

Fils de suspension crantés : les complications classiques et leur solution

**D. GUILLO*, J.-P. FACCHINETTI,
J.-P. FOUMENTÈZE, D. FRÈTEUR,
P.-J. GIDEL, G. JEANBLANC,
J. MARTHAN, J.-E. SANTI, A. SHISHA**
membres de la SOMEREFs**

* e-mail : denisguillo@yahoo.fr

** www.somerefs.org

1 INTRODUCTION

Les fils de suspension sont considérés comme une méthode faiblement invasive de traitement de l'affaissement des tissus vieillissants du visage et représentent la seule réelle alternative au lifting chirurgical. On sait depuis plusieurs années que ces fils donnent des résultats fort différents selon leur type et leur technique d'implantation (1), et qu'au même titre que n'importe quelle autre technique, celle des fils crantés peut s'émailler de quelques complications (2).

Cet article fait l'inventaire exhaustif des complications les plus fréquentes et propose les solutions les plus adaptées pour que leurs conséquences soient minimisées.

2 BREF RAPPEL DES FILS ET DES TECHNIQUES LES PLUS COURAMMENT UTILISÉS (1)

1 - LES FILS : RÉSORBABLES OU PERMANENTS

A - Les fils résorbables

Ils sont d'une nature très différente de celle des fils permanents et ont un rôle plus proche de la biostimulation que de la suspension, et n'ont par conséquent qu'une action à court terme.

B - les fils permanents

On compte actuellement quatre ou cinq fils permanents importants sur le marché des fils de suspension. Tous sont maintenant sertis sur des aiguilles longues plus ou moins traumatiques.

- Le fil Aptos, fabriqué par M. Sulamanidze, est le doyen des fils crantés. Longtemps employé en version courte, il était peu efficace et assez migrateur. Il est maintenant utilisé en version longue de plus de 25 cm. Constitué de polypropylène simplement entaillé de crans bidirectionnels, il est raide et reste assez agressif pour les tissus, même sur le long terme (11).

- Le fil AptosSpring®, est une version soft hors catégorie des fils crantés puisqu'il est en forme de ressort dont les spirales font office de crans. C'est en fait un fil lisse spiralé en polypropylène, extensible et censé se raccourcir grâce à sa mémoire de forme.

- Le fil Upactiv® de la firme Cousin Biotech® est un fil en polypropylène «tricoté», très souple, non agressif mais un peu fragile.

- Le fil SilhouetteLift® est un fil mixte (crans coniques

Fils de suspension crantés : les complications classiques et leur solution

monodirectionnels résorbables en acide polylactique bloqués par des nœuds sur un fil lisse permanent en polypropylène de faible diamètre). Il est le seul à devoir être fixé en profondeur afin de maintenir sa hauteur.

- Le fil SpringThread® développé par 1st Surgiconcept® est un fil dont l'âme spiralée en polyester est gainée d'un revêtement de silicone porteur de minuscules protubérances bidirectionnelles, qui sont suffisantes pour provoquer une excellente accroche. Il est souple et extensible, sans être agressif.

- Les fils permanents actuels de la marque Quill SRS® portent des crans courts, et sont dérivés des anciens et fragiles ContoursThreads® à crans trop longs. Qu'ils soient permanents ou résorbables, Quill® ne les destine plus à l'esthétique mais à la simple suture en situation difficile. C'est un retour aux sources pour les fils crantés, le premier fil ayant été conçu à cet effet par Alcamo dès 1956 (1).

2 - LES TECHNIQUES D'IMPLANTATION (1, 4, 5)

On peut en distinguer au moins trois :

A - La pose fixée (schéma 1) par un nœud profond (aponévrose temporale profonde) pour maintenir les tissus relevés, dans le même esprit que les boucles de fil lisse (1-A). Elle s'impose pour les fils à crans monodirectionnels, type Silhouettelift® (1-B), mais peut se pratiquer aussi avec les fils bidirectionnels posés en V dont la pointe inversée peut être fixée (1-C).

B - La pose libre (schéma 2) des fils à crans bidirectionnels, où chaque fil est libre et indépendant. Elle concerne les fils type Aptos® ou Springthread® et les fils résorbables.

C - Les poses complexes (schéma 3) de fils bidirectionnels interconnectés ou associés à des fils lisses, comme la technique Easylift® avec les fils Springthread®. Ces poses plus évoluées ne se conçoivent qu'avec des fils permanents car des montages complexes visant à pérenniser les résultats n'auraient aucun sens avec des fils résorbables.

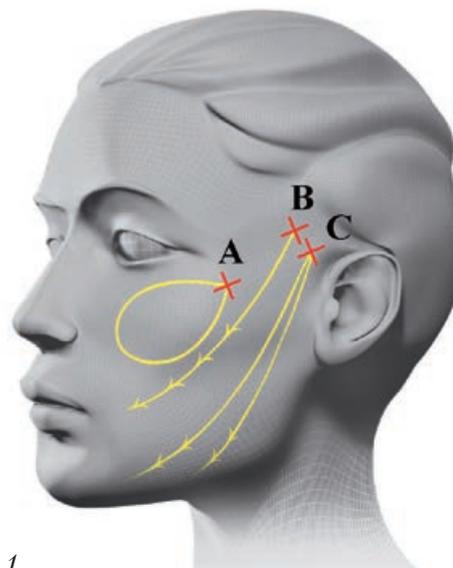


Schéma 1.

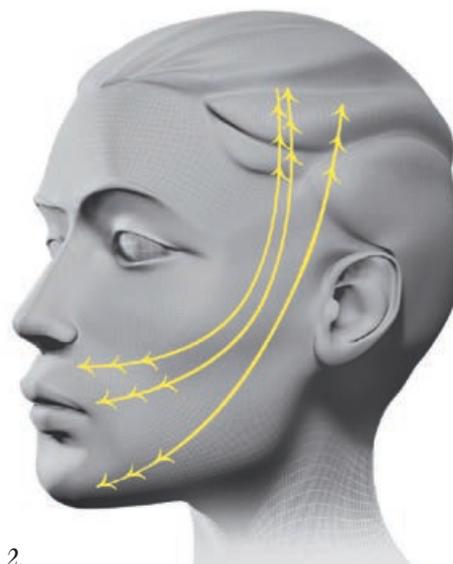


Schéma 2.

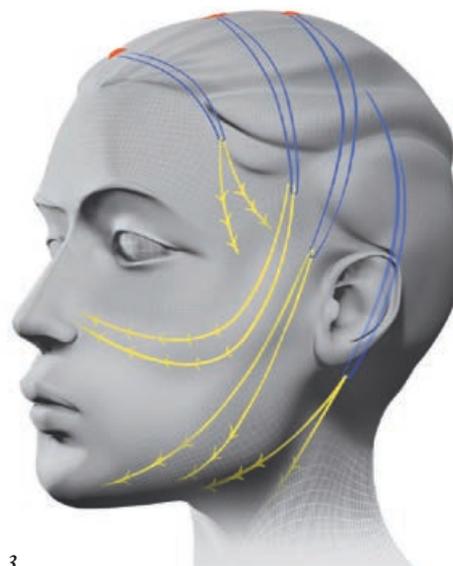


Schéma 3.

3 DESCRIPTION DES COMPLICATIONS ET SUGGESTION DE SOLUTIONS

Les suites opératoires de ce type d'intervention sont courtes, mais elles peuvent, dans certains cas, perdurer jusqu'à deux mois. C'est ce délai que nous retiendrons avant de parler de complications.

Dans une étude multicentrique (2) portant sur 110 patients réalisée en 2009 par la SOMEREFs et dont les résultats corroborent ceux de la littérature internationale, il apparaît que les complications des fils de suspension crantés sont faibles en fréquence et en gravité, aucun cas publié de complication définitive n'étant à déplorer. La consultation d'une société d'assurance spécialisée dans le risque médico-chirurgical (La Médicale) confirme d'ailleurs cette très faible sinistralité.

On peut classer ces complications en six catégories :

1 - LES DOULEURS OU DYSESTHÉSIES PERSISTANTES (4 % DES PATIENTS) (1, 2, 6, 8)

Elles sont en général les mêmes que celles apparues durant les suites opératoires, mais durent anormalement. Le plus souvent localisées, elles sont permanentes ou inconstantes, sourdes ou fulgurantes, spontanées ou provoquées par le contact, parfois accompagnées de fasciculations. Plutôt situées aux extrémités des fils les plus raides (Aptos®), elles sont plus volontiers situées en zone temporale avec les nouveaux fils souples, au croisement de ces derniers avec le rameau temporal du nerf facial.

Solution : On propose un protocole progressif, simple et compréhensible.

A - Les antalgiques et les anti-inflammatoires légers doivent être utilisés en première intention.

B - Le décollement sous-cutané

Il est préférable d'agir sur le site douloureux, très localisé, plutôt que de passer aux antalgiques puissants. Le patient l'ayant circonscrit facilement, on l'anesthésie localement et on pratique un simple décollement sous-cutané, en général suffisant pour faire disparaître la douleur qui n'était due qu'à un conflit entre un cran et un rameau vasculaire ou nerveux. Une seconde tentative peut s'avérer nécessaire en cas de résistance du symptôme douloureux. Il est aussi possible d'injecter une faible dose de corticoïde local, mais les bulbes capillaires peuvent s'en trouver affectés durant quelques temps.

C - L'exérèse du fil

En cas de persistance des symptômes douloureux, il

Fils de suspension crantés : les complications classiques et leur solution

faut se résoudre à cette exérèse et remplacer ce fil dans le même temps opératoire.

On ne doit pas souffrir de ses fils et les douleurs doivent toujours être prises en compte. Les négliger expose à un ressentiment du patient préjudiciable autant à lui qu'au praticien et à la technique.

Il a été constaté qu'une douleur persistante pouvait être l'expression d'une angoisse liée à l'intolérance psychologique à la présence des fils, sous-estimée avant l'intervention. Il faut donc savoir proposer l'exérèse si le patient est perturbé, lui laissant clairement une part de maîtrise de la situation par cette décision. Il se trouve qu'il accepte rarement, la confirmation de cette possible intervention suffisant à le rassurer et l'incitant à patienter. Cette possibilité d'exérèse est, répétons-le, l'un des avantages de cette technique médicale qui permet de revenir sans difficulté sur ce que l'on a fait, puisqu'il n'y a aucune ablation tissulaire et que le matériel est très accessible dans l'hypoderme.

2 - LES INFECTIONS SUR MATÉRIEL IMPLANTÉ (0,9 % DES PATIENTS)

Plutôt rares, elles sont dues le plus souvent à l'inclusion de cheveux dans le scalp, qui y sont entraînés lors de la traction des fils, et ce malgré une vigilance constante lors de l'implantation (photos 1 et 2). Les cheveux fins et blonds sont les plus difficiles à repérer et donc les plus faciles à inclure. L'utilisation d'un gel antiseptique facilite la maîtrise de la chevelure durant l'intervention.

L'apparition d'un bourrelet inflammatoire sur le trajet d'un fil (photo 3) doit immédiatement attirer l'attention, et il faut procéder sans délai à l'exérèse du fil incriminé pour que la surface cutanée soit le moins affectée possible par cette inflammation (photo 4).

Solution : l'infection du fil en impose l'exérèse, dans les délais les plus brefs.

Il est illusoire d'espérer une guérison par la seule antibiothérapie et cette tentative ne serait qu'une perte de temps, puisque le fil se comporte comme un sanctuaire pour le germe et que les crans génèrent un conflit tissulaire propice à sa réactivation. Les antibiotiques seront toutefois nécessaires pour nettoyer le terrain en connaissance du germe après l'ablation du fil, et en prévision de son remplacement, six semaines plus tard.

Un fil infecté est très facile à évacuer car il n'est pas accroché.

Fils de suspension crantés : les complications classiques et leur solution



Photo 1.

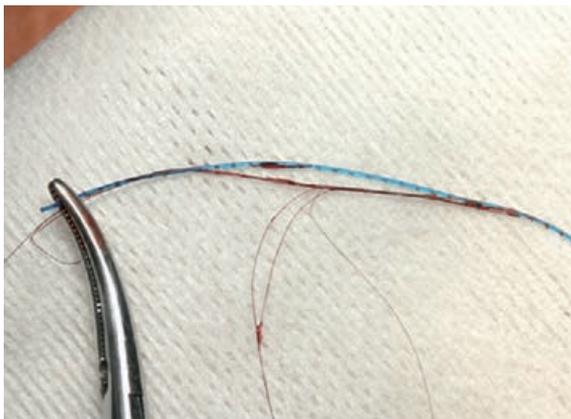


Photo 2.



Photo 3.



Photo 4.

En cas de jonction ou de croisement provoquant un contact avec un autre fil, une fusée infectieuse peut contaminer le second, qu'il est prudent d'enlever aussi.

On peut observer parfois des nodules inflammatoires sous la peau et le scalp, plutôt en profondeur. S'ils persistent seulement deux mois, ils peuvent être attribués à de petits hématomes en résorption. S'ils durent un peu plus tout en involuant lentement, il peut s'agir d'inclusions de cheveux sans germe agressif, et l'abstention est la règle.

3 - L'EXTRUSION SPONTANÉE D'UN FIL (1, 9)

Qu'elle se fasse par la peau ou le scalp (photo 5), ou même par la muqueuse buccale (photo 6), elle est très classique avec les fils Aptos® dont la raideur et l'extrémité pointue permettent la migration à travers le derme. Elle peut être très tardive, plusieurs années après l'implantation.

Le fil étant libre aura tendance à migrer d'autant plus facilement qu'il est court, mal équilibré par ses crans bidirectionnels et qu'il se situe dans une zone mobile du visage.

Ces extrusions n'ont plus cours avec les nouveaux fils longs et souples qui sont incapables de perforer le derme, d'autant que certains montages comme les systèmes posés (Easylift®) ou fixés (Silhouettelift®) interdisent leur migration et donc leur extrusion.

Dans certains cas, (technique en X et uniquement avec les premiers fils Aptos® longs), le nœud reliant les fils s'avère agressif, notamment dans la zone rétro-auriculaire où la peau est fine et fragile. Le nœud apparaît alors en premier, et il est suivi par les fils qu'il solidarise. L'exérèse de ce montage est facile en raison de la faible épaisseur des tissus (photo 7).

Solution : Compléter l'évacuation.

L'extrusion spontanée d'un fil ou d'un nœud se règle facilement, car il suffit de compléter ce que la Nature a commencé. Une simple traction modérée sur le fil en cours d'évacuation spontanée, sous anesthésie locale, suffit en général, car le fil migrateur offre peu de résistance à la traction.

Cela permet de résoudre rapidement ce problème classique et bénin, mais très inquiétant pour la patiente, à qui nous devons toute notre attention.

4 - LA VISIBILITÉ DU FIL IMPLANTÉ (4 % DES PATIENTS) (PHOTO 8)

Elle s'observe lorsque le fil est trop superficiel ou trop tracté. Bien que relativement identiques dans leur aspect, ces deux situations sont totalement différentes et requièrent donc un traitement différent ;

Fils de suspension crantés : les complications classiques et leur solution



Photo 5.



Photo 6.



Photo 7. Extrusion négligée
évoluant depuis 5 ans !



Photo 8.

A - Si le fil est trop superficiel

Solution : Exérèse du fil.

L'excès de superficialité est le résultat d'une erreur technique dont le résultat est permanent. La seule solution consiste à l'enlever et à le remplacer dans le même temps opératoire. Attention, si son repérage est aisé, il est d'autant plus résistant à la traction qu'il est superficiel donc proche du derme.

B - Si le fil est trop tracté

Solution : Relâchement du fil...ou camouflage.

On a le choix soit de le relâcher par massage, à faire suffisamment tôt (moins de deux semaines) avant qu'il ne soit saisi par la fibrose, soit de remplir le sillon créé par la traction avec de l'acide hyaluronique, permettant ainsi d'attendre qu'un relâchement spontané supprime cet aspect, au bout de quelques semaines.

Sans qu'il s'agisse exactement d'une complication liée à l'implantation, le fil peut devenir visible, en corde temporo-zygomatique, ou en creux sur la zone malaire, si la patiente perd trop de poids. La solution consiste à injecter un filler pour recréer du volume environnant, qui masquera le fil.

5 - LES COMPLICATIONS D'ORDRE TECHNIQUE EXCEPTIONNELLES (11)

Elles sont si rares qu'il n'est pas d'un grand intérêt d'en parler ici, mais on en retiendra trois choses :

- Elles n'ont jamais provoqué de dégâts irréversibles.
- Elles sont toujours dues à une erreur de pratique manifeste, par le trajet trop profond d'une aiguille trop coupante.
- Elles peuvent en des cas exceptionnels nécessiter le recours à la chirurgie, mais pour réparer un tissu lésé.

Solution : L'exérèse du fil s'impose dans tous les cas, quel que soit le type de réparation complémentaire.

6 - LES COMPLICATIONS D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE

Certains patients au psychisme fragile peinent à s'habituer à leur nouvelle image, même si le résultat paraît satisfaisant à l'équipe soignante. Malgré la frustration qu'engendre cette situation, il faut savoir entourer le patient pour gagner du temps et faire revenir sa confiance. Cette souffrance du patient à se voir

Fils de suspension crantés : les complications classiques et leur solution

déformé alors que tout le monde le voit embelli peut malheureusement perdurer et risque de se cristalliser au bout de quelques semaines.

Solution(s) : Proposer l'exérèse des fils, et non l'imposer, pour donner une partie de notre pouvoir au patient qui devient ainsi plus «partie prenante» à son intervention, plutôt que victime. Comme on l'a vu, rares sont les patients qui la désirent vraiment.

... mais aussi, en amont, repérer le profil psychologique du patient, le noter sur son dossier et ne pas intervenir en cas de doute sur la solidité mentale.

... faire de bonnes photos avant l'intervention puis le plus fréquemment possible (1)... car l'expérience montre que la présentation de leurs photos avant-après peut faire revenir ces patients à des considérations plus positives, et renoncer à leurs multiples revendications périphériques. Ils sont très rares à être soit profondément perturbés, soit de très mauvaise foi pour continuer à se plaindre. D'autant que la solution de l'ablation existe et a été annoncée dès avant l'implantation.

... et s'enquérir de l'existence d'un «saboteur» dans l'entourage de la patiente (parent, « amie », aimable confrère, ...), personnage ayant sur elle un ascendant certain qui lui fait savoir avec une grande constance qu'elle est «ratée» parce qu'un petit détail ne convient pas, ou bien en danger car « on ne connaît pas la technique ». Cette constatation permanente d'une imperfection ou cette émission appuyée d'un doute peut faire écho chez les perfectionnistes et les angoissées. En parler avec elle, avec distance, pourra l'aider à prendre conscience de la manipulation, à s'approprier son résultat et à amorcer la sortie d'une spirale négative. On ne peut s'empêcher d'évoquer ici les suites de lifting chirurgical, qui sont fréquemment grevées d'une période de dépression réactionnelle. Dans ce cas pourtant, la patiente n'a d'autre solution que de s'habituer. **En conclusion, l'exérèse du fil est souvent la solution du problème, et il est important de savoir l'envisager sans tergiverser et la pratiquer sans délai.**

4 TECHNIQUE D'EXÉRÈSE D'UN FIL : DE LA PATIENCE ET DU DOIGTÉ

Pour rester dans l'esprit de cette technique, le fil doit être enlevé avec aussi peu de d'agressivité qu'il en a fallu pour l'implanter.

Le praticien qui l'a implanté est sans doute le plus habilité à pratiquer cette explantation, ne serait-ce que parce qu'il en connaît le schéma d'implantation.

Faire croire au patient qu'il faut recourir à la chirurgie pour ce type d'exérèse est une aberration, un mensonge coupable au sens où il fait supporter au patient une prise de risque importante (anesthésie, cicatrices,...) et inutilement démesurée.

On rappelle que les patients qui désirent les fils ne souhaitent surtout pas de chirurgie.

1 - INSTRUMENTS UTILISÉS

(photo 9)

Les fins crochets de Willis et de Muller sont les outils les plus adaptés à l'exérèse des fils crantés. L'aiguille Nokor, petite lancette, est largement suffisante pour pratiquer l'ouverture cutanée en regard du fil concerné.

On notera qu'il n'y a pas de cicatrice après l'utilisation superficielle d'outils aussi délicats.

2 - TECHNIQUE

(DÉMONSTRATION SUR PEAU DE POULET)

(photos A, B, C).

A - Réflexion : Un minimum de stratégie s'impose dans le choix du ou des points nécessaires à l'ablation d'un fil et le bon positionnement de l'orifice va aider à la facilité du décrochage. Il faut en effet tenir compte du sens des crans, de raccordements éventuels entre les fils, ou du risque d'infecter une zone saine en y faisant passer un segment infecté. Le schéma d'implantation, inclus dans la fiche de pose du patient utilisée par les membres de la Somerefs, est d'une utilité évidente dans cette réflexion.

B - Repérage du fil à enlever. Il est facile, si le fil est infecté ou trop tracté, mais plus difficile si le fil est court, donc ancien et que rien d'autre que le désir du patient n'oblige à son ablation. Confirmation du repérage sur patient couché avec marquage non susceptible de tauter l'orifice d'accès au fil.

C - Anesthésie locale du trajet du fil

D - Perçage cutané (photo A) à l'aide d'une aiguille Nokor® plutôt qu'une lame de scalpel n° 10.

Fils de suspension crantés : les complications classiques et leur solution

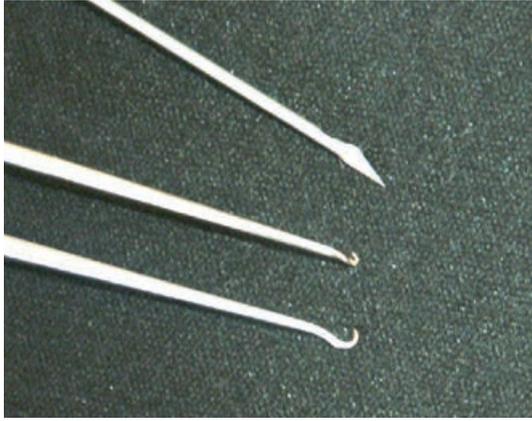


Photo 9.



Photo A.



Photo B.

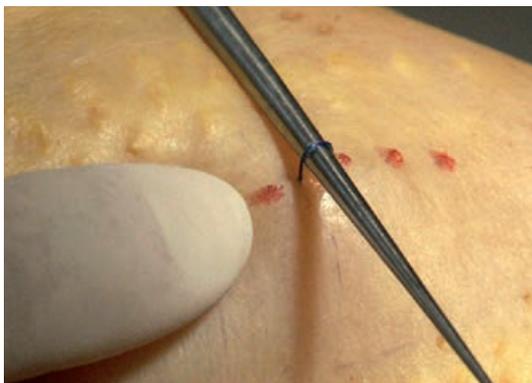


Photo C.

E - Introduction du crochet et balayage minime de la zone par le dos du crochet ou par une pointe mousse, de manière à repérer le fil.

F - Crochetage (photo B) de ce dernier pour le ramener à la surface cutanée.

G - Désolidarisation du fil de la fibrose tissulaire sans le rompre par une tension excessive, car sa rupture obligerait à reproduire ce crochetage sur chaque segment obtenu.

Il faut faire passer le fil en pont au-dessus du crochet puis le faire glisser vers le haut du manche du crochet dont le diamètre est croissant, provoquant ainsi une tension forte mais progressive. Cette tension mesurée, bien répartie, associée à un massage patient à double sens du fil, va finir par libérer les premiers crans (photo C). Cette première mobilisation étant faite, le fil va rapidement céder cran par cran sur toute sa longueur sans se rompre, permettant son exérèse complète, laquelle ne prend que quelques minutes et ne laisse aucune trace. On répète qu'un fil infecté n'est pas fixé est qu'il se laisse enlever sans la moindre résistance.

3 - TRUCS ET ASTUCES

- Il est beaucoup plus facile de repérer un fil long lorsqu'il est tendu, ce que l'on obtient en étirant simplement les tissus qui l'abritent. On ressent alors avec le crochet un effet de corde tendue extrêmement typique qui rend le crochetage facile et sûr.

- La transillumination peut avoir son intérêt avec des fils bleus courts ayant migré, mais n'est guère utile avec les fils longs blancs et translucides.

- Dans certains cas de visibilité du fil par excès de tension, on peut s'interroger sur l'intérêt de l'ablation, puisque le fil a un réel effet de consolidation des tissus. Il est parfois préférable de le sectionner sans l'enlever, pour en supprimer la tension, mais seulement après l'avoir crocheté et amené à la surface cutanée.

Il serait illusoire et dangereux de prétendre le sectionner en profondeur à l'aide d'une lame fine ou d'une aiguille Nokor®.

Fils de suspension crantés : les complications classiques et leur solution

5 CONCLUSION

La technique des fils de suspension crantés a l'avantage de permettre un retour sur implantation si un problème venait à perturber les suites opératoires.

Dans la majorité des rares complications, **la solution la plus simple, rapide et radicale consiste en l'exérèse du fil incriminé.**

Cette intervention légère doit donc être dédramatisée auprès du patient et pratiquée sans état d'âme par le praticien concerné dès qu'il en est besoin. Celui-ci doit être formé à cette technique simple qui demande certes de la patience et un petit tour de main, mais moins de dextérité que l'implantation elle-même.

C'est dans cet esprit responsable d'efficacité dans la sécurité que les praticiens sont formés à la pose des fils crantés par la SOMEREFs.

BIBLIOGRAPHIE

1. FACCHINETTI J.P., FOUMENTÈZE J.P., FRÈTEUR D., GIDEL P.J., GUILLO D., JEANBLANC G., MARTHAN J., SANTI E., SHISHA A., SOMEREFs. Website : www.somerefs.org

2. FACCHINETTI J.P., FOUMENTÈZE J.P., FRÈTEUR D., GIDEL P.J., GUILLO D., JEANBLANC G., MARTHAN J., SANTI E., SHISHA A., SOMEREFs. Etude rétrospective multicentrique sur l'innocuité et l'efficacité des fils crantés.
3. GARVEY P.B., RICCIARDELLI E.J., GAMPPER T. Department of Plastic Surgery, University of Virginia Health System, Charlottesville, VA, USA, *Ann Plast Surg.* 2009 May ; 62 (5) : 482-5. Outcomes in threadlift for facial rejuvenation.
4. GUILLO D. *Journal de Médecine Esthétique et de Chirurgie Dermatologique.* 32 (121) : 87-98. Juin 2005. Les fils de soutien longs.
5. GUILLO D. *Revue Chirurgie Esthétique de Langue française.* 30 (125) : 19-22. Décembre 2006. Les fils de soutien crantés : le système posé.
6. LEE C.J., PARK J.H., YOU S.H., HWANG J.H., CHOI S.H., KIM C.H. 18 Lee : *Dermatol Surg.* 2007. Dyesthesia and fasciculation ; unusual complications following face-lift with cog threads.
7. LYCKA B., BAZAN C., POLETTI E., TREEN B. *AgeDefYing Dermatology, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada, Dermatol Surg.* 2004 Jan ; 30 (1) : 41-4 ; discussion 44. Cet article rapporte le suivi de 72 patients opérés par le même chirurgien. Il a un taux de 42 % de patients réopérés à 8.7 mois, ce qui est un résultat particulièrement étonnant.
8. SAMSON J. Mémoire de synthèse DUTIC 2011 Paris-Est Créteil. Place des fils tenseurs ou de suspension dans le rajeunissement facial.
9. SILVA-SIWADY J.G., DIAZ-GARZA C., OCAMPO-CANDIANI J. *Dermatol Surg.* 2005. A case of Aptos threads migration and partial expulsion.
10. VILLA M.T., WHITE L.E., ALAM M., YOO S.S., WALTON R.L. Section of Plastic and Reconstructive Surgery, University of Chicago, IL, USA, *Plast Reconstr Surg.* 2008 Mar; 121 (3) : 102e-108e. Barbed sutures: a review of the literature. Les auteurs ont analysé la littérature avec les mots-clés suivants : « barbed and suture », « thread and suspension », « Aptos », « Featherlift » and « Contour Thread ». Ils ont retenu 6 études. Les effets secondaires sont mineurs et de courte durée. La durée des résultats est moins rapportée. La technique apparaît intéressante et devant encore être améliorée.
11. WINKLER E., GOLDAN O., REGEV E. et al. *Plastic Reconstruction Surg.* 2006. Stenon duct rupture (sialocele) and other complications of the Aptos threads technique.