

Comment je traite l'ovale du visage



**L. BELHAOUARI¹, I. GARRIDO²,
P. TEISSEIRE³**

¹ Cabinet de Chirurgie plastique esthétique, TOULOUSE.

² Cabinet de Chirurgie plastique esthétique, TOULOUSE et PARIS.

³ Cabinet d'Ophthalmologie, MONTAUBAN et TOULOUSE.

“**C**omment je traite l'ovale du visage” est l'un des thèmes des journées du gDEC 2018 les 22 et 23 novembre relayées par la revue *Réalités thérapeutiques* dans ce numéro. La perte de l'harmonie de l'ovale du visage est une demande quotidienne dans notre pratique esthétique, que ce soit dans des indications d'embellissement ou des indications de rajeunissement. L'offre thérapeutique, qu'elle soit chirurgicale ou médicale, lui apporte de belles réponses.

La chirurgie est, à nos yeux, la technique reine. Retendre vient bien sûr immédiatement à l'esprit. Le lifting chirurgical (**fig. 1**) est bien plus performant que toute autre technique. Cependant, la patiente ou le patient n'est pas toujours prêt psychologiquement à la chirurgie. Même si

un lifting est loin d'être un geste lourd. Il faut savoir que 80 % de nos liftings se font sous anesthésie locale pure avec, dans la plupart des cas, moins de 8 jours d'éviction sociale. Ils sont souvent beaucoup moins traumatisants que des gestes réputés plus légers comme les fils de suspension ou les lasers. Nos indications de lifting se posent dès qu'une ou un patient montre avec ses mains, devant le miroir, le geste du lifting en disant “*C'est ce que je désire*” ou “*Ce serait bien si...*”.

Cependant, dans la mesure où cet article est destiné à des praticiens non chirurgiens pour ces journées du gDEC, nous allons développer les approches non chirurgicales.

Les questions suivantes seront abordées : le lifting dit médical, c'est-à-dire



Fig. 1 : Avant et après lifting cervico-facial chez une patiente de 67 ans (©Belhaouari).

non chirurgical, existe-t-il? Est-il performant? A-t-il une place aujourd'hui? Peut-on redessiner un contour avec des techniques non invasives:

- Redessiner un contour avec de l'acide hyaluronique en comblant ou par modulation?
- 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 lipomérie cervicale antérieure avec des injections de lipolytiques (désoxycholate) ou par application de froid par des techniques de *Coolsculpting*?

Comme toujours, la maîtrise de toutes ces techniques passe par une parfaite compréhension anatomique, dynamique et clinique des remaniements induits par le vieillissement: c'est la base intangible. Elle passe aussi par une parfaite compréhension des produits mis à notre disposition.

Ce qu'il faut comprendre sur le plan anatomique et physiologique

Classiquement, on divise le visage horizontalement en tiers supérieur, moyen et inférieur. Au lieu de cela, considérons l'ensemble cervico-facial verticalement: proface médiane, mésiface intermédiaire et métaface latérale (*fig. 2*). Cette segmentation verticale trouve tout son intérêt avec le privilège de considérer le visage dans ses plans de glissement, dans sa dynamique d'expression 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 celui de Benjamin Button. Cette distinction dynamique de ce qui est fixe, de ce qui est mobile, de ce qui se relâche avec l'âge, avec la gra-

tivité, explique aussi les transformations morphologiques liées au vieillissement (*fig. 3 A, B, C et D*).

1. Au niveau de la métaface et de la mésiface

La mésiface ptôse avec le temps (*fig. 3*) [1-3] 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. Ce relâchement avec le temps forme la bajoue dans la partie inférieure de la mésiface, faisant ainsi perdre l'harmonie d'un ovale bien dessiné. Alors que la métaface, sur la partie postérieure du contour recouvrant le muscle masséter, est constituée d'un tissu cutané et sous-cutané plus adhérent en profon-

deur à l'aponévrose du masséter, ce qui ne lui donne pas le loisir de ptôser avec le temps. De même, la proface en avant est aussi constituée d'un tissu cutané et sous-cutané plus adhérent en profondeur. Elle ne ptôse pas avec le temps, ce qui forme l'encoche pré-bajoue.

Ce différentiel de ptôse explique les encoches entre métaface et mésiface et entre mésiface et proface (encoche pré-bajoue) et vient s'ajouter aux autres signes de vieillissement.

Les *retaining ligaments*, comme le ligament cutané mandibulaire à ce niveau, jouent bien entendu un rôle d'ancrage profond à ce niveau [2]. Comblers ces 2 encoches et harmoniser le différentiel peuvent redessiner l'ovale (*fig. 4 à 6*).



Fig. 2: Segmentation verticale du visage en proface, mésiface, métaface et signes du temps qui passe.



Fig. 3: Segmentation verticale du visage en proface, mésiface, métaface et signes du temps qui passe.

>>> Qu'en est-il des structures anatomiques à ce niveau? (fig. 7A et B):

- Le maxillaire inférieur avec son rebord mandibulaire en est le support.

- Le masséter, muscle masticateur avec le muscle temporal, est formé de 2 couches superposées : une superficielle et l'autre profonde qui se fondent pour se fixer de part et d'autre de la mâchoire sur 1 centimètre sur la branche verticale et sur les 3 premiers centimètres de la branche horizontale du maxillaire inférieur. On peut aisément palper le masséter entre pouce et index lors de sa contraction en serrant les mâchoires.

- Les hypertrophies du masséter, fréquentes en Asie, peuvent induire un "visage carré". Elles n'ont pas d'étiologie précise, mais on retrouve parfois une parafonction comme le bruxisme, les tics d'occlusion forcée ou une tendance à la mastication de chewing-gum.

- Une partie de la parotide recouvre l'angle de la mâchoire. 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 2 à 4 mm en moyenne), ce qui fait que l'injection dans la parotide est peu probable si on sait rester profond, presque au contact de l'os. Quand on injecte en sous-cutané, l'injection est plus superficielle par rapport à la parotide et au platysma.

- La veine faciale descend juste en avant du bord antérieur du masséter, avant de contourner la branche horizontale de la mandibule et de 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 est en avant. Quoiqu'il en soit l'aspiration est de mise avant toute injection. L'artère faciale, elle, est plus antérieure, sur le bord postérieur du *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-jacents à la mandibule. Elle est trop basse pour pouvoir être concernée.

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, cela après avoir délimité le masséter et



Fig. 4 : Avant et après injection d'acide hyaluronique au niveau du contour pour indication de ptôse modérée à 48 ans.

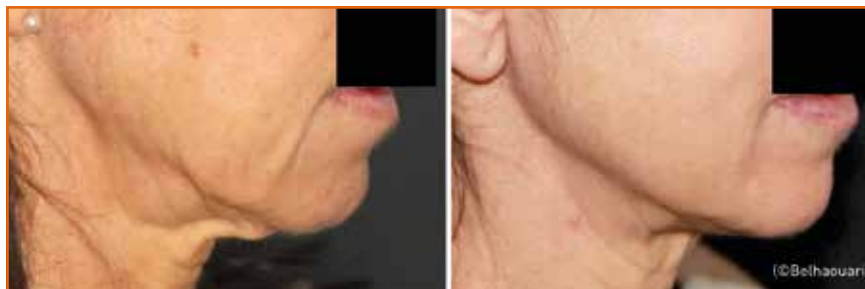


Fig. 5 : Avant et après injection d'acide hyaluronique au niveau du contour, du menton et des joues pour indication de ptôse significative à 67 ans.



Fig. 6 : Avant et après injection d'acide hyaluronique au niveau du contour et du menton pour indication structurelle d'embellissement.

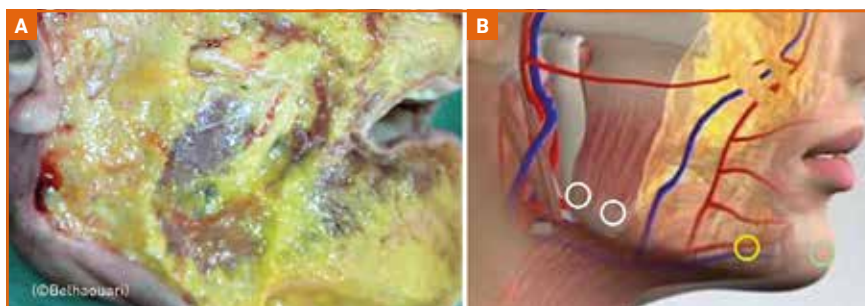


Fig. 7 : Structures anatomiques profondes au niveau du contour et points d'injection en bolus profond.

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 [1].

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

2. Au niveau de la proface

La zone médiane du visage, au niveau qui nous intéresse, comprend toute la région mentonnière, en avant de la bajoue. Le menton vieillit mais ne ptôse pas comme la mésiface. Il est mobile par les muscles peauciers qu'il contient, notamment par le jeu du muscle mentonnier qui ascensionne le menton, projette en avant la lèvre inférieure et donne un aspect de peau d'orange lorsqu'il est hypertonique. Le *depressor anguli oris* et le *depressor labii inferioris* s'expriment au niveau de la bouche.

Comme il n'y a pas de ptôse au niveau de la proface et que, par contre, la bajoue ptôse 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 parfois considérer une 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 de la bajoue lors de la ptôse.

>>> Quelles sont les structures anatomiques nobles à considérer et à respecter quand on injecte ce "prejowl" ? (fig. 7A et B).

- 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 osseux. Ne pas râper le périoste osseux avec sa canule ou son aiguille coule de source.

3. 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 peau, tissu grasseux sous-cutané et 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. 3).

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. Normalement de l'ordre de 90° à 100°, il peut atteindre 130°, voire 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. Par ailleurs, la pente du cou est tributaire de l'importance des compartiments grasseux (fig. 8B). La graisse cervicale antérieure peut

être superficielle par rapport au platysma ou profonde. C'est cette graisse superficielle qui est concernée par les injections lipolytiques comme le désoxycholate ou l'application de froid par cryolipolyse.

Embellissement et rajeunissement du contour du visage

1. L'acide hyaluronique

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

En dehors du lipofilling de graisse autologue, notre philosophie du "*primum non nocere*" a toujours été d'utiliser uniquement des produits injectables résorbables, car nous ne voulons pas compromettre le futur par des complications éventuelles avec des produits non résorbables ou semi-résorbables, 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 [3-5] constitue le produit de référence, surtout depuis l'avènement des produits volumateurs.

Le but est d'atténuer, voire de supprimer le différentiel au niveau de la ligne

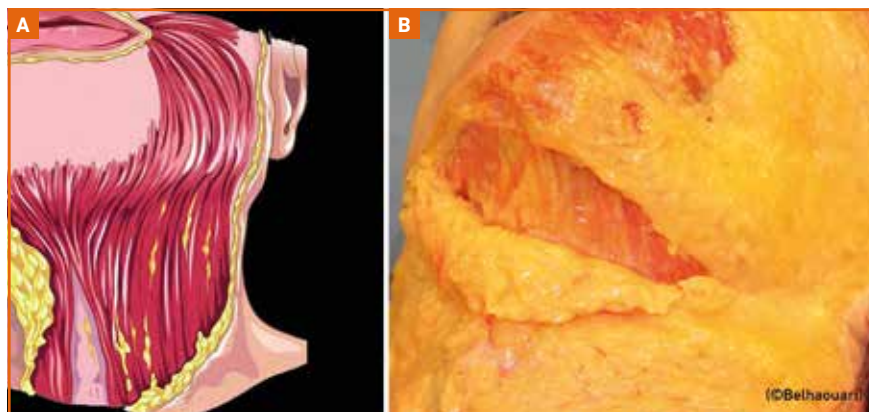


Fig. 8 : Structures anatomiques du cou : graisse cervicale superficielle et platysma.

horizontale du rebord mandibulaire en restructurant la métaface pour gommer l'encoche entre métaface et mésoface. 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 des résultats chez des patientes d'âges différents. Même chez une patiente dont l'indication de lifting chirurgical est manifeste, l'amélioration est probante (**fig. 5**).

>>> L'injection profonde

Elle 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 solide au support osseux.

Deux à 3 bolus profonds au niveau de la métaface (**fig. 7B**), sur la partie postérieure de la branche horizontale de la mandibule, redonnent du galbe à cette zone du rebord mandibulaire pour l'amener au niveau de la mésoface et gommer le différentiel entre mésoface et métaface. Cette injection est en fait réalisée 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 à 0,6 mL par côté.

Cette localisation profonde, fixe et 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. Sinon, elle peut être complétée par une injection superficielle (**fig. 5**).

>>> L'injection par nappage superficiel

Associée à l'injection profonde dans notre pratique habituelle, elle peut suffire elle aussi pour donner un résultat satisfaisant (**fig. 4**). L'injection se fait en sous-cutané en sachant que ce 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, ces 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, 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. Le produit doit 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. En revanche, le bénéfice trophique cutané d'hydratation, du fait des qualités rhéologiques du produit et de la stimulation fibroblastique "*skin booster*", devient manifeste après les premiers 15 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, protéoglycanes et glycoprotéines de structure. Elle résulte aussi du pouvoir hydratant de l'acide hyaluronique injecté et intégré aux tissus [3].

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 à l'effet rajeunissant. On peut donc parler d'effet lifting ou "lifting médical" sans que ce soit un lifting réel.

>>> L'encoche pré-bajoue ou "prejowl"

Sa correction est en tous points similaire à ce que nous avons décrit précédemment au niveau de la métaface : l'injection peut être profonde ou superficielle (**fig. 7B**).

>>> Au niveau du menton

Redonner un galbe à une rétrusion du menton se fait certes chirurgicalement par ostéotomie d'avancement ou par mise en place d'un implant prothétique notamment en silicone ou par lipostructure, mais elle peut très bien se faire par injection d'un acide hyaluronique (**fig. 7B**).

L'injection en bolus profond au niveau du pogonion aura un effet de projection, d'avancement du menton (**fig. 5 et 6**). Le produit adéquat doit être un acide hyaluronique volumateur, cohésif avec une bonne élasticité (G'), pour avoir un effet de projection et une viscosité (G'') modérée permettant d'éviter l'étalement. Située plus bas que le pogonion, l'injection aura un rendu d'allongement. 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 myomodulateur 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.

2. La toxine botulique

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 botulique 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 botulique. Seul un lifting chirurgical permet de retendre la peau et le système musculo-aponévrotique platysmal pour redonner une bonne définition de l'ovale cervico-facial. En revanche, il est indéniable que, pour des relâchements modérés avec perte de définition du rebord mandibulaire, on peut obtenir une nette amélioration.

L'injection suit la ligne du rebord mandibulaire, 1 à 2 cm au-dessous. Les points d'injection sont espacés de 2 cm en partant de la ligne médiane sans atteindre l'angle mandibulaire, car le bord postérieur du platysma va rarement au-delà. La relaxation musculaire obtenue par la toxine botulique adoucit ainsi la ligne cervicale haute avec un effet bénéfique sur la définition du rebord mandibulaire [3].

>>> Les cordes platysmales

La toxine botulique a un excellent effet par la relaxation musculaire induite. Elle permet l'atténuation voire la disparition des cordes platysmales. En cela, la ligne cervicale se retrouve adoucie. L'injection doit être superficielle pour ne pas traverser le muscle platysma avec les conséquences d'une diffusion en profondeur. Les points d'injection doivent être étagés tous les 2 cm sur toute la longueur de ces cordes platysmales [3].

>>> Les rides cervicales horizontales

Ce sont des rides de froissement et non

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

3. Fils de suspension

Plus prometteuse qu'efficace à nos yeux, cette technique séduisante dans son esprit donne des résultats modérés pendant 8 à 18 mois entre nos mains.

Ces techniques de suspension ont été préconisées depuis longtemps, développées et promues en 1997 par Marian Sulamanidze avec les fils crantés, puis améliorées. Le principe astucieux se heurte à la réalité de la stabilisation tissulaire à moyen terme par le crantage ou les cônes, et ce quel que soit le nombre de fils.

En ce qui nous concerne, nous réservons cette technique aux cas de ptôse modérée. Pour avoir un effet lifting intéressant de l'ovale du visage, la mise en place de 3 fils par côté est un minimum. La partie supérieure des fils doit être fixée sur un plan peu mobile pour avoir un meilleur effet lift (si tu ne vas pas à Lagardère, Lagardère viendra à toi !). L'aspect cutané "un peu flétri" en postopératoire immédiat persiste plusieurs jours avant de disparaître. L'effet trophique de cette mise en place de corps étrangers que sont ces fils, en induisant une réaction cicatricielle et trophique, est intéressant. Le développement de fils à résorption lente, qui seraient moins neutres sur le plan de la réponse trophique et cicatricielle supérieure, aurait l'avantage d'augmenter l'effet trophique.

4. Les autres techniques

Les lasers CO₂ ablatifs ou fractionnés ont leur place par leur pouvoir "tightening". Remodelage, stimulation par induction tissulaire, laser, lumière, ultrasons focalisés, radiofréquence : toutes ces techniques ont leur place, mais laquelle ?

Une demande particulière concerne les

lipoméries cervicales antérieures. La liposuction donne des résultats remarquables mais les injections de produits lipolytiques (désoxycholate) ou l'application de froid par des techniques de cryolipolyse montrent aussi leur efficacité. Encore faut-il définir leur place, leurs avantages et leurs inconvénients.

■ Conclusion

L'offre thérapeutique apporte de belles réponses à la demande grandissante d'embellissement ou de rajeunissement de l'ovale du visage. N'oublions pas aussi de considérer l'ovale en intégrant le menton et le cou car, comme nous l'avons souvent dit et écrit : "*Contour, chin and neck go together*".

Même si le lifting chirurgical reste la plus belle réponse, les "liftings dits médicaux" peuvent être une alternative d'attente surtout si on sait les associer. "*Optimization and no opposition*" entre les techniques !

BIBLIOGRAPHIE

1. BELHAOUARI L. Embellissement et rajeunissement de l'ovale du visage. *J Med Esth Chir Derm*, 2017, Vol. XXXIV;173:19-27.
2. ROHRICH R, PESSA J. The retaining system of the face. *Plast Reconstr Surg*, 2008;121:1804-1809.
3. BELHAOUARI L, GASSIA V. L'art de la toxine botulique et des techniques combinées en Esthétique. Éditions Arnette Wolters Kluwer, 2013.
4. La chirurgie de la Senescence du Visage, Report 18th National Congress French Society of Plastic Surgery: Paris Oct 1983, Elbaz JS, Costagliola M, Belhaouari L:19-20.
5. MEYER K, PALMER JW. The polysaccharide of the vitreous humor. *J Biol Chem*, 1934;107:629-634.
6. BOUISOU 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 embel-

lissement du midface, *J Med Esth Chir Derm*, 2014, Vol. XXXXI;164:203-209.

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