

LES VOLUMATEURS RESORBABLES – VISAGE

Rami Selinger

1 Introduction

Dans ses premières années la « médecine esthétique » a évolué de façon incontrôlée : produits souvent non-résorbables, injectés par des « médecins esthétiques » souvent auto-proclamés. Ces années où praticiens et produits échappaient aux réglementations d'aujourd'hui ont été marqués par un certain nombre de résultats désastreux et de complications irréversibles, qui feront encore longtemps porter les regards sur des visages sinistrés ou « bouffis », et entraîneront encore pendant de longues années une atteinte sérieuse à l'image de l'entière pratique des traitements esthétiques médicaux et chirurgicaux. Et ce, malgré une régulation et une prise de conscience accrues dans les deux décennies qui ont suivi, concernant les pratiques de médecine esthétique et les produits.

2 Position du problème : Pourquoi des résorbables ?

1 A propos des volumateurs : pourquoi choisir un volumateur résorbable ?

Il s'agit de produits injectables permettant l'apport d'un volume : injectés dans le derme à une profondeur qui dépend du cas à traiter. Différentes déclinaisons de ces produits les rendent plus propices au comblement de différents types de concavités (rides, sillons, « vallées ») ou d'accentuer une convexité (pommettes, lèvres) : les mêmes produits sont tour à tour soit « fillers » (remplisseurs) soit volumateurs proprement dits, mais nous ne rentrerons pas dans ces subtilités de langage, ce sont tous des volumateurs.

On distingue les volumateurs résorbables et les non-résorbables.

Les non-résorbables n'ont jamais été très utilisés par les chirurgiens, et tendent à disparaître de l'arsenal de l'ensemble des utilisateurs, du fait de l'irréversibilité de leurs effets et de leurs éventuelles complications (hypercorrections, granulomes, migrations ou gonflements à retardement, réactions d'hypersensibilité chroniques...). Il s'agit essentiellement : des huiles de silicone, des solutions contenant des microparticules de méthylacrylate, dont la dispersion dans les tissus injectés rendra définitivement impossible d'envisager leur ablation sans exérèse tissulaire (« résections volumatrices »).

Une place à part doit être donnée aux polyacrylamides (°bioalcamid), qui permettent l'apport d'une masse cohésive de produit qui s'encapsule secondairement, pouvant aussi être « déposée » (aspirée en totalité) en cas de problème.

Néanmoins cet article se focalisera sur l'utilisation des volumateurs résorbables : je n'ai jamais utilisé de non-résorbables en vingt ans de pratique.

2 Les volumateurs résorbables utilisés :

Mon premier « contact » avec le comblement des rides en tant qu'interne à l'hôpital Boucicaut (1986) eut lieu en voyant Vladimir Mitz injecter de l'auto-collagène, produit qu'il avait fait fabriquer par un laboratoire à partir de fragments de peau de la même patiente liftée deux semaines auparavant. Il est intéressant historiquement que l'un des premiers procédés de comblement de rides ait été initié par un chirurgien. Son procédé a été par la suite récupéré par une firme anglaise et se pratique toujours.

Durant la décennie qui a suivi, les comblements des rides se pratiquaient en utilisant du collagène d'origine bovine, dont il fallait faire un pré-test afin de dépister et contre-indiquer les cas d'hypersensibilité.

L'arrivée des acides hyaluroniques, d'abord extraits de l'animal, puis fabriqués par des procédés de génie génétique, a marqué un progrès en évitant la nécessité de pré-test. La longévité de l'apport de volume avant la résorption complète d'un acide hyaluronique dépend de son degré de réticulation (polymérisations et ramifications de la macromolécule). L'agent réticulant habituellement utilisé par les fabricants est le BDDE (butane diol diglycil ether) auquel on attribue les rares cas d'hypersensibilité.

D'autres volumateurs résorbables existent, essentiellement : les acides polylactiques (°newfill), les solutions contenant des microparticules d'hydroxyapatite de calcium (°radiesse) et le nouveau collagène d'origine porcine (°évolence) polymérisé par un sucre naturel (le D-ribose) quasi non allergisant et ne nécessitant pas de pré-test.

On peut aussi citer les polyéthylènes glycols, les dextrans...

A ce jour l'acide hyaluronique est le volumateur de loin le plus utilisé :

La lenteur de la résorption et la consistance dépendent du degré de réticulation et de la concentration (généralement de 22 à 25 mg/g) des acides hyaluroniques dont il existe différents types de conditionnement. Par ailleurs certains contiennent un anesthésiant (xylocaïne). Habituellement injectés avec des aiguille de 27 G, les plus denses nécessitent des aiguilles de plus gros calibre ou des micro-canules (ces volumateurs denses sont volontiers utilisés pour les pommettes).

3 Aspects anatomiques et techniques : que voulons nous corriger ?

D'abord les effets du vieillissement : relâchement des téguments et du soutien cutané qui migrent progressivement vers le bas (ptose cutanée), réalisant des « vagues cutanées » s'achevant sur des zones de fixité cutanée faisant barrage, telles que l'insertion des muscles du sourire sur le sillon naso génien ou les attaches profondes du pli d'amertume etc. ; (concernant le cou : pas de zone de fixité donc l'excès cutané se retrouve sur la ligne médiane).

La logique voudrait que l'on corrige les vagues par le mouvement cutané inverse : c'est le cas des liftings chirurgicaux ; cependant avant l'heure du lifting le comblement des « creux de vagues » atténue leur caractère abrupt, et minimise le contraste vague/creux de vague entre l'excès cutané ayant migré et le point barrage de la zone de fixité.

Néanmoins il faut éviter un excès d'apport volumique en voulant équilibrer un autre volume qu'est la vague cutanée ; trop de volume dans la région du sillon naso-génien peut aboutir à une augmentation de volume anti-naturelle, voire lourdeur et assymétrie (fig.1), dans l'ensemble de cette région de la face. C'est alors que les injections montrent leurs limites, après avoir permis de temporiser l'indication d'un lifting.

Les zones habituellement traitées :

. sillons et rides (« fractures du dermes ») : sillons naso-géniens, plis d'amertumes (jonction joue menton), plus rarement sillon sous mentonnier, rides inter-sourcilières et frontales (ces deux dernières sont de nos jours plus souvent traitées comme rides « dynamiques », par la toxine botulique).

.dépressions : latéro-commissurales, « vallée des larmes » (jonction joue-paupière) , et celles centrées par les sillons naso-géniens et d'amertume.

.ou effet volumateur pur : pommettes et lèvres essentiellement

Il est déconseillé d'injecter : les rides de la patte d'oie et les paupières : derme quasi-inexistant, risques d'irrégularités de volume et de coloration, dont la résorption secondaire est parfois incomplète.

En fonction de ces trois catégories à traiter, on peut en principe utiliser des acides hyaluroniques de densités respectivement croissantes ; cependant chaque praticien fera selon ses préférences et son expérience (par exemple pour les lèvres on peut choisir une densité moyenne, compromis entre d'une part un effet volumateur durable et d'autre part la recherche d'une consistance souple).

Les aiguilles utilisées sont habituellement de 27G. Il en existe aujourd'hui des modèles à bout mousse qui semblent minimiser les douleurs et les hématomes.

Les techniques d'injection : rétro-traçante, antéro-traçante, « nappages », injections de couches plus profondes de soutien à trajets volontiers croisés, etc. Là encore chaque praticien a développé sa manière de faire pour obtenir un résultat contrôlé et régulier. Ainsi, l'augmentation d'une lèvre supérieure associe subtilement des injections en pleine épaisseur, sous la muqueuse au

point de contact avec les dents (qui servent de support), et près de la peau en regard de la jonction avec la lèvre rouge.

4 Deux cas cliniques :

Cas n°1 : sillons naso-géniens d'une femme de 44 ans, comblés par 1 cc d'acide hyaluronique (fig.2 a,b,c,d). Résultat immédiat (a), puis à 1 an (b) (effet encore persistant !), et à 2 ans (d) (1 an après renouvellement du comblement (c) par 1cc d'A.H.). Ce cas montre que même une fois passée la période de résorption de l'acide hyaluronique la correction des sillons semble se pérenniser. Ceci soulève la question de l'effet persistant d'une éventuelle fibrose cicatricielle.

Cas n°2 : lèvres supérieure et inférieure d'une jeune femme de 25 ans, augmentées par 1cc d'acide hyaluronique (fig.3 a,b,c,d). Résultats à 2 mois (c,d). Ce cas illustre le fait qu'une augmentation de lèvres discrète et équilibrée est possible, en évitant les trop fréquentes bouffissures caricaturales qui détériorent l'image à la fois des patientes et des pratiques esthétiques !

A travers les deux exemples suivants je tente d'illustrer les deux faits suivants : que la résorption de l'acide hyaluronique laisse parfois une « rémanence volumique » (probablement cicatricielle), et qu'une augmentation des lèvres esthétique, maîtrisée et non « grossière » est possible.

5 Evolution et complications

Les réactions allergiques : rares cas d'hyper-sensibilité retardée, qui dans le cas des acides hyaluroniques est attribuée à l'agent réticulant : le BDDE. Il faut attendre la résorption complète du produit et contre-indiquer les injections ultérieures d'acide hyaluronique.

Ont été rapportés quelques cas exceptionnels de nécrose tissulaire, faisant suite à une injection intra-artérielle dont le diagnostic immédiat est la blancheur extrême d'une parcelle cutanée. On préconise l'injection de hyaluronidase en urgence.

Parmi les autres complications :

- . les fréquentes ecchymoses,
- .les rares infections
- . les granulomes superficiels et les colorations disgracieuses : surtout dues à des injections mal faites : trop superficielles ou en des zones où la peau est trop fine (paupières).
- . les déséquilibres morphologiques (liées à la qualité ou à la quantité de l'injection) qui disparaîtront avec la résorption du produit.

Nous venons d'évoquer l'effet d'une possible rémanence fibreuse : cela mériterait une étude histologique, éventuellement sur l'animal (non encore faite, à ma connaissance). Un tel effet est bénéfique sans les inconvénients des non résorbables.

6 Conclusion :

Pour corriger les rides et dépressions du visage commençant à vieillir, ou pour temporiser l'indication d'un lifting, l'apport des volumateur résorbables a été considérable. Ils permettent également d'embellir et d'équilibrer un visage en corrigeant une insuffisance localisée de volume (lèvres, pommettes), à condition de le faire avec « art » en évitant les excessives bouffissures, si préjudiciables pour tous (patientes et praticiens)... L'effet volumateur pur aurait pour alternative la chirurgie : le lipomodelage dont on connaît les bienfaits et l'essor actuel mais qui n'est pas indiqué pour les rides superficielles. L'essor des acides hyaluroniques s'explique par le peu de complications (produit résorbable), la simplicité de la procédure, et la lenteur de sa résorption (6 à 12 mois). Néanmoins, comme pour tous les procédés simples, la qualité des résultats dépendent largement du savoir faire et du regard esthétique du praticien ; on pourrait même parler de la nécessité d'une véritable culture esthétique : celle qui est le pain quotidien du chirurgien esthétique plasticien.