

Liposculpture cervico-faciale

JAËN Christian (Toulouse)

La **liposculpture cervico-faciale** permet par une **tunellisation non aspirative** dans un premier temps, associée à une **aspiration adaptée dans un deuxième temps**, d'obtenir une restauration de l'ovale du visage

Cet « effet lift » est obtenu par la fibrose cicatricielle rétractile.

1) Rappel Anatomique :

De façon schématique, la région cervico-faciale se décompose en trois plans :

- a) En dehors, le **Système Adipo Cutané Superficiel** (S.A.C.S.)
- b) Au contact du S.A.C.S. le **Système Musculo Aponévrotique Superficiel** (S.M.A.S.)
- c) Sur la face ventrale du S.M.A.S. la deuxième couche musculaire et les structures vasculo-nerveuses.

Le plan anatomique concernant la technique de liposculpture de la région cervico-faciale est le S.A.C.S. Nous limiterons notre description au S.A.C.S.

au S.M.A.S. directement au contact du S.A.C.S.,
aux zones à risques.

Le S.A.C.S. :

C'est un plan anatomique comprenant la peau et le tissu adipeux sous jacent.

Le S.A.C.S. recouvre la région cervico-faciale.

Trepsat observe que la couche grasseuse s'épaissit au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'oreille vers le malaire et la joue.

On comprend donc l'intérêt de faire un travail de tunellisation dégressif sur cette zone, allant du tissu adipeux le plus épais vers le moins épais.

Il observe aussi que dans la partie haute du sillon naso-génien, la graisse s'épaissit au niveau du bourrelet, ou elle est concentrée, « parfois tubulisée et organisée » quand ce bourrelet est très important et ancien.

Trepsat note aussi lors du décollement sous-graisseux (séparation du plan profond du S.A.C.S. et du S.M.A.S.) que cet espace est « extrêmement peu hémorragique, car on ne rencontre que peu de perforantes. »

Le S.M.A.S. :

Immédiatement au *contact de la face profonde du S.A.C.S.*, le S.M.A.S. est une structure anatomo-chirurgicale strictement dérivée du platysma primitif et dépendant du fascia superficialis corporalis

Elle ne présente aucune insertion osseuse.

C'est un feuillet fibromusculaire sous-cutané continu :

La partie musculaire composant le S.M.A.S. est faite du muscle platysma et du muscle rysorus.

Le fascia superficialis corporalis prolonge la structure musculaire vers l'arcade zygomatique.

Ventralement, le S.M.A.S. ne s'étend pas jusqu'au pli naso-génien et à la lèvre supérieure.

Il n'a pas d'existence anatomique en dedans du muscle grand zygomatique.

La vascularisation artérielle du S.M.A.S. et de la peau :

elle est assurée par l'artère faciale et ses branches, qui forment un réseau vasculaire sous le platysma et sous le S.M.A.S. parotido-masstérin

L'artère faciale pénètre en profondeur dans la loge sous maxillaire et passe au dessus de la glande en décrivant une première courbe à concavité inférieure.

Elle s'infléchit ensuite et embrasse le bord inférieur de la mandibule près du bord antérieur du muscle masséter (pouls mentonnier) selon une deuxième courbe (sous-maxillaire) à concavité supérieure. Le pouls mentonnier est un repère anatomique important car à son niveau le rameau mandibulaire supérieur du nerf facial croise superficiellement l'artère facial (zone à risque)

L'artère faciale remonte ensuite sur la face ou elle chemine entre les plans superficiels et profonds des muscles peauciers.

Son trajet est sinueux : elle passe en dehors de la commissure labiale des lèvres (pouls de la commissure labiale) puis se redresse pour longer le sillon naso-génien ou elle prend le nom d'artère angulaire avant de s'anastomoser à l'angle interne de l'œil avec l'artère nasale, branche de l'ophtalmique.

L'artère transversale de la face, parallèle au bord inférieur de l'arcade zygomatique, s'anastomose à l'artère angulaire après avoir distribué quelques perforantes pour le S.M.A.S., le muscle orbiculaire et la peau.

La vascularisation cutanéograsseuse est assurée par deux réseaux : l'un principal par des perforantes traversant le S.M.A.S., l'autre par des artères directes à destinée cutanéograsseuse

Quelques particularités anatomiques :

a)Les points fixes ostéo-cutanés de la face :

Ce sont des adhérences tendues du derme au périoste ; elles sont centrées par un petit pédicule artério-veineux.

Quatre points ostéo-dermiques sont décrits :

*Zygomatique(Mac Grégor), latéral par rapport à l'insertion du muscle grand zygomatique.

*Mandibulaire (Furnas) qui traverse le platysma et s'insère sur le tiers antérieur du corps de la mandibule au-dessus du rebord mandibulaire ? Il délimite la partie antérieure des bajoues.

*Orbitaire (Pslakis) tendue de la partie externe du rebord orbitaire au muscle orbiculaire des paupières. Il délimite, avec le point fixe zygomatique, la formation de la patte d'oie.

*Massétéris, tendues du bord antérieur du muscle masséter au S.M.A.S. massétéris. Ils sont responsables de la dépression jugale (Planche n°4) .

Ces points fixes jouent le rôle de poulie des muscles superficiels.

Ils limitent les déplacements cutanés lors de la mimique.

Ils assurent un rôle vasculaire.

Ils luttent contre la pesanteur.

Pour Furnas, la libération du point fixe mandibulaire est nécessaire lors d'un lifting pour un bon redrapage cutané de la bajoue.

b)Les tissus graisseux jugo-malaires :

il existe deux plans graisseux malaires, un superficiel, l'autre profond.

**Le tissu graisseux jugo-malaire superficiel :*

c'est le tissu graisseux sous cutané, prolongement du tissu graisseux sous cutané latéro-facial.

Epais et dense, il s'étend à la joue

**Le tissu graisseux malaire profond :*

c'est le prolongement zygomatique de la boule de Bichat

Les tissus graisseux malaires superficiel et profond, alors qu'ils sont séparés sur leurs plus grandes surfaces, présentent une continuité.

Cette continuité est limitée en dehors par le muscle grand zygomatique, en haut par le muscle orbiculaire des paupières et en dedans par le muscle releveur de l'angle de la bouche.

c)La décussation du muscle platysma :

selon Cardoso de Castro , la distribution médiane du muscle platysma se fait selon trois types. Dans le type 3, la décussation est nulle et laisse la zone profonde sous-mentonnière ouverte

2) Les dangers anatomiques :

a)La zone de continuité entre les tissus graisseux malaires superficiele et profond :

une tunellisation qui ne serait pas strictement parallèle au plan cutané risquerait par effraction de cette zone de continuité de léser des éléments vasculo nerveux sous jacents.

b)La décussation de type trois du muscle platysma expose au même risque :

La graisse rétro platysmale est une zone de drainage lymphatique, avec le réseau lymphatique sous-mental et sous maxillaire (risque de lymphorées).

c)Le rameau auriculaire postérieur du nerf facial :

il peut être lésé lors de la tunellisation rétro auriculaire et entraîner une paralysie du muscle occipital et un glissement vers l'avant du scalp attiré par les muscles frontaux .

d)La branche auriculaire du plexus cervical superficiel :

il croise le bord dorsal du muscle sterno-cleido_mastoidien, chemine à ,la face superficielle de l'aponévrose de ce dernier, et devient superficiel dans la région sous-auriculaire (la lésion du tronc entraîne une anesthésie définitive du lobule de l'oreille).

e)La veine faciale croise la face inféro-externe de la glande sous-maxillaire :

rarement, elle chemine dans un dédoublement de l'aponévrose cervical superficielle ou elle peut être lésée.

f) Les rameaux post- parotidiens du Nerf Facial :

Ils cheminent entre le muscle masséter et le S.M.A.S. à la sortie de la parotide dans un fascia cellulaire et se subdivisent en de nombreuses ramifications destinées aux muscles de la mimique.

Il existe de nombreuses anastomoses, véritables plexus, qui permettent la suppléance nerveuse en cas de section de l'une de ces branches.

Seuls les rameaux extrêmes (mandibulaire et temporal) sont particulièrement vulnérable. La branche supérieure du rameau mandibulaire croise précocement le bord inférieur de la mandibule, et croise superficiellement l'artère facial.

3) Les indications :

Tout empattement vrai de la région jugale et sous mentale.

4) Les contre indications :

C'est essentiellement l'exés de peau liée à une ptôse cutanée et à une fonte tissulaire sans hypertrophie adipeuse.

Un exés de peau associé à une perte d'élasticité cutanée implique un geste de lifting
Dans certains cas d'exés de peau modéré avec une relative élasticité cutané conservée, un rééquilibrage du visage par lipofiling est associé à la liposculpture : le comblement des zones « en creux » et la fibrose rétractile permette d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant

L'appréciation clinique est intimement lié à l'expérience de l'opérateur dans la technique.

5) La technique anesthésique :

Nous utilisons la technique d'infiltration tumescence de Klein, avec la composition suivante :

*250 cc de sérum physiologique

*5 cc de Xylocaïne à 2%

*2 cc de Bi- Na à 1,4%

Le matériel d'infiltration est simple :

*seringue de 10 cc Luer Lock

*Aiguille verte de « gauges

Plusieurs boutons dermiques de Xylocaïne Adrénalinés à 1% sont faits (Foto 1). La solution de Klein est injectée lentement, **en restant « strictement » dans le plan sous cutané**. Dès qu'une sensation douloureuse apparaît, la zone est «massée » doucement afin de permettre une diffusion homogène de la solution, et de diminuer la douleur liée à la distension tissulaire. La lente distension tissulaire associée à l'action vaso-constrictive de l'adrénaline créé **un effet « garrot »** au niveau du système artérioveineux du S.A.C.S. et diminue ainsi le risque de bolus intra vasculaire de produits anesthésiques.

La couleur de la peau devient blanche, témoin de l'efficacité de l'adrénaline ; nous repiquons et réinjectons en lisière de cette première zone infiltrée.

Cette progression lente, de proche en proche, est essentielle, car elle réalise **une véritable hydro-dissection** au niveau des « tractis » fibreux et des éventuelles synéchies pré existantes et secondaires à d'autres actes esthétiques.

Il nous paraît dangereux dans une région où des éléments vasculo-nerveux sont proches du derme d'utiliser un matériel comme la pompe d'infiltration qui ne permet pas une parfaite maîtrise du geste et du débit.

L'infiltration (Foto 2) est limitée en haut par le rebord orbitaire ,
en dedans par le sillon naso-génien et les plis d'amertume,
en dehors par la région pré-auriculaire ;

elle déborde la mandibule et s'étend dans la région sous mentale jusqu'à la fourchette sternale, et en dehors jusqu'au bord interne du muscle sterno-cleido-mastoidien. Une fois l'infiltration terminée, une attente de 15 minutes permet une meilleure action de la solution de Klein au niveau tissulaire. Un masque facial réfrigérant est appliqué afin de majorer l'action vaso-constrictive par le froid. L'effet du froid diminue aussi les douleurs résiduelles secondaires à l'infiltration et par cette action antalgique diminue le stress de la patiente.

6) La technique chirurgicale :

Deux incisions punctiformes sont faites à la lame n°11 au niveau jugale :

*dans le tiers inférieur du sillon naso-génien

*à deux cm en avant et en dedans du tragus, dans la région pré-auriculaire.

Trois incisions sont faites dans la région sous mentale :

*sous la pointe du menton

*dans la région sous mandibulaire, en regard de la branche montante du maxillaire inférieur.

En fonction de la forme du cou, nous décidons de faire ou pas une incision au sommet de l'angle cervico mentonnier :

dans certains cas d'angle fermé, cette incision supplémentaire est nécessaire afin de permettre un travail régulier en plans croisés, et ainsi d'obtenir une fibrose cicatricielle rétractile satisfaisante.

Comme Fournier nous l'a enseigné, « il faut se rapprocher le plus possible du défaut à traiter ».

Un traitement à distance avec une longue canule expose au risque de ne pas être strictement parallèle au plan cutané et de léser des vaisseaux ou nerfs sous jacents.

Le 1^{er} temps opératoire consiste en une tunellisation soigneuse, non aspirative, en plans croisés, avec une canule de 1,5 mm de diamètre ou 2 mm (Foto 3).

Afin de permettre un geste plus précis, la canule est directement tenue par la main de l'opérateur, sans être montée sur une seringue.

La main libre tend les tissus en écartant le pouce et l'index posés sur la peau, limitant ainsi le risque d'une effraction sous jacente.

La zone péri-orbitaire est très riche en tracts fibreux, et l'utilisation d'une canule à l'extrémité ovoïde et non arrondie permet d'avoir une action « disséquante », et de trouver le « bon » plan de clivage sans effort.

Une canule plus grosse à l'extrémité arrondie demande un effort de tunellisation plus grand, et va majorer le risque d'effraction de plans plus profonds par « plicature » des tissus.

Une héli-face est traitée dans un premier temps et permet d'apprécier l'ovale du visage qui est redessiné uniquement par la lipodestruction induite par la tunellisation.

L'autre héli-face est tunellisée de façon symétrique.

Le 2^{ème} temps opératoire consiste en une lipoaspiration adapté à la forme du visage. Le plan sous-mental est soigneusement traité puis un travail dégressif est fait du contour de la mandibule à la zone malaire (Foto 4). Bien évidemment, la liposculpture est plus importante sur le contour mandibulaire et va insister sur les zones les plus empâtées.

Le pincement et la traction-relachement de la peau permet de contrôler la résection grasseuse : une élasticité doit être conservée.

Le trajet de la canule doit rester bien parallèle au plan cutané ; les deux portes d'entrée faites au niveau jugal permettent de croiser les plans de tunellisation. L'opérateur travaille soit en «tendant » les tissus entre le pouce et l'index, soit en faisant un « palper-rouler » qui permet de guider la trajectoire de la canule et de pouvoir ainsi dans le même temps de travailler en superficie et en profondeur.

Les incisions sont suturées au Proléne 6/0 . Les points sont enlevés au 4^{ème} jour.

7) Les suites opératoires :

Un drainage lymphatique manuel est fait immédiatement sur la table opératoire.

Il sera renouvelé tous les deux jours pendant une semaine.

Une contention souple de type « Press-lift Z médical » est portée par période de trois heures de façon discontinue pendant une quinzaine de jours.

Le but de cette contention élastique est d'assurer un micro-massage permanent entre la contention élastique et le jeu des muscles de la mimique : ainsi, nous obtenons une « relance » de la circulation véino-lymphatique et une résorption plus rapide de l'oedème.

Afin de garantir un bon drainage veineux cervical, on conseille à la patiente de surélever la tête du lit de 15 °.

L'antibiothérapie classique à type d'amoxicilline est prescrite pendant 6 jours, associée à du paracétamol.

8) Les complications

La littérature médicale décrit :

- des résultats insatisfaisants liés à une mauvaise indication ou à une insuffisance technique.
- des pigmentations qui, sans exposition solaire pendant un an finissent par s'estomper.
- des fossettes ou sillons, résultant d'une tunellisation trop incisive et trop superficielle.
- des parésies transitoires, surtout au niveau de la branche cervicale, altérant la mimique buccale, qui s'estompent après six semaines.

Nous avons dans notre série un saignement veineux sous-maxillaire latéralisé à droite et se traduisant par un gonflement de la zone.

Cet incident s'est produit en fin d'intervention ; une compression immédiate de la zone associé et l'application de glace à permit de limiter le saignement.

L'hématome qui en a résulté s'est complètement résorbé en quinze jours avec des soins physiques (drainage, massage, ultrasons, endermologie).

Nous attribuons cette complications à deux causes probables :

* un trajet superficiel non habituel d'une branche de la veine faciale

* la fin de l'efficacité de la vasoconstriction adrénaliné associée à une lésion veineuse

9) Discussion et commentaires des résultats

Hypothèse :

La tunellisation non aspirative permet d'obtenir un tissu fibreux cicatriciel et une rétraction cutané et ainsi de redéfinir l'ovale du visage.

Cette tunellisation doit être strictement dans le tissu graisseux afin de provoquer une cicatrisation graisse-graisse .

Elle doit respecter le complexe dermo-sous dermique et ne pas léser l'aponévrose.

Pour Illouz, la sclérose cicatricielle induite par la tunellisation est presque'aussi importante que dans le décollement continu du lifting.

La réjuvenation du visage est majorée par la prolifération de fibroblastes, et la néo-vascularisation.

Résultats :

Photos 5a, 5b et 5c :

La photo 1b montre la patiente cinq ans après l'intervention.

Nous avons simplement complété notre geste par une blépharoplastie supérieure.

Photos 6a et 6b :

La photo 6a montre le résultat d'un lifting cervico-facial à huit mois.

La patiente est insatisfaite, car le motif de consultation était la « gêne provoquée par le double-menton et l'empattement de la mandibule »...

La photo 6b montre le résultat obtenu après liposculpture cervico-faciale.

Photos 7a et 7b :

La photo 7b montre la bonne redéfinition du contour mandibulaire. Nous nous demandons si le pont ostéo-dermique de Furnas n'est pas en partie levé par la tunellisation dans sa partie dermique..

Photos 8a et 8b :

Ces deux résultats montrent comment,chez la femme de la quarantaine, discrètement empâtée, la redéfinition de l'ovale du visage a un effet de rajeunissement intéressant : l'aspect alourdi et fatigué est atténué, les nouveaux volumes prennent la lumière de façon différente.

Le regard paraît plus jeune, pourtant dans ces deux cas aucune blépharoplastie n'a été faite...

Photos 9a et 9b, 10a et 10b :

Lipoaspiration de la face et sous-mental.

En conclusion :

La technique de liposculpture par tunellisation provoque une fibrose cicatricielle ascendante qui redéfinit l'ovale du visage et la région sous-mentale. Les conditions de sécurité sont réalisées par une infiltration tumescence de qualité et l'utilisation de canules

de diamètre égal ou inférieur à deux mm. Il ne faut pas hésiter à multiplier les portes d'entrées afin de rester bien parallèle au plan cutané.
Cette technique peut être un bon complément du lifting à condition que les indications soient bien posées.

Bibliographie :

1. TREPSAT F. Le lifting du SACS Vidéo 1993
2. DELMAR H ; Les nouveaux liftings. Annales de Chirurgie Plastique 1994 . Volume 39(597-622)
3. TREPSAT F. Les nouveaux liftings. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique . Volume 30 (597-622)
4. JAËN C. Approche graduelle du rajeunissement cervico-facial par lipoaspiration combinée des joues et du double menton. Journal de Médecin Esthétique et de Chirurgie Dermatologique. Volume XXV N°97 (35-42)
5. CRUNELLE B. ; BOIVIN D. Lipoendosculpture de la région cervicale. 4^{ième} Congrès de la Société Française de Lipoplastie. Marseille 1998
6. ILLOUZ Y.G. La sculpture chirurgicale par lipoplastie Arnette (297-315)



Photo 5a



Photo 5b



Photo 5c



Photo 6a



Photo 6b



Photo 7a

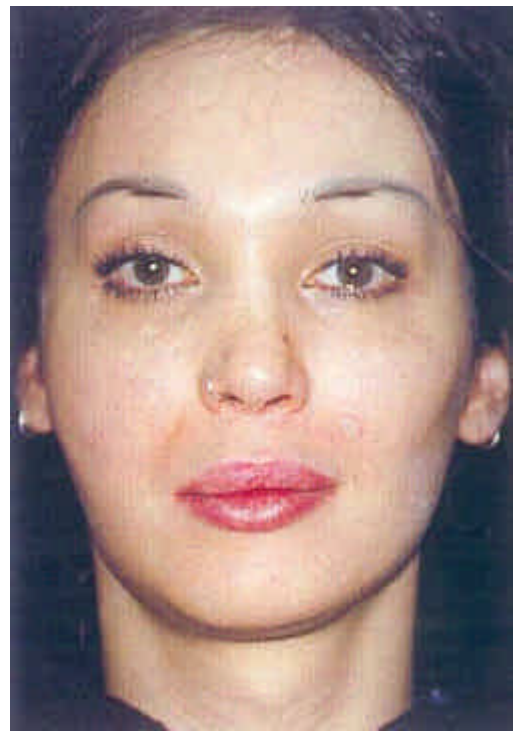


Photo 7b



Photo 8a



Photo 8b



Photo 9a



Photo 9b



Photo 10a



Photo 10b