

Embellissement et rajeunissement de l'ovale du visage

L. BELHAOUARI*
Toulouse

*Email : belhaouari.l@wanadoo.fr

*Les détails font la beauté,
mais la beauté n'est pas un détail,
disait Léonard de Vinci !*

Symbole de beauté et de jeunesse, l'ovale du visage est plus qu'un détail. La perte de son harmonie ne se vit pas sereinement.

Premier signe du relâchement, c'est le signe du temps qui passe et personne ne peut honnêtement y être insensible.

Embellir, rajeunir l'ovale du visage, restructurer le contour mandibulaire est une demande quotidienne de notre consultation esthétique, qu'elle soit chirurgicale ou médicale.

Comme ailleurs, cela passe par une parfaite compréhension anatomique, physiologique des remaniements induits par le vieillissement et par une parfaite maîtrise des techniques et des produits mis à notre disposition. Nous vous proposons une classification originale de cette zone du contour du visage.

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

Classiquement, on considère l'ensemble cervico-facial en le divisant en tiers supérieur, tiers moyen, tiers inférieur du visage et cou. Nous allons avoir une approche totalement différente en considérant le visage non pas horizontalement mais verticalement.

Cette segmentation verticale en proface médiane, mésoface intermédiaire et métaface latérale (*Fig. 1*) 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 avec l'expression et de ce qui se relâche avec l'âge et la gravité, explique aussi les transformations morphologiques liées au vieillissement. (*Fig. 2 et 3.*)

A - LA MÉSOFACE

La partie intermédiaire du visage est la zone essentielle à considérer dans notre propos.

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. La mésoface bouge, s'exprime, glisse et se ptôse avec le temps. Au contraire, la métaface, plus postérieure, adhère en profondeur à la zone des masticateurs (masséter) qu'elle recouvre, ce qui ne lui donne pas le loisir de ptôser avec le temps.

Embellissement et rajeunissement de l'ovale du visage



Fig. 1 : Segmentation verticale.
(Copyright Belhaouari)

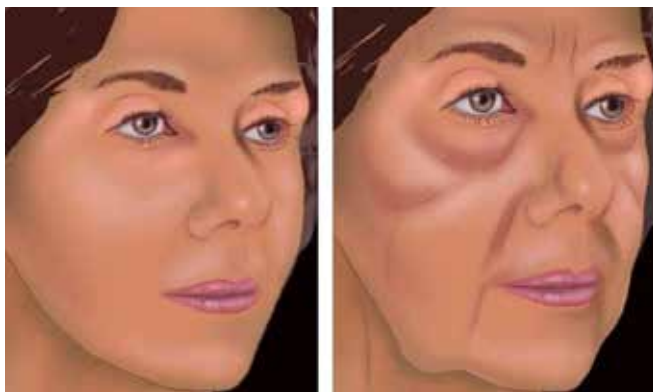


Fig. 2 : Les signes du temps qui passe.
(Copyright Belhaouari collection Belhaouari)

Il faut, à notre avis, considérer la mésiface sur toute sa hauteur, dans l'ensemble tiers moyen et tiers inférieur du visage, sans les diviser, car ces deux parties sont liées, elles font bloc dans le relâchement avec l'âge, elles vont ensemble. (Fig. 3 et 4.)

Sur sa partie haute, au niveau du mid-face, le principal élément moteur est le muscle Orbicularis Oculi qui ascensionne le couple peau - graisse malaire superficielle, lors des mouvements, alors que la graisse malaire profonde reste attachée au support osseux sous-jacent. Le relâchement avec l'âge ne concerne que la partie mobile, ce qui dessine les trois principaux sillons liés au vieillissement du visage: le sillon palpébro-malaire, le sillon médio-jugal et le sillon naso-génien (Fig. 3) (1). Sur sa partie basse, au niveau du rebord mandibulaire, le relâchement n'intéresse que la mésiface ce qui forme 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 masséter, il n'y a pas de relâchement. Ce différentiel de ptôse fait perdre à l'ovale du visage la régularité de sa ligne, sa définition, son dessin. L'ovale est cassé, l'harmonie de la jeunesse s'éloigne et c'est ce que l'on veut retrouver. Les « retaining ligaments », comme le ligament cutané mandibulaire, jouent un rôle d'ancrage profond à ce niveau (5).

B - LA MÉTAFACE

En arrière de la mésiface, sur la partie latérale du visage, la métaface recouvre le plan des muscles masticateurs (masséter à ce niveau), auquel elle adhère. Ce qui frappe, c'est qu'il n'y a pas ou très peu de relâchement avec l'âge, contrairement à la mésiface. Ceci entraîne un différentiel, en cassant la ligne, l'harmonie du rebord mandibulaire. L'ovale est cassé là aussi. Si la métaface ne se relâche pas, ne ptôse pas avec l'âge à l'inverse de la mésiface, c'est lié à deux facteurs :

- Son adhérence aux aponévroses du muscle masséter qu'elle recouvre.
- La finesse de son tissu sous-cutané à ce niveau, souvent moins épais que celui de la mésiface.

Le muscle masséter est très épais. Ses fibres musculaires descendent pour se fixer sur les trois à quatre premiers centimètres postérieurs de la branche horizontale du maxillaire inférieur, mais aussi sur l'angle de la mâchoire et sur un centimètre de la branche verticale du maxillaire inférieur. Les hypertrophies du masséter sont peu fréquentes. Elles donnent alors un visage « carré ». Elles n'ont pas d'étiologie précise, mais on retrouve parfois une para fonction, comme le bruxisme, les tics d'occlusion forcée ou une tendance à la mastication de chewing-gum.

Les injections, pour redessiner l'ovale, se font à ce niveau du rebord mandibulaire, il est donc important de connaître les structures anatomiques qui recouvrent l'insertion du masséter.

- **Une partie de la parotide** au niveau de l'angle et sur 1 centimètre en avant. En injectant au niveau de l'angle, on peut injecter dans la parotide. Sauf que l'injection est profonde dans le masséter, que le masséter est épais avec une épaisseur de 5 mm, voire plus à ce niveau, ce qui fait que l'injection dans la parotide est peu probable, si on sait rester profond.

- **La veine jugulaire**, profonde, elle contourne la mandibule pour remonter en avant du bord antérieur du masséter. Donc, pas de danger de la léser ou de l'injecter, si on délimite bien l'insertion du masséter, en fai-

Embellissement et rajeunissement de l'ovale du visage

sant serrer les mâchoires avant d'injecter, car elle est en avant.

Quoiqu'il en soit, l'aspiration est de mise avant toute injection. L'artère faciale, elle, est beaucoup plus antérieure, sur le bord postérieur du Depressor Anguli Oris.

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

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 du nerf facial.

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

C - LA PROFACE

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

Le menton ne ptôse pas comme la bajoue, mais il est mobile par les muscles peauciers qu'il contient, notamment par le jeu du muscle mentonnier. Le Depressor Anguli Oris et le Depressor Labii Inferioris s'expriment au niveau de la bouche.

Comme il n'y a pas de ptôse à ce niveau et que par contre la bajoue ptôse lors du relâchement lié au vieillissement, un différentiel apparaît, l'harmonie de l'ovale du visage se casse et la régularité de la ligne mandibulaire se perd, comme elle se perd entre mésoface et métaface. Il faut aussi souligner l'éventuelle différence d'épaisseur du tissu sous-cutané entre menton et joue, souvent plus épais au niveau jugal qu'au niveau mentonnier. Ce différentiel d'épaisseur contribue à accentuer davantage l'encoche en avant la bajoue lors de la ptôse.

Pour redessiner l'ovale, retendre vient bien sûr immédiatement à l'esprit, le lifting chirurgical est et reste la technique reine. Mais les injections de produits de comblement, essentiellement l'acide hyaluronique, sont aussi précieuses. Elles ont pour but de gommer le différentiel.

Quelles sont les structures anatomiques nobles à considérer et à respecter quand on injecte cette encoche pré-bajoue, ce « prejowl » ?

- **L'artère faciale** est plus postérieure. Elle remonte en longeant le bord postérieur du Depressor Anguli Oris.

- **Le nerf mentonnier** est plus haut et plus en dedans, lorsqu'il sort du foramen mentonnier. Ne pas « rapper » avec sa canule ou son aiguille, est bien entendue de mise.

D - AU NIVEAU CERVICAL

Le cou vieillit, comme ailleurs sa peau perd son élasticité: moins de fibres collagènes, moins de fibres élastiques. Son relâchement poursuit vers le bas le relâchement jugal entraînant la peau, le tissu grasseux sous-cutané et le muscle Platysma. Le cou, l'angle cervico-mentonnier, 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. 2.)



Fig. 3 : Vieillesse de la mésoface et bajoues.
(Collection Belhaouari)

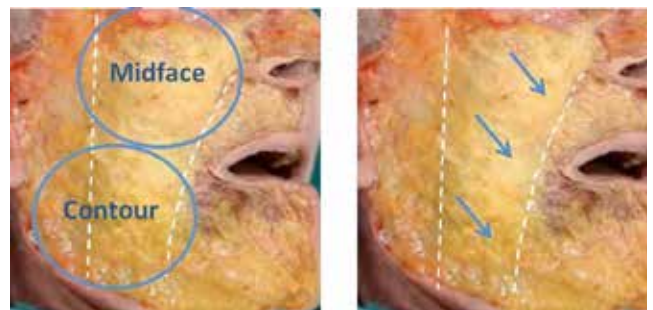


Fig. 4 : Vieillesse de la mésoface et ptose graisseuse.
(Collection Belhaouari)

Embellissement et rajeunissement de l'ovale du visage

2 EMBELLISSEMENT ET RAJEUNISSEMENT AVEC L'ACIDE HYALURONIQUE

Trois questions se posent :
Où injecter ? Quoi injecter ? Comment injecter ?

A - QUOI INJECTER ?

Même si le produit de comblement injectable idéal n'existe pas aujourd'hui, il est évident pour nous, que l'acide hyaluronique (2) constitue le produit de référence, surtout depuis l'avènement des produits volumateurs.

Nous avons une bonne expertise des techniques de réinjection de graisse, avec des résultats remarquables. Mais, la souplesse dans l'utilisation, la facilité d'injection, la qualité des résultats, la légèreté des suites, plaident en la faveur des acides hyaluroniques.

Les critères qui doivent guider notre choix du produit sont multiples.

- La sécurité est bien entendue primordiale.
- Les critères médicaux: diminuer au maximum le risque de réaction secondaire et d'effets indésirables (réaction immunogénique, granulome), la bonne intégration dans le tissu humain, la compatibilité avec d'autres techniques pour les combiner.

- Enfin les critères purement techniques: qualité des résultats, prédictibilité, facilité d'injection, pérennité du résultat, stabilité dans la zone injectée sans migration secondaire du produit.

- Cohésivité, élasticité, viscosité, intégration aux autres tissus différent selon les acides hyaluroniques mis à notre disposition par les fabricants. Ils sont propres à chaque produit et leur qualité progresse continuellement.

- Le coût est certes un critère, mais il est en rien comparable à la sécurité et à la qualité.

Pour toutes ces raisons, notre philosophie a été d'éliminer les produits non-résorbables ou semi résorbables. Nous n'utilisons, aujourd'hui 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.

Il faut toujours garder à l'esprit que patients et praticiens aspirent tous deux à la sécurité et à la qualité : cela engendre confiance aux patients et procure crédibilité aux praticiens

Pour nous, les acides hyaluroniques répondent le plus à ces critères, à cette philosophie du "Primum non Nocere", à l'exigence du monde actuel, avec bien entendu la graisse autologue.

Leur qualité progresse et il est évident que le futur des injectables sera optimisé par la recherche pour tendre vers le produit idéal.

B - OÙ ET COMMENT INJECTER ?

Le but est d'atténuer, voire de supprimer le différentiel au niveau de la ligne horizontale du rebord mandibulaire. Adoucir cette ligne, c'est retrouver l'harmonie de l'ovale rompu par la ptôse de la mésiface.



Fig. 5 : Contour avant et après injection profonde de 3 bolus d'acide hyaluronique (Juvederm Voluma®) au niveau de l'insertion du masséter sur la branche horizontale du maxillaire inférieur. (Collection Belhaouari)

Embellissement et rajeunissement de l'ovale du visage

Deux solutions s'offrent à nous :

- Retendre la ptôse de la mésiface : c'est le lifting.
- Redonner du support sur le rebord mandibulaire de la métaface : c'est combler.

Ce deuxième point est notre propos.

Notre approche est comparable, au niveau du contour et du « prejowl », à celle que nous avons déjà développée au niveau du « mid-face », et déjà publié (1, 6).

Injection profonde sur le rebord osseux pour donner un support stable et injection sous-cutanée superficielle pour parfaire et compléter, si besoin, les deux techniques pouvant se suffirent à elles-mêmes pour redessiner l'ovale du visage. Une approche technique, quand elle est logique, quand elle est cohérente intellectuellement et efficace, se décline dans différentes zones

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 solidement attaché au support osseux.

2 à 3 « 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 mésiface et gommer leur différentiel. Cette injection est en fait réalisée dans le muscle masséter, au niveau de son insertion osseuse, juste au-dessus du bord inférieur de la partie postérieure de la branche horizontale de la mandibule, comme nous l'avons vu précédemment.

Il faut pour cela :

- Marquer les limites postérieures et antérieures du muscle masséter en faisant serrer les mâchoires.
- Marquer l'angle de la mâchoire (entre branche horizontale et verticale).



Fig. 6 : Injection profonde par bolus.
(Collection Belhaouari)

- Marquer le nombre nécessaire de points, habituellement trois, entre cet angle et le bord antérieur du masséter, et ceci, cinq à dix millimètres au-dessus du rebord osseux.

- Réaliser l'injection profonde en « bolus » perpendiculairement, dans l'épaisseur du muscle, près de son insertion (Fig. 6), en recherchant ou pas (selon son expérience), le contact osseux

- Aspirer avant d'injecter pour éviter toute injection intra-vasculaire. L'injection est donc profonde, lente, en petite quantité (deep, small, slow), en moyenne 0,2 ml par « bolus ». Le produit doit être un acide hyaluronique volumateur, cohésif, avec une bonne élasticité (G'), pour avoir un effet de projection et un module visqueux (G'') modéré, pour éviter l'étalement.

- Modelage doux en évitant tout massage intempestif.

- Le nombre de « bolus » est habituellement de 3, parfois 2, parfois 4.

- La quantité injectée est bien entendue variable: en moyenne à 0,6 ml par côté.

Le danger de cette injection profonde vis-à-vis des organes nobles (Fig. 7) est quasi nul. La veine faciale est en avant du bord antérieur du masséter, la branche mentonnière du nerf facial est en dessous de la branche horizontale de la mandibule, elle court sous le Platysma à 2 cm sous la mandibule. Seule la parotide peut être concernée par le « bolus » postérieur au niveau de l'angle mandibulaire qu'elle recouvre habituellement. Cependant l'injection est profonde, le muscle masséter est épais, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, l'injection se fait alors sur le rebord osseux dans l'épaisseur du muscle masséter. Nous n'avons jamais eu de problème secondaire à déplorer dans notre expérience.

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 botulinique (la myomodulation remplaçant la myorelaxation). Elle peut aussi, par cette fonction modulatrice, améliorer une symptomatologie post-chirurgicale maxillo-faciale.

Embellissement et rajeunissement de l'ovale du visage

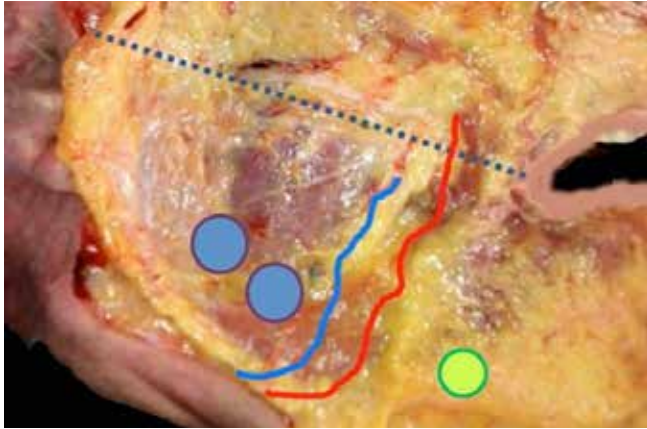


Fig. 7 : Structures profondes.
(Collection Belhaouari)



Fig. 8 : Injection superficielle d'acide hyaluronique
par fanning Juvederm Volift® sous-cutané.
(Collection Belhaouari)

L'injection profonde (Fig. 6) suffit très souvent pour donner un résultat satisfaisant (Fig. 5). Sinon, elle peut être complétée par une injection superficielle (Fig. 8).

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 est sous cutanée, en sachant que le tissu sous-cutané est peu épais au niveau de la métaface.

Le danger est nul si on reste en sous cutané, car il n'y a aucune 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 masseter pour restructurer la métaface en son entier (Fig. 9), s'étendre plus en avant s'il convient de redessiner tout l'ovale, couvrir toute la joue pour en améliorer la trophicité et l'éclat.

Pour cela, il faut :

- Dessiner la zone à restructurer.
- Réaliser l'injection en nappage sous-cutané régulier (Fig. 8). L'éventail doit être harmonieux. Notre préférence va vers l'utilisation de canules de 25 G, voire plus grosses. Car dans notre expérience, elles sont moins source d'ecchymoses que les aiguilles. Elles sont aussi plus à même, à cause de leur grosseur, d'améliorer la stimulation fibroblastique, pour une meilleure trophicité cutanée (1). Par ailleurs, nous nous méfions et n'utilisons pas les canules souples, car du fait de leur flexibilité et leur aptitude à se courber, le contrôle du parcours est difficile, pouvant engendrer des fausses-routes.
- Réaliser une injection douce et lente en nappant bien le produit dans la zone dessinée
- Effectuer un modelage et même un massage pour favoriser la pénétration et l'intégration de l'acide hyaluronique aux autres tissus.

Le vecteur est horizontal en suivant la branche horizontale du maxillaire inférieur, afin de redonner un meilleur galbe à l'ovale. On peut restructurer, comme nous l'avons déjà dit toute la métaface, dans un vecteur plus vertical. Et même aller au-delà pour napper en éventail toute la joue.

Le produit doit être moins volumateur, avec une élasticité (G') modérée, car nous ne recherchons pas un effet de projection mais un meilleur étalement et une bonne capacité d'intégration tissulaire.

La quantité est bien entendue variable, dépendant de la surface et de l'importance. Ne jamais sur corriger : mieux vaut être en deçà qu'au-delà.

Le résultat visuel sera immédiat (Fig. 9), avec parfois des ecchymoses passagères. Par contre le bénéfice trophique cutané d'hydratation, du fait des qualités rhéologiques du produit et de la stimulation fibroblastique, devient manifeste après les premiers quinze jours.

Cette réponse tissulaire résulte du traumatisme propice à la stimulation fibroblastique et elle résulte du pouvoir hydratant de l'acide hyaluronique injecté et intégré aux tissus.

Élastine, collagènes, protéoglycanes et glycoprotéines de structure, sont produits dans le derme par les fibroblastes (3, 4). On sait aussi que toute réaction locale,

Embellissement et rajeunissement de l'ovale du visage

tout phénomène inflammatoire ou de cicatrisation provoquée par une stimulation qu'elle soit chirurgicale ou par un produit, induit des signes de prolifération et de stimulation des fibroblastes (1, 3, 4). Toute injection de produit induit une réaction, tout traumatisme superficiel stimule les fibroblastes présents dans le derme et accroît la production des éléments fabriqués par ces mêmes fibroblastes (élastine, collagène, protéoglycanes et glycoprotéines de structures), d'où une amélioration de la trophicité cutanée.

Cette stimulation se fait par le dépôt du produit lui-même, mais aussi par le phénomène mécanique traumatique de tunellisation sous-dermique, qu'il soit fait par une canule ou par une aiguille. On peut même penser qu'une la canule, par la résistance plus grande à son passage, provoque davantage de réaction qu'une aiguille.

C - CANULE OU AIGUILLE ?

Véritable « Guerre de Troie » entre Experts.

Chacun peut utiliser la technique qu'il veut, avec laquelle il est le plus confortable. Mais l'évidence pour nous, va vers l'utilisation d'une aiguille fine pour les « bolus » profonds et d'une canule rigide, pas trop fine, pour le nappage en « fanning » superficiel sous-cutané. Certains Auteurs ont utilisé cette stimulation superficielle pour décrire une technique de vecteurs, en donnant de l'importance à l'orientation du vecteur. Pour ces Auteurs, des injections superficielles de produits injectables, en respectant un vecteur semblable à celui du lifting chirurgical, entraîneraient un effet tenseur dans le même vecteur, à savoir celui d'un lifting proprement dit.

Pour notre part, nous ne pensons pas qu'il y ait un quelconque vecteur sur un éventuel effet tenseur suite à la stimulation des fibroblastes. La réponse du fibroblaste, suite à sa stimulation, n'a pas de vecteur. Plus que la manière d'injecter (verticale dans le sens d'un lifting

chirurgical, ou horizontale dans le sens d'un hamac), c'est la zone de la stimulation des fibroblastes qui importe, pour entraîner ce léger effet tenseur. Et, cet effet est dans toutes les directions. Nous avons l'habitude de prendre l'image de la pierre qu'on jette dans l'eau. Quand on jette une pierre au milieu d'un bassin, les vagues suscitées vont dans toutes les directions et non dans une seule (1). Le seul vecteur qui puisse exister, c'est d'aborder les zones-clés en plaçant le bon produit, au bon endroit, avec une bonne technique.

Pour toutes ces raisons, les injections superficielles d'acide hyaluronique ont un effet bénéfique sur la peau. Elle acquière une meilleure trophicité, elle est plus hydratée, plus lisse, plus lumineuse, c'est l'éclat du teint. Ceci vient s'ajouter au léger effet tenseur décrit plus haut.

D - L'EFFET LIFTING ?

Certainement pas, quoique !!

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 et une meilleure tension cutanée, contribue à un effet rajeunissant et donne un « aspect lifté ».

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



Fig. 9 : Avant et après injection du contour en bolus profond d'acide hyaluronique Juvederm Voluma® associé à une injection en éventail superficiel en fanning d'acide hyaluronique Juvederm Volift® au niveau de la métaface entière. (Collection Belhaouari)

Embellissement et rajeunissement de l'ovale du visage

E - POURQUOI INJECTER, QUOI INJECTER, OÙ ET COMMENT INJECTER ?

Nous avons vu que la demande d'amélioration de l'ovale du visage, dans le cadre d'un embellissement ou d'un rajeunissement, est grandissante, du fait à la qualité du résultat et de son innocuité, si on sait utiliser le bon produit, au bon endroit, par une bonne technique. C'est restructurer le contour mandibulaire en redonner un galbe et un meilleur support par 2 à 3 « bolus » profonds. Ce support est profond, stable et fixe, non mobile. Et, il est judicieux d'associer une injection superficielle de nappage sous-cutanée en « fanning » à la canule, qui aura l'avantage, à la fois, de donner du volume, mais aussi d'améliorer en surface la texture cutanée, sa luminosité, et son hydratation.

3 L'ENCOCHE PRÉ-BAJOUÉ

La partie antérieure de l'ovale correspond à la zone mentonnière ou proface. Nous avons vu que la proface ne ptôse pas, à l'inverse de la mésoface qui engendre les bajoues, ce qui impacte l'harmonie et compromet la ligne du contour mandibulaire dans sa partie antérieure, au niveau de la zone transitionnelle entre mésoface et proface. Cette encoche, « préjowl » des anglo-saxons, en avant de la bajoue, prolonge le pli d'amertume.

Sa correction est en tout point similaire à ce que nous avons décrit précédemment, au niveau de la métaface : l'injection peut être profonde ou superficielle.

L'injection profonde au contact du périoste aura un effet de comblement et de projection qui permettra d'estomper le différentiel de niveau par rapport à la bajoue ptôlée. Notre technique comporte un à deux « bolus » profonds (*Fig. 6*).

Pour cela, il faut :

- Délimiter la zone de dépression du « préjowl ».
- Marquer un 1 ou 2 points dans le creux du « préjowl » dessiné, soit 5 à 10 millimètres au-dessus du rebord osseux.

- Réaliser une injection perpendiculairement en « bolus » profond, sans rechercher obligatoirement le contact osseux, sinon retirer légèrement l'aiguille. La pointe de l'aiguille se retrouve juste au-dessus de l'insertion des muscles Depressor Labii Inferioris et Depressor Anguli Oris, souvent dans leur épaisseur.

- Aspirer avant d'injecter pour prévenir toute injection intra-vasculaire : injection profonde, lente, douce, en petite quantité (deep, small, slow), en moyenne 0,2 ml. Le produit doit être un volumateur cohésif avec une bonne élasticité (G'), pour avoir un effet de projection.

- Effectuer un modelage doux sans massage pour ne pas annihiler l'effet de projection.

Le nombre de « bolus » est habituellement de 1 à 2. La quantité injectée est bien entendue variable : de 0,2 à 0,3 ml par côté.

Le danger de cette injection profonde, vis-à-vis des organes nobles, est quasi nul. L'artère faciale est plus postérieure, elle longe le bord postérieur du Depressor Anguli Oris. Le foramen du nerf mentonnier est plus haut et plus médian.

Cette localisation profonde au contact osseux, produit un comblement fixe, non mobile, non susceptible de ptôser, et donne un support stable qui suffit très souvent pour donner un résultat satisfaisant, gommer la dépression et traiter le différentiel de niveau. Il peut être complété par une injection superficielle.

L'injection par nappage superficiel peut suffire, ou être associée à l'injection profonde.

L'injection est sous-cutanée en sachant que le tissu sous-cutané est peu épais à ce niveau, dans l'espace entre peau et muscle Depressor Anguli Oris et Labii Inferioris. Le danger est nul, car il n'y a aucune structure dangereuse susceptible d'être lésée, si l'injection reste superficielle sous-cutanée.

Pour cela, il faut :

- Délimiter la zone à restructurer.
- Réaliser l'injection en éventail sous-cutané régulier avec une canule. Notre préférence, à ce niveau, va vers des canules de 27 G.
- Effectuer une injection douce en répartissant bien le produit sur la zone dessinée.
- Réaliser un modelage et même un massage pour favoriser l'étalement et l'intégration de l'acide hyaluronique aux autres tissus.

Le vecteur est un éventail pour balayer toute la zone à restructurer et même au-delà vers le pli d'amertume. Le produit adéquat pour ce « fanning » superficiel doit

être peu volumateur, cohésif avec une élasticité (G') modérée, une bonne viscosité (G''), pour un meilleur étalement et une bonne capacité d'intégration tissulaire. La quantité est bien entendue variable, dépendant de la surface et de l'importance du problème. Ne jamais sur corriger : mieux vaut, là aussi, être en deçà qu'au-delà.

4 CLASSIFICATION EN 5 STADES

Classifier, décrire une échelle, a toujours eu un intérêt sur le plan didactique pour comprendre ou pour enseigner. Nous l'avons faite pour le « midface » (1, 7). Nous l'avons fait pour les lèvres (1, 8). Nous l'avons fait pour les cernes (1). Nous le proposons ici pour le contour.

Pour notre part, sont importants à considérer pour classer l'harmonie de l'ovale du visage deux éléments :

L'importance de la ptôse : pas de ptôse débutante, modérée, importante, cela ferait 4 stades.

L'épaisseur du tissu sous-cutané, car il peut y avoir un différentiel, même sans ptôse de la mésoface, si l'épaisseur du tissu sous-cutané n'est pas uniforme. Car parfois la mésoface peut avoir un tissu graisseux sous-cutané plus épais, plus gras, et ce différentiel d'épaisseur peut créer un différentiel visible, une « encoche ». On comprend que même en l'absence de ptôse de la mésoface, ce différentiel peut générer deux cas de figures : soit une ligne régulière, si le tissu sous-cutané a une épaisseur uniforme sur les trois niveaux que sont : la métaface, la mésoface et la proface, soit une ligne irrégulière, si le tissu sous-cutané a un différentiel d'épaisseur plus épais au niveau de la mésoface réalisant une petite « encoche ».

C'est pourquoi l'absence de ptôse peut générer 2 stades et ainsi nous pouvons proposer 5 stades :

Stade 1 : Pas de ptôse de la mésoface. L'ovale est régulier dans sa ligne. La ligne du rebord mandibulaire est régulière et harmonieuse.

Stade 2 : Pas de ptôse, mais la ligne est irrégulière avec une petite encoche due au différentiel d'épaisseur du tissu sous-cutané, la mésoface étant plus épaisse du fait d'un tissu sous-cutané plus gras.

Stade 3 : Ptôse débutante.

Stade 4 : Ptôse modérée.

Stade 5 : Ptôse importante.

Embellissement et rajeunissement de l'ovale du visage

5 CONCLUSIONS

La perte de l'harmonie de l'ovale du visage ne se vit pas sereinement. C'est un des premiers signes du temps qui passe et personne ne peut honnêtement y être insensible. La demande d'amélioration, dans le cadre d'un embellissement ou d'un rajeunissement, est grandissante, du fait de la qualité du résultat, de la qualité des produits et de leur innocuité. Il faudra savoir utiliser le bon produit, au bon endroit, par une bonne technique. La compréhension anatomophysiologique est indispensable, c'est ce qui nous a permis de vous proposer, en base, la segmentation verticale du visage (métaface, mésoface, proface), et de vous proposer notre classification originale.

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

BIBLIOGRAPHIE

1. BELHAOUARI L, GASSIA V. L'art de la toxine botulique et des techniques combinées en Esthétique; éditions Arnette Wolters Kluwer France ; 2015.
2. MEYER K. PALMER JW. The polysaccharide of the vitreous humor. J. Biol. Chem. 1954 ;107 : 629-34.
3. 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.
4. ELBAZ JS. 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. ROHRICH R PESSA J. The retaining system of the face. Plast Reconstr Surg. 2008;121: 1804-9.
6. BELHAOUARI L et al, Dynamique et embellissement du midface, J.Méd. Esth. et Chir. Derm. Vol. XXXXI, 164, décembre 2014, 203-209.
7. BELHAOUARI L et al, Dynamique et embellissement du midface, J.Méd. Esth. et Chir. Derm. Vol. XXXXI, 164, décembre 2014, 203-209.
8. 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.