



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



NOTE TECHNIQUE

Le microlift biplan. Principes, technique, résultats

The biplane microlift. Principles, technic, results

V. Mitz

176, boulevard Saint-Germain, Paris 75006, France

Reçu le 23 novembre 2017 ; accepté le 17 janvier 2018

MOTS CLÉS

Microlift ;
Lifting ;
Lifting biplan ;
Chirurgie esthétique ;
Lifting cervico-facial ;
SMAS ;
Ligaments
suspenseurs de la face

KEYWORDS

Microlift;
Face lifting;
Biplane facelift;
Esthetic surgery;
Face and neck lift;
SMAS;
Retaining ligaments
of the face

Résumé La demande pour des liftings plus légers que le grand lifting cervico-facial biplan avec grands décollements a significativement augmenté ces dernières années. Cela explique la popularité des méthodes de lifting « médical » basées sur les fils tenseurs. Une alternative chirurgicale est néanmoins possible en développant une technique dérivée des minilifts, mais comportant une dissection monobloc (peau + SMAS), et respectant au maximum les ligaments suspenseurs de la face, tout en y associant une résection cutanée pré dessinée. Trente-deux patients ont été opérés selon cette technique depuis 2014 ; 3 ont dû subir une retouche pour détérioration du résultat après 1 an. Peu de complications ont été observées, essentiellement sous forme d'hématomes modérés, ou des conflits cutanés de cicatrisation sur fils résorbables. Les meilleures indications semblent être les patients jeunes présentant un début de bajoues ou de distension cervicale, ou les reprises légères après un premier grand lifting classique.

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary There has been a growing number of patients asking for a lighter face lift than the classical biplane procedure with wide undermining; This explains the popularity of medical threads lifts. A surgical approach is nevertheless possible by performing a new technique, derived from minilifts, but with a dissection elevating skin and SMAS layers together, preserving as much retaining ligaments as possible, and allowing a predesigned skin excision. Thirty-two patients have been operated this way since 2014; 3 asked and sustained for a redo because of skin relapse at one year postoperatively. Few complications have occurred, mostly limited hematomas, or skin problems because of suture threads rejection. The best indications seemed to be young patients presenting a jowl ptosis or cervical skin laxity, and patients who require a secondary facelift as a lighter procedure.

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS.

E-mail addresses: docmitz@club-internet.fr, docmitz@hotmail.com.

<https://doi.org/10.1016/j.anplas.2018.01.004>

0294-1260/© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

Introduction

Le lifting cervico-facial biplan classique a fait la preuve de son efficacité depuis de nombreuses décennies, mais il reste une opération assez lourde aux suites parfois compliquées, ce qui continue de le faire redouter chez de nombreux patients. Ceux-ci craignent l'idée d'un arrêt de travail prolongé, et des complications qui représentent presque 5 % des cas.

Ceci explique le grand succès médiatique et technique des liftings appelés « médicaux » qui reposent sur l'utilisation de fils tenseurs pratiqués sans hospitalisation et sous anesthésie locale pure.

Les mini-liftings existent sous de nombreuses variétés, depuis fort longtemps. Ils ont été décrits par de nombreux auteurs, depuis les origines du lifting dont ils furent le réel précurseur (Miller, Joseph, Lexer, Bourguet, Noel...).

La plupart des anciens minilifts étaient strictement sous-cutanés. D'autres composites, en majorité sous-périostés (Bonnefon [1], Mendelson [2]), parfois par endoscopie (O. Ramirez [3]).

Les liftings biplan ou composites conduisent à une large section des ligaments suspenseurs de la face [4,5] ; il paraissait impensable de les préserver, toutefois cela est apparu possible dans les formes récentes de vieillissement du visage.

On peut ainsi les distendre par une dissection prudente, et profiter de leur effet tenseur harmonieux pour réaliser un lifting très naturel.

Cette conservation des structures fibreuses arrimant les tissus profonds permet de retendre le couple peau et SMAS en monobloc, tout en préservant les ligaments tenseurs (*retaining ligaments* des Anglo-saxons »). On respecte, ainsi au

maximum les pédicules vasculaires, nerveux et lymphatiques du visage.

La responsabilité des ligaments tenseurs de la face a été incriminée par nombre d'auteurs dans le vieillissement prématuré du visage ; ces ligaments, magistralement décrits par Furnas en 1989 [4,6] portent son nom. La section des ligaments suspenseurs de la face (*retaining ligaments*) des Anglo-saxons est à la base des liftings contemporains ; pourtant ce dogme a besoin d'être revisité.

Le dogme, jusqu'à présent est qu'il faut les couper pour retendre la peau et le SMAS ; c'est ce dogme que nous contestons ; une élongation douce nous paraît suffire. Cette conception est également défendue par le Dr. W. Funk [7] dans son « presto lift ». Il pratique une dissection poussée très loin, sous le SMAS, vers les sillons naso-géniens, à l'aide d'un instrument écarteur spécifique, ressemblant un peu à un dilateur nasal de Killian.

Dans le microlift défendu ici, ces ligaments suspenseurs de la face sont respectés, mais éloignés sans section.

On peut rapprocher cette technique du « S minilift » de Z. Salyan présenté en 1999 [8], puis de Fulton et al. [9], décrit en 2001, mais ces auteurs ne font que plicaturer le SMAS, à la façon de Tonnard.

Le microlift a été initié par l'auteur en 2014, dans le but d'éviter une reprise au bloc opératoire de certains liftings qui n'avaient pas donné une grande satisfaction au patient, à la suite d'un relâchement inattendu ou de la réapparition de bajoues ou de fanons.

Il s'agissait aussi d'éviter de proposer des fils tenseurs jugés peu probants pour corriger le problème.

Technique opératoire

- Préparation de la peau : nettoyage à la Bétadine dermatique diluée, sans couper de cheveux ;
- dessin préétabli (Fig. 1) repérant la quantité excédentaire de peau en pré auriculaire, et dans la région mastoïdienne ; le repérage se fait par une mise en tension ferme selon un vecteur vertical au niveau pré auriculaire, et vers l'arrière et en haut à 45° C en rétro-auriculaire ; il peut y avoir une différence dans la résection entre les deux côtés, compte tenu de l'asymétrie habituelle des visages ;
- infiltration anesthésiante de lidocaïne adrénaline diluée (1 cc de lidocaïne adrénalinée dans 100 cc de sérum physiologique) ;
- ablation de l'excédent cutané par désépidermisation de surface, en laissant le socle de SMAS intact en profondeur tout autour de l'oreille. Une profondeur équivalente à celle du SMAS pré auriculaire est atteinte dans la région mastoïdienne ;
- hémostase rigoureuse ;
- puis Incision périphérique distale du SMAS, en laissant une large plate-forme de SMAS, au pourtour de l'oreille, de 15 à 30 mm de largeur. De ce fait, on se retrouve presque à la sortie de la région parotidienne, là où le SMAS est multicouche ;
- décollement prudent et progressif sous le SMAS restant extraparotidien, en avant de la plate-forme respectée, au-devant de l'oreille, en dissociant les éléments sans sectionner les pédicules vasculaires nerveux et

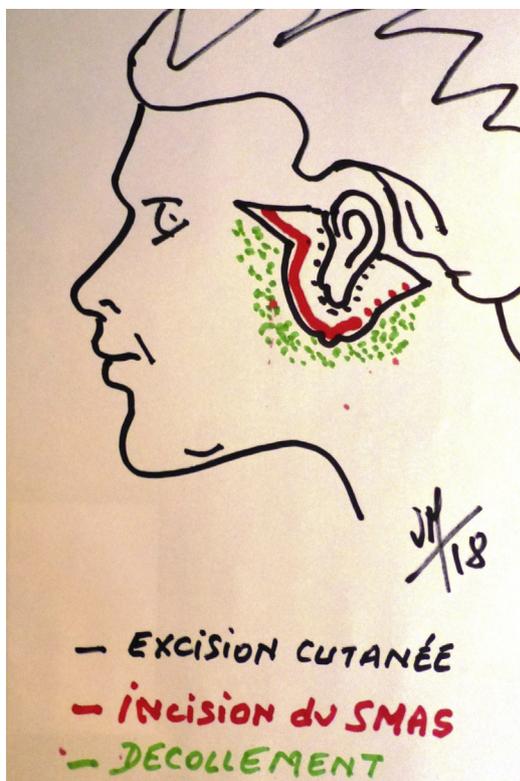


Figure 1 Principes.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8710800>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8710800>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)