

Vg

Gestes complémentaires

DARINA KRASTINOVA-LOLOV,
JEAN-CHARLES ODIN, MICHEL JASINSKI

La demande d'un lifting traduit le plus souvent une volonté de rajeunissement global du visage de la part de nos patients.

Le lifting corrige les principaux stigmates du vieillissement cervico-facial par la remise en tension et le repositionnement des parties molles ou la correction de leur support osseux. Mais il n'est pas un coup de baguette magique et il persiste des signes qui trahissent le visage vieilli et lifté participant à l'effet de surgical look : rides péribuccales, lèvres fines, lobes d'oreilles larges et plicaturés, menton plat, mauvaise qualité cutanée...

Nous avons donc recours fréquemment à des gestes complémentaires permettant de parfaire le résultat.

D'autre part, certaines indications de mask-lift associent une indication réparatrice à la demande esthétique. Là encore, des gestes associés permettront de répondre à ces situations.

Le lifting sous-cutané simple (Fig. 1a, 1b, 1c)

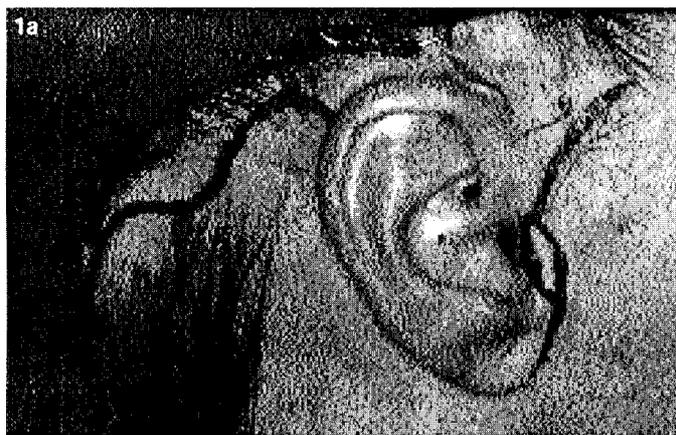


Figure 1a : Lifting du bas du visage type Mac Indoe – dessin de l'incision

Le lifting sous-cutané-graisseux superficiel (Mac Indoe modifié) fait partie de notre arsenal thérapeutique quotidien, en association quasi exclusive avec un mask lift ou un lifting frontal. Ses indications isolées sont exceptionnelles.

Le plan de dissection est sous-cutané-graisseux superficiel. La dissection faciale est poursuivie au delà de la pommette, franchit le sillon nasogénien et se termine dans la commissure labiale.

La dissection du cou doit franchir le premier pli cervical en bas et atteindre le bord antérieur des muscles platysma du cou. Le redrapage du lambeau se fait avec un vecteur de traction vertical en direction de la patte et un vecteur de traction postérieur rétro-auriculaire.

Une traction dans l'axe de l'oreille en regard du tragus est proscrite, car source d'élargissement cicatriciel pré-auriculaire, d'attraction du lobule en avant et de faciès élargi typiquement responsable d'un surgical look.

La partie antéro-supérieure du lambeau se place harmonieusement en regard du tragus et dans la partie inférieure de la patte qui est préservée.

La partie postérieure du lambeau est amortie au ras de la ligne capillaire évitant une

marche d'escalier et une perte de capital capillaire.

Une plicature des platysmas ou une raphie médiane peut être associée ainsi qu'une résection graisseuse sous le contrôle de la vue dans la région génienne ou mandibulaire. Le lifting sous-cutané peut-être complété par une greffe dermique ou graisseuse dans les sillons naso-géniens.

Bien qu'étant de concept ancien, il permet une amélioration de la trophicité cutanée par la fibrose cicatricielle sous-jacente et la néo-vascularisation qu'il engendre.

Lorsqu'il est couplé à un mask-lift qui est le vecteur majeur de traction, il consiste en un redrapage sans tension. Dans ce cadre, la durée de ses effets est d'environ 10 ans.

Nous ne le réalisons pas en cas d'intoxication tabagique supérieure à un paquet par jour.



Figure 1b - Répartition de la traction



Figure 1c - Fermeture. Noter que les deux bosses de l'incision se transforment en une seule pendant la fermeture

Dermabrasion (Fig. 2)

La dermabrasion partielle (lèvres blanches) ou totale (visage sans paupières et cou) fait partie intégrante de notre traitement esthétique du visage. Elle permet d'améliorer la trophicité cutanée vis-à-vis de laquelle les liftings sont impuissants et qui limite trop souvent leurs résultats, en trahissant l'âge réel de la patiente. La dermabrasion des lèvres blanches est pratiquée dans le même temps opératoire que le mask-lift, tandis que la dermabrasion pan-faciale est effectuée 3 à 12 mois après.

La préparation cutanée préalable par la Rétin® est obligatoire et diminue par deux le délai de cicatrisation.

Le geste s'effectue avec une meule diamantée.

La région est infiltrée pour disposer d'une surface convexe et badigeonnée avec de l'encre qui guide la profondeur de la dermabrasion.

Une dermabrasion trop légère n'offre pas de résultat ; trop profonde, elle peut provoquer une cicatrice hypertrophique.

La surface cruentée est couverte avec un Op-site® qui sera enlevé douze heures plus tard. Des applications d'Eosine aqueuse 1 % sont faites quotidiennement jusqu'à la tombée des croûtes au dixième jour environ.

Nous pratiquons la dermabrasion durant les mois d'hiver. Il est obligatoire dans les quatre premiers mois postopératoires d'utiliser un écran total et d'éviter le soleil.



Figure 2 - Dermabrasion de la lèvre supérieure blanche

Augmentation de lèvres rouges (Fig. 3a, 3b)

L'augmentation des lèvres s'associe largement à la dermabrasion pendant le lifting et présente l'avantage de les rajeunir en même temps que le visage. Nous utilisons divers tissus fibreux et conjonctifs, de préférence la galéa prélevée pendant le lifting-frontal d'allègement musculaire. La bande de galéa avec du muscle est glissée dans la lèvre rouge à travers 3 petites incisions. Elle doit se poser à la jonction lèvre rouge-lèvre blanche pour la regonfler d'une manière naturelle.

Les suites sont très simples. La durée du résultat est variable (2 à 5 ans).

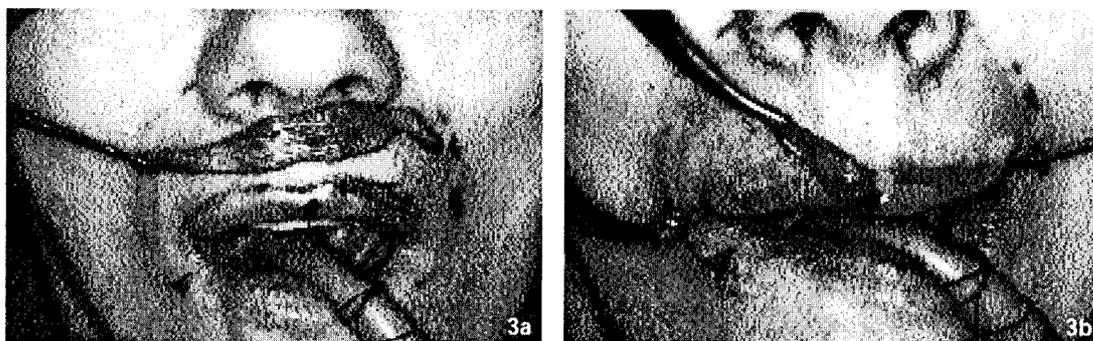


Figure 3a, 3b : Augmentation de la lèvre rouge supérieure par greffe de galéa

Lipo-aspiration sous-mentale

Nous pratiquons systématiquement une petite lipo-aspiration après lifting cervico-facial. Outre la réduction grasseuse, elle complète la remise en tension horizontale du lifting par une rétraction fibreuse médiane.

Comblement de la région temporale

L'accentuation du creux temporal peut être constitutionnelle, pathologique ou secondaire au vieillissement. Son comblement est une indication fréquente. Nous utilisons en routine le treillis de Mersilène®, inséré en position rétro-musculaire, après incision cutanée et musculaire en regard de la ligne temporale supérieure.

Son intégration est remarquable et nous n'avons eu à déplorer aucun rejet dans notre expérience.

Myorrhaphie des peauciers du cou

Décrite par Tom Cronin en 1965, elle est réalisée par abord direct dans le pli sous-mentonnier. Une lipo-résection peut lui être associée. Elle corrige remarquablement la distension des rebords antérieurs du platysma, responsable de l'aspect en fanons de certains cous.

Lobules d'oreilles

La perte d'autonomisation du lobule de l'oreille est un stigmate de lifting classique, responsable d'un surgical look.

La suture avec enroulement permet de l'éviter ou de corriger les lobules naturellement mal autonomisés.

Par ailleurs, des lobules larges, plicaturés, flasques sont caractéristiques du vieillissement et trahiront le visage âgé lifté. Leur correction peut se faire par résection triangulaire ou en étoile. Elle sera effectuée juste avant la résection cutanée et la suture finale.

Génioplastie (Fig. 4a, 4b)

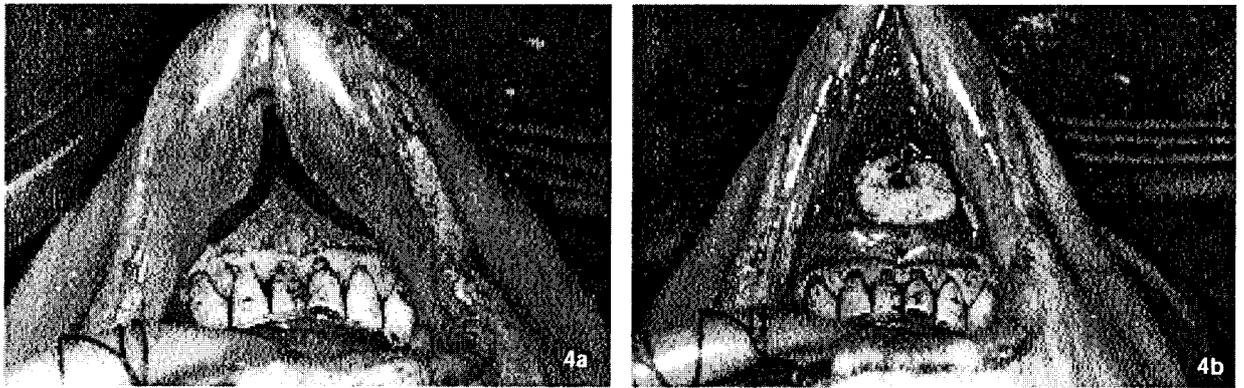


Figure 4a, 4b : Génioplastie par greffe crânienne en double épaisseur.

La génioplastie est un élément fréquent de notre plan de traitement dans le rajeunissement cervico-facial. Elle trouve sa place dans le mask-lift en complément de greffons osseux frontaux ou pré-malaires pour assurer une harmonie du nouveau visage (profiloplastie). Elle participe également à améliorer l'ovale du visage dans le lifting cervico-facial ou permet de corriger des traits naturels symbolisant le vieillissement tels qu'un menton en galoche.

La génioplastie est réalisée par abord vestibulaire inférieur et peut constituer en la mise en place de greffons osseux d'apposition vissés lorsqu'une projection simple est souhaitée.

L'ostéotomie en tiroir ou « jumping bone flap » est proposée aux mentons plats et fuyants qui accompagnent souvent les visages longs et les dysharmonies dento-maxillaires.



Bibliographie

- Adenis JP, Morax S. Pathologie orbito-palpébrale. Rapport de la Société Française d'Ophthalmologie, Masson, Paris, 1998
- Claoue B. Plastie musculaire d'augmentation du menton. *Journal Français d'ORL*, 1996, 45, 4 : 303-312
- Connel BF. *Finesse in Rhytidectomy*. In : Recent Advances in Plastic Surgery, n°3, Churchill Livingstone, New-York, 1985, p137
- Euphrosyne Doxiadis. Portraits du Fayoum, ed Gallimard, 1995
- Farah A. Lifting. Contribution à l'étude anatomique et intérêt chirurgical. *Thèse de Médecine*, Nantes, 1990.
- Flowers RS. *Blepharoplasty*. In : Male Aesthetic Surgery, ed EH Courtiss, M. St-Louis, Mosby, 1982, p207.
- Franchi G, Krastinova D, Landier A, Le Faou Th, Odin JC, Legorburu M, Afanador JA, Chabole F. Paupière inférieure dévitalisée : armement par cartilage de conque. *Revue officielle de la Société d'ORL et de Pathologie Cervico-Faciale*, 1998-1999, 52, 6 : 9-17.
- Goman L. Visages et caractères. *Presse Universitaire de France*, 1985.
- Hamra ST. The deep plane rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg*, 1990, 86 : 53-61
- Hamra ST. Composite rhytidectomy. QMP, Inc. St Louis, Missouri, 1993
- Henry de Frahan O. Traitement chirurgical palliatif des séquelles de paralysie faciale périphérique complète : Étude et principes de notre technique. *Thèse de Médecine*, Paris 1989
- Kaye BL. Subperiosteal approach as an improved concept for correction of the aging face (Discussion). *Plast Reconstr Surg*, 1998, 82 : 393
- Krastinova-Lolo D. Communication au Congrès National de la Société Française de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique, Paris, 24 Octobre 1986
- Krastinova-Lolo D. *Facial Aesthetic Sculpturing (FAS) and Mask-Lift*. In : Deep Face Lifting Techniques, p 24-36, J.M. Psillakis Editor. New York. Thieme 1994. Thieme Medical Publishers
- Krastinova-Lolo D. Le lifting Facial sous-périosté. *Ann Chir Plast Aesthet*, 1989, 34 : 199 - 211
- Krastinova-Lolo D. *Blepharophimosis : a new approach to surgical correction*. In : Plastic Surgery, UT Hinderer (ed), vol. 2, Amsterdam : Elsevier Science, 1992, 99, p489
- Krastinova D, Roddi R. Il trattamento ortomorfo facciale dei pazienti portati di sequele di labiopalatoschisi bilaterale mediante «mask-lifting». *Minerva Chir*, 1990, 14 : 1459
- Krastinova-Lolo D, Laxenaire A. La restitution chirurgicale secondaire des reliefs et volumes de la face brûlée. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 1995, 40, 3 : 271-277
- Krastinova-Lolo D, Hamza F. The surgical management of cranio-orbital neurofibromatosis. *Ann Plast Surg*, 1996, 36 : 263-269
- Labbe D, Bardot J, Krastinova D. Chirurgie de la paralysie faciale périphérique et de ses séquelles. *Encycl. Méd. Chir., Techniques chirurgicales. Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, 545-62, 1998, p22
- Man Ray. Photographs Thames and Hudson, 1982.
- Mitz V., Peyronie M. The superficial musculoaponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg*, 1976, 58 : 80-88
- Olivari N, Wesseling W. Transpalpebral decompression of endocrine ophthalmopathy (Graves disease) by removal of intraorbital fat : experience of 147 operations in 5 years. *Plast Reconstr Surg*, 1991, 87 : 627
- Psillakis JM. Deep face lifting techniques. Thieme Medical Publisher, Inc, New-York, 1994, p221
- Rougier J, Tessier P, Hervouet F, Woillez M, Lekieffre M, Derome P. Chirurgie Plastique Orbito-Palpébrale. Société Française d'Ophthalmologie, Masson, 1977
- Tessier P. Expansion chirurgicale de l'orbite. *Ann Chir Plast* 1969, XIV, 3 : 208-214
- Tessier P, Delbet JP, Pastorizia J, Mlekieffre. Les paupières paralysées. *Ann Chir Plast*, 1969, 3, XIV : 215-224
- Tessier P. The scope and principales dangers and limitations and the need for special training in orbitocranial surgery. *Transactins of the Fith International Congress of Plastic Surgery* in Melbourne, Paris, 1971, 17, 4 : 295-322
- Tessier P. Chirurgie orbito-crânienne. *Minerva chirurgica*, 1971, 26, 16 : 878-904
- Tessier P. The conjonctival approach to the orbital floor and maxilla congenital malformations and trauma. *Journal of Maxillo-Facial Surgery*, Zurich, 1972, vol. 1
- Tessier P. Le lifting facial sous-périosté. *Ann Chir Plast*, 1989, 34 : 193-201
- Tessier P. Aesthetic aspects of bone grafting to the face. *Chir Plast Surg*, 1981, 8 : 279-301