

Comblement temporal à l'acide hyaluronique

RÉSUMÉ : L'injection des tempes apporte une harmonie dans le rajeunissement du regard, elle est extrêmement gratifiante.

Ce comblement se pratique soit en injectant des bolus d'acide hyaluronique perpendiculairement à la peau, profondément, au contact de l'os temporal; soit superficiellement, sous la peau, par nappage d'acide hyaluronique à l'aide d'une canule mousse.

Le comblement de la région temporale est un geste technique simple, mais nécessite de bonnes bases anatomiques.



→ M. DAVID
Dermatologue, METZ.

La région temporale est une unité esthétique à part entière, son vieillissement se traduit par une fonte graisseuse et musculaire avec apparition du cadre osseux. Si une tempe creuse évoque la vieillesse, elle évoque aussi la maladie, la dénutrition; cette image, son ombre, sont négatives et doivent être corrigées.

Cette région est encore trop rarement injectée, probablement par une mauvaise analyse du vieillissement du tiers supérieur du visage, mais peut-être aussi par crainte d'injecter une région réputée à risque sur le plan vasculonerveux.

Rappels anatomiques [1-3]

La région temporale est limitée en haut par la crête temporale de l'os frontal, en avant par le rebord orbitaire externe, en arrière par le cuir chevelu sus-auriculaire, et en bas par l'arcade zygomatique. Les éléments de cette région sont :

- le muscle temporal principalement vascularisé par les artères temporales profondes à la partie profonde et antérieure du muscle;
- le fascia temporal superficiel qui contient dans sa partie postérieure pré-

auriculaire l'artère temporale superficielle et ses branches (antérieures frontale et postérieure pariétale);

- le rameau temporal du nerf facial passe également dans ce plan. Il croise l'arcade zygomatique à environ 3 cm de la racine de l'hélix et se dirige vers le muscle frontal obliquement vers l'avant;
- le fascia temporal profond qui correspond à l'aponévrose du muscle temporal;
- le compartiment graisseux jugal latéro-temporal qui s'étend vers le bas par dessus l'arcade zygomatique vers la région prétragienne.

Pas à pas [4-7]

Il existe deux techniques d'injection d'acide hyaluronique (AH):

- l'injection superficielle au dessus de l'aponévrose temporale;
- l'injection profonde au contact osseux.

Ces deux techniques ont leurs avantages et leurs inconvénients et donc leurs défenseurs respectifs.

Dans tous les cas, il reste essentiel :

- de repérer les vaisseaux temporaux superficiels. Leur visualisation et leur

palpation sont facilitées en faisant pencher la tête du patient en avant pendant deux minutes ;

- de désinfecter correctement la peau et de respecter les mesures d'asepsie habituelles pour toute injection.

La mise en place d'un bandeau est conseillée afin d'éviter le contact des cheveux sur les aiguilles ou canules.

1. L'injection superficielle

Il s'agit d'un nappage superficiel de toute la région à l'aide d'une canule mousse. Elle se fait au-dessus de l'aponévrose temporale.

>>> Intérêts

- Technique sécurisante par l'utilisation d'une canule, elle limite le risque de lésion vasculonerveuse.
- Technique économique, peu consommatrice de gel : de 0,5 à 1 cm³ d'AH par tempe.

>>> Inconvénients

- Opération chronophage et délicate, il faut répartir le produit de manière harmonieuse afin d'éviter des irrégularités de surface.
- A éviter sur des peaux très fines où les irrégularités seront plus visibles.

>>> Le plan d'injection

Le plan d'injection est sous la peau, au-dessus ou dans le fascia temporal superficiel, là où passent artères et rameaux nerveux. Le dépôt d'AH se substituera à la graisse qui a disparu. Un autre plan d'injection peut être trouvé, plus profond, au contact de l'aponévrose, il apporte moins d'irrégularités.

>>> Le produit injecté

Si on injecte très superficiellement, on choisira un AH de faible cohésivité pour éviter les irrégularités et favoriser l'étalement du gel par un massage. Un AH moyennement cohésif peut être utilisé si la peau n'est pas trop fine ou si l'on injecte au contact aponévrotique.



FIG. 1: Prétrou à l'aiguille de 23 G.



FIG. 2, 3 ET 4: Points d'entrée possibles.

>>> L'injection

Un point d'anesthésie peut être réalisé au niveau du ou des points d'entrée de la canule. Un prétrou est réalisé à l'aiguille de 23 G pour une canule de 25 G (fig. 1). Un calibre de canule de 25 G est un bon compromis, car une

canule plus fine se rapproche dangereusement d'une aiguille.

Plusieurs points d'entrée sont possibles : en général trois, à chaque extrémité de la région temporale (fig. 2, 3 et 4).

La multiplicité des points d'entrée est parfois rendue nécessaire pour permettre une répartition homogène du produit. La pénétration se fait en éventail en glissant doucement la canule afin d'éviter tout traumatisme vasculaire ou nerveux. L'injection est linéaire, rétrograde, mais parfois, du fait d'adhérences, une injection antérograde peut être réalisée pour favoriser le passage de la canule, ou avec dépôt d'un petit bolus (fig. 5).

L'injection terminée, un massage est nécessaire pour une bonne répartition du produit (fig. 6)



FIG. 5: Dépôt d'un bolus.



FIG. 6: Massage pour une répartition homogène.

>>> **Les suites**

Parfois, il se forme un petit hématome au niveau d'un prétrou à l'aiguille. Les veines superficielles de la région sont volontiers turgescents et donc anormalement visibles par gêne au retour veineux pendant 24 heures. Le patient doit en être prévenu.

2. L'injection profonde

Il s'agit d'une injection profonde à l'aiguille par dépôts ou bolus au contact osseux qui va soulever en masse la région.

>>> **Intérêt**

Elle est facile, rapide, avec un résultat d'emblée harmonieux. Elle est bien adaptée aux peaux très fines.

>>> **Inconvénients**

Elle est consommatrice de produit : 1 à 2 cm³ par tempe sont souvent nécessaires. Il y a davantage de risques de lésions vasculaires avec l'utilisation d'une aiguille.

>>> **Le plan d'injection**

Le but est de déposer l'AH à la face profonde du muscle temporal, au contact du périoste.

>>> **Le produit injecté**

Un AH moyennement fort ou hautement cohésif est utilisé. L'avantage est de trouver actuellement des produits de ce type que l'on peut injecter avec des aiguilles de 27 G, voire 29 G, ce qui limite le traumatisme.

>>> **L'injection**

Le point de pénétration choisi est le point de dépression maximum (fig. 7), l'aiguille est introduite perpendiculairement à la peau jusqu'au contact osseux (fig. 8). 2 à 3 points d'injection sont parfois nécessaires. Un léger massage peut être réalisé.

>>> **Les suites**

Les veines superficielles sont là aussi turgescents pendant 24 heures (fig. 9).

POINTS FORTS

- ↳ Deux techniques d'injection : profonde, à l'aiguille, au contact osseux, et superficielle, à la canule, au-dessus de l'aponévrose temporale.
- ↳ Les lésions vasculaires de l'artère temporale superficielle et de ses branches constituent le principal danger des injections temporales.
- ↳ Le risque de lésion nerveuse est plus théorique.



FIG. 7 : Injection perpendiculaire à la peau après repérage des vaisseaux.

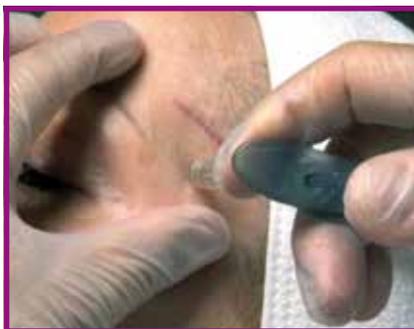


FIG. 8 : Injection au contact osseux.

Dans les jours qui suivent, des petites douleurs peuvent survenir lors de la mastication.

>>> **Les effets secondaires :**

La blessure d'une veine temporale superficielle se gère par une simple compression d'une minute. Les blessures artérielles sont possibles (artère zygomatiko-temporale, branche antérieure de l'artère temporale superficielle, artère temporales moyennes ou profonde).



FIG. 9 : Aspect avant et immédiatement après injection avec turgescence des veines.

Une compression de 10 minutes est alors nécessaire. Eviter l'injection intravasculaire qui doit être prévenue en repérant les vaisseaux, en réduisant le nombre d'injections à l'aiguille, en aspirant légèrement avant d'injecter, en injectant doucement et en étant bien au contact osseux. A noter que l'artère zygomatiko-

temporale fait partie du réseau de la carotide interne, une embolisation rétrograde de l'artère ophtalmique est donc théoriquement possible.

Conclusion

Le comblement des tempes participe de manière importante au rajeunissement du tiers supérieur du visage (**fig. 10**), le regard paraîtra plus doux (**fig. 11**), le sourcil sera repositionné. L'association avec la toxine botulique donnera un résultat particulièrement naturel (**fig. 12**). Les effets d'un traitement du regard par la toxine en seront prolongés.

Bibliographie

1. NORTON NS, NETTER FH *et al.* Précis d'anatomie clinique de la tête et du cou. Masson, Paris 2009.
2. SECKEL BR *et al.* Facial Danger Zones. Quality Medical Publishing, Inc. St Louis, Missouri 2010.
3. ROHRICH RJ, PESSA JE. The fat compartments of the face: Anatomie and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*, 2007; 119: 2219-2227.
4. ANDRE P, AZIB N, BERROS P *et al.* Anatomie et injections volumatrices. E2E Medical Publishing/Master collection 2. Paris 2011.
5. REDAELLI A, BRACCINI F. Facial aging, Medical, surgical and odontostomatological solutions for mid and inferior part of the face. Officina Editoriale Oltrarno S.r.l. - Firenze 2012.
6. KESTEMONT P. Formation aux injections à la canule et à l'aiguille. DVD Glytone. Pierre Fabre Dermatologie 2011.
7. RASPALDO H. Temporal rejuvenation with fillers: global faceculpture approach. *Dermatol Surg*, 2012; 38: 261-265.

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



FIG. 10 : 1 mois après injection de 1,5 mL d'AH fortement cohésif.



FIG. 11 : 1 mois après injection de 1 mL d'AH moyennement cohésif.



FIG. 12 : Traitement combiné : toxine et injection des tempes. Résultat à 2 mois.