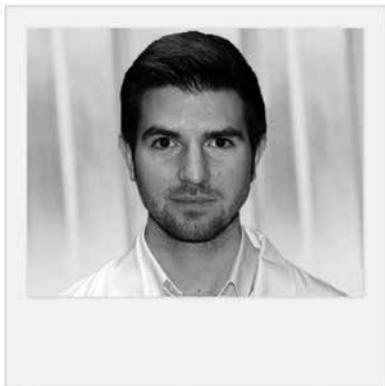


Lifting cervico-facial sous anesthésie locale : pourquoi et comment ?

RÉSUMÉ : Le lifting cervicofacial est une intervention fréquente pouvant traiter l'excédent cutané. Elle peut être réalisée entièrement sous anesthésie locale tout en réalisant une lipoaspiration et une remise en tension du système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS). L'association d'une infiltration de xylocaïne adrénalinée avec l'absence d'une anesthésie générale hypotensive diminue la survenue d'hématome et un retour à domicile précoce.



→ V. MORIS¹, P. BENSA²,
P. BURNIER¹,
N. ZWETYENGA¹

¹ Service de Chirurgie plastique,
CHU, DIJON.

² Clinique de Drevon, DIJON.

Le lifting cervicofacial est une intervention fréquente et utile. Malgré l'essor des nouvelles techniques de rajeunissement du visage comme les traitements par botox, fillers, lipofilling [1] et fils suspenseurs, le lifting cervicofacial "traditionnel" est la seule arme du plasticien pour supprimer l'excès cutané inévitable avec l'avancée en âge [2].

L'objet de cet article est de décrire le lifting cervicofacial standard [2-5] réalisé sous anesthésie locale pure et les avantages offerts par cette anesthésie.

Matériels et méthode

Nous rapportons l'expérience d'un chirurgien plastique installé depuis 25 ans qui a réalisé 1 200 liftings cervicofaciaux sous anesthésie locale.

Protocole opératoire

L'anesthésie est effectuée après avoir réalisé les dessins préopératoires de la patiente debout ou assise (**fig. 1**). L'installation de la patiente en décubitus dorsal, en déclive (jambes vers le bas), permet de diminuer la pression artérielle au niveau de la tête et du cou. Un pre-

Retrouvez la vidéo relative
à cet article :

– à partir du flashcode* suivant



– en suivant le lien :

[http://realites-chirplastique.com/
liftingcervicofacial](http://realites-chirplastique.com/liftingcervicofacial)

* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès au film est immédiat.

mier badigeon de chlorhexidine est réalisé pour le temps de l'anesthésie locale.

La préparation pour l'anesthésie locale est une modification de la formule de Klein [6] :

- 250 cc de NaCl 0,9 % injectable ;
- 4 flacons de xylocaïne adrénalinée 1 % ;
- 1 flacon de naropéine 7,5 %.

FACE



FIG. 1: Dessin préopératoire.

Nous débutons l'anesthésie locale (fig. 2, 3, 4) par une seringue de 1 cc et une aiguille jaune 30 gauge au niveau de 3 points clés: sous-mentonnier et sous-lobulaire bilatéral. Il s'agit des trois seules piqûres douloureuses pour le patient. Une incision de ces points-clés est réalisée à la lame 15 afin d'introduire une canule de Klein. L'infiltration de la solution d'anesthésiant dilué est ainsi réalisée de façon atraumatique par la canule mousse et en douceur. Le produit est injecté abondamment en sous-cutané, au niveau de la région préauriculaire, jugale, cervicale et rétroauriculaire. Ce premier temps anesthésique dure en moyenne 15 minutes.

Un délai de 10 minutes d'attente est respecté avant l'incision (délai d'action de l'adrénaline pour obtenir un champ exsangue). Pendant ce temps, la table est préparée et le 2^e badigeon opératoire est réalisé.

Le premier avantage de cette technique est la coopération du patient qui va surélever la tête et faciliter le clampage sans faute d'asepsie. La lipoaspiration de la zone cervicale et sous-mentonnière est réalisée par l'incision sous-mentonnière

à la canule de 4 (fig. 5). Elle permet d'extraire l'excédent graisseux et prépare le plan de dissection en réalisant des tunnels de dissection à la canule.

L'incision débute sous la patte chevelue en respectant l'implantation capillaire,

elle se poursuit en préauriculaire, en plaçant la cicatrice à l'intérieur du tragus, continue au niveau du lobule pour le contourner et se terminer en rétroauriculaire (fig. 6 et 7). Le décollement sous-cutané (fig. 8) est réalisé au début à la lame froide de 15, puis aux ciseaux de



FIG. 2, 3 ET 4: Infiltration anesthésie locale.



FIG. 5: Lipoaspiration sous-mentonnière et cervicale à la canule de 4.



FIG. 6 ET 7 : Incision et dissection sous-cutanées.

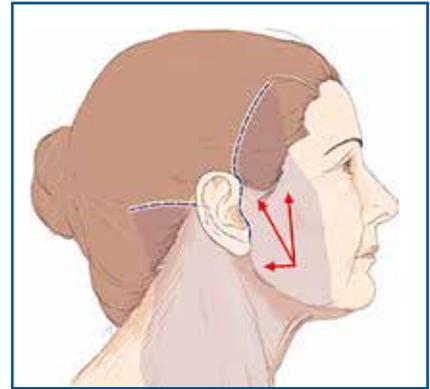


FIG. 8 : Zones de décollement (figure extraite de l'EMC, d'après [7]).

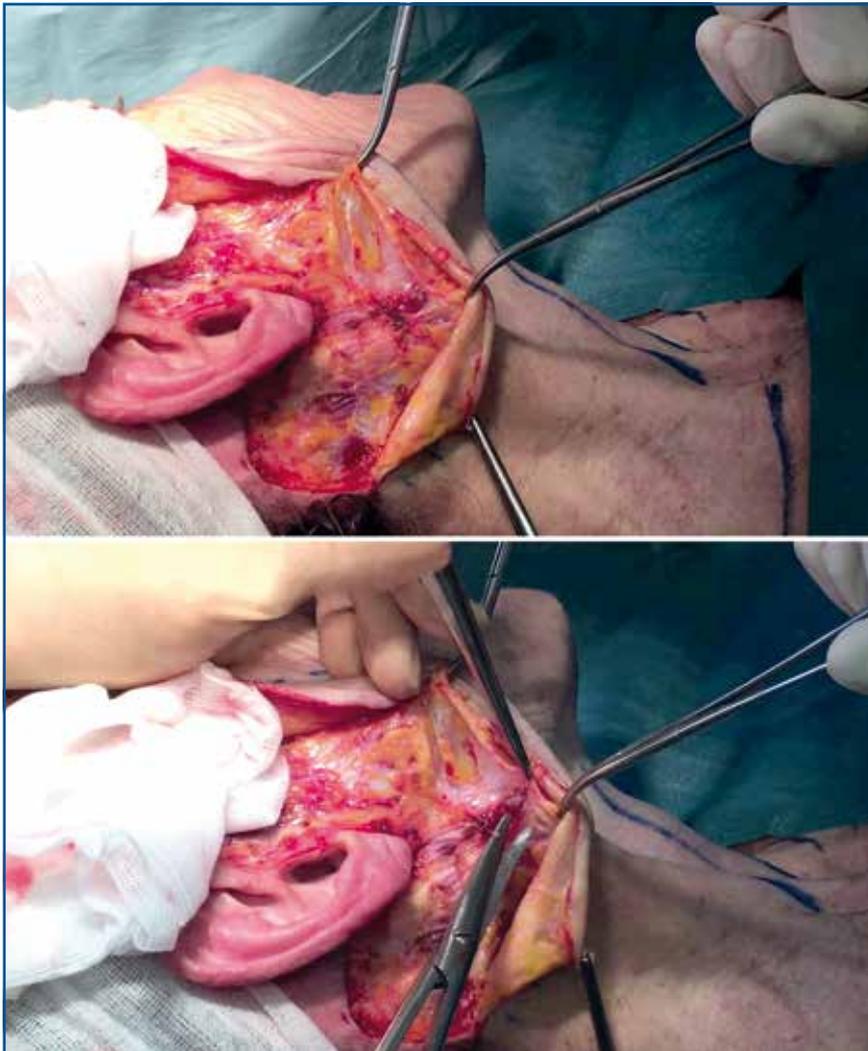


FIG. 9 ET 10 : Dissection du SMAS.

Metzenbaum en sectionnant les tunnels de l'infiltration et en préservant les 3 cm en arrière des commissures labiales.

L'hémostase à la bipolaire est réalisée pas à pas.

Le repérage, à l'aide de 2 pinces Halstead, en pinçant le SMAS, permet de trouver les vecteurs de traction utiles. Une incision du SMAS est réalisée à la lame froide, entre les 2 pinces qui le soulèvent. Cette manœuvre permet de fiabiliser l'incision du SMAS sans léser les branches du nerf facial. Le décollement sous-aponévrotique est réalisé par un tampon monté sur pince puis complété aux ciseaux (**fig. 9, 10 et 11**). Le lambeau de SMAS est remis en tension et suturé au vicryl 3-0 en position proximale en respectant les lignes de traction préalablement identifiées.

Les lambeaux de peau sont repositionnés et le dessin de la résection cutanée (**fig. 12 et 13**) est effectué sur mesure à l'aide de la pince d'Ascencio. La résection cutanée est réalisée à la lame froide et aux ciseaux à iridectomie en débutant par le lambeau cervical rétroauriculaire.

La suture sous-cutanée au vicryl 3.0 débute en rétroauriculaire sur un redon charrière 6 qui sera laissé libre dans le pansement. La résection cutanée préauriculaire est ensuite exécutée. Une

FACE

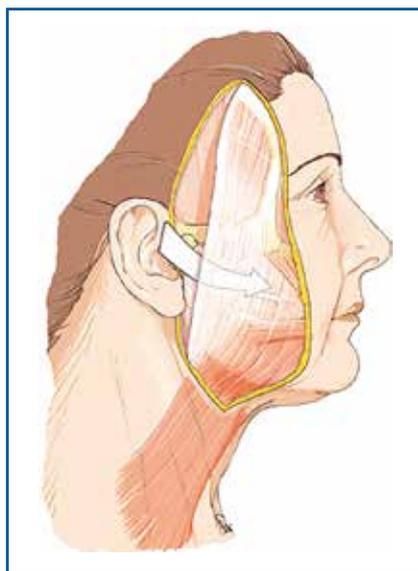


FIG. 11 : Décollement sous SMAS (figure extraite de l'EMC, d'après [7]).

attention particulière est réservée pour la résection autour du lobe, celle-ci est réalisée sans tension de façon à obtenir un résultat naturel. La suture cutanée est pratiquée avec de la colle de type Indermil (fig. 14 et 15). Ni surjet ni points séparés ne sont réalisés sur la peau.

De la vaseline est appliquée au niveau des cicatrices et des compresses humidifiées par la solution anesthésique sont maintenues par des bandes Velpeau de 10 cm de large en formant une capeline. Un contrôle de la bonne position des lobes, après la réalisation de la capeline, est indispensable pour éviter une nécrose du lobe par malposition dans le pansement.

La durée opératoire moyenne est de 2 h 30 en comptant le temps de l'anesthésie locale.

Soins postopératoires

Le patient regagne le domicile le jour même, après une surveillance de 2 heures. Le 1^{er} pansement est réalisé à J2 en consultation, puis le patient ne porte plus de pansement. La cicatrisation complète est acquise en 10 jours.

Avantages de la technique

Le premier avantage que nous citons est la coopération du patient pour l'installation des champs stériles. Le patient va également pouvoir tourner la tête lors des temps de dissection et d'exérèse cutanées. L'absence de sonde d'intubation est un confort pour faciliter ces manœuvres et éviter les fautes d'asepsie.

L'infiltration à la canule mousse est indolore et atraumatique, l'adrénaline permet d'obtenir un champ opératoire exsangue et facilite le travail de dissection. Le temps de lipoaspiration permet la création de tunnels et facilite la dissection sous-cutanée.

Un avantage majeur de cette technique est la stabilité tensionnelle durant et après l'intervention. En effet, les drogues utilisées en anesthésie générale provoquent une baisse systématique de la tension artérielle, qui va se maintenir autour des 90 mmHg. Sous anesthésie locale, la tension habituelle du patient est maintenue (généralement entre 120-140 mmHg). L'hémostase est plus fiable lorsqu'elle est réalisée au niveau de la tension artérielle habituelle du patient. De plus, le rebond tensionnel, observé lors du réveil des patients (sevrage des drogues, effort de poussée sur sonde d'intubation), n'existe pas sous anesthésie locale.

Ces petits changements permettent de diminuer le risque de survenue d'un hématome qui reste à ce jour la complication la plus fréquente des liftings cervicofaciaux.

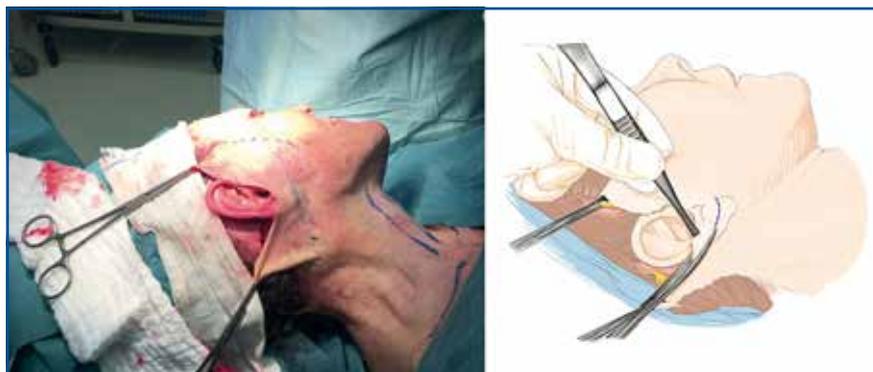


FIG. 12 ET 13 : Résection de l'excédent cutané. Le dessin est extrait de l'EMC, d'après [7].

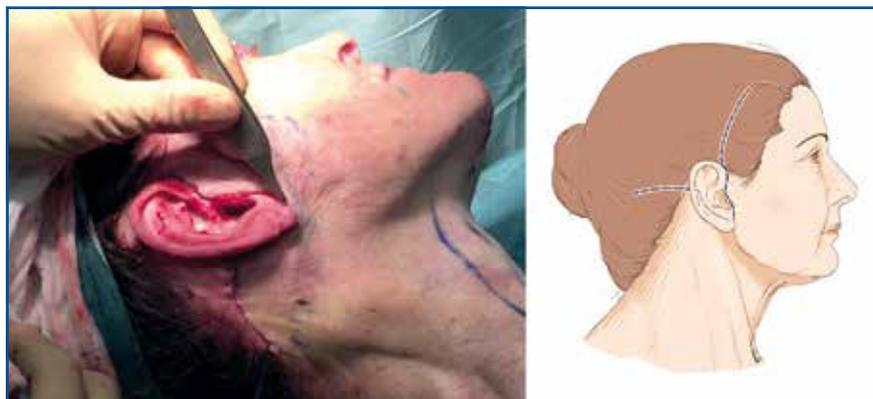


FIG. 14 ET 15 : Suture cutanée. Le dessin est extrait de l'EMC, d'après [7].

