Fesses

Les différentes loges pour les prothèses de fesses : avantages et inconvénients

RÉSUMÉ : La demande de l'augmentation fessière est en plein essor. Si le lipomodelage occupe la place centrale dans cette chirurgie, l'insertion des implants préremplis de gel de silicone trouve néanmoins son indication. Cependant, la fesse est un millefeuille qui peut recevoir l'implant aussi bien en sous-cutané qu'en sous-facial, intramusculaire et sous-musculaire.
Sur quatre loges décrites, deux sont à retenir : la loge intramusculaire et la loge sous-musculaire. Pour commencer, la loge sous-musculaire est privilégiée car plus intuitive et sûre, elle est en revanche moins souple. La loge intramusculaire est plus difficile à maîtriser mais à l'abri de tout élément noble, et donne un résultat davantage adapté à la morphologie et à la demande du patient.

R. ABS
Chirurgien plasticien, MARSEILLE.

La glutéoplastie est une tendance croissante dans les procédures esthétiques de la silhouette. Quatre procédures peuvent être utilisées au niveau de la fesse :
– l'injection sous-cutanée d'acide hyaluronique corporel ;
– le lipomodelage combinant une lipoaspiration des zones entourant la fesse et une injection de cette graisse, après son traitement, dans le plan sous-cutané ;
– l'implant glutéal, avec un parallèle à faire avec l'implant mammaire ;
– et enfin le lifting des fesses, qui est le temps postérieur du bodylift inférieur.

Chacun de ces procédés peut être utilisé seul ou de façon combinée afin de répondre au mieux à la demande et à la situation particulière de chaque patient. Le patient avec un corps mince et/ou ayant une forte ambition de projection fessière n'a d'autre choix que de bénéficier des implants fessiers. Ceux-ci peuvent être suffisants ou être associés à un transfert de graisse dans une procédure combinée.

La description des avantages et des inconvénients des différentes loges pour les prothèses de fesses n'a qu'un seul but, celui de donner au chirurgien plasticien les clés d'une technique d'augmentation par implant sûre, reproductible et efficace.

Considérations anatomiques

La région glutéale présente, de la profondeur à la superficie, un plan musculoaponévrotique profond qui est l'aponévrose glutéale. Cette aponévrose est traversée par d'importants éléments vasculonerveux qui passent par un espace virtuel appelé l'espace cellulaire sous-glutéal, lui-même couvert par un plan musculoaponévrotique superficiel du muscle grand fessier (***fig. 1***). Dans le tiers inférieur de la région et en dessous du bord du muscle piriforme, apparaissent l'artère pudendale interne, l'artère glutéale inférieure, le nerf pudendal interne, le nerf sciatique, le nerf glutéal inférieur, les veines et les lymphatiques, ces éléments étant recouverts d'une poche adipeuse.

Le muscle grand fessier est la masse superficielle de la région glutéale.

Fesses

Fig. 1 : Espace sous-musculaire de la fesse gauche (grand fessier soulevé à droite). De haut en bas : pédicule supérieur, muscle piriforme, nerf sciatique, pointe des ciseaux matérialisant le passage de l'implant, pédicule inférieur.

Ce muscle est constitué de fascicules séparés les uns des autres par des expansions du feuillet aponévrotique superficiel.

L'espace cellulaire sous-glutéal est situé entre les plans musculoaponévrotiques superficiel et profond. Il s'étend en haut jusqu'à l'insertion du feuillet aponévrotique profond à la crête iliaque et la face profonde du tractus iliotibial. En dehors, il s'étend jusqu'au grand trochanter. Complètement fermé en haut, en avant, en arrière et en externe, cet espace communique avec les régions voisines par la partie inférieure et interne. En bas, il se prolonge avec l'espace cellulaire postérieur du muscle et, à l'intérieur, il communique avec le tissu cellulaire de la cavité pelvienne à travers la petite échancrure ischiatique.

Technique chirurgicale

La voie d'abord est une voie ménageant un lambeau vertical et médian désépidermisé (60 ou 70 × 10 mm) qui nous permet d'accéder aux deux côtés, d'écarter les fibres du muscle grand fessier et de confectionner les loges prothétiques. Celles-ci sont décrites de la superficie à la profondeur.

1. Loge sous-cutanée

Décrite par Gonzalez-Ulloa [1], qui l'a utilisée avec des implants glutéaux spécifiquement dessinés à cet effet. C'est une loge facile à concevoir et, si le résultat immédiat est magnifique, elle est à éviter absolument car les complications ne tarderont pas à se manifester.

2. Loge sous-faciale

Décrite par de la Peña [2]. La dissection est réalisée sous le feuillet aponévrotique du muscle grand fessier (ce feuillet est très fin au centre de la surface musculaire) avec des implants glutéaux conçus en élastomère de silicone. La dissection est faite pas-à-pas au ras des fibres musculaires, avec une hémostase sous contrôle de la vue. L'ajout de ce feuillet au plan sous-cutané n'augmente pas d'une façon significative la résistance mécanique de la couverture implantaire. Ses complications et son sort rejoignent la loge précédente.

3. Loge intramusculaire

Décrite par Vergara pour un implant glutéal prérempli de gel de silicone [3, 4]. Celui-ci est complètement enveloppé par le muscle puisqu'inséré au centre de la masse musculaire (***fig. 2***). La difficulté est la dissection à l'aveugle pour la création de cet espace virtuel au sein du muscle. Gonzales a rationalisé la confection de cette loge avec sa technique XYZ [5]. Pour ceux qui "appréhendent les mathématiques", nous avons décrit une méthode tactile basée sur quatre repères osseux fixes [6-8] : le sacrum, le grand trochanter, le bas de l'aile iliaque et la tubérosité ischiatique. Entre ces reliefs osseux, l'implant glutéal vient se glisser dans une concavité naturelle.

Fig. 2 : Loge intramusculaire à ciel ouvert.

4. Loge sous-musculaire

Décrite par Robles [9]. La loge est haut placée, s'arrêtant en bas à l'émergence du nerf sciatique et se limitant à des implants de volume modéré. Mis à l'honneur récemment par Petit [10], il s'agit d'un plan de décollement naturel qui se situe entre le muscle grand fessier et le muscle moyen fessier. La limite latérale de la loge serait le bord postérieur du grand trochanter. Le ligament qui va du sacrum à la tubérosité ischiatique est la limite inférieure et médiale de cette loge.

Discussion

Les loges sous-cutanée et sous-fasciale sont accablées par un taux très élevé de complications comme l'hématome, le sérome, l'infection et la visibilité-rotation-ptôse de l'implant pour ne citer que les principales (***fig. 3***), elles sont les conséquences d'une mauvaise couverture de l'implant. Par conséquent, ce sont deux loges à abandonner.

La loge intramusculaire nécessite un temps d'apprentissage pour sa réalisation et offre un meilleur positionnement de l'implant. Dépourvu de tout élément noble, l'intérieur du muscle offre une sécurité et une protection aux pédicules et au nerf sciatique sous-jacent.

La loge sous-musculaire est réalisée dans un plan plus profond (entre le muscle grand fessier et le muscle moyen fessier). C'est un espace de décollement naturel qui fait penser à

Fig. 3 : Implant en loge sous-cutanée.

l'espace rétropectoral pour l'implant mammaire, assurant une meilleure dissimulation. En revanche, le passage de l'implant se fait entre les deux pédicules du muscle grand fessier (donc à ne pas léser), juste au-dessus de l'émergence du nerf sciatique (contact intime).

In fine, deux loges méritent que l'on s'y attarde : la loge intramusculaire et la loge sous-musculaire.

D'abord, la loge intramusculaire est réalisée en scindant le muscle grand fessier – selon son épaisseur – en deux et on y glisse l'implant, comme "un hot dog dans un sandwich" (***fig. 4***). Comment s'y prendre ? Il faut couper sur 60 ou 70 mm l'insertion des fibres musculaires au niveau du sacrum ou, mieux, les écarter selon leur orientation (***fig. 5***), puis aller suffisamment en profondeur afin de recouvrir l'implant d'un bon manteau musculaire. Ensuite, écarter les fibres musculaires dans un plan frontal en passant du sacrum jusqu'au grand trochanter ; c'est un plan incliné à 45° qui enjambe la cavité articulaire de la hanche. Continuer l'écartement des fibres en éventail dans

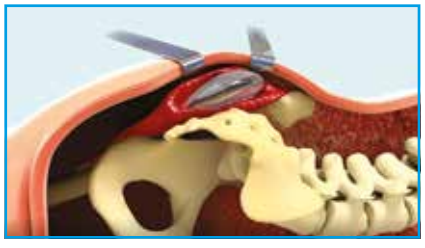

Fig. 4 : Technique en sandwich.

POINTS **FORTS**

- Deux loges à retenir : la sous-musculaire pour débuter et l'intramusculaire pour l'adapter à la morphologie et à la demande du patient.
- Un parallèle peut être réalisé avec les loges rétromusculaire et *dual plan* des implants mammaires.
- L'avantage de l'implant glutéal est matérialisé par les points suivants : une seule voie d'abord, un implant enveloppé totalement par le muscle (moins visible, moins palpable, meilleure lutte contre l'infection), une meilleure tolérance à un léger décalage de positionnement grâce à l'absence de l'équivalent de la plaque aréolo-mamelonnaire.
- À l'opposé, la fesse ne pardonne pas la moindre ptôse. D'où la nécessité d'évaluer le volume de l'implant en fonction de la qualité de sa couverture.

Fig. 5 : Couper ou écarter les fibres du grand fessier suivant les traits bleus.

le même plan incliné vers l'aile iliaque puis vers la tubérosité ischiatique (ici, l'inclinaison se réduit à 30°). Enfin et pour arrondir la base de la loge, faire céder au doigt ou au dissecteur les fibres musculaires supéro-internes et celles inféro-internes.

Les avantages de cette loge intramusculaire sont nombreux : l'absence de tout élément noble au sein même du muscle, l'environnement musculaire qui permettrait de mieux lutter contre toute infection, la maîtrise du placement de l'implant (tolérance à un léger décalage de positionnement grâce à l'absence de l'équivalent de la plaque aréolo-mamelonnaire), la répercussion significative de l'augmentation fessière de l'implant en termes de projection postérieure ainsi que de l'effet lift de la fesse (parallèle à faire avec le *dual plan* de l'implant mammaire ; ***fig. 6***).

Les reproches que l'on peut formuler sont que ce plan virtuel de dissection nécessite un certain temps d'apprentissage, et la loge intramusculaire présente un pourcentage modéré d'atrophie musculaire et du déplacement de l'implant lors de la contraction musculaire vers le haut et le dedans (animation musculaire). D'où l'intérêt d'adapter le volume de l'implant à sa couverture musculaire, car la fesse ne supporte pas la moindre ptôse (contrairement au sein).

Quant à la loge sous-musculaire, il s'agit d'un espace cellulaire et d'un plan de décollement naturel qui existent entre le muscle grand fessier et le muscle moyen

Fesses

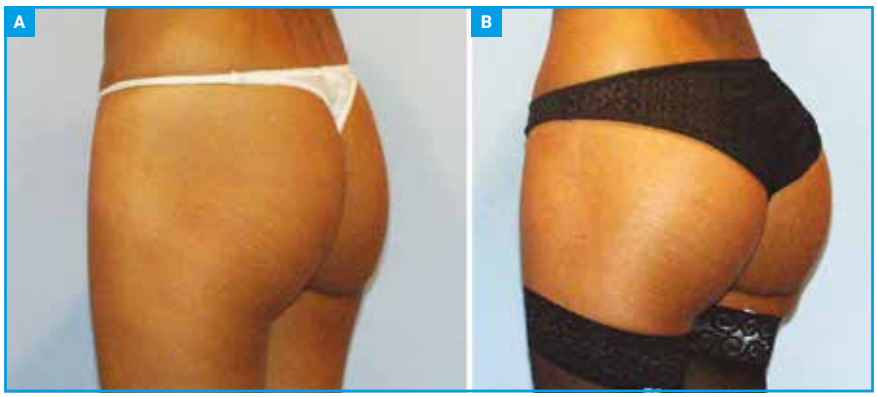

Fig. 6A : Avant implant en loge intramusculaire. **B :** après implant en loge intramusculaire.

fessier. On y pénètre en glissant son index d'abord quasi verticalement le long de la pente du sacrum (***fig. 7***), puis quasi horizontalement vers le grand trochanter. Deux gestes peuvent aider à trouver ce plan : d'abord soulever le muscle grand fessier en le rapprochant de la ligne médiane avec la main opposée, puis en même temps chercher avec la pulpe de l'index le plan de moindre résistance. L'amorce de la loge se fait au doigt avec un mouvement de balayage et le reste avec un dissecteur mousse. Aucune dissection agressive n'est utilisée dans cette technique chirurgicale.

Les avantages de cette loge sous-musculaire sont aussi considérables : plan de clivage anatomique, avasculaire, semblable au rétropectoral pour l'implant mammaire. C'est une loge de choix pour s'initier à cette chirurgie, sans saignement peropératoire ni complication postopératoire. En raison du positionnement en plan profond, l'implant est quasiment invisible et presque impalpable, ne donnant aucun indice que l'opération a été effectuée. Le temps opératoire est très court et la récupération du patient est plus rapide.

Fig. 7 : Puit sous-musculaire.

Les inconvénients sont essentiellement la proximité immédiate du nerf sciatique et des deux pédicules vasculaires du muscle grand fessier (surtout l'inférieur). De même, on maîtrise moins le placement de l'implant puisque celui-ci serait déjeté légèrement vers le haut (vacuité du bas de la fesse) et latéralement (rendant cette loge plus intéressante pour combler les creux trochantériens : chirurgie ethnique ou transgenre ; ***fig. 8***). L'irritation du nerf sciatique est transitoire et certainement liée à une pression élevée dans les premiers jours postopératoires.

Fig. 8 : Implant en loge sous-musculaire haute et latérale.

Conclusion

Quatre loges décrites et seulement deux sont à retenir : la loge intramusculaire et la loge sous-musculaire. Pour commencer, la loge sous-musculaire est privilégiée car plus intuitive et sûre, elle est en revanche moins souple. La loge intramusculaire est plus difficile à maîtriser mais à l'abri de tout élément noble, et donne un résultat plus adapté à la morphologie et à la demande du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gonzalez-Ulloa M. Gluteoplasty: a ten year report. *Aesthetic Plastic Surg*, 1991;15:85-91.
2. De la Peña JA. Subfascial technique for gluteal augmentation. *Aesthetic Surg J*, 2004;24:265-273.
3. Vergara R, Marcos M. Intramuscular gluteal implants. *Aesthetic Plast Surg*, 1996;20:259-262.
4. Vergara R, Amezcua H. Intramuscular gluteal implants: 15 years' experience. *Aesthetic Surg J*, 2003;23:86-91.
5. Gonzalez R. Augmentation gluteoplasty: The XYZ method. *Aesthtic Plast Surg*, 2004;28:417-425.
6. Abs R. Gluteal Implants. *Eur Aesthet Plast Surg J*, 2012;2:32-46.
7. Ho Quoc C, Abs R, Delay E. Remodelage fessier esthétique. *EMC – Techniques chirurgicales – Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, 2015.
8. Abs R. Chirurgie glutéale secondaire : technique chirurgicale et résultats. *Ann Chir Plast Esthet*, 2019;64:653-659.
9. Robles JM, Tagliapietra JC, Grandi MA. Gluteoplastia de aumento: Implante submuscular. *Cir Plast Ibero Latinoam*, 1984;71:365-375.
10. Petit F, Colli M, Badiali V *et al.* Buttocks volume augmentation with submuscular implants: 100 cases series. *Plast Reconstr Surg*, 2022;149:615-622.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.