

Chirurgie post-bariatrique : Une chirurgie qui n'a d'esthétique que le nom

Could Breast Remodeling after Bariatric Surgery be Reasonably Qualified as Aesthetic Surgery?

C Bruant-Rodier, F Bodin, T Schohn, C Dissaux

Service de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - 1, place de l'Hôpital - 67090 Strasbourg Cedex.

Mots clés

- ◆ Chirurgie bariatrique
- ◆ Amaigrissement
- ◆ Ptose
- ◆ Sein

Résumé

La correction des séquelles d'amaigrissement fait l'objet d'une demande croissante du fait de l'augmentation du nombre de cas d'obésité et du développement de la chirurgie bariatrique.

La perte de poids brusque et massive, loin de régler tous les problèmes, laisse une enveloppe cutanée démesurée aussi mal supportée que les anciennes rondeurs.

Des chirurgies itératives de redrapage cutané sont proposées, abdominoplasties ou bodyliftings, brachioplasties ou plasties des cuisses. Toutes sont soumises à une entente préalable avant prise en charge sécurité sociale.

Les seins sont souvent très abîmés, vidés et affaissés, mais ils seront les seuls dans ce paysage de grand amaigrissement, à être considérés comme de la chirurgie esthétique pure aux frais du patient.

Cette chirurgie qui associe cure de ptose et augmentation de volume chez la femme, est techniquement difficile. La prothèse est de loin la technique la plus utilisée. L'alternative est l'augmentation autologue par lambeau et/ou greffes graisseuses.

Retouches et réinterventions sont souvent nécessaires. Les résultats morphologiques demeurent modestes et instables dans un contexte initial de troubles du comportement alimentaire et de l'image corporelle où les problèmes psychologiques, financiers et sociaux sont loin d'être résolus.

Keywords

- ◆ Bariatric surgery
- ◆ Weight loss
- ◆ Ptosis
- ◆ Breast

Abstract

Due to the increase of obesity and bariatric surgery, the demand for plastic surgery after massive weight loss became actually major.

Rapid and massive weight loss, far from solving all the problems, leads to postoperative excess skin. Thus patients often became as disturbed by surplus skin as by their previous roundness's.

Body contouring iterative surgeries could be a solution, such as abdominoplasty, body lifting, thigh or arm lift procedures. In France, all these procedures should be subject to pre-approval to be covered by social welfare.

Breast is also impaired, empty and floppy, but it represents the only region to be considered as aesthetic surgery on patient's burden while these men or women ask for repair.

This surgery, involving correction of ptosis and breast augmentation on the female patients, is technically demanding. Breast implant is by far the leading technique. Breast augmentation using flaps or lipofilling provides an alternative solution.

Secondary corrections and re-interventions are often necessary. Morphological results remain modest and unstable over time, moreover in an initial context of eating and body image disorders, where psychological, financial and social issues, are far from being solved.

L'obésité est devenue en France un enjeu de santé publique (16 %). Un tiers de la population (33 %) est en surpoids avec un IMC supérieur à 25, et un sixième est obèse avec un IMC supérieur à 30.2 % de la population est atteint d'obésité morbide avec un IMC supérieur à 40 (1,2).

La chirurgie bariatrique

Elle s'est considérablement développée ces dernières années (3,4).

On notait 2 000 actes en 1997, 13 000 en 2006 et on atteint les 42 000 dès 2013. L'anneau gastrique, très pratiqué dans les années 2000, cède la place aux gastrectomies partielles et

aux bypass sous cœlioscopie. Si la chirurgie bariatrique est normalement cotée en terme de prise en charge sécurité sociale, la chirurgie plastique des séquelles d'amaigrissement est franchement sous-cotée. A titre indicatif, l'acte le moins bien rémunéré en chirurgie bariatrique, l'anneau gastrique sous cœlioscopie, d'une durée opératoire d'une heure, correspond en termes de rémunération, à l'acte le mieux coté en chirurgie plastique des séquelles, le body lifting d'une durée de quatre heures. Ainsi de nombreuses équipes chirurgicales pratiquent la chirurgie bariatrique (deux tiers en libéral et un tiers en public) alors que la chirurgie des séquelles est délaissée par les chirurgiens plasticiens des secteurs libéraux et se trouve être sur liste d'attente dans les hôpitaux publics.

Correspondance :

Catherine Bruant-Rodier, Service de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - 1, place de l'Hôpital - 67090 Strasbourg Cedex.

E-mail : catherine.bruant-rodier@chru-strasbourg.fr

Disponible en ligne sur www.academie-chirurgie.fr

1634-0647 - © 2016 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2016.1.037

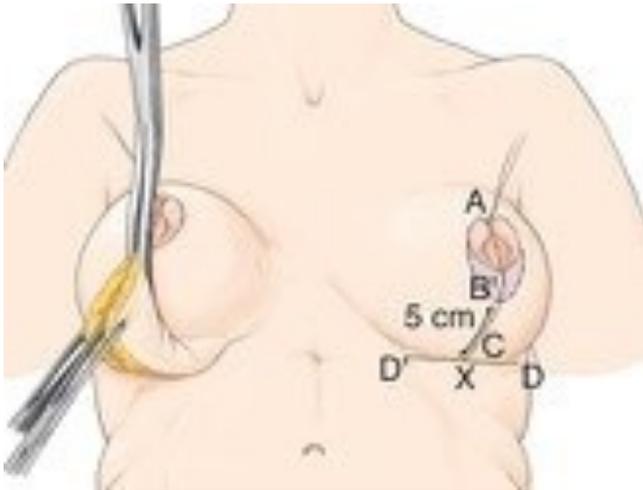


Figure 1. Technique de la voûte dermique de JP Laldrie.

La chirurgie bariatrique normalise le poids et améliore les pathologies associées (hypertension, diabète, arthropathies, ...). Pourtant elle est loin de régler tous les problèmes. D'un point de vue morphologique, les rondeurs laissent la place à un manteau cutané trop grand dans lequel le patient se perd et ne se reconnaît plus. Il en résulte une réelle détresse, important facteur de récurrence du surpoids en cas d'absence de traitement.

Avant d'envisager le **traitement des séquelles**, le chirurgien plasticien évalue la perte pondérale, le poids restant et sa stabilité sur plusieurs mois. Une normalisation des taux de fer, de vitamines, de protéines est indispensable pour minimiser les complications postopératoires (5,6).

La correction des séquelles d'amaigrissement requiert des gestes opératoires itératifs (7) de redrapages cutanés et de liposuction ; au niveau des membres sous la forme de lifting des bras ou des cuisses, au niveau de la ceinture pelvienne sous la forme d'abdominoplastie ou de body lifting (8). Toutes ces localisations sont soumises à entente préalable pour une prise en charge par la sécurité sociale. Par contre la chirurgie mammaire est bien souvent considérée dans les séquelles d'amaigrissement comme de la chirurgie esthétique.

Que reste-t-il du sein après un amaigrissement massif ?

Dans tous les cas, la perte du volume entraîne une ptose. Celle-ci correspond à la chute du volume restant dans une enveloppe cutanée devenue excédentaire.

Les critères de prise en charge financière sont clairement énoncés par la sécurité sociale qui demande une résection cutané-glandulaire supérieure à 300 g par côté chez la femme mais aussi chez l'homme (9).

- Dans certains cas, *le volume mammaire reste très excédentaire* après amaigrissement. Il s'agit souvent de femmes âgées, aux seins peu plastiques, ayant un surpoids séquentaire malgré de gros efforts de perte de poids. Ces gigantomasties nécessiteront des techniques de mammoplasties de réduction sûres et fiables (10-12). Les amputations greffes de type Thorek sont des techniques non pédiculées qui offrent l'avantage d'une parfaite sécurité chirurgicale. Elles donnent des résultats adaptés à ces morphotypes charpentés.
- Dans d'autres cas, *le volume glandulaire restant est tout juste suffisant* pour assurer un volume mammaire adéquat mais l'excès cutané est majeur. La mammoplastie traite la ptose. La résection est essentiellement cutanée et les 300 g nécessaires à la prise en charge sécurité sociale ne seront pas forcément atteints. La technique que nous a enseigné

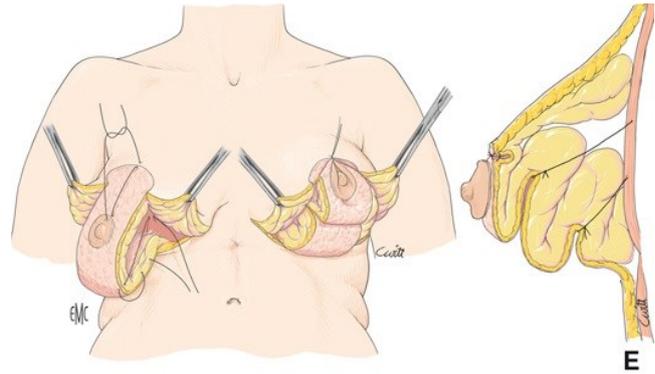


Figure 2. Technique de Mac Kisson.

Jean-Pierre Laldrie, la voûte dermique (10,11,13), est particulièrement adaptée à la gestion de ces très gros excès cutanés (Fig 1). C'est une technique à pédicule supérieur sans dessin préétabli. Cette technique dispense du dessin préopératoire cutané très difficile à réaliser dans ces très gros excès. L'excès cutané est déterminé directement en per opératoire en utilisant un clamp qui adapte la peau sur le volume glandulaire restant.

- Dans la majorité des cas, *le sein est complètement vidé*. La cure de ptose devra être associée à une augmentation mammaire. Il s'agit alors toujours d'une chirurgie esthétique pure aux frais de la patiente.
- Les greffes graisseuses (14) s'avèrent de manière surprenante une mauvaise solution technique chez ces patientes amaigrées aux réserves pauvres et fibreuses peu propices aux prélèvements.
- La classique augmentation par prothèse mammaire demeure la technique de choix.
- Tant que la ptose demeure modérée, résorbée par une cicatrice péri-aréolaire et éventuellement verticale du pôle inférieur du sein, l'implant est protégé dans sa loge rétomusculaire et reste indépendant du plan cutané.
- Par contre, lorsque la ptose est importante, son traitement nécessite obligatoirement une cicatrice en T inversé avec une composante sous mammaire. C'est souvent le cas des seins « vidés » après les grands amaigrissements
- L'association ptose-prothèse devient alors techniquement difficile.
- En utilisant les classiques techniques de réduction à pédicule supérieur, la prothèse n'est plus isolée par rapport aux dissections cutanées. Au pôle inférieur du sein, la prothèse se trouve directement sous la zone de fragilité cutanée constituée par la croisée des cicatrices au centre du sillon sous mammaire. Tout retard de cicatrisation à ce niveau expose la prothèse et oblige à son retrait (15).
- Cette zone peut être sécurisée par un lambeau dermique à pédicule inférieur. Cet artifice est utilisé en reconstruction mammaire prothétique avec conservation cutanée et cicatrice en T inversé (16,17).
- Le choix d'une technique de cure de ptose bi-pédiculée de type Mac Kisson assure également une protection inférieure à la prothèse par le biais du pédicule inférieur (10,11) (Fig 2). Ces 2 adaptations techniques permettent de réduire le nombre de complications aiguës pouvant mener à un échec.
- Outre ce risque immédiat, le traitement combiné ptose-prothèse peut également à moyen terme, donner des résultats imparfaits. Un 2ème temps opératoire de retouches est alors nécessaire, en particulier pour rebaser une prothèse mal positionnée dans son étui cutané surdimensionné. C'est la raison pour laquelle, de nombreux plasticiens optent d'emblée pour une chirurgie en 2 temps, traitement premier de la ptose puis mise en place de l'implant. L'avantage de la sécurité est contrebalancé

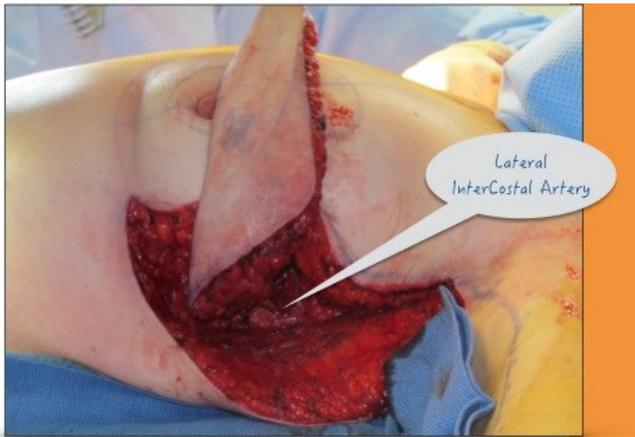


Figure 3. Lambeau perforant de type LICAP.

par l'inconvénient d'une double facturation pour des actes esthétiques.

- À long terme, la stabilité des résultats est médiocre. Plusieurs raisons peuvent être avancées ; une durée de vie de l'implant limitée à environ 10 ans, une forte instabilité pondérale sur terrain d'instabilité psychologique.
- Une alternative à l'augmentation prothétique est l'utilisation de lambeaux sur le modèle de la reconstruction mammaire autologue actuellement en plein essor. Les excès tissulaires thoraciques peuvent être utilisés sous la forme de lambeaux pédiculés desépidermisés et enfouis sous l'étui cutané mammaire réadapté (18). Les zones donneuses sont dorsales, sous mammaires, ou latéro-thoraciques. Le lambeau perforant de type LICAP (lateral intercostal artery perforator flap) s'avère particulièrement intéressant dans cette indication (19) (Fig 3).
- Ces augmentations autologues offrent l'avantage d'un risque réduit d'échec immédiat et d'une meilleure stabilité des résultats dans le temps. Néanmoins il s'agit d'une chirurgie lourde, longue et non dénuée de complications. Elle reste considérée comme esthétique d'un point de vue financier. Elle est difficilement facturable à nos patientes et peu rentable pour nos établissements.

Conclusion

La chirurgie mammaire après chirurgie bariatrique pose des problèmes multiples, tout à la fois techniques, financiers et psychologiques. Dans ces grands amaigrissements, les dégâts morphologiques sont souvent majeurs et la chirurgie des séquelles constitue un véritable challenge pour le chirurgien plasticien. Dans bien des cas, l'ampleur de la tâche à accomplir nous semble aussi démesurée que les espoirs de nos patientes.

Discussion en séance

Question de P Montupet

Le seuil de prise en charge des reconstructions mammaires étant l'ablation de 300 grammes de tissu, qu'est ce qui empêche de coupler un lifting et un geste de reconstruction mammaire ?

Réponse

Des gestes chirurgicaux associés sont possibles dans la mesure où ils restent raisonnables en temps et en risque opératoire. Un geste mammaire de pexie avec cicatrice en T et augmentation par prothèse dure déjà à lui seul environ 3 heures et impose une stérilité irréprochable.

Par ailleurs, si l'association de 2 actes (1 acte d'esthétique et 1 acte sécurité sociale) au cours d'un même geste opératoire s'avère possible, le geste esthétique n'est pas gratuit pour autant. Il sera facturé au patient par l'établissement hospitalier au prorata du surplus de coût qu'impose l'acte associé.

Commentaire de P Marre

Le gain de poids diminue de 50 % en 5 ans, d'où l'importance du suivi par un nutritionniste.

Réponse

On fait effectivement état dans les publications d'une reprise pondérale d'une dizaine de kg quelques années après chirurgie bariatrique (anneau, gastrectomie partielle et même by-pass). Il est actuellement prouvé que la correction chirurgicale des séquelles d'amaigrissement est un facteur important de stabilisation pondérale à long terme.

Références

1. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. ObEpi Roche 2012 - Une enquête INSERM /KANTAR HEALTH/ ROCHE www.roche.fr
2. Charles MA. Obésité : que nous dit l'épidémiologie ? Cahiers de Nutrition et de diabétique, 2011;46:167-72.
3. Etude sur la chirurgie bariatrique en 2011. Assurance Maladie - 21 février 2013.
4. Barbe O. La chirurgie bariatrique en France : les chiffres clés de la CCAM en 2013. Site SCVO - DESC du Grand Ouest www.chirurgievisceraledelouest.com
5. Gusenoff JA. Prevention and management of complications in body contouring surgery. Clin Plast Surg. 2014;41:805-18.
6. Lievain A, Aktouf A, Auquit-Auckbur I, Coquerel-Beghin D, Scotte M, Milliez PY. Complications des abdominoplasties : particularités des patients post-bariatriques au sein d'une série de 238 patients. Ann Chir Plast Esth. 2015;60:26-34.
7. Michot A, Alet JM, Pelissier P, Grolleau-Raoux JL, Bodin F, Chapat B. Morbidity in combined-procedure associating abdominoplasty and breast surgery: a systematic review. Ann Chir Plast Esthet. 2016;61:e9-e19.
8. Pascal JF. La créativité française en chirurgie de la silhouette. Ann Chir Plast Esth. 2010;55:397-412.
9. Maetz B, Bodin F, Abbou R, Wilk A, Bruant-Rodier C. Prise en charge des séquelles d'amaigrissement au niveau du thorax chez l'homme : technique d'amputation-greffe avec résultante cicatricielle en L. Ann Chir Plast Esth. 2013;58:650-7.
10. Bruant-Rodier C, Bodin F. Plasties mammaires pour hypertrophie et ptose (I) - Principes généraux. Techniques Chirurgicales. Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique. EMC - 2010 Elsevier Masson.
11. Bruant-Rodier C, Bodin F. Plasties mammaires pour hypertrophie et ptose (II) - Techniques. Techniques Chirurgicales. Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique. EMC - 2010 Elsevier Masson.
12. Chirurgie Plastique du sein. Oncologie, Reconstruction et esthétique. 2012. Elsevier Masson.
13. Lalardrie JP, Jouglard JP. Chirurgie Plastique du Sein. Masson. 1974.
14. Pu LL, Yoshimura K, Coleman S. Future perspective in fat grafting. Chir Plast Surg 2015;42:389-94.
15. Ross GL. One stage mastopexy augmentation in the ptotic patient. The superiorly based dermal flap for autologous reinforcement of the inferior pole. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2015;68:1248-54.
16. Ross GL. One stage breast reconstruction following prophylactic mastectomy for ptotic breasts: the inferior dermal flap and implant. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012;65:1204-8.
17. Clerico C, Ikhoui T, Raoust I, Chignon-Sicard B, Georgion C, Elipo B. Mastectomie avec reconstruction immédiate par prothèse et lambeau inférieur dermique : à propos de 5 cas. Ann Chir Plast Esth. 2012: 606-11.
18. Agha-Mohammadi S, Hurwitz DJ. Autologous flap use in breast reshaping after massive weight loss. Aesth Reconstr Surg Breast. 2010:311-22.
19. Hamdi M, Van Landuyt K, Blondeel P, Hijjawi JB, Roche N, Monstrey S. Autologous breast augmentation with the lateral intercostal artery perforator flap in massive weight loss patients. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2009;62:65-70.