

# AUGMENTATION FESSIÈRE PAR GREFFE ADIPOCYTAIRE (LIPOMODELAGE OU LIPOSTRUCTURE FESSIÈRE, «BBL», A VISÉE ESTHÉTIQUE OU POUR MALFORMATIONS CONGÉNITALES

« Version 1 » Janvier 2025

Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

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 fessière par autogreffe graisseuse**.

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.

## ● INTRODUCTION

L'augmentation fessière est une procédure esthétique qui a gagné en popularité ces dernières années. Elle vise à remodeler et augmenter le volume des fesses, soit en utilisant la propre graisse du (de la) patient(e) (greffe adipocytaire fessière ou GAF, aussi appelée trivialement « Brazilian Butt Lift » ou BBL), soit en implantant des prothèses/implants fessiers. Cette fiche d'information a pour objectif de fournir des détails complets sur les principes, les techniques chirurgicales, les avantages, les risques et les suites opératoires associés à cette méthode d'augmentation fessière.

## ● DÉFINITION, OBJECTIFS ET PRINCIPES

La projection de la fesse est le paramètre essentiel de la beauté des fesses. Elle résulte de la masse du muscle grand fessier, associée à la « cambrure » ou « chute des reins ». L'idéal universel est d'avoir des fesses pleines et une taille fine (silhouette en sablier).

La région fessière est influencée par quatre composants anatomiques :

La colonne vertébrale : la position du bassin influence la projection des fesses.

Le muscle grand fessier : se développe par l'activité musculaire.

La localisation graisseuse : plus importante chez la femme, définit la morphologie ethnique.

La qualité de la peau : son relâchement peut orienter vers un lifting fessier.

L'esthétique de la fesse varie selon les origines ethniques. Les « fesses plates » sont souvent mal acceptées, pouvant entraîner une altération de la confiance en soi.

L'hypotrophie fessière se caractérise par des fesses de volume insuffisant par rapport à la morphologie du (de la) patient(e). Elle peut être congénitale ou acquise, suite à un amaigrissement ou au vieillissement.

Le traitement des hypotrophies fessières consiste à corriger le volume jugé insuffisant par la mise en place d'implants ou par transfert de graisse autologue. Cette chirurgie, bien que principalement esthétique, peut avoir une finalité thérapeutique en raison de la souffrance psychique induite.

L'intervention peut se pratiquer à partir de 18 ans. Elle n'est généralement pas prise en charge par l'Assurance Maladie lorsqu'elle est purement esthétique.

## LES TECHNIQUES D'AUGMENTATION FESSIÈRE

Il existe deux principales techniques d'augmentation fessière :

- Implants fessiers : Cette technique fait l'objet d'une fiche d'information spécifique.

- Greffe Adipocytaire Fessière (GAF) : Aussi appelée « Brazilian Butt Lift » (BBL), cette technique utilise la propre graisse du (de la) patient(e) pour augmenter le volume des fesses.

Ces techniques ont des indications différentes :

- Les implants conviennent aux patient(e)s souhaitant une augmentation du composant musculaire (aspect de «fesse musclée»). Ils apportent de la projection et de la fermeté. Le résultat dépend de la taille de l'implant choisi (petit, moyen, grand).

- La GAF permet des augmentations modérées à fortes, et offre une solution qui utilise les propres cellules graisseuses du candidat. Elle nécessite cependant une quantité de graisse utilisable suffisante.

Les deux techniques peuvent aussi être associées (augmentation fessière dite « composite »), ce qui donne souvent les meilleurs résultats.

### **GREFFE ADIPOCYTAIRE FESSIÈRE (GAF)**

La GAF utilise la graisse prélevée sur des zones du corps où elle est en excès (abdomen, flancs, dos, cuisses) pour l'injecter dans les fesses. Cette technique, dérivée de la lipostructure utilisée en chirurgie reconstructrice, est une véritable greffe de tissus vivants.

Pour être pratiquée en toute sécurité, la GAF doit être réalisée en milieu chirurgical par un chirurgien plasticien qualifié.

La GAF convient aux patient(e)s disposant d'un « capital adipeux » suffisant. Elle peut répondre aux attentes de ceux qui souhaitent une augmentation modérée ou retrouver un galbe plus harmonieux.

Ses avantages principaux sont :

- Une augmentation naturelle, sans corps étranger.
- Le traitement simultané des zones de surcharge graisseuse (sites de prélèvement).

### ● **INDICATIONS : elles sont essentiellement esthétiques**

Cet acte chirurgical est considéré le plus souvent comme esthétique, et dans des rares contextes particuliers de réparateur. Si elles existent, les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie vous seront précisées par votre chirurgien.

Lorsque l'intervention est à but uniquement esthétique, elle n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

En chirurgie réparatrice, au contraire, l'Assurance Maladie participe à la prise en charge des malformations ou déformations fessières, qui peuvent être innées (génétiques ou neurologiques, ou autre) ou consécutives à un traumatisme (chirurgie, accident, brûlure, ...).

En reconstruction, les transferts graisseux peuvent apporter leur contribution dans certaines situations cliniques, notamment :

- L'hypoplasie fessière congénitale avec asymétrie: les structures des fesses ne se sont pas bien développées

ou ont connu un développement insuffisant. Toutes les formes intermédiaires peuvent se voir selon la sévérité des atteintes neurologiques avec retentissement fessier.

- Les déformations induites (par brûlures, par accidents, après des rayons, ou après une chirurgie) : pour ces cas rares, le traitement est particulier à chaque situation, mais les transferts graisseux sont utiles car ils apportent du volume, de la souplesse, et diminuent la fibrose locale.

### ● **AVANT L'INTERVENTION**

Le projet thérapeutique est élaboré conjointement entre le (la) patient(e) et le chirurgien.

En particulier seront abordés le bénéfice esthétique escompté, les limites de la technique en terme de gain de volume, les avantages, les inconvénients et les contre-indications.

Une étude minutieuse, clinique et photographique est effectuée.

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

Le médecin-anesthésiste sera consulté au plus tard 48 heures avant l'intervention.

Aucun médicament contenant de l'aspirine ou un anti-inflammatoire ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

Un interrogatoire suivi d'un examen attentif sera 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...).

Un bilan échographique des fesses peut éventuellement être réalisé pour évaluer la qualité des tissus et planifier 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 entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables. 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 obtenir 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** : la greffe adipocytaire fessière esthétique doit être réalisée sous anesthésie générale car plusieurs sites anatomiques sont concernés dans le même temps opératoire :

- les zones de prélèvements (abdomen, hanches, cuisses ou autres)
- les fesses, zone receveuse.

**Modalités d'hospitalisation** : l'intervention justifie habituellement une hospitalisation d'une journée. L'entrée s'effectue le matin de l'intervention (ou parfois la veille dans l'après-midi) et la sortie est autorisée dès le lendemain. L'intervention peut se pratiquer en « ambulatoire » 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 base communs.

Le chirurgien commence par procéder à un repérage précis des zones de prélèvement de la graisse « donneuse », ainsi que des sites receveurs. Le choix des zones de prélèvement est fonction des zones d'excès de graisse et des désirs du (de la) patient(e), car ce prélèvement permet une amélioration appréciable des zones considérées, en réalisant une véritable lipoaspiration des excédents graisseux. Le choix des sites de prélèvement est également fonction de la quantité de graisse jugée nécessaire et des sites de prélèvement disponibles.

**Lipoaspiration et prélèvement** : la graisse est prélevée par liposuction à l'aide de fines canules d'aspiration introduites par de petites incisions cachées dans les plis naturels, au niveau des zones donneuses. Le prélèvement du tissu graisseux est effectué de façon peu traumatique.

**Traitement de la Graisse** : on procède ensuite à une filtration ou centrifugation, de manière à séparer les cellules graisseuses — qui seront conservées — des éléments qui ne seront pas utilisables (sérosités, huile). La méthode de filtration est souvent préférée car elle préserve mieux la viabilité des cellules graisseuses.

**Injection de la Graisse** : le transfert du tissu graisseux se fait à partir d'incisions de 1 à 2,5 mm à l'aide de micro-canules. On procède ainsi au transfert de micro-particules de graisse dans différents plans (du plan supra-musculaire jusqu'à la peau), selon de nombreux trajets indépendants (réalisation d'un véritable réseau tridimensionnel), afin d'augmenter la surface de contact entre les cellules implantées et les tissus receveurs, ce qui assurera au mieux la survie des cellules adipeuses greffées et donc la « prise de la greffe ».

**Utilisation de l'Échographie** : l'échographie en temps réel est parfois utile pour guider l'injection et s'assurer que la graisse est placée dans les couches sous-cutanées, évitant ainsi les injections intravasculaires dangereuses.

Dans la mesure où il s'agit d'une greffe, les cellules greffées resteront vivantes à 60 à 80% selon les patient(e)s et selon la technique de prélèvement et de traitement de la graisse.

Une fois la période de résorption passée, la greffe adipocytaire peut être considérée comme une technique définitive puisque les cellules adipeuses ainsi greffées vivront aussi longtemps que les tissus qui se trouvent autour d'elles. En revanche, l'évolution de ces cellules graisseuses se fait selon l'adiposité du (de la) patient(e) (si le (la) patient(e) maigrit, le volume apporté diminuera, et inversement). Le résultat obtenu ne peut donc pas être garanti, et pourrait se modifier avec le temps.

La durée de l'intervention dépend du nombre de sites donneurs, de la quantité de graisse à transférer, et d'un éventuel changement de position. Elle peut varier de 1 heure à 3 heures selon les cas.

## ● APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

Dans les suites opératoires, les douleurs sont, en règle générale, modérées, et prédominent au niveau des zones de prélèvement. Un gonflement des tissus (œdème) au

au niveau des sites de prélèvement et au niveau des fesses apparaît pendant les 48 heures suivant l'intervention, et mettra en général 1 à 3 mois à se résorber. Des ecchymoses (bleus) apparaissent dans les premières heures au niveau des zones de prélèvement de graisse : elles se résorbent dans un délai de 10 à 20 jours après l'intervention.

Il est habituellement demandé au (à la) patient(e) de rester, le plus souvent possible, debout ou allongé(e) sur le ventre, les deux premières semaines pour réduire la pression sur les zones injectées. La position allongée sur le dos est à éviter pendant les premières semaines.

Le premier pansement est retiré après quelques jours et remplacé par un pansement plus léger. Les fils de suture, s'ils ne sont pas résorbables, seront retirés après 15 jours.

Une convalescence avec interruption d'activité de dix à quinze jours est à envisager. La reprise d'une activité sportive est généralement possible après un à deux mois. Une fatigue, parfois intense, peut être ressentie pendant 1 à 2 semaines, surtout en cas de prélèvement graisseux important.

Il convient de ne pas exposer au soleil ou aux U.V. les régions opérées et encore « bleues » avant 4 semaines au moins, ce qui impliquerait le risque de pigmentation cutanée. Après résorption des phénomènes d'œdème et d'ecchymoses, le résultat commence à apparaître dans un délai de 1 mois après l'intervention, mais le résultat complet sera visible entre le 3ème et le 6ème mois.

## ● LE RÉSULTAT

Il est apprécié dans un délai de 3 à 6 mois après l'intervention. Il est le plus souvent satisfaisant, chaque fois que l'indication et la technique ont été correctes : les fesses opérées présentent un volume plus important et un galbe plus harmonieux. La silhouette générale est également améliorée grâce à la lipoaspiration des zones de prélèvement.

Une deuxième séance de greffe est envisageable quelques mois plus tard si nécessaire (et si des zones donneuses persistent), afin d'augmenter le volume des fesses, ou d'en améliorer la forme. Cette deuxième intervention entraîne des contraintes et des coûts comparables à ceux de la première greffe.

Dans la mesure où la greffe de cellules graisseuses est une réussite, nous avons vu que ces cellules restaient vivantes aussi longtemps que resteront vivants les tissus dans lesquels elles ont été greffées. Cependant, le vieillissement normal des fesses n'est pas interrompu et l'aspect des fesses se modifiera naturellement avec le temps.

## ● LES IMPERFECTIONS DE RÉSULTAT

Certaines imperfections peuvent se rencontrer occasionnellement :

- Perte de volume des fesses suite à un amaigrissement.
- Nécessité d'une deuxième greffe pour obtenir le résultat souhaité.
- Hypo-correction localisée, asymétrie légère, irrégularités.
- Une augmentation trop importante de volume fessier peut aussi survenir à long terme, surtout en cas de prise de poids, et nécessiter une diminution par aspiration secondaire.
- Pour les augmentations importantes, une distension de la peau fessière peut survenir avec le temps et produire un aspect « vieilli » des fesses.

Ces imperfections, si elles sont mal supportées, peuvent être corrigées par une intervention complémentaire, en général beaucoup plus simple que l'intervention initiale, à partir du 6ème mois post-opératoire.

## ● RISQUES ET COMPLICATIONS

Une greffe adipocytaire des fesses est une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte chirurgical.

Les risques peuvent être distingués en deux catégories :

• **Risques liés à l'anesthésie** : ils seront détaillés par le médecin anesthésiste lors de la consultation pré-opératoire.

• **Risques liés à l'acte chirurgical** :

- Hématomes et ecchymoses (« bleus ») : plus fréquents au niveau du site donneur.
- Infection : rare, prévenue par l'antibiothérapie per-opératoire.
- Altération temporaire de la sensibilité : au niveau site donneur et/ou receveur.
- Anomalies de cicatrisation : rares, les points d'injection étant de taille très réduite.

Risques spécifiques à la GAF :

- Résorption partielle de la graisse greffée.
- Asymétrie persistante ou apparente après l'intervention.
- Variations de volume liées aux changements de poids.
- Irrégularités en surface ou en profondeur, zones de cytotéatonecrose (« boules dures » sous la peau, à type de « kystes »).
- Embolie graisseuse : complication rare mais potentiellement grave, liée au passage de cellules graisseuses dans le sang circulant, au cours de l'injection.



Elle nécessite une prise en charge médicale immédiate et spécialisée.

- Décès : extrêmement rare (1/15 000), souvent lié à une embolie graisseuse.

Le choix d'un chirurgien plasticien qualifié et expérimenté minimise ces risques sans toutefois les éliminer complètement.

### ● **SURVEILLANCE ET SUIVI**

Il est essentiel de se soumettre aux visites de contrôle prévues par votre chirurgien.

Il est important de noter que si la GAF est, une fois la graisse intégrée, une solution définitive, cette dernière peut nécessiter des « retouches » ou des compléments d'injections, en raison de la résorption partielle de la graisse.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement avoir conscience qu'une intervention chirurgicale comporte toujours une petite part d'aléas.

Le recours à un Chirurgien Plasticien qualifié, formé à ce type d'interventions, vous assure que celui-ci a bien la formation et la compétence requises pour savoir éviter au maximum ces complications, et, si elles survenaient, les traiter efficacement.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons 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. Votre chirurgien est à votre disposition pour y répondre au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone.

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 reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

### **REMARQUES PERSONNELLES :**