

■ Esthétique

La gestion des glandes salivaires dans le cadre du lifting cervico-facial

RÉSUMÉ : Le traitement de l'hypertrophie et de la ptôse des glandes salivaires est souvent négligé dans le cadre du lifting cervico-facial. Cet article a pour objectif de montrer comment faire un diagnostic précis et, après un rappel des différentes méthodes possibles, propose des techniques simples et durablement efficaces.



J.-P. MENINGAUD
Service de Chirurgie plastique
et maxillo-faciale,
CHU Henri Mondor, CRÉTEIL.

Le vieillissement cervico-facial se traduit relativement souvent par une hypertrophie et une chute des glandes submandibulaires. C'est particulièrement vrai dans les cous hypertrophiés et en post-amaigrissement, mais des sujets sans antécédents d'excédent pondéral peuvent être concernés. Il existe une variabilité interindividuelle mais, d'une façon générale, les glandes salivaires principales ont tendance à s'hypertrophier avec l'âge.

■ La parotide

1. Diagnostic

L'hypertrophie de la parotide peut donner à l'extrême un visage dit en forme de poire. La zone située au niveau de l'angle mandibulaire est élargie. Il s'agit du pôle inférieur de la parotide, zone où la glande est la plus épaisse et qui a donc tendance, en cas de parotidomégalie, à apparaître la plus élargie. Le diagnostic différentiel avec une hypertrophie massétérine se fait aisément en demandant au patient de serrer les mâchoires et en empaumant la parotide. En cas de parotidomégalie, les tissus empaumés conservent une certaine mobilité par rapport aux plans profonds, contrairement à ce qui se passe pour une

hypertrophie du muscle masséter. Le diagnostic différentiel avec l'hypertrophie des angles mandibulaires ne pose pas de difficulté. Il va très souvent de pair avec une hypertrophie des masséters.

Un bilan par imagerie (IRM et scanner) est rarement nécessaire mais doit être réalisé en cas d'examen clinique inhabituel et dans tous les cas d'asymétrie. L'hypertrophie de la parotide s'accompagne toujours d'une ptôse du pôle inférieur de la glande qui déborde en dessous du bord basilaire de la mandibule et brise ainsi, au même titre que la bajoue, cette ligne esthétique que nos confrères anglosaxons appellent *jawline*.

2. Les traitements possibles

Les injections de toxine botulique peuvent réduire cette hypertrophie mais au prix d'un traitement itératif et d'une hyposialie [1].

L'exérèse bilatérale superficielle (au-dessus du plan du nerf facial) est possible [2] (*fig. 1*). Elle se pratique dans le cadre de certaines pathologies de la glande. Elle est difficile à proposer en esthétique et est chronophage dans le cadre d'une procédure de lifting, elle-même longue.

Esthétique



Fig. 1 : Patient avant (A) et après (B) parotidectomie superficielle bilatérale dans un cadre pathologique.

Les plicatures sur le système aponévrotique musculaire superficiel (Smas) qui recouvre la parotide ont peu d'effets à moyen terme. Lorsque les patients sont atropinés pendant une anesthésie, la glande se vide de ses sécrétions et donne l'impression d'être dépressible. Mais lorsque la sécrétion salivaire revient, la tension réalisée sur le Smas a du mal à se maintenir.

3. La technique que nous recommandons (vidéo 1)

Dans le cadre de nos liftings, nous réalisons en routine un lambeau de Smas avec comme objectif de résorber la bajoue et mieux définir l'angle mandibulaire et la ligne basilaire dans son ensemble. Ce lambeau se réalise au ras de l'aponévrose parotidienne qui apparaît avec une couleur grisée. Il devient ainsi

aisé de réaliser une plicature sur toute l'aire parotidienne à l'aide d'un surjet de Vicryl 2/0 prenant l'aponévrose parotidienne. Ce surjet est solide est indépendant des gestes et de leurs vecteurs réalisés sur le lambeau de Smas (fig. 2).

La glande submandibulaire

1. Diagnostic

Le diagnostic est plus difficile. Il y a deux cas de figure. Dans le premier cas, la glande est saillante. Dans ce cas, il s'agit de la voussure présente sous la bajoue, qui est souvent confondue avec elle. En fait, il existe deux voussures distinctes, une molle à hauteur du bord basilaire de la mandibule et une rénitente juste en

dessous. Dans le deuxième cas de figure, la glande n'est pas saillante car elle est masquée par de la graisse. Dans ce cas, il faut placer 3 doigts sous le rebord de la mandibule et demander au patient d'avaler sa salive. Avec l'habitude, on apprécie alors son volume et sa ptôse. Il faut s'exercer en examinant des personnes de tous âges. Sauf cas particulier, une échographie n'est pas nécessaire.

Le cas d'une glande hypertrophiée et ptôlée non saillante est important à diagnostiquer car elle risque d'être visible après le lifting, après dégraissage et remise en tension sur celle-ci du muscle platysma. Le patient qui ne la voyait pas avant le geste peut la remarquer après et s'en plaindre. Bien évidemment, il ne comprend pas qu'il s'agit de ses glandes et insiste sur le fait qu'elles n'étaient pas visibles sur les photos préopératoires. De plus, cette ptôse est parfois unilatérale, ce qui complique encore plus les explications.

2. Les traitements possibles

L'exérèse chirurgicale des glandes ou leur équivalent (par ligature des canaux ou irradiation) est possible dans le cadre de pathologies graves chez des patients



Fig. 2 : Patient avant (A, C) et après (B, D) plicature de l'aponévrose parotidienne et résection partielle des glandes submandibulaires dans le cadre d'un lifting.

Retrouvez la vidéo relative à cet article :

– à partir du flashcode* suivant :



– en suivant le lien :

<https://www.realites-chirplastique.com/parotide/>

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

victimes de bavage permanent [1]. Il n'a évidemment aucune place en esthétique.

Les injections de toxine botulique ont l'inconvénient de devoir être itératives et de provoquer une hyposialie, avec notamment un risque cariogène.

Enfin, reste la suspension de la glande visant à la réintroduire dans sa loge. Si elle est hypertrophiée, la suspension aura peu d'intérêt. Par ailleurs, la suspension est difficile. La glande se trouvant dans le dièdre formé par les ventres antérieur et postérieur du muscle digastrique, la technique consiste à passer des fils suspenseurs amarrés aux ventres du dièdre. La plicature du fascia qui la recouvre est le plus souvent impossible car celui-ci s'effiloche facilement. La remise en tension du muscle platysma ne fait que faire poindre davantage la glande. Le platysma, même tendu, n'est pas assez ferme pour contenir la glande.

3. La technique que nous recommandons [3, 4]

Elle repose sur une exérèse partielle de la glande, plus exactement de la partie qui déborde en dessous du digastrique. La première étape consiste à pratiquer l'exérèse de la graisse inter-digastrique puis de rapprocher les deux ventres anté-

rieurs, ce qui a pour vertu de rapprocher les glandes submandibulaires de la ligne médiane et ainsi de les rendre plus accessibles par voie sous-mentale (**vidéo 2**).

La deuxième étape consiste à prolonger le décollement de la face profonde du muscle platysma, ce qui permet de découvrir la glande au contact du tendon intermédiaire du muscle. Il faut ensuite délicatement sectionner la capsule pour permettre une bonne fermeture des berges. La glande apparaît ainsi, faisant hernie.

Le décollement est facile car totalement avasculaire. Il se fait avec deux rugines. La section de la partie qui déborde la glande se fait au LigaSure, ce qui per-

POINTS FORTS

- L'examen des glandes salivaires fait partie intégrante de l'examen préopératoire d'un lifting.
- La plicature de l'aponévrose parotidienne est la méthode de choix pour traiter une hypertrophie parotidienne.
- La ptôse et l'hypertrophie des glandes submandibulaires peut être traitée aisément et sans risque par voie sous-mentale, à condition de respecter un protocole chirurgical précis.

met d'éviter tout saignement et diminue le risque de fistule (**vidéo 3**). Puis 15 UI de toxine botulique sont injectées dans la glande. Enfin, la capsule de la glande est refermée avec un surjet de Vicryl 3/0 (**fig. 3**).



Fig. 3 : Patiente avant (A) et après (B) plicature de l'aponévrose parotidienne et résection partielle des glandes submandibulaires dans le cadre d'un lifting.

Retrouvez la vidéo relative à cet article :

– à partir du flashcode* suivant :



– en suivant le lien :

<https://www.realites-chirplastique.com/glande-submandibulaire/>

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

Retrouvez la vidéo relative à cet article :

– à partir du flashcode* suivant :



– en suivant le lien :

<https://www.realites-chirplastique.com/section-au-liga-sure/>

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

Conclusion

Lorsque l'indication est bien posée, la gestion des glandes salivaires améliore grandement le résultat. Dans tous les cas, l'examen clinique d'un candidat au lifting doit comprendre l'examen des glandes salivaires.

Esthétique

BIBLIOGRAPHIE

1. MENINGAUD JP, PITAK-ARNNOP P, CHIKHANI L *et al.* Drooling of saliva: a review of the etiology and management options. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2006;101:48-57.
2. MENINGAUD JP, BERTOLUS C, BERTRAND JC. Parotidectomy: assessment of a surgical

technique including facelift incision and SMAS advancement. *J Craniomaxillofac Surg*, 2006;34:34-37.

3. AUERSVALD A, AUERSVALD LA. Management of the submandibular gland in neck lifts indications, techniques, pearls, and pitfalls. *Clin Plastic Surg*, 2018; 45:507-525.
4. SINGER DP, SULLIVAN PK. Submandibular gland I: an anatomic evaluation and sur-

gical approach to submandibular gland resection for facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg*, 2003;112:1150-1154.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

DUMEG

Diplôme universitaire de médecine et chirurgie esthétique, reconstructrice génitale

Objectif : découvrir et/ou parfaire les méthodes de restauration génitale chez l'homme et la femme grâce aux nouvelles techniques de chirurgie et médecine intime, gynécologique fonctionnelle, réparatrice et esthétique.

- ▶ La chirurgie intime et la gynécologie esthétique sont en plein essor.
- ▶ Dans le monde actuel, les femmes et les hommes ont changé leur représentation de l'intime.
- ▶ La demande existe depuis longtemps mais peu de praticiens y répondent par méconnaissance des enjeux, des indications, des techniques, des limites et des complications possibles.
- ▶ Loin d'un phénomène de mode, de nombreuses femmes souhaitent bénéficier de ces nouvelles méthodes de restauration génitale et les hommes désirent conserver une sexualité de qualité à tout âge.
- ▶ Ces techniques touchent bien sûr les femmes jeunes dans un désir d'amélioration de leur sexualité et d'embellissement esthétique génital mais aussi toutes les femmes souffrantes en post-partum, au cours d'une ménopause invalidante ou encore dans les suites d'un cancer ou de chirurgie gynécologique.
- ▶ Les hommes sont demandeurs à la fois d'améliorer l'aspect esthétique mais aussi de conserver leur puissance sexuelle.
- ▶ Aujourd'hui, grâce à de nouvelles armes thérapeutiques telles que l'acide hyaluronique, la graisse, le PRP, les lasers, la radiofréquence, les LED, des actes chirurgicaux simples, de nombreuses solutions efficaces peuvent être proposées.

Dates des enseignements en 2020

- ▶ Vendredi 10 janvier ◀
- ▶ Vendredi 7 février ◀
- ▶ Vendredi 6 mars ◀
- ▶ Vendredi 10 avril ◀
- ▶ Vendredi 15 mai ◀

Examen et mémoire

Vendredi 12 juin

Lieu du diplôme universitaire

Hôpital Henri Mondor
Faculté de médecine de Créteil
94000 Créteil

Inscription

(CV et lettre de motivation)
par mail :

chrystelle.vaudran@aphp.fr

Le DUMEG est un DU ouvert à tous les médecins, il est enseigné par une équipe de spécialistes unique en son genre : gynécologues médicaux et chirurgicaux, plasticiens, urologues, cancérologue, sexologue, kinésithérapeute, psychologue, lasériste...