

## Apport de l'Endoscopie dans le modelage péri-orbitaire :

Dr Hervé Raspaldo

En 1993 nous assistions à l'émergence d'une nouvelle approche du Lift frontal simplifié par l'apport de la vidéo-chirurgie. Malgré des controverses, toujours constructives, le geste, au départ purement médian glabellaire, s'est vite étendu à la partie Temporale (1).

Par une vidéo courte et didactique nous voulons montrer l'intérêt technique (et philosophique) de l'usage d'un endoscope lors du rajeunissement péri-orbitaire. On traite, à l'aide d'une caméra vidéo, les muscles frontalis, corrugator et orbicularis oculi responsables des rides frontales, glabellaires et péri-oculaires.(2)(3) Le tout sous anesthésie locale potentialisée, en ambulatoire, au travers de mini-cicatrices cachées dans le cuir chevelu.

La parfaite connaissance micro-endoscopique anatomo-physiologique des muscles de la face, la position des sourcils, la notion de balance musculaire a contribué, depuis, à mieux comprendre la dynamique des muscles du front.

On lui doit :

- de traiter les bons muscles, tout en gardant un visage expressif : corrélation anatomo-physiologique

- d'avoir mieux décrit et compris tous ces petits muscles très actifs grâce à la vidéo et le grossissement des images ( le Botox en a profité d'ailleurs)(4).

- de réduire la taille des cicatrices et les suites opératoires des liftings.

Les résultats sont sûrs, efficaces et durables (5). Actuellement beaucoup de chirurgiens ne font plus d'incision coronale pour un lifting frontal.

On peut ainsi corriger:

- définitivement la **ride du lion**

- modeler la **position des sourcils** (lift temporal)

- améliorer le **regard** en travaillant sa partie latérale par modelage du muscle orbiculaire péri-orbitaire (notamment ses fibres participant au canthus externe – retinaculum).

- remonter la **pommette** (en minimisant les incisions).

Le geste est, le plus souvent, pratiqué sous anesthésie locale potentialisée.

Cette avancée est due au **changement de philosophie en chirurgie plastique du visage** :

- plutôt agir sur la cause en sectionnant les insertions périostées des muscles orbiculaires et des septi péri et intra-orbitaires (2-3-5)

- redonner une position naturelle au sourcil en changeant la balance musculaire (plutôt que « tirer » les muscles et la peau, voire fixer par des vis intra-osseuses).

## References

1. Raspaldo H, Toma A.. Endoscopic face lift.. 4th EUFOS Head and Neck Surgery; Monduzzi Editore S.p.A – Medimond Inc. 2000;483-492.
2. L. Belhaouari, V. Gassia, L'Art de la toxine botulique[in french], Editions Arnette (Wolters Kluwer France) 2006.
3. Saban Y, Polselli R. Santini.J.,Raspaldo.H. Atlas of Surgical Anatomy of the Face and Neck. Paris, France: Masson; 1994.
4. Fagien S. Botulinum toxin type A for facial aesthetic enhancement: role in facial shaping. Plast Reconstr Surg 2003;112(5 Suppl):6S–18S; discussion 19S–20S.
5. Raspaldo H, Bettens R., Giordano P.Midface enhancement. In: Vuyk HD, Lohuis PJ, eds. Facial Plastic and Reconstructive Surgery. Hodder Arnold Editor - New York: Oxford University Press; 2006. p.105–122.
6. Raspaldo H. Video-assisted endoscopic face-lift: evolution [in French]. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 1997;118:57–64.