

Embellissement et rajeunissement du tiers inférieur du visage et du cou

L. BELHAOUARI*
Toulouse,

S. LAFAYE
Paris,

E. NIFOROS
Lyon,

I. GARRIDO
Toulouse

* Email : belhaouari.l@wanadoo.fr

L'ovale du visage, le menton et le cou vont ensemble !

La perte de l'harmonie de l'ovale du visage ne se vit pas sereinement. Ces signes sont encore plus affligeants si le menton et la pente du cou sont moins bien définis.

Nous avons déjà écrit: « Contour, chin and neck go together » (1). Que ce soit dans le cadre d'embellissement ou de rajeunissement, l'offre thérapeutique nous permet de belles choses aujourd'hui et apporte de nombreuses réponses à la demande de nos patientes.

Pour redessiner un ovale du visage « perdu », signe du temps qui passe, retendre vient bien sûr immédiatement à l'esprit, le lifting chirurgical (*Fig. 4*) est et reste la technique reine, à nos yeux, bien plus performante que les fils tenseurs. Mais la question qu'on peut se poser concerne le « lifting médical », c'est-à-dire non chirurgical.

A-t-il une place aujourd'hui ? Peut-on redessiner un contour avec des techniques non invasives ?

- Combler avec de l'acide hyaluronique.
- Relaxer avec de la toxine botulique.
- Remodeler avec des injections d'inducteurs tissulaires ou des lumières ou des lasers.
- Raffermer avec des ultrasons focalisés ou des techniques de radiofréquence
- Gommer une lipométrie cervicale antérieure avec des injections de lipolytiques (désoxycholate), ou par application de froid par des techniques de *coolsculpting*® ?

Comme toujours, cela passe par une parfaite compréhension anatomique, dynamique et clinique des remaniements induits par le vieillissement, c'est la base pour une parfaite maîtrise des techniques et des produits mis à notre disposition.

Ce sont ces questions qui seront un des thèmes du 39^{ème} Congrès National de Médecine Esthétique et de Chirurgie Dermatologique, le 7 et 8 septembre 2018 qu'il y aura des Congrès à Paris, et que nous aborderons avec d'autres Experts : les Docteurs Jean-Luc Bachelier, Isabelle Gallay, Maryse Matéo-Delamarre, Bernard Mole, et Michael Naouri. Au cours de cette table ronde, le vendredi 7 septembre de 10 heures à 12 heures 30, nous discuterons des avantages, des inconvénients et de la place de ces techniques.

Embellissement et rajeunissement du tiers inférieur du visage et du cou



Fig. 4 : Avant et après lifting cervico-facial pour ptôse chez une patiente de 60 ans (Copyright Belhaouari).

1 CE QU'IL FAUT COMPRENDRE SUR LE PLAN ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

Au lieu de diviser le visage horizontalement en tiers supérieur, moyen et inférieur, considérons l'ensemble cervico-facial verticalement : proface médiane, mésoface intermédiaire et métaface latérale (Fig.1a).

Cette segmentation verticale a le privilège de considérer le visage dans ses plans de glissement, dans sa dynamique de mouvement et dans son évolution au cours du temps. Un visage n'est pas statique, il bouge, il s'exprime et il vieillit à l'inverse de Benjamin Button. Cette distinction dynamique de ce qui est fixe, de ce qui est mobile et de ce qui se relâche avec l'âge et la gravité, explique aussi les transformations morphologiques liées au vieillissement (Fig.1a, b, c et d).

A - AU NIVEAU DU CONTOUR

La mésoface ptôse avec le temps (1) (Fig.1), car son tissu sous cutané, plus ou moins épais, est bien attaché à la peau qui le recouvre, alors qu'il est peu adhérent aux plans profonds qu'il recouvre. Elle se relâche dans sa partie supérieure (mid face), en formant les 3 sillons (palpébro-malaire, médio-jugal et le sillon naso-génien ou plutôt labio-jugal), et dans sa partie inférieure, en formant la bajoue.

La métaface, en arrière de la mésoface sur la partie latérale du contour, recouvre le muscle masseter. Son tissu cutané et sous cutané est plus adhérent à l'aponévrose de masséter en profondeur, ce qui ne lui donne pas le loisir de ptôser avec le temps.

La proface, en avant de la mésoface, montre certes des signes de vieillissement comme ailleurs, mais elle ne ptôse pas avec le temps, ce qui forme l'encoche pré-bajoue.

Le relâchement n'intéresse donc que la mésoface en formant la bajoue, « jowl » en anglais. Par contre, que ce soit en avant au niveau de la proface (menton), ou en arrière, au niveau de la métaface, en regard de l'insertion du masseter, il n'y a pas de relâchement. Les « retaining ligaments », comme le ligament cutané mandibulaire à ce niveau, jouent bien entendu un rôle d'ancrage profond à ce niveau (2). L'ovale est cassé de part et d'autre de la mésoface. C'est ce différentiel de relâchement qui marque les deux encoches.

- Encoche pré-bajoue en avant de la bajoue, c'est-à-dire entre mésoface et proface.

- Encoche rétro-bajoue, en arrière, au milieu du rebord mandibulaire à l'aplomb du bord antérieur du masseter, entre métaface et mésoface.

Comblé, ces 2 encoches peuvent redessiner un ovale, il est donc important de connaître les structures anatomiques au niveau du rebord mandibulaire.

Embellissement et rajeunissement du tiers inférieur du visage et du cou

Le masseter, est un muscle masticateur avec le muscle temporal, il est formé de 2 couches superposées : l'une superficielle et l'autre profonde, elles se fondent pour se fixer sur l'angle de la mâchoire et de part et d'autre de cet angle sur un centimètre, sur la branche verticale et sur les trois premiers centimètres de la branche horizontale du maxillaire inférieur. On peut aisément palper, entre pouce et index, son corps musculaire, lors de sa contraction en serrant les mâchoires (3). Les hypertrophies du masséter, (beaucoup plus fréquentes en Asie qu'en Europe), peuvent induire un « visage carré ». Certaines para fonctions, comme le bruxisme, les tics d'occlusion forcée ou une tendance à la mastication de chewing-gum peuvent induire une hypertrophie musculaire.

Une partie de la parotide recouvre l'angle de la mâchoire en avant, sur 1 à 2 centimètres, soit la partie postérieure de la branche horizontale de la mandibule. En injectant au niveau de l'angle, on peut injecter dans la parotide. Sauf que l'injection est profonde dans le masseter, et que le masseter est épais, avec une épaisseur de 4 mm en moyenne, ce qui fait que l'injection dans la parotide est peu probable, si on sait rester profond (Fig.2).

La veine faciale descend juste en avant du bord antérieur du masseter, avant de contourner la branche horizontale de la mandibule et continuer son trajet cervical. Elle est assez profonde, sous le platysma. Donc, pas de danger de la léser ou de l'injecter si on délimite bien l'insertion du masséter, en faisant serrer les mâchoires avant d'injecter, car elle se situe en avant. Quoiqu'il en soit l'aspiration est de mise avant toute injection. L'artère faciale est plus antérieure, sur le bord postérieur du muscle depressor anguli oris.

La branche mandibulaire du nerf facial est cervicale à ce niveau. Elle court sous le muscle platysma dans les 2 cm sous-jacent à la mandibule. Elle est trop basse pour pouvoir être un piège.

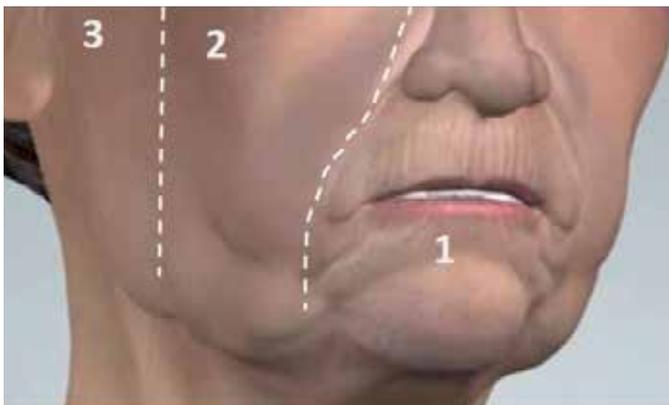


Fig. 1 a-b-c-d : segmentation verticale du visage en Proface, Mesoface, Metaface et signes du temps qui passe (copyright Belhaouari).

Embellissement et rajeunissement du tiers inférieur du visage et du cou

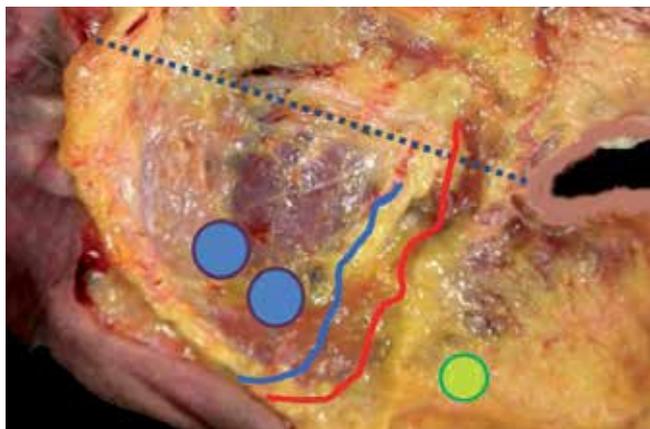


Fig. 2 : structures profondes de l'ovale du visage et points d'injections d'acide hyaluronique les signes du temps qui passe (copyright Belhaouari).

Cela signifie qu'une injection profonde en regard de l'insertion du masséter sur la branche horizontale ne présente pas de danger de léser un organe noble, ceci après avoir délimité le masséter et son bord antérieur, en faisant serrer les mâchoires. Pas de danger, car on est postérieur par rapport à la veine faciale, on est profond par rapport à la parotide et on est au-dessus de la branche mandibulaire du nerf facial (1).

L'injection superficielle en éventail dans le tissu cellulaire sous cutanée ne présente aucun danger non plus, hormis une ecchymose toujours possible, si on reste bien dans le plan sous-cutané.

B - LA PROFACE

La zone médiane du visage, au niveau qui nous intéresse, comprend toute la région mentonnière.

Le menton vieillit, mais ne ptose pas comme la bajoue. Il est mobile par les muscles peauciers qu'il contient. Notamment par le jeu du muscle mentonnier qui élève le menton, projette en avant la lèvre inférieure et donne un aspect de peau d'orange lorsqu'il est hypertonique. Les muscles depressor anguli oris et depressor labii inferioris, s'expriment au niveau de la bouche.

Comme il n'y a pas de ptose au niveau de la proface et que par contre, la bajoue ptose lors du relâchement lié au vieillissement, un différentiel apparaît avec une encoche pré-bajoue, la régularité de la ligne mandibulaire se perd, comme elle se perd entre mésiface et métaface.

Il faut aussi souligner parfois une éventuelle différence d'épaisseur du tissu sous cutané entre menton et la joue, souvent plus épais au niveau jugal qu'au niveau mentonnier. Ce différentiel d'épaisseur contribue à accentuer davantage encore l'encoche en avant de la bajoue lors de la ptose.

Quelles sont les structures anatomiques nobles à considérer et à respecter quand on injecte ce « prejowl » (Fig.2).

- L'artère faciale est plus postérieure: elle remonte en longeant le bord postérieur du muscle depressor anguli oris.

- Le nerf mentonnier est plus haut et plus en dedans lorsqu'il sort du foramen osseux. Ne pas « rapper » le périoste osseux avec sa canule ou son aiguille, coule de source.

C - AU NIVEAU CERVICAL

Le cou vieillit, comme ailleurs, sa peau perd de son élasticité: il y a moins de fibres collagènes, moins de fibres élastiques. Son relâchement poursuit vers le bas le relâchement jugal, entraînant peau et tissu graisseux sous-cutané. Le cou, l'angle cervico-mentonnier et la ligne du rebord mandibulaire, perdent leur définition. Double menton, bajoues, fanons, peau flétrie, en sont les signes, en lieu et place d'un ovale du visage et d'un angle cervico-mentonnier bien dessinés (Fig 1).

La pente du cou est tributaire de la position de l'os hyoïde. Cette position plus ou moins haute est essentielle pour définir l'angle cervico-mentonnier. Il est ormalement de l'ordre de 90° à 100°, il peut atteindre 130°, voir plus, en cas de position basse de l'os hyoïde (4). La pente du cou est aussi tributaire de l'importance du menton, car une rétrusion du menton donnera une moins bonne définition du cou, alors qu'un menton bien structuré dessinera mieux le cou.

La pente du cou est aussi tributaire de l'importance des compartiments graisseux (Fig. 3 b). La graisse cervicale antérieure peut être superficielle (en avant du platysma) ou profonde (en arrière de celui-ci). C'est cette graisse superficielle qui est concernée par les injections lipolytiques, comme le désoxycholate, ou par l'application de froid par coolsculpting®.

2 L'EMBELLISSEMENT ET LE RAJEUNISSEMENT DU CONTOUR DU VISAGE

A - L'ACIDE HYALURONIQUE

Au niveau du contour, les injections d'acide hyaluronique ont pour but de restructurer en volume une ligne mandibulaire, ou de combler, pour gommer les encoches liées à la ptôse de la mésoface.

En dehors du lipofilling de graisse autologue, notre philosophie du « *primum non nocere* », a toujours été d'éliminer les produits non résorbables ou semi-résorbables, pour n'utiliser que des produits injectables résorbables, car nous ne voulons pas compromettre le futur par des complications, à type de réaction à corps étrangers, de granulomes, de tissus cicatriciels, d'effets indésirables fonctionnels ou esthétiques. Ce sont ces raisons que nous avons développées dans plusieurs de nos publications. Même si le produit de comblement injectable idéal n'existe pas aujourd'hui, il est évident pour nous, que l'acide hyaluronique (5) constitue le produit de référence, surtout depuis l'avènement des produits volumateurs.

Le but de ces injections est d'atténuer, voire de supprimer le différentiel au niveau de la ligne horizontale du rebord mandibulaire, en restructurant la métaface pour gommer l'encoche entre la métaface et la mésoface (Fig.5 et 6). De même, en comblant l'encoche pré-bajoue, pour retrouver l'harmonie de l'ovale rompu par la ptôse de la mésoface. Les figures 5, 6, et 7 montrent les résultats obtenus chez des patientes de différents âges. Même chez une patiente dont l'indication de lifting chirurgical était manifeste, l'amélioration fût excellente (Fig.7).



Fig. 5 : Avant et après injection d'acide hyaluronique profonde par bolus au niveau du contour pour indication de ptôse modérée à 48 ans (Copyright Belhaouari).

Embellissement et rajeunissement du tiers inférieur du visage et du cou



Fig. 3 a et b : Platysma et compartiments graisseux du cou (copyright Belhaouari).

L'injection profonde donne un meilleur support, tout comme l'injection dans la graisse malaire profonde, au niveau du mid-face. Ce support profond est stable et fixe, car il est solidaire avec le support osseux.

Deux à trois bolus profonds au niveau de la métaface, sur la partie postérieure de la branche horizontale de la mandibule, projettent la zone injectée du rebord mandibulaire pour l'amener au niveau de la mésoface et gommer ainsi leur différentiel. Cette injection se situe en fait dans le muscle masséter, au niveau de son insertion osseuse, juste au-dessus du bord inférieur de la branche horizontale de la mandibule, comme nous l'avons vu précédemment. La quantité injectée est bien entendu variable, en moyenne, 0,6 ml par côté.

Embellissement et rajeunissement du tiers inférieur du visage et du cou



Fig. 6 : Avant et après injection d'acide hyaluronique profonde par au niveau du contour associé au menton pour indication structurelle d'embellissement (copyright Belhaouari).

Cette localisation profonde, fixe, non mobile, donne un support stable non susceptible de ptôser. Elle ne perturbe pas la fonction du masséter, au contraire, elle peut la moduler, voire améliorer la symptomatologie d'un bruxisme, en étant une alternative à la toxine botulique (la myomodulation remplaçant la myorelaxation). Elle peut aussi, par cette fonction modulatrice, améliorer une symptomatologie post chirurgicale maxillo-faciale. L'injection profonde suffit très souvent pour donner un résultat satisfaisant (Fig. 5-6). Sinon, elle peut être complétée par une injection superficielle (Fig. 7).

L'injection par nappage superficiel, associée à l'injection profonde dans notre pratique habituelle, peut suffire, elle aussi, pour donner un résultat satisfaisant. L'injection, dans ce cas, est sous cutanée, en sachant que ce tissu est peu épais au niveau de la métaface. Le danger est nul, si on reste en sous cutané, car il n'y a aucun structure noble susceptible d'être lésée, les dangers sont tous plus profonds par rapport au platysma. L'injection sera limitée au contour mandibulaire, s'il convient de traiter seulement le différentiel entre méta et mésoface. Mais son champ peut s'élargir, remonter en pré auriculaire, en regard du masséter, pour restructurer la métaface en son entier, et s'étendre plus en avant, s'il convient de redessiner tout l'ovale, et couvrir toute la joue pour en améliorer la trophicité et l'éclat. Le produit choisi devra être moyennement volumateur, cohésif, avec une élasticité (G') modérée et une bonne

viscosité (G''), pour un meilleur étalement et une bonne capacité d'intégration tissulaire.

Le résultat visuel sera immédiat. Par contre le bénéfice trophique cutané d'hydratation du fait des qualités rhéologiques du produit et de la stimulation fibroblastique « skin booster », devient manifeste seulement après les premiers quinze jours. Cette réponse tissulaire résulte du traumatisme engendrant une stimulation fibroblastique, avec pour corollaire une meilleure richesse des éléments fabriqués par ces fibroblastes : élastine, collagènes, protéoglycans et glycoprotéines de structure. Elle résulte aussi du pouvoir hydratant de l'acide hyaluronique injecté et intégré aux tissus. (3, 4).

Le fait de recréer une continuité de l'ovale, d'atténuer, voire de supprimer le décrochage de la mésoface par rapport à la métaface, de redonner un galbe au rebord mandibulaire avec un meilleur support, une meilleure tension cutanée, contribue à un effet rajeunissant et donne un « effet lifting ».

Le fait aussi d'améliorer la texture cutanée par le nappage superficiel et son effet « skin booster », ajoute encore à l'effet rajeunissant. Donc on peut parler réellement d'un « effet lifting » ou d'un « lifting médical », sans que ce soit un lifting réel.

La correction de l'encoche pré-bajoue ou « prejowl » est en tout point similaire à ce que nous avons décrit précédemment, au niveau de la métaface : l'injection peut être profonde ou superficielle (Fig. 7).

Au niveau du menton, il faudra redonner un galbe à une rétrusion.

Certes, elle se réalise chirurgicalement par ostéotomie d'avancement ou par la mise en place d'un implant prothétique, notamment en silicone ou par lipostructure, mais, elle peut très bien aussi se réaliser par une injection d'un acide hyaluronique.

Dans cette hypothèse, l'injection en bolus profond au niveau du pogonion, aura un effet de projection et d'avancement du menton (*Fig. 8*). Le produit adéquat devra être un acide hyaluronique volumateur, cohésif, avec une bonne élasticité (G'), pour avoir un effet de projection et posséder une viscosité (G'') modérée, pour éviter l'étalement. Située plus bas au niveau du gonion, l'injection aura un rendu d'allongement du menton. La quantité est bien entendu variable, en sachant que 3 à 4 bolus pour un total de 1 à 2 millilitres, sont souvent utiles.

Outre le remodelage du galbe du menton et son impact sur la pente du cou, l'acide hyaluronique aura un effet myo-modulateur sur la fonction dynamique du muscle mentalis, en cas de signes d'hypertonie au repos de ce muscle, tels qu'un aspect de peau d'orange, une ascension du menton, avec protrusion de la lèvre inférieure.

B - LA TOXINE BOTULINIQUE

Trois stigmates sont l'apanage du cou vieillissant : le relâchement, qui débute avec la perte de la définition du contour mandibulaire, les cordes platysmales et les rides cervicales horizontales.

La toxine botulinique est-elle efficace sur ces différents signes cliniques ?

Le relâchement cutané

Il convient de différencier un vrai relâchement d'un relâchement modéré avec perte de la définition du

rebord mandibulaire. Pour un réel relâchement cervical avec ptôse manifeste, il est totalement utopique d'avoir un effet lifting avec la toxine botulinique. Seul un lifting chirurgical cervico-facial classique, permet de retendre la peau et le système musculo-aponévrotique platysmal, pour redonner une bonne définition de l'ovale cervico-facial.

Par contre, il est indéniable que pour des relâchements modérés, avec perte de définition du rebord mandibulaire, on peut obtenir une nette amélioration avec l'injection de toxine botulinique.

Elle devra suivre la ligne du rebord mandibulaire, 1 à 2 centimètres au-dessous de ce rebord (*Fig. 4 et 5*). Les points d'injection seront espacés de 2 centimètres, en partant de la ligne médiane, sans dépasser l'angle mandibulaire, car le bord postérieur du platysma va rarement au-delà. La relaxation musculaire obtenue par ces injections de toxine botulinique, adoucit ainsi la ligne cervicale haute avec un effet bénéfique sur la définition du rebord mandibulaire.

Sur les cordes platysmales, la toxine botulinique aura un excellent effet de par la relaxation musculaire induite. Elle permet l'atténuation, voire la disparition des cordes platysmales. En cela, la ligne cervicale se retrouve adoucie. Les injections devront être superficielles pour ne pas traverser le muscle platysma, avec les conséquences de diffusion en profondeur que l'on connaît. Les points d'injection devront être étagés tous



Fig. 7 : Avant et après injection d'acide hyaluronique profonde par bolus et superficielle par fanning au niveau du contour associé au menton et joues (indication de ptôse significative à 62 ans (copyright Belhaouari).

Embellissement et rajeunissement du tiers inférieur du visage et du cou

les 2 centimètres, sur toute la longueur de ces cordes platysmales.

Il faut savoir éviter les effets secondaires indésirables liés à la fonction motrice respiratoire du platysma lors de l'inspiration forcée, ou même dans la fonction respiratoire spontanée. Une dose maximum de 18 unités de Vistabel® par côté ne devra pas être dépassée, en considérant à la fois les cordes et la définition du contour.

Ce sont des rides de froissement et non des rides d'expression de genèse musculaire. En conséquence la toxine botulinique n'est pas efficace, et à notre avis, n'en constitue pas une indication

Nous aborderons toutes les autres techniques de rajeunissement concernant l'ovale, lors de ce 39^{ème} Congrès National de Médecine Esthétique et de Chirurgie Dermatologique en Septembre prochain : remodelage, stimulation par induction tissulaire, avec les lasers, la lumière pulsée, les ultrasons focalisés, la radiofréquence.

Toutes ces techniques ont leur place, mais quelle place ? Une demande particulière concerne les lipoméries cervicales antérieures (Fig. 8 b).

La liposuction donne entre nos mains des résultats remarquables, mais les injections de produits lipolytiques (désoxycholate) ou l'application de froid par des techniques de coolsculpting®, montrent aussi leur efficacité.

Encore faut-il définir leur place, leurs avantages et leurs inconvénients.

Savoir analyser une demande de patient, donner une réponse en proposant la ou les techniques adéquates, après en avoir discuté les avantages et inconvénients : ce sera notre fil conducteur en gardant toujours à l'esprit notre philosophie de « Primum non nocere ».

Conflit d'intérêt : Les auteurs indiquent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BELHAOUARI L, Embellissement et rajeunissement de l'ovale du visage, J.Méd. Esth. et Chir. Derm . Vol. XXXIV, 173, mars 2017, 19-27.
- 2 - ROHRICH R PESSA J. The retaining system of the face. Plast Reconstr Surg. 2008;121: 1804-9.
- 3 - BELHAOUARI L, GASSIA V. L'art de la toxine botulique et des techniques combinées en Esthétique; éditions Arnette Wolters Kluwer France; 2013.
- 4 - ELBAZ J-S. COSTAGLIOLA M. BELHAOUARI L La chirurgie de la Senescence du Visage, Report 18th National Congress French Society of Plastic Surgery: Paris Oct 1983: 19-20.
- 5 - MEYER K. PALMER J-W. The polysaccharide of the vitreous humor. J Biol Chem 1954 :107 :629-54.
- 6 - BOUISSOU H. La chirurgie de la Senescence du Visage, Report 18th national congress of the French Society Plastic Surgery: Paris Oct 1983, Elbaz JS. Costagliola M. Belhaouari L : 56-57.
- 7 - BELHAOUARI L et al, Dynamique et embellissement du mid-face, J.Méd. Esth. et Chir. Derm. Vol. XXXI, 164, décembre 2014, 205-209.
- 8 - BELHAOUARI L et al, Dynamique et embellissement du mid-face, J.Méd. Esth. et Chir. Derm. Vol. XXXI, 164, décembre 2014, 205-209.
- 9 - BELHAOUARI L et al, Embellissement et rajeunissement des lèvres avec l'acide hyaluronique , J.Méd. Esth. et Chir. Derm . Vol. XXXVIII, 151, septembre 2011, 139-145.



Fig. 8 : Avant et après injection d'acide hyaluronique profonde par bolus au niveau du menton (copyright Belhaouari).