

La lipoaspiration

Ce document a été rédigé comme un complément d'informations à celles reçues lors des consultations. Ce texte n'est pas exhaustif, il peut répondre à certaines questions et en suscitera d'autres. Chaque cas individuel est un cas particulier. Interrogez votre chirurgien sur chaque point qui n'est pas clair pour vous. Cette fiche n'a qu'un caractère informatif. Vous pouvez également consulter la page des questions fréquemment posées (FAQ).

Définition :

La lipoaspiration ou liposuction ou liposulpture, est une intervention qui vise à enlever un excès de graisse localisé.

L'histoire :

La première véritable lipoaspiration fut probablement accomplie par Dujarrier en 1921. Sa patiente était une ballerine qui présentait quelques excès graisseux au niveau des genoux... Malencontreusement, une complication sévère a mené à un échec cuisant. Cela a certainement tempéré les ardeurs des chirurgiens pour quelques années.

La lipoaspiration moderne a été développée en 1977 par un français, Y-G. Illouz qui trouva enfin l'instrument idéal : une fine canule métallique, à l'extrémité mousse, reliée à un puissant aspirateur. Il évita ainsi un décollement cutané étendu et diminua le risque de léser les structures vasculo-nerveuses. La technique sera améliorée en précédant la lipoaspiration d'une hydrotomie, c'est-à-dire de l'infiltration des tissus graisseux par une solution adrénalinée, pour diminuer les saignements. Selon l'utilisation et l'importance de cette infiltration préalable, on parlera de technique sèche, humide, super-humide ou tumescente.



Plus tard, est venue la liposuction assistée par ultrasons. Son principe est d'utiliser l'énergie des ultrasons pour détruire les adipocytes par "cavitation". La graisse est émulsifiée et est alors éliminée par l'aspiration. Après un rapide engouement pour cette nouvelle technique séduisante, les chirurgiens ont tempéré leur enthousiasme. Les indications de la lipoaspiration aux ultrasons sont actuellement beaucoup plus limitées.

La tendance actuelle est l'utilisation dans certains cas de canules vibrant à haute fréquence, ce qui émulsifie la graisse et permet aussi une extraction plus aisée des cellules graisseuses dans des zones plus denses et fibreuses.

Dr Jean De Wan - Chirurgie et médecine esthétique

www.drjdedewan.be

Principes et objectifs:

Le but est esthétique et tous les frais liés à cette intervention seront donc entièrement à charge de la patiente.

Il est généralement admis que les indications doivent se limiter aux surcharges graisseuses localisées. Les obèses, avec une surcharge graisseuse généralisée, ne sont pas de bons candidats pour la lipoaspiration. La chirurgie plastique ne fait pas maigrir ces patients, pour qui elle est dangereuse et ses résultats trop aléatoires.

Les lipodystrophies localisées constituent les stéatomes ou stéatoméries, situés sous le fascia superficialis, plan anatomique fibreux qui les sépare de la graisse sous-cutanée. Leur métabolisme propre les rend rebelles à l'amaigrissement. Selon Illouz, pour perdre 1 kg de cette graisse "bloquée", il faut en perdre 6 ailleurs. De plus, la moindre reprise de poids, se porte d'abord sur les stéatomes et reproduit les déformations antérieures. Ces stéatomes sont surtout présents chez la femme. Ils se situent au niveau des trochanters - la classique "culotte de cheval" -, au-dessus des crêtes iliaques - les "poignées d'amour" -, à la face interne des genoux et dans la région hypogastrique de la paroi abdominale. Ces stéatomes sont donc les cibles de la lipoaspiration.

Les autres localisations sont de moins bonnes indications, du moins si la technique est utilisée seule : la lipoaspiration du menton ne sera généralement efficace que si elle est associée à un lifting cervico-facial, celle de la paroi abdominale et des flancs doit généralement être combinée à une abdominoplastie. Cette intervention corrigera un éventuel diastasis des muscles grands droits de l'abdomen et excisera l'excès cutané, ce qu'une lipoaspiration isolée ne peut obtenir. Généralement, on considère la face interne des cuisses comme une zone taboue. La peau y est très fine et peu élastique avec un risque d'irrégularités cutanées, sans compter la présence de la grande veine saphène dont la perforation causerait un volumineux hématome. Les jambes (mollets et chevilles) sont très rarement candidates à la technique, car la graisse y est plus dense et la peau sujette à exhiber la moindre irrégularité. Souvent, les défauts du galbe des jambes et des chevilles sont liés à une insuffisance circulatoire, veineuse et/ou lymphatique qu'il convient de diagnostiquer.

Une fois aspirées, les cellules graisseuses ne peuvent plus être remplacées. En effet, le nombre des adipocytes est normalement fixé après la puberté. Sauf circonstances pathologiques, les adipocytes ne se multiplient plus à l'âge adulte. Bien entendu, l'augmentation de volume des adipocytes restants est toujours possible, proportionnellement à la prise de poids.

La cellulite n'est pas corrigée par la lipoaspiration. Elle concerne la graisse superficielle, située sous le derme et au-dessus du fascia superficialis. Ce plan graisseux doit être respecté par le chirurgien, sous peine de nécrose ou d'irrégularités cutanées. En fait le terme "cellulite" est impropre puisqu'il ne s'agit ni d'infection ni d'inflammation de la peau. Parlons plutôt d'un aspect de "peau d'orange" ou de "capiton". Cette graisse sous-cutanée est constituée de lobules graisseux, séparés par des travées conjonctives : le retinacula cutis. Ces septa fibreux unissent verticalement le derme au fascia superficialis. On comprend dès lors l'aspect cutané qui traduit l'engorgement de ces logettes graisseuses. Cet excès superficiel est toutefois accessible à l'endermologie.

Avant l'opération :

Les consultations préopératoires visent à donner une information claire et adaptée à la patiente, après l'avoir examinée et avoir écouté ses attentes. Les éventuels examens préopératoires sont communs à toute intervention (tests de coagulation, ...)

Il est capital d'apprécier la qualité de la peau située en regard de ces excès graisseux. Trop fine et/ou trop peu élastique, elle limitera la quantité de graisse qui pourra être aspirée, sous peine d'irrégularités cutanées.

Le chirurgien devra détecter des éventuelles contre-indications : l'obésité, l'insuffisance veineuse manifeste, le manque d'élasticité cutané, Une mauvaise santé générale ne permettra pas de prendre des risques anesthésiques ou chirurgicaux inconsidérés pour une intervention à visée esthétique. Enfin, comme pour toutes les interventions esthétiques, on évitera soigneusement d'opérer les patientes ayant une attente irréaliste.

Description de l'opération :

Liposculpture, lipoaspiration, liposuccion,.... Tous ces termes renvoient au même principe : l'aspiration au moyen d'un fin tube métallique qui, introduit sous la peau et relié à un aspirateur, permet l'élimination des cellules graisseuse ou adipocytes excédentaires.

Les dessins des zones à traiter se font juste avant l'intervention, la patiente en position debout, sous forme de courbes de niveau. En effet, une fois la patiente allongée, et à fortiori après l'infiltration des tissus, la localisation des déformations cutané-graisseuses devient plus difficilement appréciable.

On réalise l'infiltration et on patiente pour obtenir l'effet vasoconstricteur souhaité. Les canules - d'une longueur de 15 à 35 cm avec un diamètre de 2 à 5 mm - sont alors introduites. Elles sont reliées à l'aspirateur et le chirurgien effectue une "tunnelisation" au sein du tissu graisseux avec des mouvements de va-et-vient. Tandis que la graisse est aspirée, il contrôle l'épaisseur adipeuse résiduelle de sa main libre. La zone aspirée doit l'être au minimum à partir de 2 endroits distincts pour obtenir un croisement des tunnels, seul garant d'un résultat harmonieux, avec une certaine rétraction cicatricielle des tissus.

Hospitalisation et type d'anesthésie :

La grande majorité des lipoaspirations sont réalisées sous anesthésie générale ou régionale (rachianesthésie ou épidurale), en hospitalisation de jour. Il n'y a que dans quelques cas d'excès graisseux très limités, telles que le traitement de la face interne des genoux ou une très discrète culotte de cheval, qu'une intervention sous anesthésie locale peut se concevoir. A l'inverse, une lipoaspiration de plusieurs litres justifiera une surveillance postopératoire plus longue en raison des désordres hydro-électrolytiques possibles.

Incisions et cicatrices : Les incisions cutanées de quelques millimètres sont placées aux endroits voulus (plis cutanés, zones dissimulées dans les sous-vêtements, ...), à proximité de la région à traiter mais toujours à distance du périnée, pour éviter la contamination septique.

Pansements : Généralement les pansements sont étanches et ne devront pas être refaits avant le prochain contrôle en consultation.

Après l'opération :

Cette chirurgie est généralement peu douloureuse. Le port d'un vêtement de contention élastique, le lipopanty, est recommandé nuit et jour durant les premières semaines postopératoires. Durant la même période, la patiente évitera les efforts physiques intenses mais sera encouragée à se mobiliser. Le résultat final ne sera pas atteint avant plusieurs mois. En effet, les hématomes et l'œdème postopératoire précèdent le résultat attendu. Il n'est pas souhaitable d'avoir une fluctuation de poids importante ultérieurement. Parfois des prescriptions d'endormologie seront bienvenues.

Cette technique proposée par les kinésithérapeutes est complémentaire à la liposuction. C'est un drainage lymphatique superficiel qui traite l'œdème cutané responsable de l'aspect de capiton. Après quelques séances rapprochées, des séances d'entretien seront parfois proposées.

Effets secondaires et éventuelles complications :

Il y a d'abord les complications de toute intervention chirurgicale : saignement, hématome, infection, thrombophlébite profonde (caillot de sang dans une veine de la jambe) et embolie pulmonaire (migration de ce caillot vers les poumons) ...Quand on parle d'hématome, on entend l'hématome collecté, sous tension. Il ne s'agit pas de l'hématome diffus avec sa coloration cutanée typique qui suit inévitablement ce type d'intervention. Notons qu'une infection pourrait être redoutable car la graisse se défend particulièrement mal contre l'infection et les voies de propagation sont toutes tracées par les tunnels créés par les passages de la canule.

Les règles d'asepsie doivent donc être draconiennes : authentique salle d'opération, stérilisation conforme et technique chirurgicale rigoureuse. Pour diminuer le risque de thrombose veineuse, il faut demander à la patiente de suspendre une éventuelle contraception orale et lui conseiller également l'arrêt de la cigarette dans la période de l'intervention. Une prévention par injection sous-cutanée d'héparines de bas poids moléculaire est plus prudente. La mobilisation doit être précoce.

Les complications propres à l'infiltration et à l'aspiration, surtout dans les lipoaspirations importantes : décompensation cardiaque, désordres hydro-électrolytiques, toxicité d'une dose excessive de l'anesthésiant local (la xylocaïne). Ceci justifie de ne pas vouloir à tout prix recourir à une anesthésie locale lorsque la lipoaspiration est conséquente et de la pratiquer dans un environnement médicalisé, avec la présence d'un anesthésiste.

Les complications liées à la technique : irrégularités cutanées et asymétries trop importantes, épanchements de Morel-Lavallée (" séromes " ou collection liquidienne dans l'espace de décollement), perforation de structures anatomiques. Une hypoesthésie transitoire des zones traitées est classique.

En conclusion :

La lipoaspiration est une des interventions les plus couramment pratiquée en chirurgie esthétique. Dans une grande majorité de cas, elle donnera pleinement satisfaction à la patiente et à son chirurgien avec un minimum de soucis, mais sous certaines conditions. Il faut veiller à poser les bonnes indications opératoires et effectuer cette chirurgie dans les meilleures conditions.

Il est incontestable que, malgré sa simplicité apparente, c'est une technique chirurgicale à part entière qui requiert une formation adéquate et une bonne expérience. Elle ne peut être pratiquée n'importe où, et par n'importe qui. Si cette chirurgie est effectuée dans de mauvaises conditions, les complications peuvent être redoutables.

Cette intervention doit absolument être réalisée au minimum par un chirurgien ou mieux par un chirurgien plasticien. Non seulement la technique n'est pas aussi simple qu'elle n'y paraît mais poser la bonne indication, déceler et gérer correctement la complication, requiert une formation chirurgicale appropriée

Source : Société Royale Belge de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique | www.bspras.org



Cabinets médicaux - Dr Jean De Wan

GEMBLoux (Pégase)

Rue des Fabriques 6
Secrétariat : 081 60 06 00

CHARLEROI

Rue Dagnelies 5
Secrétariat : 071 32 97 42

WATERLOO

Rue du Gaz 1
Secrétariat : 02 354 05 52