

■ Face

Le lifting à triple ancrage : simplification et sécurité du geste

RÉSUMÉ : La technique de triple ancrage vise à limiter les hésitations de remise en tension en fin d'intervention, à soulager drastiquement toute tension sur les cicatrices, à éviter les risques d'hématomes et à contenir l'œdème postopératoire.

À partir d'un dessin d'excision préétabli qui permet de mener beaucoup plus directement sur les structures à modifier, un premier ancrage s'adresse classiquement au système musculo-aponévrotique traité selon les préférences de chacun (smasectomies, SMAS classique, plicatures).

Le second ancrage entraîne la remise en tension selon les vecteurs choisis par des points profonds résorbables à tension dégressive.

Le troisième ancrage est en fait un capitonnage transcutané maintenu trois à quatre jours qui va à la fois éliminer les espaces morts et donc les risques d'hématomes, contenir l'œdème et appliquer les zones décollées de manière intime aux structures sous-jacentes. Cette technique se prête très bien à l'anesthésie locale sur des cas sélectionnés.



B. MOLE

Chirurgie esthétique, Médecine esthétique,
PARIS.

Le lifting est certainement l'intervention de chirurgie esthétique qui suscite le plus de publications [1]... On peut en déduire d'une part qu'il n'y a pas de procédé type de l'intervention, et d'autre part que chacun entérine un certain nombre de procédures afin d'obtenir le résultat escompté. Lorsque nous débutons notre expérience de cette intervention, enhardis par les techniques fascinantes de jonctions cranio-faciales, une certaine tendance à pousser à l'extrême les dissections se soldait régulièrement par des résultats parfois brillants mais peu naturels ou des suites déraisonnablement prolongées par l'œdème et l'inflammation, dues à l'agressivité des gestes choisis. Force est de constater qu'aujourd'hui on s'oriente vers plus de simplification, avec limitation des décollements, recherche de suites aussi courtes que possible et résultat final sans transformation frappante. L'apport des procédés médicaux d'injection et de relaxation, des méthodes de suspension

suppléant les tractions et la place faite au traitement cutané ont certainement contribué au développement de ces techniques beaucoup plus raisonnables, particulièrement plébiscitées sous nos climats.

Encouragés dans cette voie, nous présentons ici notre technique de triple ancrage avec résection prédéterminée. Celle-ci n'a évidemment aucune originalité, elle n'est que le développement logique de notre technique à double verrouillage déjà publiée il y a plusieurs années [2].

■ Les gestes

Le dessin est évidemment fondamental puisque la résection cutanée généralement pratiquée en fin d'intervention se fait d'emblée. Sur le patient assis, nous repérons 2 points : le point mandibulaire et le poids temporal (*fig. 1*) qui correspondent uniquement à la remise en



Fig. 1 : Définition préopératoire sur le patient debout des points mandibulaires et temporaux qui devront se rejoindre en fin d'intervention.



Fig. 2 : Protocole de l'intervention. En bleu, la cicatrice finale, en rouge la cicatrice d'excision, en jaune la zone de décollement. À noter la correspondance de taille des flèches vertes sous-lobulaire et mastoïdienne correspondant à translation vers le haut de la zone excisée.



Fig. 3 : Schématisation des 3 ancrages. En vert, l'ancrage musculo-aponévrotique SMAS/platysma, en brun l'ancrage dermoaponévrotique à tension décroissante depuis l'extrémité du décollement à la cicatrice. En bleu, l'ancrage de contention finale cutanéoponévrotique.

tension cutanée finale pré-auriculaire souhaitée (ce sont ceux que le patient met spontanément en tension lorsqu'il nous montre en consultation le résultat final qu'il espère). Nous commençons par le point mandibulaire, le plus important car par sa position intermédiaire il conditionne le reste de l'intervention. À la fin de celle-ci, ce point doit se trouver au contact de l'incision pré-lobulaire. Maintenu dans cette position, le point temporal est alors déterminé afin d'harmoniser la remise en tension finale de la région medio-faciale : en fin d'intervention, il rejoindra la zone glabre le long de l'incision sus-auriculaire. Le reste du dessin ne nécessite pas d'astuces particulières : en avant, il se poursuit dans la zone temporale ou au ras de l'implantation chevelue en fonction de sa densité ; en arrière, il se poursuit dans le sillon rétro-auriculaire puis le long de la zone chevelue mastoïdienne et tient compte du décalage mesuré au point temporal.

L'infiltration est d'autant plus importante que nous proposons souvent ce geste sous anesthésie locale pure : nous utilisons en moyenne les deux tiers d'une solution de 200 cm³ de sérum physiologique additionnée de 10 mg de ropivacaïne et 1 mg d'adrénaline.

L'Intervention commence donc par une résection cutanée d'emblée des zones traditionnellement éliminées dans un lifting (pré-auriculaire et mastoïdienne, rejointe par l'incision rétro-auriculaire) (**fig. 2**) ; en revanche, quasiment aucune suppression n'aura lieu dans la zone chevelue temporale car nous considérons le cheveu comme un élément trop important pour être éliminé d'emblée, cette élimination devant être particulièrement économique et minimisée par un certain nombre d'artifices (incision pré-chevelue associée, incision sous la patte avec rabat de la zone temporale disséquée, selon la technique de Marchac [3]). Cette résection conduit directement en avant sur toutes les zones qui vont être intéressées par le premier ancrage (SMAS et platysma) et faciliter le décollement mastoïdien qui, même s'il est contesté, reste pour nous un élément incontournable dès que le relâchement du cou est patent.

Le premier ancrage (fig. 3) s'adresse donc au complexe SMAS/platysma traité selon les convictions de chacun [4] : bourse, plicatures, soulèvement limité ou étendu, avec ou sans transection du peaucier, etc. Pour avoir pendant longtemps privilégié des gestes plutôt agressifs sur ce complexe, notre

conviction est plus réservée aujourd'hui sur leur intérêt au niveau de la face ; en revanche le cou reste un élément difficile à organiser pour un résultat durable, ceci étant sans doute en partie dû à une dégradation loin de concerner uniquement les éléments tégumentaires. En effet et surtout chez la femme après la ménopause, le tassement/glisement en avant de la colonne osseuse cervicale explique pour nous en grande partie nos résultats insuffisants ou prématurément "relâchés" ; cet élément est étonnamment rarement évoqué dans les communications...

Le second ancrage (fig. 3) a pour but d'amener de manière quasi spontanée ces points mandibulaires et temporaux à leur situation définitive **avec un minimum de tension au niveau de la suture finale**. C'est évidemment une banalité de l'affirmer et pourtant l'importance de cette notion doit rester "obsessionnelle". La majorité des techniques proposées reporte ce principe en fin d'intervention par la multiplication de points dermiques sous-cutanés dans l'espoir d'annihiler toute tension sur la suture épidermique, ce qui tente de résoudre la difficulté à l'envers. Pour nous, la suture finale doit être "posée *in situ*" et non tendue ! Pour ce faire, nous utilisons

Face

des points de capitonnage sous-cutané à grande distance de la cicatrice finale suturés sous tension progressivement décroissante : le premier point se situe en général vers l'extrémité la plus distale de la dissection cervicale antérieure et se fait sous tension maximale raisonnable ; puis les autres points sont répartis tout au long du soulèvement cutané, les derniers se situant environ 1 cm en avant de la cicatrice finale. Pour celle-ci, nous limitons les points sous-cutanés à quelques points clés essentiellement destinés à éviter tout risque de désunion au moment de l'ablation de la suture pré-auriculaire au nylon 5/0 vers le septième jour (en arrière, nous utilisons exclusivement un surjet en U de Vicryl Rapide®4/0-Ethicon). Ces capitonnages profonds – déjà prônés par Mornard il y a près d'un siècle [5] – sont effectués avec un mono-filament à résorption précoce (Monocryl® 3 ou 4/0, 19 mm 3/8 de cercle-Ethicon) qui entraîne un effet de captons patents qui s'effacent en une dizaine de jours au grand maximum.

Le troisième ancrage (fig. 3) est un ancrage per-cutané (*quilting sutures*) des zones décollées qui a trois fonctions :
– maintenir en bonne position le montage de l'intervention ;
– éliminer définitivement tous les espaces morts et donc les risques d'hématomes précoces ;
– contenir l'œdème inflammatoire postopératoire immédiat.

Il se pratique à l'aide d'un nylon mono-filament 3/0 monté sur une aiguille longue à courbure large (24 millimètres 3/8 de cercle) par des sutures étagées sur l'ensemble des zones décollées (tempes non chevelues, joues, rebord mandibulaire, cou et mastoïde) ajoutant un capitonnage efficace de celles-ci par une prise directe des structures profondes ; ces sutures qui interviennent en toute fin l'intervention juste avant le pansement n'ont nul besoin d'être très nombreuses (5 à 7 par côté) ni serrées sur un bourdonnet, elles sont en règle parfaitement supportées et seront enlevées dès le

3^e-4^e jour. Elles n'ont jamais jusque-là été la cause d'une quelconque souffrance cutanée. Ce type de blocage nous a été inspiré il y a quelques années par un incident survenu pendant un lifting au cours duquel nous pratiquions également une reconstruction du sein par lipofilling : au moment de la prise de graisse sur l'abdomen et malgré l'infiltration large d'anesthésie locale, la patiente mal séditée s'est brutalement réveillée entraînant une poussée tensionnelle intempestive qui s'est immédiatement soldée par un énorme hématome cervical antérieur ; à l'origine de celui-ci, une artéiole medio-cervicale basse en bout de décollement dont nous n'avons pu assurer l'hémostase malgré une demi-heure d'efforts ; plutôt que de rajouter une cicatrice en zone particulièrement visible, nous avons alors décidé de pratiquer cette technique certes rustique mais tout à fait efficace qui nous a permis à la fois de contrôler le saignement et de limiter considérablement l'étendue de l'infiltration hématique consécutive. Son intérêt à titre systématique dans le lifting a d'ailleurs été depuis développé par d'autres [6].

Discussion

Nous ne présentons pas ici une technique de lifting proprement dite mais une association de gestes complémentaires possibles pour toutes les techniques habituellement utilisées selon ses préférences de chaque praticien et dont tous les points peuvent évidemment être discutés, adoptés ou éliminés selon les convictions de chacun.

La résection cutanée d'emblée crée évidemment un point de non-retour qui peut inquiéter les moins expérimentés ; mais c'est également là son avantage puisqu'elle conditionne très exactement l'obtention du résultat final décidé avant l'intervention sur un patient en position sociale (debout) et évite certains tâtonnements en toute fin d'intervention sur un patient allongé chez qui les

repères deviennent moins pertinents et les risques d'asymétrie moins appréciables. Tant que la confiance dans cette résection (qui atteint une moyenne de 3 cm pour le point mandibulaire) n'est pas acquise, on pourra évidemment se montrer plus conservateur en traçant une résection théorique et en pratiquant une excision cutanée 1 cm en deçà dans la zone pré-auriculaire et la zone mastoïdienne, nous conseillons en revanche ne pas pratiquer de résection rétro-auriculaire car la mise en tension cutanée verticale souhaitée ici permet de la limiter et garder des possibilités d'ajustement dans une zone cachée, propres à éliminer le piège d'être un peu "juste" dans une zone où les risques de souffrance cutanée sont maximales. On peut aussi limiter la résection d'emblée à la zone pré-auriculaire et choisir les ajustements sur l'ensemble du reste de la cicatrice. Comme nous l'avons déjà souligné, nous limitons au maximum toute résection de cuir chevelu dans la zone temporale. Notre prochaine étape pour le maintien de la zone malaire fera sans doute davantage appel à la suspension par fils non résorbables qui s'est particulièrement développée ces dernières années pour nous offrir des procédés à la fois plus efficaces et moins contraignants. En revanche, nous restons extrêmement circonspects sur leur utilité de façon isolée dès lors qu'existe un véritable relâchement de la ligne mandibulaire.

Le premier ancrage (structures fascio-platysmales) reste évidemment à la discrétion de chaque opérateur en fonction de ses habitudes et il est inutile de le discuter ici dans la mesure où il n'influence nullement le reste des décisions. Néanmoins et surtout dans la région cervicale, il va déjà réduire considérablement le chemin à parcourir par la peau pour rejoindre sans aucune tension excessive sa position finale.

Le second ancrage en revanche nous paraît important à considérer car il conditionne la construction finale sans tension de la cicatrice : nous lui

POINTS FORTS

- Dessin pré-établi, décollement limité.
- Remise en tension assistée pour éviter toute tension cicatricielle.
- Capitonnage transcutané assurant :
 - l'absence d'espaces mort et donc la possibilité d'hématomes ;
 - le contrôle de l'œdème ;
 - l'accolement biologique des tissus décollés.

appliquons une forte tension essentiellement dans la zone périmandibulaire (au-dessus et surtout au-dessous de la mandibule, en regard de la glande sous maxillaire) car cette tension ne présente aucun risque particulier d'autant qu'elle se fait sous contrôle de la vue. Elle permet à la cicatrice de rejoindre définitivement la position prévue et évite la multiplication des points sous-cutanés résorbables, souvent source de réaction inflammatoires (inévitables dans la mesure où ce phénomène de résorption est biologiquement actif) ; il n'est pas besoin à notre avis d'utiliser des fils tressés à résorption lente car il est totalement illusoire d'espérer une prolongation des résultats au-delà de la troisième semaine par l'emploi de matériaux plus résistants (ceci en opposition aux systèmes de suspension qui eux exigent un

blocage en bonne position aussi permanent que possible).

Le 3^e ancrage percutané à durée brève (3 jours) est le seul dont nous recommandons systématiquement au moins l'essai tant il a transformé nos suites (**fig. 4 et 5**) ! Pour un temps additionnel de trois à quatre minutes, il évite tout risque d'hématome tout en contenant l'expansion tissulaire postopératoire par l'œdème et en rendant encore plus obsolète l'idée d'un drainage que ce soit par drain aspiratif ou lame (que nous avons de toute façon abandonné depuis 15 ans tant nous considérons qu'il ne présente absolument aucune garantie d'éviter ce genre d'incident, surtout au réveil lorsque la tension artérielle remonte parfois très brusquement...). De plus, il ajoute un facteur complémentaire d'accolement des tissus en bonne

position sans risque de déplacement par des mouvements intempestifs précoces ; chacun aura fait l'expérience lors de la révision prématurée (les premiers jours) d'interventions à décollement large (type plastie abdominale) de l'accolement tissulaire naturel sinon solide du moins réel grâce à la "glue" biologique issue de la cicatrisation primaire. Ce phénomène élimine pour nous toute idée de l'utilisation d'une colle biologique à la fois coûteuse et incapable de s'opposer à un décollement précoce de la peau par un hématome. Le pansement dit "compressif", étrangleur et inconfortable, devient sans intérêt, un simple bandeau péri-auriculaire évitant de tacher l'oreiller durant la première nuit (son seul rôle !) étant suffisant.

On objectera évidemment que ce geste est aveugle et qu'une aiguille large risque de happer une structure noble en profondeur ; outre que ce type d'incident ne nous a pas affecté jusqu'alors, nous pensons que jusqu'à preuve du contraire ce risque est minime : s'il s'agit d'une structure nerveuse (branche terminale du facial essentiellement), l'ablation de la suture dès le troisième jour lèvera immédiatement l'étranglement ; s'il s'agit d'une structure vasculaire (veineuse plus qu'artérielle), le serrage du nœud en assurera l'hémostase immédiate, et dans la mesure où il s'agirait d'une effraction par un fil relativement fin le risque d'un saignement à l'ablation nous paraît exclu.



Fig. 4A et B : Patiente opérée sous anesthésie locale pure au moment de l'ablation du troisième ancrage au troisième jour. En dehors de l'œdème toujours maximal à ce moment, la seule trace vraiment décelable de l'intervention est celle du peeling labial associé.



Fig. 5A et B : Patiente opérée sous anesthésie locale pure au huitième jour.

Face



Fig. 6 : Patiente opérée sous anesthésie locale pure (A) au 15^e jour (B) et au 3^e mois (C).

Conclusion

Même si elles sont applicables à tout type de lifting, ces techniques d'ancrage avec résection préétablie méritent tout de même d'être réservées – surtout en l'absence d'expérience – à des cas choisis (**fig. 6**) : relâchements raisonnables sur des peaux sans laxité exagérée chez des sujets non gras. Les relâchements très importants chez des patients particulièrement empâtés restent pour nous des interventions difficiles dans lesquelles les points évoqués doivent avant tout rester des repères à atteindre sans s'obliger à un "coûte que coûte" aux conséquences possiblement dommageables. En revanche, chez des sujets encore jeunes avec des exigences de récupération sociale rapide, ce type de technique bien

adapté à l'anesthésie locale pure permet de redonner au lifting toute sa place d'efficacité et de naturel [7] face à l'arsenal médical (lasers, radiofréquences, ultrasons, suspensions, etc.) [8] qui tente de le rendre obsolète d'une manière encore hautement discutable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le renouveau des liftings cervicofaciaux. Rapport du 62^e Congrès de la SOFCPRE. 2017;62;5:345-600.
2. MOLE B. Le lifting cervicofacial à double verrouillage. *Ann Chir Plast Esthet*, 2011;56:15-26.
3. MARCHAC D. Against the "Visible" short scar face lift. *Aesth Surg J*, 2008;28:200-208.
4. FOGLI A. Rajeunissement jugal et traitement des bajoues. *Ann Chir Plast Esthet*, 2017;62:424-434.
5. MORNARD P. Le traitement chirurgical des rides de la face et du cou. *Prat Chir Illustr*, 1930;15:139-152.
6. NETO J. FERNANDEZ D. Boles M. Reducing the Incidence of Hematomas in Cervicofacial Rhytidectomy: New External Quilting Sutures and Other Ancillary Procedures. *Aesth Plast Surg*, 2013;35:1034-1039.
7. LE LOUARN CL. Prévention du vieillissement, techniques chirurgicales récentes et voies d'avenir de la chirurgie du vieillissement facial. *Ann Chir Plast Esthet*, 2017;62:592-597.
8. MOLE B. Techniques adjuvantes de Rajeunissement Facial. *Encyclopédie Médico Chirurgicale*, 2017;45:650.

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