

■ Face

Revisiter le lifting labial supérieur

RÉSUMÉ : Le lifting de la lèvre supérieure est une intervention ancienne qui connaît un regain d'activité car lui seul peut apporter un résultat permanent sur l'allongement de la lèvre naturellement observé au cours du vieillissement, au prix une cicatrice discrète.

La technique traditionnelle consiste en une résection sous-narinaire continue d'une aile à l'autre, mais nous préférons éviter la résection sous-columellaire chaque fois que possible. La résection cutanée ou graisseuse doit être d'emblée généreuse, elle peut être conservée après désépidermisation sur un pivot vasculaire interne pour confectionner un lambeau de restauration philtrale "en moustache". L'intervention est facile sous anesthésie locale mais elle n'agit pas sur les ridules verticales qui doivent être traitées séparément par un resurfacing. Si la lèvre est naturellement très mince, la résection se portera sur la jonction cutanéomuqueuse.

La seule complication de cette intervention tient à la qualité de la cicatrice finale et son indication doit donc être mesurée chez les sujets très jeunes.



B. MOLE
Chirurgien plasticien, PARIS.

Les interventions de correction du vieillissement à l'aide d'excisions directes, très en vogue dans les années 1970, semblent avoir été de moins en moins à la page au fur et à mesure que progressaient les assistances médicales efficaces comme les peelings, les fillers et la toxine botulique. Néanmoins, alors que tous ces procédés continuent à occuper une place de plus en plus importante dans le contrôle du vieillissement, un certain nombre d'interventions par excision directe font l'objet d'un regain d'intérêt récent [1] alors que leurs auteurs – chirurgiens confirmés – maîtrisent parfaitement toutes les alternatives supposées éliminer les approches dites agressives (lifting des sourcils, cervicoplasties sous-mentales et lifting labial).

■ Pourquoi ce regain d'intérêt ?

L'intérêt d'une approche directe de séquelles du vieillissement est évident : plus on se trouve près de la zone à corriger, plus efficace est la correction, bien meilleure est sa durée. Cette approche

très ciblée peut parfaitement se faire sous anesthésie locale pure, élément souvent rassurant pour beaucoup de patients à la recherche d'un acte dit "léger".

Même si certains procédés médicaux montrent une certaine efficacité, leur répétition peut lasser les patients. La rançon cicatricielle peut se discuter surtout chez les sujets jeunes, mais elle est souvent facile à masquer même en l'absence de tout camouflage (nous pratiquons régulièrement des liftings directs du sourcil chez l'homme sans avoir eu jusque-là à souffrir de reproches quant à la cicatrice finale...). Au niveau de la lèvre supérieure, cette rançon cicatricielle est équivalente à la résection alaire régulièrement proposée dans les rhinoplasties des nez à base large chez des sujets souvent très jeunes : pourquoi devrait-elle être redoutée par des patients d'âge mûr ?

Enfin, cette excision directe dans sa version basse reste la seule possibilité de corriger définitivement une lèvre morphologiquement mince.

Face

Quelques considérations dans l'approche du lifting labial

1. Bien examiner la lèvre

Il n'y a pas à notre sens de lèvre "idéale" et les canons proposés dans la littérature [2, 3] restent des constructions très théoriques, d'autant que la majorité des candidats ne se présente pas en clamant "je déteste ma lèvre", même si certains défauts morphologiques méritent amplement une correction au même titre qu'un nez très dévié ou que des oreilles décollées. Si l'examen (clinique et photographique !) de face est indispensable – c'est ainsi que se voit le patient –, c'est souvent le profil qui apporte des compléments d'informations importants pour la décision : tout chevauchement ou rétrusion des lèvres invite à inspecter soigneusement l'articulé, c'est en général lui qui est en cause (rétro- ou prognathie, malpositions dentaires) :

– soit le patient l'ignore et c'est l'occasion, en cas d'incompétence dans ce domaine, de le confier pour avis à un chirurgien maxillo-facial ou un orthodontiste ;

– soit le patient en a conscience mais, après consultation d'un spécialiste, a reculé devant les propositions de correction : les tentatives de masquer ces dysmorphies par des procédés locaux associant des gestes chirurgicaux très limités et des corrections médicales ne doivent pas être négligées, tout en soulignant leur efficacité parfois très relative.

Organes mobiles par excellence, les lèvres doivent être examinées au repos, à la mimique et en mouvement. Un petit plan vidéo est facile à faire de nos jours, il servira notamment à débusquer les asymétries d'expression si fréquente et qui ne sont pas toujours perçues par les patients (d'autant que ceux-ci vont se regarder de façon beaucoup plus minutieuse après l'acte). Il faut prêter attention à la manière dont le rouge à lèvres est utilisé : uniquement sur la lèvre rouge, filant parfois sur le versant cutané par les rides péri-buccales ou débordant plus ou

moins largement de la muqueuse sèche, indiquant déjà spontanément comment la candidate s'apprécierait mieux...

2. Rappel de quelques caractéristiques anatomiques de la région

Un seul muscle sphinctérien, l'orbiculaire, d'une puissance exceptionnelle, lutte contre une douzaine de muscles dilateurs répartis sur son pourtour, capables de moduler avec une finesse inégalable l'expressivité, contrôler l'élocution et l'absence de fuites alimentaires ou salivaires. Les actes chirurgicaux esthétiques ne doivent en aucun cas affecter leur mobilité. Toutefois, la toxine botulique permet aujourd'hui une modulation complémentaire qu'il ne faut pas négliger.

La fonction de l'orbiculaire sur une peau mince et fragilisée (soleil, tabac, déficit hormonal) entraîne un mouvement en accordéon à l'origine des rides verticales du code-barres qui chagrinent tellement de femmes, parfois même bien avant la ménopause (l'homme semble beaucoup plus protégé dans ce domaine, sans doute grâce à l'existence d'un système pileux plus résistant à la plicature). L'atrophie aidant, des rides horizontales sous-cumellaires peuvent apparaître sous l'action des élévateurs de la lèvre supérieure.

Le repli nasogénien diminue l'éclairage de la lèvre et doit être considéré indépendamment pour améliorer la situation.

La muqueuse reste précieuse et doit être en général respectée, même si de nombreuses plasties ont été décrites afin d'obtenir une certaine protrusion labiale avant la venue des fillers.

La graisse est peu abondante, sous forme d'une couche pré- et rétromusculaire qui va s'amenuisant pour disparaître presque complètement au niveau de la lèvre rouge, entre la jonction du vermillon et la limite avec la lèvre humide, expliquant la difficulté de corriger de manière parfaite les rides permanentes à

l'aide de fillers [4]. En tout état de cause, ceux-ci doivent être choisis de faible ou moyenne concentration et viscosité afin d'éviter le risque de bourrelets disgracieux pouvant persister plusieurs mois.

Comme on le sait, la graisse est une éponge vasculaire bien abondée par les 2 systèmes carotidiens selon une répartition d'une extraordinaire variabilité d'un sujet à l'autre et d'un côté à l'autre [5]. Cette distribution délimite l'existence de compartiments graisseux également très variables, cependant bien mis en évidence par des injections colorées sélectives [4]. Cela explique la sécurité de la chirurgie dans cette localisation qui peut permettre certaines audaces comme le lambeau "en moustache" de restauration philtrale que nous décrivons plus loin.

Technique des liftings de la lèvre supérieure

Selon l'indication, on distinguera le lifting labial supérieur du lifting inférieur.

1. Le lifting labial supérieur

C'est le plus couramment pratiqué : il vise à corriger l'allongement apparent réel ou ressenti de la lèvre supérieure. Cet allongement est inéluctable mais souvent aggravé par le recul maxillaire. Ce dernier point est à souligner aux patients et il pourrait être compensé après l'intervention par une discrète injection muqueuse d'acide hyaluronique en appui dentaire. Il n'y a actuellement aucune autre alternative à cet allongement qu'un raccourcissement péri-narinaire, intervention simple, quasiment sans risque et d'une efficacité absolue comme l'a brillamment rappelé Bernard Cornette de Saint-Cyr [6].

La technique la plus répandue consiste en une résection cutanée pure joignant les 2 narines en "cornes de taureau" (*bullhorn* des Anglo-Saxons) [7-9], dont nous nous différencions cependant

par un point important : l'absence de franchissement de la zone sous-columellaire.

Latéralement, la technique que nous préconisons emprunte le même dessin, remontant plus ou moins haut le long des narines (**fig. 1A**). À la partie médiane de l'orifice narinaire, cette résection débordé aussi largement que possible à l'intérieur du seuil narinaire et vient se terminer à la base de la columelle sans la traverser. En effet, nous évitons si possible la cicatrice sous-columellaire traditionnelle qui vient réunir 2 peaux de qualité extrêmement différente et peut donc laisser une marque définitive assez nette, d'autant que le sujet est grand et qu'il offre ainsi une vue plus dégagée de son espace sous-narinaire (**fig. 2**). Il en est de même chez les patients dont l'angle labio-columellaire est très ouvert et l'orifice narinaire particulièrement visible. L'intrusion de la résection à l'intérieur de la narine permet le plus souvent un soulèvement harmonieux

de la lèvre rouge et ce n'est que dans le cas d'un bec labial médian particulièrement saillant ou abaissé que nous reprendrions le schéma initial traditionnel.

Cette résection cutanée doit être d'emblée particulièrement généreuse car, contrairement à d'autres zones du visage (paupières inférieures), l'excès de résection est moins à redouter que son insuffisance. L'hémostase reste souvent limitée à l'artère marginale alaire qui vient presque constamment se terminer à l'angle externe de la narine. Nous ne pratiquons aucun décollement afin d'obtenir une remontée en bloc de la lèvre supérieure. La fermeture se fait en 2 plans en évitant en profondeur les fils tressés ou agressifs dans cette région riche en follicules pilo-sébacés. La fermeture cutanée se fait préférentiellement à l'aide d'un nylon fin (5/0) avec un maximum de points en U qui évitent l'aspect de micro-bridges souvent entraîné par les points simples. Ils sont enlevés au 7^e jour (**fig. 1 et 3**).

Dans les cas où le patient présente un effacement net du philtrum, nous proposons un lambeau "en moustache" [10] de compensation suivant la technique suivante : la résection cutanée suivant le même schéma est précédée par une désépidermisation de toute la surface, puis un soulèvement complet de l'élément dermograisieux ainsi isolé qui s'arrêtera à quelques millimètres de l'implantation de la columelle. Une discision de cette base permettra le respect suffisant d'artérioles issues d'une branche presque constante de l'artère labiale supérieure – l'artère philtrale ascendante – qui monte vers la base de la columelle et échange tout un réseau de connections avec son homologue et l'artère septale nasale. À l'aide de ciseaux fins, un tunnel est aménagé de chaque côté le long des crêtes philtrales jusqu'à la lèvre rouge. Le lambeau dermique ainsi isolé est régularisé dans sa largeur puis glissé à l'aide d'un fil tracteur passé dans son extrémité dans le tunnel correspondant. Le fil tracteur est noué sans bourdonnet sur la lèvre



Fig. 1A : Notre dessin du lifting labial supérieur suivant l'implantation columellaire. **B et C :** résultat.



Fig. 2 : Cicatrice traditionnelle en cornes de taureau : affrontement de 2 peaux de qualité différente, risque de visibilité cicatricielle permanente surtout en cas de narines larges et d'angle labio-nasal très ouvert [9].



Fig. 3 : Résultat de la technique à 1 an chez une femme de 72 ans à l'atrophie particulièrement marquée. Aucune influence sur les ridules (elle a depuis bénéficié d'un resurfacing plasma). L'enroulement interne très net de la lèvre inférieure pourrait être corrigé par une injection postérieure en appui dentaire ou une résection directe le long du bord rouge.

Face



Fig. 4A et B : Résultat d'une technique avec lambeau "en moustache" et petit resurfacing (insuffisant du côté gauche). **C :** On notera l'absence complète de cicatrice visible sur le résultat à 1 an.

rouge pour quelques jours. Un amarrage complémentaire profond de la base du lambeau de la columelle le maintiendra en bonne position, puis la lèvre est refermée selon les principes décrits ci-dessus.

On applique une bonne épaisseur de pommade antibiotique quelconque ou de simple vaseline afin d'éviter au maximum les croûtes qui peuvent s'accumuler sur la cicatrice pendant les premières 48 heures. Le pansement est inutile. Le patient est encouragé à se laver tout à fait normalement le visage dès le lendemain et à doucher la région directement ou à l'aide d'un brumisateur. Les mouvements intempestifs de la lèvre (bâillements, brossage des dents) seront contrôlés jusqu'à l'ablation des fils. La cicatrice s'efface en règle en moins de 3 mois (**fig. 4**).

2. Le lifting labial inférieur

Il report l'excision le long de la ligne cutanéomuqueuse de la lèvre supérieure [11] : il s'agit à notre sens de l'unique procédé capable de remédier à une lèvre trop fine, qu'elle soit congénitale ou acquise. En effet, il est illusoire de vouloir recourir à des injections de fillers dans l'espoir de développer une zone muqueuse déficiente, sinon au risque d'aboutir à ces lèvres "en saucisse" qui font tant de mal à notre pratique. Même si une lèvre fine requiert davantage de pulpe, il s'agit là d'un geste complémentaire qui n'interviendra qu'après la réhabilitation d'un arc de Cupidon harmonieux.

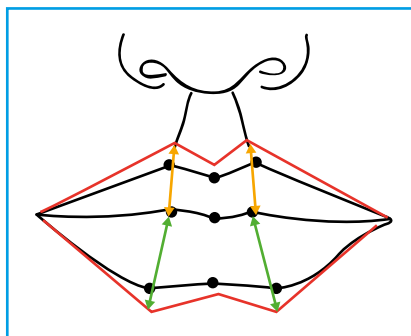


Fig. 5 : Dessin de la technique de résection directe en cas de lèvre mince : remarquer la légère convergence de l'excision en haut et sa divergence en bas, ainsi que sa diminution de largeur dans la partie médiane (d'après [11]).

Le dessin est ici particulièrement important (**fig. 5**) avec marquage de la jonction cutanéomuqueuse, puis tracé de l'excision qui doit être franche comme dans la technique précédente (prévoir une largeur de résection comprise entre 3 et 5 mm). Les sommets de l'arc de Cupidon correspondent à la naissance des crêtes philtrales et doivent se trouver à l'exacte

verticale des sommets de la lèvre native afin de respecter les caractères propres de celle-ci (si la même intervention est programmée sur la lèvre inférieure, les sommets correspondants seront légèrement divergents). Latéralement, cette excision ne rejoint jamais la commissure mais s'arrête à 3-5 mm d'elle. Sa hauteur à l'aplomb du tubercule labial médian doit être plus modeste qu'au niveau des crêtes philtrales. L'excision est cutanée pure, il n'y a pas de décollement et la fermeture se fait également en 2 plans à points séparés ou par un petit surjet de nylon 6/0 enlevé au 7^e-8^e jour. La cicatrice est facilement cachée par le débord du rouge à lèvres pendant les quelques semaines nécessaires à sa disparition (**fig. 6**).

■ Discussion

Cette intervention ne comporte aucun aléa vasculaire et nous l'avons plusieurs fois pratiquée sans problème sur



Fig. 6 : Lifting labial supérieur par résection inférieure, la cicatrice est facilement masquée par le maquillage le temps nécessaire.

des patientes ayant déjà bénéficié d'une résection alaire au cours d'une rhinoplastie. Elle reste dans tous les cas de figure d'une efficacité incontournable et quasi définitive. Son influence sur les ridules permanentes reste toutefois limitée et celles-ci doivent donc bénéficier d'un resurfacing complémentaire par abrasion mécanique, laser ou plasma. Ce geste peut être pratiqué concomitamment, avec évidemment le risque d'alourdir les suites par un œdème, un suintement, une décoloration ou la pigmentation.

La désunion partielle ou complète de la cicatrice est dans l'immense majorité des cas consécutives à une surinfection, très rarement à un excès de résection. On sera particulièrement vigilant durant la période hivernale ou printanière à la survenue de rhinites chroniques susceptibles de compliquer tous les gestes dans ce carrefour particulièrement riche en micro-organismes potentiellement agressifs. C'est pourquoi nous insistons sur les soins d'hygiène locaux avec élimination soigneuse des croûtes et application d'une pommade antibiotique, dont la première vertu est de faire écran à l'écoulement muqueux. L'antibiothérapie systématique est affaire de conviction personnelle et nous ne la pratiquons pas sauf risque particulier.

Le risque essentiel est évidemment attaché à la cicatrice dont la qualité reste toujours incertaine même si, dans la très grande majorité des cas, elle est ici d'une discrétion quasi parfaite. On se méfiera classiquement des peaux très pigmentées et le patient sera soigneusement averti de l'urgence d'une consultation devant une tendance hypertrophique qui peut apparaître à partir de la 3^e semaine, d'autant plus si le sujet est jeune.

Un résultat insuffisant n'est pas une complication à proprement parler mais la conséquence d'un excès de prudence dans la résection initiale, qu'il est parfaitement possible de reprendre suivant le même schéma.

POINTS FORTS

- Le lifting de la lèvre supérieure est une intervention bien codifiée, très sécurisée et d'une efficacité inégalable en cas d'allongement congénital ou acquis de la lèvre.
- Son résultat peut être considéré comme définitif.
- Il demande une résection cutanée péri-narinaire généreuse d'emblée.
- Il n'agit pas ou peu sur les ridules consécutives à l'action de l'orbiculaire qui devront être prises en charge par un resurfacing complémentaire.
- Il n'apporte pas à lui seul une augmentation du volume, qui est cependant facile à compenser par les techniques médicales.
- Sa seule inconnue est la rançon cicatricielle, généralement très discrète.

Conclusion

La place du lifting labial dans la prise en charge du déficit morphologique ou du vieillissement des lèvres doit rester présente dans l'arsenal décisionnel des chirurgiens plasticiens : c'est leur privilège de pouvoir offrir à leurs patients une technique bien codifiée, efficace, sans risque vasculaire, qui leur évitera le recours à des techniques médicales répétitives et souvent insuffisantes dans beaucoup de situations. Une fois les fondations restaurées, celles-ci pourront intervenir d'une manière beaucoup plus efficace. Pourquoi s'en priver ?

BIBLIOGRAPHIE

1. WESTON GW, POINDEXTER BD, SIGAL RK *et al.* Lifting lips: 28 years of experience using the direct excision approach to rejuvenating the aging mouth. *Aesthet Surg J*, 2009;29:83-86.
2. KANE MA, LORENC ZP, LIN X *et al.* Validation of a lip fullness scale for assessment of lip augmentation [published correction appears in *Plast Reconstr Surg*, 2012;130:262]. *Plast Reconstr Surg*, 2012;129:822e-828e.

3. FARKAS LG, KOLAR J. Anthropometrics and art in the aesthetics of women's faces. *Clin Plast Surg*, 1987;14:599-616.
4. INGALLINA F. *Facial Anatomy & Volumizing Injections. Vol II. Lower face. Part III.* Santocono Editore, in press.
5. COTOFANA S, PRETTERKLIEBER B, LUCIUS E *et al.* Distribution pattern of the superior and inferior labial arteries: impact for safe upper and lower lip augmentation procedures. *Plast Reconstr Surg*, 2017;139:1075-1082.
6. CORNETTE DE SAINT-CYR B, PREVOST H. Lifting de la lèvre supérieure. *Ann Chir Plast Esth*, 2017;62:482-487.
7. SPIEGEL JH. The modified bullhorn approach for the lip-lift. *JAMA Facial Plast Surg*, 2019;21:69-70.
8. FELMAN G. Direct upper-lip lifting: a safe procedure. *Aesthetic Plast Surg*, 1993;17:291-295.
9. RAPHAEL P, HARRIS R, HARRIS S. The endonasal lip lift: personal technique. *Aesthet Surg J*, 2014;34:457-468.
10. MOLE B. Lifting de lèvre et restauration philtrale par le lambeau en moustache. *Ann Chir Plast Esth*, 2020;65:100-105.
11. YOSKOVITCH A, FANOUS N. Correction of thin lips: a 17-year follow-up of the original technique. *Plast Reconstr Surg*, 2003;112:670-675.

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