

Face

L'exérèse des boules de Bichat à visée esthétique

RÉSUMÉ : Lorsque l'on pense à l'embellissement facial, le tiers moyen du visage est d'une importance capitale et à ne pas sous-estimer. Les méthodes classiques d'embellissement de cette région font appel aux injections d'acide hyaluronique ou au lipomodélage des zones malaires et au contouring du rebord basilaire de la mandibule.

La présence d'un creux médio-jugal accentuant les contours des structures anatomiques avoisinantes est de plus en plus demandée par les patients. L'ablation partielle des boules de Bichat est une technique peu invasive pour répondre à cette attente mais non dénuée de risques. Il est donc important de bien sélectionner les patients et de bien connaître l'anatomie et la technique chirurgicale.



Q. EYRAUD

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

Les traits esthétiques d'un tiers moyen du visage peuvent être définis par cinq composantes : une transition distincte entre le bord antérieur de la glande parotide et le creux médio-jugal, un bord postérieur visible du sillon nasogénien, une dépression subtile sous le corps du malaire, des arcades zygomatiques proéminentes et une mandibule bien définie, en particulier l'angle [1]. Ce dictat entraîne une augmentation spectaculaire des procédures mini-invasives visant à s'approcher de cette perception de la beauté faciale, comme les injections d'acide hyaluronique pour renforcer la projection de l'arcade et du corps malaire ainsi que le contouring mandibulaire ou encore les injections de toxine botulique dans les muscles masséters pour diminuer leur épaisseur.

L'exérèse partielle de la boule de Bichat ou corps adipeux de la joue est devenue récemment très populaire pour obtenir une silhouette plus mince du bas du visage, en particulier dans la zone médiane des joues [2]. En effet, si son extension buccale est excessive, les patients peuvent se plaindre d'un visage arrondi, de joues trop pleines – le terme

de "visage de bébé" est fréquemment rapporté. C'est pourquoi la bichectomie est considérée comme une technique de chirurgie esthétique permettant de sculpter les angles du visage.

Il existe deux voies d'abord pour effectuer cette ablation : par approche intrabuccale ou par approche faciale lors d'un lifting. Selon la littérature, la méthode la plus sûre pour éviter les lésions du nerf facial consiste à pratiquer une incision intrabuccale. C'est donc la technique que nous utilisons en routine et que nous détaillerons ici [3].

■ Anatomie et fonction

La boule de Bichat possède un corps principal et quatre extensions : buccale, ptérygoïde, superficielle et temporale, où le corps est positionné au centre et l'extension buccale se trouve superficiellement dans la joue. Les extensions ptérygoïde et temporale sont situées plus profondément. Le corps et l'extension buccale représentent 55 à 70 % du volume de la boule de Bichat [4]. En raison de son emplacement, c'est l'extension buccale

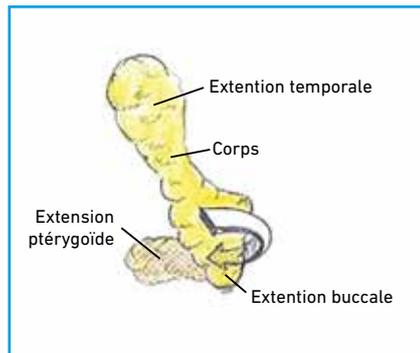


Fig. 1 : Anatomie de la boule de Bichat.

qui est responsable de la plénitude de la joue (fig. 1).

Bien que l'on ait pensé autrefois qu'il s'agissait d'une structure non fonctionnelle, des études ont montré que la boule de Bichat avait plusieurs fonctions majeures. Son rôle le plus important se situe pendant la petite enfance car, lors de la tétée, elle empêche l'affaissement des joues et améliore le glissement intermusculaire. Elle sépare également les muscles masticateurs les uns des autres et protège les structures neuro-vasculaires situées dans la région buccale, telles que la branche buccale du nerf facial et le canal de Sténon.

L'ablation partielle de la boule de Bichat est perçue par les patients et les chirurgiens comme une procédure insignifiante, pratiquée en cabinet sous anesthésie locale. Cependant, sa proximité avec des structures nobles comme le rameau buccal du nerf facial et le canal de Sténon représente des risques qu'il ne faut pas minimiser. Certaines limites doivent être fixées concernant la quantité de tissu pouvant être prélevée en toute sécurité ou, en d'autres termes, la quantité de tissu résiduel nécessaire pour maintenir la fonction.

Comme pour toutes les procédures chirurgicales, la sélection correcte du patient joue un rôle très important pour obtenir une satisfaction maximale tout en minimisant les risques de complication.

■ Sélection des patients

Premièrement, il faut bien distinguer les patients qui présentent une hypertrophie de la partie postéro-latérale de la région des joues liée à une hypertrophie du muscle masséter. Elle est très aisée à distinguer lors de la palpation, le muscle se contracte en faisant serrer des dents le patient. Si c'est le cas, le traitement consistera en l'injection de toxine botulique dans les masséters.

Ensuite, lorsque la plénitude de la joue se situe en avant des muscles masticateurs, il est nécessaire de distinguer une hypertrophie localisée, potentiellement provoquée par une portion buccale de la boule de Bichat trop volumineuse, d'une surcharge pondérale globale. En effet, chez les patients en surpoids, sans hypertrophie du corps adipeux de la joue, une bichectomie n'améliorera que très peu l'esthétique du visage mais risque d'entraîner, en cas d'amaigrissement ou lors du vieillissement normal, le même effet qu'une résection trop importante.

Bien que l'évaluation échographique ne soit pas essentielle pour déterminer la nécessité d'une bichectomie, elle peut être un outil utile pour le chirurgien afin de déterminer le volume et, le cas échéant, de poser un diagnostic différentiel (lésions bénignes telles qu'un lipome, un hémangiome, une hyperplasie inflammatoire, un neurinome traumatique ou des abcès et des tumeurs des glandes salivaires) [5].

■ Technique chirurgicale

Cette intervention peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale lorsqu'elle est associée à d'autres gestes chirurgicaux. La première étape consiste à bien repérer l'ostium du canal de Sténon pour ne pas risquer de le léser. Ensuite, une anesthésie rigoureuse à la xylocaïne adrénalinée sur la muqueuse est réalisée. L'incision se fait de façon ponctiforme à la lame 11 en regard de la dents 6

ou 7 sur la *linea alba* (ligne d'occlusion dentaire, fig. 2).

Une discision des fibres du muscle buccinateur est ensuite réalisée en douceur à l'aide de ciseaux (type Ragnell) ou d'une pince type Halstead jusqu'à découvrir le tissu graisseux de la boule de Bichat (fig. 3). Cette dernière est ensuite libérée, elle réalisera alors une protrusion endobuccale qui sera cautérisée minutieusement à la pince bipolaire puis réséquée tout en veillant à ne pas endommager le pédicule vasculo-nerveux. Il est important de ne pas réaliser de traction sur le tissu graisseux pour éviter les résections excessives. Selon l'étude de Sezgin *et al.*, le volume moyen du tissu excisé et de $2,74 \pm 0,69$ mL (1,8-4,9 mL) [5] (fig. 4).

Les joues sont ensuite évaluées pour déterminer si l'effet désiré est obtenu et, si besoin, compléter modérément l'exérèse. La quantité retirée doit être équivalente des deux côtés en l'absence d'asymétrie préalable (fig. 5). La



Fig. 2 : Incision ponctiforme.



Fig. 3 : Dissection à la pince Halstead.

Face



Fig. 4 : Exposition de la portion buccale de la boule de Bichat.



Fig. 5 : Résection modérée et équivalente des 2 côtés.

fermeture est réalisée par des points de fil résorbable 4-0 type Vicryl.

■ Complications

Les complications potentielles sont :

>>> Un hématome lié à une coagulation insuffisante avant la résection. En effet, il est important de bien cautériser avant

section, la rétraction dans la joue du moignon de la boule de Bichat fait qu'il peut être difficile de faire une bonne hémostase après section [6].

>>> Une parésie ou paralysie du rameau buccal et zygomatique du nerf facial. Le risque est majeur lors de l'abord facial durant un lifting.

>>> Une lésion du canal parotidien avec sténose, infection ou épanchement salivaire séquellaire.

>>> Un excès de résection, pouvant être compensé chez le sujet jeune par un bon tonus musculaire et une bonne élasticité des tissus avoisinant mais qui entraîne avec le vieillissement une accentuation du creux jugal laissant un aspect "malade", simulant l'atrophie adipeuse lié aux antirétroviraux.

>>> Une induration, une asymétrie.

>>> Une infection.

POINTS FORTS

- Le point primordial est de bien sélectionner les patients: plénitude de la partie antérieure de la joue sans hypertrophie des masséters ni surcharge pondérale globale.
- Réaliser une résection modérée.
- Réaliser une hémostase soignée avant la section graisseuse.

■ Discussion

L'excision de la boule de Bichat ne doit être réservée qu'aux patients ayant une hypertrophie de la partie antéromédiale de la joue, sous le relief du corps malaire, afin de mieux définir la limite zygomato-jugale (fig. 6 et 7). Cette technique est couramment réalisée chez les patients jeunes. Dans ces cas, une résection trop importante peut être compensée par une peau ferme et élastique, des tissus musculaires et adipeux volumineux et des os saillants. Cependant, lorsque le vieillissement se poursuit et que l'on constate une perte de hauteur, d'élasticité et de volume de ces structures, cette surrésection se traduira par une détérioration du volume moyen du visage qui peut être difficile à rétablir, donnant un aspect "malade" s'apparentant à l'atrophie adipeuse lié aux antirétroviraux [7].

Hwang *et al.* ont décrit l'interrelation anatomique précise entre la boule de Bichat, les branches buccales du nerf



Fig. 6 : Photo de face et ¾ droit préopératoire.



Fig. 7 : Photo de face et ¾ droit à 1 mois après bichectomie et lifting labial supérieur.

facial et le canal de Sténon. Leur étude sur des cadavres a révélé que le canal parotidien traverse l'extension buccale superficiellement chez 42,1 % des patients et la surcroise chez 31,6 %. Concernant la branche buccale du nerf facial, elle reste en superficie de l'extension de la boule de Bichat chez 73,7 % des sujets [8]. Ainsi, chez 26,3 % des sujets, le canal parotidien et/ou la branche buccale du nerf facial ont traversé l'extension buccale en profondeur. Cela représente donc un risque d'environ 26 % de rencontrer une de ses structures lors de la dissection par voie endobuccale classique. Cela montre également que la voie d'abord "transfaciale" lors des liftings est beaucoup plus à risque de complication nerveuse ou parotidienne que l'abord endobuccal.

Une approche prudente de la résection des boules de Bichat est donc nécessaire en raison de ses éventuelles complications potentiellement graves pour une intervention bénigne courante (lésion du canal de Sténon, du nerf facial). Une dissection soigneuse et une traction

modérée des tissus, ainsi qu'une incision en arrière de l'ostium du canal peuvent aider à éviter ces complications [9].

■ Conclusion

La bichectomie est une technique efficace pour remodeler la joue et affiner la silhouette du visage qui devrait être réservée aux seuls patients présentant un volume accru de la boule de Bichat. Sa technique simple ne doit pas minimiser le risque de blessure des structures nobles et de surrésiection. L'intervention doit être réalisée avec une technique méticuleuse où seule la partie excessive de l'extension buccale doit être réséquée.

BIBLIOGRAPHIE

1. MOURA LB, SPIN JR, SPIN-NETO R *et al.* Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: an established technique? *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal*, 2018;23:e478-484.
2. MATARASSO A. Buccal fat pad excision: aesthetic improvement of the midface. *Ann Plast Surg*, 1991;26:413-418.

3. PAUL MD. The Anterior SMAS Approach for Facelifting and for Buccal Fat Pad Removal. *Aesthetic Plast Surg*, 2017;41:1100-1105.
4. DUBIN B, JACKSON IT, HALIM A *et al.* Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance. *Plast Reconstr Surg*, 1989;83:257-264.
5. SEZGIN B, TATAR S, BOGE M *et al.* The excision of the buccal fat pad for cheek refinement: volumetric considerations. *Aesthet Surg J*, 2019;39:585-592.
6. BENJAMIN M, REISH RG. Buccal fat pad excision: proceed with caution. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 2018;6:e1970.
7. GUERREROSANTOS J, MANJARREZ-CORTES A. Cheek and neck sculpturing: simultaneous buccal fat pad removal and subcutaneous cheek and neck lipoplasty. *Clin Plast Surg*, 1989;16:343-353.
8. HWANG K, CHO HJ, BATTUVSHIN D *et al.* Interrelated buccal fat pad with facial buccal branches and parotid duct. *J Craniofac Surg*, 2005;16:658-660.
9. JACKSON IT. Buccal fat pad removal. *Aesthet Surg J*, 2003;23:484-485.

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