

## CAS CLINIQUE

# Une complication exceptionnelle ?

→ B. MOLE

Chirurgien Plasticien, PARIS.

**V**oilà plus de 14 ans que nous prenons en charge Mme C., 51 ans, qui a déjà bénéficié de plusieurs interventions de chirurgie esthétique et entretient très soigneusement un visage parfaitement conservé à raison de deux visites annuelles. Elle est épouse de médecin et gère sans hésiter ses besoins entre injections de soutien, de remplissage ou de détente par la toxine botulique à tous les étages la face. Lorsque nous la voyons en avril dernier, son menu est donc déjà composé : apaisement de la patte d'oie et du menton par toxine botulique et comblement de la partie juxta-narinaire des sillons nasogéniens par acide hyaluronique. Elle reçoit donc 55 U Sp de toxine botulique dans le quart externe de *l'orbicularis oculi* et le *mentalis* et 0,35 cc d'un acide hyaluronique adapté que nous utilisons depuis des années.

Deux mois plus tard, son mari nous appelle en nous disant qu'il avait remarqué que son épouse n'avait plus le même sourire qu'avant et que cela était particulièrement flagrant sur leurs photos de vacances, au soleil, lorsque la mimique était un peu forcée. Nous recevons par mail un exemplaire de ces photographies sur lequel il existe effectivement une asymétrie.

Mme C. habitant en province, nous ne la revoyons qu'un mois plus tard : à l'examen, il existe une parésie évidente du *levator labii superioris* gauche, tout à fait isolée, en particulier lors du sourire (**fig.1**). La patiente n'a remarqué aucun autre signe associé et cet incident l'inquiète beaucoup moins que son mari.



FIG. 1 : Examen lors du sourire en haut et au repos en bas.

## CAS CLINIQUE

### Discussion

Nous avons bien entendu interrogé le fabricant sur l'existence possible d'autres complications du même type éventuellement relevées, et voici sa réponse: Il n'existe aucun "case report" dans la littérature faisant état d'une parésie faciale suite à une injection d'AH.

#### Plusieurs hypothèses peuvent être discutées:

1. Le muscle *levator labii superioris* est sous la dépendance de l'innervation motrice de la branche zygomaticue du nerf facial.
2. Nous constatons aussi sur la **fig.1** au repos une légère asymétrie. Le tonus musculaire basal a donc aussi été modifié. En revanche, la localisation de cette branche nerveuse semble assez profonde (en dessous du plan musculaire). L'hypothèse de la lésion directe lors de l'injection est donc assez peu probable (à moins d'une variation

anatomique particulière et imprédictible chez cette patiente ?).

3. L'hypothèse de la compression d'une subdivision de la branche zygomaticue par le produit injecté: là encore, cela paraît peu probable puisque la jonction entre le nerf et le muscle *levator labii superioris* semble plutôt profonde et le faible volume injecté ne plaide pas pour cette option.

4. Une action moléculaire du gel sur le nerf potentiellement délétère (si les deux sont au contact): nous n'avons rien trouvé dans la littérature à ce sujet. Le *perineurium* est une structure composée de plusieurs couches concentriques de tissu conjonctif synthétisé par les myofibroblastes qui s'y trouvent. C'est une structure protectrice. L'AH étant un GAG peu réactif, lui-même très présent dans le *perineurium*, il n'y a pas de raison objective pour soupçonner l'AH et/ou le mannitol d'une telle atteinte.

5. Sur la photo de la patiente au repos (**fig.1**), nous avons remarqué un gon-

flement léger. Vu le volume injecté, il semble peu probable que ce soit le volume provoqué par l'AH. S'il s'agit d'un œdème, pourrait-il comprimer une terminaison nerveuse ?

6. Dans l'hypothèse d'une survenue tardive, on peut aussi envisager la piste virale: HHV-3, HSV-1.

**Parmi toutes ces hypothèses, nous pensons néanmoins que la troisième (compression) doit être retenue** car il nous semble que ce mécanisme rejoint celui qui intéresse la plupart des cas de complications vasculaires qui, même rares, sont régulièrement rapportés dans la littérature.

Le traitement des sillons nasogéniens par injection d'AH doit être fait, à notre avis, par combinaison d'une injection de soutien profonde, complétée si besoin par une injection en éventail beaucoup plus superficielle. Il n'est donc pas du tout impossible d'imaginer que cette injection profonde ait pu comprimer la branche terminale du facial à sa jonction avec le muscle. Si nous avions revu la patiente dès le début des symptômes, nous lui aurions sans doute proposé une injection dissolvante de hyaluronidase.

**C'est la première fois, à notre connaissance, qu'une lésion nerveuse spécifique est rapportée lors d'une injection de produit de comblement au niveau du visage.**

Dans le cas présent, nous avons rassuré le mari de la patiente sur l'évolution *a priori* favorable d'un tel symptôme et, effectivement, la récupération est complète dans le délai attendu moins de 4 mois après l'injection (**fig. 2**).



FIG. 2: Examen 4 mois après.

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