Esthétique

Le microlift : une approche biplan des mini-lifts

RÉSUMÉ : La demande de patients pour un lifting plus léger que le traditionnel lifting cervico-facial avec décollement étendu ne cesse de croître ; certains d'entre eux ont déjà subi un grand lifting cervico-facial biplan qui les a marqué ; ils redoutent des suites importantes qui les rendraient inaptes au travail pendant trop longtemps et qui auraient des conséquences locales, psychologiques, physiques et comportementales délétères.

La possibilité technique d'effectuer un microlift avec un dessin de l'excision cutanée préétablie, associé à un soulèvement monobloc des téguments et du SMAS, permet d'effectuer un lifting avec un décollement limité sous le SMAS distal, tout en préservant la majorité des ligaments suspenseurs de la face. L'idée que ces ligaments sont aussi distendus par le vieillissement, et que l'on peut les retendre sans les sectionner pour obtenir une couverture homogène au niveau du visage, méritait d'être explorée : un tel lifting obtiendrait une retension cervico-faciale monobloc sans dysharmonie, ni altération des traits caractéristiques du visage.

Le microlift peut devenir une nouvelle arme chirurgicale pour contrebalancer la tendance aux fils tenseurs en médecine esthétique.

V. MITZ
Chirurgien, PARIS.

Bilan du vieillissement du visage

Il semble préférable d'utiliser des évaluations simples pour déterminer une codification des déformations décrivant le vieillissement du visage ; par exemple, voici l'échelle que j'utilise :
– stade 1 : petites bajoues et discrète ptose de la région cervicale ;
– stade 2 : bajoues tombantes et plis du cou marqués sur visage tonique ;
– stade 3 : affaissement évident du visage avec cou empâté, bandes platysmales, peau cassée ;
– stade 4 : effondrement du visage avec cou gras, bandes platysmales marquées.

De plus, il paraît intéressant de différencier 2 types de visage :
– *visage maigre* avec peau fine et distendue ;
– *visage rond* avec couche adipeuse sous-cutanée notable.

Principes de la technique (*fig. 1*)

La technique du microlift est basée sur le concept de ne pas détacher la peau du SMAS sous-jacent, on relève le masque facial en monobloc comptant sur la distension des ligaments suspenseurs de la face, qu'il ne semble pas nécessaire de sectionner pour mobiliser les tissus que l'on veut remonter et repositionner.

- Dessin préopératoire en estimant avec la manœuvre du pincé entre les doigts de l'excédent cutané en pré-auriculaire, puis rétro-auriculaire, et sous le lobule de l'oreille.

Esthétique

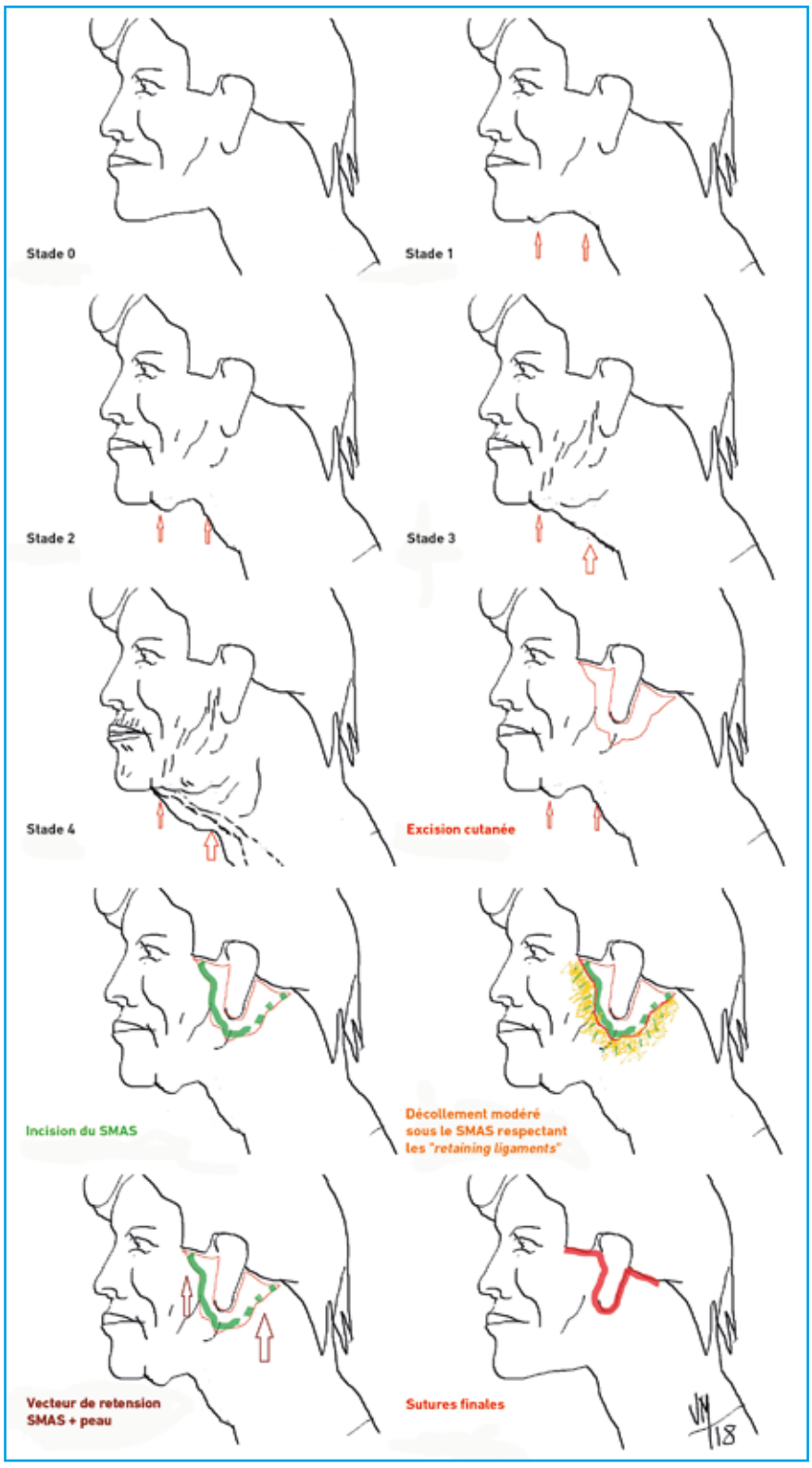

Fig. 1 : Principes de la techniques.

- Infiltration de lidocaïne adrénalinée (LA) très diluée : 1 cc de L.A. pour 100 cc de sérum physiologique.

- Excision de la peau comprise entre le dessin et le pourtour de l'oreille en passant à l'intérieur du tragus chez l'homme comme chez la femme.

- Hémostase.

- Incision du SMAS au niveau du pourtour distal de l'excision cutanée, en prenant garde de ne pas être trop profond, mais en vérifiant que le SMAS est bien incisé.

- Décollement sous le SMAS à l'aide de ciseaux maniés perpendiculairement à la surface de la peau, afin de distendre, en profondeur les ligaments suspenseurs de la face sans les sectionner obligatoirement ; il est utile de les abaisser progressivement avec la pointe des ciseaux maniés avec précaution. Cette manœuvre est à répéter jusqu'au moment où l'on sent que l'on a gagné la laxité nécessaire pour pouvoir suturer sans tension.

- Hémostase en profondeur, très minutieuse au niveau de toutes les régions exposées, notamment dans les tempes et dans la région rétro-auriculaire.

- Sutures profondes du SMAS amarré au pourtour de l'oreille, au fil résorbable 3 : 0 ; 2 points clés de tension sont utilisés au niveau de l'angle supérieur des cicatrices horizontale tempe-verticale pré-auriculaire, et la jonction cicatrice verticale rétro-auriculaire et horizontale-mastoïde, il est parfois nécessaire de pratiquer des points de suture en X pour assurer une bonne approximation.

- Sutures sous cutanées résorbables.

- Sutures cutanées après approximation parfaite au Vicryl rapide 5-0 devant l'oreille et 3 : 0 derrière l'oreille.

- Colle sur la peau ou steristrips.

Patiente 1. A : dissection sous le SMAS préservant la majorité des ligaments suspenseurs de la face. **B :** patiente 1 avant. **C :** patiente 1 après 6 mois. **D :** la quantité de peau qui a été enlevée (environ 3 cm de large) en pré- et rétro-auriculaire.

● Petit pansement de protection absorbant autour de l'oreille.

Casuistique

Nous reportons ici une statistique préliminaire sur 32 patients opérés et suivis pendant plus d'un an, dont la dégradation était au stade 1 ou 2 chez 29 patients ; trois patients présentaient une dégradation stade 3, mais ne désiraient pas le grand lifting cervical, et ils préféraient un geste chirurgical plus léger.

>>> Dans l'ensemble, **les résultats** ont été gratifiants et satisfaisants :
– nous avons observé 3 cas défavorables avec "reptose" modérée mais indiscutable entre 6 mois et 1 an d'évolution ;
– une patiente a subi un lipolift (liposuccion associée des bajoues et du cou) conjointement au microlift. Les suites ont été marquées chez elle par un œdème prolongé, puis par une distension tissulaire très longue à se résorber. Depuis, nous avons séparé l'indication de la liposuccion du visage et la pratique du microlift ;
– 4 patients ont présenté des petits rejets de fil au niveau des cicatrices ;
– 2 patients ont présenté une petite désunion cicatricielle à la jonction de la cicatrice rétro-auriculaire et mastoïde, probablement par excès de tension initiale.
– 4 autres patients ont eu un élargissement de 2 à 3 mm de la cicatrice cutanée après 1 an, sans demander de retouche.

Au total, il y a donc 8 patients avec petits soucis sur 32 cas opérés, soit 25 % des cas mais cette évolution rentre dans le cadre global du vieillissement tissulaire individuel, ce qui ne remet pas en cause la validité de l'intervention, si elle est bien indiquée.

>>> **Les suites opératoires habituelles :**
– intervention en ambulatoire ;
– retour au domicile quelques heures après l'opération avec vérification préalable que tout va bien ;
– peu de douleur et d'hémorragie ;
– conseil de protection de l'oreiller par une serviette pendant propre pour 3 nuits ;
– œdèmes et hématomes sont discrets, pouvant persister une dizaine de jours ;
– suites beaucoup plus simples qu'un grand lifting cervico-facial ;

>>> **Complications observées :**
– ecchymoses spontanées qui peuvent s'étendre jusque dans la région périorbitaire ;
– hématome localisé pré-auriculaire ou rétro-auriculaire ;
– accumulation d'eau de douche, entre deux points de sutures non étanches quand la patiente se douche trop précocement ;
– infection localisée avec rejet des fils de monocryl ;
– désunion de la cicatrice pré-auriculaire ou rétro-auriculaire ;
– insatisfaction de la patiente pour perte de l'ovale du visage regagné, en postopératoire ;
– asymétrie, résultat jugé trop modeste.

Les indications et contre-indications

Les bonnes indications :
– dégradation du visage au stade 1 et 2 ;
– alternative chirurgicale aux fils tenseurs demandés initialement par la patiente ;
– reprise d'ancien lifting opéré, avec dégradation consécutive ;
– retouche de lifting cervico-facial ;
– symétrisation pour une correction d'un lifting jugé non satisfaisant par la patiente.

Les contre-indications :
– dégradation du visage stades 3 et 4 ; peau de très mauvaise qualité avec nombreux plis, crevasses ;
– nécessité d'un abord temporal pour retendre la région périorbitaire ;
– patiente très exigeante demandant un résultat maximal et très durable ;
– nécessité d'un déplissage étendu de la face avec dissection sous-cutanée indispensable.

Esthétique

Patiente 2. A : Aspect préopératoire. **B :** Aspect postopératoire après 2 ans, résultat un peu décevant avec reptose faciale modérée. **C :** Quantité de peau enlevée.

Discussion

Le microlift est une variante technique des mini-lifts, qui, en réalité, ont été les premiers liftings réalisés. Attribué à l'américain C.C. Miller qui a bien décrit les étapes de l'opération en 1906 [30], il semble néanmoins que l'idée princeps revienne à E. Hollander en 1901 [31].

Très documenté et presque moderne, on trouve le lifting sous forme mini dans les œuvres de J. Joseph à Berlin.

Le thème du rajeunissement facial passe par la populaire chirurgienne Suzanne Noël, qui opérait Sarah Bernhardt dans sa loge : elle retirait des bandes de cuir chevelu au-dessus de l'oreille, après avoir fait boire du thé à la célèbre artiste ! En 1999, Z. Saylan [5] a popularisé le S-LIFT une technique de mini-lift où il associe des suspensions par bourse au niveau du SMAS, préludant ainsi au technique de Tonnard en Belgique.

Depuis les années 2000, le mini-lift est apparu souvent dans la littérature, popularisé par D. Baker en 2001 [7] qui doit être considéré comme celui qui a le plus contribué à réaliser des liftings plus légers que le grand lifting cervico-facial.

L'irruption des liftings endoscopiques (O. Ramirez en 1996) [9] a contribué à pousser les chirurgiens dans une recherche d'opérations de rajeunissement moins agressives au niveau cicatriciel, tout en apportant une efficacité comparable.

Pendant la même période, les grands liftings cervico-faciaux ont gagné en précision et en popularité, notamment grâce à l'introduction de l'exploitation du SMAS comme deuxième couche possible de tension des tissus en profondeur [15].

Furnas [1, 2] est celui qui a le mieux décrit les ligaments suspenseurs de la face, en 1999, contribuant ainsi à la nécessité de les sectionner si l'on voulait retendre le masque facial d'une façon globale ; mais déjà les liftings sous-périostés pratiqués par Hamra dès 1992 [29] conduisaient à retendre le masque facial sans toucher aux ligaments suspenseurs de la face, car ils étaient détachés du périoste lui-même !

Depuis les années 1995, l'irruption des fils tenseurs en médecine esthétique, pratiqués au cabinet médical à grande échelle a considérablement diminué la demande de grands liftings cervico-faciaux.

Certes, dans le même temps ont été développé des techniques de lifting partiel temporal (Baker et Gordon [8] en 1976 !) ou cervical, ou comme je l'ai décrit moi-même : par exemple le lifting facial supérieur isolé, dans certains cas où l'on ne souhaite pas pratiquer de grand lifting. En 2014, j'ai introduit une technique différente du mini-lift cutané pur usuel, que j'ai appelée le *micro lift biplan*, pour le différencier. En effet, dans cette technique de microlift, le décollement sous-cutané et sous le SMAS ne dépasse pas 3 cm, *en respectant les ligaments suspenseurs de la face*, ce qui le différencie considérablement des autres mini-lifts ;

Patiente 3. A : Patiente 3 avant. **B :** Patiente 3 après 1 an.

le Dr Funk de Vienne reprend le même concept dans son *presto-lift* [3].

L'idée de créer un décollement extensif sous le SMAS et la peau conjointement, de faire donc un lifting biplan monobloc avait été évoquée devant moi au cours d'un congrès de l'Euraps par le professeur Jürgen Holle de Vienne, il y a 30 ans !

Les résultats observés après l'expérience d'une trentaine de patients constituent un encouragement pour publier cette méthode simple, possible sous anesthésie locale pure ou assistée, dans un environnement technique adapté.

POINTS **FORTS**

- Le microlift est une variante biplan monobloc (peau + SMAS non décollés) du minilift, sans sacrifier les principaux ligaments suspenseurs de la face.
- C'est une opération ambulatoire, aux suites simples et peu douloureuses.
- Le microlift est indiqué dans les formes légères et débutantes du vieillissement de la face.
- La microlift peut être associé à tous les types de lipofilling faciaux et aux autres corrections nécessaires pour rajeunir et rendre du volume.

Conclusion

Le microlift biplan est dérivé des minilifts qui sont apparus au début du XX^{e} siècle.

Il s'agit d'une opération apparemment simple à effectuer, moins complexe que les grands liftings cervico-faciaux, du fait d'un décollement plus modéré mais conjoint des téguments et du SMAS mais sans sectionner les principaux ligaments suspenseurs de la face.

De ce fait, la remise en tension des téguments et du SMAS s'effectue d'une façon harmonieuse, sans déformer les traits. Les vecteurs de rotation sont essentiellement verticaux, ce qui diffère cette opération du grand lifting cervico-facial biplan, où les vecteurs du SMAS sont différents, conduisant à une rotation supéro-interne du SMAS parotidien.

Cette opération pratiquée depuis 2014 apporte sa part de petites complications et d'insatisfactions postopératoires.

Le principal reproche que l'on peut faire à ce geste chirurgical est la dégradation secondaire que l'on observe dans presque 10 % des cas, après une année d'évolution. Mais cette reptose du visage du visage peut être aisément corrigée par une retouche chirurgicale minimale.

Les patientes ont exprimé leur satisfaction après cette intervention moins lourde que le grand lifting cervico-facial. Toutefois, il est nécessaire de bien cibler les indications qui semblent prédominer pour pratiquer un microlift : n'opérer que les patientes qui présentent une déformation stade 1 ou 2, c'est-à-dire un tout début de vieillissement du visage.

Dans ces conditions, le microlift peut concurrencer la *méthode des fils tenseurs*.

Car par le microlift, on enlève de la peau excédentaire, au contraire des méthodes purement médicales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Furnas DW. The retaining ligaments of the cheek. *Plastic and reconstructive surgery*, 1989.
2. Furnas DW. The superficial musculoaponeurotic plane and the retaining ligaments of the face- Deep Face-Lifting Techniques. *Thieme Medical*,1994.
3. Funk. Presto lift a facelift that preserves the retaining ligaments and SMAS tethering. *Oral Maxillofac Surg*, 2017;21: 33-39.
4. Basile FV, Basile AR, Basile VV. Triple-anchoring sub-SMAS face-lift. *Aesthet Plast Surg*, 2012;36:526-533.
5. Saylan Z. *Aesthetic Surgery Journal*, 1999.
6. Stephenson KL. The mini lift an old wrinkle in face lifting. *Plastic and Reconst Surgery*, 1970;46:226-235.
7. Baker DC. Minimal incision rhytidectomy (short scar face lift) with lateral SMASectomy: evolution and application. *Aesthetic Surgery Journal*, 2001.
8. Baker TJ, Gordon HI. The temporal facelift ("mini-lift"). *Aesthetic Surgery Journal*, 2001.
9. Ramirez OM, Pozner JN. Subperiosteal minimally invasive laser endoscopic rhytidectomy: the SMILE facelift. *Aesthetic plastic surgery*, 1996.
10. Del Campo AF. Update on minimally invasive face lift technique. *Aesthetic surgery journal*, 2008.
11. Tonnard P, Verpaele A, Monstrey S. Minimal access cranial suspension lift: a modified S-lift. *Plastic and reconst surg*, 2002.
12. Panfilov DE. MIDI face-lift and tricuspidal SMAS-flap. *Aesthetic plastic surgery*, 2003.
13. Môle B. Le lifting cervico-facial à double verrouillage. *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 2011.
14. Bonnefon A. Le lifting cervico-facial, une intervention légère, performante et durable. *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 2011.
15. Mitz V, Leblanc P, Maladry D. Results of biplane face lifts with maximal skin undermining and vertical SMAS flap. *Annales de chirurgie*, 1996.
16. Alghoul M, Codner MA. Retaining ligaments of the face: review of anatomy and clinical applications. *Aesthet Surg J*, 2013;33:769-782.
17. Ozdemir R, Kilinç H, Unlü RE. Anatomical Histological study of the retaining ligaments of the face and use

Esthétique

in face lift: retaining ligament correction and SMAS plication. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2002;110: 1134-1147.
18. Pozner PN. Subperiosteal minimally invasive laser endoscopic rhytidectomy: The SMILE facelift. *Aesthetic Plast Surg*, 1996,20:463.
19. Miller TA. Face lift: Which technique? *Plast Reconstr Surg*, 1997;100:501-503.
20. Duminy F, Hudson DA. The mini rhytidectomy. *Aesthetic plastic surgery*, 1997.
21. Onizuka T, Hosaka Y, M. Miyata M. Ichinose ;Our mini-facelift for orientals. Aesthetic plastic surgery, 1995.
22. Daher JC, Cosac OM, Domingues S. Facelift. *Neck Surg*, 1989;115:797.
23. De la Fuente A, Santamaria AB. Endoscopic subcutaneous and SMAS facelift without preauricular scars. *Aesthetic plastic surgery*, 1999.
24. Rossell-Perry P, Paredes-Leandro P. Study of the retaining ligaments of the face and applications for facial rejuvenation. *Aesthetic plastic surgery*, 2013.
25. Rohrich RJ, Pess JE. The retaining system of the face: histologic evaluation of the septal boundaries of the subcutaneous fat compartments. *Plastic and reconstructive surgery*, 2008.
26. Stuzin JM, Baker TJ, Gordon HL. The relationship of the superficial and deep facial fascias: relevance to rhytidectomy and aging. *Plast Reconstr Surg*, 1992.
27. Mendelson BC. Facelift anatomy, SMAS, retaining ligaments and facial spaces. *Aesthetic plastic surgery*, 2009.
28. Brandt MG, Hassa A, Roth K *et al.* Biomechanical properties of the facial retaining ligaments. *Arch Facial Plast Surg*, 2012;14:289-294.
29. Hamra ST. Composite rhytidectomy. *Plastic and reconstructive surgery*, 1992.
30. Miller CC. Cosmetic surgery of the face. *Int J Surg*, 1907;20: 311.
31. Holländer E. XVII. Die kosmetische Chirurgie. In Joseph, M. (ed.): *Handbuch der Kosmetik*, 1912:688.

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

réalités
en CHIRURGIE PLASTIQUE

☐ oui, je m'abonne à ***Réalités en Chirurgie Plastique***

Médecin : ☐ 1 an : 60 € ☐ 2 ans : 95 €
Étudiant/Interne : ☐ 1 an : 50 € ☐ 2 ans : 70 €
(joindre un justificatif)
Étranger : ☐ 1 an : 80 € ☐ 2 ans : 120 €
(DOM-TOM compris)

Bulletin à retourner à : **Performances Médicales**
91, avenue de la République – 75011 Paris
Déductible des frais professionnels

Bulletin d'abonnement

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Ville/Code postal : .....
E-mail : .....

Règlement
☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)
☐ Par carte bancaire n° └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘
(à l'exception d'American Express)
Date d'expiration : └┴┴┘ Cryptogramme : └┴┴┘

Signature :