PROTHESES DE FESSES OU PLASTIE D'AUGMENTATION FESSIERE PAR PROTHESES

Version 4 mise à jour janvier 2019

Information délivrée le :

Au bénéfice de :
Nom :
Prénom :

Cachet du Médecin :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à la pose de prothèses de fesses.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

DÉFINITION, OBJECTIFS ET PRINCIPES

La projection de la fesse est le paramètre essentiel de la beauté des fesses. Elle est la résultante de la masse du muscle grand fessier apparue suite au redressement de l'Homme devenu bipède, associée à la « cambrure » de la chute des reins. L'idéal universel c'est d'avoir des fesses pleines et une taille fine (silhouette en sablier).

La région de la fesse est influencée par quatre composants anatomiques :

-La colonne vertébrale : la position plus ou moins en avant ou en arrière du bassin influence la projection des fesses.

-Le muscle grand fessier se développe par une activité musculaire soutenue ; il peut être « camouflé » par une position en avant du bassin.

-La localisation graisseuse autour de la fesse est plus importante chez la femme que chez l'homme (morphologie gynoïde ou androïde). Elle définira la morphologie ethnique (asiatique, caucasienne, latino ou africaine). Cette graisse joue le rôle de « rembourrage » dans la position allongée sur le dos et de réserve énergétique ; sa fonte détermine le vieillissement de la fesse.

-Enfin, la qualité de la peau ou son relâchement (ptose fessière) peuvent orienter plutôt vers un lifting fessier.

L'esthétique de la fesse est variable en fonction des origines ethniques des patient(e)s.

En effet, les *asiatiques* préfèrent des fesses petites, bien galbées, n'aiment pas la plénitude fessière ou trochantérienne.

Les *caucasiens* aiment les fesses fermes et musclées.

Les *« latinos »* aiment la plénitude fessière et peu de plénitude trochantérienne.

Enfin, les *africains* ont un idéal culturel pour les fesses aussi fortes que possible et l'extrême proéminence de la chute des reins avec une plénitude aussi bien fessière que trochantérienne.

La « fesse plate » est souvent mal acceptée physiquement et psychologiquement par le ou la patient(e), avec pour corollaire une altération de la confiance en soi et un mal-être, parfois profond, pouvant aller jusqu'au véritable complexe. C'est pourquoi, l'intervention se propose d'accroître le volume d'une fesse jugé trop petit grâce à l'implantation de prothèses.

Ces altérations physiques ainsi que la souffrance psychique induite, confèrent une finalité thérapeutique à cet acte chirurgical réparateur.

L'intervention peut se pratiquer à tout âge à partir de 18 ans. Un(e) patient(e) mineur(e) n'est habituellement pas estimé(e) apte à subir une augmentation fessière esthétique.

Cette chirurgie à visée purement esthétique ne peut bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance Maladie.

Les implants de fesses actuellement utilisés sont composés d'une enveloppe et d'un produit de remplissage. Ils diffèrent des implants mammaires par une enveloppe plus épaisse et un gel de remplissage plus cohésif.

L'enveloppe est toujours constituée d'un élastomère de silicone. L'implant est dit « prérempli » car le produit de remplissage a été incorporé en usine. La gamme des différents volumes est donc fixée par le fabricant.

LES IMPLANTS PREREMPLIS DE GEL DE SILICONE DE NOUVELLE GENERATION

La grande majorité des prothèses actuellement posées en France et dans le monde sont pré-remplies de gel de silicone.

Ces implants, utilisés depuis plus de 40 ans, ont fait la preuve de leur innocuité et de leur excellente adaptation à ce type de chirurgie car ils sont très proches de la consistance d'une

fesse normale. ils ont par ailleurs bien évolué, en particulier à la fin des années 1990, afin de corriger les faiblesses que l'on pouvait leur reprocher.

Aujourd'hui, tous les implants disponibles en France sont soumis à des normes précises et rigoureuses : marquage CE (Communauté Européenne) + autorisation de l'**ANSM** (**A**gence **N**ationale de **S**écurité du **M**édicament et des produits de santé).

Les évolutions marquantes des nouveaux implants, leur conférant une meilleure fiabilité, concernent tant les enveloppes que le gel lui-même :

- **les enveloppes**, dont la paroi est aujourd'hui beaucoup plus solide, empêchent la «transpiration» du gel vers l'extérieur (qui était une source importante de coques) et ont une résistance à l'usure très supérieure ;
- **les gels de silicone «cohésifs»**, dont la consistance est moins fluide, limitent beaucoup le risque de « se répandre » en cas de rupture de l'enveloppe.

À côté de cette amélioration de la fiabilité, la nouvelle génération d'implants en silicone se caractérise aussi par la grande diversité de formes actuellement disponibles, permettant une adaptation personnalisée à chaque cas. Ainsi, à côté des classiques prothèses *rondes* sont apparus des implants «*anatomiques*» profilés en forme de goutte d'eau, plus ou moins hauts, larges ou projetés.

Cette diversité de formes, associée à un large choix de volumes, permet d'optimiser et d'adapter le choix, presque «sur mesure», des prothèses en fonction de la morphologie du (de la) patient(e) et de ses attentes personnelles.

AVANT L'INTERVENTION

Un interrogatoire suivi d'un examen attentif aura été réalisé par le chirurgien qui prendra en compte tous les paramètres qui font de chaque patient(e) un cas particulier (taille, poids, morphologie, qualité de la peau, importance de la musculature et de la graisse…).

En fonction du contexte anatomique, des préférences et des habitudes du chirurgien, et des désirs exprimés par le (la) patient(e) une stratégie opératoire aura été convenue. Seront ainsi prédéterminés l'emplacement des cicatrices, le type et la taille des implants.

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

Aucun médicament contenant de l'aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entrainer des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également ovtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

On vous demandera de rester à jeun (ne rien manger ni boire) 6 heures avant l'intervention.

TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

Type d'anesthésie : L'intervention se pratique sous **anesthésie générale classique** durant laquelle vous dormirez complètement. Dans de rares cas, une anesthésie « vigile» (anesthésie locale approfondie par des tranquilisants administrés par voie intraveineuse) pourra cependant être utilisée (à discuter avec le chirurgien et l'anesthésiste).

Modalités d'hospitalisation : l'intervention justifie habituellement une hospitalisation d'une journée. L'entrée s'effectue alors le matin de l'intervention (ou parfois la veille dans l'après-midi) et la sortie est autorisée dès le lendemain.

Toutefois, dans certains cas, l'intervention peut se pratiquer en « ambulatoire » c'est-à-dire avec une sortie le jour même après quelques heures de surveillance.

L'INTERVENTION

Chaque chirurgien adopte une technique qui lui est propre et qu'il adapte à chaque cas pour obtenir les meilleurs résultats. Toutefois, on peut retenir des principes de bases communs :

- **Voie d'abord** : voie interfessière, avec incision placée dans le sillon situé entre les deux fesses.

- **Mise en place des prothèses** : en passant par l'incision, les implants peuvent être introduits dans les loges réalisées. Le positionnement est intramusculaire, dans l'épaisseur même du muscle grand fessier.

- **Gestes complémentaires** : en cas de surcharge graisseuse associée (« poignées d'amour » ou « culotte de cheval »), il est possible de réaliser une lipoaspiration. Si le (la) patient(e) désire transférer sa propre graisse d'un endroit où elle n'est pas désirée à un autre endroit, il est possible de réaliser une « lipostructure » ou transfert de tissu adipeux autologue.

- **Drains et pansement** : un drain peut être mis en place en fonction des habitudes du chirurgien. C'est un dispositif destiné à évacuer le sang qui pourrait s'accumuler autour des prothèses.

En fin d'intervention, un pansement « modelant » est réalisé avec un bandage élastique ou bien un vêtement compressif est mis en place avant le réveil.

En fonction du chirurgien, de la voie d'abord et de la nécessité éventuelle de gestes complémentaires associés, l'intervention peut durer d'une heure à deux heures trente.

APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires peuvent parfois être douloureuses les premiers jours, notamment lorsque les implants sont de gros volume. Un traitement antalgique, adapté à l'intensité des douleurs, sera prescrit pendant quelques jours.

Œdème (gonflement), ecchymoses (bleus) et gêne à la marche sont fréquents les premiers temps.

Il est souvent demandé au (à la) patient(e) de rester debout ou allongé (e) sur le ventre les deux premières semaines suivant l'intervention afin de réduire la tension sur les sutures.

Aussi, le premier jour après l'intervention, est il conseillé de «vivre debout» le plus longtemps possible pour que les ecchymoses ou les bleus descendent dans les cuisses.

La seule position assise autorisée, et seulement sur l'arrière des cuisses, est celle nécessaire pour aller aux toilettes.

Le premier pansement est retiré après quelques jours. Il est alors remplacé par un pansement plus léger.

La plupart du temps, les fils de suture sont résorbables. Dans le cas contraire, ils seront retirés 15 jours après l'intervention.

Il convient d'envisager une convalescence avec interruption d'activité d'une durée de dix à quinze jours.

Il est conseillé d'attendre un à deux mois pour reprendre une activité sportive.

LE RESULTAT

Un délai de deux à trois mois est nécessaire pour apprécier le résultat définitif. C'est le temps nécessaire pour que les fesses aient retrouvé toute leur souplesse et que les prothèses se soient stabilisées.

L'intervention aura permis une amélioration du volume et de la forme des fesses. Les cicatrices sont habituellement très discrètes. Le gain de volume fessier a une répercussion sur la silhouette globale, permettant une plus grande liberté vestimentaire. Au-delà de ces améliorations physiques, le recouvrement d'une silhouette avantageuse a souvent un effet très bénéfique sur le plan psychologique.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une amélioration et non pas d'atteindre la perfection. Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner une grande satisfaction.

Stabilité du résultat

Indépendamment de la durée de vie des prothèses (voir plus loin) et exception faite de la survenue d'une variation importante de poids, le volume des fesses restera stable à long terme.

LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT

Certaines imperfections peuvent se rencontrer occasionnellement :

- Une fermeté un peu trop grande (surtout avec de gros implants) ;

- Un aspect un peu « trop rond », notamment chez les patient(e) s très maigres,

- La perceptibilité des implants surtout dans certaines positions (a fortiori avec de gros implants).

En cas d'insatisfaction, certaines de ces imperfections peuvent éventuellement bénéficier d'une correction chirurgicale après quelques mois.

QUESTIONS DIVERSES

- **Maladies auto-immunes**

Les très nombreux travaux scientifiques internationaux réalisés à grande échelle sur ce sujet ont unanimement apporté la preuve qu'il n'y a pas plus de risque de survenue de ce type de maladies rares chez les patient(e)s porteur(se)s d'implants (en particulier en silicone) que dans la population générale.

- **Durée de vie des implants**

Même si on peut voir certain(e)s patient(e)s conserver leurs implants plusieurs décennies sans modification majeure, il ne faut pas considérer la mise en place de prothèses fessières comme quelque chose de définitif. Ainsi, un(e) patient(e) porteur(se) d'implants peut s'attendre à devoir un jour remplacer ses prothèses afin que l'effet bénéfique soit maintenu. Les implants, quels qu'ils soient, ont une espérance de vie incertaine qu'il est impossible d'estimer précisément puisqu'elle dépend de phénomènes d'usure de rapidité variable. La durée de vie des implants ne peut donc en aucun cas être garantie.

Il faut noter toutefois que les implants de nouvelle génération ont fait de gros progrès en terme de résistance et de fiabilité. A partir de la dixième année, il faudra se poser la question du changement de prothèses si apparait une modification de consistance.

Surveillance

Il est essentiel de se soumettre aux visites de contrôle prévues par votre chirurgien dans les semaines puis les mois qui suivent l'implantation.

Toutefois, une surveillance échographique peut rassurer quant à l'intégrité des implants, à réaliser une fois par an ou une fois tous les deux ans.

Ultérieurement, la présence des implants doit **bannir les injections intra-musculaires dans les fesses** : celles-ci endommageraient la prothèse et conduiraient à une nouvelle intervention pour la remplacer.

Une consultation de surveillance, spécifique aux implants, auprès de votre chirurgien plasticien est conseillée tous les deux à trois ans, mais, en dehors de ce suivi, il est surtout fondamental de venir consulter dès qu'une modification des fesses est détectée ou après un traumatisme violent.

LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Une augmentation fessière par prothèses, bien que réalisée pour des motivations essentiellement esthétiques, n'en reste pas moins une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte médical aussi minime soit-il.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Il convient de distinguer les complications liées à **l'anesthésie** de celles liées **au geste chirurgical**.

En ce qui concerne **l'anesthésie**, lors de la consultation, le médecin anesthésiste informera lui-même le patient des risques anesthésiques. Il faut savoir que l'anesthésie induit dans l'organisme des réactions parfois imprévisibles, et plus ou moins faciles à maîtriser : le fait d'avoir recours à un **Anesthésiste parfaitement compétent, exerçant dans un contexte réellement chirurgical**, fait que les risques encourus plus ou moins faciles à maîtriser : le fait d'avoir recours à un **Anesthésiste parfaitement compétent, exerçant dans un contexte réellement chirurgical,** fait que les risques encourus sont devenus statistiquement très faibles.

Il faut en effet garder à l'esprit que les techniques, les poduits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces trente dernières années, offrant une sécurité optimale, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence et chez une personne en bonne santé.

En ce qui concerne le **geste chirurgical** : en choisissant un **Chirurgien Plasticien qualifié et compétent**, formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement.

En pratique, la grande majorité des augmentations fessières réalisées dans les règles se passe sans aucun problème, les suites opératoires sont simples et les patient(e)s sont pleinement satisfait(e)s de leur résultat. Pourtant, parfois, des complications peuvent survenir au décours de l'intervention, certaines inhérentes au geste chirurgical et d'autre spécifiquement liées aux implants.

Complications inhérentes au geste chirurgical

- **Hématome** : l'accumulation de sang autour de la prothèse est une complication pouvant survenir au cours des premières heures après l'intervention. S'il est important, une reprise au bloc opératoire est alors préférable afin d'évacuer le sang et de stopper le saignement à son origine ;

- **Epanchement séreux** : une accumulation de liquide lymphatique autour de la prothèse est un phénomène assez fréquent, souvent associé à un œdème important. Il se traduit par une augmentation transitoire du volume fessier. Il disparaît spontanément et progressivement. Si l'épanchement s'extériorise par la cicatrice, des soins infirmiers à domicile seront effectués avec retour à la position debout ou allongée sur le ventre pendant la durée des soins couplés à la couverture antiobiotique.

- **Infection** : elle est rare après ce type de chirurgie. Elle peut ne pas être résolue par le seul traitement antibiotique et impose alors une reprise chirurgicale pour drainage et ablation de l'implant pendant quelques mois (temps nécessaire avant de pouvoir remettre en place une nouvelle prothèse sans risque).

On peut par ailleurs citer trois autres formes particulières d'infection :

. infection tardive « à bas bruit » : il s'agit d'une infection avec peu de symptômes et sans traduction évidente à l'examen, qui peut survenir parfois plusieurs années après l'implantation;

. microabcès : plus fréquents, ils se développent sur un point de suture et se résorbent rapidement après ablation du fil incriminé et soins locaux ;

. choc toxique staphylococcique : de rarissimes cas de ce syndrome infectieux généralisé brutal ont été rapportés.

- **Anomalies de cicatrisation**

Le processus de cicatrisation mettant en jeu des phénomènes assez aléatoires, il arrive parfois que les cicatrices ne soient pas, à terme, aussi discrètes qu'escompté, pouvant alors prendre des aspects très variables : élargies, rétractiles, adhérentes, hyper ou hypopigmentées, hypertrophiques (boursouflées), voire exceptionnellement chéloïdes.

- **Altération de la sensibilité**

Elles sont fréquentes les premiers mois mais finissent la plupart du temps par régresser. Rarement toutefois, un certain degré de dysesthésie (diminution ou exagération de la sensibilité au toucher) peut persister.

Risques spécifiquement liés aux implants

- **Formation de « plis » ou aspect de «vagues »**

Les implants étant souples, il est possible que leur enveloppe se plisse et que ces plis soient perceptibles au toucher.

Il arrive quelque fois, que l'implant deviennne superficiel à certain endroit. Ce phénomène survient le plus souvent chez des patient(e)s minces, et peut être traité soit par une intervention de lipomodelage qui consiste à apposer une fine couche de graisse sous la peau afin de « camoufler » l'implant, soit par l'enfouissement en profondeur de l'implant.

- **«Coques »**

La réaction physiologique, normale et constante de l'organisme humain en présence d'un corps étranger, est de l'isoler des tissus environnants en constituant une membrane hermétique qui va entourer l'implant et qu'on appelle «capsule périprothétique». Normalement, cette membrane est fine, souple et imperceptible, mais il arrive parfois que la réaction s'amplifie et que la capsule s'épaississe, devienne fibreuse et se rétracte en comprimant l'implant, prenant alors le nom de «coque». Selon l'intensité du phénomène, il peut en résulter : un simple raffermissement de la fesse, une constriction parfois gênante, voire une déformation visible avec globulisation de la prothèse aboutissant à l'extrême à une sphère dure, douloureuse, plus ou moins excentrée.

Cette fibrose rétractile est parfois secondaire à un hématome ou une infection, mais la plupart du temps sa survenue reste imprévisible, résultant de réactions organiques aléatoires.

De gros progrès ont été réalisés ces dernières années en matière de techniques chirurgicales, mais surtout de conception et de constitution des implants, aboutissant à une diminution très sensible du taux de coques et de leur intensité.

Le cas échéant, une réintervention peut corriger une telle contracture par section de la capsule («capsulotomie»).

- **Rupture**

On a vu que les implants ne peuvent être considérés comme définitifs. Une perte d'étanchéité de l'enveloppe peut donc survenir à terme. Il peut s'agir d'une simple porosité, d'ouvertures punctiformes, de microfissurations, voire de véritables brèches. Cela peut être, très rarement, la conséquence d'un traumatisme violent ou d'une piqûre accidentelle et, beaucoup plus souvent, le résultat d'une usure progressive de la paroi due à l'ancienneté.

Dans tous les cas, il en résulte une issue possible du produit de remplissage de la prothèse ; celui-ci va rester contenu au sein de la membrane péri-prothétique qui isole la prothèse.

Cela peut alors favoriser l'apparition d'une coque, mais peut aussi rester sans conséquence et passer totalement inaperçu.

Dans certains cas devenus beaucoup plus rares (notamment du fait de la meilleure «cohésivité» des gels actuels), on peut

toutefois assister à une pénétration progressive du gel dans les tissus environnants.

La rupture prothétique impose, le plus souvent, une intervention visant à changer les implants.

- **Malposition, déplacement**

Un mauvais positionnement, ou le déplacement secondaire de l'implant, affectant alors la forme de la fesse, peuvent parfois justifier une correction chirurgicale.

- **Rotation**

Bien que relativement rare en pratique, le pivotement d'une prothèse «anatomique» reste théoriquement possible et peut affecter le résultat esthétique.

- **Sérome tardif péri-prothétique**

Dans de très rares cas peut survenir, autour de la prothèse, un épanchement tardif qui peut nécessiter une ponction guidée par échographie avec réalisation d'une culture et d'une étude cytologique appropriée.

L'étude cytologique a pu mettre en évidence, encore plus rarement, ders cellules lymphomateuses qui imposent alors l'ablation de la capsule fibreuse péri-prothique, bien que l'on ne soit pas certain qu'il y ait un rapport entre cette réaction et l'implant.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitions vous apporter en complément à la consultation.Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée «.

Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires.Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

REMARQUES PERSONNELLES :