



Volumétrie du tiers moyen du visage avec l'acide hyaluronique Du "plus" en restant soft

RÉSUMÉ : Ces dernières années, la conceptualisation volumétrique de la face a orienté de façon considérable la prise en charge esthétique du vieillissement facial. Le développement récent d'acides hyaluroniques (AH) volumateurs permet de répondre à cette demande, avec une approche beaucoup plus globale et harmonieuse qu'en se limitant à la correction des rides seules. Le tiers moyen de la face, situé entre le regard et le sourire, est la zone la plus mobile et la plus expressive du visage. Avec le temps, il subit des modifications anatomiques et fonctionnelles précoces, responsables de l'apparition progressive d'expressions faciales négatives. L'harmonisation des volumes du tiers moyen de la face permet de modifier ces expressions avec un effet naturel et non figé.

Si le propos de cet article est aujourd'hui le tiers moyen de la face, il est évident que le praticien doit prendre en compte les tiers supérieur et inférieur qui sont intrinsèquement liés à l'harmonisation faciale.

Les AH paraissent être un *gold standard* dans cette prise en charge volumétrique. La connaissance précise de l'anatomie fonctionnelle et des modifications induites par l'âge va permettre un usage pondéré et subtil des AH pour optimiser le résultat selon l'âge du sujet en évitant les excès. Plus que les volumes eux-mêmes, l'enjeu de la correction esthétique est l'harmonie de ces volumes, à la fois statique et dynamique.



→ I. HELIOT-HOSTEN
Dermatologue, BORDEAUX.

Comment définir le vieillissement facial ? Cette question ardue, à laquelle nous pouvons tenter de répondre par des arguments anatomiques et fonctionnels, ouvre intuitivement l'enjeu des volumes et de la lumière, comme en témoignent les superbes portraits de Lucian Freud (*fig. 1*). À l'instar du vieillissement, la correction de ce dernier fait donc appel à une vision tridimensionnelle et dynamique du sujet.

Le tiers moyen du visage, ou *midface*, situé entre le regard et le sourire, est la pierre angulaire de la correction des volumes faciaux. En effet, il est la zone la plus mobile et expressive du visage, centre de l'attention du regard. Il accuse précocement (dès l'âge de 35 ans) les modifications structurelles du vieil-

lissement. Tous ses compartiments sont concernés, des plus superficiels, épidermiques et dermiques, jusqu'aux compartiments profonds musculo-grasseyeux, dont le rôle morphologique et dynamique conditionne les mimiques et les expressions faciales.

Les techniques de rajeunissement du tiers moyen de la face se sont développées spécifiquement à partir des années quatre-vingt-dix [1]. Si historiquement, les AH injectables ont été développés pour corriger les rides, l'avènement des AH volumateurs permet une prise en charge beaucoup plus globale et harmonieuse du vieillissement et de l'embellissement facial. En effet, la demande des patients procède davantage d'une plainte non spécifique comme "l'air triste, fatigué, sévère...", correspondant



FIG. 1 : Les effets du temps sur le visage. Portraits de Lucian Freud.

à des expressions faciales négatives, que d'une demande de "rajeunissement" à proprement parler. À ce titre, notre expertise s'inscrit dans l'analyse sémiologique précise des volumes faciaux qui conditionnent ces expressions. Ce "screening" diagnostique va aboutir à une correction volumétrique adaptée et personnalisée. Plus que la correction des rides elles-mêmes, la prise en charge du vieillissement doit intégrer une analyse volumétrique, dynamique et tridimensionnelle du sujet [2].

À ce jour, des AH volumateurs aux propriétés rhéologiques performantes offrent une très bonne intégration tissulaire, garantissant un effet naturel et non figé. Nous aborderons les modalités d'injection et les points anatomiques stratégiques efficaces.

Le professionnel doit maîtriser parfaitement l'anatomie faciale, structurelle et fonctionnelle pour proposer une correction sécurisée, adaptée au morphotype et à l'âge de son sujet. Par ailleurs, il doit assimiler des données plus subtiles et

subjectives que sont les exigences socio-culturelles de la "beauté" variant considérablement à travers le monde, son propre regard de technicien et l'image projetée du résultat par le patient. **Plus que les volumes de la face eux-mêmes, l'enjeu est l'harmonie de ces volumes.**

Modifications anatomiques et fonctionnelles du tiers moyen dans le vieillissement facial

1. Rappels anatomiques

Le *midface* est issu de la lame infra-orbitaire du 2^e arc branchial. La région est délimitée en dedans par l'unité nasale, en dehors par la région temporo-parotidienne, en haut par une ligne horizontale canthus externe/racine de l'hélix, en bas par la ligne horizontale commissure labiale/lobule de l'oreille.

Il repose sur un support osseux constitué du cadre orbite-malaire du maxillaire et de l'os zygomatique ou malaire. Les tissus mous sus-jacents sont constitués majoritairement du pannicule graisseux du *midface* [1]. C'est un système complexe et segmenté (**fig. 2 et 3**). Il se divise schématiquement en :

– un compartiment profond : le SOOF (*Suborbicularis oculi fat pad*, sous-

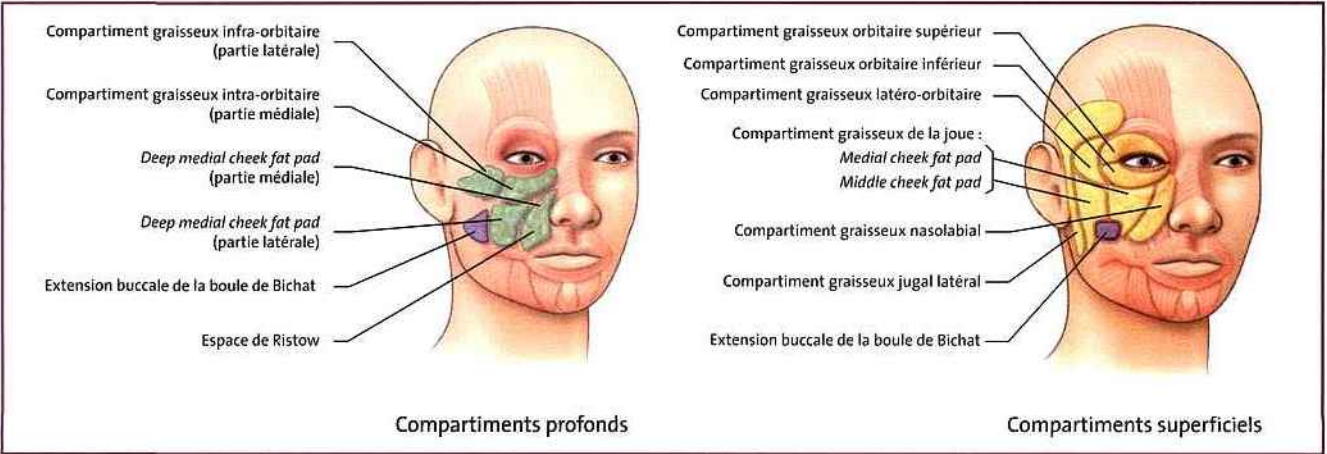


FIG. 2 : Compartiments graisseux du tiers moyen. D'après [1].

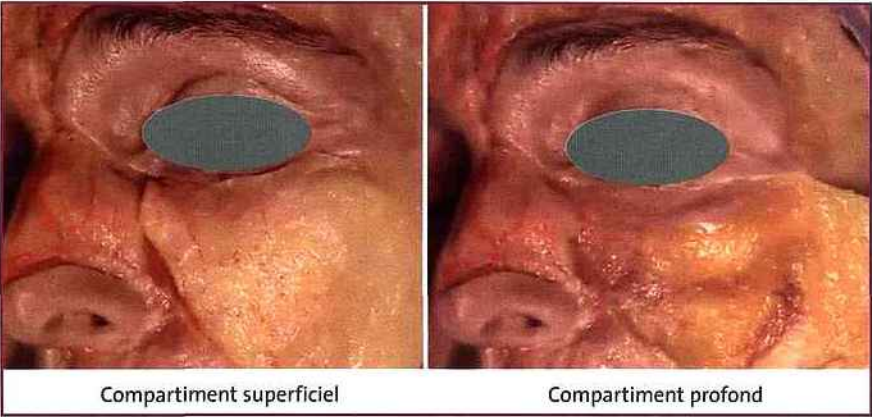


FIG. 3 : Compartiments graisseux du tiers moyen.

jacent à l'orbiculaire de l'œil) et le compartiment profond de la joue (fig. 2) [1] ;
– un compartiment superficiel de 3 unités : compartiment orbitaire, compartiment de la joue et compartiment naso-labial (fig. 2) [1].

Ces compartiments sont séparés par des septums fibreux. Ils subissent les contractions musculaires des peauciers, permettant une grande mobilité de la région et sa fonction expressive. Dans la partie jugale, les compartiments graisseux malaies

profonds et superficiels, séparés par la portion inférieure du muscle orbiculaire (fig. 4), retiennent toute l'attention lors de la correction volumétrique. En effet, la graisse malaie profonde (*Deep cheek fat pad*) est fixe au niveau de l'os, elle n'est pas mobilisée lors de la mimique, au contraire du compartiment superficiel (*Medial cheek fat pad*) [1].

Tel un sphincter, le muscle orbiculaire agit comme un constricteur de la paupière, mais aussi comme un élévateur de

la joue par le biais de la graisse malaie superficielle qui le recouvre. Les éléments nerveux d'importance du *midface* sont le nerf sous-orbitaire, les branches zygomatiques et buccales du nerf facial (fig. 5). La vascularisation de la région est majoritairement assurée par l'intermédiaire des artères faciale et transverse de la face, branches de la carotide externe (fig. 5).

2. Physiologie du vieillissement du *midface*

Plusieurs phénomènes conjoints et combinés expliquent le vieillissement du tiers moyen du visage :

- la modification du support osseux ;
- la ptôse ;
- la redistribution et la fonte des volumes adipeux ;
- le vieillissement cutané.

● *Modification du support osseux*

Le maxillaire subit une perte de projection ou rétrusion avec l'âge [3] qui a un effet similaire à la perte volumique de la graisse jugale profonde, c'est-à-dire

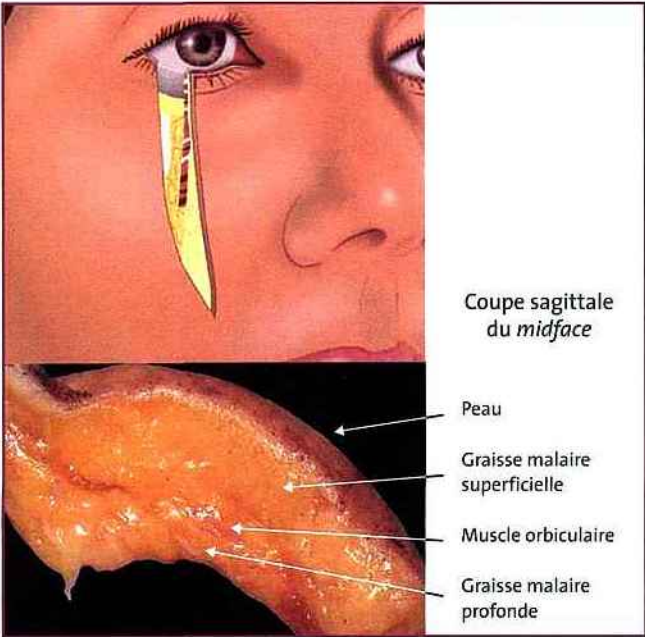


FIG. 4 : Compartiment graisseux du tiers moyen. D'après [2].

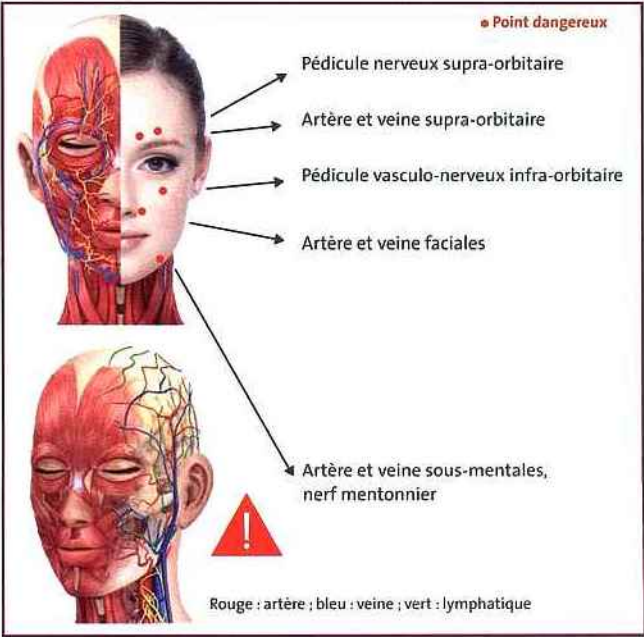


FIG. 5 : Zones rouges.

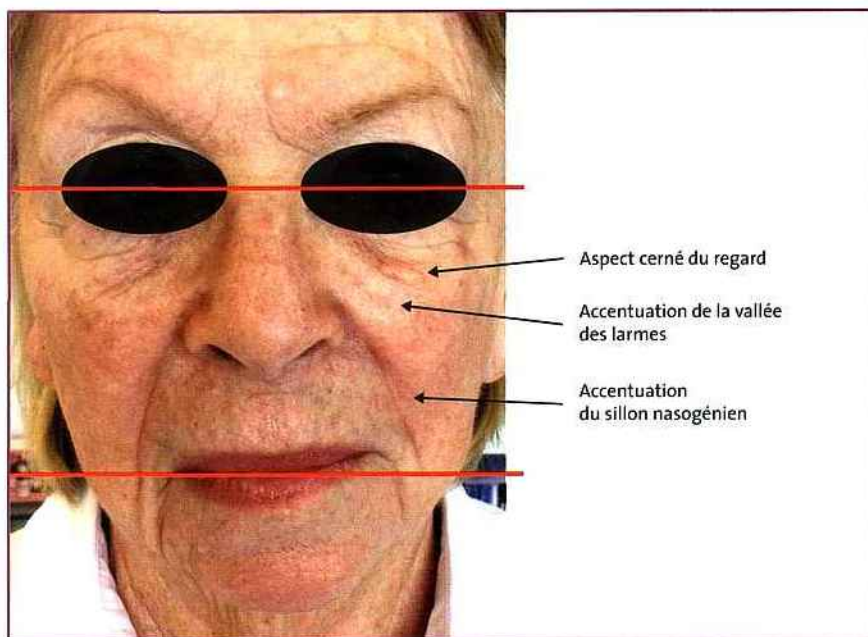


FIG. 6 : Vieillesse adipeux du tiers moyen.

une perte de projection sagittale du tiers moyen. Il en résulte une squelettisation du rebord orbitaire inférieur, un creusement de la vallée des larmes et une augmentation du sillon nasogénien [1]. La taille de l'orifice orbitaire augmente avec l'âge, contribuant à l'apparition des hernies graisseuses palpébrales inférieures [4].

● La ptôse

L'hypothèse ancienne est celle de la ptôse gravitationnelle en bas et en dedans des tissus mous sur le support osseux. Une étude récente [5] montre l'augmentation des distances entre le rebord orbitaire inférieur et les compartiments graisseux du tiers moyen au cours du vieillissement, validant cette hypothèse. La distension des septums fibreux au sein des sous-unités adipeuses est induite par la répétition des contractions musculaires des peauciers (variations de volume du tissu adipeux secondaires à la contraction) et l'élongation de ces septums. Ils ne remplissent plus leur fonction de contention, entraînant ptôse et relâchement [6].

● Redistribution des volumes adipeux

Les travaux de Rohrich et Gierloff [7, 8, 5] sur les compartiments adipeux du *mid-face* ont montré leur extrême complexité et leurs modifications avec le vieillissement. Ainsi, il existe une redistribution du volume du pôle supérieur de ces compartiments vers leur pôle moyen et inférieur. Il en résulte une réduction de la projection sagittale des volumes, en particulier s'agissant du compartiment graisseux profond médial de la joue (*Deep medial cheek fat*), dont la perte volumique induit (fig. 6) :

- l'apparition d'un sillon naso-jugal par creusement ;
- l'accentuation de la vallée des larmes ;
- l'augmentation du sillon nasogénien par pseudo-ptôse ;
- l'augmentation de la laxité cutanée par perte du matelas adipeux sous-jacent.

● Vieillesse cutané facial

La peau subit un vieillissement extrinsèque secondaire à l'exposition prolongée ou répétée aux ultraviolets (héliodermie) et aux habitudes de vie (tabac). Les UVA

induisent une élastose solaire, les UVB des altérations dermo-épidermiques (type dysplasies et néoplasies). Le photo-vieillessement induit une peau rugueuse et profondément ridée, accompagnée de lésions pré-épithéliomateuses.

Le vieillissement intrinsèque est physiologique. Il est causé par un écrasement de l'interface derme/épiderme, une atrophie du derme et une désorganisation de la vascularisation. Les travées collagènes se réorganisent de manière parallèle. Ces altérations histologiques induisent une perte de trophicité avec une perte d'élasticité. La raréfaction des annexes participe de la sécheresse cutanée.

Ainsi, le tiers moyen de la face subit, avec le temps, des modifications complexes de toutes ses structures (peau, tissus mous et support osseux), qui vont coexister et se combiner de façon variable selon les sujets. Ces combinaisons dépendent de facteurs externes (habitudes de vie, expositions solaires, etc.) et de facteurs intrinsèques génétiques et morphotypiques. Par exemple, un visage longiligne a tendance à se creuser, un visage bréviline à se ptôser. Ainsi, l'analyse séméiologique fine de ces compartiments permet de déterminer quel mécanisme prédomine chez le sujet.

Analyse topographique et dynamique du vieillissement sur le tiers moyen

Le pannicule adipeux jugal, constitué des compartiments SOOF et du *Deep cheek fat* en profondeur, et des compartiments orbitaires et de la joue (*Medial and middle cheek fat*) en superficiel (fig. 2 et 3), apporte donc volume et relief au tiers moyen. Il façonne le galbe de la pommette et de la région sous-orbitaire. Ainsi, chez le sujet jeune, l'intégrité du compartiment graisseux du *midface* se résume à une **volumétrie sphérique et convexe** dans le plan sagittal, **schématisée par un O** (fig. 7).



Le SOOF est dense, fibreux et statique, recouvrant et protégeant l'os sous-jacent. Il ne s'affaisse pas avec l'âge, mais il s'atrophie. Le coussinet malaire superficiel est, quant à lui, moins dense et moins fibreux que le compartiment profond. Solidaire du plan cutané et du muscle orbiculaire, il suit les mouvements de la mimique. Avec le temps, il perd du volume et suit un mouvement de rotation interne et inférieur, exposant le rebord orbitaire inférieur, contribuant à marquer le sillon palpébral inférieur et l'aspect "cerné" du regard (fig. 6). Il vient buter en bas et en avant sur le sillon nasogénien et l'accentue. Les modifications morphologiques de ce compartiment musculo-graisseux liées à l'âge créent trois nouveaux sillons anatomiques : un sillon palpébro-malaire latéral supérieur, un sillon

nasojugal en médial, un sillon en milieu de joue à la portion inférieure (fig. 7). Ainsi, la volumétrie initiale en forme de O prend schématiquement **une forme de Y**, qui devient concave sur le plan sagittal [9] (fig. 7).

Sur le plan des expressions faciales, la répartition des volumes de la face se schématise en **un triangle à base supérieure chez le sujet jeune**. La ptôse du milieu du visage et des bajoues inverse ce **triangle de jeunesse** chez le sujet vieillissant, créant l'aspect "négatif" des expressions faciales [9] (fig. 7). Par ailleurs, le visage schématiquement segmenté en trois tiers (supérieur, moyen et inférieur) voit ses proportions modifiées : les tiers supérieur et moyen s'allongent, et le tiers inférieur se raccourcit, avec une augmentation du rapport hauteur lèvre

blanche/menton contribuant à désorganiser l'harmonie des proportions. Si la correction des tiers moyen et supérieur n'est pas l'objet de notre propos ici, elle est, bien sûr, indispensable à considérer et à prendre en charge dans le cadre du rajeunissement facial.

Ainsi, la correction volumétrique du *midface* doit intégrer ces évolutions anatomiques et fonctionnelles afin de répartir les fillers en tenant compte des plans fixes (graisse jugale profonde) et des plans dynamiques (graisse malaire superficielle/muscle peaucier/peau) pondérés par la balance musculaire déprimeurs/éleveurs.

Embellissement et rajeunissement des volumes du tiers moyen avec les acides hyaluroniques

1. Quels acides hyaluroniques ?

Si le filler idéal n'existe pas, l'AH semble aujourd'hui être le *gold standard* dans la correction du tiers moyen, spécialement grâce aux qualités rhéologiques des produits volumateurs les plus récents. Ils répondent à certains critères d'exigence que sont la sécurité d'utilisation (minimisation des effets secondaires à type de granulomes ou de réactions immunes), la prédictibilité du résultat (tenue du produit dans la temps, stabilité), la variété de leurs qualités rhéologiques (viscosité, cohésion, élasticité, intégration tissulaire) qui permet d'optimiser leur usage selon la cible choisie (volume, rides profondes, ridules...).

En Europe, plus de 70 marques d'AH sont disponibles à ce jour et la recherche technologique, en progrès constant, tend vers l'optimisation. Pour la préservation de l'expressivité du tiers moyen, les AH doivent avoir une "souplesse" analogue aux tissus. Les produits de dernière génération présentent une viscosité et une cohésivité assurant une projection

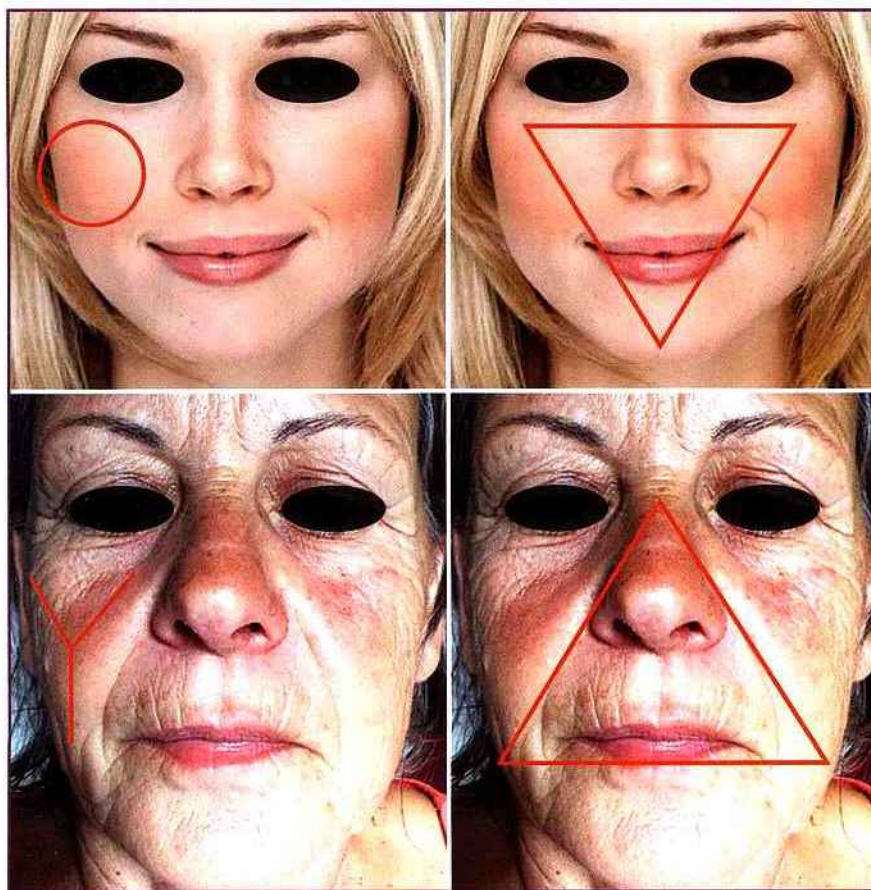


FIG. 7.



POINTS FORTS

- ➞ Plus que le traitement des rides, la correction du vieillissement facial doit intégrer une analyse volumétrique et dynamique du sujet.
- ➞ L'enjeu de la volumétrie faciale est l'harmonie des volumes plus que les volumes eux-mêmes.
- ➞ La correction volumétrique du *midface* est la pierre angulaire de la volumétrie faciale.
- ➞ La demande esthétique en pratique procède davantage d'une plainte aspécifique d'expressions faciales négatives que d'une demande de rajeunissement proprement dite.
- ➞ L'inversion du "triangle de jeunesse" crée des expressions faciales négatives.
- ➞ Ponderer la correction volumétrique en privilégiant l'harmonie préserve des excès et évite des visages figés et stéréotypés.

de qualité et une bonne résistance à la pression verticale, en particulier dans la graisse malaire profonde (par exemple, technologie Vycross Juvéderm VOLUMA Allergan). Grâce à une absorption d'eau moindre et à une excellente intégration tissulaire, la malléabilité du produit permet un résultat final mieux maîtrisé.

Il est souvent judicieux de compléter l'injection de la graisse profonde en injectant la partie superficielle de la graisse malaire – qui, elle, est mobile – par des AH un peu moins concentrés (par exemple : Emervel Deep ou Volume Galderma, Juvéderm 3 ou Juvéderm 4 Allergan). Ainsi, le volume est optimisé, mais aussi la texture de la peau sus-jacente, sa luminosité et son hydratation. Le confort des patients est optimisé par l'adjonction de lidocaïne dans les AH de dernière génération. Le praticien peut dès lors procéder en alternant les deux hémifaces, obtenant une anesthésie locale aux points d'injection en 2 mn environ, ce qui rend les injections suivantes plus confortables [10].

Le choix du produit est laissé au praticien. Pour autant, il doit répondre à deux questions pratiques :

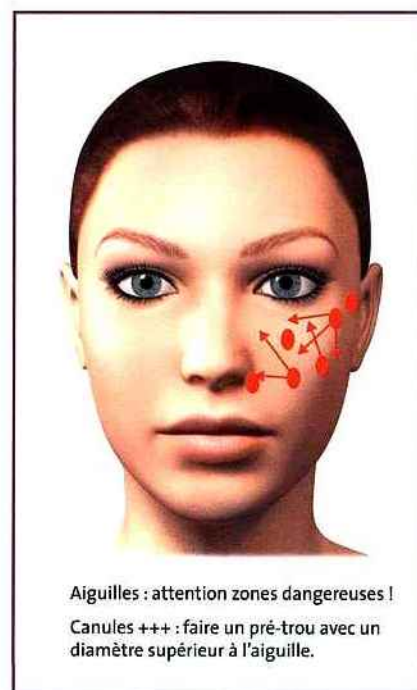
- où réaliser les injections ?
- avec quelle technique ?

2. Où réaliser les injections et avec quelle technique ?

Les points principaux d'injection du tiers moyen et les directions d'injection sont résumés dans la **figure 8**. En fonction de l'utilisation d'aiguilles ou de canules, ces points restent indicatifs. Le premier compartiment cible est la graisse malaire profonde, qui est fixe. Chaque praticien injecte selon ses préférences, mais l'usage de bolus semble très utile dans la zone. Ils agissent comme des plots de soutien du compartiment profond, avec de faibles quantités de produit (en moyenne 0,1 à 0,2 cc d'AH par bolus), en arrière du muscle orbiculaire. Pour ce faire, à la canule ou à l'aiguille, le repère anatomique du plan profond est le contact périosté. Pour l'injection à l'aiguille, le geste est perpendiculaire à la peau ou légèrement oblique. Pour la canule, le geste sera volontiers parallèle au plan périosté, au contact de ce dernier, avec un doigt appuyé sur la peau, permettant de tenir le plan lors de la progression de la canule.

Secondairement, le compartiment malaire superficiel, qui est mobile, sera volontiers injecté par "fanning" ou technique d'éventail, permettant d'optimiser à la fois le volume malaire et la texture du plan cutané sus-jacent [1, 2].

La quantité d'AH est, bien sûr, variable en fonction du défaut volumétrique à corriger, mais on estime qu'environ 0,5 cc à 1 cc d'AH dans le compartiment malaire permettent l'obtention d'un "effet lift", avec une ascension du tiers moyen et une élévation du sillon palpébro-malaire. Par cette ascension, on observe souvent en corolaire une atténuation du sillon nasogénien, qui lui-même pourra être optimisé par l'injection d'un bolus profond au niveau du triangle sous-alaire. La correction est immédiate ; elle doit être réalisée "pas à pas" pour éviter l'excès d'injection. L'œdème est faible, voire inexistant, au niveau du tiers moyen (contrairement à la lèvre, par exemple), donc le résultat post-intervention correspond au résultat définitif.



Aiguilles : attention zones dangereuses !
Canules +++ : faire un pré-trou avec un diamètre supérieur à l'aiguille.

Fig. 8 : Points d'injection.



3. Canules ou aiguilles ?

La préférence est souvent guidée par les habitudes du praticien. Les aiguilles assurent une injection précise et permettent d'injecter exactement la quantité désirée. Elles sont extrêmement pratiques pour la réalisation des bolus. Le risque d'ecchymose au point d'entrée est possible, autant que le "pré-trou" avec une canule. Le risque d'injection intravasculaire dans les vaisseaux de petit calibre et capillaires est réel bien que faible [2]. Cependant, les aiguilles doivent être utilisées avec un maximum de prudence dans les zones anatomiques où les calibres vasculaires sont plus importants (segment jugal de l'artère faciale, par exemple).

La canule est une option sécuritaire et pratique. Avec son extrémité mousse et sa souplesse, elle est très peu traumatique. Elle permet notamment d'éviter les traumatismes des pédicules vasculaires et nerveux, spécifiquement dans les zones anatomiques à risque (**fig. 5**) que l'on souhaite corriger. Plusieurs longueurs sont disponibles (en général de 38 à 50 mm) et les diamètres les plus utilisés sont 25 et 27 G.

Cette technique est très intéressante pour les injections en éventail, en particulier celles du coussinet malaire superficiel. Elle permet, par un seul

point d'entrée, de corriger une surface de plusieurs cm². Elle nécessite une "bonne pratique", guidée par une asepsie rigoureuse (les canules sont stériles), à l'instar de l'aiguille d'ailleurs (désinfection de toute la zone, pas uniquement du point d'entrée). Un pré-trou sera réalisé jusqu'au derme, avec une aiguille de calibre identique ou très légèrement supérieur. On "plonge" la canule dans le point d'entrée, puis on la bascule dans la trajectoire désirée, avec la profondeur choisie en fonction de la zone à traiter. Pour faciliter la progression, on peut soulever le plan cutané avec l'autre main et exercer une traction inverse au sens de progression de la canule. Avec une progression "négociée", la canule est quasiment indolore; l'injection se fait le plus souvent en rétro-traçage et permet également la réalisation de bolus.

En changeant l'axe de la trajectoire, tout en restant au niveau du pré-trou, on peut réaliser une technique de *fanning* très efficace dans la gestion du "fripé éventail" jugal. Dans ce cas, le plan sera intradermique (on doit sentir une "résistance" à la progression) et la tunnélisation permet de briser les adhérences dermiques de ces rides. Pour ce faire, le calibre de canule 27 G est idéal. La rhéologie de l'AH choisi doit être parfaitement maîtrisée, notamment la pression d'extrusion, sous peine de consommer davantage de produit que prévu.

4. Effet tissulaire des injections d'AH

Il est admis qu'une réponse dermique est induite par un processus inflammatoire local, qu'il soit chirurgical ou mécanique par le biais d'une injection. Les fibroblastes dermiques produisent de l'élastine, des fibres collagènes, des glycoprotéines. La stimulation des fibroblastes dermiques peut résulter du filler lui-même, mais aussi de la canule ou de l'aiguille utilisée. On peut spéculer sur le fait que la "tunnélisation" dermique par l'emploi d'une canule en superficie et l'obtention d'une augmentation de la résistance tissulaire par "tunnélisation" sous-cutanée optimiseraient le phénomène de stimulation fibroblastique [2]. Pour autant, on constate empiriquement un effet "cumulatif" des AH dans le temps et l'on peut émettre l'hypothèse qu'injectés à partir de la 4^e décade, ils permettent de ralentir les processus de vieillissement. Des études prospectives sur plusieurs années sont nécessaires pour le démontrer.

5. Résultats cliniques

Nous proposons quelques résultats cliniques qui ont l'inconvénient de ne pas exposer le résultat dynamique. Chez le sujet jeune (**fig. 9 à 13**), la correction volumétrique du *midface* nécessite en moyenne 2 mL d'AH. Chez le sujet plus âgé (**fig. 14 à 17**), la moyenne utilisée



FIG. 9 : Volumétrie chez un homme jeune.

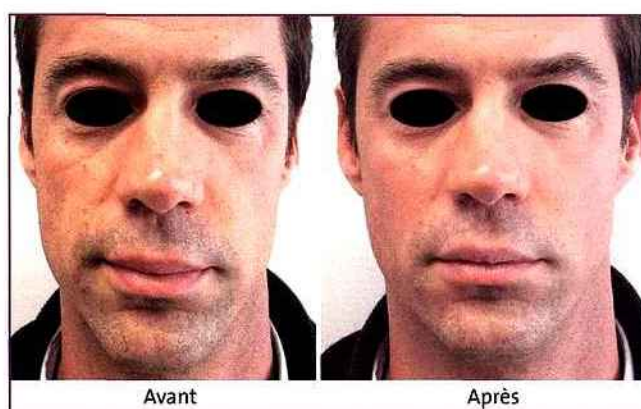


FIG. 10 : Idem.



FIG. 11: Volumétrie chez une femme jeune.



FIG. 12: Idem.



FIG. 13: Idem.

tend vers 3 à 4 mL, sachant que la correction du tiers inférieur (zone péri buccale et mentonnière) est quasiment systématique pour harmoniser le résultat. Nous proposons également un exemple d'effet "cumulatif" chez 2 sujets jeunes (**fig. 18 et 19**) dont les 3 photos cliniques correspondent au sujet avant injection du tiers moyen. Dans ces cas précis, nous pouvons constater cet effet "cumulatif" et une optimisation du résultat dans le temps, permettant à la fois un ralentissement du vieillissement facial et une utilisation moindre de quantité d'AH pour le corriger (pour chaque sujet, la dernière session n'a nécessité que 1 mL d'AH volumateur au niveau du *midface*, alors que pour les 2 premières, 2 mL ont été injectés).

Il nous paraît important de considérer la correction du *midface* comme un processus qui s'inscrit dans le temps. Ce point de vue, certes subjectif et empirique, permet d'injecter avec pondération, en évitant de surcorriger lors d'un premier traitement. Nous proposons de réaliser des clichés systématiques avant correction, de revoir les patients dans un délai de 12 à 18 mois afin d'optimiser et de maintenir un résultat durable. Des études prospectives sont nécessaires pour étayer cette "hypothèse".

Conclusion

Si la volumétrie de la face par graisse autologue (technique de Coleman) [11] reste une technique validée et pérenne, l'utilisation des produits résorbables que sont les AH nous paraît à ce jour être un *gold standard* dans le rajeunissement facial. Les AH de dernière génération présentent des qualités rhéologiques performantes, permettant une correction optimisée selon l'âge du sujet et les compartiments du *midface* qui le nécessitent. Une utilisation pondérée de quantités raisonnables d'AH nous semble garantir à la fois une sécurité de tolérance et un effet naturel, particulièrement chez le sujet âgé.

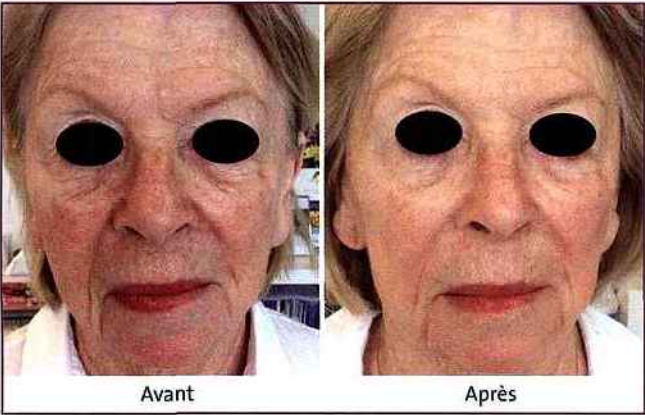


FIG. 14 : Volumétrie chez une femme plus âgée.

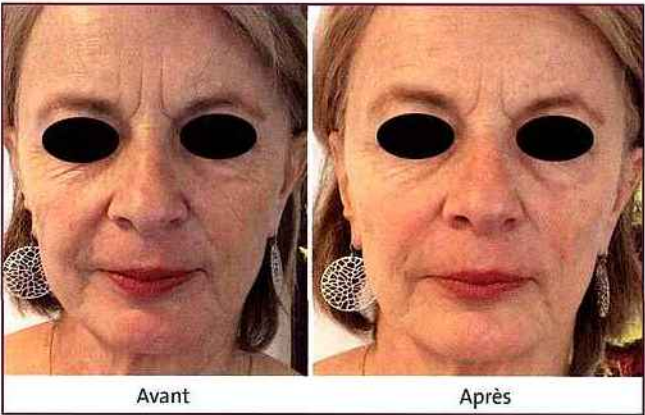


FIG. 15 : Idem.

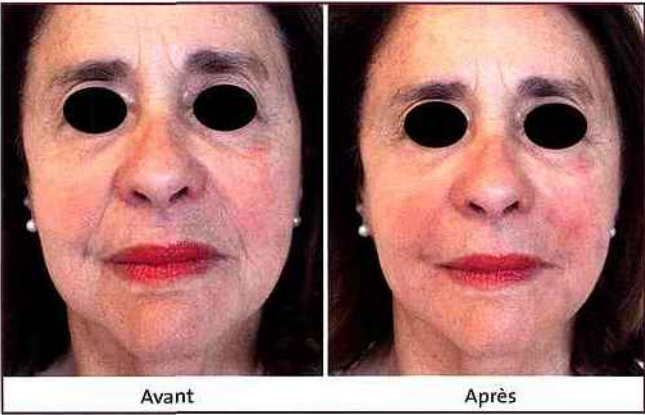


FIG. 16 : Idem.



FIG. 17 : Idem.



FIG. 18 : Volumétrie chez une femme jeune. Effet cumulatif de l'AH. Photos réalisées avant chaque injection (3 sessions).



FIG. 19 : Volumétrie chez une femme jeune. Effet cumulatif de l'AH. Photos réalisées avant chaque injection (3 sessions).

Plus que la correction des rides, l'harmonie des volumes par la correction des expressions faciales négatives produira un effet "bonne mine" confinant à l'effet de rajeunissement. Le "trop" peut être l'ennemi du "bien". Accepter de ne pas corriger certains "défauts" (ridules d'expressions, par exemple) et viser l'harmonisation d'un vieillissement cohérent, en considérant le visage dans son intégralité, permettent d'éviter certains excès ainsi qu'un résultat formaté avec des visages figés et superposables, comme nous le constatons trop souvent dans les médias. Ne pas faire rimer "correction" et "perfection" et porter un regard artistique sur notre travail. Il nous paraît important de véhiculer ces messages auprès de nos patients, car le choix du degré de correction nous appartient.

Bibliographie

1. DISANT F, CHÂTEAU J. Chirurgie plastique esthétique de la face et du cou. Vol. 2. Elsevier Masson, 2012.

2. BELHAOUARI L, TEISSEIRE P, QUINODOZ P. Vectors for volumisation enhancing the midface with hyaluronic acid. *Prime*, 2012;2:28-40.
3. PESSA J, ZADOO VP, MUTIMER KL *et al*. Relative maxillary retrusion as a natural consequence of aging: combining skeletal and soft-tissue changes into an integrated model of midfacial aging. *Plast Reconstr Surg*, 1998;102:205-212.
4. KAHN D, SHAW RB. Aging of the bony orbit: A three dimensional computed tomographic study. *Aesthet Surg J*, 2008;28:258-264.
5. GIERLOFF M, STÖHRING C, BUDER T *et al*. Aging changes of the midfacial fat compartments: A computed tomographic study. *Plast Reconstr Surg*, 2012;129:263-273.
6. OWSLEY JQ, ROBERTS CL. Some anatomical observations on midface aging and long-term results of surgical treatment. *Plast Reconstr Surg*, 2008;121:258-268.
7. ROHRICH RJ, PESSA JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*, 2007;119:2219-2227.
8. ROHRICH RJ, PESSA JE, RISTOW B. The youthful cheek and the deep medial fat compartment. *Plast Reconstr Surg*, 2008;121:2107-2112.
9. BESINS T. The «R.A.R.E» technique (reverse and repositioning effect): the renaissance

of the aging face and neck. *Aesthet Plast Surg*, 2004;28:127-142.

10. RASPALDO H, GASSIA V, NIFOROS FR *et al*. Global, 3-dimensional approach to natural rejuvenation: part 1: recommendations for volume restoration and the periocular area. *J Cosmet dermatol*, 2012;11:279-289.
11. COLEMAN SR. Structural fat grafting: more than a permanent filler. *Plast Reconstr Surg*, 2006;118(3 Suppl):108S-120S.

Remerciements :

Laboratoires Galderma et Allergan pour l'utilisation de planches anatomiques.
Le Pr Claire BEYLOT pour son expertise et l'exemple qu'elle m'a donné.

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