

Soffmma

Congrès



Jules MARTHAN

ACIDES HYALURONIQUES ET 1/3

moyen

Acides hyaluroniques et Méso face

Mesoface :

partie la plus mobile et la moins fixée (le smas en sandwich entre peau et graisse superficielle en avant et SOOF sur le périoste en arrière)

Sa structure et ses fixations on font la cible privilégiée du vieillissement

A l 'inverse de la PROFACE en avant (soutien du nez et menton) et de la MÉTAFACE en arrière fixée par le smas parotido massétérin qui ne descendant pratiquement pas

Il faut sauver la méso face



Les repères classiques se diluent.

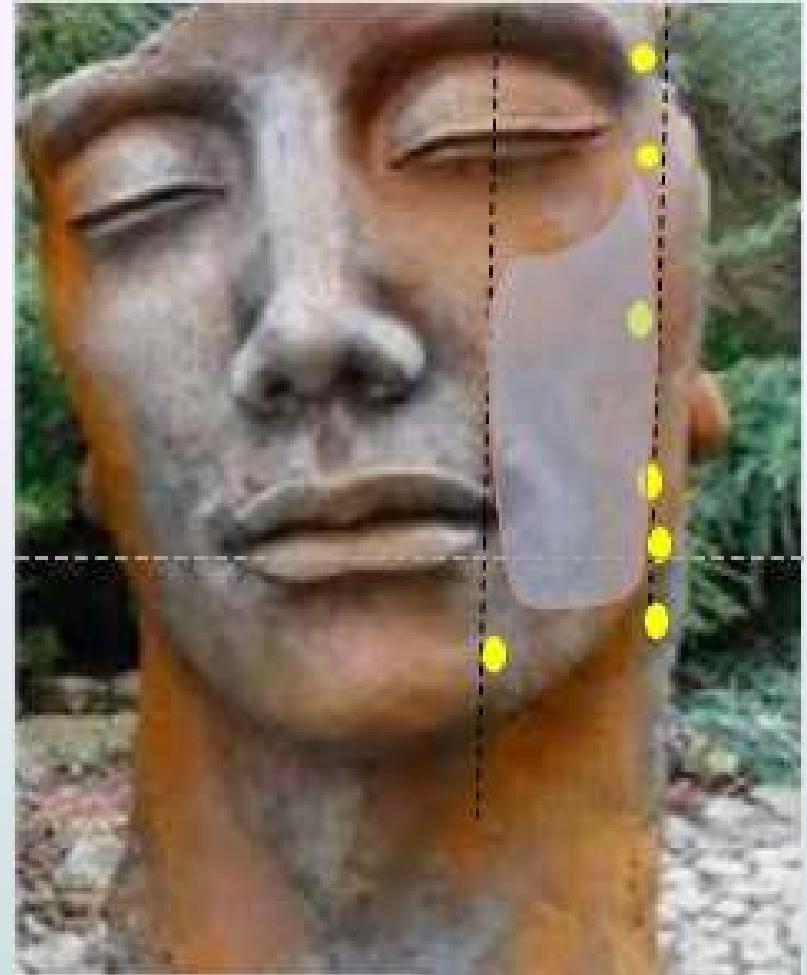


La chute en avant et vers le bas



**Perte de soutien de la graisse des
ligaments cutanéo périostés, d'élasticité
de la peau**

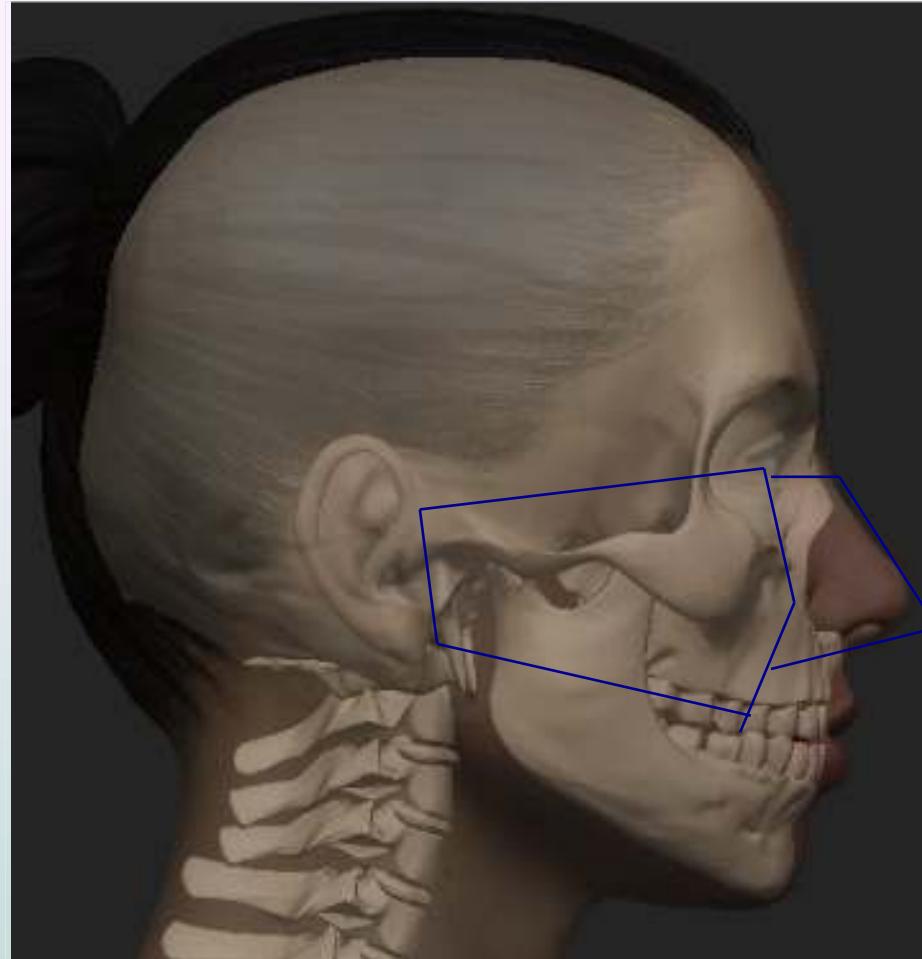
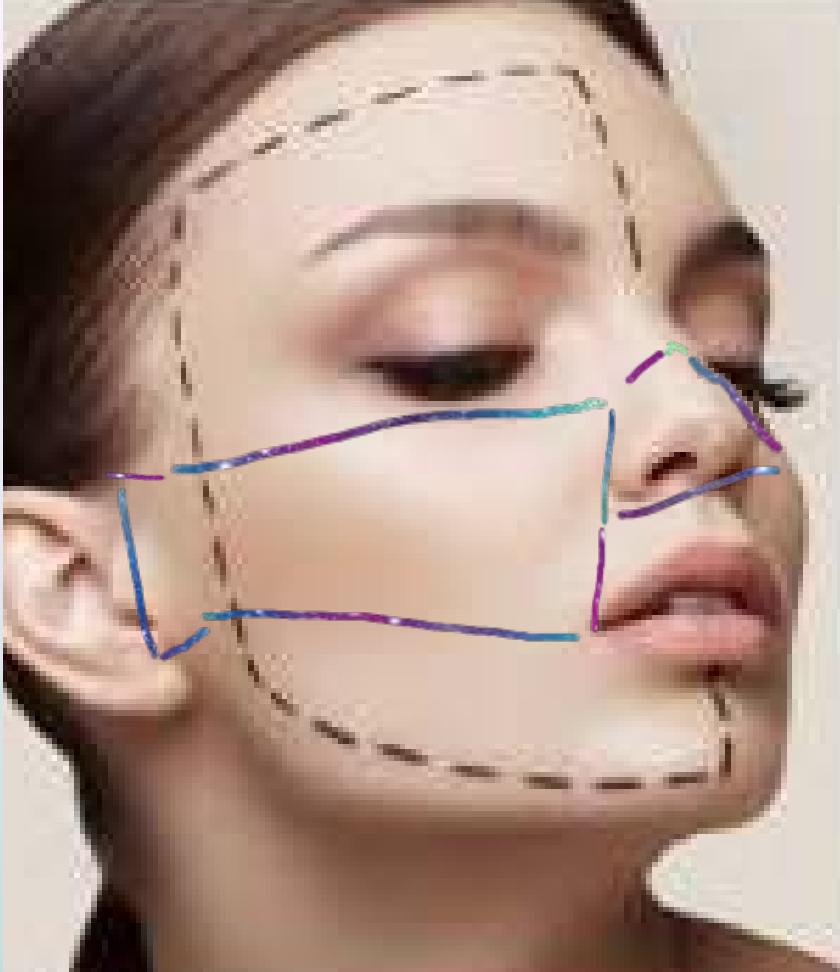
**Synergie de la traction vers le bas exercée
par le dao, dli et platysma**



**L'axe du mfp change, s'oriente, glisse
vers le bas et l'avant , accentue le
surplomb naso génien**



Le soutien important : le tiers moyen mais pas que...



Les soutiens osseux

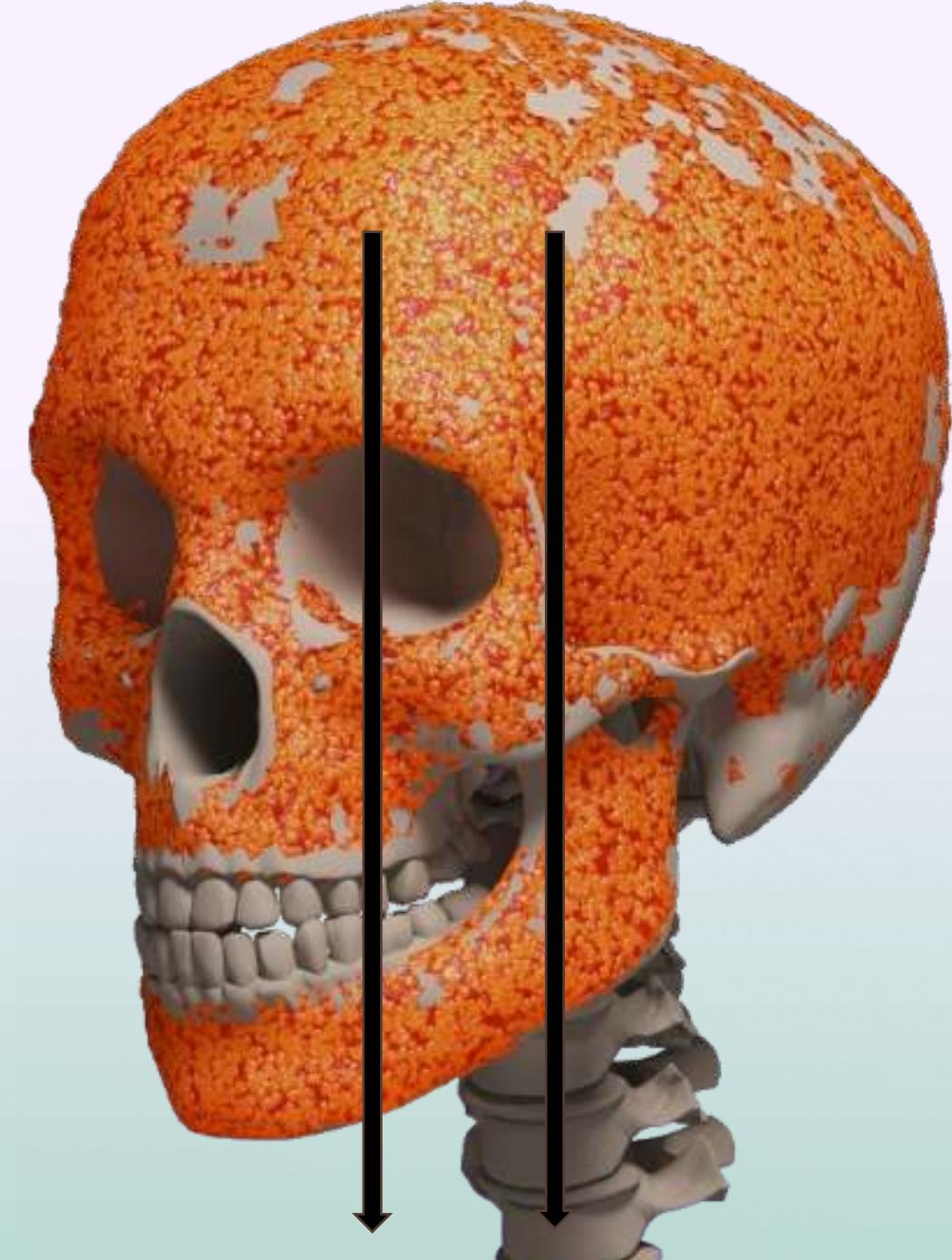
Partie orbitaire du frontal

Rebord orbitaire

Les arches zygomatiques

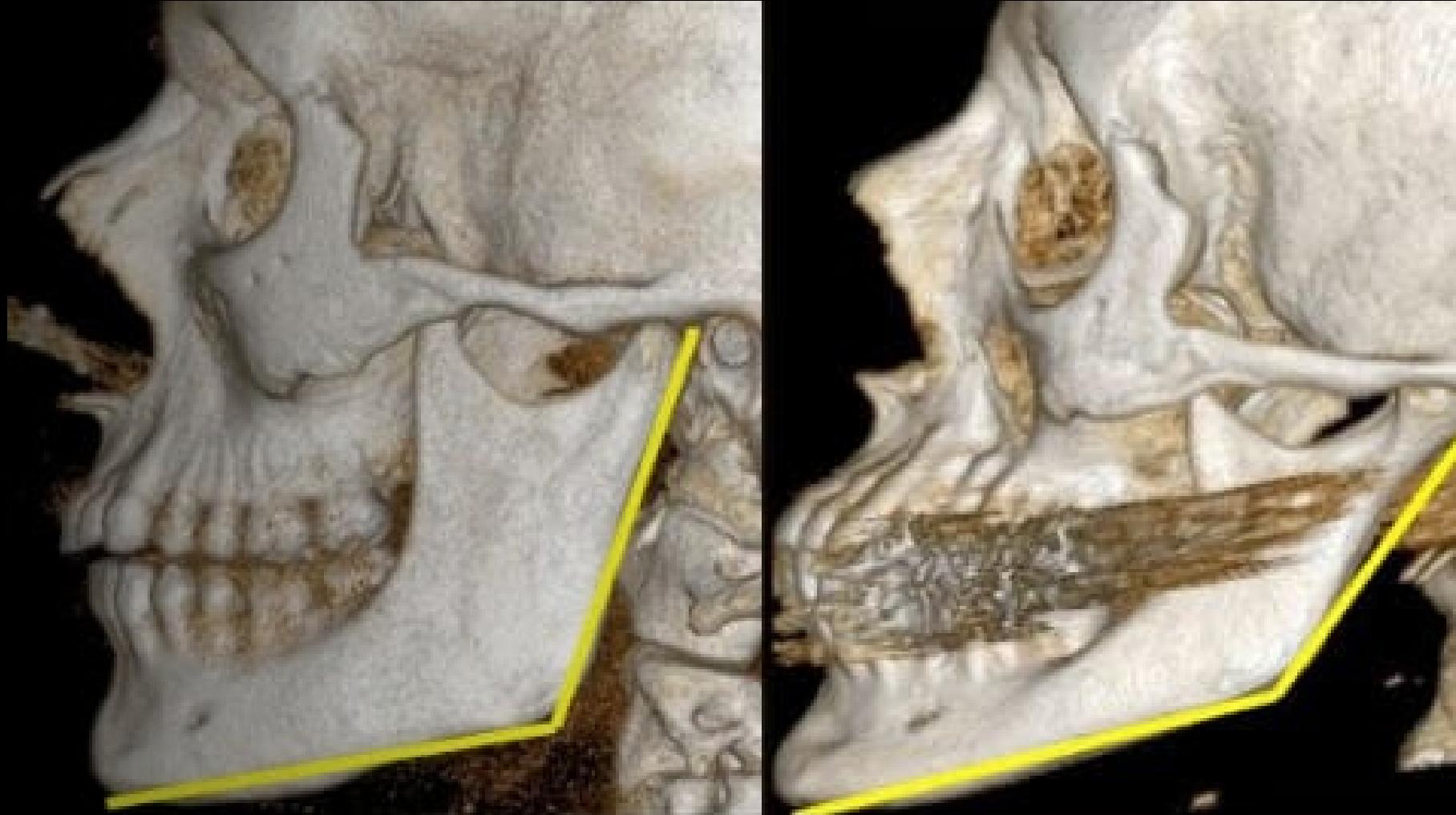
Ensemble du maxillaire supérieur

La mandibule



Involution osseuse

Recul du maxillaire sup avec l os alvéolaire



La descente

1 : squelettisation des rebords orbitaires

2 : ptose sourcilière.

**3 : lipoptose palpébrale supérieure
prédominante en interne**

4: enophthalmie.

5: lipoptose palpébrale inférieure

6 : pli palpébrojugal



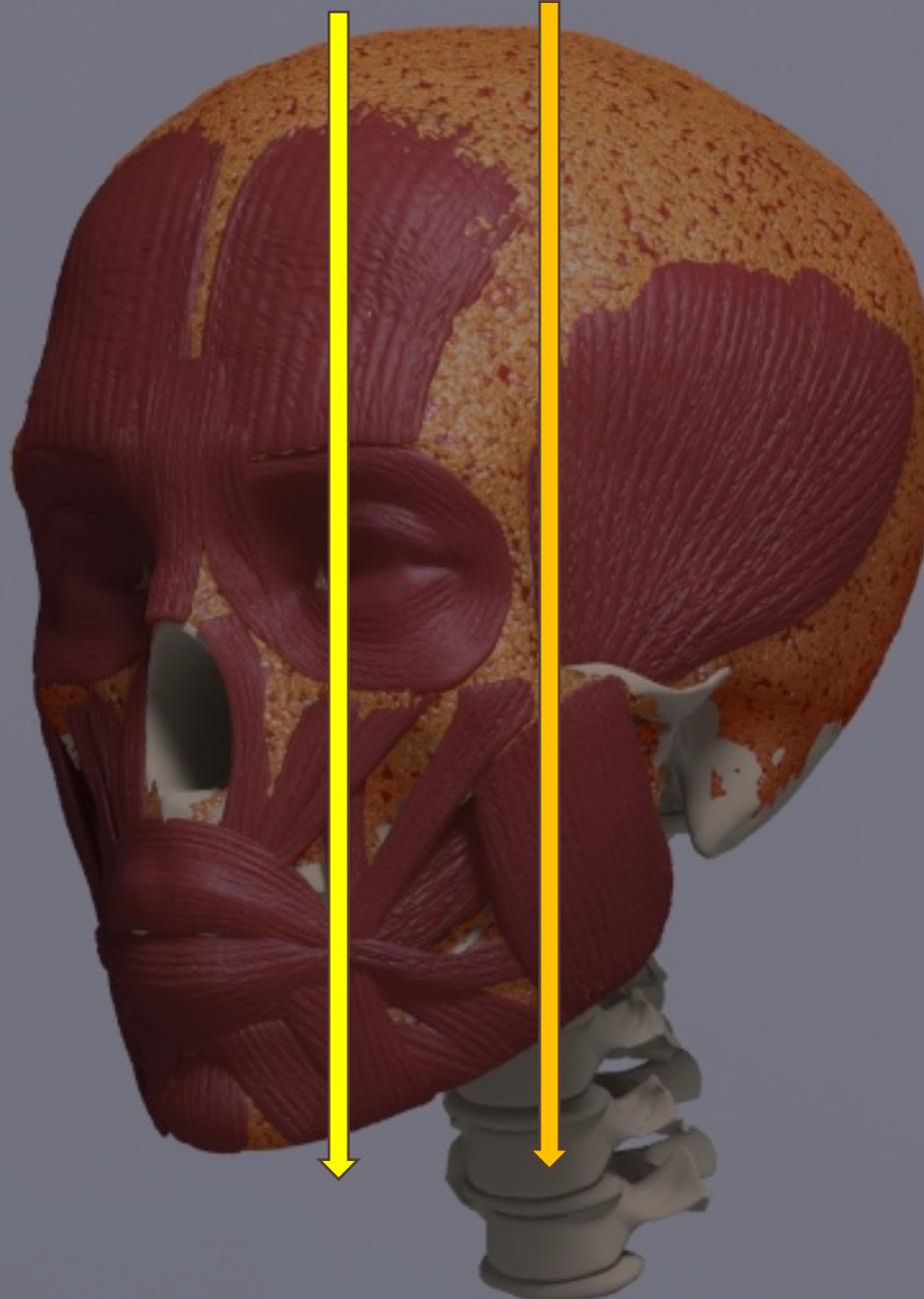
Les modifications de volumes

Ptose de la graisse malaire avec formation du sillon malo jugal (vallée des larmes) et surplomb naso génien

Allongement de la distance columelle arc de cupidon

Fermeture de l'angle columelle filtrum avec chute de la pointe du nez

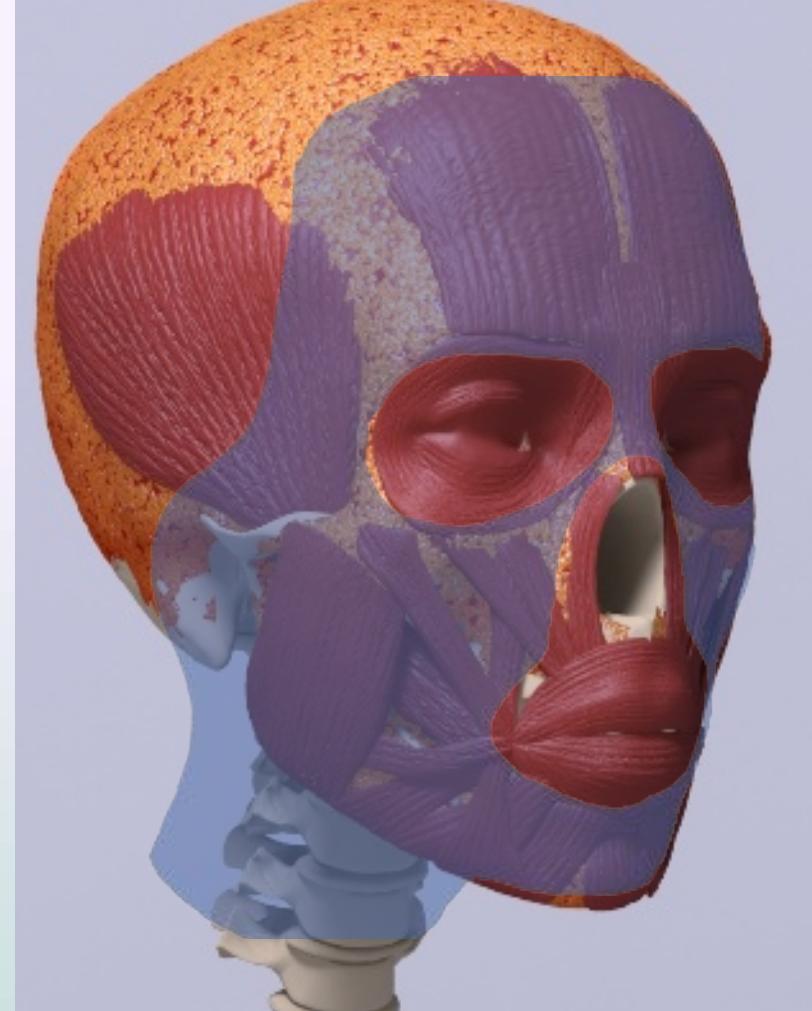


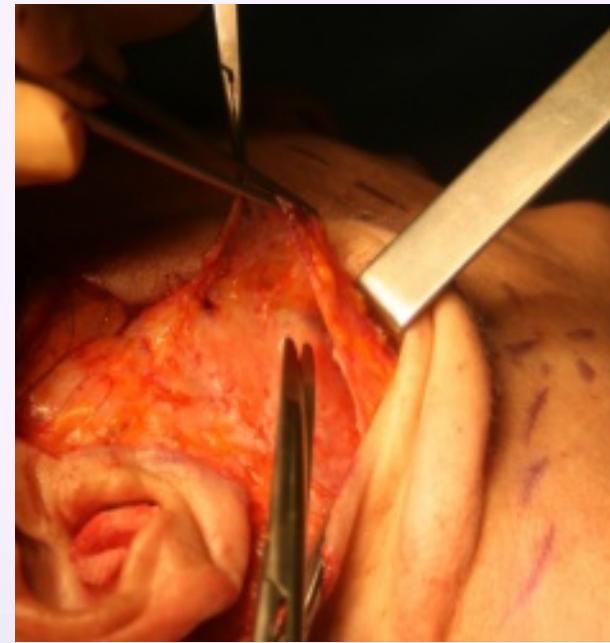


SMAS

**Solidement fixé au cartilage préauriculaire, à
la région parotido massétérine.**

**Il est traversé par certains muscles de la
mimique**

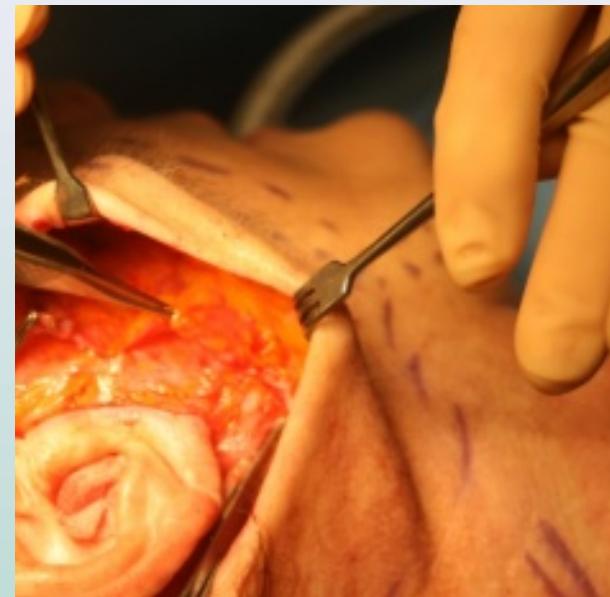




Peau avec la graisse superficielle

Smas dissequer

Graisse recouvrant le masséter et la parotide



JMarthan

La graisse superficielle et la pommette

Graisse malaire sous la peau, sur les muscles de la mimique adhérente à la peau qui bouge avec elle sous l'effet des muscles

**Le coussinet adipeux prémalaire (1),
la graisse de l'espace prézygomatique (2)
la partie antérieure du corps de la boule de bichat (3) et
son éventuel prolongement malaire.**



•

La pommette

A ce niveau:

**le Malar Fat Pad (graisse malaire) en
avant des zygomatiques**

Très peu de graisse sur l'orbiculaire

**Qui vieillit en s'étalant vers le bas et
perd sa structure homogène**



Macroscopie: Région de la pommette

Epiderme

Derme superficiel et profond

Graisse malaire

Muscle orbiculaire

Soof (graisse profonde)

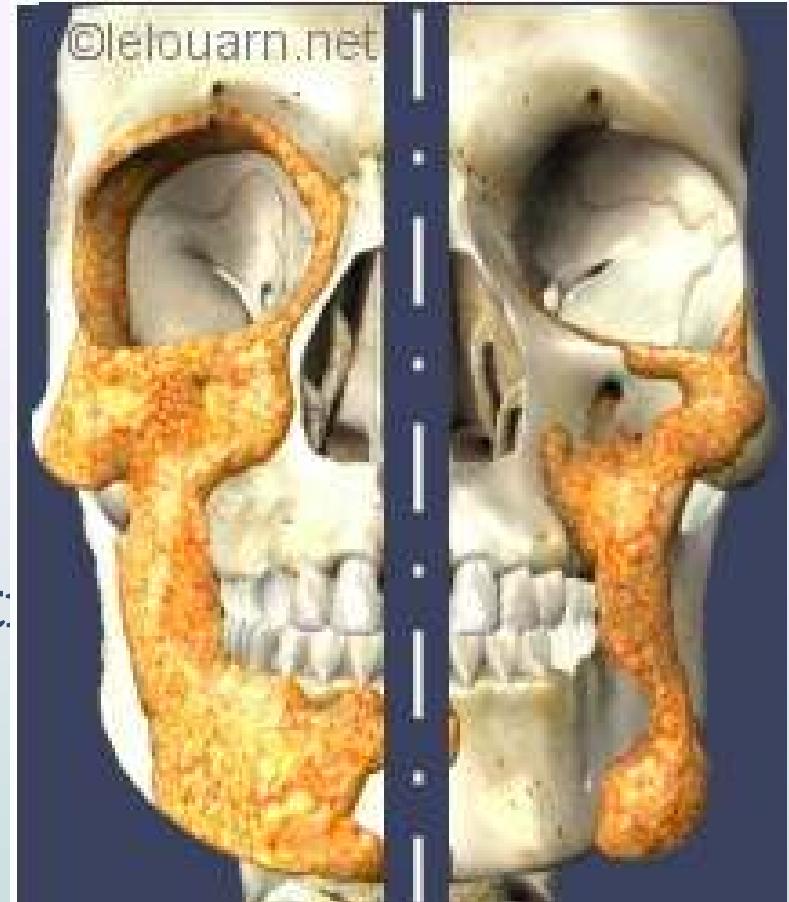
Avec l'autorisation du Dr Belhaouari



La graisse profonde adhérente au périoste

Le coussinet de Charpy

**Le Soof est composé de petits
îlots maintenus par des cloisons conjonctives**



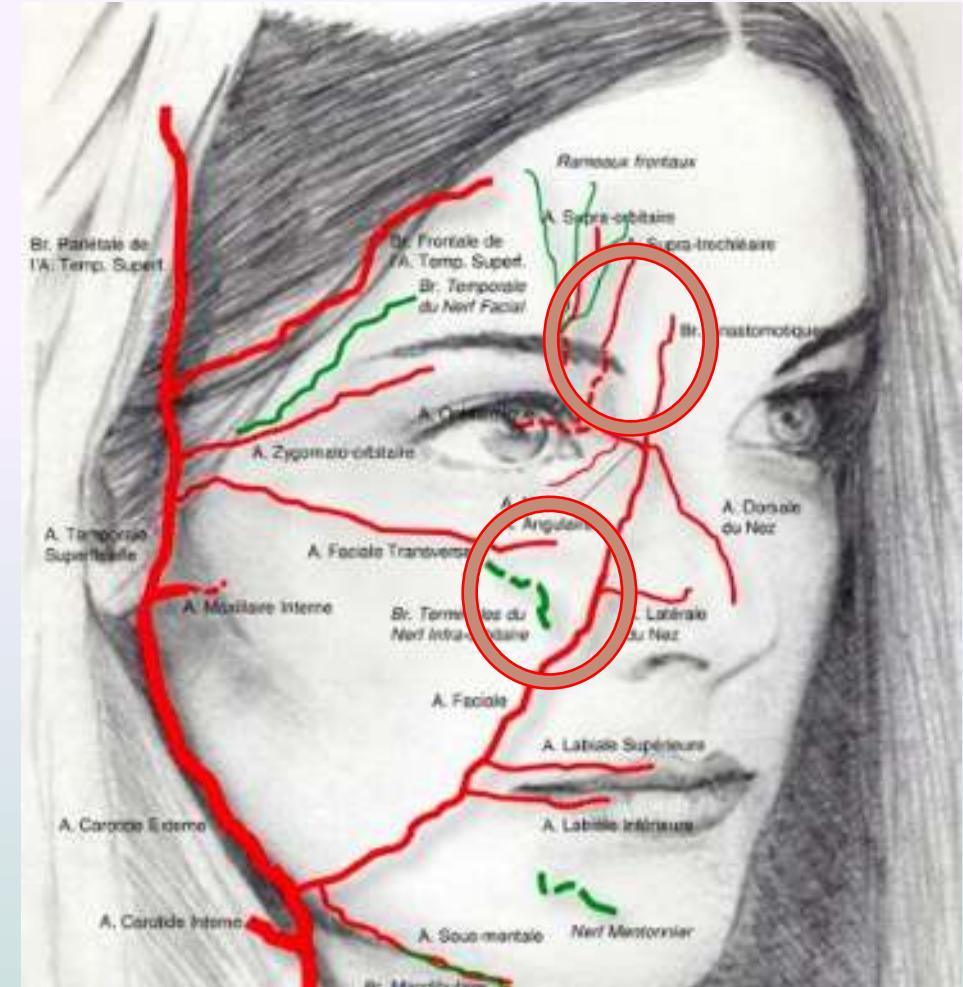
Risques de nécrose

La glabelle

Les ailes du nez

Surtout par compression

**l'injection intra vasculaire est rarissime
(aspiration à faire)**



Les acides hyaluroniques

**Très nombreux,
très large gamme dans toutes les
marques**

Choix difficile



Et les injections?

**Les zones dangereuses sont dues a des erreurs techniques dans l injection:
dans le mauvais choix du produit,**

**(discordance entre la région à traiter et la nature de l'acide hyaluronique
choisi)**

**Toute augmentation de pression au dessus de la pression artérielle peut
entrainer un arrêt circulatoire et une nécrose plus souvent qu'un embol
vasculaire**

Injecter toujours lentement et masser légèrement si nécessaire

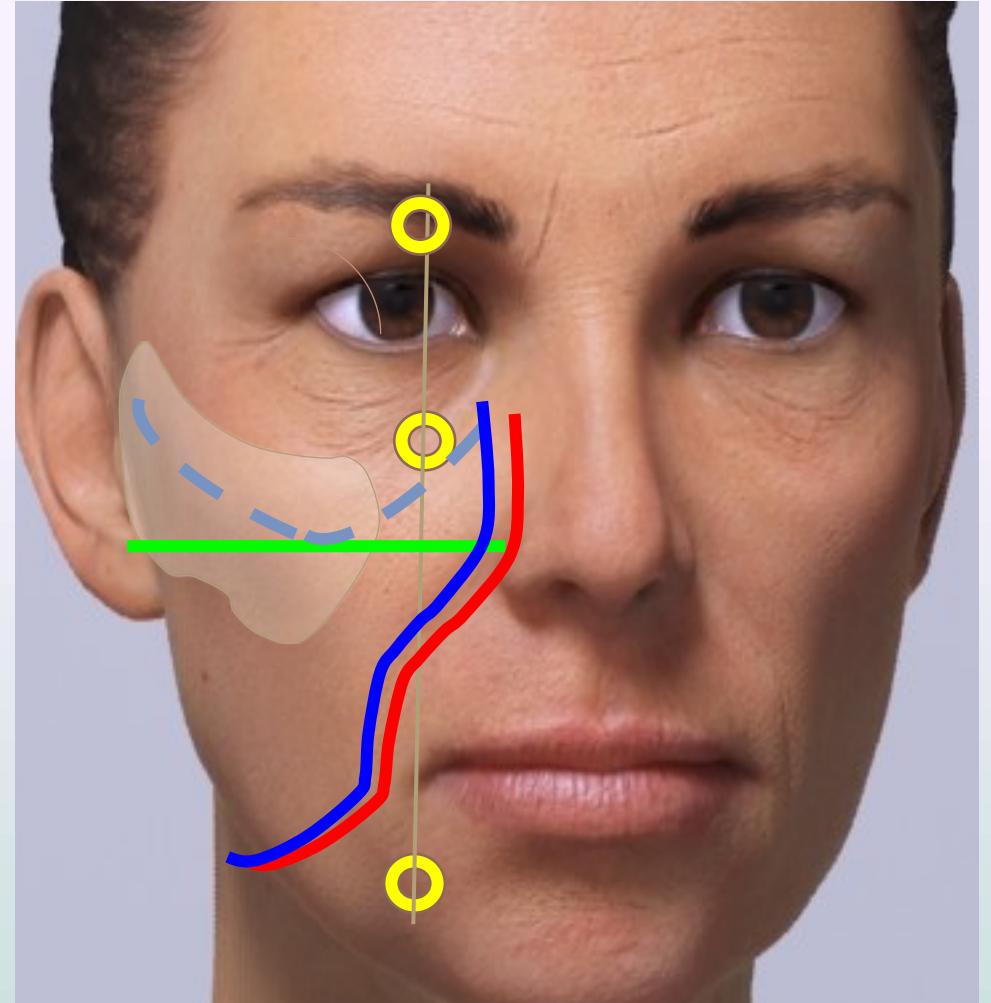
les repères

L'orbicularis oculi

La ligne des V (V1 V2 V3)

Artère et veine faciale puis angulaire

Zone chirurgicalement muette



La zone chirurgicalement muette

Risque vasculaire minimal (compression dépendante des volumes d'où impératif de faire toujours plusieurs bolus après aspiration)

Risque neurologique minimal également dans cette région



Aire temporale, vieillissement

Creusement latéral de l'arc supérieur par:

Involution osseuse

Sarcopénie du temporal,

Résorption de la graisse profonde

peu importante sous le temporal

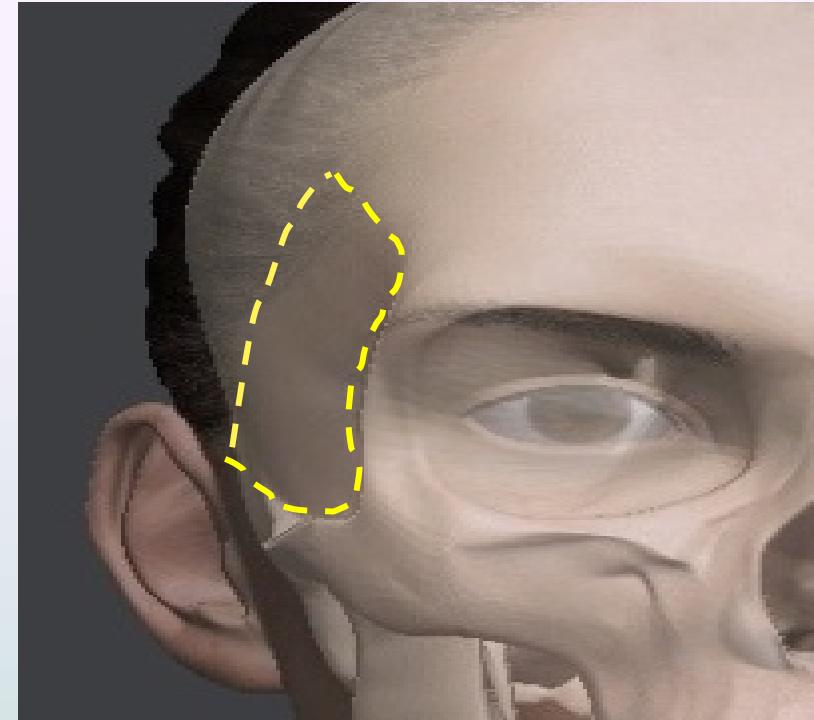
Ptose du sourcil (Charpy)



Limites de la surface à corriger

**Ligne des cheveux
crête temporale**

**Processus Zygomatique de l'os frontal
partie supérieure de l'arcade
zygomatique**



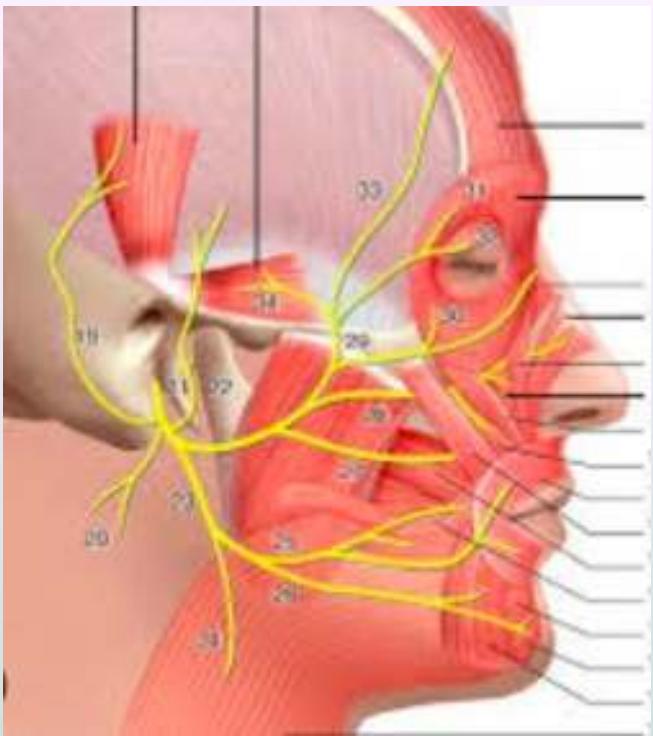
Considérations anatomiques

Zone traversée par deux artères principales et la branche temporale du nerf facial.

Elles cheminent entre les feuillets de l'aponévrose temporale



Zone sans danger



Injection profonde

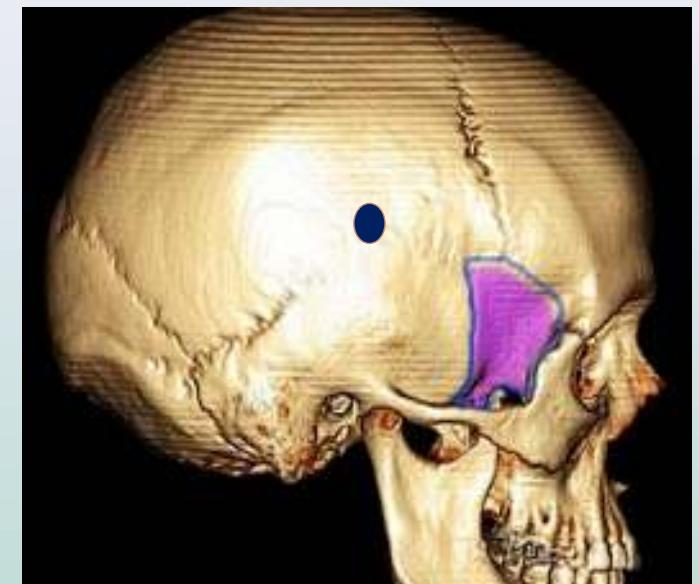
Plus difficile voire moins précis à la canule

A l'aiguille:

**aller avec précaution au contact du périoste
(au niveau de la grande aile du Sphénoïde).**

Attention!

**os fin et fragile , pousser lentement et
arrêter dès que vous êtes au contact osseux**

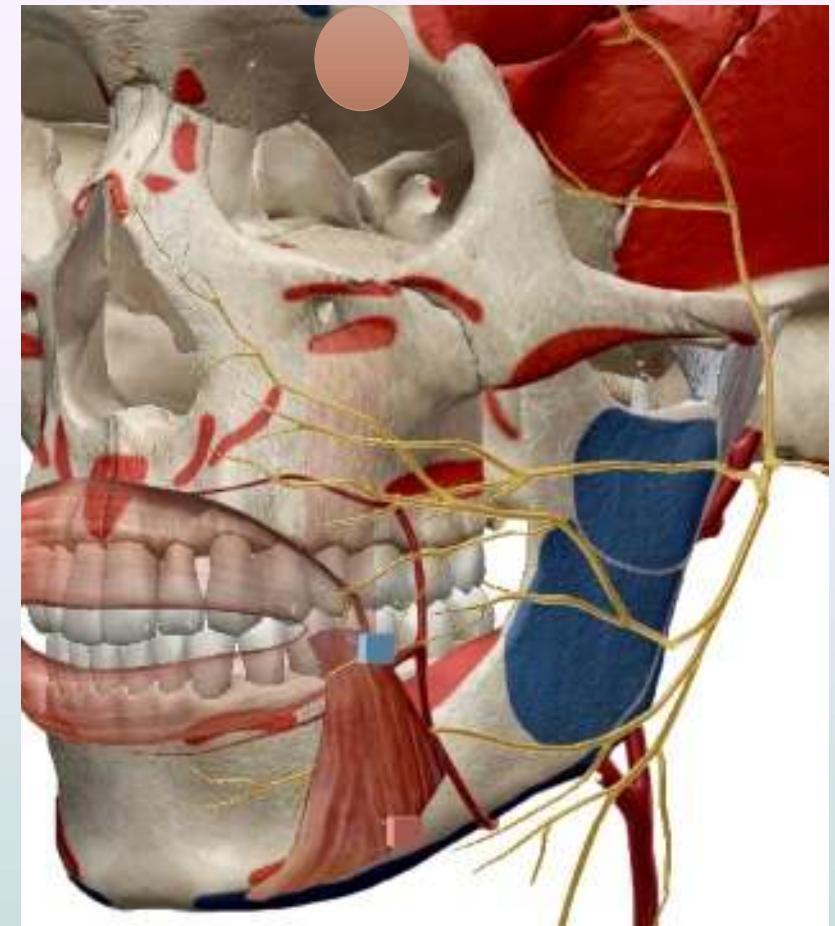


Le risque vasculo nerveux est faible

Important :

***ne pas traverser cette grande et fine aile
du sphénoïde qui n'a pas d'os spongieux***

***Rester à distance de la temporale
superficielle***



Injection superficielle

Domaine de la canule de préférence la 25 G

Une canule ne peut pas évoluer dans le derme réticulaire

Injection entre le derme profond et l'aponévrose temporale.

Indiquée dans les ombres encore visibles en surface avec un acide hyaluronique de milieu de gamme

Hydro dissection légère

*(lidocaïne 1 ml/2ml de Sérum bicarbonaté) afin
de séparer la peau de l'aponévrose et permettre
une meilleure répartition de l'HA*

Par le même orifice:

*canule de 25 G montée sur la seringue permet
un étalement simple et homogène du produit*



Injection contact osseux

*Plus facile: l'aiguille après repérage
par palpation de l'artère temporale*

*Demander ouverture et fermeture de
la bouche pour étaler le produit*



Immédiatement après

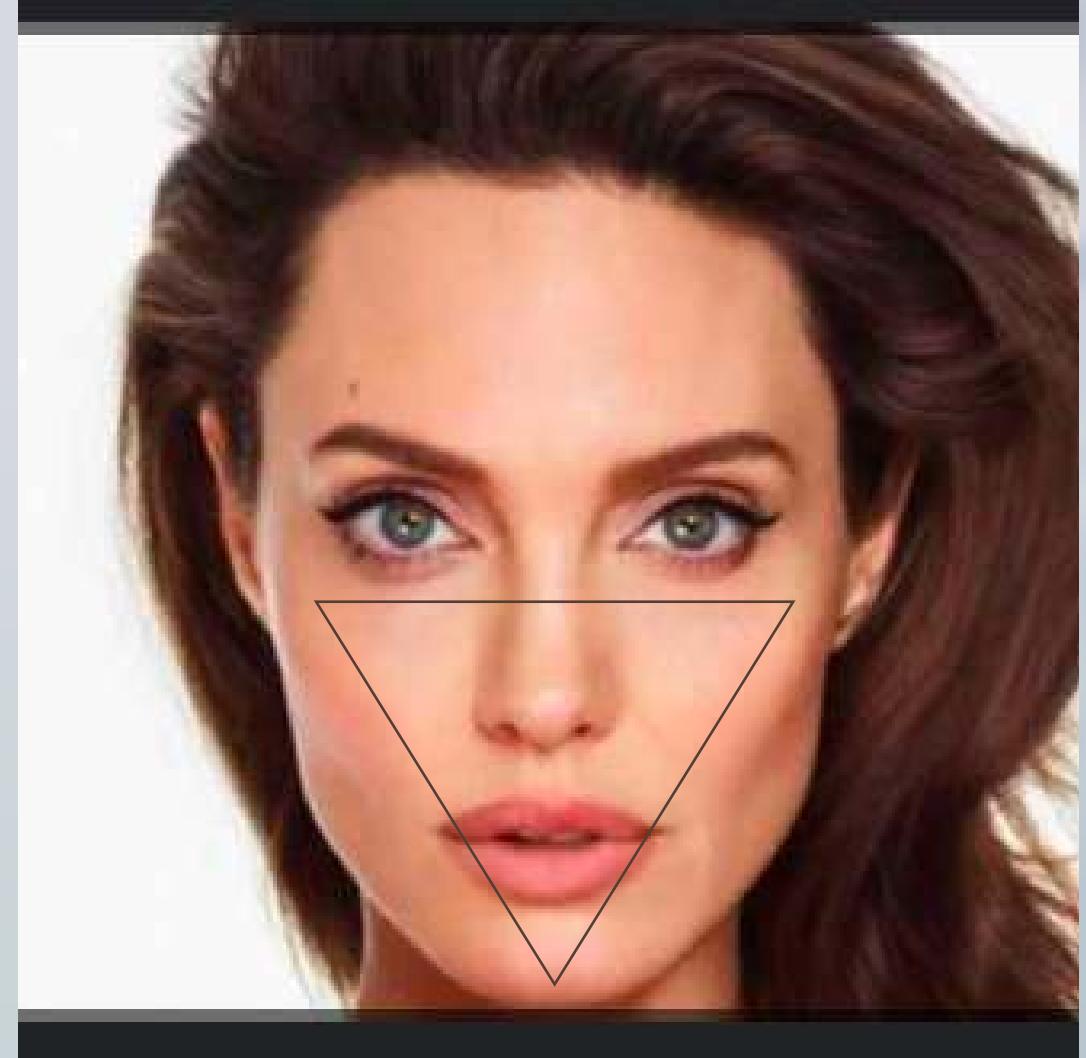


B&A immédiat



La pommette le menton

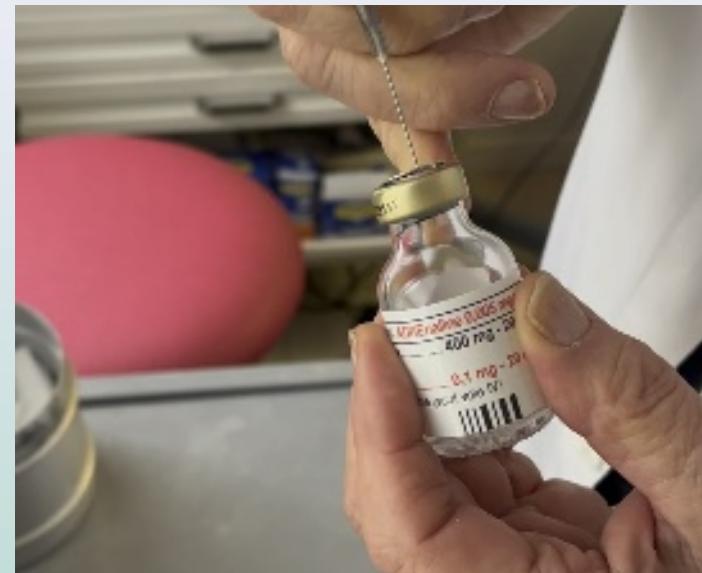
Le triangle parfait



Anesthésie minimaliste

**Le mélange xylocaïne simple et xylocaïne
adrénalinée 50/50**

Compatible avec le ph cutané



Anesthésie et injection

0,5 ml du mélange anesthésique et 2 mn après injection au contact osseux de 0,5 ml d'acide hyaluronique

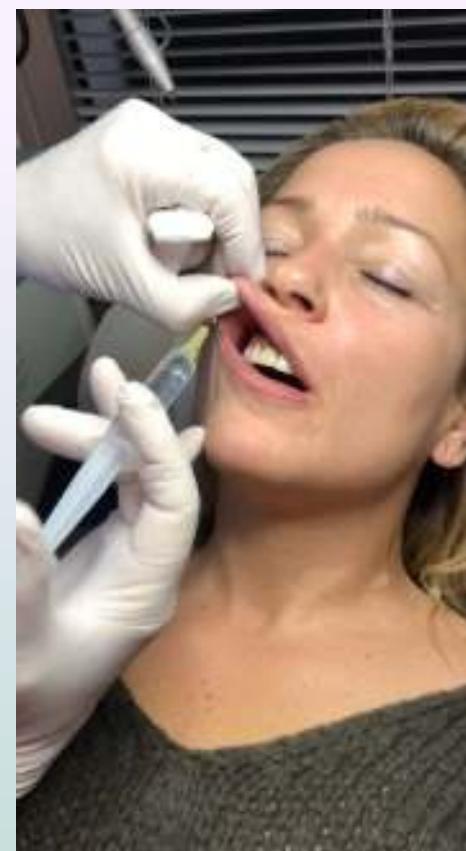


Le contact périosté est dououreux

Injections et évaluation face et profil



Bloc tronculaire (le v2)



Bloc tronculaire (le v2)



Injection pommette en sus périosté



Injection au contact osseux



Sillon naso génien



JMarthan

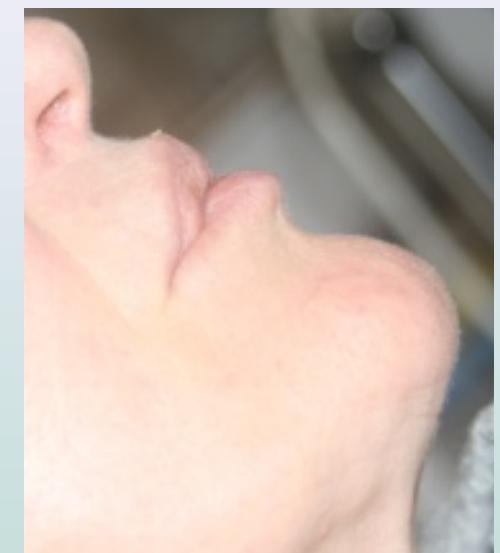
La récupération de l'ovale

effacer la bajoue en jouant sur le menton et l'angle mandibulaire

Menton :

Volume: HA pour le projeter en avant

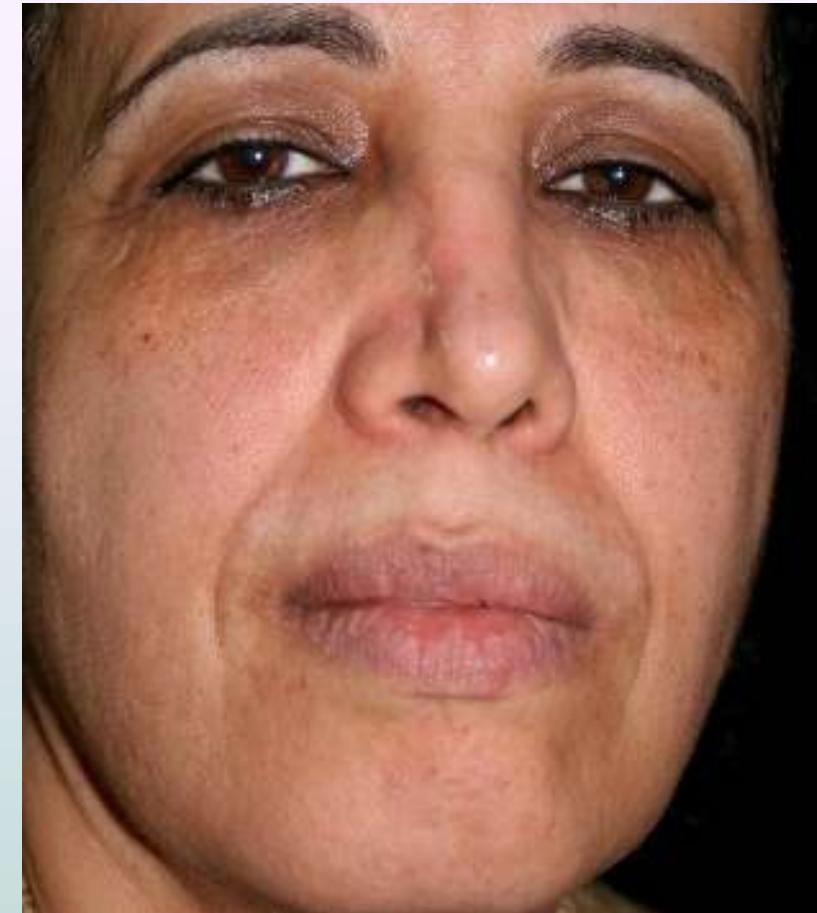
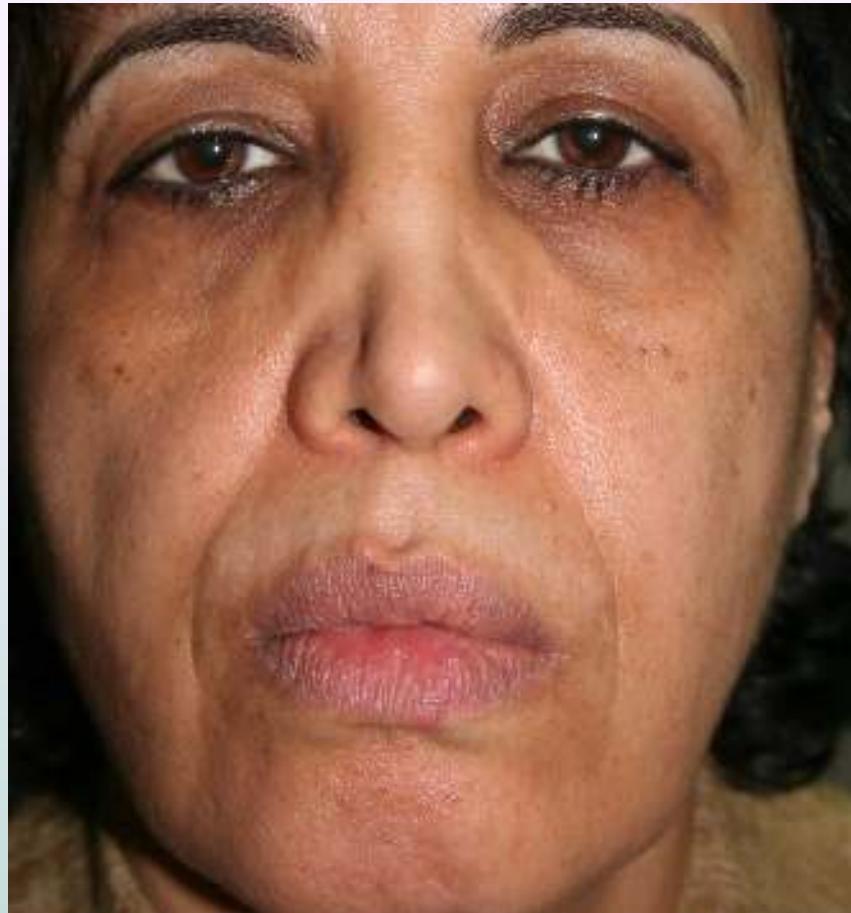
Toxine : déplier (contracture du mentalis)



Menton et partie postérieure de la branche horizontale de la mandibule



Suite AVP reprise du dorsum pommettes menton.



**Je vous présente tous mes VŒUX
pour la nouvelle année :**

- VŒUX gagner des sous**
- VŒUX partir en vacances**
- VŒUX profiter de ma famille et de
mes amis**
- VŒUX être en bonne santé**
- VŒUX être heureux et tout et tout...**
- VŒUX la même chose pour tout le
monde.**

**REMERCIEMENTS ET PLAISIR DE VOUS
RETRouver**