

CAS CLINIQUE

Rajeunissement facial et injectables

→ E. ESSAYAGH, J. BOUHASSIRA

Service de Chirurgie plastique, Hôpital Henri-Mondor, CRÉTEIL.

Nous vous présentons le cas d'une patiente de 53 ans, demandeuse d'un rajeunissement facial. Cette patiente, qui n'a pas d'antécédent particulier, est fumeuse et n'a jamais eu recours à la médecine ou à la chirurgie esthétique, hormis des injections de toxine botulique au niveau fronto-orbitaire dont la dernière remonte à 3 mois. Elle se plaint de l'aspect globalement fatigué que reflète son visage, et désigne assez facilement ses sillons nasogéniens et ses plis d'amertumes comme responsables. Elle vient à la consultation avec une photo d'elle, prise à l'âge de 23 ans. Cette photo (*fig. 1*) est surexposée, effaçant ainsi toute zone d'ombre, et elle arbore un sourire harmonieux sur cette dernière.

À l'examen clinique (*fig. 2*), la patiente présente une perte des volumes de la face prédominant sur les tempes, les cernes, les joues, la partie médiale des pommettes au niveau de la vallée des larmes, ainsi qu'un relâchement cutané modéré global centripète, entraînant l'aspect prononcé des sillons du tiers médian du visage: les sillons nasogéniens et les plis d'amertumes.

On constate une diminution de la pureté des contours de l'ovale de son visage prédominant au niveau temporal, sous-malaire, en regard des dépressions péri-mentonnières et la présence de cernes par creusement.

Elle conserve néanmoins une bonne symétrie des moitiés tant en statique qu'en dynamique, une belle harmonie des proportions des différents éléments de son visage.

Les pommettes se mobilisent discrètement et en souplesse lors du sourire, et peu de zones d'ombre apparaissent sur les rides d'expression lors de la contraction des muscles peauciers du fait de l'action de la toxine botulique. Les lèvres sont légèrement déshydratées et amincies. La peau ne présente pas de perte de tonicité au niveau des cernes.

Quelle prise en charge peut-on lui proposer ?



FIG. 1: Photo de la patiente à 23 ans.



FIG. 2: Patiente à 53 ans de face et de trois quarts.

CAS CLINIQUE

Plusieurs options thérapeutiques peuvent être envisagées

1. La solution chirurgicale : le *lifting cervicofacial*

Cette solution chirurgicale permet en premier lieu de corriger la ptose tégumentaire par la remise en tension de la peau et du SMAS sous-jacent.

Cette solution n'a pas été retenue parce que la patiente présente au premier plan une fonte partielle des compartiments graisseux de la face.

Le *lipofilling*, couplé au *lifting*, pourrait en effet permettre d'y remédier ; mais cette solution nous a paru trop invasive et disproportionnée par rapport aux problèmes et aux attentes de notre patiente.

2. La solution non chirurgicale

• Les fils tenseurs

On discute ici des fils de tension de stimulation résorbables d'acide polylactique et/ou polydioxanone. Ces fils ne constituent pas une bonne indication ici car leur effet tenseur est très modéré par l'absence de point d'ancrage fixe, et surtout parce qu'ils n'offrent pas la possibilité, chez cette patiente, de repositionner les volumes de manière efficace et durable dans les endroits où cela est nécessaire.

• La volumétrie faciale par injection d'acide hyaluronique

C'est la technique que nous avons choisi chez cette dame dont le trouble majeur est une fonte volumétrique des compartiments graisseux de la face responsable en grande partie, à notre avis, du relâchement des téguments, associée de manière physiologique à la fonte musculaire et à la résorption osseuse. Les acides hyaluroniques volumateurs

ont été choisis parce qu'ils offrent à l'heure actuelle une sécurité élevée, un rendu naturel et une pérennité suffisante (environ 12 à 18 mois), permettant, à moindre coût et par petites retouches, d'adapter le traitement initial au degré d'évolution naturel du vieillissement du visage. Au niveau du cerne, nous avons choisi un acide hyaluronique ferme, mais le moins hydrophile possible.

Du point de vue technique, un choix s'effectue pas à pas entre aiguille

et canule, bolus et rétrotraçante, au contact périosté ou en sous-dermique avec comme objectif de respecter la sécurité du point de vue anatomique et l'efficacité de chaque injection pour utiliser le moins de produit possible et ne pas alourdir le visage.

La volumétrie a été réalisée de la façon suivante (*fig. 3*) : après marquage soigneux et très précis de repères sur la peau au crayon dermographique nous avons choisi une séquence d'injections partant du haut vers le bas, du niveau

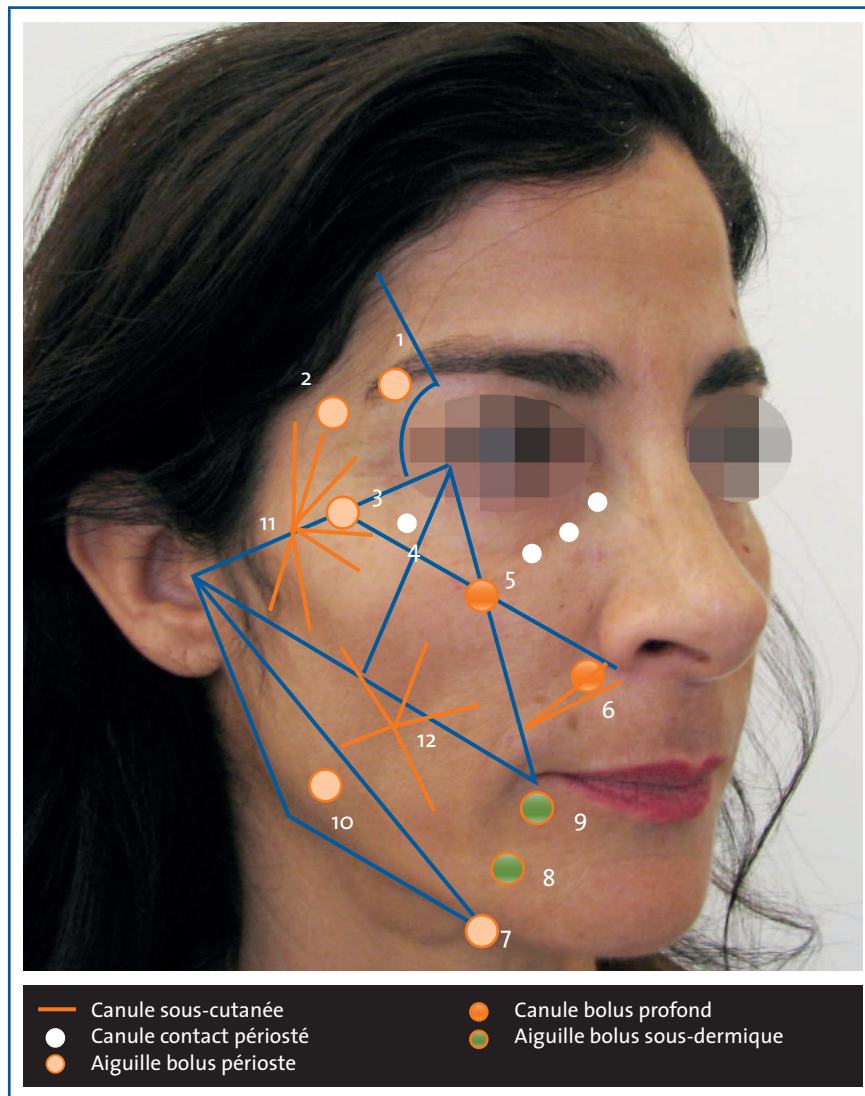


FIG. 3.



FIG. 4 : Avant et après traitement.

temporal haut au sillon nasogénien, puis du bas vers le haut, partant du rebord mandibulaire vers les commissures labiales en continuant par l'angle mandibulaire et la région jugale. Nous avons terminé par le traitement du cerne.

Le résultat à 3 semaines est présenté en confrontation avec sa photo ancienne (fig. 4).

Présentation détaillée de notre intervention (fig. 3)

1. Correction de la zone temporale en deux injections (en tout 0,4 mL à 1 mL par côté)

Nous définissons une séquence d'injection débutant par un point d'entrée situé à 1 cm en dehors du rebord orbitaire et 1 cm en dessous de la crête temporale (Point 1, fig. 3). L'injection en bolus se fait à l'aiguille 27 G au contact périosté, introduite perpendiculairement au plan cutané. Le pouce de la main libre est placé sur cette crête temporale afin de limiter la progression du filler vers le haut et aussi à favoriser sa progression latéralement et notamment vers le coussinet adipeux de

Charpy, offrant ainsi un léger effet *lift* de la queue du sourcil. Ce point rétablit ainsi une continuité de contour adoucie entre l'aire frontale et l'aire temporale.

Le Point 2 est effectué également en bolus à l'aiguille au contact périosté en plein milieu de la zone temporale d'intérêt esthétique, limitée en haut par la crête temporale, en bas par la ligne *canthus* externe-*tragus*, en dehors par la lisière des cheveux et en dedans par le rebord orbitaire.

À ce niveau, l'aiguille franchit aisément le dédoublement aponévrotique et bute contre le périoste à une profondeur peu importante afin de remplir la cavité temporale de manière efficace avec peu de produit, c'est-à-dire en rétablissant une continuité de contour entre la crête temporale et le point le plus haut de la pommette (Point 3).

2. Correction de la zone de la pommette en trois injections (0,5 mL par côté)

Les contours de la pommette sont dessinés en définissant le triangle *canthus* externe-*tragus*-commissure. La bis-

sectrice passant par *canthus* externe-milieu du côté inférieur est tracée. Un segment parallèle au côté inférieur et passant par l'aile du nez coupe notre figure en 3 points (Points 3, 4 et 5). Nous définissons ainsi :

- le Point 3 correspondant au point le plus haut de la pommette en continuité avec l'aire temporale ;
- le Point 4 de projection maximale de la pommette, en général en regard du cadre orbitaire externe ;
- et le Point 5 correspondant à la vallée des larmes.

Ici, le Point 3 est effectué à l'aiguille, perpendiculairement au plan cutané, au contact périosté de l'arcade zygomatique, par un bolus rétablissant une belle continuité entre la tempe et la pommette (0,3 mL). La projection osseuse de la pommette étant jugée ici suffisante, le Point 4 n'est pas injecté.

Une deuxième injection est réalisée de manière rétrotraçante et en bolus à la canule 25 G au sein de la vallée de larmes (Point 5), apparaissant le plus souvent comme une travée linéaire déprimant le relief de la pommette. Cette injection de 0,2 mL est réalisée à la canule dans la couche superficielle du tissu sous-cutané.

3. Correction du sillon nasogénien en deux injections (0,3 mL par côté)

L'essentiel de la correction du sillon nasogénien réside dans le *filling* des zones latérales selon la séquence décrite plus haut (tempes en premier plan et pommettes en second). En effet, ces zones, une fois remplies, vont remettre en tension en haut et en arrière les téguments cutanés et déplisser le sillon nasogénien.

Nous définissons un point situé au centre "du triangle d'ombre" (Point 6) à la partie supérieure du sillon nasogénien, au sein duquel nous injectons un bolus de 0,2 mL en sous-cutané à la

CAS CLINIQUE

canule 25 G. Le bolus est massé pour aider le sillon nasogénien à se déplisser dans cette zone la plus prononcée.

Le sillon nasogénien est ensuite déstructuré à la canule par quelques passages en sous-dermique, puis rempli par une injection rétrotraçante de 0,1 mL.

4. Correction de la dépression périmentonnaire (bas joue) (0,2 mL par côté)

Nous repérons le point le plus concave de la dépression (**Point 7**), et y injectons un bolus de 0,2 mL au contact de l'os à l'aiguille 27 G. Le bolus est massé pour corriger la totalité de la dépression et pour rétablir la continuité de la courbure inférieure du visage.

5. Correction de la ride d'amertume en trois injections (0,3 mL par côté)

Le pli d'amertume est corrigé par trois injections en "cloutage", c'est-à-dire à l'aiguille, perpendiculairement au plan cutané, en pleine dépression concave, en poussant continuellement sur le piston de la seringue depuis l'introduction de l'aiguille dans le plan dermique profond puis sous-cutané superficiel et en retirant l'aiguille juste avant qu'elle ne pénètre le derme superficiel. Le débattement de l'aiguille est d'environ 3 mm. Cette technique a pour effet "d'armer" le tissu cutané sans l'alourdir.

Un bolus de 0,05 mL est injecté juste en dessous de la commissure labiale, permettant de la relever (**Point 8**).

6. Correction de l'angle mandibulaire par une injection (0,3 mL par côté)

Le repérage précis est défini par un triangle isocèle et harmonieux (doré)

défini par *tragus-gonion-ligament mandibulaire*. La bissectrice passant par le gonion est tracée. Cette dernière est divisée en trois tiers. Le **Point 10** est situé entre le tiers supérieur et moyen, permettant à la fois un élargissement du cadre du sourire lorsque nécessaire, et une remise en tension de la ligne mandibulaire synonyme de jeunesse (en combinaison au traitement de la dépression périmentonnaire). L'injection se fait en bolus à l'aiguille, en plein muscle masséter, pour plus d'efficacité qu'un *filling* à la canule en termes de projection, la canule conservant néanmoins un intérêt important de relissage sous-cutané, sans augmentation importante de volume lorsque celui-ci est indiqué.

7. Correction de la zone temporo-latérale basse par une injection 0,2 mL par côté

Il s'agit ici du **Point 11** situé en regard de l'apophyse zygomatique assez proche du **Point 3**. Le point d'entrée est réalisé à l'aiguille 23 G qui traverse juste le derme, puis une canule 25 G est introduite dans le plan sous-dermique et se déplace en éventail vers le haut en direction du **Point 2**, en dedans et en sous-cutané profond vers le **Point 4**, et en bas en sous-dermique vers la région du tragus. Ici, peu de produit suffit à rétablir une belle continuité temporo-latérale et également un effet tenseur vers le haut des téguments par simple effet mécanique.

8. Correction de la région médiojugale par une injection (0,2 mL par côté)

Ici le point d'entrée (**Point 12**) est réalisé à l'aiguille 23 G en regard de la boule de Bichat, au cœur de la dépression la plus

concave de la joue, et ne fait que traverser le derme. Puis une canule 25 G est introduite et distribuée en éventail sur 360° le *filler* en sous-cutané superficiel afin de diminuer la dépression jugale, sans pour autant l'effacer totalement pour maintenir une définition suffisante des différentes unités esthétiques de la mésiface. Ce travail n'intervient qu'à ce moment, car le traitement préalable des autres zones a permis une remise en tension utile et préalable de la zone médiojugale qu'il ne faut pas alourdir ici.

9. Correction du cerne par creusement par une injection (0,3 mL par côté)

Ici, la correction s'effectue à la canule 25 G avec un point d'entrée situé entre les **Points 4 et 5**. La canule se dirige en profond vers le *canthus* interne, et l'on dépose au contact périosté trois petits bolus de *filler*, de dedans en dehors, jusqu'à la ligne médiopupillaire, qui suffisent à projeter les téguments vers le haut, rétablissant ainsi une belle continuité entre la paupière inférieure et la pommette. Le traitement est complété par une injection à l'aiguille fine 29 G au contact périosté, dans la partie latérale du cerne.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.