

Vf

*Un défaut de l'âme ne
Peut se cacher sur un visage,
Mais un défaut du visage,
Si on le corrige,
Peut corriger une âme.*

J. Cocteau

Le mask-lift

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

Principes

Créées et développées par Paul Tessier pour le traitement chirurgical des grandes malformations congénitales, les techniques de chirurgie crânio-faciale ont été perfectionnées et standardisées au cours des années.

La dissection sous-périostée, le relèvement du masque facial, les greffes osseuses et leurs sites de prélèvement, le remodelage osseux ou les canthopexies externes ont fait leurs preuves sur des milliers de patients.

L'expérience de ces techniques de chirurgie réparatrice a permis de les adapter à leur raffinement ultime, la chirurgie esthétique de rajeunissement et d'embellissement de la face.

Le lifting sous-périosté ou mask-lift a été présenté pour la première fois en 1986 à la Société Française de Chirurgie Plastique et est né de l'extrapolation de plusieurs procédés utilisés dans le cadre de malformations crânio-faciales.

Le mask-lift est la première des techniques de rajeunissement facial à prendre en compte le vieillissement osseux. Le concept de mask-lift repose sur :

Un concept anatomique original : le masque facial

Le visage est composé de deux structures :

- **Le squelette facial**, immobile, fixe, et apportant ses reliefs au visage. Il est le support du masque facial.
- **Le masque facial** est constitué de toutes les couches qui recouvrent le squelette : la peau et l'hypoderme, le SMAS, les plans profonds (amas de graisse dense et plan musculaire profond), enfin le périoste lui-même. Celui-ci est la zone intermédiaire

entre le squelette, responsable de la forme du visage et les tissus plus superficiels qui complètent les formes et constituent la partie mobile du visage.

Le secret de l'efficacité de relèvement du masque facial tient à la dissection sous-périostée complète de l'os frontal, des contours orbitaires, de l'orbite et à la dissection totale des arcades zygomatiques, des malaïres et maxillaires.

L'abord sous-périosté est la seule façon de corriger le squelette, c'est-à-dire les formes même de la face humaine. Il permet également l'abord intra-orbitaire.

La correction de toutes les composantes anatomiques du vieillissement

Le **lifting sous-cutané simple**, historiquement apparu au début du siècle n'agit que sur le symptôme le plus superficiel du vieillissement : le vieillissement de l'enveloppe ou vieillissement cutané. Son ambition est celle d'un traitement symptomatique dont les résultats limités répondent à certaines demandes.

Le **concept de lifting profond**, sous-cutané-musculo-aponévrotique permet le repositionnement de la graisse profonde ainsi que la remise en tension des éléments anatomiques de contention (sangles musculaires et aponévrotiques) et de certains éléments dynamiques (muscles relâchés). Il s'agit d'un traitement structurel des parties molles du visage.

Le **mask-lift** permet la correction de caractéristiques osseuses défavorables, (un épaissement, une érosion ou un effacement) compensées chez le sujet jeune par la trophicité cutané-musculaire et démasquées avec l'âge.

Il apporte à lui seul une correction du vieillissement de l'étage fronto-orbitaire.

Lorsqu'il est couplé à un lifting cervico-facial il permet un traitement global du vieillissement de la face et du cou. Dans la région centrale l'effet du mask se superpose à celui du face lift.

Le plan de dissection sous-périosté est naturellement exsangue, facile à décoller, relativement peu dangereux et également la seule voie d'abord osseuse. Il permet en outre, de cliver les deux structures fondamentales du visage en permettant de repositionner le masque facial sur le squelette osseux modifié ou pas, réalisant ainsi une correction du visage en trois dimensions.

La transformation des formes ou sculpture du squelette facial nous permet de :

- **rééquilibrer** les formes du visage malformé, c'est-à-dire le normaliser par ostéotomies, déplacements dans les 3 dimensions et greffes osseuses comme dans les maladies de Crouzon et d'Apert, l'hypertélorisme, l'orbito-blépharo-phimosis, le syndrome de Treacher-Collins et autres malformations congénitales et acquises ;
- **harmoniser** les formes d'un visage, l'embellir par modification des volumes osseux. C'est le cas des visages longs, plats, tristes et bouffis.
- **restaurer** les formes d'un visage, c'est-à-dire le rajeunir en augmentant l'os résorbé, en réduisant l'os hypertrophié et en relevant le masque facial.

Cette action en profondeur nécessite une dissection sous-périostée de la face aussi large que les régions que l'on souhaite traiter.

Technique chirurgicale du mask-lift



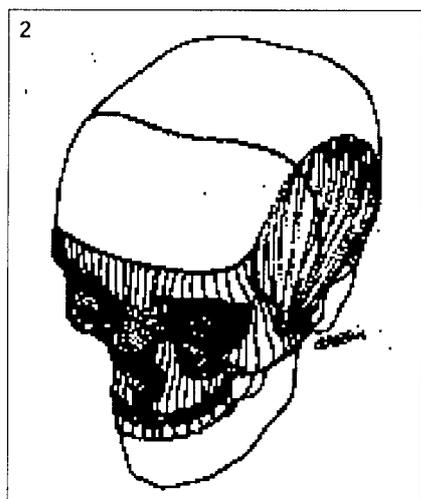
La voie d'abord (Fig. 1)

La voie coronale est intra ou pré-capillaire. La voie pré-capillaire est choisie chez les hommes pour diminuer les golfes temporaux mais aussi chez certaines femmes présentant un grand front masculin. Elle est conseillée aussi chez les patients âgés avec peu de cheveux. La difficulté de cette voie vient du fait qu'il faut sauvegarder la symétrie frontale et la légère ondulation antérieure de la ligne pré-capillaire. L'intérêt réside surtout dans la sauvegarde du capital capillaire.

L'infiltration initiale de xylocaïne adrénalinée à 1 % diminue le saignement et facilite la dissection sous-périostée complète de la face.

Figure 1 - Tracé d'incision de la voie coronale et du lifting du bas du visage. Noter que les deux incisions ne se rejoignent pas pour préserver l'emplacement naturel de la patte.

La dissection sous-périostée du crâne et de la face (Fig. 2)



Elle permet l'accès aux structures osseuses des 2/3 supérieurs de la face et est indispensable pour tout geste osseux sur cette région.

Figure 2 - Aire de dissection sous-périostée de la face (avec ou sans dissection intra-orbitaire).

La dissection orbitaire

Elle débute par l'incision périostée à environ 4-5 cm des rebords orbitaires supérieurs, et est poursuivie par une dissection à la rugine moyenne, puis à la compresse jusqu'aux rebords orbitaires supérieurs. La dissection se poursuit à la rugine, dirigée parallèlement aux rebords orbitaires, jusqu'à la suture naso-frontale, tandis qu'un crochet double tend le périoste vers le haut et vers l'avant.

Le rebord orbitaire supérieur et le plafond orbitaire

La dissection des rebords orbitaires supérieurs se fait de la même façon à la rugine moyenne et avec l'aspirateur qui sert d'écarteur, de part et d'autre des pédicules vasculo-nerveux émergeant de l'orbite, et ceux-ci seront libérés après ostéotomie des berges de leur canal osseux éventuel.

L'abord de la paroi interne est accessoire dans le mask-lift, réservé surtout aux exophtalmies ou aux enophtalmies. Elle doit toujours ménager les deux structures importantes de la région : le canthus interne situé en avant, et le nerf optique situé en arrière.

Le rebord orbitaire latéral et la paroi latérale

La paroi latérale est d'abord disséquée, toujours à la rugine moyenne et avec l'aspirateur qui fait fonction d'écarteur, en s'arrêtant à sa partie supérieure.

Le rebord orbitaire latéral est ensuite disséqué de la même façon, la rugine moyenne montant de la paroi latérale vers l'extérieur.

La dissection se poursuit jusqu'à la fente sphéno-maxillaire, qui est dépassée. Elle est facilitée par la dissection sous-périostée préalable de l'arcade zygomatique.

Une tente marquée est ensuite placée pour maintenir l'espace ainsi créé.

L'abord de la face externe de la paroi latérale est nécessaire dans les traumatismes, dans les exophtalmies et dans les transpositions du muscle temporal dans l'orbite, mais aussi les tumeurs orbitaires.

Il a été précédé par la dissection de sa face interne et du rebord orbitaire externe.

Il nécessite la mobilisation préalable du muscle temporal, qui est incisé juste en arrière du rebord orbitaire externe, en laissant une bandelette aponévrotique sur son insertion osseuse, pour permettre le réamarrage de ce muscle en fin d'intervention. C'est indispensable pour pouvoir effectuer la canthopexie externe.

L'abord du plancher orbitaire n'est possible par cette voie que dans sa moitié externe.

Il est abordé en poursuivant la dissection à la rugine et à l'aspirateur de la paroi latérale.

La fente sphéno-maxillaire est le siège de prédilection pour la mise en place d'un greffon osseux visant à réduire le volume de l'orbite et à projeter vers l'avant le globe oculaire dans les cas d'ophtalmie.

Dans les autres cas, le siège du greffon dépendra de la partie orbitaire à traiter.

La dissection de l'arcade zygomatique (Fig. 3a, 3b, 3c, 3d)

C'est le temps le plus difficile à exécuter, rendu critique par la proximité du rameau frontal du nerf facial.

Elle est indispensable pour accéder au plancher orbitaire et au malaire, ainsi que pour pouvoir mobiliser le canthus externe et le masque facial et permet de libérer toute la partie latérale de la face, en toute sécurité pour le nerf facial.

La dissection débute à la racine de la partie temporale de l'arcade zygomatique, le périoste est d'abord abordé à la rugine large pour créer le début du passage en sous-périosté.

La rugine moyenne permet ensuite de poursuivre cette dissection sous-périostée jusqu'au rebord orbitaire latéral. Préalablement, une lame malléable aura été placée dans l'orbite au niveau de la paroi latérale afin de protéger le contenu orbitaire. La rugine moyenne glisse parallèlement à l'arcade zygomatique le long de l'os, de dehors en dedans. La dissection peut également être réalisée de l'orbite vers l'arcade zygomatique, selon que l'opérateur est droitier ou gaucher. Elle doit être prudente chez le sujet mince et l'enfant pour éviter le risque de fracture. La rugine moyenne est ensuite utilisée comme un levier pour séparer le masque facial de l'arcade zygomatique, en soulevant le reste du périoste, jusqu'au rebord orbitaire externe.

Le canthus externe est alors séparé de son insertion et devient mobile.



Figures 3a, b, c et d - Détails de la dissection de l'arcade zygomatique.

(Fig. 3b, 3d) - La dissection de l'arcade zygomatique et de la région temporale est très importante, d'une part parce qu'il existe un risque de lésion du nerf facial et d'autre part, parce que c'est la clé de la dissection complète péri-orbitaire et faciale.

A noter deux principales positions de la rugine (Fig. 3a, 3b ; Fig. 3c, 3d) - L'arcade zygomatique est abordée verticalement à sa racine (Fig. 3a, 3b) puis suivie horizontalement (Fig. 3c, 3d), la rugine étant utilisée à la manière d'un levier

L'abord du malaire et du pré-maxillaire

L'importance esthétique de la région est majeure dans l'équilibre de la face et sa correction, complexe, est souvent négligée ou insuffisante.

Sa dissection nécessite préalablement la dissection de l'arcade zygomatique, de la paroi et du rebord orbitaire latéraux. Le malaire et la région prémaxillaire sont abordés en continuant la dissection à la rugine et à l'aspirateur le long du rebord orbitaire latéral.

Le remodelage de la région se fait par meulage ou greffe osseuse.

Le remodelage osseux du masque facial

L'expansion de la paroi interne est réalisée en cas d'exophtalmie.

Il est souhaitable de l'aborder avant la paroi latérale, afin de décompresser déjà légèrement l'orbite.

La dissection est réalisée toujours à la rugine moyenne et à l'aspirateur.

L'effondrement est effectué dos de la rugine plaqué contre la paroi puis animée d'un mouvement de levier de dehors en dedans.

La reconstruction de la paroi interne est réalisée après la dissection du plafond.

La mise en place d'un éventuel matériau d'interposition est précédée de la dissection de l'artère ethmoïdale antérieure qui est coagulée et définit la limite postérieure de la dissection.

L'ablation de la paroi latérale est effectuée à la scie alternative, en protégeant le contenu orbitaire par une lame malléable et en écartant le muscle temporal par un écarteur de Langembeck.

La fenêtre osseuse est régularisée à la meule afin d'éliminer toute aspérité osseuse voire agrandie à la pince gouge.

Dans les expansions de paroi latérale pour exophtalmie basedowienne, la partie du muscle temporal située en regard de la fenêtre osseuse, doit en partie être réséquée pour éviter la transmission des mouvements musculaires au contenu orbitaire.

Reconstruction de la paroi latérale. La dissection préalable des faces interne et externe permet les gestes de réduction ou de mise en place de matériau d'apposition, permettant la reconstruction osseuse.

L'incision de la péri-orbite et du périoste est indiquée lorsqu'on souhaite une expansion des structures du contenu intra-orbitaire dans le cas d'une maladie de Basedow par exemple, ou une libération de la périorbite rétractée dans le cas de séquelles de traumatisme.

Nous incisons la périorbite et le périoste verticalement et horizontalement, puis poursuivons par une discision à la pince, qui accroît l'effet de l'incision.

Pendant le **meulage osseux** (Fig. 4a,4b), les structures orbitaires sont toujours protégées par une lame malléable et la poudre d'os est récupérée.

Le meulage peut concerner toutes les structures osseuses abordées :

- meulage des bosses frontales visant à lisser le front.
- meulage des rebords orbitaires supérieurs visant à diminuer leur proéminence dans l'œil creux, meulage de l'intérieur du pourtour orbitaire dans l'œil globuleux, meulage intérieur et des rebords orbitaires supéro-latéraux dans l'œil de cocker, accompagné d'une canthopexie externe étirée et relevée.
- meulage de la partie antérieure du plafond orbitaire et de la paroi latérale visant à augmenter légèrement la cavité orbitaire et à faire rentrer le contenu orbitaire dans l'orbite en cas d'œil globuleux ou exophtalme.

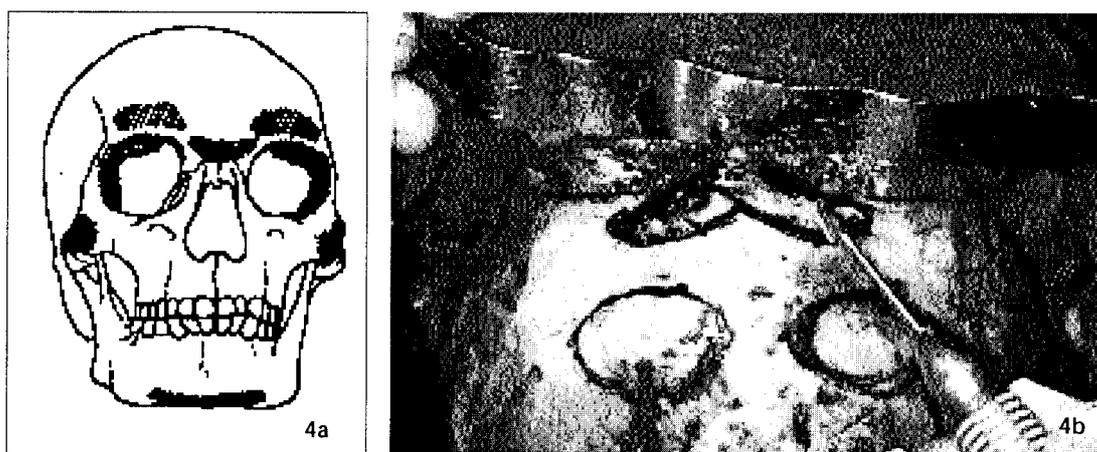
D'une manière générale tout meulage intérieur du cadre orbitaire agrandit l'orbite, entraînant un recul de l'œil, pouvant aller jusqu'à l'énophtalmie. Tout meulage extérieur du cadre orbitaire tend à aplatir l'orbite et à faire ressortir l'œil.

Dans les cas particuliers de sinus frontaux hypertrophiques, réalisant un faciès simiesque,

le meulage fronto-glabellaire est insuffisant. Nous réalisons une ostéotomie de la paroi antérieure du sinus frontal qui est impactée avec ou sans comblement du sinus par copeaux d'os.

Certaines malformations faciales telles le front en pain de sucre, imposent une reconstruction par cranioplastie en double équipe avec le concours d'un neurochirurgien.

Dans l'ophtalmopathie dysthyroïdienne, l'agrandissement de l'orbite dans ces trois diamètres est obtenu à la demande par meulage interne du pourtour orbitaire, ablation des parois latérale, interne et du plancher. Les cas extrêmes nécessitent en outre une augmentation du diamètre sagittal de l'orbite par greffes osseuses des pommettes, des arcades sourcilières et du rebord orbitaire latéral.



Figures 4a et 4b - Remodelage facial osseux par meulage

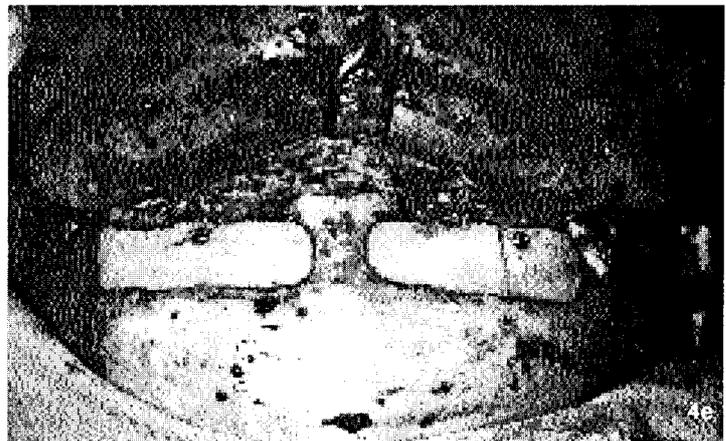
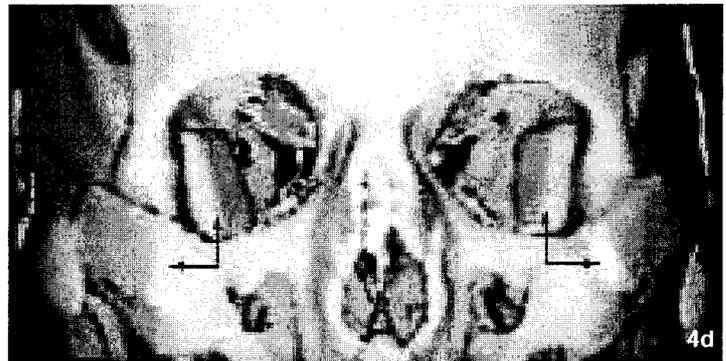
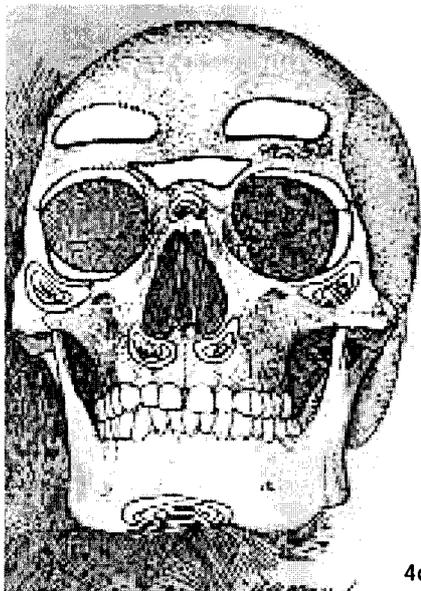
La mise en place de greffons (Fig. 4c, 4d, 4e) est un des temps fondamentaux du mask-lift. Elle nécessite un meulage préalable de la zone receveuse. Les greffons peuvent être placés en une ou deux épaisseurs, fixés par des vis, au fil d'acier ou simplement maintenus par la canthopexie externe. Il est nécessaire de prendre en compte l'épaisseur cutanée avant de décider du volume et de la forme des greffons. Les peaux épaisses supportées par un squelette osseux fort telle la peau d'homme, lourde, pileuse et inextensible, nécessiteront une hypercorrection pour obtenir un bon résultat. Inversement, les contours des greffes osseuses seront facilement visibles sous les peaux fines qui imposent une conformation optimale des greffons.

Nous avons recours à diverses formes de greffons : des baguettes cortico-spongieuses obtenues par dédoublement d'os crânien, des copeaux d'os obtenus par morcellement d'os crânien au TOM (Tessier Osseous Microtome) et de la poudre d'os.

- *les greffons intra-orbitaires* utilisés dans le petit œil sont cortico-spongieux, quadrangulaires et sont placés en pont sur la fente sphéno-maxillaire et en appui sur la paroi latérale de l'orbite, en arrière de son diamètre le plus grand ;
- *les grands creux frontaux* des adultes sont comblés par des copeaux d'os. Les rebords orbitaires supérieur ou latéral plats sont reconstruits par des baguettes osseuses visées dont les rebords sont adoucis par meulage et poudre d'os ;
- *les pommettes* peuvent être augmentées par des greffons triangulaires placés en avant du rebord orbitaire lorsqu'il est insuffisant, ou latéralement pour créer la pommette slave. Les greffons de pommette peuvent être fixés par vis ou maintenus en place par une dissection limitée de la région réalisant une loge de taille adaptée et verrouillée par la canthopexie externe ;

- les greffons d'apposition pré-maxillaires, placés par une incision vestibulaire supérieure, réduisent le sillon nasogénien, ouvrent un angle naso-labial fermé ou corrigent l'aspect de visage creux des rétro-maxillies avec articulé dentaire normal. Les greffes osseuses ne peuvent pas servir à augmenter la projection des lèvres qui est du recours de l'ostéotomie type Lefort I en cas de trouble de l'articulé dentaire ou de la simple augmentation labiale en cas d'articulé dentaire normal ;
- le menton occupe une place importante dans l'harmonie du visage de face et de profil. Le changement de forme du front, des pommettes et du nez impose souvent de retravailler le menton réalisant ainsi une profiloplastie.

Les greffons osseux du menton sont grossièrement quadrangulaires et sont placés par incision vestibulaire inférieure sans jamais dépasser en bas le rebord mandibulaire. Ils sont systématiquement fixés.



Figures 4c, 4d, 4e - Remodelage facial osseux par greffes osseuses

L'allègement du muscle frontal n'est pas systématique (Fig. 5a, 5b)



Figure 5a - La zone d'allègement du muscle frontal

Figure 5b - Résection fronto-galéale

Il est indiqué de façon bilatérale pour supprimer les rides frontales, ou de façon unilatérale pour symétriser le front en cas de paralysie faciale.

Les repères sont placés à l'aide de 6 aiguilles implantées de l'extérieur vers l'intérieur :

- une aiguille placée au niveau de la glabelle, deux aiguilles placées à 1 cm au-dessus de la partie centrale des sourcils. Les trois autres suivent la ligne précapillaire de scalp ;
- la résection est effectuée au bistouri manuel et au ciseau pointu droit en s'arrêtant au derme ;
- nous réséquons des bandes musculaires en gardant du tissu sain entre pour préserver le mouvement ;
- l'hémostase est soigneuse mais ne doit pas être excessive pour éviter le risque de nécrose ;

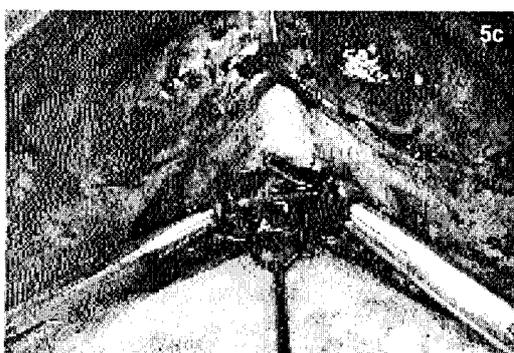


Figure 5c - Remodelage des parties molles par allègement des muscles corrugator

La résection du muscle corrugator (Fig. 5c) n'est ni systématique, ni totale.

Elle permet de supprimer les rides du lion.

La canthopexie externe (Fig. 6) est indispensable lorsque le canthus externe a été désinséré, soit par la dissection, soit de façon pathologique, elle est donc systématique dans le mask-lift.

De plus, elle n'entraîne une véritable modification de l'orientation de la fente palpébrale que si le plafond, la paroi latérale et le plancher ont été disséqués.

Elle peut être précédée par la réalisation d'une encoche sur le rebord orbitaire externe qui permet de loger la canthopexie externe, mais également d'allonger la fente.

Elle est effectuée en plaçant un crochet de Gillies sur la ou les structures représentant le canthus externe, en tractant en haut et en dehors, et en amarrant cette structure à l'aponévrose du muscle temporal par un fil de Mersuture® 2/0 dont l'aiguille a été passée dans le même trajet que le crochet de Gillies.

La réalisation de cette canthopexie externe varie selon de multiples facteurs tels que :

- le degré de rétraction des structures orbito-palpébrales, l'existence d'un état cicatriciel post-traumatique ou post-inflammatoire, l'existence d'une malformation. Elle est déterminante pour la correction d'un œil rond, d'une dystopie canthale externe ou d'une laxité palpébrale. Chez l'homme la lourdeur cutanée nécessite une hypercorrection systématique ;
- le degré de modification souhaité de l'orientation et de la forme de la fente palpébrale.

Le lieu de traction du crochet est capital : il est d'autant plus efficace qu'il se situe près du canthus et il relèvera d'autant plus le canthus externe qu'il s'amarquera près de la paupière inférieure. La force de traction intervient également, étirant d'autant plus la fente palpébrale que la traction est forte.

Ainsi, schématiquement, en chirurgie esthétique le crochet est placé à mi-chemin entre le canthus externe et le sourcil. Cette traction permet de redonner à la fente palpébrale la forme de l'œil jeune. En chirurgie réparatrice, plus les tissus sont rétractés, plus le crochet doit être placé près du canthus externe et plus la traction exercée doit être forte.

La résection de cuir chevelu n'est pas systématique et n'est jamais réalisée chez l'enfant.

Chez l'adulte, elle permet de remonter le sourcil, de remettre en tension le front et les parties molles qui ont été affaissées par la dissection.

Le lieu de la résection dépend de la zone à traiter : en région temporale pour remonter le sourcil dans sa partie externe, para-médiane pour remonter le sourcil dans sa partie interne ou sur toute la longueur pour un lifting de l'ensemble du front. L'importance de la résection est proportionnelle au degré de remise en tension souhaité. Une résection importante ne peut-être réalisée lorsque le front est petit.

Le lifting frontal élargi

Décrit par Lexer et Hunt en 1926, le lifting frontal sous-cutané a été peu utilisé à cause des problèmes de nécrose cutanée.

Le lifting frontal sous-galéal lui a succédé et permettait de réaliser diverses myoplasties (muscles frontal, procerus et corrugator). Il est aujourd'hui supplanté par le lifting frontal endoscopique qui répond aux mêmes indications en étant moins invasif.

Notre technique de lifting frontal élargi se fait dans le plan sous-périosté en incluant la dissection des rebords orbitaires supérieurs et latéraux jusqu'au canthus externe qui est laissé en place. Il permet le remodelage osseux des bosses glabellaires, des rebords orbitaires et de réaliser de véritables myectomies du muscle frontal. Il permet en outre une résection cutanée.

Ses indications sont donc différentes du lifting endoscopique : petit front à agrandir, rides majeures de la région frontale avec excès cutané, ptose importante des sourcils, glabellum ou rebord orbitaire proéminents, agrandissement modéré de l'œil par simple meulage orbitaire supérieur.

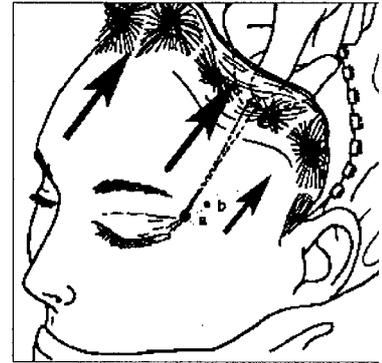


Fig. 6 - Canthopexie externe et redrapage du masque facial sur le squelette osseux :
- point a : mise en place du crochet dans le canthus en chirurgie réparatrice ;
- point b : mise en place du crochet entre le canthus externe et le sourcil, en chirurgie esthétique

Suites opératoires et complications

Un pansement occlusif et légèrement compressif est gardé douze heures. Des compresses glacées sont appliquées les trois premiers jours et la position semi-assise est conseillée pendant une semaine.

Des oedèmes ou hématomes palpébraux peuvent malgré tout apparaître et se résorber en une dizaine de jours.

Le visage se normalise en une vingtaine de jours, la fente palpébrale étirée par la canthopexie externe se relâche pour se stabiliser au deuxième mois.

Le résultat définitif est acquis à la fin de la première année et persiste à long terme.

Les complications potentielles sont principalement d'ordre ophtalmologique :

- un *chémosis* peut être craint lorsque des manœuvres per-opératoires ont favorisé son apparition : dissection difficile de la région canthale externe ou tentatives de canthopexie externe répétées. Une tarsorrhaphie externe temporaire (12 h) peut être mise en place en fin d'intervention, accompagnée d'une injection sous-conjonctivale de corticoïdes ;
- une *kératite* par inocclusion transitoire ou sécheresse cornéenne, une baisse d'acuité visuelle transitoire par compression per-opératoire ou une diplopie sont exceptionnelles dans notre expérience.

Une paralysie faciale temporo-frontale peut survenir lors de la dissection sous-périostée de l'arcade zygomatique. Les facteurs de risques principaux sont sa dissection trop médiane lésant la branche temporo-frontale du nerf facial ou une chirurgie secondaire, la fibrose cicatricielle rendant plus difficile la dissection. Les parésies faciales transitoires sont rares et les paralysies faciales inexistantes dans notre expérience.

Un prurit du cuir chevelu, désagrément commun à toutes ses dissections, peut durer jusqu'à un an.

Les alopecies sont rendues exceptionnelles par une incision dans le sens des bulbes pileux, des coagulations très prudentes sur la tranche de section du cuir chevelu et l'utilisation d'agrafes.

Une insensibilité frontale temporaire est fréquente et disparaît dans les trois premiers mois, tandis que celle du cuir chevelu peut se prolonger jusqu'à un an.

Indications et contre-indications

Que sommes-nous en droit d'attendre du mask-lift ?

- du caractère, donné à un visage ordinaire ;
- de l'éclat, donné à un visage terne ;
- de la gaieté donnée à un visage triste dont on aura gommé les lignes descendantes ;
- et dans tous les cas un embellissement certain et une plénitude donnée par l'ouverture du regard.

Opère-t-il des changements ?

Oui, parce qu'il apporte embellissement et rajeunissement.

Non, dans la mesure où une permanence identitaire persiste, sauf dans les cas d'une demande expresse justifiée par une étude morphologique attentive.

Chirurgie plastique de la face

La démarche du mask-lift est une démarche spécifique parce qu'elle vise à s'inscrire dans la durée. Elle s'adresse donc à celles qui veulent rajeunir et embellir pour longtemps à condition de pouvoir assumer la préparation, la chirurgie et les suites postopératoires.

On a la chirurgie esthétique qu'on mérite!

En dehors des contre-indications médicales ophtalmologiques ou liées à l'âge, la seule véritable contre-indication au mask-lift correspond aux personnalités pathologiques telles que dysmorphophobes ou personnalités narcissiques qui n'assumeront pas les conséquences postopératoires.

