

Esthétique

Lipostructure esthétique du visage, un moyen de rajeunissement naturel et efficace

RÉSUMÉ : Le rajeunissement est une demande fréquente en chirurgie esthétique. De nombreuses techniques chirurgicales de rajeunissement du visage ont été décrites, comme la lipostructure. Elle a profondément amélioré les résultats en chirurgie esthétique, en permettant de compléter sur mesure le volume manquant de certains compartiments graisseux du visage. Le but de cet article est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la lipostructure faciale esthétique dans le rajeunissement du visage. Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une série de cas de lipostructure faciale esthétique. Les résultats ont été satisfaisants à très satisfaisants dans 95 % des cas, et moyens dans 5 % des cas. Aucune complication n'a été décrite dans cette série.



C. HO QUOC, J.-L. FOYATIER
Lyon, FRANCE
www.dr-hoquoc.com

Le rajeunissement est une demande fréquente en chirurgie esthétique. Le vieillissement des tissus, associé à une perte de volume au niveau des compartiments graisseux de la face, et marqué dans certains cas par une chute globale des structures du visage est une évolution parfois difficilement acceptée par les patients. De nombreuses techniques chirurgicales de rajeunissement du visage ont été décrites, comme le lifting cervico-facial, le lifting frontal, les blépharoplasties, et la lipostructure [1]. La lipostructure, ou transfert graisseux, est une technique qui a profondément amélioré les résultats, d'abord en chirurgie reconstructrice [2, 3], puis en chirurgie esthétique [4], notamment au niveau du visage [5, 6], du sein et du remodelage de la silhouette [7]. Elle permet de compléter sur mesure le volume manquant de certaines zones, comme les compartiments graisseux du visage.

Le but de cet article est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la lipostructure faciale esthétique dans le rajeunissement du visage.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une série homogène de cas consécutifs de lipostructure faciale esthétique. Nous avons recensé les volumes moyens transférés au niveau des compartiments du visage.

La technique chirurgicale a été homogène. L'intervention de lipostructure avait lieu sous anesthésie générale. Le prélèvement des stéatoméries abdominales ou de la face interne des genoux avait lieu sans infiltration avec une canule de 3,5 mm vissée sur une seringue de 10 cc. Le tissu prélevé était centrifugé à 3 000 tours par minute pendant trois minutes (500 G). Les incisions au niveau du visage étaient réalisées à l'aide d'un trocart de 18 G, et la réinjection de tissu graisseux était réalisée avec une canule de 1,5 mm mono-perforée. Le transfert se faisait de la zone profonde vers la superficie. Les sutures au niveau du visage étaient réalisées à l'aide de points de fil très fin non résorbable, puis elles étaient enlevées au cinquième jour.

Esthétique

postopératoire. Les gestes associés ont été, à la demande, la blépharoplastie bilatérale supérieure et/ou inférieure.

L'efficacité de la procédure a été évaluée par l'équipe chirurgicale et par les patients à un an postopératoire selon 4 critères : très satisfaisant, satisfaisant, moyen, insuffisant. La tolérance a été évaluée par la recherche de complications comme l'infection, l'hématome, le retard de cicatrisation et la cystostéatonecrose.

Résultats

L'étude rétrospective a été réalisée sur une série de 20 patients avec indication de lipostructure esthétique. L'échantillon était constitué de 16 femmes et 4 hommes.

L'âge moyen a été de 49 ans, le BMI moyen a été de 22,5 kg/m². Le volume graisseux purifié après une centrifugation courte a été noté à 24 cc, avec pour chaque côté : 4 cc dans la pommette, 2 cc au niveau de la région sourcilière et orbitaire, 1 cc au niveau de la tempe, 1 cc au niveau du front, 2 cc au niveau de la joue, 1 cc au niveau de la région para-mentonnaire ; et

2 cc au niveau de la région mentonnaire médiane. L'ensemble des résultats est répertorié dans le **tableau I**. Les résultats ont été satisfaisants à très satisfaisants dans 95 % des cas (**fig. 1, 2, 3 et 4**), et moyens dans 5 % des cas. Ce dernier cas a nécessité une nouvelle lipostructure sous anesthésie locale avec prémédication pour obtenir un résultat très satisfaisant

Pour chaque pommette	4 cc
Pour chaque région sourcilière/orbitaire	2 cc
Pour chaque tempe	1 cc
Pour chaque héli-front	1 cc
Pour chaque joue	2 cc
Pour chaque région para-mentonnaire	1 cc
Et pour la totalité du menton	2 cc

Tableau I : Lipostructure faciale de 24 cc en moyenne, avec volume moyen (en cc) transféré par compartiment graisseux du visage.

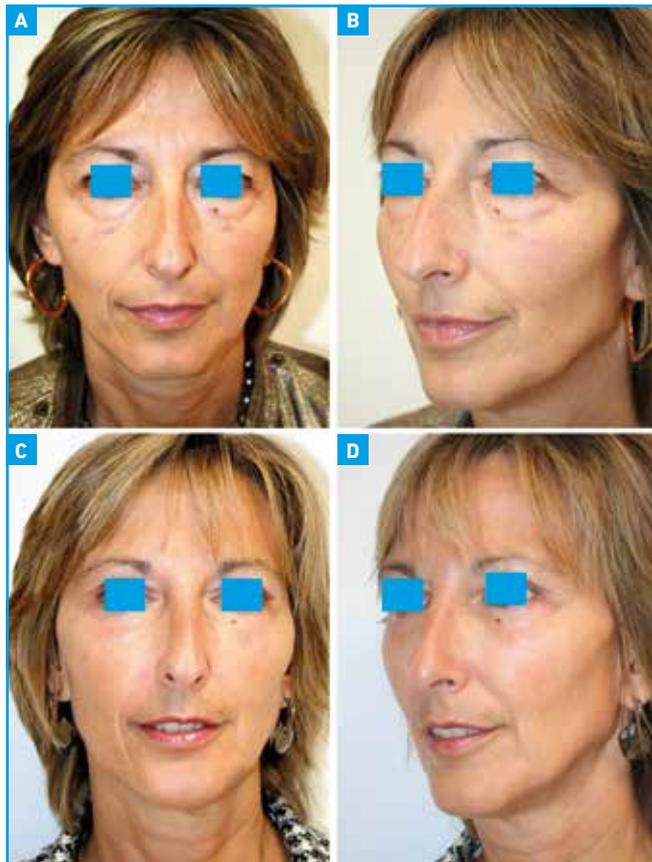


Fig. 1 : Patiente de 53 ans (A, B). Résultat à un an après lipostructure de 26 cc. Blépharoplasties supérieures et inférieures (C, D).



Fig. 2 : Patiente de 44 ans (A, B). Résultat à un an après lipostructure de 18 cc. Blépharoplasties supérieures (C, D).

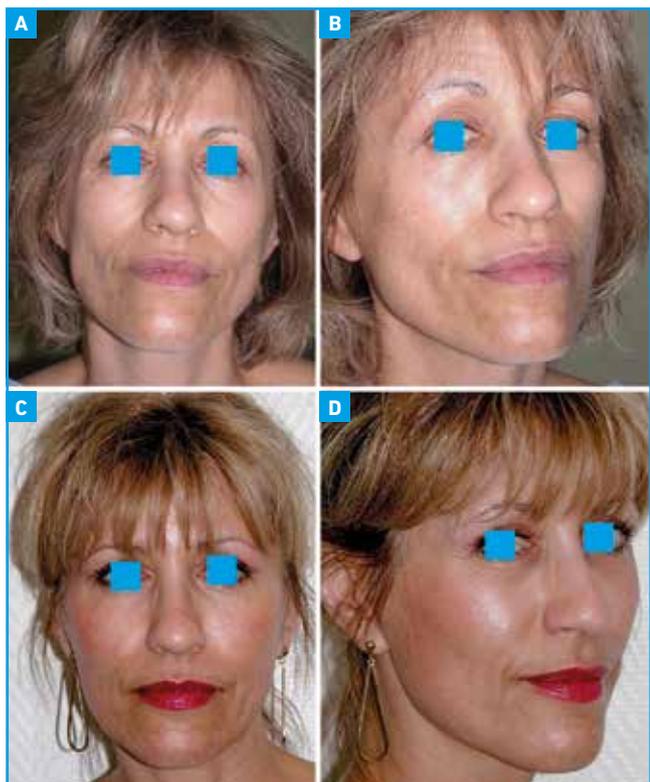


Fig. 3 : Patiente de 51 ans (A, B). Résultat à un an après lipostructure de 28 cc. Blépharoplasties supérieures (C, D).



Fig. 4 : Patiente de 39 ans (A, B). Résultat à un an après lipostructure de 20 cc. Blépharoplasties supérieures (C, D).

pour le patient. Aucune complication (infection, hématome, retard de cicatrisation et cytotéatonécrose) n'a été décrite dans cette série. Seule une ecchymose unilatérale au niveau d'une pommette a été notée par la patiente, avec résorption spontanée à quatre mois postopératoire.

■ Discussion

La lipostructure du visage semble être un outil très intéressant dans le cadre du rajeunissement du visage.

L'analyse sémiologique est importante afin de déterminer les compartiments graisseux du visage qui nécessitent une lipostructure. Il s'agit là d'une véritable restructuration globale des volumes du visage par la lipostructure, et non pas d'un rajeunissement cervico-facial par lifting cervico-facial pour laxité cutanée. Dans notre expérience,

la pommette (ou "*malar fat pad*"), est la zone du visage qui nécessite un transfert graisseux plus important. Les pommettes bien définies représentent des signes de jeunesse très appréciés, avec cet aspect "bonne mine" recherché par les patients. Pour Guyuron [8], 21 patients avec lipostructure faciale esthétique ont été suivis sur 16 mois. Au total, la plénitude du résultat a été obtenue au neuvième mois postopératoire. Il existait une plus grande résorption au niveau des lèvres (dans sa série, trois patients avaient bénéficié d'une deuxième séance). Coleman [1] a réalisé des lipostructures faciales depuis 20 ans. Pour lui, le résultat est extrêmement variable d'un patient à l'autre. Le meilleur résultat postopératoire précoce est situé au niveau des régions jugales et mandibulaires. La résorption est plus importante au niveau des lèvres et des paupières (d'où l'intérêt d'une surcorrection peropératoire).

Les résultats au long cours de la lipostructure esthétique du visage sont intéressants. Dans notre série, les résultats sont très satisfaisants avec un taux de satisfaction de 95 % chez des patients conservant un poids stable après l'intervention.

Le site receveur semble être le critère le plus important pour la qualité de prise de la greffe, et non pas la technique de préparation du tissu graisseux. L'équipe de Botti [9] a pratiqué 25 lipostructures esthétiques du visage. Ses résultats ont été comparables, malgré deux techniques différentes de préparation de la graisse prélevée (filtration-lavage contre centrifugation à 3000 tours/min pendant trois minutes). La lipostructure a été plus efficace au niveau des zones malaires, de la vallée des larmes, et au niveau orbitaire. La lipostructure a été moins efficace au niveau des lèvres et au niveau des zones temporales.

Esthétique

POINTS FORTS

- La lipostructure faciale esthétique permet de restaurer naturellement les compartiments graisseux du visage avec d'excellents résultats au long cours.
- L'analyse sémiologique est importante afin de déterminer les compartiments graisseux du visage qui nécessitent une lipostructure.
- La pommette (ou "malar fat pad") est la zone du visage qui nécessite habituellement un transfert graisseux plus important. Les pommettes bien définies représentent des signes de jeunesse très appréciés, avec cet aspect "bonne mine" recherché par les patients.
- La lipostructure a été moins efficace au niveau des lèvres et au niveau des zones temporales.

Le taux de résorption est important à connaître [10], même s'il est difficile d'anticiper cette donnée après la lipostructure du visage. L'équipe de Baran [11] a démontré que l'inflammation permet une meilleure prise de greffe dans une zone richement vascularisée. Il a comparé le transfert graisseux en zone inflammatoire et en zone native sur le dos de 25 lapins (territoire richement vascularisé, comme le modèle facial). L'évaluation histologique et cytologique a été réalisée au microscope à 3, 6 et 12 mois. Au total, Baran *et al.* [11] ont retrouvé 100 % de résorption adipocytaire dans le dos natif à six mois, et 70 % de résorption adipocytaire dans le dos inflammatoire à un an. Baran pense que le transfert de tissu adipeux classique ne persiste pas plus d'un an, car la greffe adipocytaire évolue ensuite vers la cytotéatonecrose ou vers le fibroblaste, expliquant la nécessité de refaire une lipostructure au bout d'un an. Kanchwala [12] a étudié le transfert graisseux dans la face de la souris nude. Certaines aires faciales sont plus sensibles à la résorption à long terme.

L'alternative simple au rajeunissement par lipostructure est la médecine esthétique avec les injections de produits de comblement comme l'acide hyaluro-

nique (AH). En 2004, 12 millions de procédures esthétiques ont été réalisées aux USA : 2 millions d'actes chirurgicaux, et 10 millions d'actes médicaux (dont un million d'injections d'acide hyaluronique) [13]. Rohrich [14] a démontré que la longévité de l'AH dépend de la localisation faciale injectée : de trois mois pour les lèvres jusqu'à plus de six mois pour la vallée des larmes. L'injection dans le derme superficiel permet également un meilleur résultat au long terme. Pour Carruthers *et al.*, l'utilisation des fillers dans le 1/3 moyen de la face et dans la région nasale se fait dans le *dorsum* post-rhinoplastie, et dans la pointe lorsqu'elle s'abaisse par vieillissement primaire. La co-injection avec la toxine botulique améliorerait l'efficacité du filler à moyen terme [15].

Conclusion

La lipostructure faciale esthétique est une technique simple et efficace qui a profondément amélioré les résultats en chirurgie du rajeunissement du visage. Elle permet de restaurer naturellement les compartiments graisseux du visage avec d'excellents résultats au long cours. La lipostructure est devenue un outil indispensable dans notre arsenal thérapeutique de rajeunissement facial.

BIBLIOGRAPHIE

1. COLEMAN SR. Structural fat grafting: more than a permanent filler. *Plast Reconstr Surg*, 2006;118:108S-120S.
2. HO QUOC C, BOUGUILA J, BRUN A *et al.* Traitement chirurgical des séquelles de brûlures profondes du sein : 25 ans d'expérience. *Ann Chir Plast Esthét*, 2012;57:35-40.
3. BOUGUILA J, HO QUOC C *et al.* Particularités de la prise en charge des paupières brûlées. *JFr Ophthalmol*, 2011;34:655-662.
4. ELLENBOGEN R. Fat transfer: current use in practice. *Clin Plast Surg*, 2000;27:545-556.
5. GUERREROSANTOS J. Long-term outcome of autologous fat transplantation in aesthetic facial recontouring: sixteen years of experience with 1936 cases. *Clin Plast Surg*, 2000;27:515-543.
6. CHAJCHIR A. Fat injection: long-term follow-Up. *Aesthetic Plast Surg*, 1996;20:291-296.
7. HO QUOC C *et al.* Remodelage fessier esthétique par transfert graisseux. *Ann Chir Plast Esthét*, 2013;58:194-200.
8. GUYURON B, MAJZOUB RK. Facial augmentation with core fat graft: a preliminary report. *Plast Reconstr Surg*, 2007;120:295-302.
9. BOTTI G, PASCALI M, BOTTI C *et al.* Clinical trial in facial fat grafting: filtered and washed vs centrifuged fat. *Plast Reconstr Surg*, 2011;127:2464-2473.
10. HO QUOC C *et al.* Volumetric evaluation of fat resorption after breast lipofilling. *Ann Chir Plast Esthét*, 2015;60:495-499.
11. BARAN CN, CELEBIOGLU S, SENSÖZ O *et al.* The behavior of fat grafts in recipient areas with enhanced vascularity. *Plast Reconstr Surg*, 2002;109:1646-1651.
12. KANCHWALA SK, BUCKY LP. Facial fat grafting: the search for predictable results. *Facial Plast Surg*, 2003;19:137-146.
13. EPPLEY BL, DADVAND B. Injectable soft-tissue fillers: clinical overview. *Plast Reconstr Surg*, 2006;118:98e-106e.
14. ROHRICH RJ, GHAVAMI A, CROSBY MA. The role of hyaluronic acid fillers (Restylane) in facial cosmetic surgery: review and technical considerations. *Plast Reconstr Surg*, 2007;120:41S-54S.
15. CARRUTHERS JD, GLOGAU RG, BLITZER A *et al.* Advances in facial rejuvenation: botulinum toxin type a, hyaluronic acid dermal fillers, and combination therapies--consensus recommendations. *Plast Reconstr Surg*, 2008;121:5S-30S.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.