

Chirurgie plastique esthétique de la face et du cou

Volume 2

Chez le même éditeur

Du même auteur :

Chirurgie plastique réparatrice de la face et du cou – Volume 1, 2011, 378 pages.

Chirurgie cutanée réparatrice de la face et du cou, collection ORL et chirurgie cervicofaciale, 210 pages.

Dans la collection Techniques chirurgicales :

Chirurgie plastique du sein, Oncologie, reconstruction et esthétique, J.-P. Chavoin, 2012.

Chirurgie plastique et esthétique, Techniques de base, J.-P. Chavoin, 2009, 280 pages.

Chirurgie plastique et reconstructrice des parois et des confins, J.-P. Chavoin, 2009, 272 pages.

Rhinoplastie, voie d'abord externe, G. Aiach, O. Gerbault, L. Gomulinski, 2008, 200 pages.

Chirurgie cervico-faciale, P. Beutter, L. Laccoureye, E. Lescanne, S. Morinière, 2008, 200 pages.

Chirurgie palpébrale, J.-P. Adenis, 2007, 208 pages.

Techniques chirurgicales
Chirurgie plastique et esthétique

Chirurgie plastique esthétique de la face et du cou

Volume 2

Sous la direction de Jean-Pierre Bessède

Avec la collaboration de :

E. Baggio, P. Boudard, I. Catoni, J.-B. Charrier, J. Château, F. Disant, S. Dufau-Perry,
J. Huth, P. Kestemont, T. Malet, J. Michel, F. Perrone, J.-J. Pessey,
S. Poignonec, R. Polselli, T. Radulesco, J.-M. Ruban, Y. Saban, J. Santini,
D. Stoll, J.-M. Thomassin, F. Turner, D. Vertu-Ciolino, C. Winter

Publié sous l'égide de :



Illustrations de :

Cyrille Martinet





Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-71190-9

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Liste des collaborateurs

Éric Baggio, oculoplasticien, ancien assistant des hôpitaux de Lyon, chef de clinique des Universités, Centre ophtalmologique Kleber, Lyon.

Jean-Pierre Bessède, professeur des universités, service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, CHU Dupuytren, Limoges.

Philippe Boudard, chirurgie ORL et cervicofaciale, Clinique Saint-Augustin, Bordeaux.

Isabelle Catoni, dermatologue, Paris.

Jean-Baptiste Charrier, professeur des universités, département de chirurgie cervico-maxillo-faciale, Pôle Neurosciences Tête et Cou, CHU de Bicêtre, AP–HP, Université Paris Sud-11, Paris.

Joseph Château, interne des hôpitaux, hôpital Édouard-Herriot, Lyon.

François Disant, professeur des universités, service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital Édouard-Herriot, Lyon.

Sarah Dufau-Perry, chirurgien-dentiste, pratique libérale, Paris.

Joëlle Huth, chirurgien ORL et cervicofaciale, Clinique du Parc, Périgueux.

Philippe Kestemont, chirurgie de la face et du cou, clinique esthétique Saint-Georges, Nice.

Thierry Malet, ancien assistant des hôpitaux de Nancy, chef de clinique des Universités, Centre d'ophtalmologie Monticelli-Paradis, Marseille.

Justin Michel, chef de clinique, assistant des hôpitaux, service ORL et chirurgie cervicofaciale, hôpital de la Timone, AP–HM, Marseille.

Francesco Perrone, chirurgien plastique, institut Azuréen d'ORL et de Chirurgie de la Face, Nice.

Jean-Jacques Pessey, professeur des universités, service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital Larrey, Toulouse.

Sylvie Poignonec, chirurgien plasticien, ancien interne des Hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique, attaché à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, AP–HP, Paris.

Roberto Polselli, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervicofaciale, chirurgie plastique et esthétique de la face, Carrer, Italie.

Thomas Radulesco, DES d'ORL, service ORL et chirurgie cervicofaciale, hôpital de la Timone, AP–HM, Marseille.

Jean-Marc, Ruban ophtalmologue, ancien assistant des hôpitaux de Lyon, chef de clinique des Universités, Centre ophtalmologique Kleber, Lyon.

Yves Saban, chirurgie ORL et cervicofaciale, Nice.

José Santini, professeur des universités, chirurgie de la face et du cou, Institut universitaire de la face et du cou, Nice.

Dominique Stoll, professeur des universités, service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital Pellegrin, Centre François-Xavier Michelet, Bordeaux.

Jean-Marc Thomassin, professeur des universités-praticien hospitalier, service ORL et chirurgie cervicofaciale, hôpital de la Timone, AP–HM, Marseille.

Florence Turner, praticien hospitalier, service ORL et chirurgie cervicofaciale, hôpital de la Timone, AP–HM, Marseille.

Delphine Vertu-Ciolino, praticien hospitalier, service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital Édouard-Herriot, Lyon.

Cécile Winter, ORL et chirurgie cervicofaciale, Institut universitaire de la face et du cou, Nice.

Avant-propos

Le deuxième volume de la chirurgie plastique de la face et du cou traite de la chirurgie plastique esthétique. La première partie aborde la prise en charge du rajeunissement : lifting cervicofacial, rajeunissement du tiers moyen de la face, procédés complémentaires (toxine botulique et produits injectables) et blépharoplasties.

La deuxième partie traite des rhinoplasties. Après une étude d'anatomie chirurgicale, les rhinoplasties esthétiques sont étudiées en premier : rhinoplasties de réduction, chirurgie de la pointe, rhinoplasties secondaires. Un chapitre est ensuite consacré aux septorhinoplasties fonctionnelles avec l'étude des différentes septoplasties, des nez déviés et de problèmes de la valve nasale.

La troisième partie traite de la place de la chirurgie orthognathique dans l'esthétique faciale.

Ce livre se termine par un incontournable rappel des problèmes médicolégaux.

Le principe de ce deuxième volume est le même que pour le premier : textes volontairement concis et didactiques, nombreuses illustrations complétées par des cas cliniques en ligne ainsi que par des enregistrements vidéos.

Les auteurs présentent des techniques chirurgicales fiables et reproductibles, fruit de leur grande expérience. La plupart d'entre eux participent à, et organisent des cours de chirur-

gie plastique de la face et du cou à Bordeaux, Lyon, Nice, Paris depuis de nombreuses années et ce livre reprend et formalise en grande partie l'essentiel de leur enseignement. Ces deux traités de techniques chirurgicales de la face et du cou montrent que cette chirurgie ne peut s'envisager sans des connaissances et une formation pluridisciplinaires. La maîtrise de l'anatomie faciale et des techniques spécifiques de chirurgie plastique, cervicofaciale, maxillofaciale et d'ophtalmologie ainsi qu'une solide culture dermatologique sont indispensables avant de prendre en charge ces patients. Le temps est loin où le praticien restait cantonné dans sa spécialité; l'approche est aujourd'hui globale et uniciste. Nous espérons que cet ouvrage en apporte la démonstration.

Je remercie vivement tous les auteurs qui ont accepté de participer avec enthousiasme à la rédaction des différents chapitres. Il s'agit en fait d'un travail collectif pluridisciplinaire qui reflète bien l'activité de la Société Française de Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face et du Cou. J'associe à ces remerciements Seli Arslan et Peggy Lemaire qui, grâce à leurs qualités professionnelles, ont permis la parution de ces deux volumes.

Jean-Pierre Bessède

Président de la SFCPEFC

Table des matières

Liste des collaborateurs	V
Avant-propos	VII
Partie I	
Rajeunissement facial	1
1 Lifting cervicofacial (J. Santini, P. Kestemont, C. Winter)	3
Interrogatoire, examen clinique et analyse esthétique du visage vieilli	4
Anatomie chirurgicale appliquée aux liftings cervicofaciaux	7
Technique du lifting cervicofacial avec SMAP	18
Résultats du lifting «standard»	23
Gestes associés, description, objectifs et résultats.....	25
2 Rajeunissement du tiers moyen de la face (F. Disant, J. Château).....	35
Rappels anatomiques.....	36
Physiologie du vieillissement du tiers moyen.....	38
Techniques de rajeunissement du tiers moyen.....	40
Conclusion	44
3 Procédés complémentaires (J. Huth, I. Catoni, S. Poignonec)	47
Traitements original de la bajoue débutante	48
Vieillissement et origine de la bajoue.....	48
Analyse topographique des mécanismes	48
Geste chirurgical.....	49
Conclusion	50
Laser et rajeunissement du visage.....	52
Généralités.....	52
Traitements laser.....	52
Conclusion	60
Radiofréquence cutanée.....	61
Principe de la radiofréquence	61
Caractéristiques des générateurs de radiofréquence....	61
Principes de la radiofréquence cutanée	62
Protocole	64
Conclusion	64
Toxine botulique.....	68
Historique	68
Mécanisme d'action de la toxine botulique (TB).....	69
Contre-indications.....	69
Indications.....	69
Préparation de la toxine.....	69
Exemples de procédures.....	71
Protocole de traitement	71
Consultations et bonnes pratiques.....	76
Risques, effets secondaires et mauvaises indications de l'injection de toxine botulique	77
Conclusion	78
Produits injectables pour comblement et rajeunissement du visage.....	79
Introduction	79
Définitions.....	79
Consultation préalable à l'injection.....	80
Produits de comblement	80
Conclusion	92
Équilibre et volume dans le rajeunissement de la face	93
Analyse de la face	93
Région malaire.....	93
Conseils au patient.....	93
Associations esthétiques médicales pour optimiser les résultats	93
Conclusion	93
Procédés mini-invasifs dans la chirurgie du rajeunissement de la face – association fils de suspension, lipostructure faciale, canthopexie	97
Présentation des techniques	97
Indications chirurgicales.....	98
Technique	98
Techniques particulières pour la paralysie faciale	101
Complications	101
Résultats.....	101
Bilan des procédés mini-invasifs.....	101
Conclusion	103
Chirurgie esthétique des paupières	105
Blépharoplasties chirurgicales conventionnelles (J.-M. Ruban, T. Malet, E. Baggio, S. Poignonec)	106
Introduction	106
Indications et classification des blépharoplasties	106
Examen clinique	107
Techniques chirurgicales	109
Conclusion	126
Techniques adjuvantes à la blépharoplastie.....	127
Généralités.....	127

Indications des techniques adjuvantes de blépharoplastie	128	Sites de prélèvements.....	278
Techniques	128	Avantages et inconvénients des greffons cartilagineux.....	280
Conclusion	130	Inconvénients et complications des greffons cartilagineux.....	281
Partie II		Préparation des greffons	281
Rhinoplasties esthétiques correctrices et fonctionnelles	131	Mise en place des greffons	282
5 Anatomie chirurgicale de la rhinoplastie		Fixation et amarrage des greffons	282
(Y. Saban, R. Polselli, F. Perrone)	133	Indication des greffons.....	283
Introduction.....	134	Cas cliniques.....	283
Présentation générale du nez	134	Conclusion	290
Nez chirurgical.....	140		
Valve nasale et rhinoplastie	151	12 Rhinoplasties secondaires (F. Disant)	291
Conclusion	153	Introduction.....	292
6 Typologie nasale (D. Vertu-Ciolino, F. Disant)	155	Principes.....	292
Anatomie esthétique	156	Analyse sémiologique.....	292
Morphométrie	156	Examens complémentaires	293
Importance des bases maxillomandibulaires	157	Dossier photographique.....	293
Équilibre facial et subjectivité.....	158	Déformations du dorsum.....	293
Approche typologique	159	Déformations de la pointe et de la base du nez	300
Description des nez longs.....	160		
Nez bref	163		
Nez ensellé.....	164		
Anomalies segmentaires.....	165		
Conclusion	168		
e 7 Voies d'accès de la septorhinoplastie		13 Rhinoplastie conservatrice	
(P. Boudard).....	169	à toit fermé (Y. Saban, R. Polselli, F. Perrone)	309
Introduction.....	170	Bases anatomiques morphodynamiques de la rhinoplastie conservatrice à toit fermé	310
Voies d'accès vestibulaires en donasales.....	170	Technique opératoire – rhinoplastie conservatrice primaire de réduction	313
Voie d'abord externe.....	178	Indications opératoires de la rhinoplastie conservatrice	315
Voies d'accès des ostéotomies	184	Conclusion	321
Suture, tamponnement.....	184		
Conclusion	185		
8 Rhinoplastie de réduction : la culture du naturel retravaillé		Partie III	
(J.-M. Thomassin, R. Radulesco, J. Michel, F. Turner)	187	Chirurgie orthognathique de l'adulte et esthétique faciale	323
Introduction.....	188		
Planification géométrique et artistique	188		
Technique chirurgicale : la minirhinoplastie	190		
Cas particuliers.....	196		
e 9 Pointe nasale. Analyse et traitements (D. Stoll)	203	14 Chirurgie orthognathique de l'adulte et esthétique faciale (J.-B. Charrier, S. Dufau-Perry)	325
Analyse structurale.....	204	Introduction.....	326
Traitements de la pointe	206	Généralités.....	326
e 10 Rhinoseptoplasties fonctionnelles		Anomalies de position des dents dans le sourire : bilan et plan de traitement	327
(J.-P. Bessède)	225	Techniques chirurgicales	331
Déviations septales et septoplasties	226	Techniques complémentaires.....	333
Correction des nez déviés : les septorhinoplasties	245	Cas cliniques.....	335
Anomalies de la valve nasale : analyse et correction	261	Discussion	344
e 11 Greffons cartilagineux dans la prise en charge des rhinoplasties (P. Boudard)	277	Perspectives.....	345
Introduction.....	278	Conclusion	345
Partie IV			
Aspects médicolégaux	347		
15 Aspects médicolégaux en chirurgie plastique et esthétique de la face et du cou (J.-J. Pessey)	349		
Obligation de moyen ou de résultat?	350		

Obligation rigoureuse de prudence et de conseil.....	350
Obligation d'information draconienne.....	350
Preuve de l'information donnée.....	351
Information postopératoire en cas de complication.....	352
Loi du 4 mars 2002.....	352
Facturation	352
Agrément et autorisation	352
Contrat d'assurance.....	353
Index	355

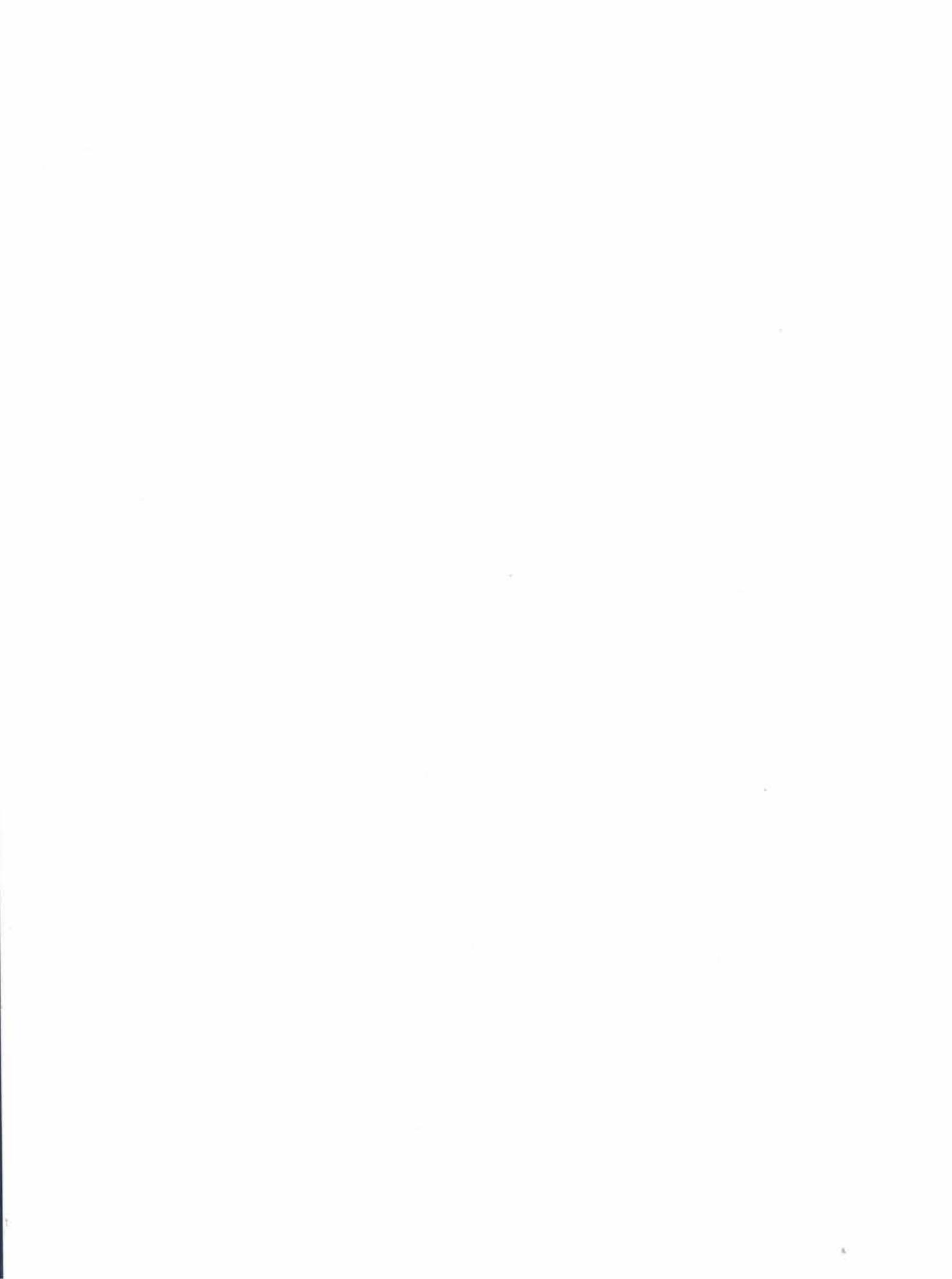


Table des éléments en ligne

Pour accéder aux vidéos, figures, cas cliniques en ligne signalés par le picto dans la marge, connectez-vous sur www.em-consulte.com/complement/471190 et suivez les instructions.

Chapitre 1

Vidéo 1.1

Décollement du lambeau de SMAP.

Vidéo 1.2

Résection cutanée et fermeture.

Chapitre 3

Vidéo 3.1

Traitements de la bajoue.

Vidéo 3.2

Traitements laser de la patte d'oeie.

Vidéo 3.3

Traitements laser de face.

Vidéo 3.4

Électrocoagulation en radiofréquence cutanée.

Vidéo 3.5

Radiofréquence cutanée pour rhinophyma.

Vidéo 3.6

Radiofréquence cutanée de face.

Vidéo 3.7

Radiofréquence cutanée de la joue.

Vidéo 3.8

Injection de toxine botulique pour rides du lion.

Vidéo 3.9

Injection superficielle de toxine botulique.

Vidéo 3.10

Injection de toxine botulique pour menton en peau d'orange.

Vidéo 3.11

Injection de toxine botulique pour *bunny lines*.

Vidéo 3.12

A, B. Produit injectable.

Vidéo 3.13

Produit injectable.

Vidéo 3.14

Produit injectable pour sillon nasogénien.

Vidéo 3.15

Produit injectable pour sillon nasogénien.

Vidéo 3.16

Produit injectable pour lèvre supérieure.

Vidéo 3.17

Produit injectable pour lèvre.

Vidéo 3.18

Produit injectable pour lèvre et commissure.

Vidéo 3.19

Produit injectable pour lèvre et commissure.

Vidéo 3.20

Produit injectable pour pli d'amertume.

Vidéo 3.21

Produit injectable pour pli d'amertume.

Vidéo 3.22

Produit injectable pour pommette.

Vidéo 3.23

Injection de Sculptra® dans la joue.

Vidéo 3.24

Produit injectable pour tempe.

Vidéo 3.25

Produit injectable pour tempe et sourcil.

Vidéo 3.26

Produit injectable pour rhinoplastie médicale (arête nasale).

Vidéo 3.27

Produit injectable pour rhinoplastie médicale (toxine botulique et acide hyaluronique).

Vidéo 3.28

Produit injectable pour l'ovale du visage.

Vidéo 3.29

Produit injectable pour pommette (canule).

Vidéo 3.30

Passage des fils.

Chapitre 7

Vidéo 7.1

Rhinoplastie par voie externe.

Chapitre 9

Fig. e.9.1

Déprojection par résection suture partie latérale de l'alaire.

Fig. e.9.2

Déprojection par réduction du bord ventral du septum.

Fig. e.9.3

Déprojection combinant résection du tripode et réduction du bord ventral.

Fig. e.9.4

Greffon de Sheen.

Fig. e.9.5

Section médiale de l'alaire proche du dôme (peau épaisse; effet sur la rotation).

Fig. e.9.6

Complément de rotation offert par la résection de l'angle septal antérieur.

Fig. e.9.7

Complément de rotation offert par la résection complète de la jonction cartilage inférieur latéral–cartilage supérieur latéral (CIL–CSL) dans un nez à peau épaisse hyporoté (déprojection associée).

Fig. e.9.8

Strut mésial et rotation.

Fig. e.9.9

Troubles mixtes de la rotation de pointe. Excès d'angle septal antérieur, de hauteur alaire, de septum intermembraneux (SIM).

Fig. e.9.10

Exemple de cas où la résection céphalique seule suffit.

Fig. e.9.11

Hachurages incomplets alternés de la convexité alaire.

Fig. e.9.12

Suture transdômale.

Fig. e.9.13

Redéfinition de l'*infra-tip* par déprojection (et rotation).

Fig. e.9.14

Amélioration de la définition par greffon de type Sheen.

Fig. e.9.15

Greffon de Sheen : symétrisation et suppression de la bifidité.

Fig. e.9.16

Excès intrinsèque de courbure columellaire.

Fig. e.9.17

Columelle «en goutte» .

Fig. e.9.18

Excès d'angle septal postérieur latéralisé à gauche ouvrant la narine : résection et reposition médiane du septum.

Fig. e.9.19

Rétrusion columellaire.

Fig. e.9.20

L'effacement narinaire par hyperprojection septale. Effet de la déprojection.

Vidéo 9.1

Point transdômal.

Vidéo 9.2

Traitemennt de l'inversion de courbure.

Chapitre 10

Cas clinique e.10.1

Correction de déviations septales simples avec luxation du bord antérieur au niveau de la columelle (septoplastie technique de Cottle).

Cas clinique e.10.2

Correction de déviation septale antérieure en verre de montre.

Cas clinique e.10.3

Correction des déviations septales par mise en place d'attelles cartilagineuses sagittales pour rigidifier et réaligner le dorsum cartilagineux (*spreader grafts*).

Cas clinique e.10.4

Correction de déviations septales avec des déviations angulaires : mise en place d'attelles cartilagineuses sagittales pour rigidifier et réaligner le dorsum cartilagineux (*spreader grafts*).

Cas clinique e.10.5

Septoplastie extracorporelle pour fractures septales multiples.

Cas clinique e.10.6

Corrections de nez déviés à arête rectiligne.

Cas clinique e.10.7

Corrections de nez déviés à arête rectiligne.

Cas clinique e.10.8

Nez dévié congénital en C.

Cas clinique e.10.9

Nez dévié congénital en C.

Cas clinique e.10.10

Nez dévié congénital convexe avec troubles fonctionnels respiratoires.

Cas clinique e.10.11

Nez dévié post-traumatique avec obstruction nasale.

Cas clinique e.10.12

Nez dévié ensellé avec obstruction nasale bilatérale.

Cas clinique e.10.13

Nez ensellé post-traumatique du tiers moyen avec fonte cartilagineuse septale.

Cas clinique e.10.14

Nez ensellé post-traumatique avec fonte cartilagineuse septale.

Cas clinique e.10.15

Nez ensellé post-traumatique avec fonte cartilagineuse septale.

Cas clinique e.10.16

Nez dévié ensellé post-traumatique avec fonte cartilagineuse septale.

Cas clinique e.10.17

Phénomène de valve nasale par affaiblissement de la jonction trianguloalaire et inversion de courbure des deux cartilages alaires.

Cas clinique e.10.18

Nez iatrogène dû à des résections cartilagineuses excessives au niveau de la valve nasale.

Vidéo 10.1

Septoplastie vidéo-endoscopique (S. Orsel).

Vidéo 10.2

A, B. Septoplastie de reposition type Cottle.

Vidéo 10.3

Septoplastie de reposition type Cottle pour une déviation en verre de montre.

Vidéo 10.4

A, B. Septoplastie avec mise en place d'attelles d'alignement (*spreader grafts*) et d'épicrâne sur le dorsum nasal.

Vidéo 10.5

Septoplastie extracorporelle avec dépose et repose septale.

Vidéo 10.6

Mancœuvre de Cottle.

Vidéo 10.7

Mancœuvre de Cottle.

Vidéo 10.8

Test de Cottle.

Vidéo 10.9

Valve congénitale (préopératoire).

Vidéo 10.10

Valve congénitale (préopératoire).

Vidéo 10.11

Valve congénitale (pré- et postopératoire).

Vidéo 10.12

Valve congénitale (pré- et postopératoire).

Vidéo 10.13

Valve iatrogène; mise en place d'une conque auriculaire.

Chapitre 11**Vidéo 11.1**

Technique de prélèvement du cartilage auriculaire.

Rajeunissement facial

PLAN DE LA PARTIE

Lifting cervicofacial	3
Rajeunissement du tiers moyen de la face	35
Procédés complémentaires	47
Chirurgie esthétique des paupières	105

1

Chapitre

Lifting cervicofacial

J. Santini, P. Kestemont, C. Winter

PLAN DU CHAPITRE

Interrogatoire, examen clinique et analyse esthétique du visage vieilli	4
Anatomie chirurgicale appliquée aux liftings cervicofaciaux	7
Technique du lifting cervicofacial avec SMAP	18
Résultats du lifting « standard »	23
Gestes associés, description, objectifs et résultats	25

Le lifting cervicofacial (LCF) garde une place centrale dans le rajeunissement du visage et s'inscrit le plus souvent actuellement dans des plans de traitement associant à la chirurgie des gestes de médecine esthétique. Ses indications reposent sur une analyse rigoureuse du visage et une bonne compréhension de la demande de la patiente (ou plus rarement du patient).

Quelle que soit la technique utilisée, une parfaite connaissance de l'anatomie des structures superficielles de la face et du cou, des plans de décollement, des zones et organes à risque est indispensable.

La technique standard est le lifting biplan avec dissection profonde et mobilisation du système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS) qui intègre de nombreux concepts d'anatomie chirurgicale [1–8], et dont la description magistrale a été faite par Owsley [9]. Cette technique parfaitement codifiée car très anatomique a deux avantages : elle est parfaitement reproductible et elle est facile à enseigner avec clarté. Elle a pour objectif de donner des résultats naturels et durables, dans la limite du possible, compte tenu de la qualité tissulaire et des antécédents pathologiques ou de chirurgie esthétique du futur opéré.

Le parcours du patient avant chirurgie esthétique du visage est codifié par les textes réglementaires qui vont rythmer la période préopératoire :

- première consultation : examen clinique complet et information du patient, discussion des possibilités chirurgicales;
- temps de réflexion (suffisant);
- deuxième consultation : établissement avec le patient du plan de soins, devis, consentements, photographies, consultation avec le médecin anesthésiste;
- troisième consultation ou visite préopératoire lors de l'hospitalisation.

Nous décrirons successivement : l'examen clinique et l'analyse esthétique de la patiente consultant pour une demande de rajeunissement de l'ovale et du cou; l'anatomie chirurgicale appliquée au lifting biplan avec SMAS; la technique du lifting cervicofacial avec système musculo-aponévrotique platysmal (SMAPI); les résultats du lifting standard; les gestes associés.

Interrogatoire, examen clinique et analyse esthétique du visage vieilli

Interrogatoire

L'interrogatoire recueille :

- la demande exprimée par la patiente : relâchement du cou, bajoue, creusement des sillons, apparition de rides, excès de gras;
- les antécédents médicaux, les traitements médicamenteux et les pathologies chroniques qui pourront ajouter des risques à l'acte chirurgical ou qui sont susceptibles d'impacter le résultat : diabète, asthme et allergies, pathologies cutanées, pathologies cardiovasculaires, pathologies inflammatoires chroniques, prise de corticoïdes ou d'immunosuppresseurs, d'anticoagulants ou d'antiagrégants, etc.;
- les antécédents d'actes esthétiques sur la région cervico-faciale : chirurgie (demander le compte-rendu opératoire), lipoaspiration, injections de *fillers*, injection de toxine botulique, etc.;
- les facteurs de risque propres à la chirurgie esthétique : tabac, exposition au soleil, instabilité du poids, prise de TSH en cas de patiente ménopausée, fragilité capillaire, troubles circulatoires veineux.

Au cours de l'interrogatoire, on demande aussi des photographies de la patiente jeune (entre 20 et 30 ans) qui permettent d'analyser plus finement les relations entre l'aspect esthétique, la qualité de l'enveloppe cutanéograisseuse et le type d'infrastructure osseuse (fig. 1.1).

Examen clinique

L'examen apprécie les caractéristiques anatomiques constitutionnelles du patient et les effets du vieillissement d'une manière globale pour le visage et le cou, puis région anatomique par région anatomique et structure tissulaire par structure tissulaire (peau, gras sous-cutané, muscles peauciers).

Cet examen sera statique (unités esthétiques, ligne de l'ovale et ligne de profil) et dynamique (mimique, mouvements de la tête, mastication) (fig. 1.2).

**Fig. 1.1**

A, B. Deux photographies de la même patiente à 30 ans d'intervalle centrées sur l'ovale du visage illustrant le vieillissement du tiers inférieur, de la joue, du cou, avec perte des limites visibles des unités esthétiques, plus particulièrement de la ligne mandibulaire, et apparition de fanons.

**Fig. 1.2**

Cou au repos (A) et après contraction forcée du platysma (B et C) mettant en évidence les bords antérieur et postérieur du muscle et les relations entre le muscle et la peau qui le recouvre (connexion forte dans le cas présenté en faveur d'un lifting cervicofacial avec SMAS sans décollement cutané cervical important).

Analyse esthétique

L'analyse du visage permet de comprendre la physiopathologie du vieillissement et de l'interpréter au cas par cas. On peut analyser de manière schématique séparément le vieillissement de la joue et celui du cou (fig. 1.3 et 1.4).

Diagnostic esthétique

Au terme de l'examen, un diagnostic « esthétique » est établi. Il décrit notamment : la conservation ou non des unités esthétiques de la face et du cou (fig. 1.5), l'aspect de la ligne de l'ovale (fig. 1.6) et celui de la ligne de profil (fig. 1.6 et 1.7).



Fig. 1.3

- A. Patiente de 65 ans présentant un vieillissement habituel de la joue et du cou avec apparition d'une bajoue et de cordes platysmales.
 B. Représentation des structures anatomiques sous-cutanées, amas graisseux malaire et platysma. C. Interprétation schématique de la ptose de la graisse jugale créant la bajoue et creusant le sillon nasogénien.

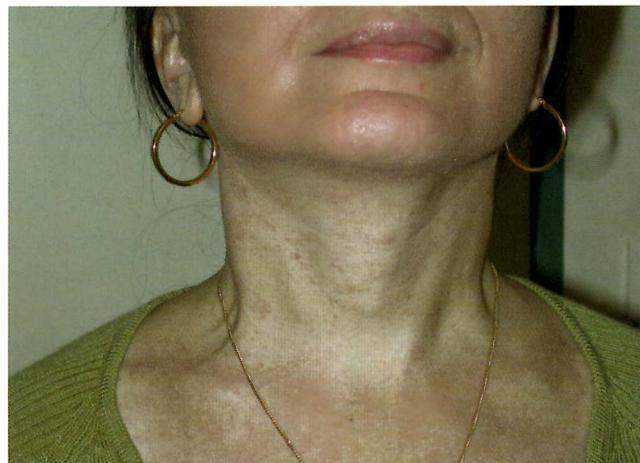
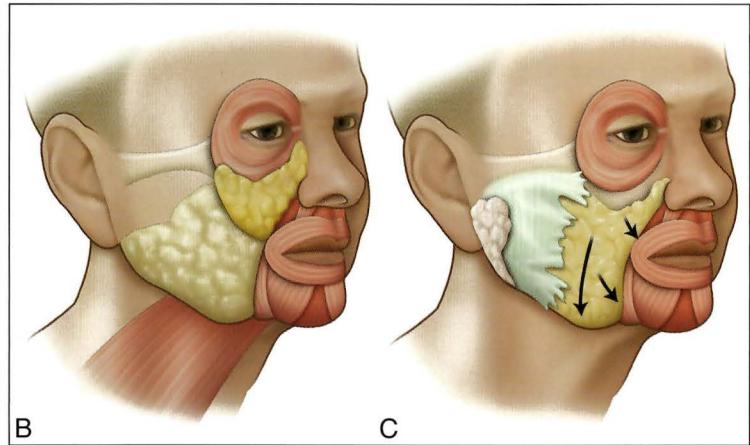


Fig. 1.4

Illustration de l'ovale et de la face antérieure du cou après lifting cervicofacial avec SMAS. Au niveau du cou, la «réapparition» des reliefs des éléments anatomiques profonds (muscles sternocléidomastoidiens [SCM], larynx) reste naturelle. On devine les cinq régions anatomo-esthétiques du cou : la région médiane avec le relief laryngé et, de chaque côté, les régions carotidiennes recouvertes par les muscles SCM et latéralement les creux supraclaviculaires.

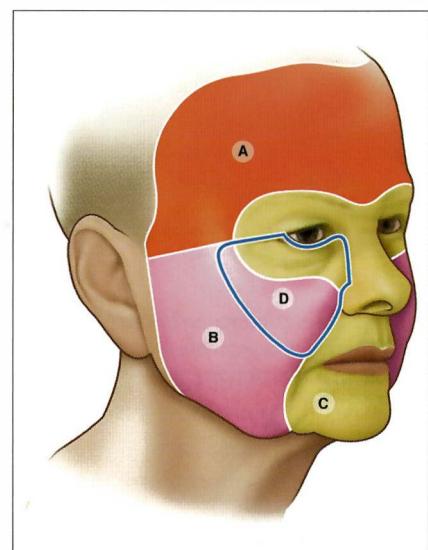


Fig. 1.5

Les régions et unités esthétiques du visage. La joue représente une unité esthétique (rose) que l'on peut séparer en deux sous-unités : parotidomandibulaire (B) et malaire (D); cette dernière est actuellement intégrée d'un point de vue chirurgical dans une région orbitomalaire plus large incluant la paupière inférieure (région limitée par le trait noir) abordée par voie de blépharoplastie. La limite entre les deux sous-unités correspond à la projection du muscle grand zygomaticque. Les régions frontotemporale (A) et médiофaciale (C) ne sont pas modifiées après lifting cervicofacial.

**Fig. 1.6**

Rétablissement de la netteté de la ligne mandibulaire (ovale) après lifting cervicofacial biplan avec SMAS.

associé à des procédés de comblement et/ou des techniques de *resurfacing* (fig. 1.11 et 1.12);

- le vieillissement sur un visage avec des bases osseuses insuffisantes ou un larynx bas; les résultats du LCF sont limités, sauf dans les cas où une correction de la projection mandibulaire est faisable et réalisée (fig. 1.13–1.16).

La demande actuelle met au premier plan le souhait d'un résultat naturel, ce qui doit se vérifier lors de la mimique et ce qui implique une rançon cicatricielle minimale voire invisible.

**Fig. 1.7**

A, B. Aspect postopératoire d'une patiente de 50 ans avec un angle cervicomentonniere « idéal » et un bel ovale du fait de la qualité des bases osseuses et de la position très haute du larynx.

Types de vieillissement

On distingue ainsi plusieurs types de visage et de vieillissement :

- le *vieillissement standard* sur un visage ayant de bonnes bases osseuses, une qualité de peau satisfaisante et une couche graisseuse conservée : la ptose domine, le résultat du lifting sera bon (fig. 1.8–1.10);
- le *vieillissement cutanéograisseux excessif*, avec atrophie cutanée et présence de cassures dermiques : le résultat du lifting sera incomplet et instable dans le temps; il devra être

Anatomie chirurgicale appliquée aux liftings cervicofaciaux

L'étude de l'anatomie chirurgicale de la face et du cou appliquée à la réalisation de liftings concerne d'une part les structures superficielles de la face modifiées par le vieillissement (et qui vont bénéficier d'un repositionnement chirurgical), et d'autre part les éléments anatomiques régionaux non directement intéressés mais qui doivent faire l'objet d'une identification et d'une préservation lors du geste chirurgical.

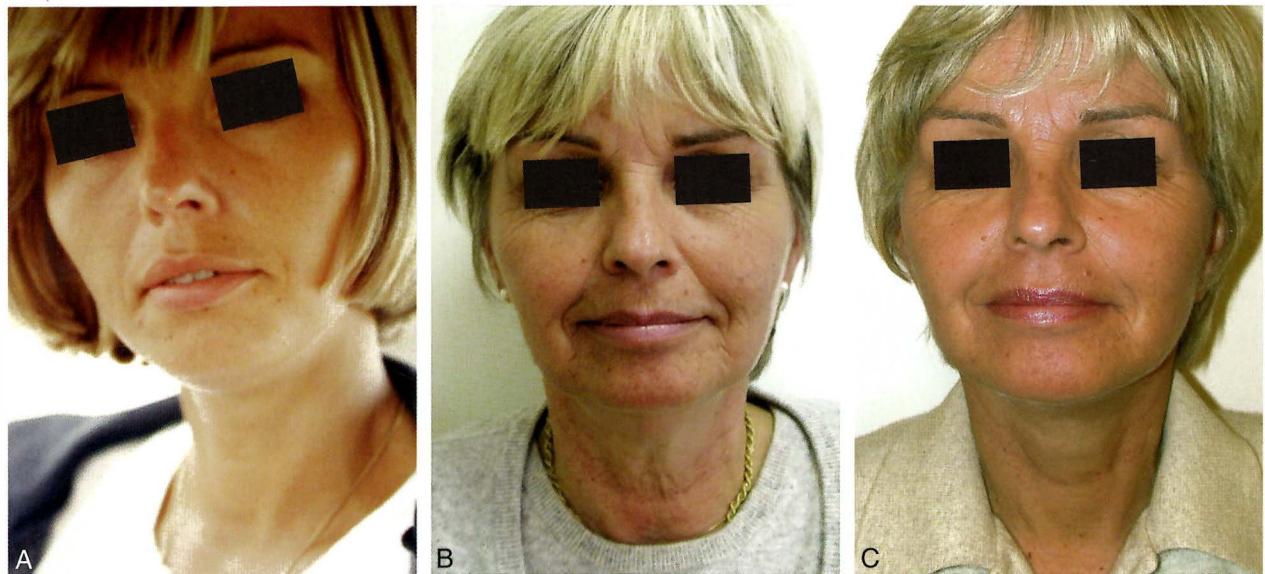


Fig. 1.8

Exemple de patiente candidate à un lifting cervicofacial avec une demande « standard », la correction de l'ovale et du cou. Vues du visage à 30 ans d'intervalle (A et B) et aspect postopératoire (C).



Fig. 1.9

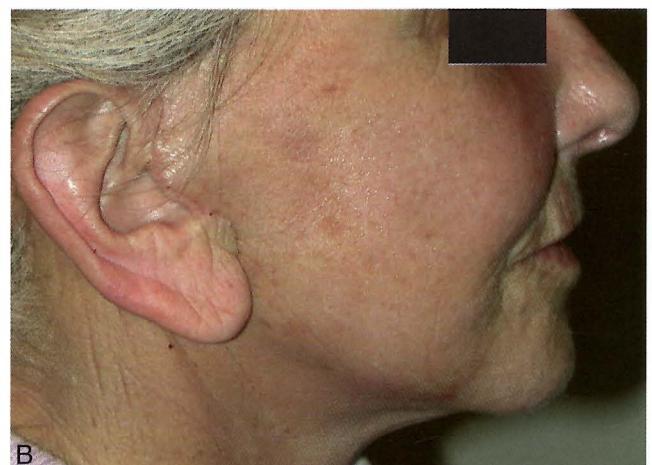
A, B. Exemple de correction des bandes platysmales par lifting cervicofacial.

**Fig. 1.10**

A, B. Correction de la ligne mandibulaire et de l'angle cervicomentonner par un lifting cervicofacial chez une patiente présentant une anatomie « standard ».

**Fig. 1.11**

Patiante de 63 ans présentant un aspect de vieillissement cutané jugal sévère qui va nécessiter un décollement sous-cutané facial plus large. Noter la différence de qualité entre la peau du visage et celle du cou.

**Fig. 1.12**

Patiante de 72 ans présentant un vieillissement cutané marqué sur un visage maigre. Aspects pré- (A) et postopératoires (B) montrant le résultat de la chirurgie sur l'aspect de la peau.

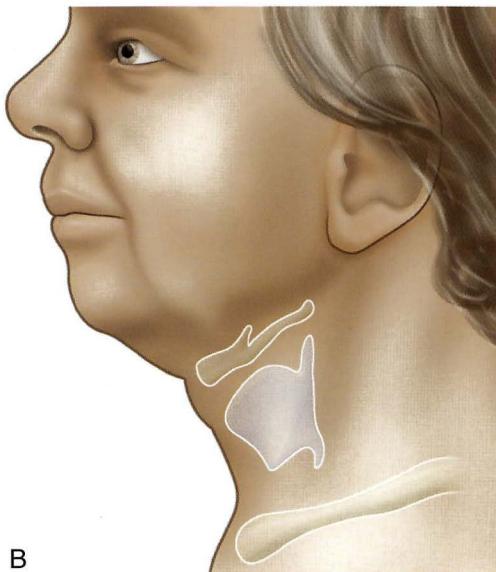


Fig. 1.13

Illustration d'un angle cervicomentonier comblé «constitutionnellement» du fait d'un os hyoïde bas situé. A. Vue de la patiente. B. Représentation schématique de la position du larynx.



Fig. 1.14

A. Visage avec une rétrognathie aggravant les effets du vieillissement. B. Correction par lifting cervicofacial associé à une génioplastie.



Fig. 1.15

Deux cas illustrant des résultats naturels. Patiente de 59 ans à gauche après un lifting secondaire et patiente de 67 ans à droite après un lifting cervicofacial primaire.

**Fig. 1.16**

A, B. L'absence de modifications des reliefs de l'oreille externe et la faible visibilité de la cicatrice sont essentielles pour un résultat « naturel ».

Les structures anatomiques mobilisées lors des liftings sont : la peau, le tissu gras sous-cutané, les muscles peauciers et le SMAS cervicofacial.

Peau

La peau présente des signes de vieillissement sous la forme de rides et de plis qui sont la conséquence des forces qui s'exercent sur elle, notamment au niveau des zones d'adhérence des muscles peauciers sous-jacents. Le vieillissement de la peau du visage est habituellement plus marqué que celui de la peau du cou, plus épaisse et moins concernée par les actions musculaires. Une bonne analyse de l'état cutané est essentielle à la fois pour déterminer la surface de décollement utile et pour évaluer les risques trophiques de ce décollement. En pratique, le décollement cutané est plus important chez les sujets plus âgés; il peut être très limité chez les sujets d'âge intermédiaire qui démontrent une bonne fonction du SMAS.

Le vieillissement dermohypodermique est marqué au niveau du cou par l'apparition de rides qui sont secondaires à des phénomènes orthostatiques. Les rides orthostatiques à proprement parler sont secondaires aux mouvements de flexion-extension cervicaux et apparaissent vers la trentaine sous forme de deux à trois rides à concavité supérieure. La ptose de l'enveloppe cutanéo-grasseuse se fait en masse dans la région latérale de la joue et va accentuer les sillons à la zone de jonction entre

la joue et la région périorificielle; puis le sillon nasogénien est le plus marqué (fig. 1.17).

Tissu gras [6,7,10,11]

La prise en compte du tissu gras sous-cutané est un temps essentiel pour le choix de la technique de rajeunissement qu'il faudra proposer au patient. La couche graisseuse recouvre totalement le système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS) dans les régions latéofaciales et cervicales; son épaisseur est variable d'une région à l'autre et même d'une unité esthétique à l'autre. On distingue des zones qui peuvent être le siège d'amas graisseux plus épais et plus dense : l'amas graisseux malaire et l'amas graisseux sous-mental.

De manière schématique, on distingue le gras facial élément de trophicité et de résistance du visage au vieillissement, et le gras cervical qui modifie la silhouette cervicale et gêne, dans les cas particuliers des coups très lourds, l'action de correction obtenue par la remise en tension du lambeau de SMAS-platysma.

Avec le temps, le tissu gras facial subit deux évolutions : la fonte et la ptose.

La graisse faciale peut être compartimentée en graisse profonde et superficielle pour chacune des régions (latérales et centrale) de la face. Ces compartiments graisseux ont des comportements propres :

- la graisse temporaire profonde en continuité avec la boule de Bichat (graisse jugale profonde) par la syssarcose mastoïdienne va ptoser et creuser ainsi le pli d'amertume;

**Fig. 1.17**

A, B. Patiente de 70 ans; résultat à 18 mois après un lifting cervicofacial sans traitement adjuvant. Les techniques modernes de dermatologie esthétique permettent d'obtenir de très bons résultats sur l'aspect de la peau sans recourir à un geste chirurgical; néanmoins, il faut retenir l'action positive de la chirurgie sur la trophicité cutanée (comme sur cet exemple) avec un effet « resurfacing » certainement consécutif à la réaction inflammatoire.

- la graisse préparotidienne ne ptose pas du fait des fortes adhésions des ligaments parotidocutanés et de la faible mobilité de cette zone;
- la graisse jugale externe, en regard du muscle masséter, à la face superficielle du SMAS, est peu soumise aux mouvements de cisaillement et reste donc relativement stable en volume et situation avec le temps;
- l'amas graisseux malaire posé sur l'extension jugale du faisceau orbitaire du muscle orbiculaire orbitaire ptose et s'atrophie avec le temps, entraînant l'apparition du sillon sous-palpébral et de la vallée des larmes;
- la graisse jugale interne glisse le long des adhésions du sillon nasogénien pour créer la bajoue (fig. 1.18–1.20).

**Fig. 1.18**

Écorché permettant de découvrir la couche graisseuse jugale en continuité depuis la région malaire jusqu'à la bajoue.

Muscles peauciers et SMAS

Le LCF est mené en suivant un fil rouge anatomique : le SMAS cervicofacial (fig. 1.21), ce dernier correspondant intégralement à la nappe fibromusculaire platysmale avec ses deux parties, le platysma musculaire proprement dit et le platysma fibreux (Jost). Cet ensemble constitue ce que nous avons désigné sous le terme de SMAP ou système musculo-aponévrotique platysmal (fig. 1.22–1.26). Il représente la partie chirurgicalement « utile » au lifting du SMAS global.

Le SMAP est une couche aponévrotique et musculaire, paire et symétrique, qui recouvre le tiers inférieur de la face et la région latérale du cou. Elle contracte de fortes adhésions dermiques.

On peut distinguer trois parties au SMAP :

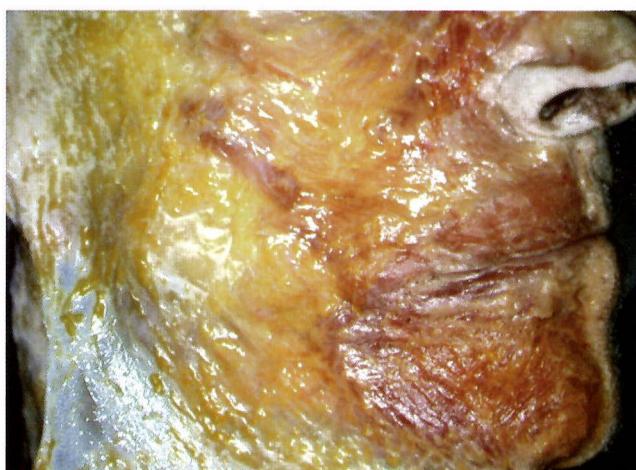
- une partie, ou « faisceau », antérieure, mentonnière, dont les fibres se mêlent à celles du muscle abaisseur de la commissure labial, dont elles sont inséparables chirurgicalement. Le bord antérieur de ce faisceau, qui est aussi le bord antérieur du platysma, est à l'origine, en vieillissant, des bandes platysmales ou fanons;
- une partie moyenne dont les fibres se terminent dans le modiolus et se mêlent aux autres terminaisons des muscles labiaux;
- une partie postérieure parotidienne et zygomatique constituée par la portion la plus fibreuse du SMAP qui contracte des adhésions fortes en profondeur au fascia parotidien et qui vient s'insérer en haut sur l'arcade zygomatique; cette insertion représente un point fixe fort : le McGregor patch.

**Fig. 1.19**

IRM 3D d'une patiente de 48 ans montrant la répartition du gras du visage au niveau des joues et l'absence de gras dans la région périorificielle; le sillon nasogénien constitue la frontière entre ces deux régions. La région péribuccale (en noir sur l'IRM [A]) est particulièrement pauvre en tissu gras sous-cutané.

**Fig. 1.20**

Patiene de 61 ans avec un visage lourd. On voit bien ici la présence d'une colonne graisseuse jugale entre les deux zones d'adhérence que sont la région parotidienne en arrière et la région péribuccale en dedans. Le schéma (B) montre les relations anatomiques de cette couche graisseuse avec les éléments squelettiques profonds; de haut en bas : le muscle orbiculaire des paupières, le muscle grand zygomatique, le SMAS.

**Fig. 1.21**

Vue externe du SMAS sur une préparation anatomique après ablation de la couche superficielle cutanée et graisseuse. On note la continuité du plan anatomique aponévrotique et musculaire; on reconnaît le muscle grand zygomatique séparant les régions mandibulaire (en bas) et malaire (en haut et en dedans).



Fig. 1.22

Le SMAP. Vue des trois parties sur une dissection. Le lambeau peau-gras a été relevé, exposant la face externe du SMAP. Les deux parties musculaires sont bien identifiables; on distingue aussi l'épanouissement en éventail des fibres musculaires de cette structure au niveau de la joue et de la région labiale.

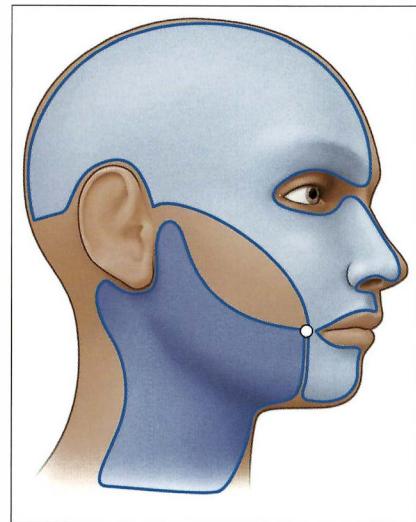


Fig. 1.23

Représentation schématique du SMAP (bleu foncé). Le SMAP s'oppose au système musculaire crânien dérivé du sphincter colli profondus (bleu pâle) (Jost).



Fig. 1.24

Platysma cervical, morphologie externe. Vue antérieure du cou montrant le relâchement cutané et le soulèvement de la peau par les bandes platysmales.

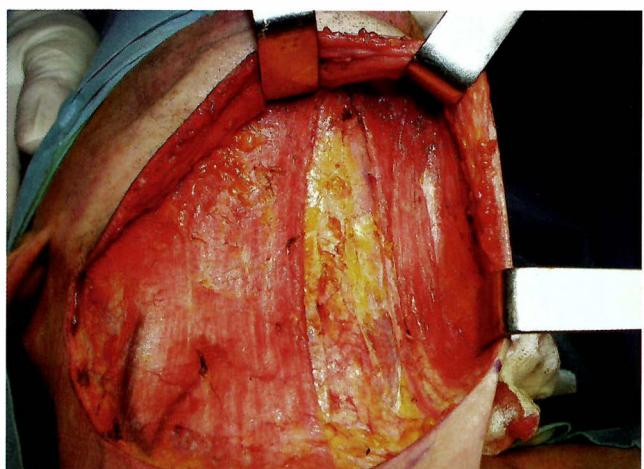


Fig. 1.25

SMAP, vue chirurgicale antérieure. La peau antérieure du cou a été relevée à la face externe des deux platysmas; on reconnaît les bords antérieurs des deux muscles qui sont séparés par un triangle à base inférieure. Cette dissection illustre les deux possibilités chirurgicales de correction des fanons : résection musculaire ou suture l'un à l'autre des bords antérieurs des deux muscles.



Fig. 1.26

Le platysma et la région sous-mandibulaire.

A. On distingue la région sous-mandibulaire droite, suprathyoidienne, avec ses trois parties : le triangle interdigastrique sous-mental médian et, de chaque côté, les régions sous-mandibulaires occupées par les glandes salivaires du même nom. B. Cartographie représentant la projection cutanée des éléments remarquables : la ligne mandibulaire, le muscle abaisseur de la commissure (ou muscle triangulaire) et le platysma musculaire.

Plans de décollement des liftings et structures anatomiques profondes

Deux plans de décollement sont utilisés par le chirurgien lors de sa dissection de la région latérofaciale et cervicale pour la réalisation d'un lifting :

- le plan sous-cutané ou, plus exactement sous-cutanéograisseux qui relève la structure la plus superficielle en bloc en restant au contact en profondeur du plan du SMAS; ce plan est différent du plan sous-dermique utilisé par les premiers auteurs;

- le plan sous-SMAS qui permet de qualifier le lifting de profond et qui expose les éléments squelettiques aponévrotiques vasculaires et nerveux, lesquels représentent les principales structures à risque de ce type de lifting. Cette dissection est facile dans la région de la parotide à la face externe de la glande qui protège le nerf facial; elle est plus difficile et doit être plus précise en avant de la glande, à la face externe du muscle masséter recouvert par le fascia parotidomassétérin. La dissection profonde est plus naturelle au niveau du cou car cette zone correspond à la partie la plus mobile du SMAP (fig. 1.27 et 1.28).

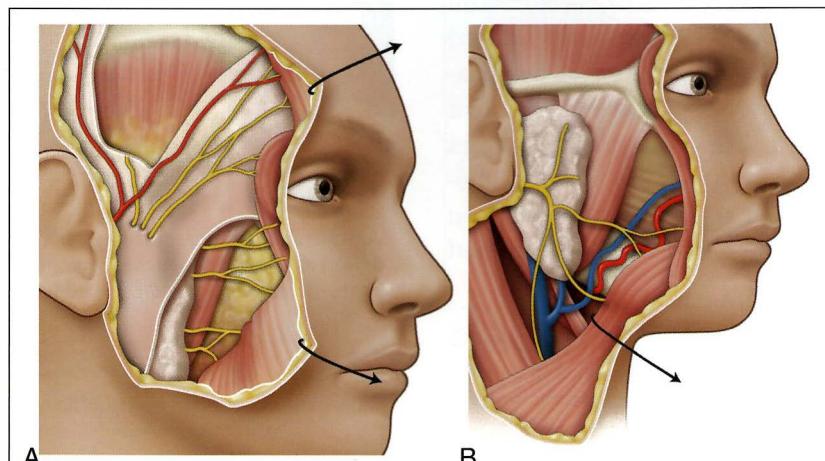


Fig. 1.27

A, B. Vue schématique des éléments nobles vasculaires et nerveux profonds découverts après soulèvement et basculement vers l'avant du SMAP.