

Face

Ma technique personnelle de lipostructure

RÉSUMÉ : Ma technique de lipostructure est fondée sur un travail fondamental et sur une pratique régulière de plus de 30 ans. Le but de cet article est de partager cette expérience au travers de l'exposé de celle-ci et de préciser les indications, essentiellement pour le visage. En effet, dans cette localisation, cette technique réalise une véritable révolution, notamment dans la zone zygomatoma-malaire et plus encore dans la région palpébro-jugale. Pour ma part, elle a quasiment remplacé la blépharoplastie inférieure et tout acte superficiel invasif (laser, peeling...), et ce quelle que soit l'indication.



A. ASSOULINE
Clinique Villa Blanche.
Chirurgie plastique et régénératrice,
NICE.

L'intérêt de la graisse dans la technique de lipostructure n'est plus à démontrer, elle fait même l'unanimité dans notre spécialité et bien au-delà. Elle est devenue depuis peu une des plus importantes techniques pratiquées en chirurgie plastique – sinon la plus importante en nombre. On peut dire qu'elle a bouleversé notre spécialité en apportant une réponse simple, sûre, fiable et définitive à la correction des volumes, mais pas seulement. Elle a surtout ajouté à notre arsenal thérapeutique une technique de régénération inattendue que l'on ne soupçonnait pas au début de cette pratique.

Pour ma part, c'est l'observation des résultats cliniques post-lipostructure qui m'a permis de supposer cette régénération dès 1987. Ma pratique de la lipostructure date de cette année-là, j'ai en effet soutenu ma thèse le 3 novembre 1987 à Nice, intitulée : "L'auto-transplantation de tissu adipeux en chirurgie plastique réparatrice et esthétique – Étude expérimentale – Analyses de cas cliniques". Dans ce travail, j'ai pu vérifier la pertinence de cette technique pour répondre aux besoins en termes de correction des volumes. Ce n'est que la pratique très régulière qui m'a permis de constater l'effet régénérateur, particulièrement au niveau du visage où cette technique excelle, devenant ainsi incontournable. Depuis, on connaît le rôle déterminant

des cellules souches du tissu adipeux dans ce phénomène de régénération.

On peut donc, sans exagérer, dire que cette technique a créé une véritable disruption (pour employer un terme à la mode) dans notre approche thérapeutique. En effet, on peut la qualifier d'universelle dans le cadre de notre spécialité puisqu'elle permet d'agir :

- sur la silhouette associée à la liposuction, dont elle émane d'ailleurs, on peut alors parler de macro-lipostructure (*fig. 1*);
- sur le rajeunissement facial où elle excelle dans la correction des volumes et vient détrôner voire même remplacer le lifting facial dans les visages "squelettisés", à tel point qu'on peut parler de lipolifting : il s'agit de la micro-lipostructure;
- sur les phénomènes de dégénérescence sénile et/ou environnementaux, par les cellules souches et facteurs de croissance : il s'agit de la nano-lipostructure.

Dans ma pratique, elle a, depuis de très nombreuses années, radicalement changé mon approche du rajeunissement médio-facial et particulièrement de la région palpébro-jugale. L'approche chirurgicale classique par blépharoplastie inférieure a ainsi quasiment disparu, et ce quelle que soit l'indication. Dans le traitement de cette zone, je fais toujours une injection de toxine botulique quelques jours avant le lipofilling pour mettre au repos l'orbiculaire et permettre



Fig. 1 : Lipofilling des fesses, corrections des volumes et régénération tissulaire. Résultat à 1 an.

ainsi une implantation plus favorable de la graisse.

■ Ma technique personnelle

Sans aucune prétention, je veux ici exposer de façon très simple et pratique ma technique. Je pars d'abord du principe que celle-ci doit être la plus simple possible. En effet, je pense qu'il faut limiter au maximum les étapes, les manipulations et les transferts, sources d'oxydation du prélèvement, de risque de contamination septique et de complications ou d'échecs.

1. En préambule

Je passe sur le parcours classique (consultation, examen clinique...) pour insister sur la prise des photos. Le patient est debout : 3 photos de face dont une

nuque fléchie à 45° et une en extension de 45° pour mettre en évidence la zone palpébro-jugale, profils et trois quarts et idéalement une prise de vue en 3D.

Le matériel à usage unique nécessaire :

- seringues luer lock 20 cc et 1 cc ;
- connecteur luer mâle/mâle ;
- aiguille de 33 G ;
- trocard de 18 G ;
- canule de 25 G/70 mm (infiltration) ;
- canule de 16 G/70 mm (prélèvement) ;
- canules pour l'injection : macro-lipostructure 16 G/100 mm, micro-lipostructure 21 G/70 mm, nano-lipostructure 25 G/50 mm.

Une lipostructure est un acte chirurgical et doit donc se faire impérativement en bloc opératoire dans une clinique certifiée, cet acte à mon sens ne doit pas se faire en cabinet.

Je décrirai la technique pour un rajeunissement facial. L'anesthésie est locale pure : 1 flacon de 20 cc de lidocaïne à 2 % et 1 mg d'adrénaline dilués dans 500 cc de sérum physiologique injectable refroidi à 4 °C.

2. Prélèvement

Les localisations idéales sont les localisations gynoïdes (hanches, cuisses, abdos). Pour avoir un prélèvement exsangue, il est important d'attendre 8 min montre en main pour permettre à la vasoconstriction de s'installer (faire l'anesthésie de la zone d'injection en attendant). Le prélèvement est manuel, vide à la main, en aspiration douce (2 cm du piston pour une seringue de 20 cc et 1 cm pour 10 cc).

3. Préparation

Il s'agit d'une décantation pure (pas de centrifugation). Je ne fais aucune préparation, je laisse décanter tout simplement et je retire la phase inférieure aqueuse par transfert dans une autre seringue que je conserve. S'il y a lieu, je retire la phase huileuse supérieure qui, normalement, doit être minimale voire nulle si le protocole est bien respecté.

4. Injection (fig. 2)

Elle se fait après avoir transféré la graisse dans la seringue de 1 cc. Le point d'entrée est à préciser surtout pour le visage,



Fig. 2 : Lipolifting du visage, résultat à 1 an.

Face

pour moi il est unique et permet de traiter quasiment toute la face. Ce point est situé sur une ligne horizontale passant par les commissures labiales latéralement à 2,5 cm de celles-ci, il est alors en zone de sécurité vasculaire. Un pré-trou est réalisé avec le trocart rose (18 G). La canule (22 G/70 mm) est d'abord introduite perpendiculairement sur 1 cm puis orientée vers la zone d'injection en "cherchant son chemin", sans jamais forcer. Il faut alors s'imaginer l'anatomie locale pour passer dans les différentes loges graisseuses, qu'on va étoffer au fur et à mesure par un "perlage" régulier de boli adipeux.

J'ai l'habitude de commencer directement par la zone médio-jugale et particulièrement la jonction palpébro-malaire en réalisant des injections uniquement transversales par rapport au rebord orbitaire, en arrière, bien sûr, de l'orbiculaire. Pour la partie marginale externe, l'injection devra se faire au-dessus de l'orbiculaire. Je traite ensuite la vallée des larmes qui correspond en fait au SOOF (*subocularis oculifat*), puis la région zygomatomaire qui va d'ailleurs être à l'origine de l'effet lift. Enfin, l'effet "joues creuses" sera traité par l'injection de la zone correspondant à la projection externe de la boule de Bichat. Si nécessaire, avec une canule de 100 mm/22 G, on va pouvoir combler la dépression temporale mais, le plus souvent, un autre point d'entrée plus direct sera plus confortable et permettra de regalber et de relever le tiers externe du sourcil (partie externe du coussinet de Charpy). Enfin, on termine par les sillons nasogéniens et labio-mentonniers. Les autres zones, comme le menton par exemple, sont traitées à la demande.

Je réalise toujours une surcorrection moyenne de 30 %.

Enfin, je termine par une injection diffuse plus superficielle (dans l'hypoderme) sur l'ensemble du visage de la phase liquidienne (phase 3) que j'ai conservée, particulièrement la part la plus basse que je dilue dans 5 à 10 cc de sérum physiolo-

gique pur pour optimiser la régénération. C'est dans cette phase et particulièrement dans le culot qu'on retrouve la fraction stroma-vasculaire (FSV) et notamment les cellules souches du tissu adipeux (CSTA).

La séance se termine par un massage doux mais efficace pour assurer une bonne répartition régulière et homogène de la graisse en insistant sur la zone palpébro-malaire. Ce massage a de plus l'avantage d'augmenter la surface de contact du greffon avec les tissus environnants et donc d'optimiser sa prise. Pour terminer, un simple pansement absorbant et légèrement compressif est appliqué sur la zone de prélèvement. Pas de pansements sur les points d'injection, pas d'antibiotiques. Avant la sortie (1 à 2 heures), j'apprécie le résultat et, si nécessaire, je complète le lipofilling. L'hospitalisation se fait en ambulatoire.

POINTS FORTS

- La lipostructure est une technique peu invasive, simple, sûre et définitive.
- L'intervention de référence dans le rajeunissement facial n'est plus à mon sens le lifting mais la lipostructure.
- Le traitement de choix de la région orbito-malaire est également la lipostructure.
- La régénération par la graisse est incontournable, tant en chirurgie plastique que dans bien d'autres spécialités.

5. Suites

Une poche glacée est appliquée sur le visage et la tête doit être surélevée pendant 5 jours. Pour la douleur, je prescris des antalgiques (paracétamol). Le plus souvent, on observe une absence d'ecchymoses. Le gonflement est systématique, le plus souvent modéré mais parfois plus marqué en cas de surcorrection plus importante. Il faut alors rassurer la patiente et l'accompagner dans les suites notamment en demandant l'envoi de photos (par SMS ou autre) à J1, J5 et J10. Un rendez-vous postopératoire est également planifié à 1 semaine et 1 mois pour surveiller l'évaluation.

6. Résultat (fig. 3 et 4)

Il s'apprécie au bout de 2 mois, on jugera alors de la correction des volumes, de la



Fig. 3 : Lipofilling des cernes, résultat à 18 mois.



Fig. 4 : Lipofilling des pseudo-poches graisseuses, résultat à 6 mois.

symétrie ainsi que de l'amélioration de la qualité de la peau. Si un second look est nécessaire, il est possible au bout de 2 à 3 mois.

Cet exposé repose sur une importante série de patients traités (plus de 2000) avec un recul moyen de 17 ans pour un écart de 33 ans à 3 mois.

■ Conclusion

La lipostructure a ouvert de nouveaux horizons à notre belle spécialité en

rendant nos résultats plus naturels et durables, en réduisant considérablement la morbidité et en assurant la satisfaction de nos patients et la nôtre. On peut ainsi greffer aujourd'hui un nouveau terme à notre spécialité et la qualifier de : chirurgie plastique réparatrice, esthétique et régénératrice.

POUR EN SAVOIR PLUS

- ASSOULINE A. L'auto-transplantation de tissu adipeux en chirurgie plastique réparatrice et esthétique – Étude expérimentale – Analyse de cas cliniques. Thèse de médecine, Nice, 1987.

- COLEMAN SR. Facial recontouring with lipostructure. *Clin Plast Surg*, 1997;24: 347-367.
- COLEMAN SR. Long-term survival of fat transplants: controlled demonstrations. *Aesthetic Plast Surg*, 1995;19:421-425.
- FULTON JE, SUAREZ M, SILVERSTON K *et al*. Small volume fat transfert. *Dermatol Surg*, 1998;24:857-865.
- FULTON JE, PARASTOUK N. Fat grafting. *Dermatol Clin*, 2001;19:523-530.
- NEUBER GA. Fett transplantation. *Verl Dtsch Ges Chir*, 1893.
- LEXER E. Freie Fetttransplantation. *D Dtsch Med Wochenschr*, 1910;3:640.
- ILLOUZ YG. The fat cell "graft": a new technique to fill depressions. *Plast Reconstr Surg*, 1986;78:122-123.
- FOURNIER P. *Liposculpture : ma technique*. Arnette, 1996.
- TREPSAT F. Lipostructure du tiers moyen du visage. *Ann Chir Plast Esthét*, 2009; 54:435-443.
- SMITH P, ADAMS WP, LIPSCHITZ AH *et al*. Autologous human fat grafting: effect of harvested preparation techniques on adipocyte graft survival. *Plast Reconstr Surg*, 2006;117:1836-1844.

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