

LIPOSUCCION

Dr RAMI SELINGER

A - INTRODUCTION

La liposuction (ou lipoaspiration), conçue il y a une vingtaine d'années par le Dr ILLOUZ, est venue révolutionner la chirurgie de la silhouette.

Il s'agit d'une technique opératoire, qui permet par une incision minime, grâce à une longue canule reliée à une source de vide, d'extraire la graisse là où elle est en excès, tout en respectant les autres structures : peau, vaisseaux, nerfs ...



La liposuction s'intègre dans le cadre de la chirurgie de la silhouette ; elle peut être effectuée isolément ou en association à d'autres procédés chirurgicaux. C'est donc au chirurgien plasticien de proposer et de réaliser la technique la mieux adaptée à chaque cas particulier.

La pratique de la liposuction nécessite par ailleurs un réel savoir-faire pour harmoniser au mieux la silhouette en évitant l'apparition d'irrégularités parfois irréversibles.

L'efficacité de cette technique et la quasi-absence de cicatrice en font le type même de l'opération idéale de la chirurgie esthétique

B - MATERIEL UTILISE

1 - Le matériel d'aspiration : un tuyau souple mais suffisamment résistant (pour ne pas se collaber lors de l'aspiration), et les canules de lipo-aspiration de la taille voulue : les diamètres les plus utilisés sont de 4 mm et 5 mm, généralement pas plus de 6 mm (alors que les premières canules avoisinaient 10 et 12 mm de diamètre !). Pour une liposuction de la face, on utilisera volontiers une petite canule de 3 mm.

2 - La liposuction à la seringue n'est indiquée que dans des localisations peu étendues ou lorsqu'un lipofilling est indiqué (réinjection dans un but de comblement).

3 - La machine de liposuction est un moteur créant le vide pratiquement absolu (moins 1000 millibars) dans un bocal auquel est relié le tuyau d'aspiration. Le moteur de cette centrifugeuse est commandé au pied, par une pédale..

4 - Le matériel pour infiltrer : un grand récipient contenant 500 à 1000 ml de sérum physiologique avec entre 5 et 7 ampoules de Xylocaïne adrénalinée à 1%. 2 seringues de 20 ml et des aiguilles intramusculaires sont utilisées en cas d'infiltration manuelle. Dans certain cas, on peut utiliser une «pompe» à infiltrer. L'adrénaline contenue dans la solution entraîne une vasoconstriction ce qui permet d'extraire une graisse la moins sanglante possible. La Xylocaïne permet une analgésie adjuvante per-opératoire et dans les heures post-opératoires immédiates. Le mélange du Docteur ILLOUZ comporte du sérum adrénaliné légèrement hypotonique et 1 et 2 ampoules d'Hyaluronidase.

C - PRINCIPE ET TECHNIQUE OPERATOIRE

Avant l'intervention, les régions qui vont être lipo-aspirées sont repérées en position debout et dessinées au marqueur dermatographique, les zones à éviter (creux, concavités...) sont également marquées.

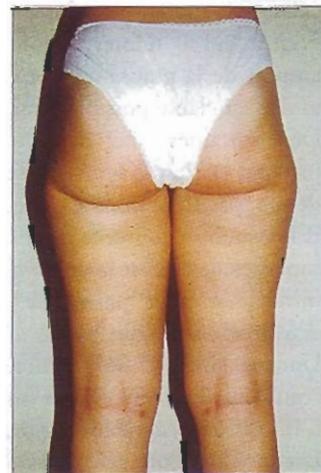
L'emplacement des incisions est également repéré : il s'agit d'incisions de moins d'un centimètre, sous les hanches (pour aspirer la culotte de cheval et les hanches), dans le pli inguinal (pour atteindre la face interne des cuisses), au bord interne du pli des genoux (pour le bord interne du genou et du mollet), dans l'ombilic (pour le ventre), le sillon sous-fessier (en cas de procubitus).

L'anesthésie : c'est une anesthésie générale, en dehors des cas de liposuction très localisée (comme le cou) pour lesquels une anesthésie locale suffit.

La patiente est installée en décubitus dorsal et toutes les zones à traiter sont badigeonnées et isolées par des champs stériles. Dans certains cas, l'intervention comportera un deuxième



avant



après

temps en procubitus et dans ce cas la patiente devra être réinstallée.

Toutes les zones à traiter sont infiltrées à la seringue ou à la pompe, et le blanchiment de la peau témoigne d'une vasoconstriction. Cette «hydrodissection» facilitera l'aspiration.

L'incision est complétée par un mouvement de dissection sous-cutanée à la pince de Halstead ; la canule peut alors être introduite.

L'orifice distal de la canule est en fait latéralisé par rapport à son extrémité et doit être dirigé vers la profondeur afin d'éviter les marques type «fossettes» et «sillons» sous-cutanés qui seraient irréversibles.

Il existe en effet deux types de graisse : la graisse profonde et la graisse superficielle sous-cutanée, séparées par le fascia superficialis.

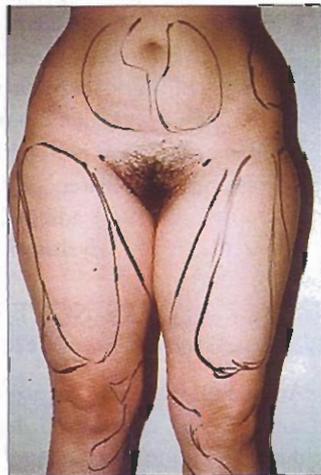
C'est la graisse profonde que va chercher le chirurgien par des mouvements de va-et-vient. La fonction de la main gauche (chez les droitiers) est essentielle : elle guide la direction des passages de canule et contrôle la régularité du dégraissage.

Une grande surface cutanée peut être ainsi désépaissie de façon minutieuse sans compromettre la vitalité et la sensibilité de la peau, car la canule passe entre les nerfs et les vaisseaux perforants. Une grande liposuction (ventre, cuisses et genoux) peut durer jusqu'à 2H30 d'intervention. On contrôle à chaque fois l'aspect de la graisse aspirée dans le bocal, qui doit être la moins sanglante possible (graisse jaune ou orangée).

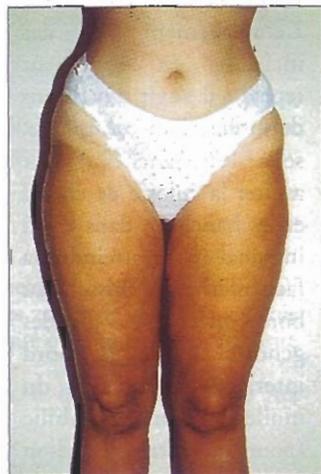
Dans certaines zones anatomiques, le fascia superficialis est profond et c'est la graisse de type superficiel qui est la plus développée (face interne des cuisses, ventre ...) ; dans ce cas, la liposuction concerne aussi la partie profonde de la graisse superficielle et c'est là qu'un geste particulièrement précis et minutieux peut permettre d'éviter les irrégularités et déformations résiduelles.

Une fois l'intervention terminée, on contrôle l'épaisseur et la régularité du «dégraissage» sous-cutané par le Rolling-test d'ILLIQUZ (peau palpée et roulée).

Les incisions sont refermées par un Nylon 4.0 ou un fil à



avant



après

résorption rapide (Vicryl RR 4.0).

Certains chirurgiens préconisent la mise en place d'une contention (gaine ou collant) avant le réveil. Nous préconisons plutôt les pansements les plus légers possibles, autocollants protégeant uniquement les zones incisées privilégiant ainsi le confort post-opératoire. Un collant de contention veineuse est conseillé surtout lorsqu'il existe des troubles de circulation veineuse. L'utilité d'une contention est discutée en fonction de l'inconfort, de l'effet «dégonflant» et d'un effet garrot éventuel (entraînant un oedème des chevilles) ; dans tous les cas, elle ne modifie en rien le résultat plus tardif. Tous s'est joué pendant l'opération.

La quantité de graisse aspirée en cas de grande liposuction (à plusieurs étages : genoux, hanches, ventre), est de 1.5 à 2.5 litres en moyenne.

Lorsqu'en pré-opératoire, on prévoit une aspiration plus importante, nous envisageons volontiers une autotransfusion, permettant une meilleure tolérance post-opératoire en minimisant les risques d'anémie et d'hypovolémie.

Nous avons choisi de ne pas prendre le risque des liposuctions géantes très controversées qu'effectuent certains chirurgiens.

D - EVOLUTION D'UNE LIPOSUCCION HABITUELLE

1ère phase : les 8 et 10 premiers jours :

Ils sont marqués par les douleurs type «coups et courbatures». Lors de cette phase douloureuse, nous conseillons un arrêt de travail (non remboursé par la Sécurité Sociale, bien entendu...), mais également un lever précoce. Des antalgiques sont prescrits. Cependant, toute douleur même bâtarde du mollet impose un Doppler veineux afin de dépister et traiter une éventuelle phlébite.

Cette phase est également marquée par la possibilité de malaises et lipothymies surtout au lever brusque (type hypotension orthostatique). Ces phénomènes sont probablement liés à une tendance à l'hypovolémie lors de la constitution des oedèmes. Car lors de la première semaine, on voit également apparaître un gonflement : en effet les «tunnels» vides de graisse se combleront d'eau, de lymphe, de sang ..., telle une éponge qui s'hydraterait au dépend des autres compartiments hydriques de l'organisme.

C'est lors de cette période que l'on conseille de boire beaucoup d'eau et de faire attention au lever brusque.

Au 8/10ème jour, le volume dû à l'oedème est maximal, dépassant parfois celui de la graisse pré-opératoire.

Le premier mois post-opératoire est marqué par la fonte de l'oedème et la disparition progressive des ecchymoses.

La silhouette quasi-définitive pourra être jugée entre le 2ème et le 3ème mois post-opératoire.

E - INDICATIONS ET LIMITES

1 - INDICATIONS

L'indication idéale de la liposuction est la stéatométrie (ou

stéatome), que l'on définit comme étant le tissu adipeux qui résiste au régime amaigrissant avec un réel potentiel de «stockage» de graisse, surtout chez la femme. Leurs localisations anatomiques sont programmées génétiquement et apparaissent surtout lors de la puberté mais aussi lors des prises de poids successives et des différentes phases de la vie de la femme : influences métaboliques et hormonales (grossesse et allaitement mobilisent également ces graisses).

Ces localisations sont souvent liées à des facteurs familiaux et ethniques : stéatométrie du tiers moyen («bassin méditerranéen»), culotte de cheval, stéatométrie de la moitié inférieure (cheville, jambe, genou, cuisse), stéatométrie des faces internes (genoux, cuisses, plus fréquente chez les femmes noires), stéatométrie du ventre, stéatométrie type androïde (partie supérieure du tronc), stéatométrie des bras, du cou...

Raymond VILAIN compare les stéatomes aux «comptes en banque bloqués», que l'on peut créditer sans pouvoir les débiter. La tolérance des déformations de la silhouette liée aux stéatométries est fonction de critères esthétiques et culturels ; elles peuvent avoir un retentissement social et psychologique important.

Mais fort heureusement, le stéatome est l'indication idéale de la liposuction quelle que soit sa localisation : toutes les localisations d'amas graisseux sont accessibles à la liposuction.

2 - LES LIMITES DE LA TECHNIQUE ISOLEE

a) La cellulite

« C'est la graisse que l'on n'aime pas » disait Raymond VILAIN. Sous ce terme, on désigne habituellement l'association plus ou moins variable des éléments suivants :

- stéatométries,
- déformations cutanées et sous cutanées superficielles (ondulations, capitons, peau d'orange ...),
- perte d'élasticité cutanée,
- troubles circulatoires veineux.



avant



après

Il faut savoir que la liposuction n'agit que sur le volume adipeux, sans modifier l'aspect, la qualité ou même la quantité de la peau. La seule action possible sur la quantité de peau est indirecte : par le biais d'une rétraction élastique (lorsque la peau a gardé une certaine élasticité), ou d'une rétraction dite cicatricielle. Cette dernière, dont l'effet est bien modéré, est en fait liée à la rétraction secondaire des tunnels sous-cutanés laissés en place par la canule. Pour optimiser ce type de rétraction, certains chirurgiens préconisent des passages de canule étendus circulaires ou 3/4 circulaires (cuisses, ventre) : canulation étendue avec ou parfois même sans aspiration.

b) L'excès cutané

De bonnes indications limiteront le risque de complications liées à l'excès cutané (vagues, «culotte de golf», aggravation d'ondulations préexistantes).

L'excès cutané peut être réel (tablier abdominal), ou prévisible après la liposuction lorsque l'on décèle une peau peu élastique.

L'examen pré-opératoire permet aussi d'examiner les plans plus profonds (relâchement musculo-aponévrotique de la sangle abdominale par exemple). Cet examen pré-opératoire est essentiel car en fait la liposuction s'inscrit dans le cadre de la chirurgie de la silhouette, pratiquée par un chirurgien plasticien qualifié, seul capable de proposer la meilleure indication et de réaliser l'intervention la mieux adaptée à chaque cas particulier. La liposuction peut être isolée et/ou associée à d'autres interventions de la silhouette :

- résections cutanées : lipectomie abdominale, plastie mammaire de réduction, dermolipéctomie crurale, dermolipéctomie des bras, lifting cervical en cas de relâchement cutané du cou...
- en cas de relâchement de la sangle abdominale, une retension musculo-aponévrotique peut être réalisée en associant à la plastie abdominale une cure de diastasis des muscles droits de l'abdomen.

c) En cas d'obésité

La surcharge pondérale globale est traitée par le régime amaigrissant, alors que le stéatome par définition résiste au régime et ne peut être traité que par liposuction.

Que faire en cas d'association des deux ?

- lorsque la surcharge pondérale globale prédomine, la cure d'amaigrissement est conseillée avant la liposuction, pour deux raisons :

- * tout d'abord parce que la forme de la stéatométrie à aspirer est «noyée» dans la surcharge globale,
- * par ailleurs une surcharge globale importante entraînerait l'aspiration d'une quantité de graisse moins bien tolérée, voire dangereuse (anémie, troubles métaboliques).
- lorsque c'est la stéatométrie qui prédomine par rapport à la surcharge globale, une liposuction première est volontiers indiquée, ayant souvent un effet «motivant» pour un régime amaigrissant secondaire.

F - PROGRES OU SAVOIR-FAIRE ?

Le réel progrès a été l'apparition de la méthode de liposuction, véritable révolution dans la chirurgie de la silhouette. Cette dernière ne comportait auparavant quasiment que des techniques de dermolipectomie avec leurs cicatrices obligatoires.

Depuis une vingtaine d'années, on a vu évoluer de façon considérable l'expérience et le savoir-faire des chirurgiens et ceci constitue le deuxième grand progrès : utilisation de canules fines, développement d'une expérience et d'une technicité permettant d'éviter au maximum les complications résiduelles qui pourraient être définitives (sillons, fossette liés à une aspiration trop superficielle, excès d'aspiration responsable de lacunes...).

Sur le plan médiatique, certains centres chirurgicaux ont souvent exploité le fait qu'il est plus facile de «vendre» une technologie qu'un savoir-faire, en inventant de nouveaux noms : la «micro-liposuction», le «lipo-jet», la «micro-liposculpture», la «lipostructure», etc.

Le savoir-faire et la technicité du chirurgien, bien que médiatiquement moins exploitable, sont cependant

essentiels : peu importe l'instrumentation que le chirurgien a choisi d'utiliser, pourvu qu'elle soit efficace et maniée par une main experte... C'est ainsi que la technique d'extraction grasseuse par ultrasons est l'objet d'une controverse entre les chirurgiens eux-mêmes.

Quant aux techniques ré-utilisant la graisse aspirée dans un but de remplissage (lipofilling) elle se heurte toujours au problème de la résorption grasseuse secondaire dont on aimerait qu'elle soit la plus limitée possible.

G - CONCLUSION

Véritable révolution technique dans les possibilités d'amélioration de la silhouette (notamment féminine), la liposuction a été aussi l'objet d'une véritable évolution ces dernières années surtout par l'utilisation de canules plus fines, une meilleure connaissance des indications, son utilisation en association à d'autres interventions (cutanées notamment), une plus grande expérience et l'acquisition réel d'un savoir-faire ; tout cela a contribué au fait que la liposuction est devenue aujourd'hui chez les femmes l'intervention la plus pratiquée au monde.



EUROSILICONE



Gamme complète d'implants chirurgicaux

www.eurosilicone.com