

Technique chirurgicale

Amélioration des résultats à long terme du lifting cervico-facial

RÉSUMÉ : Il a été imaginé que plus les procédures de lifting étaient invasives et radicales, et plus leur stabilité dans le temps ainsi que leurs effets rajeunissants étaient importants. Cette notion reste vraie, jusqu'à un certain point au-delà duquel l'augmentation de l'aspect invasif augmente les risques de complications avec un résultat peu naturel, et n'apporte qu'un gain très marginal.

Je décris ma technique de chirurgie de rajeunissement de la moitié inférieure de la face et du cou, reposant sur la combinaison d'un ensemble de techniques fiables, et pouvant se réaliser à la fois de manière mini-invasive comme de façon chirurgicale classique, en fonction des situations cliniques. Elle prend en charge chaque composante responsable du vieillissement de cette région anatomique, et a montré de bons résultats, durables, et avec peu de complications.



J.-P. MÉNINGAUD

Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale,
CHU Henri Mondor, CRÉTEIL.

Au cours du vieillissement, on observe une perte d'élasticité et une diminution d'épaisseur de la peau (plus de 25 % après la ménopause en l'absence de traitement substitutif), une augmentation du tonus de repos des muscles de la face, démontrée par Claude Le Louarn [1] et corroborée récemment par des travaux de Patrick Trevidic¹ [2], et une ptose du tissu graisseux. Ceci se traduit cliniquement, à la partie inférieure de la face, par des bajoues, un double menton, la chute des commissures labiales et la perte de l'ovale du visage, ainsi qu'au niveau cervical, par l'apparition de cordes platysmales. On conçoit dès lors que le rajeunissement de la partie inférieure de la face et du cou constitue un enjeu majeur de satisfaction lors d'une procédure de lifting.

Les critères de beauté et de jeunesse du cou ont été décrits en 1980 par Ellebogen [3]

¹ Vladimir Mitz et Parick Knipper avaient également présenté des travaux dans ce sens dans différents congrès dès 1996. Bref, la physiopathologie du vieillissement musculaire de la face est une affaire très française, je dirais même parisienne !

et ont été peu modifiés depuis. Le traitement chirurgical vise à se rapprocher le plus possible de 5 critères visuels : un angle cervico-mentonnier compris entre 105 et 120°, une dépression sous-hyoïdienne marquée, un rebord basilaire mandibulaire saillant en forme d'ovale, un relief du cartilage thyroïdien légèrement visible et un bord antérieur des muscles sterno-cléido-mastoïdiens saillant. Plusieurs techniques de rajeunissement utilisant essentiellement le platysma ont été décrites depuis le début des années 1960, initialement par Skoog [4], puis par Guerresantos [5], Connell [6] et Aston [7].

Le lifting est une chirurgie ingrate sur le moyen et long terme. L'association de techniques différentes est une des clefs du succès. Notamment, l'association de la liposuction sous-mentonnière, de la platysmaplastie médiane et latérale avec ou sans transection, et parfois de la section des *depressor angularis oris* (DAO) me semble être une bonne stratégie au niveau cervical. La technique du *net* d'André Auersvald [8] m'a permis

Technique chirurgicale

de faciliter les suites opératoires et de mieux répartir l'étui cutané.

Au niveau de la moitié inférieure de la face, je reste fidèle aux techniques de SMAS (*superficial muscular aponeurotic system*) qui m'ont été enseignées par Vladimir Mitz [9] puis par Alain Bellavoir, parfois associées à des plicatures. J'associe des techniques de lipofilling enrichies, de microlipofilling selon les modalités de Guy Magalon [10], voire de *Nanofat* [11]. Pour le traitement de la peau elle-même, j'utilise les techniques de needling et blanching que j'ai perfectionnées, notamment avec l'usage d'une seringue électrique miniaturisée. Enfin, j'utilise des techniques de laser Er:Yag RecoSMA™ per ou préopératoire pour améliorer la qualité des cicatrices.

Le lifting cervical sera toujours effectué dans le même temps opératoire que le lifting facial car il existe une continuité anatomique. L'objectif de cet article est de décrire une procédure chirurgicale associant différentes techniques pour le rajeunissement de la moitié inférieure de la face et du cou.

Installation

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale, avec intubation orotrachéale à l'aide d'une sonde préformée orale médiane, maintenue à une prémolaire maxillaire par un fil d'acier. Une infiltration massive au sérum adrénaliné est pratiquée à la canule dans les plans de décollement. La voie d'abord est celle du lifting facial classique. Je privilégie les incisions intra-auriculaires plutôt que prétragiennes.

La liposuction sous-mentale

La procédure de cervicoplastie débute par une lipoaspiration cervicale en pratiquant une incision cutanée horizontale de 1 cm de long dans le pli sous-mental, sur la ligne médiane. Elle commence à

l'aide d'une canule de curetage utérin pour une plus grande efficacité sur la ligne médiane, puis est complétée à la canule de lipoaspiration numéro 3 en latéralité dans le plan sous-cutané. La lipoaspiration est faite jusqu'au niveau des bords basilaires des branches horizontales de la mandibule, afin d'en redessiner les contours. Par la suite, une lipectomie sous contrôle visuel direct permet de compléter si besoin le résultat.

Les platysmaplasties médianes et latérales

Le muscle platysma est décollé sur sa face superficielle (et si besoin sur sa face profonde) latéralement à partir du bord interne et à travers l'incision sous-mentale. Si elles sont hypertrophiées et ptosées, les glandes submandibulaires sont repérées par voie sous-mentale. Dans ces cas, j'effectue une submandibulectomie partielle suivie d'une injection immédiate de toxine botulique dans le reste de la glande pour éviter toute sialocèle.

En cas de cordes platysmales saillantes ou de lifting secondaire (ce qui constitue

la quasi-totalité de mon recrutement actuel), je sectionne horizontalement l'intégralité du platysma en passant au moins à 3 cm du bord basilaire, puis j'effectue une raphie médiane du platysma au PDS 3-0 en surjet jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. Je fixe également cette raphie médiane avec quelques points d'amarrage au niveau de l'os hyoïde. La partie postérieure de ce hamac est fixée selon le point clef de Daniel Labbé [12]. Depuis que je pratique la technique du capitonnage brésilien d'André Auersvald, mon hémostase est moins obsessionnelle et je n'utilise plus de Redons (*fig. 1*).

Lifting cervico-jugal

En haut, mon incision s'arrête en arrière du tragus, elle fait le tour du lobule de l'oreille, puis remonte dans le pli rétro-auriculaire jusqu'au niveau de la projection du tragus, et redescend à 90° dans le cuir chevelu sur 5-6 cm ou en pré-capillaire. Lors de l'incision cutanée, je prend garde de respecter la face antérieure du cartilage du tragus. Puis je débute le décollement cutané de la face



Fig. 1 : Patient venant de bénéficier de la technique du filet d'Auersvald.

Technique chirurgicale



A : Avant lifting cervico-facial. B : 8 ans après le lifting.

à l'aide de ciseaux spatulés de Trepstat, tout d'abord dans un plan sous-cutané strict, au-dessus du SMAS. Puis j'effectue le reste du décollement inféro-postérieur cervical dans le même plan à l'aide de grands ciseaux spatulés de Trepstat, à partir de la ligne d'incision rétro-auriculaire. J'effectue le décollement pré-auriculaire et le décollement du SMAS. Après séparation en deux lambeaux, le SMAS est tracté selon un double vecteur supérieur et rétro-mastoïdien afin de résorber la bajoue et souligner l'angle mandibulaire. Mes résections cutanées sont étonnamment faibles, rarement plus d'un centimètre. Mes sutures cutanées sont pratiquées sans aucune tension.

Section du DAO

Il s'agit d'une procédure à réserver pour le traitement des plis d'amertume très marqués. J'éverse la lèvre inférieure et j'incise la muqueuse labiale à environ 1 cm du vermillon. Je dissèque ensuite le plan sous-muqueux de façon horizontale jusqu'au muscle orbiculaire. Le changement d'orientation des fibres

musculaires plus oblique permet d'identifier les DAO et de les sectionner. Elle est confirmée par l'apparition soit de la graisse sous-dermique, qui est inconsistante, soit du derme.



A : Avant lifting cervico-facial. B : 5 ans après le lifting.

De la dermabrasion au blanching

En cas de ridules, notamment péri-buccales et selon le souhait de la patiente, on peut procéder à une dermabrasion mécanique. Elle est efficace mais a l'inconvénient de pouvoir laisser une séquelle hypochrome, certes maquillable. L'alternative selon nous est le blanching : un acide hyaluronique (AH) monophasique polydensifié peut être injecté dans le derme réticulaire superficiel sans risquer d'effet Tyndall.

Des études cliniques avec mélange de AH et de plasma enrichi en plaquettes sont en cours. J'utilise des aiguilles de 32 à 34 G et de 4 mm de longueur. L'aiguille est à peu près parallèle à la peau, biseau vers le bas. Le geste est facilité par un grossissement de 2 à 3 et l'usage d'une seringue électrique miniaturisée, qui permet à la fois précision et puissance. Le succès dépend de l'effet de blanching immédiat, qui est *a contrario* un signe d'alerte en cas d'injection profonde.

POINTS FORTS

- L'étape la plus importante est le diagnostic. Il n'y a pas deux cas identiques.
- Il ne faut pas hésiter à associer des techniques d'embellissement aux techniques de rajeunissement.
- Les techniques de médecine régénérative font maintenant partie de la routine dans les liftings.
- La technique du filet d'Auersvald facilite grandement les suites.
- La compréhension de la physiopathologie du vieillissement de la face est fondamentale.

Les techniques de médecine régénératives

Les techniques de needling ont démontré leur effet inducteur tissulaire. Après avoir longtemps utilisé le stylo, je préfère maintenant le rouleau ou le tampon. Elles font appel au lipofilling enrichi voire au *Nanofat* que nous pouvons obtenir extemporanément sans collagénases. Ces techniques sont utilisées essentiellement pour leur effet trophique. Les techniques de laser peuvent être utilisées en per et préopératoire pour stimuler la cicatrisation. Je privilégie la possibilité de définir moi-même mes paramètres (longueur d'onde, fluence, etc.). Les techniques de LED sont utilisées en routine dans la période postopératoire pour gérer l'inflammation et les ecchymoses.

Conclusion

Le détail de nos résultats a été publié récemment dans le *JCMFS* [13]. De

même, dans le cadre de cet article, nous ne pouvons qu'énumérer les procédures connexes. En fonction des cas, des génioplasties transversales ou sagittales ou combinées peuvent être utiles. Des prothèses malaires peuvent être nécessaires dans le cadre d'atrophies sévères ne répondant pas au lipofilling. Le traitement des angles mandibulaires se fait principalement aux dépens des masséters et non de l'os. Bref, il existe tout un champ d'inventivité pour le bonheur de nos patientes et patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. LE LOUARN C, BUTHIAU D, BUIS J. Facial rejuvenation and concentric malar lift: the FACE RECURVE concept. *Ann Chir Plast Esthet*, 2006;51:99-121.
2. TRÉVIDIC P, CRIOLLO-LAMILLA G. Reply: Platysma bands: is a change needed in the surgical paradigm? *Plast Reconstr Surg*, 2017;140:755e-756e.
3. ELLENBOGEN R, KARLIN JV. Visual criteria for success in restoring youthful neck. *Plast Reconstr Surg*, 1980;66:826-837.
4. SKOOG T. Plastic surgery – New Methods and Refinements. Philadelphia, Saunders, 1974;302-330.
5. GUERRASANTOS J, ESPAILLAT L, MORALES F. Muscular lift in cervical rhytidoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 1974;54:127-130.
6. CONNELL BF. Cervical lifts: the value of platysma muscle flaps. *Ann Plast Surg*, 1978;1:32-43.
7. ASTON SJ. Platysma muscle in rhytidoplasty. *Ann Plast Surg*, 1979;3:529-539.
8. AUERSVALD A, AUERSVALD LA. Hemostatic net in rhytidoplasty: an efficient and safe method for preventing hematoma in 405 consecutive patients. *Aesthetic Plast Surg*, 2014;38:1-9.
9. MITZ V, PEYRONIE M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg*, 1976;58:80-88.
10. NGUYEN PS, DESOUCHES C, GAY AM *et al*. Development of micro-injection as an innovative autologous fat graft technique: the use of adipose tissue as dermal filler. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2012;65:1692-1699.
11. TONNARD P, VERPAELE A, PEETERS G *et al*. Nanofat grafting: basic research and clinical applications. *Plast Reconstr Surg*, 2013;132:1017-1026.
12. LABBÉ D, FRANCO RG, NICOLAS J. Platysma suspension and platysmaplasty during neck lift: anatomical study and analysis of 30 cases. *Plast Reconstr Surg*, 2006;117:2001-2007.
13. RUIZ R, HERSANT B, LA PADULA S *et al*. Facelifts: improving the long-term outcomes of lower face and neck rejuvenation surgery: the lower face and neck rejuvenation combined method. *J Craniomaxillofac Surg*, 2018;46:697-704.

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