Face

Les défauts usuels après lifting

RÉSUMÉ : Il n'y a pas un mais des liftings ! Chacun de ces gestes opératoires comporte des dessins particuliers en fonction de chaque auteur spécifique et peut déclencher des complications, des insuffisances ou des excès postopératoires, et leur combinaison peut encore davantage accentuer ce qui peut apparaître au patient comme une complication dont il n'aurait pas été informé.
La recherche d'une faute commise par le chirurgien est à la base des récriminations que les patients insatisfaits vont produire. De ce fait, l'étude des complications, incidents et désagréments postopératoires après un lifting est d'une grande importance. L'information donnée au patient a du mal à être exhaustive, tant les tableaux des incidents postopératoires sont variables et plus ou moins dramatisés. Diminuer les aléas postopératoires a conduit à imaginer la technique du microlift biplan, publié dans un numéro précédent de *Réalités en Chirurgie Plastique*.

V. MITZ
Chirurgien plasticien et esthétique,
PARIS.

Il n'y a pas un mais des liftings ! Chacun de ces gestes opératoires comporte des dessins particuliers en fonction de chaque auteur spécifique, des décollements sous-cutanés plus ou moins poussés, un geste sur le Smas (système musculoaponévrotique superficiel) plus ou moins développé, un geste éventuel sur les muscles peauciers ou sur l'os hyoïde ou sur les boules de Bichat, un dégraissage aux ciseaux ou par liposuccion, des lipofillings volumateurs différents d'un opérateur à l'autre. Ces gestes peuvent déclencher des complications, des insuffisances ou des excès postopératoires, et leur combinaison peut davantage accentuer ce qui peut apparaître au patient comme une complication dont il n'aurait pas été informé, à ses dires, ce qui est actuellement le point le plus négatif en matière de contrat de bonne santé entre patient et chirurgien.

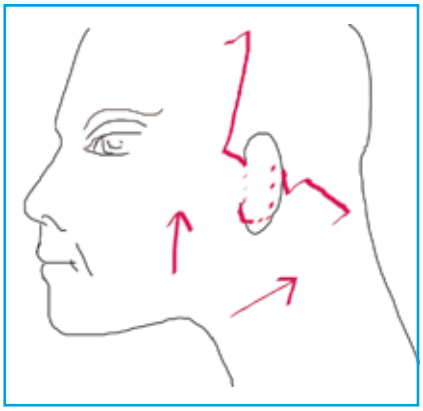
C'est pourquoi il est apparu plus agréable de traiter cet article, non pas comme une énumération énervante (et qui ne sera jamais complète) de toutes les complications observables après un lifting, mais plutôt de diviser ces complications en plusieurs thèmes dont le discriminatif est : **la faute à qui ?**

Mais, point essentiel, l'information qui est délivrée au patient se doit d'être exhaustive, exempte de toute manipulation, et si possible accompagnée d'un schéma avec les mentions des principales complications et de leur fréquence, schémas dont on conservera le double au cas où : plus facile à dire qu'à faire !

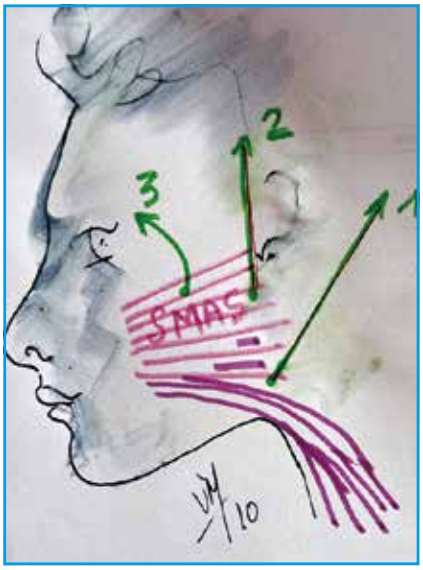
La faute au patient ?

C'est une tendance naturelle que de faire porter le chapeau de l'échec au patient, car le chirurgien esthétique tente de s'exonérer d'une responsabilité qui le tarabuste. C'est le patient qui se retrouve ainsi en position de fautif par accusation directe :
– vous avez fumé trop longtemps ;
– vos tissus sont trop fragiles ;
– vous n'étiez pas pareil des deux côtés avant ;
– vous avez un défaut de naissance ;
– vous avez manipulé vos cicatrices ;
– vous n'avez pas suivi mes conseils postopératoires ;
– vous avez mal mais c'est normal après un lifting, etc.

Nous sommes tous passés par là, car il est tellement plus facile d'incriminer



Incisions habituelles du lifting biplan.



Vecteurs différenciés de redrapage du Smas.

le patient ou d'invoquer des impondérables pour échapper à la cruauté d'une analyse objective qui témoignerait de notre insuffisance technique.

Cela étant, il est des cas où les patients ne jouent pas le jeu : ils peuvent effectivement porter leurs doigts mal lavés au niveau des plaies dès le soir de leur opération. Ainsi, par manque d'hygiène et de retenue, **ils colonisent leur cicatrice fraîche** de germes présents au niveau de leur intimité ou créent des lacs d'eau de douche en profondeur d'une plaie fraîche. C'est pourquoi les pansements étanches sont importants, plus pour isoler la plaie opératoire des mains baladeuses que pour des vertus cicatrisantes intrinsèques.

La faute à une mauvaise analyse préopératoire ?

C'est certainement un motif fréquent de problèmes postopératoires, car l'analyse en matière de vieillissement du visage et très complexe et multifactorielle. Les attentes des patients différent totalement des propositions que nous voulons leur faire en fonction de ce que nous voyons. Notre diagnostic est plutôt global et maximaliste dans les actions chirurgicales à mener. Or, l'analyse du patient pour lui-même tient compte de deux facteurs très importants pour lui alors qu'ils le sont moins pour nous : combien va-t-il payer ? Et au bout de combien de temps sera-t-il opérationnel ?

C'est donc moins la perfection du résultat qui l'intéresse, étant bien entendu qu'il veut quand même un résultat maximal pour un investissement minimal. Il souhaite surtout obtenir un résultat très naturel que personne ne remarque, mais aussi que tout le monde lui dise qu'il a très bonne mine et qu'il y a quelque chose de changé en lui, quelque chose qui doit rendre l'opération complètement invisible et indétectable. Bref, toutes ces contradictions ne font que s'additionner : l'analyse que nous portons des déformations au niveau du visage d'un patient à opérer ne correspond pas absolument à ce que lui ressent, souhaite ou imagine.

De plus, le patient n'a, en général, aucune conscience des différences gauche droite de son visage, habitué à se voir toujours de la même façon dans un miroir, sur des selfies. Et il est très peu convaincu si l'on essaie d'attribuer à une asymétrie préexistante un résultat de lifting qui serait différent à droite et à gauche de son visage.

Dans ces conditions, l'analyse préopératoire en matière de lifting se fait au mieux en graduant les déformations selon une classification qui est propre à chacun d'entre nous. Les gestes à effectuer devront être anticipés et marqués comme un véritable plan de bataille, et non pas improvisé sur la table d'opération – encore que l'opération laisse largement la place à des améliorations immédiates imprévues ou imaginées pour le bien du patient, notamment l'intensité du décollement et l'action sur le Smas, le platysma, les paupières, l'acte volumateur éventuel, etc. **Changer de plan opératoire est risqué,** et il est inconcevable de pratiquer des actions sur des sites corporels non prévus dans le consentement mutuel et le devis préalablement signés.

Par ailleurs, certaines cliniques font payer le temps opératoire effectivement consommé au bloc, et non plus des forfaits par type d'opération. Il devient donc indispensable de chiffrer la durée de chaque opération entre première incision et fin du pansement, afin que ni l'équipe technique ni les anesthésistes ne puissent revenir sur les frais prévus par le chirurgien, car il subirait des factures de bloc opératoire disproportionnées par rapport à ceux affirmés de l'établissement ou de l'anesthésiste. Dans ce domaine, l'analyse préopératoire aboutit donc aussi à l'établissement d'un devis préopératoire cohérent, en plus de fournir au patient toutes les informations concernant les gestes techniques que nous envisageons pour chaque cas particulier.

Personnellement, je recommande de faire un schéma de l'état actuel et des actes opératoires qui sont prévus, avec les vecteurs de rotation de la peau et du Smas, et de mentionner sur ce schéma les principales complications qui sont à redouter en fonction de chaque cas particulier.

La faute à la technique opératoire ?

C'est la première réponse que nous donnons lorsque nous avons un

Face

Patiente 1

Avant lifting, de profil.

Après lifting, avec insatisfaction : persistance d'un pli d'amertume non corrigé.

problème évident qui survient en post-opératoire :
– un hématome géant ou compressif inattendu suite à une hémostase insuffisante ;
– une plaie nerveuse avec paralysie labiale ou frontale partielle et temporaire ;
– exceptionnellement une paralysie faciale totale, mais celle-ci peut-être d'une autre origine. Raymond Vilain nous racontait qu'il avait dû reporter un lifting un après-midi à l'hôpital américain car il était retenu le jour prévu de l'opération. Revenant pour opérer la patiente le lendemain, il eut la surprise de constater qu'elle avait une paralysie faciale unilatérale d'origine virale ! Il se sentit béni par les cieux de ne pas l'avoir opérée la veille, et de ne pas porter le chapeau d'une paralysie faciale chirurgicale.

Que faire et que dire lorsque nous avons conscience d'avoir fait une faute technique qui a entraîné un problème post-opératoire ?

Nous avons le choix de le cacher à la patiente pour essayer de trouver une explication vaseuse. Mais cela finira toujours par se retourner contre nous car le collègue auprès de qui la patiente va requérir un deuxième avis est toujours un ami, mais il est toujours aussi critique et un peu ironique si ce n'est franchement virulent (ce qui se fait beaucoup aujourd'hui en état d'inflation du nombre de chirurgiens, à Paris tout du moins), et il finira par mettre le doigt là où ça fait mal.

L'autre choix est d'être honnête et sincère, de reconnaître son erreur, s'excuser et la réparer : nous devons alors expliquer ce qu'il s'est passé. La patiente peut prétendre à une réparation, mais une faute avouée est à demi pardonnée. Cela contribuera à maintenir la confiance entre la patiente et nous. C'est donc la voie que je recommande pour pouvoir ensuite rattraper une erreur, puis rebondir afin de donner toute satisfaction à la patiente par une reprise chirurgicale si elle devient nécessaire.

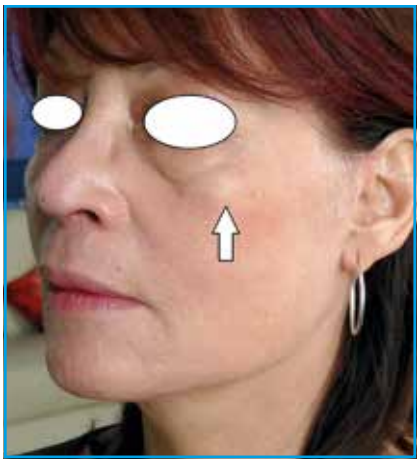
La faute à un hématome compressif

L'hématome compressif postopératoire est un événement auquel nous avons tous été confrontés. Surprenant, indésirable et violent, il entraîne un inconfort marqué pour le patient, une pénibilité pour la réintervention qui doit être faite en urgence alors que tous les blocs sont occupés, pour éviter la compression extensive au niveau du cou et de la trachée. Ni une hémostase rigoureuse minutieuse et maniaque ni les drains ne peuvent garantir qu'un hématome ne surviendra pas.

Une hypertension brutale peut survenir à l'occasion d'un choc émotionnel inattendu, générant un **hématome géant** même après 48 h postopératoires… Cela est d'autant plus vrai chez l'homme ou

Patiente 2

Avant lifting, de trois quarts.



Après lifting, avec apparition d'une poche malaire persistante.

Patiente 3

Avant lifting, de profil.

Après lifting biplan : insatisfaction vindicative au niveau du cou.

Avant lifting biplan, de trois quarts.

Après lifting, avec ptôse récidivée du cou et des platysmas.

chez les patients qui sont à tendance hypertensive ou très émotifs. Certains collègues ont voulu incriminer l'utilisation de lidocaïne ou d'adrénaline à effet rebond. Toutes ces études restent néanmoins sujet à caution, il ne paraît pas possible de façon scientifique de garantir à un ou une patiente l'impossibilité de la survenue d'un hématome expansif dans son cas.

Un hématome extensif a trois inconvénients majeurs :

>>> Un inconvénient immédiat : le risque est local, parfois vital, si le chirurgien responsable n'intervient pas tout de suite ou s'il ne relâche pas les points et ne décomprime pas les tissus écrasés sous la masse impressionnante de sang, qui provient en général de la jugulaire externe ou d'un de ses affluents. Or, il n'est pas évident dans certaines cliniques de pouvoir immédiatement reprendre un patient si les salles d'opération sont occupées, car il faut utiliser une salle d'opération disponible en urgence ou faire patienter le temps qu'une salle d'opération se libère.

>>> Un inconvénient secondaire : l'hématome, une fois évacué, va laisser la place à une fibrose et parfois une rétraction. Certains auteurs ont incriminé l'existence d'un hématome lors de la survenue d'une fasciite rétractile sous-cutanée. En tout cas, cet hématome va entraîner un délai de cicatrisation rallongé et une perception désagréable des suites opératoires par le patient.

>>> Un inconvénient tardif : les patients se plaindront très longtemps d'avoir encore un peu de dureté ou de rétraction au niveau de la profondeur de leurs chairs, ce qui explique des douleurs rémanentes ou une petite asymétrie d'apparence qui va les traumatiser de façon prolongée. Si le résultat se dégrade dans les mois qui suivent, il faudra leur proposer une petite retouche, ce qui leur fait très plaisir et répare les souffrances et les angoisses endurées.

La faute à une plaie nerveuse

La plaie nerveuse peut-être consécutive à un geste anodin, elle n'est pas forcément liée à une section profonde avec le bistouri. Elle peut résulter d'une électrocoagulation un peu près au voisinage d'un petit filet nerveux.

Les zones les plus fréquentes mentionnées dans la littérature sont :

>>> Une plaie du rameau frontal

Cette lésion se rencontre assez souvent, surtout lorsqu'un décollement temporal du lifting (en passant sous l'aponévrose temporale superficielle) est pratiqué. La lésion est d'ailleurs souvent liée à une coagulation d'un petit vaisseau adjacent au nerf plutôt qu'à une section complète du nerf. Ce nerf peut être aussi coagulé directement au moment d'une cautérisation pour hémostase. La récupération prend plusieurs semaines voire 2 à 3 mois. Si elle ne se produit pas, la paralysie frontale qui en résulte et l'abaissement du sourcil peuvent être corrigés par deux moyens :
– des injections de botox controlatérales pour paralyser le muscle frontal et symétriser les 2 côtés ;
– un lifting frontal endoscopique unilatéral, du côté où il n'y a pas la paralysie, pour symétriser les deux hémi-fronts.

>>> Une plaie de la branche zygomatico-faciale

La lèvre supérieure d'un côté ne se relève pas au moment du sourire : c'est une paralysie très préoccupante pour le patient. On peut tenter une symétrisation momentanée par des injections de botox dans le muscle zygomatique releveur de la lèvre controlatérale, pour éviter un effet

Face

Patiente 4

Avant lifting.

Les quantités de peau enlevées et le lipolift.

Après lifting : la patiente se plaint de la récidive – constante – des sillons nasogéniens. Le lifting biplan ne corrige pas de façon suffisante ces sillons, qu'il faut remplir !

de grimaces. Dans mon expérience, cette lésion nerveuse récupère dans la plupart des cas, ou est compensée dans les situations quotidiennes sans nécessité de ré-opération.

>>> Une plaie de la branche mandibulaire

La lèvre inférieure est tombante d'un côté et ne se soulève pas au moment du sourire : cette anomalie est très frappante, d'autant plus que la lèvre inférieure controlatérale a tendance à être attirée vers le côté hyperactif sain, d'où l'apparition d'une asymétrie et d'un visage grimaçant très gênant. Là encore, la récupération est de règle dans les 3 mois qui suivent l'opération, car la lésion est en général consécutive à une coagulation malencontreuse au niveau de la région para-mandibulaire ou au cours de la libération du bord postérieur du muscle peaucier. En cas de perception d'une non-récupération, il reste l'option de l'injection de botox dans la lèvre inférieure controlatérale, voire au pire la réduction d'un tiers de la lèvre paralysée pour retendre la lèvre inférieure et entraîner mécaniquement une meilleure apparence faciale.

>>> Une plaie du tronc du nerf facial

Il est très difficile d'imaginer, au cours d'un lifting, qu'il peut se produire une plaie profonde du tronc du nerf facial ou des branches intra-parotidiennes du nerf facial : cela serait une faute technique grave par méconnaissance anatomique. Il faut aussi éliminer une paralysie faciale *a frigore* qui aurait pu survenir en dehors de toute opération. Mais s'il existe une paralysie faciale séquellaire et de type tronculaire qui persiste pendant plus de 4 mois, un bilan électromyographique devient nécessaire. Il sera alors discuté d'une réintervention microchirurgicale afin d'explorer le nerf facial et de le réparer par suture directe ou greffe nerveuse, s'il avait été sectionné malencontreusement.

Parfois, l'existence de "tics" ou de spasmes vient témoigner d'une hyper-irritabilité locale par plaie tangentielle ou partielle d'un nerf facial qui n'en demandait pas tant. Des injections de botox ciblées pourront aider à la résolution du problème.

>>> Une plaie du nerf spinal

Les signes en sont une paralysie du trapèze du même côté : le patient ne peut soulever son épaule. Les rares cas de ce type de paralysie ont conduit à une réexploration chirurgicale qui a montré une section de la branche supérieure du nerf spinal dans la région cervicale basse. La section est survenue par une échappée du ciseau qui est allé sectionner la partie inférieure du muscle peaucier au cours des cervicoplasties contemporaines du lifting. L'intervention a permis à chaque fois de re-suturer les branches sectionnées du nerf spinal concerné, avec une récupération satisfaisante au niveau fonctionnel.

La faute à une fistule salivaire

Une fistule salivaire postopératoire n'est pas aussi rare qu'on veut bien le croire, j'en ai observé deux cas personnels. Il s'agissait de liftings cervico-faciaux biplans qui s'étaient déroulés sans aucun problème. Dans les suites postopératoires secondaires après un mois, une **tuméfaction molle considérable** est apparue dans la joue, indolore et augmentant après les repas. La ponction a révélé qu'il s'agissait de liquide clair de type salivaire, ce n'était pas une simple lymphorrée. Des injections locales de corticoïde retard après vidange du

Patiente 5

Avant lifting de trois quarts, notez le creux sous-malaire gauche.

Le résultat postopératoire après 6 semaines est décevant.

Les quantités de peau enlevée, dont le Smas sous-zygomatique fléché, qui sera utilisé pour combler la dépression sous-cutanée.

Le résultat à 6 mois montre une amélioration de la dépression, subtotale. La patiente a demandé un peu de *filler* (acide hyaluronique) en complément.

liquide salivaire ont entraîné en trois semaines la sédation de la sécrétion et la disparition des symptômes.

Certains auteurs ont aussi décrit l'utilisation de botox dans ce cas car ils incriminent une hypersécrétion parotidienne avec une mini-fistule d'un petit canal afférent au canal de Sténon. Il ne semble pas s'agir d'une plaie directe du canal de Sténon, qui est très profond et qui semble indemne dans l'immense majorité des cas.

La faute à une déformation des oreilles ou "oreilles de diable"

Après un lifting cervico-facial, la déformation en **oreilles de diable** consiste en des lobes qui sont trop distendus, attirés vers le bas et l'angle mandibulaire. Cette anomalie peut être observée dans de nombreux cas si l'on examine un large échantillonnage dans la population des patients opérés. Cette déformation provient du fait que la tension cutanée infligée aux tissus autour de l'oreille comporte un vecteur de tension vertical vers le bas trop important. Cette déformation est facilement réparable par une petite plastie en V-Y péri-lobulaire.

Mais le mieux est de prévenir l'apparition de cette déformation inesthétique par un bon respect du contour du lobule de l'oreille au cours de la suture et de fixer le lobule de l'oreille aux tissus parotidiens sous-jacents pour éviter l'attraction exagérée vers le bas du lobule de l'oreille.

La faute à une perte excessive de cheveux

L'apparition d'une zone glabre au-dessus de la tempe est caractéristique des opérations de lifting cervico-facial à composante temporal haute, où la rotation vers le haut des téguments de la face amène **une zone glabre** au-dessus de l'oreille. Plusieurs astuces de dessin permettent d'éviter cette zone, qui n'est pas toujours une source de récriminations chez les patientes mais qui peut devenir gênante pour certaines coiffures.

La correction de cette zone peut être effectuée par des plasties locales de cuir chevelu (technique d'E. Auclair), ou bien par des micro-greffes de cuir chevelu pratiquées à distance du lifting. Évidemment, le mieux est de respecter scrupuleusement la ligne pilaire antérieure tout en réalisant un vecteur très vertical d'ascension du visage dans la région pré-auriculaire. Mais cela n'est pas toujours aisé ni évident !

La faute à des douleurs intolérables

L'existence de douleur postopératoire après un lifting cervico-facial pourtant bien mené peut devenir un problème préoccupant. En tant que chirurgien, nous avons trop tendance à incriminer un problème psychologique plutôt que d'examiner très précisément la zone concernée à la recherche d'un névrome, consécutif à la section d'un petit filet nerveux sous-cutané du plexus cervical superficiel. Si l'on constate un névrome évident à la percussion très précise d'un petit nerf sous-cutané, on pourra d'abord proposer une anesthésie locale pour vérifier que c'est bien d'un petit névrome dont il s'agit. Dès lors, si cette manœuvre confirme l'existence d'un petit **névrome sous-cutané,** il ne servira à rien d'aller le réséquer car la récidive est obligatoire. Il faudra simplement l'enfouir en profondeur dans un tissu musculaire adjacent, car cet emplacement permettra, au moins pendant un certain temps, de substituer une sensation de tension à une sensation de douleur.

Évidemment, prescrire des traitements antalgiques n'a aucun intérêt dans ces

Face

cas où on a tendance à trop psychiatriser les patients qui présentent une intolérance pernicieuse à ces douleurs névromateuses profondes.

La faute à une détente précoce des tissus

La détérioration précoce d'un résultat de lifting constitue l'un des problèmes les plus difficiles à résoudre. Cette détérioration se produit entre 6 mois et 1 an au niveau de la bajoue et du cou, qui de nouveau réapparaissent distendus : ils se relâchent assez brutalement. Les patients sont conscients de la survenue de cette détérioration qui les angoisse et les déprime. Ils exigent une réparation.

La survenue de cette détente cutanée, voire une saillie des tissus profonds, peut correspondre à une fracture des fibres élastiques, consécutive à un choc émotionnel, ou bien une génétique défavorable au niveau du derme sous-cutané. Fumeurs et diabétiques sont les candidats habituels, ainsi que ceux qui se sont trop exposés au soleil.

Il ne faut pas hésiter à reconnaître qu'il s'est produit une **distension tissulaire** chez les patients qui l'ont remarqué. 5 % des patients sont dans cette catégorie, et cela concerne toutes les statistiques, quelle que soit la méthode de lifting qui a été employée. Un grand décollement sous-cutané ou biplan ne garantit pas un résultat très stable dans le temps, un mini-décollement ou un microlift ne prédisposent pas forcément à une distension précoce.

La reconnaissance de la distension cutanée conduit à envisager une réintervention. Celle-ci se fera au mieux après une année d'évolution du lifting afin d'éviter de réopérer en pleine période de fragilité des fibres élastiques. Ces reprises précoces (que l'on peut faire sous anesthésie locale) vont conduire à un excellent résultat et une bien meilleure stabilité dans le temps, stabilité qui va fidéliser les patients conscients que l'on s'est battu pour eux.

POINTS **FORTS**

- Les défauts usuels des liftings proviennent le plus souvent de petites erreurs techniques.
- Plutôt que de chercher la faute à qui, le patient doit privilégier la recherche de solutions avec son chirurgien opérateur.
- Les plaies nerveuses sont rares et réversibles dans la majorité des cas, et sans rapport forcé avec l'exploitation chirurgicale du Smas.
- La dégradation des résultats du lifting est plus en rapport avec l'état altéré des fibres élastiques du Smas et du derme que causé par une opération insuffisante.

La faute à un résultat trop tiré

C'est une remarque très fréquente que nous font les patientes : "*J'ai peur que, après mon lifting, j'ai l'air trop tirée avec les coins de la bouche qui partent trop vers l'arrière et un côté actrice américaine vieillissante totalement transformée.*"

Cette apparence désastreuse est liée à une erreur technique : en effet, le vecteur de rotation en niveau de la joue et de la bajoue doit être vertical (vers le haut, pratiquement parallèle au grand axe de l'oreille). **La direction de tension du Smas sous-jacent est une rotation en haut et en dedans avec pratiquement aucune tension vers l'arrière.** C'est pourquoi je ne réserve pas de bande de Smas pré-auriculaire (contrairement à la smassectomie de D. Baker) et que je pousse l'incision du Smas sous-zygomatique loin en avant, vers la proéminence malaire, jusqu'à atteindre le bord postérieur du muscle grand zygomatique dont on aperçoit les faisceaux qui filent vers l'avant.

En utilisant cette technique, on ne provoque aucune déformation de la bouche vers l'arrière mais, au contraire, on remonte la loge graisseuse zygomatique au niveau de sa partie distale. Cette loge graisseuse en forme de piment redevient horizontale et souligne la pommette.

Il est donc tout à fait fondamental de bien comprendre ces différences de vecteurs à utiliser. Je suis resté fidèle à ce vecteur vertical depuis les années 1980 et j'ai vu avec bonheur d'autres chirurgiens, dont Alain Bonnefon, s'y ranger également dans les années 1990-2000.

Conclusion

Il n'est pas simple de gérer les patientes qui vont subir un lifting, ni avant ni après l'opération. Cette opération, aux implications psychologiques très importantes, est l'une des opérations les plus complexes, les plus sophistiqués et les plus valorisantes que le chirurgien esthétique peut être amené à accomplir. Depuis les années 1900, qui ont vu la naissance des liftings en Allemagne (J. Joseph) et aux États-Unis (A. Miller), nous avons fait une longue route. Mais il n'en demeure pas moins que l'importance du "fait chirurgical lifting biplan" trop impressionnant, trop grave par rapport à ses suites, a conduit les médecins esthétiques à imaginer des opérations

moins traumatisantes et beaucoup plus simples, tels les fils tenseurs initiés par Sulamanidze en 2001.

Les complications énumérées dans cet article ne sont ni obligatoires ni constantes. Elles constituent néanmoins une entrave à la joie de se faire opérer pour celui ou celle qui souhaite un rajeunissement facial efficace. Il faut particulièrement **développer l'information des patients en préopératoire** en parlant de la qualité des résultats obtenus mais également des soucis postopératoires, qui sont gérables et qu'il faut envisager avec une forme de sérénité : le patient sera toujours accompagné de nos soins vigilants !

C'est pour que cette équation (à multiples inconnues) que représente le lifting devienne plus facile à résoudre que **j'ai imaginé le microlift,** qui n'a pas vocation à concurrencer le grand lifting cervico-facial aux résultats spectaculaires, mais qui implique une durée de récupération prolongée en postopératoire. Le microlift a par contre l'avantage de pouvoir être effectué en ambulatoire et comporte moins de soucis sérieux en postopératoire.

Toutefois, il y aura toujours une place privilégiée pour les grands liftings cervico-faciaux biplan avec une tension effectuée selon des vecteurs non superposables au niveau de la peau et du Smas : c'est vraiment **une opération maximaliste,** aux résultats époustouflants et dont la durabilité moyenne est de 10 à 15 ans… Le grand lifting cervico-facial est l'opération royale par excellence du rajeunissement facial.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Fedok FG. The avoidance and management of complications, and revision surgery of the lower face and neck. *Clin Plast Surg*, 2018;45:623-634.
- Floyd EM, Sukato DC, Perkins SW. Advances in face-lift techniques, 2013-2018: a systematic review. *JAMA Facial Plast Surg*, 2019 [Epub ahead of print].
- Bloom JD, Immerman SB, Rosenberg DB. Face-lift complications. *Facial Plast Surg*, 2012; 28:260-272.
- Matarasso A, Elkwood A, Rankin M *et al.* National plastic surgery survey: face lift techniques and complications. *Plast Reconstr Surg*, 2000;106:1185-1195.
- 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.
- Mitz V. [The biplane microlift. Principles, technic, results]. *Ann Chir Plast Esthet*, 2018;63:262-269.
- Rohrich RJ, Stuzin JM, Ramanadham S *et al.* The Modern male rhytidectomy: lessons learned. *Plast Reconstr Surg*, 2017;139:295-307.
- Derby BM, Codner MA. Evidence-based medicine: face lift. *Plast Reconstr Surg*, 2017;139:151e-167e.
- Maricevich MA, Adair MJ, Maricevich RL *et al.* Facelift complications related to median and peak blood pressure evaluation. *Aesthetic Plast Surg*, 2014; 38: 641-647.
- Mitz V. [Fasciitis following face lift]. *Ann Chir Plast Esthet*, 1997;42:603-607; discussion 608.
- Mitz V. The superficial musculoaponeurotic system: a clinical evaluation after 15 years of experience. *Facial Plast Surg*, 1992;8:11-17.
- Mitz V. Current face lifting procedure: an attempt at evaluation. *Ann Plast Surg*, 1986;17:184-193.

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