

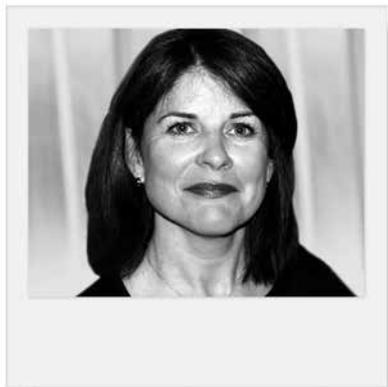
Améliorer l'esthétique des patients en ne traitant qu'une zone À propos de 3 cas cliniques

RÉSUMÉ : La jeunesse est synonyme de dynamisme, d'énergie, d'envie, de séduction. Rester jeune est devenu un enjeu non seulement esthétique mais social, économique, professionnel et sentimental.

Les dernières découvertes scientifiques nous aident à défier le passage des ans. Nous sommes devenus "responsables" de notre vieillissement. Améliorer l'esthétique de nos patients c'est leur redonner confiance en eux, c'est conserver un certain naturel.

Nous vous proposons, à partir de 3 cas cliniques, de définir chez un patient la zone "clé" prioritaire à corriger. Nous en profiterons pour rappeler quelques notions techniques d'injection.

Nous essaierons de montrer que ne traiter qu'une seule zone, alors qu'un plan de traitement global pourrait être proposé au patient, peut être satisfaisant. C'est permettre à ce patient de conserver son naturel et d'entrer en douceur dans l'esthétique.



→ A. EHLINGER
Dermatologue, THIONVILLE.

Peut-on définir la beauté ?

La beauté peut être définie comme la nécessité qu'ont les hommes de transformer leur visage ou leur corps de façon à ne jamais le présenter tel que la nature l'a fait. Améliorer son esthétique dans l'avenir, c'est lui donner une présentation adaptée à chaque étape de sa vie. C'est aussi vouloir conserver son pouvoir de séduction.

Les critères de beauté ont évolué au cours du temps. La beauté en Europe médiévale a d'abord été magnifiée avant d'être condamnée, elle devenait synonyme des dérives du mal. À la Renaissance, les canons de beauté témoignent du plaisir. Dans la France du XVII^e et XVIII^e siècles, la beauté est une construction artificielle qui reflète la hiérarchie sociale. Depuis la moitié du XX^e siècle, la beauté profite des progrès de la science et de l'industrie. L'accession à l'esthétisme se démocratise, et permet de se construire socialement.

Peut-on tenter le jackpot ?

Nous vous proposons de développer à partir de cas cliniques, le concept suivant : améliorer l'esthétique d'un visage en ne traitant qu'une seule zone alors que les besoins seraient multiples. Peut-on être "percutant" en choisissant de traiter une zone définie comme prioritaire ?

Ce concept peut être dicté par le besoin actuel de naturel et de n'utiliser que des quantités "raisonnables" de produits de comblement, et par des impératifs économiques pour nos patients. Commencer par corriger une zone d'un visage avec succès, c'est convaincre nos patients de pratiquer d'autres actes esthétiques en toute confiance ; c'est un moyen de fidéliser nos patients tout en douceur.

Nous devons définir une zone prioritaire, en analysant le vieillissement du patient, mais il est aussi nécessaire d'écouter notre patient. Notre analyse peut être différente de la sienne, et ne pas

traiter la petite ridule qui le gêne peut entraîner une insatisfaction, même si tout le reste a été corrigé.

La volumétrie : ça “booste”

Cas clinique n° 1

Patiente âgée de 45 ans, avec une inversion du V, un visage qui s'alourdit dans son tiers inférieur avec une certaine projection vers l'avant de la partie centrale inférieure du visage (*fig. 1 et 2*). La demande de la patiente était de corriger cet air triste et fatigué. Nous avons choisi le traitement du tiers moyen du visage par injection de 2 mL d'un acide hyaluronique volumateur.

Pas à pas :

- le compartiment graisseux nasolabial ne doit pas être injecté. Il faut privilégier les injections en dehors du sillon médio-jugal ;
- on choisit une injection dite en “crosse de hockey” (*fig. 3 et 4*).



FIG. 1 ET 2 : Patiente avant injection. © A. EHLINGER



FIG. 3 ET 4 : Dessins d'injection dite en “crosse de hockey”. © A. EHLINGER

La vallée des larmes qui prolonge le cerne n'est pas une priorité chez cette patiente. L'injection doit être minimum. On choisira même une “sous correction”. La combler pleinement risquerait d'alourdir et de projeter encore plus en avant la région médiane. Il faut au contraire privilégier les injections en externe. La lumière doit se réfléchir sur les pommettes de cette patiente.

L'injection peut se faire selon deux techniques :

- à l'aiguille, la technique des bolus (*fig. 5*) ;
- à la canule, la technique de nappage.



FIG. 5 : Injection en bolus à l'aiguille. © A. EHLINGER

● Injection à l'aiguille

Le conditionnement de certains acides hyaluroniques volumateurs en 1 mL a permis l'utilisation d'aiguilles de 27 Gauges. Le risque de survenue d'hématomes est moins important, et la douleur est aussi diminuée. L'injection se fait en profondeur perpendiculairement jusqu'au contact osseux. On dépose des quantités 0,1 à 0,25 mL.

● Injection à la canule

Deux plans d'injection :

- **la graisse profonde, pour projeter.** On recherche le contact osseux sous le muscle. Pour vérifier son plan d'injection, il suffit de mobiliser la canule vers le haut ; si on est dans un plan profond, la canule ne se verra pas ;
- **la graisse superficielle, pour “défroiser”.** La canule sera visible sous la peau quand on la mobilise.

Deux voies d'abord : temporo-mandibulaire (*fig. 6*), médio-jugal (*fig. 7*).



FIG. 6 ET 7 : Injection à la canule. © A. EHLINGER



FIG. 8, 9, 10 ET 11: Résultat à 6 mois. © A. EHLINGER

**Le “classique”:
une valeur sûre**

**Cas clinique n° 2: injection d'un
sillon nasogénien**

Il s'agit d'une patiente âgée de 48 ans, sans aucun antécédent d'injection. Sa demande porte sur les sillons nasogéniens.

Nous pourrions lui proposer un plan de traitement plus complet (fig. 12 et 13):

- l'injection de toxine botulique dans la glabelle et les pattes d'oie afin “d'ouvrir” son regard;
- une injection de volumétrie du tiers moyen du visage, en particulier la vallée des larmes dans un premier temps;

– le comblement des sillons nasogéniens dans un second temps.

L'injection s'est faite à la canule avec une quantité de 2 mL d'un acide hyaluronique avec une forte capacité de soulèvement.

Pas à pas:

– **le premier plan d'injection est profond.** On soulève la peau pour faciliter la progression de la canule qui reste non visible;

– **le deuxième plan sera plus superficiel.** On racle le derme, ce plan est facilité par le premier dépôt d'acide hyaluronique qui crée un véritable plan de prédissection (fig. 14, 15, 16).

On terminera l'injection à l'aiguille superficiellement afin de déposer de petites quantités en papules dans la cassure dermique péricommissurale (fig. 17, 18 et 19).



FIG. 12 ET 13: Plan de traitement. © A. EHLINGER



FIG. 14, 15 ET 16: Prétrou et injection à la canule en deux plans. © A. EHLINGER



FIG. 17: Injection à l'aiguille en papules de la zone péricommissurale. © A. EHLINGER

POINTS FORTS

- ➔ Le praticien doit s'attacher à définir chez le patient une zone "clé" prioritaire dont la seule correction va améliorer l'esthétique du patient.
- ➔ L'injection d'une zone avec des quantités appropriées et suffisantes permet de conserver ce naturel auquel les patients sont si attachés.
- ➔ Traiter une seule zone c'est permettre au patient d'entrer en douceur dans l'esthétique.



FIG. 18 ET 19 : Injection à la canule de la région péricommissurale. © A. EHLINGER



FIG. 20 ET 21 : Résultats avant et à 6 mois. © A. EHLINGER

On peut renforcer la commissure en empruntant le même point d'entrée que celui du sillon nasogénien.

Résultat à 6 mois (fig. 20 et 21). La correction est satisfaisante et se maintient dans le temps.

Tricher : tout un art

Cas clinique n° 3 : le comblement d'un double cerne

Une patiente de 43 ans dont la principale demande est ce qu'elle analyse

comme des cernes, lui conférant cet aspect fatigué (fig. 22).

Le rôle du praticien est, dans ce cas, de mettre surtout en évidence la présence de poches palpébrales.

Le plan de traitement idéal :

- en première intention, un avis chirurgical pour une résection des poches palpébrales ;
- dans un second temps :
 - on pourrait lui proposer une injection de toxine botulique de la glabelle principalement,
 - une volumétrie modérée du tiers moyen,
 - un comblement des sillons nasogéniens.



FIG. 22 : Patiente avant traitement. © A. EHLINGER

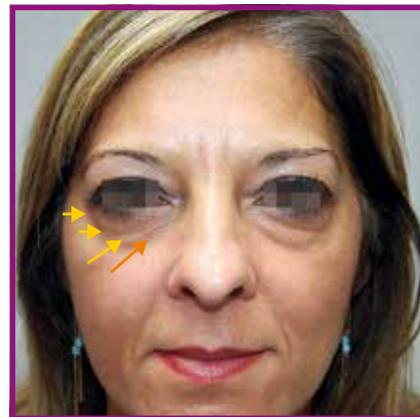


FIG. 23 : Points d'injection. © A. EHLINGER

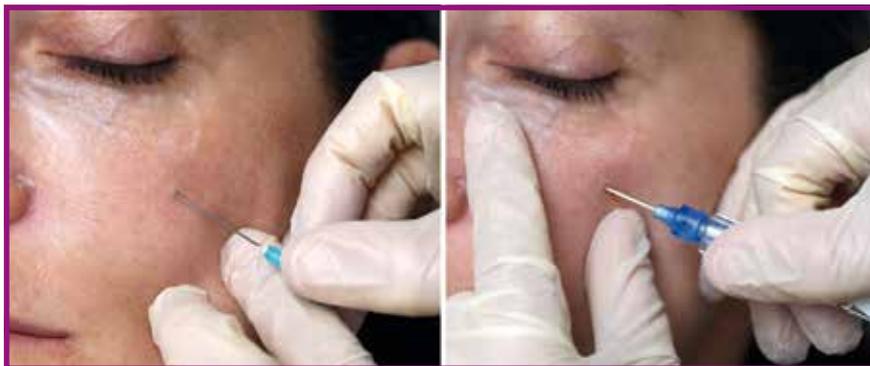


FIG. 24 ET 25: Injection à la canule. © A. EHLINGER



FIG. 26 ET 27: Avant et 6 mois après l'injection. © A. EHLINGER

Le choix s'est porté sur une injection d'un acide hyaluronique moyennement cohésif.

Pas à pas, l'injection se fera (fig. 23):

- dans le début de la vallées des larmes en profondeur;
- sous le muscle au contact périosté;
- avec une canule de 25 Gauges. Cette canule est assez rigide pour ne pas se déformer et rester dans un plan pro-

fond, et surtout pour éviter tout hématome (zone à haut risque vasculaire) (fig. 24 et 25);

- les points externes seront réalisés à l'aiguille perpendiculairement avec ensuite une inclinaison à 45 degrés;
- on peut déposer en remontant quelques gouttes d'acide hyaluronique selon la technique des stalactites.

Résultat à 6 mois (fig. 26 et 27).

Conclusion

Les patients veulent améliorer leur apparence. La relation médecin-patient est un élément clé dans la prise en charge esthétique du patient. À nous de comprendre leur demande, ou désir, et de trouver la meilleure solution.

L'injection d'une zone dite "prioritaire" peut rapporter gros à condition de bien la définir et de prévenir le patient du résultat qui peut être insuffisant mais satisfaisant tout de même.

Bibliographie

1. GOODIER M, ELM K, WALLANDER I *et al.* A randomized comparison of the efficacy of low volume deep placement cheek injection vs. mid- to deep dermal nasolabial fold injection technique for the correction of nasolabial folds. *J Cosmet Dermatol*, 2014;13:91-98. doi: 10.1111/jocd.12091
2. RAOOF N, SALVI SM. Self injection of dermal filler: an under-diagnosed entity? *Br J Dermatol*, 2014 Aug. 11. doi: 10.1111/bjd.13327
3. LUEBBERDING S, ALEXIADES-ARMENAKAS M. Facial volume augmentation in 2014: overview of different filler options. *J Drugs Dermatol*, 2013;12:1339-1344.
4. RHEE DO Y, WON CH, CHANG SE *et al.* Efficacy and safety of a new monophasic hyaluronic acid filler in the correction of nasolabial folds: a randomized, evaluator-blinded, split-face study. *J Dermatolog Treat*, 2014;25:448-452. doi: 10.3109/09546634.2013.814756.
5. LEE S, YEN MT. Injectable hyaluronic acid fillers for periorbital rejuvenation. *Int Ophthalmol Clin*, 2013;53:1-9. doi: 10.1097/IIO.0b013e31828c0499

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