

Lifting temporal

Temporal lift

L. Belhaouari
P. Quinodoz
F. Braccini
F. Niforos
(Toulouse) ¹

Résumé

Le lifting temporal fait partie du lifting classique qui est en fait cervico-facio-temporal. Il fait partie aussi du lifting du «haut du visage» qui est en fait fronto-temporal. C'est dire qu'il concerne une zone charnière entre le haut et le bas du visage. **Buts** : dans une première partie les auteurs rappellent les données anatomiques essentielles comprenant le sourcil, le coussinet adipeux de Charpy, la galéa et le fascia temporo-pariétal, les rapports nerveux (rameau temporo-facial du nerf facial et nerf supra-orbitaire) et les rapports veineux (veine sentinelle). Ensuite ils exposent les différentes techniques chirurgicales (galéapexie, lifting temporal endoscopique, lifting supra-sourcilier, fils crantés de suspension, fixation type Endotine, toxine botulique. Ceci permet de définir de manière plus précise les indications et contre-indications du lifting temporal. **Conclusion** : les indications du lifting temporal sont les ptôses latérales de la queue du sourcil. Par contre, la ptôse totale nécessite un lifting frontal. Dans ce cas on peut être amené à associer une blépharoplastie concomitante. Le lifting temporal s'effectue fréquemment de manière combinée avec un lifting cervico-jugal. Les perspectives des progrès techniques pour améliorer la pérennité d'un geste temporal isolé sont grandes et nous permettront d'élargir les indications.

Mots-clés : Lifting temporal, lifting frontal, lifting de la face, galéapexie, lifting sourcilier, blépharoplastie.

Summary

The temporal face lift belongs to the traditional face lift which is in fact cervico-facio-temporal. It also forms part of the face lift "top of the face" which is in fact fronto-temporal. It is to say that it relates to a junction zone between the superior and inferior part of the face. **Objectives**: in a first part the authors recall the essential anatomical data including the eyebrow, the Charpy's adipose cushion, the galea aponeurotica and the temporo-parietal fascia, the nerves (temporo-facial branch of the facial nerve and supra-orbital nerve) and the veins (sentinel vein). They then describe the various surgical techniques (galeapexy, endoscopic temporal face lift, supra-eyebrow face lift, notched wire of suspension, standard fixing Endotine, botulin toxin injection. This makes it possible to more precisely define the indications and contra-indications of the temporal face lift. **Conclusion**: the indications of the temporal face lift are ptosis of the tail of the eyebrow. On the other hand, total ptosis requires a frontal face lift. In this case one can associate a concomitant blepharoplasty. The temporal face lift is frequently carried-out combined with a cervicofacial lift. The prospects for technical progress to improve perennality of an isolated temporal gesture are broad and will allow us to widen the indications.

Key-words: Temporal lift, frontal lift, face lift, galeapexy, brow lift, blepharoplasty.

400 000 liftings sont réalisés annuellement dans le monde. Le lifting temporal fait partie du lifting classique qui est en fait cervico-facio-temporal. Il fait partie aussi du lifting «du haut du visage» qui est en fait fronto-temporal. C'est pour dire qu'il s'agit d'une zone charnière entre le haut du visage et le bas du visage. Alors pourquoi ne pas l'isoler et en faire une entité pleine et entière.

De tout temps, nombre de nos semblables ont esquissé devant le miroir le petit geste temporal qui relève la queue du sourcil et retend la patte d'oie. Ce petit geste a l'air simple et bénéfique.

«Faites moi une petite pince, Docteur ! Juste un petit point là !». C'est la pince mannequin que beaucoup de

nos anciens ont réalisé avec une petite incision curviligne ou en Z dans le cuir chevelu temporal et une petite remise en tension après un bref décollement.

Le geste est très léger, le résultat immédiat très satisfaisant mais la durée limitée. Et bien entendu, le lifting temporal a évolué.

Buts : dans une première partie les auteurs rappellent les données anatomiques essentielles comprenant le sourcil, le coussinet adipeux de Charpy, la galéa et le fascia temporo-pariétal, les rapports nerveux (rameau temporo-facial du nerf facial et nerf supra-orbitaire) et les rapports veineux (veine sentinelle).

Ensuite ils exposent les différentes techniques chirurgicales (galéapexie, lifting temporal endoscopique, lifting supra-sourcilier, fils crantés de suspension, fixation type Endotine, toxine botulique. Ceci permet de définir de manière plus précise les indications et contre-indications du lifting temporal.

1. 3 allée Jules Guesde, 31000 Toulouse, France.
Email: BELHAOUARI.L@wanadoo.fr

Article reçu : 03/12/05

Accepté : 15/02/06

1. DONNÉES ANATOMIQUES ESSENTIELLES

Le sourcil et le coussinet adipeux de Charpy

Le sourcil sépare le front de l'étage orbitaire de la face. Sa fonction essentielle est la protection supérieure du cadre orbitaire et du globe oculaire. Si on considère que dans le développement de l'espèce humaine, le front est une verticalisation de la partie antérieure de la boîte crânienne due au développement du cerveau chez l'homme moderne, on peut penser que le sourcil est une émanation du cuir chevelu et que ce développement frontal vient séparer verticalement le sourcil du reste du cuir chevelu et que ce sourcil est devenu facial

Décrit par Charpy en 1909, le coussinet adipeux de Charpy (retro-orbicularis oculus fat : roof des anglo-saxons) représente un croissant graisseux de 1 cm de hauteur et 5 mm d'épaisseur, moulé par sa face postérieure sur l'arcade orbitaire, avec laquelle il entretient des adhérences fibreuses dans sa partie médiale, et non pas dans sa partie latérale qui est libre de toute adhérence avec l'os.

Son épaisseur projette en avant légèrement le sourcil, tout en protégeant et masquant les saillies osseuses du rebord osseux supra-orbitaire, créant une courbe fronto-palpébrale harmonieuse chez le jeune.

Son rôle fonctionnel essentiel est mécanique : c'est un véritable plan de glissement, syssarcose, permettant la mobilité de la région sourcilière conduite par les muscles de la balance musculaire frontale.

Tout ceci a une incidence dans l'esthétique du regard avec l'âge.

En effet, si son relief contribue à créer une courbe fronto-palpébrale harmonieuse chez le jeune, cette syssarcose, ce rôle fonctionnel de glissement favorise la ptôse latérale du sourcil avec l'âge, en soulignant 2 points importants :

- la face postérieure du coussinet adipeux entretient des adhérences fibreuses dans sa partie médiale, et non pas dans sa partie latérale qui, libre de toutes adhérences avec l'os, peut glisser et se ptôser. Le point fixe orbitaire décrit par Psillakis sépare la solidité relative de l'ultra-structure médio-sourcilière et le plan de glissement (glide plane space) latéro-sourcilier ;

- l'absence de support musculaire latéral : le muscle frontal, seul muscle élévateur du sourcil, n'est pas présent sur cette partie latérale de la queue du sourcil où seul existe la portion orbitaire du muscle orbiculaire qui est abaisseur.

Galéa et fascia temporo-pariétal.

Le fascia temporo-pariétal représente l'extension latérale de la galéa aponeurotica. Cet ensemble qui démarre pour la région qui nous intéresse, c'est-à-dire la région temporale, au niveau de la crête temporale recouvre l'aponévrose superficielle du temporal.

En dedans par rapport à la crête temporale, la galéa, avec bien entendu le muscle frontal qui est dans un dédoublement de la galéa frontale, continue recouvrant le périoste de l'écaille de l'os frontal dont elle est séparée par un tissu celluleux lâche réalisant un espace virtuel de glissement, l'espace de Merckel, qui permet au front et au sourcil de se mobiliser.

La branche temporale du nerf facial ou rameau temporo-frontal

Le rameau temporo-frontal de la branche temporo-faciale innerve le muscle frontal. Il quitte la parotide et chemine immédiatement à la face profonde du fascia temporo-pariétal pour rejoindre la face profonde du muscle frontal. Il aborde ce muscle en étant toujours située plus bas que la branche frontale de l'artère temporale superficielle. Ce rameau croise le bord inférieur de l'arcade zygomatique au niveau du tubercule antérieur de l'articulation temporo-mandibulaire. Au dessus de l'arcade zygomatique, il croise la ligne unissant le canthus externe au sillon inter-trago-hélicéen à environ 3 cm de cette dernière. Dans 75 % des cas, le rameau temporo-frontal s'anastomose au niveau de l'arcade zygomatique ou un peu au dessus avec le rameau auriculaire, qui est le rameau le plus postérieur de la branche temporo-faciale. Ce dernier rameau chemine au niveau de l'ATM et passe 1,5 cm en avant de la racine de l'hélix.

La division profonde du nerf supra-orbitaire

Branche du V1, il émerge de l'orbite à travers une encoche du rebord orbitaire ou occasionnellement à travers un foramen qui peut être deux à quatre millimètres au dessus du rebord orbitaire. Tandis que les nerfs supra-trochléaires cheminent à l'intérieur des fibres du corrugateur, le nerf supra-orbitaire chemine en profondeur du corrugateur. La branche latérale du nerf supra-orbitaire peut cheminer parfois très latéralement, jusqu'à la crête temporale. Les dissections médio-frontales et médiales par rapport à la crête temporale, doivent être prudentes et considérer le respect du nerf supra-orbitaire pour préserver la sensibilité de l'hémi-front homolaréal. Un repère utile est la ligne médio-pupillaire ou une distance à deux-trois centimètres de la ligne médiane frontale.

La veine sentinelle

De la Plaza et al (1) a décrit les vaisseaux perforants de la région temporale comme des "vaisseaux sentinelles" de la paroi latérale de l'orbite. Ces veines zygomatoc-temporales sont des veines communicantes entre les systèmes superficiels et profonds. Il existe habituellement deux veines, une médiale et l'autre latérale. La médiale est plus large et s'appelle classiquement la "veine sentinelle". La veine sentinelle est un repère utile pour le planning pré-opératoire et un point clé afin de se repérer dans le relâchement des adhésions péri-orbitaires en per-opératoire. Chez la plupart des patients en position verticale, la veine sentinelle est située 1,5 cm au dessus et latéral au canthus latéral. La plus basse des branches nerveuses frontales passe environ un centimètre au

dessus du niveau de la veine sentinelle ainsi la veine sentinelle sert de repère pour éviter la branche frontale du nerf facial.

2. LES INDICATIONS DU LIFTING TEMPORAL

Ce sont les ptôses latérales du sourcil, c'est-à-dire de la queue du sourcil ainsi que du rajeunissement de la patte d'oie. Un lifting temporal isolé convient aux patients qui n'ont pas de ptôse médiane du sourcil et un vieillissement facial confiné à la région temporale et aussi malaire.

La ptôse totale du sourcil nécessite un lifting frontal associé, endoscopique essentiellement beaucoup plus que par incision bicoronale réservée pour des cas majeurs.

La chute du sourcil entraîne un pseudo-excès de peau de la paupière supérieure qu'il est important de différencier d'un vrai excès cutané palpébral supérieur ou blépharochalasis qu'il convient de traiter par blépharoplastie supérieure.

L'association lifting temporal et blépharoplastie supérieure doit, si on veut la réaliser dans le même temps opératoire, faire la part de ce qui revient à chacune des 2 interventions. Il est parfois plus sage de différer la blépharoplastie supérieure dans un second temps.

3. TECHNIQUES CHIRURGICALES

«L'ancêtre» : la pince mannequin

L'incision : curviligne ou en Z, dans le cuir chevelu temporal à 3 cm en arrière de la ligne chevelue. La dissection se fait en sous-cutané, superficielle à la galéa sur quelques centimètres. Et c'est l'excision cutanée qui permet l'effet «pince» relevant la queue du sourcil. Transitoire dans la pérennité de ses résultats, elle se traduit aussi par une rançon cicatricielle, certes dans le cuir chevelu, mais visible du fait que tout est dû à la tension cutanée. Elle se traduit aussi par un recul de la ligne chevelue. Ce qui explique son abandon.

Sachant que tout geste d'excision cutané entraîne inéluctablement un recul de la ligne chevelue, l'évolution technique du lifting temporal a voulu prévenir cette élévation de la ligne des cheveux : soit par une incision pré-capillaire, mais la cicatrice est alors fréquemment visible, surtout chez les brunes et les phototypes supérieurs à 3 ; soit par transfert de la tension à la galéa, en lieu et place de la peau et du cuir chevelu. Les techniques ont évolué afin de permettre une élévation de la queue du sourcil sans élévation de la ligne capillaire en mobilisant la galéa de manière indépendante soit en la plicaturant soit en la sectionnant et en la fixant au fascia temporal profond.

La galeapexie (2) a cet objectif.

L'incision temporale intra-capillaire se fait sur 5 cm, à deux-trois centimètres dans les cheveux en ne dépassant pas la crête temporale. Après dissection sous-galéale

et après avoir dépassé la ligne chevelue de 1 cm environ, la galéa est incisée sur 4 cm environ. Le plan de dissection change pour se continuer et devenir alors sous-cutanée jusqu'à la queue du sourcil qui sera ainsi mobilisée et repositionnée à la position désirée. Cette dissection sous-cutanée doit être effectuée de manière prudente en tenant compte de la localisation du nerf facial et des fibres musculaires de la portion orbitaire du muscle orbiculaire.

Par ailleurs, l'incision galéale a créé 2 berges, la berge proximale par rapport à la voie d'abord, c'est-à-dire la berge postéro-latérale de la cette incision galéale est alors retournée pour être liftée selon un vecteur oblique en haut et en latéral et amarrée par des points de vicryl au fascia temporal.

C'est cette fixation galéale, après retournement, qui assurera une meilleure pérennité de la remise en tension. La tension est transférée sur la galéa et non sur la peau et le cuir chevelu.

Lifting temporal endoscopique

Une incision de 2 cm en arrière de la ligne chevelue temporale au dessus du muscle temporal permet une dissection entre fascia temporo-pariétal et fascia temporal profond jusqu'au cadre orbitaire. Médialement, la dissection se continue à travers la ligne temporale de fusion en la sectionnant et en ouvrant l'espace sous-périosté, d'abord de façon non-endoscopique, puis on introduit l'endoscope et on continue médialement à la veine sentinelle On libère les adhérences autour de la veine sentinelle en prenant soin de la préserver. Il est important de relâcher toutes les adhérences du sourcil.

Le lifting temporal peut alors devenir fronto-temporal. Pour ce faire, l'intervention continue avec une incision centrale au niveau de la ligne médiane, à un centimètre de la limite des cheveux et une dissection médio-frontale sous-périostée afin d'effectuer un lifting frontal (3).

Les repères anatomiques principaux pour cette intervention endoscopique comprennent la veine sentinelle, la crête temporale. Pour la veine sentinelle, la position «patient couché» peut être utile pour la repérer et la dessiner. Le nerf frontal est à 1 cm environ au dessus de la veine sentinelle. La crête temporale se trouve le long de la limite antérieure du muscle temporal après sa palpation «dents serrés».

La fixation temporale se fera en normotension sur la corticale externe osseuse, selon un vecteur oblique en haut et en arrière.

Le lifting sus-sourcilier

Le lifting sus-sourcilier est une approche efficace pour l'élévation du sourcil, particulièrement de la queue du sourcil, cependant, cette technique est peu utilisée car elle laisse une cicatrice en zone glabre à la limite supérieure du sourcil qui peut être visible notamment sur des phototypes 4 ou plus nécessitant alors un maquillage systématique.

Cette approche offre une excellente élévation des sourcils par une excision directe de la peau redondante. Elle permet également un accès direct aux muscles. Rapide, simple, elle s'effectue sous anesthésie locale avec un risque minimal de lésions nerveuses sensibles. Le patient idéal est un patient âgé avec des sourcils lourds, principalement dans la portion latérale et avec des rides frontales profondes où la cicatrice peut se confondre. Cela reste une alternative intéressante chez des patients âgés nécessitant des interventions courtes en sachant que la rançon cicatricielle chez les patients âgés est moindre que chez les patients plus jeunes.

Le dessin préopératoire s'effectue juste au dessus du sourcil ou parfois dans une ride préexistante située plus haut.

Ce dessin varie tant en largeur qu'en hauteur et est en fonction du but recherché. Il estime en hauteur la quantité de peau à exciser pour obtenir le relèvement souhaité. Il estime en longueur le but recherché, par exemple une élévation complète du sourcil ou une élévation limitée à la queue du sourcil

L'excision est limitée à la peau afin d'éviter une lésion de la branche frontale du nerf facial et des nerfs sensitifs. Il est également possible à travers cette incision transverse d'accéder aux muscles corrugators pour une action sur les rides glabellaires du lion.

Les fils crantés de suspension

Deux voire trois fils crantés de suspension sont mis en place, par deux mini-incisions, grâce à une canule-trocart en allant de la queue du sourcil vers le cuir chevelu temporal selon un vecteur oblique en haut et en arrière. Les crans du fil sont obliques vers le haut pour maintenir la suspension, surtout si on fixe l'extrémité supérieure. Cette technique très prometteuse donne des résultats certes modérés mais intéressants.

Les fixations de type Endotine

Il est judicieux de fixer les tissus décollés et repositionnés par tout dispositif.

Déclinés en Endotine Transbléph pour la partie latérale du sourcil et en Endotine Midface pour la région malaire, ces dispositifs bio-absorbables sont fixés en profondeur au périoste sous jacents par une vis bio-absorbable et superficiellement aux tissus décollés par les crochets de ces dispositifs. Ainsi les tissus décollés sont stabilisés au repositionnement souhaité.

L'alternative toxine botulique (4)

La toxine botulique peut être une alternative car elle peut avoir un effet à 2 niveaux : d'une part, le relèvement de la queue du sourcil et du sourcil entier d'ailleurs, et sur les rides de la patte d'oie d'autre part.

En effet, si on considère les muscles de la balance frontale, il n'existe pas d'opposition musculaire au niveau du tiers externe du sourcil. Le seul muscle élévateur (frontal) n'intéresse pas cette zone. Seul le muscle abaisseur représenté par la portion orbitaire du muscle orbiculaire attire cette queue du sourcil vers le bas et ride la peau de la patte d'oie.

Aussi la mise au repos musculaire de cette zone aura le double effet suivant :

- un point au niveau de la queue du sourcil relaxera la zone externe de la partie supérieure du muscle orbiculaire élevant ainsi la queue du sourcil ;

- deux à trois points sur la zone externe du muscle orbiculaire relaxera cette portion musculaire et estompera les rides la patte d'oie.

3. CONCLUSION

Les indications du lifting temporal sont les ptôses latérales de la queue du sourcil alors que la ptôse totale nécessite un lifting frontal.

Un lifting temporal convient aux patients qui n'ont pas de ptose médiane du sourcil, pas d'excès de peau au dessus de la glabelle et un vieillissement facial confiné à la queue du sourcil. La chute du sourcil entraîne un pseudo-excès de peau de la paupière supérieure la plupart du temps. Si cela est le cas, on peut être amené à associer une blépharoplastie concomitante. Cette intervention s'effectue fréquemment de manière combinée avec un lifting cervico-jugal.

Si de tout temps, on s'est intéressé à la région temporale et au lifting temporal, c'est pour l'apport immense que peut procurer ce geste simple au rajeunissement global du visage.

Associé à un geste plus global frontal ou cervico-facial, on en connaît l'intérêt. Mais les perspectives de progrès techniques pour améliorer la pérennité d'un geste temporal isolé sont grandes et nous permettront d'en augmenter nos indications.

Références

1. DE LA PLAZA R. VALIENTE E. ARROYO J.M. Supraperiosteal lifting of the upper two-thirds of the face. B. J. PLAST. SURG. 1991; 44:325.
2. FOGLI A. Temporal lift by galeapexy: A review of 270 cases. AESTH PLAST SURG. 2003;27:159-165.
3. RAMIREZ OM. Endoscopic techniques in facial rejuvenation: An overview. AESTHETIC. PLAST. SURG. 1994 Spring;18(2):141-7.
4. BELHAOUARI L, GASSIA V, LAUWERS F. Balance musculaire frontale et toxine botulique. ANN CHIR PLAST ESTH. 2004;49(5): 521-526.