facilement le rapport graisse-liquide. Il est parfois plus simple de garder le bocal jusqu'à l'obtention naturelle d'une sédimentation qui donne, avec un délai de 1 à 2 heures, le même renseignement ;
- l'informatique qui est devenue obsolète ;
- perte de sang « cryptique ».

Mais il ne faut pas oublier d'estimer la perte du sang qui va « rester » dans les espaces morts créés par la canule ou qui aura « infiltré » les tissus : il faudra rajouter à la perte de sang visible 20 à 50 % de plus en fonction de l'intervention plus ou moins hémorragique.

La perte sanguine cryptique représente en pourcentage le double du pourcentage graisse-sang.

D'où l'intérêt d'une intervention « blanche » pratiquement non teintée de sang (moins de 5 %). Elle sera obtenue :

- par une large hydrotomie adrénalinée (cf supra) ;
- par le choix d'instruments non tranchants et de « petit diamètre » ;
- par la manière douce de se servir de ces instruments (comme un archet de violon jouant en *lento* et non en *pizzicati*) ;
- en n'insistant pas « dans le même tunnel » ;
- en passant à un autre « tunnel » dès l'apparition de la moindre goutte de sang ;

- en ne repassant jamais dans une zone déjà « travaillée » et s'il persiste une trop grande épaisseur, en aspirant dans un autre plan plus superficiel ou plus profond.

Suture et pansement

L'intervention est terminée. Il faut suturer la ou les incisions, nettoyer le champ opératoire et faire le pansement. Certains « lavent » et pulvérisent du « tissu-collé » à l'intérieur de la « cavité », ce qui n'est valable que si l'on fait une cavité et non des « tunnels ».

Le drainage n'est utile que dans les cas hémorragiques ou importants.

Le pansement consistera en des bandes collées semi-circumférentielles qui sont « sur mesure » et très compressives mais douloureuses à enlever ou bien des « panty » qui sont confortables et faciles à enlever (fig 1).

Suites et soins postopératoires

Suites immédiates et déroulement habituel

Les suites opératoires sont en général simples, les complications étant l'exception mais, avec la diffusion du procédé et sa popularisation exagérée, tendant à faire croire que cette technique est facile et peut être pratiquée universellement sans danger, elles risquent de devenir plus fréquentes et surtout beaucoup plus graves, comme nous le verrons plus tard.

Les suites normales sont dominées par l'œdème, les ecchymoses et la lipodestruction.



13 Figure d'un panty de compression (ici le modèle Body) dont le taux de compression est inférieur à la pression veineuse tout en étant efficace (Medical Z).

Les ecchymoses vont disparaître en 3 semaines.

La diminution d'épaisseur sera la conjonction de trois phénomènes qui demandent environ 3 mois :

- la disparition progressive de l'œdème ;
- la résorption de la lipodestruction ;
- la rétraction cicatricielle.

Soins postopératoires

• Liquides de remplacement

Si l'opération a été bien conduite, avec une large hydrotomie, cette opération va être une opération presque blanche et seuls les liquides de remplacement seront nécessaires à partir d'une résection de 1500 mL : il faut remplacer en liquides pendant l'intervention la même quantité plus la moitié en préopératoire et une autre moitié en postopératoire.

La balance électrolytique change peu.

Les transfusions devraient être exceptionnellement nécessaires quand on prend les deux précautions que sont une hydrotomie adrénalinée et une résection ne dépassant pas 10 % du poids corporel et au maximum une unité de sang ; au-dessus de cette limite, prévoir une « transfusion autogène ».

• Douleurs et antalgiques

Les antalgiques sont souvent nécessaires au réveil, de moins en moins chaque jour.

Il faut éviter ceux qui contiennent de l'aspirine.

• Antibiotiques

Ils ne sont pas nécessaires à titre systématique mais dans certains cas « laborieux ».

• Alcool postopératoire

L'administration d'alcool intraveineux postopératoire, à titre de prévention contre les « embolies graisseuses » est très controversée.

• Surveillance de la patiente

Localement : le pansement. L'état général est aussi à surveiller jusqu'à la sortie de la patiente.

Contrôle au septième jour et physiothérapie

La patiente est revue au septième jour. Lui expliquer :

- que les ecchymoses vont disparaître après 2 ou au maximum 3 semaines après l'intervention. Qu'il ne faut aucune exposition au soleil, ni aux ultraviolets jusqu'à disparition complète de ces ecchymoses ;

- que l'œdème disparaît avec la règle « générale » (variable suivant les régions et les individus) :

- 1 mois pour « voir » 50 % des résultats ;
- 2 mois, 75 % ;
- 3 mois 100 %, mais beaucoup plus loin parfois pour les parties déclives (jambes, chevilles) ;

- que les dysesthésies vont disparaître dans un délai de 3 à 6 semaines. Pour écourter cette période et pour désangoisser la patiente, la physiothérapie est utile à type d'effleurages, de pressothérapie et d'ultrasons, de drainage lymphatique et surtout du nouveau système LPG qui, en postopératoire, a des résultats que les patientes trouvent bons dans 80 % des cas. Ce système nécessite trois séances par semaine de 40 minutes chacune pendant 4 à 5 semaines, l'idéal étant 14 séances. On « pétrit » la zone avec le rouleau de la machine. Pour éviter de traumatiser la peau, il faut créer un « glissement », soit par le port de bas ou panty, soit par un gel glissant mis au point par Medical Z.

Contrôle au premier mois

On fera un bilan provisoire.

Contrôle du troisième mois : résultats définitifs dans la plupart des cas

C'est l'heure du bilan et des photos postopératoires avec un indice de satisfaction de 85 % dans la statistique de l'auteur.

Complications chirurgicales

Les complications chirurgicales sont rares ou tout au moins devraient l'être : sur 15 000 patientes regroupées :

- hématomes : 1 % ;
- infections locales : 0,5 % ;
- générales : 0 % ;
- lymphorées : 1,3 % ;
- hémorragies simples, locales sans gravité : 1 % ;
- hémorragies graves : 0 % ;
- nécroses cutanées : 0 % ;
- embolies pulmonaires mortelles : 1 cas.

Il a été signalé des cas graves

— *Shock et crush syndrome* avec oligoanurie ayant nécessité une réanimation massive ;

— des septicémies la plupart du temps par anaérobies, dues à la cicatrice trop près de l'anus, à un manque de stérilité ou à une infection extérieure ;

— quelques exceptionnels cas d'embolies graisseuses que la théorie chimique du stress (en libérant une importante quantité de triglycérides libres) pourrait expliquer. On ne peut qualifier de véritable embolie graisseuse qu'un syndrome associant une détresse respiratoire avec une lipidurie. Seule la lipidurie signe la véritable embolie graisseuse qui nécessite une réanimation importante ;

— les embolies par thrombose ne se voyaient que dans les procédés combinés tels qu'abdominoplasties. Depuis l'apparition des pansements circulaires tels les pantys trop serrés, elles sont apparues et peuvent de ce fait devenir redoutables.

Un panty, qui a l'avantage d'être facile à mettre et à enlever, présente deux problèmes : s'il n'est pas assez compressif, il est inefficace, s'il est trop compressif, il provoque une stase veineuse qui peut générer des thromboses et des embolies. Pour éviter ces deux écueils, sa pression doit être comprise entre 18 et 24 mmHg, chiffre de la pression veineuse, l'optimum étant 21 mmHg. Une seule compagnie actuellement a réussi à trouver cet équilibre de compression, Medical Z, dont le panty n'a jamais induit chez mes patients de thromboembolies. De toute façon, par prudence, je recommande d'utiliser les pantys de la façon suivante :

- ne jamais mettre un panty sur une patiente endormie, en salle d'opération, car elle ne peut s'apercevoir qu'il est trop serré. Attendre le lendemain, ou elle peut le mettre elle-même. Il faut qu'il maintienne sans serrer, sinon prendre un panty de plus grande taille ou fendre le panty aux endroits « gênants » ;