

LA BRACHIOPLASTIE POSTÉRO-MÉDIALE

Dr. R. SELINGER

1. Introduction :

La dermo-lipectomie brachiale, pratiquée depuis plusieurs décennies (1,2,3,4,5,6) est redevenue plus fréquente depuis l'avènement de la chirurgie bariatrique (7,8,9,10,11). Cependant, la brachioplastie continue à poser le problème de ses cicatrices, nécessaires le plus souvent dans l'axe longitudinal. La plupart des techniques décrites sont à cicatrice médiale. Notre propos est de montrer, avec un recul de trois ans, les raisons de notre choix d'une cicatrice postéro-médiale : facilité d'installation des deux bras dans le même champ opératoire, meilleure qualité cicatricielle que dans la localisation médiale et enfin parce qu'elle est comparativement la moins visible sous plusieurs incidences: non seulement en abduction de face et de dos mais aussi de dos en adduction.

2. Technique opératoire :

L'opération a pour but de corriger un excès de circonférence de la peau du bras : cela nécessite une résection fusiforme axiale, souvent sur la longueur totale du bras ou au moins proximale, aboutissant à une cicatrice longitudinale.

Dans notre technique cette cicatrice est postéro-médiale : on trace d'abord, entre l'épitrachée et un point situé en avant de la ligne axillaire postérieure, l'axe central du fuseau à réséquer. Les bords du fuseau sont successivement dessinés sur une peau réclinée vers l'axe central. Un « test du pincement » aide à apprécier la future tension de fermeture. On prévoira aussi une progression harmonieuse des futures circonférences le long du bras, en évitant une résection localement trop large qui pourrait être responsable d'une striction voire d'une déformation du bras en « sablier ». Enfin, on vérifiera l'égalité des berges que l'on va suturer, définissant la notion de congruence cutanée qui est un facteur important dans la prévention des cicatrices disgracieuses. Cependant, dans ces opérations il n'est pas toujours facile de prévoir une stricte égalité des berges du fuseau réséqué, notamment car les zones cutanées réclinées (postérieure et médiale) n'ont pas la même distensibilité. Aussi, il est conseillé de dessiner en arrondi le pôle supérieur du fuseau à réséquer, afin de ne pas pré-déterminer le sommet supérieur : celui-ci se précisera à la fin d'une suture congruente effectuée de bas en haut.

Une fois le patient endormi et intubé, les deux membres supérieurs, d'abord reliés par les avant-bras à l'aide de

bandages adhésifs, sont installés en extension devant le visage (fig.1d). Cette installation permet d'exposer les bords postéro-internes des deux bras dans le même champ opératoire. Ce type d'exposition est extrêmement bénéfique pour le confort opératoire, dont une des conséquences est de raccourcir de façon consistante la durée de l'opération.

Un autre élément important concerne la technique opératoire elle-même : il faut corriger toujours un excès de surface cutanée et parfois un excès de volume, le but étant l'adéquation entre volume et surface (exactement comme dans le traitement des ptoses mammaires). Lorsqu'un dégraissage est nécessaire, il sera toujours effectué par lipo-aspiration ; ensuite la résection reste toujours purement cutanée. Cela permet de meilleures suites opératoires, par le respect des structures vasculo-nerveuses et lymphatiques. Dans ces conditions une bonne hémostase est rapidement obtenue, puis la fermeture cutanée est effectuée par des points inversants de monofil résorbable 3/0 complétés soit par un surjet intra-dermique soit par des agrafes que l'on remplacera trois jours plus tard par des stérifrips.

3. Résultats et discussion :

Il ne s'agit pas ici d'établir une véritable casuistique, car cette méthode est le fruit d'une évolution progressive, s'individualisant telle que décrite plus haut depuis trois ans environ, avec une vingtaine de cas opérés.

Les petites exérèses proches de la région axillaire (12, 13) sont rarement suffisantes car il faut souvent corriger un excédent de circonférence cutanée, cependant elle peuvent améliorer un aspect « frippé » du tiers supérieur du bras vu de face le coude au corps, sous condition d'une composante postéro-supérieure (up and back lifting) que nous déterminons par un dessin en parallélogramme (fig. 4).

Néanmoins dans la plupart des cas il s'agit d'excédent de circonférence cutanée que seule une exérèse longitudinale (totale ou partielle) peut corriger. Le problème majeur posé par la dermo-lipectomie des bras reste donc encore et toujours celui des cicatrices.

Mis à part l'éventualité de survenue d'une striction par excès de largeur du fuseau réséqué (fig. 3), erreur technique que l'on peut aisément éviter, le problème majeur reste celui de la qualité cicatricielle.

Les classiques méthodes à cicatrice médiale se sont montrées décevantes, comme ayant tendance à produire des cicatrices disgracieuses (élargies,

hypertrophiques...) et par leur visibilité antérieure à la moindre abduction des bras ou des avant-bras (fig.2). Cela m'a conduit à choisir depuis de nombreuses années une cicatrice au début purement postérieure, qui s'est avérée souvent de meilleure qualité et qui n'est visible ni de face ni de dos sur des bras en abduction. Cependant, elle est visible de dos quand le bras est « coude au corps », position qui est assez physiologique. La visibilité cicatricielle sous cette incidence a été minimisée au cours d'une évolution personnelle qui m'a progressivement conduit à « médialiser » les cicatrices postérieures, en une cicatrice postéro-médiale (fig.1). Certains auteurs pratiquant des méthodes à cicatrice médiale semblent à l'inverse évoluer vers une « postériorisation » de leurs cicatrices médiales, encore trop discrète pour établir une vraie ressemblance conceptuelle entre nos méthodes qui restent différentes (9).

La cicatrice postéro-médiale a donc les qualités de la cicatrice postérieure avec en plus le fait d'être quasi invisible non seulement en abduction de face et de dos mais aussi de dos en adduction (fig 1).

Il faut noter enfin que les localisations postérieure et postéro-médiale favorisent une bonne cicatrisation mais ce, à condition de ne pas rajouter des conditions techniques défavorables, comme une suture localement incongruente; cependant, on sait que certaines personnes ont une prédisposition à mal cicatriser non maîtrisable chirurgicalement.

4. Conclusion :

Dans la brachioplastie, le meilleur choix apparaît celui d'une cicatrice postéro-médiale, tant pour des raisons techniques notamment l'installation que pour la qualité et la position cachée de la cicatrice.

BIBLIOGRAPHIE

1. CLARKSON P.
Lipodystrophies
Plast. Reconstr. Surg., June 1966 - Vol. 37, No. 6 - p. 499-503
2. BAROUDIR.
Dermatolipectomy of the upper arm
Clinics in Plastic Surgery, July 1975 - Vol. 2, No. 3 - p.485-494
3. PITANGUY I.
Correction of lipodystrophy of the lateral thoracic aspect and inner side of arm and elbow dermosenescence
Clinics in Plastic Surgery, July 1975 - Vol. 2, No. 3 - p. 477-483
4. JURI J., JURI C., ELIAS J.C.
Arm dermolipectomy with a quadrangular flap and "T" closure
Plast. Reconstr. Surg., Oct. 1979 - Vol. 64, No. 4 - p. 521-525
5. GODDIO A.S.
A new technique for brachioplasty
Plast. Reconstr. Surg., July 1989 - Vol. 84, No. 1 - p. 85-91
6. LOCKWOOD T.
Brachioplasty with superficial fascial system suspension
Plast. Reconstr. Surg., Sep. 1995 - Vol. 96, No. 4 - p. 912-920
7. DE SOUZA PINTO E.B., ERAZO P.J., MATSUDA C.A., REGAZZINI D.V., BURGOS D. S., ACOSTA H., DO AMARAL A.G.
Brachioplasty technique with the use of molds
Plast. Reconstr. Surg., Apr., 2000 - Vol. 105, No. 5 - p. 1854-1860
8. STRAUCH B., GREENSPUN D., LEVINE J., BAUM T.

A technique of brachioplasty
Plast. Reconstr. Surg., Mar. 2004 - Vol. 113, No. 3 - p. 1044-1048

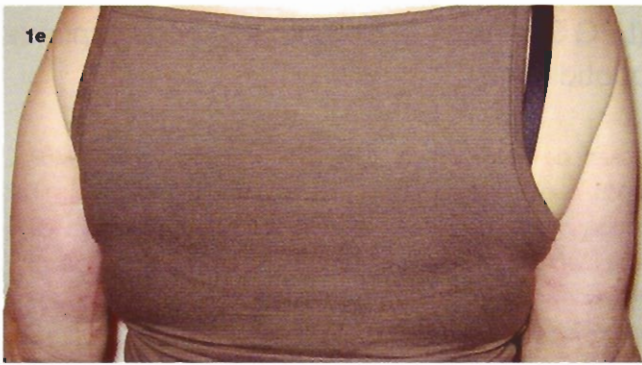
9. PASCAL J.F., LELOUARN C.
Brachioplasty,
Aesthetic. Plast. Surg., 2005 Sep-Oct ; 29(5): 423-9
10. TAYLOR J., SHERMAK M.
Body contouring following massive weight loss.
Obes. Surg., Sep. 2004 ; 14 (8) : 1680 - 5
11. CHANDAWARKAR R.Y., LEWIS J.M.
"Fish incision" brachioplasty.
Br. J. Plast. Surg., Sep. 2005 8;
12. ABRAMSON D.L.
Minibrachioplasty : minimizing scars while maximizing result
Plast. Reconstr. Surg., Nov. 2004 - Vol. 114, No. 6 - p. 1631-1634
13. MITZ V.
Brachioplastie en "chapeau de gendarme"
Actualités de Chirurgie Plastique Reconstructive et Esthétique 2006,
Ed. Dyk



Légendes photos :

1. a,b : ce type d'installation permet d'opérer les deux bras dans le même champ opératoire ; c,d : cette même patiente avant et après brachioplastie longitudinale de la moitié proximale.





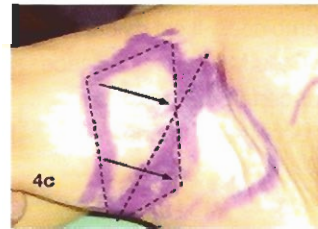
2. Patiente de 55 ans opérée dans les suites d'une gastroplastie ; a,b : aspect pré-opératoire ; c,d,e : en post-opératoire à 5 mois : noter la faible visibilité de la cicatrice dans toute les incidences, notamment de dos en adduction.



3. Patiente de 24 ans opérée dans les suites d'une gastroplastie ; a,b : en pré-opératoire ; c,d,e : résultat post-opératoire à 4 mois avec également une faible visibilité de la cicatrice de dos en adduction.



4. Patiente de 39 ans opérée dans les suites d'une gastroplastie ; a : aspect pré-opératoire ; b : résultat à 3 ans post-opératoire. Les aspects des cicatrices chez cette patiente sont visibles sur les figures 5b et 6a.



5. Différents aspects cicatriciels ; a : la position médiale semble favoriser le risque de mauvaise qualité cicatricielle, avec parfois ce type de résultat ; b : jolie cicatrice postérieure (légèrement postéro-médiale, voir aussi figure 6a) ; c la portion disgracieuse de cette belle cicatrice postérieure est expliquée par ne incongruence segmentaire (suture de berges inégale sur ce segment de cicatrice).

6. a,b,c : évolution personnelle ; la médialisation progressive des cicatrices postérieures a abouti à la position postéro-médiale, moins visible que les autres, notamment de dos en adduction.

7. comparaison de trois tracés cicatriciels ; a : vue inférieure montrant le tracé de trois axes cicatriciels possibles : postérieur, postéro-médial et médial ; b : cicatrice médiale visible de face en abduction ; c : aucune cicatrice n'est visible de dos en abduction ; d : cicatrice postérieure visible de dos en adduction ; seule la cicatrice postéro-médiale reste cachée sous ces trois incidences.

LEGENDES BRACHIOPLASTIE :

1. Patiente de 55 ans opérée dans les suites d'une gastroplastie ; a,b : aspect pré-opératoire ; c,d,e : en post-opératoire à 5 mois : noter la faible visibilité de la cicatrice dans toute les incidences, notamment de dos en adduction ; f : ce type d'installation permet d'opérer les deux bras dans le même champ opératoire.
2. Patiente de 45 ans ; aspect pré-opératoire (a, b) et à 8 mois post-opératoire de face : mauvaise cicatrisation (chéloïde) qui semble favorisée à la fois par une prédisposition personnelle et par la situation trop médiale de la cicatrice (visible de face).
3. complication morphologique : déformation « en sablier », conséquence d'une résection localement trop large responsable d'une striction ; il s'agit de ma première brachioplastie opérée il y a 18 ans.
4. Mini-brachioplastie en parallélogramme : indication peu fréquente, représentée ici par l'existence d'un excès cutané proximal antéro-médial surtout visible les bras en adduction (a). L'indication est celle d'un lifting à vecteur postéro-supérieur (« up and back lifting » si l'on reprend la dénomination de R. Vilain pour le lifting de cuisse), dont le meilleur dessin pré-établi est selon nous celui d'un parallélogramme dont la grande diagonale est voisine de l'axe du pli axillaire (b, c) ; la déformation est corrigée (d) au prix d'une cicatrice non seulement courte mais aussi de bonne qualité (e) ce qui est favorisé par le fait que la fermeture du parallélogramme est congruente (les berges suturées étant égales entre elles : chacune égale à la somme longueur + largeur).