PROTHESES ET PLASTIES D'AUGMENTATION DES MOLLETS

Version 2 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 une augmentation du volume des mollets.

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

Le galbe du mollet est le paramètre essentiel de la beauté des jambes. Trois muscles galbent le mollet et lui donnent du relief :

- Les jumeaux : ce sont deux muscles superficiels, situés à l'intérieur et à l'extérieur du mollet, qui ont un rôle d'extenseur du pied et interviennent légèrement dans le rôle du fléchissement du genou.

- Le soléaire : il s'agit d'un muscle profond, partiellement recouvert dans sa partie haute par les jumeaux, qui sert principalement pour conserver la stabilité du corps.

L'esthétique de la jambe est influencée par quatre composants anatomiques :

- Le squelette osseux formé par le tibia et le péroné ;

- Les muscles jumeaux responsables du relief du mollet (surtout le jumeau interne) définissant une morphologie plutôt masculine (relief musculaire haut placé, « mollet de coq »), ou plutôt féminine (mollet à pente douce se prolongeant vers le bas) ;

- La localisation graisseuse : Le tiers inférieur en est dépourvu laissant apparaître les deux reliefs osseux des malléoles et celui du tendon d'Achille directement sous la peau. Quelquefois, ces reliefs sont noyés par de la graisse associée à du lymphoedème, conséquence d'une pathologie ou tout simplement d'une morphologie familiale.

- Enfin, la qualité de la peau (cicatrices, présence de varices, etc..).

Les demandes de correction du volume des mollets peuvent être **réparatrices**. : elles s'adressent aux séquelles de la poliomyélite, du pied bot,... L'anomalie dans ces cas est le plus souvent unilatérale. L'opération améliore la forme mais la symétrisation parfaite est plutôt difficile à acquérir.

Les demandes **esthétiques**, bilatérales, s'adressent aux mollets fins lorsque les patient(e)s n'arrivent pas, malgré des exercices musculaires soutenus, à en développer le relief.

Les mollets fins sont souvent mal acceptés 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 du mollet jugé trop fin, grâce à la mise en place d'implants.

L'intervention réparatrice peut s'envisager après la puberté. L'intervention purement esthétique 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 esthétique des mollets.

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

Lorsque la chirurgie est à visée purement esthétique, elle ne peut bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance Maladie.

Trois techniques peuvent être utilisées :

- les implants pré-remplis de gel de silicone

- les implants sur mesure en gomme de silicone

- L'auto-greffe de tissus adipeux ou lipofilling.

LES IMPLANTS PREREMPLIS DE GEL DE SILICONE DE NOUVELLE GÉNÉRATION

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

Les implants de mollets 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.

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'un mollet normal. Ils ont par ailleurs bien évolué, en particulier à la fin des années 1990, afin de corriger certaines 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** (**C**ommunauté **E**uropéenne) + 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 ou d'usure 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 symétriques sont apparus des implants «anatomiques» indiqués théoriquement pour les hommes ou les mollets athlétiques.

LES IMPLANTS sur mesure en gomme (élastomère) de silicone (Conception Assistée par Ordinateur)

Depuis une période récente, il est possible de réaliser des implants sur mesure en élastomère de silicone à partir d'une image scannée et d'une construction assistée par ordinateur (CAO). La forme de l'implant est ainsi mieux adaptée à la perte de volume.

Les avantages sont nombreux : matière inaltérable, rupture et coques inexistantes, consistance facilitant la mise en place en rétro-aponévrotique, durée de vie illimitée. Ces implants « sur mesure » ne sont utilisés que par quelques équipes très spécialisées, essentiellement en chirurgie **réparatrice** avec une prise en charge par l'Assurance Maladie.

L'AUTO-GREFFE de TISSU ADIPEUX ou LIPOFILLING

Cette technique, utilisée dans de nombreuses indications de chirurgie reconstructrice et esthétique permet de corriger un défaut de volume par injection de tissus adipeux prélevé sur le patient lui-même : le muscle est remplacé par un volume de graisse harmonieusement réparti (cf. la fiche d'information « Transfert de graisse autologue ou Lipostructure »).

Elle peut être utilisée en un ou plusieurs temps opératoires, seule ou en complément d'un implant, pour peu que la réserve graisseuse du patient le permette.

Peu utilisée en chirurgie esthétique d'augmentation du mollet, elle peut être un complément utile en chirurgie réparatrice pour l'augmentation du tiers inférieur de la jambe atrophiée.

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, l'intérêt d'un lipofilling.

Un bilan préopératoire 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.

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

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 tranquillisants administrés par voie intraveineuse) pourra cependant être utilisée (à discuter avec le chirurgien et l'anesthésiste).

Modalités d'hospitalisation : l'intervention nécessite habituellement une hospitalisation d'une journée, parfois plus. L'entrée s'effectue alors le matin de l'intervention (ou parfois la veille dans l'après-midi).

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 poplitée, avec incision placée dans le pli situé à l'arrière du genou.

Mise en place des prothèses : en passant par l'incision, les implants peuvent être introduits dans les loges réalisées. Le positionnement est rétrofascial (et non pas sous-cutané), c'est-à-dire derrière l'enveloppe aponévrotique de la jambe, au contact même des muscles jumeaux, afin de rendre la prothèse invisible.

Gestes complémentaires : en cas de surcharge graisseuse associée, 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 comme cela a été évoqué précédemment.

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 des bas ou chaussettes de contention sont 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.

APRES 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.

La reprise de la marche est possible et souhaitable dès le lendemain avec des cannes anglaises.

Le premier pansement opératoire est changé au moment de la sortie et renouvelé ou non après une semaine.

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 quinze jours.

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

LE RÉSULTAT

Un délai de deux à trois mois est nécessaire pour apprécier le résultat définitif. C'est le temps nécessaire pour que les mollets 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 mollets. Les cicatrices sont habituellement très discrètes. Le gain de volume du mollet a une répercussion sur la silhouette des jambes, 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 mollets 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 en deça des attentes**, car le mollet ressemble à un fût, très peu extensible limitant la mise en place d'un implant de gros volume ou d'un deuxième implant

- **Le déplacement** de l'implant vers le pli du genou

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**

Si les implants sur mesure en élastomère de silicone sont pratiquement inaltérables, les implants de gel de silicone, même si on peut voir certain(e)s patient(e)s les conserver plus de dix ans sans modification majeure, ne doivent pas être considérés comme définitifs. Ainsi, un(e) patient(e) porteur(se) d'implants préremplis de gel de silicone , peut s'attendre à devoir un jour remplacer ses prothèses afin que l'effet bénéfique soit maintenu. Ces 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 de gel de silicone ne peut donc en aucun cas être garantie.

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

- **Surveillance**

- Pour les implants en élastomère (gomme) de silicone, aucune surveillance particulière n'est requise en dehors de la période post-opératoire.

- Pour les implants de gel de silicone, 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.

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 mollets est détectée ou après un traumatisme violent.

LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Une augmentation des mollets 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 sont devenus statistiquement très faibles.

Il faut en effet garder à l'esprit que les techniques, les produits 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 des mollets réalisées dans les règles, se passent 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

- **Les accidents thrombo-emboliques (phlébite, embolie pulmonaire)** sont rares après ce type d'intervention. Des mesures préventives rigoureuses peuvent en minimiser l'incidence : port de bas anti-thrombose, lever précoce. Un traitement anti-coagulant peut parfois être institué chez certain(e)s patient(e)s présentant un risque majoré d'accident thrombo-embolique.

- **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 ;

- **Sérome** : épanchement lymphatique chronique pouvant survenir après changement d'implants anciens rompus : les ponctions itératives sont insuffisantes et il est préférable de laisser un temps de latence de 1 an après leur ablation avant de procéder à leur remplacement

- **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.

- Algodystrophie de la cheville

L'algodystrophie touche davantage les femmes que les hommes, caractérisée par des douleurs des **articulations** secondaires à un **traumatisme ou une intervention chirurgicale**. L'algodystrophie se manifeste par une **douleur diffuse** et profonde parfois à type de brûlure ou de décharge, une impotence fonctionnelle avec une diminution des mouvements ou une impossibilité à utiliser la zone sensible. L'amélioration spontanée est lente, mais progressive et ne laisse, en général, pas de **séquelles.**

Risques spécifiquement liés aux implants de gel de silicone

- 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 devienne 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 du mollet, une constriction parfois gênante, voire une déformation visible et douloureuse.

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 de gel de silicone 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 cependant rester contenu au sein de la membrane péri-prothétique qui isole la prothèse.

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

Dans certains cas, devenus 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 toujours , une intervention visant à changer les implants , de préférence après un délai de un anapres leur ablation (risque de sérome chronique).

Risques communs

- **Augmentation de volume insuffisante** : en dehors des implants sur mesure par CAO en élastomère, il est très difficile de prévoir exactement le gain de volume ou de la circonférence du mollet. . Il arrive parfois que l'on soit dans l'impossibilité d'insérer l'implant en gel de silicone prévu et que l'on doive opter pour un implant taille inférieure afin de ne pas compromettre la circulation sanguine et de provoquer soit une ischémie du pied droit soit un syndrome des loges.

- Malposition, déplacement

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

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 :