

Protocole de pose

-

La Technique Profonde en J

-

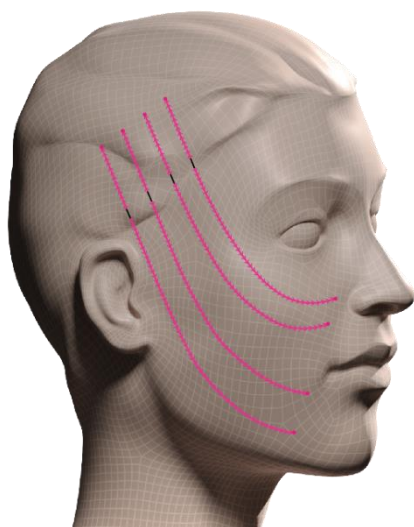
Zone traitée : Le Visage

La Technique profonde en J peut être pratiquée sur le visage seul ou en combinaison du traitement du cou et / ou du sourcil. *Se référer au [Protocole de pose – Le Lifting du sourcil]¹ pour les détails concernant le lifting du sourcil et se référer au [Protocole de pose – Traitement du cou] pour les détails concernant le traitement du cou.*

Thread & Lift vous propose un protocole le plus précis et détaillé possible. Son objectif est de vous permettre de trouver facilement et rapidement la réponse à n'importe quelle question technique. De cette façon, si un doute subsiste après notre formation, vous pourrez vous référer à ce protocole exhaustif. Ce dernier détaille la technique profonde en J.

Nous vous conseillons également de vous référer à la vidéo [Infinite-Thread® – Technique profonde en J (durée : 34 min) / Zone traitée : Visage] sur la page <https://www.threadandlift.com/infinite-fr.mp4> pour voir / revoir en détails les gestes décrits tout au long de ce protocole.

Bien évidemment l'équipe Thread & Lift se tient à votre entière disposition, si vous préférez communiquer directement avec nous, via le numéro de téléphone +32 28 08 88 90 ainsi que notre adresse e-mail contact@threadandlift.com . Nous vous mettrons en contact avec l'un de nos experts-formateurs.



Voici le schéma représentant le positionnement des 8 fils Infinite-Thread® pour le visage - 4 par côté du visage - avec la technique Profonde en J.

¹ Disponible dans la section « Documents & Photos » de votre espace privé sur le site www.threadandlift.com.

Thread & Lift

Afin de pratiquer la technique Profonde en J, voici la liste des instruments nécessaires :

- ✓ 8 fils Infinite-Thread® - 30 cm (1)



- ✓ 1 micro-canule Softfil® 22G 50 mm (2) (Cette canule est emballée dans un sachet contenant aussi une aiguille à pré-trou. Cette aiguille n'est pas utile pour l'intervention)



- ✓ 1 micro-canule Softfil® 22G 90 mm (3) (Cette canule est emballée dans un sachet contenant aussi une aiguille à pré-trou. Cette aiguille n'est pas utile pour l'intervention)



- ✓ 1 aiguille Nokor® Admix BD - 16G 1'' - 1.65x25 mm (4) (Cette aiguille peut être remplacée par notre poinçon qui minimise le risque de lésion vasculaire.)



- ✓ 1 aiguille Microlance® 3 BD - 21G 1 ½'' - 08x40 mm (5)



Dans le 4x2 Kit
Infinite-Thread®

- ✓ 4 aiguilles courbées à pointe mousse – 19 cm (6)

- ✓ 1 pince Adson sans griffes (7)

- ✓ 1 porte-aiguille Mayo-Hegar (8)

- ✓ 1 paire de ciseaux droits (9)

Dans le Kit
d'instruments

Thread & Lift



NON FOURNI :

- ✓ 1 seringue de 10 cc (3 cc ou 5 cc conviennent aussi) (10). Il est également possible, en fonction de vos préférences, d'utiliser deux seringues plutôt qu'une seule : 1 seringue pour les points d'entrée et de sortie (solution concentrée) et 1 une autre pour les trajets (solution diluée). Un 2^e jeu de seringues sera nécessaire si l'anesthésie n'est pas pratiquée en condition stérile : 1 pour le temps de l'anesthésie et 1 pour le temps opératoire.
- ✓ 1 aiguille 30 G 13 mm (11) (2 aiguilles sont nécessaires si l'anesthésie n'est pas pratiquée en condition stérile : 1 pour le temps de l'anesthésie et 1 pour le temps opératoire)
- ✓ 1 flacon de xylocaïne adrénalinée à 2% - 20 ml (12)
- ✓ 1 flacon de bicarbonate de sodium isotonique à 14‰ - 125 ou 250 ml (13)
- ✓ Des compresses stériles (14) / 3 champs opératoires (15) / Deux pinces à champs opératoires (16) / 1 feutre pour dessiner les trajets (17) / de l'alcool à 70° (18) / de l'eau oxygénée afin de nettoyer le sang qui aurait pu coller sur les cheveux pendant ou après l'intervention (19)
- ✓ 1 règle métallique graduée souple – 20 cm (ou 1 mètre ruban) (20)
- ✓ 1 peigne à queue (21)
- ✓ Des élastiques ou des petites pinces pour écarter les cheveux (22)

Voici les photos de l'installation des instruments :

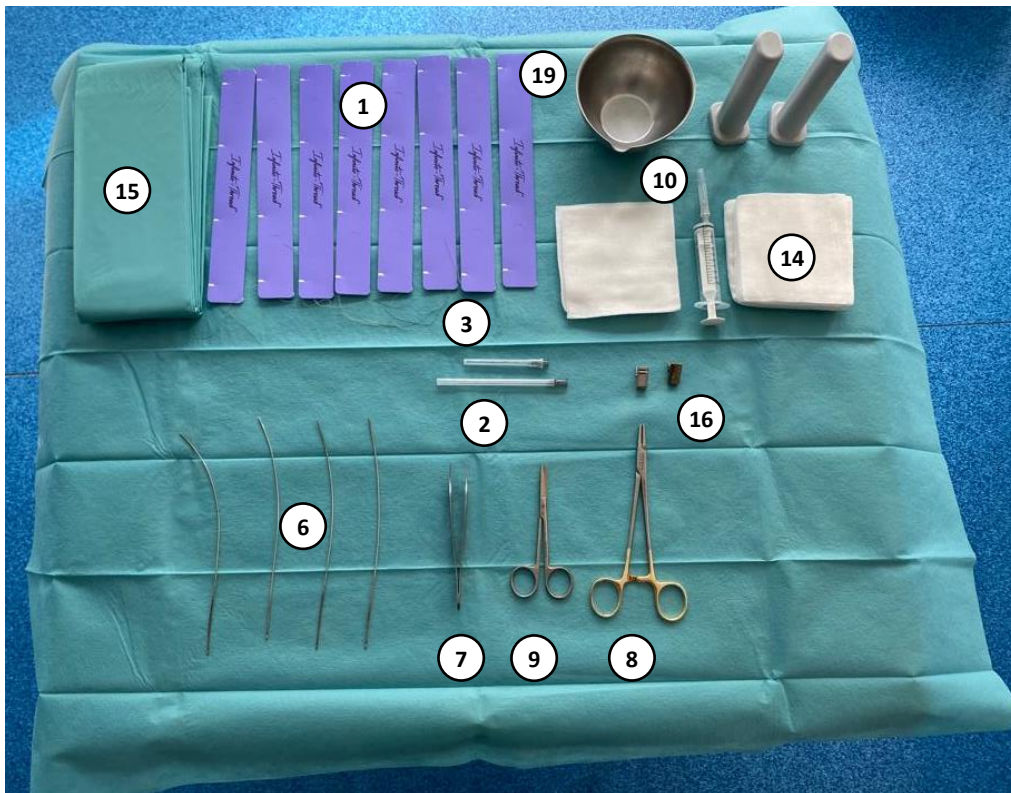


Photo 1 : Matériel pour l'intervention

Thread & Lift

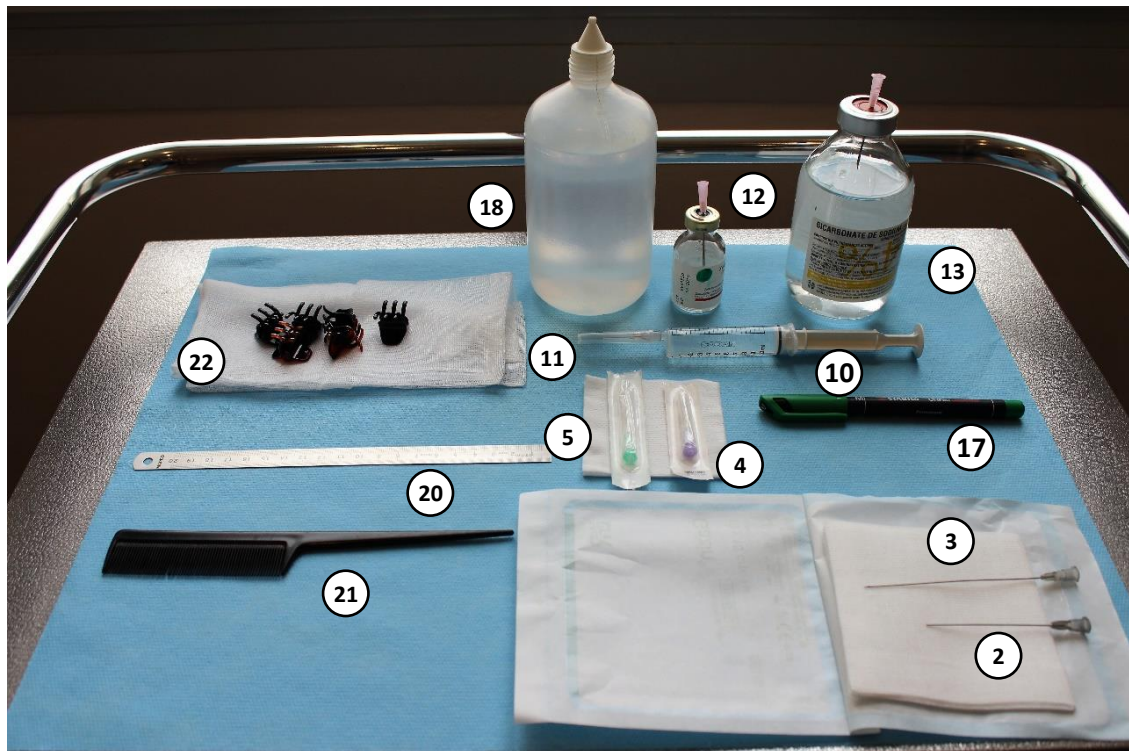


Photo 2 : Matériel d'anesthésie locale

La technique Profonde en J se déroule en 5 phases :

Phase 1 : La phase préopératoire.....	6
Phase 2 : Le dessin	7
1) Dessin des points d'entrée temporaux :.....	7
2) Dessins des trajets des joues :	8
3) Dessins des prolongements sous le cuir chevelu :.....	11
Phase 3 : L'anesthésie	12
1) Anesthésie des points d'entrée :.....	12
2) Ouvertures des points d'entrée :	13
3) Anesthésie des trajets des fils – en partant des points d'entrées (A) :.....	14
4) Anesthésie des trajets des fils – 2/3 inférieurs de la joue	15
5) Anesthésie des points de sorties – en bas des joues	18
Phase 4 : L'implantation des fils.....	19
1) Implantation du 1er fil – la moitié inférieure :.....	20
2) Implantation du 1 ^{er} fil – la moitié supérieure :.....	24
3) Implantation du 2 ^e fil – la moitié inférieure :.....	26
4) Implantation du 2 ^e fil – la moitié supérieure :.....	26
5) Implantation du 3 ^e fil – la moitié inférieure :.....	27
6) Implantation du 3 ^e fil – la moitié supérieure :.....	29
7) Implantation du 4 ^e fil – la moitié inférieure :.....	29
8) Implantation du 4 ^e fil – la moitié supérieure :.....	29
9) Préréglage de la tension du 1 ^{er} profil :	30
10) Pose du deuxième côté du visage du patient	32
Phase 5 : Le réglage final de la tension	33
1) Réglage précis de la tension :.....	33
2) Section de l'extrémité basse des fils :	33
3) Libération des fossettes :.....	34
4) Section de l'extrémité haute des fils :.....	35

Phase 1 : La phase préopératoire

Avant de démarrer l'intervention, le patient doit avoir respecté les consignes qui lui ont été transmises par son médecin et dont vous pouvez retrouver un exemple dans le document fourni par Thread & Lift « Informations aux patients avant – Thread & Lift » (disponible sur le site www.threadandlift.com).

Cette phase préopératoire est basée sur les recommandations de nos experts-formateurs, selon leur protocole de préparation du patient. Une anesthésiste-réanimatrice a été consultée afin de valider cette prescription et sa posologie. Ces informations vous sont fournies à titre indicatif. Le choix des produits à administrer au patient reste sous la seule responsabilité du praticien, suivant la ou les consultations préopératoires obligatoires, les contre-indications applicables ainsi que la législation en vigueur.

Juste avant le début de l'intervention, nos experts-formateurs recommandent la prise de :

- 1) 2 comprimés de Pristinamycine 500 mg (Ex. : PYOSTACINE) à prendre 30 minutes avant l'intervention, en prévention du risque infectieux.
- 2) 1 comprimé d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) de type Kétoprofène 100 mg (Ex. : BI-PROFENID) à prendre 30 minutes avant l'intervention.
- 3) Option 1 :
 - + 1 comprimé de TRAMADOL 50mg en guise de traitement antalgique.
 - + 1 comprimé de Métopropramide chlorhydrate 10mg (Ex : PRIMPERAN)
 - + 1 comprimé de Paracétamol 1000mg (Ex : DOLIPRANE) en guise de traitement antalgique complémentaire.

OU

- 3) Option 2 :
 - + 1 comprimé d'IZALGI 500mg en guise de traitement antalgique.
 - + 1 comprimé de Paracétamol 500mg (Ex : DOLIPRANE) en guise de traitement antalgique complémentaire.

Thread & Lift

En prenant pour repère une ligne horizontale **(A)** reliant le sourcil au sommet du pavillon de l'oreille et une ligne passant devant l'oreille **(B)**, ce point se situe généralement aux coordonnées 4/4 cm.

À noter que :

- Plus ce point est élevé, plus le fil va pouvoir alléger et soutenir le tiers supérieur et de ce fait soutenir le tiers moyen et le tiers inférieur ;
- Plus ce point est antérieur, plus le fil va pouvoir ouvrir le regard (à éviter chez les hommes afin de ne pas féminiser le regard). **Il se trouvera alors en position 5/4 cm voir 6/4 cm ;**
- Plus ce point est postérieur, plus le fil risquera de créer des plis disgracieux devant l'oreille.

En prenant le même repère, on trace les autres points d'entrée, qui sont uniformément répartis et en général à 3/3, 2/2 et 1/1 cm, toujours en tenant compte des paramètres décrits ci-dessus.

On note dans le compte rendu opératoire leur localisation et on complète cette information d'une photo des points d'entrée, ce qui permettra de les retrouver plus facilement en cas de besoin.

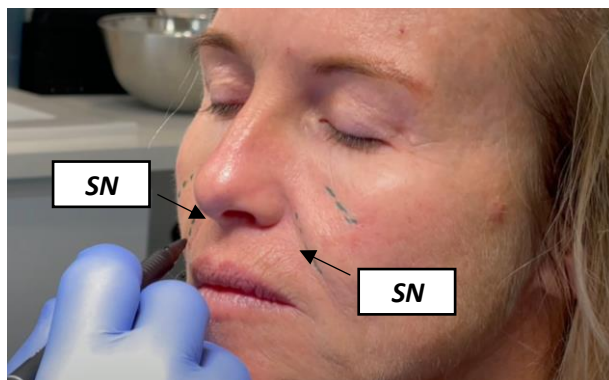
2) Dessins des trajets des joues :

Chez cette patiente, la vallée des larmes est particulièrement profonde, on la dessine de chaque côté. Il s'agira de réimbriquer le compartiment de la graisse malaire avec celui de la graisse zygomatique pour obtenir une pommette galbée et homogène. *Cette étape n'est pas à reproduire systématiquement puisqu'elle dépend entièrement de la morphologie du patient.*



Au niveau du sillon nasogénien **[SN]**, on dessine une ligne 2 ou 3 mm au-dessus de celui-ci. Les points de sortie des fils **(1)** et **(2)** seront sur cette ligne.

On veille toujours à sortir légèrement au-dessus du sillon nasogénien pour éviter que les fils ne s'accrochent dans la densité de son tissu conjonctif et ne le marquent davantage plutôt que de l'estomper.



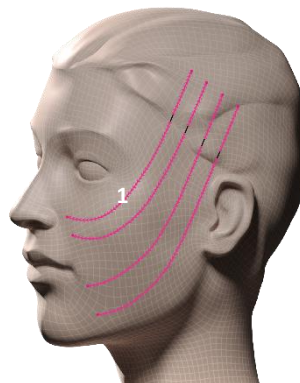
Thread & Lift

Ensuite, on localise avec précision le compartiment malaire par palpation pour y distribuer le trajet des deux fils **(1)** et **(2)** que l'on marque au feutre.



Le fil **(1)** passera par le point marquant le milieu de la partie supérieure du compartiment malaire et le fil **(2)** passera par le point marquant le milieu de la partie inférieure du compartiment malaire.

Le premier trajet, dessiné à partir de son point de sortie, est celui du fil le plus antérieur **(1)**. Il descend du point d'entrée temporal le plus antérieur identifié précédemment **①**, légèrement vers l'avant, passant à 1 à 2 cm du rebord orbitaire puis se courbe en direction de la pommette. Il traverse la partie antérosupérieure de la graisse malaire, marquée au feutre précédemment, et décrit un quart de cercle en forme de queue de J [*queue de J*] sur les deux derniers centimètres avant d'atteindre le sillon nasogénien.



Le deuxième trajet **(2)**, également dessiné à partir du point de sortie du fil, va suivre le tracé du 1^{er} trajet **(1)** en parallèle avant de s'incliner légèrement vers l'arrière en s'approchant du point d'entrée du fil au niveau temporal.

Là aussi, les deux premiers centimètres, dessinés dans la zone du sillon nasogénien, décriront un quart de cercle en forme de queue de J [*queue de J*] en remontant vers celui-ci.

Thread & Lift

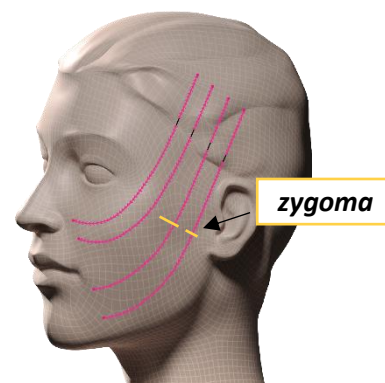


Le troisième **(3)** trajet cible la correction du pli d'amertume. On dessine le trajet en remontant à partir du point de sortie. La partie inférieure du trajet présente une légère courbe mais n'est PAS en forme de queue de J.

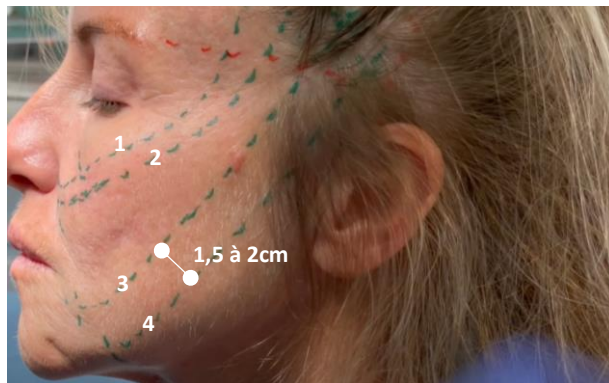


Il en est de même pour le quatrième fil **(4)**, celui qui a pour objectif de retendre l'ovale ; le fil de la bajoue.

Il peut être très utile de tracer le bord inférieur du zygoma [**zygoma**] qui nous servira de repère pour l'implantation des fils dans le SMAS mobile.

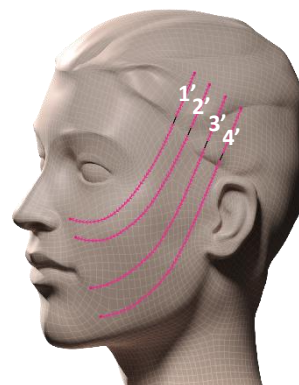
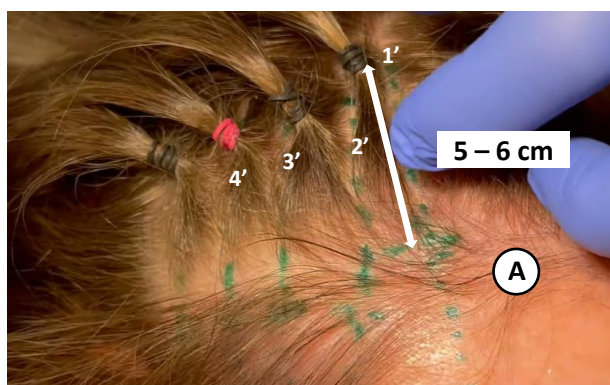


Les trajets **(3)** et **(4)** sont quasiment parallèles, espacés de 1,5 cm à 2 cm. On les fait remonter vers leurs points d'entrée respectifs dessinés précédemment.



3) Dessins des prolongements sous le cuir chevelu :

On organise les cheveux à l'aide d'élastiques pour faciliter le tracé des trajets supérieurs. On procède ensuite au dessin du prolongement des 4 fils (1'), (2'), (3') et (4') sous le cuir chevelu sur une distance de 5 à 6 cm à partir des points d'entrées (A).



Il est essentiel de prendre en photo les dessins !

Ces photos vous seront TRÈS utiles si vous devez un jour procéder au retrait d'un ou plusieurs de ces fils.

Elles vous permettront de retrouver avec une plus grande facilité le trajet des fils afin de procéder à la tumescence nécessaire au décrochage des crans. En effet, pour éviter tout risque de marque sur le visage, le retrait doit se faire depuis la zone temporale, c'est-à-dire à contre-sens des crans. Sans une tumescence importante, précise et suivant l'intégralité du trajet du fil, celui-ci serait difficile à retirer. C'est pourquoi il est IMPERATIF de mesurer et de marquer dans le compte rendu opératoire l'emplacement des zones d'entrées temporales (par rapport au sommet de l'oreille).

Vous retrouverez un protocole de retrait détaillé sur votre espace privé de notre site www.threadandlift.com, dans la section « Documents & Photos » ainsi qu'un modèle de compte-rendu opératoire.

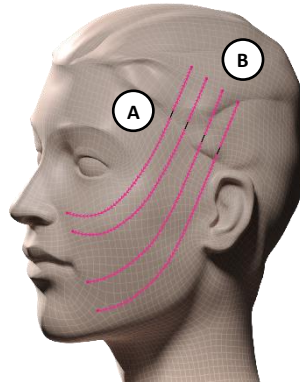
Ces photos pourront également vous être très utiles dans le futur si vous décidez d'intervenir à nouveau sur le patient.

Phase 3 : L'anesthésie

1) Anesthésie des points d'entrée :

Matériel nécessaire :

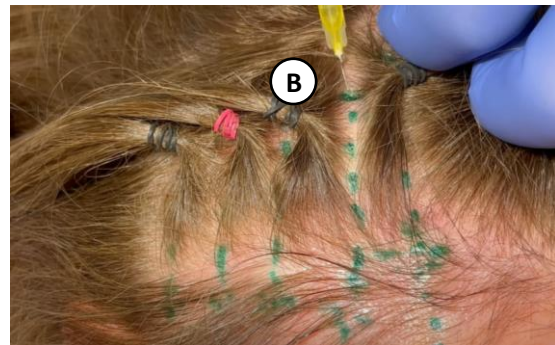
- 1 aiguille 27 G 40 mm (non fournie)
- 1 seringue de 10 cc (non fournie) (3 cc ou 5 cc conviennent également)
- 20% bicarbonate de sodium à 14‰ + 80% xylocaïne adrénalinée à 2% (non fournis)



On anesthésie, dans l'ordre :

- Tous les points d'entrée des fils au niveau temporal **(A)**
- Tous les points de sortie au niveau du cuir chevelu **(B)**

L'anesthésie est faite sous la forme d'une papule assez importante de 0,5 cc permettant d'éloigner la peau du tissu sous-cutané et donc des vaisseaux.



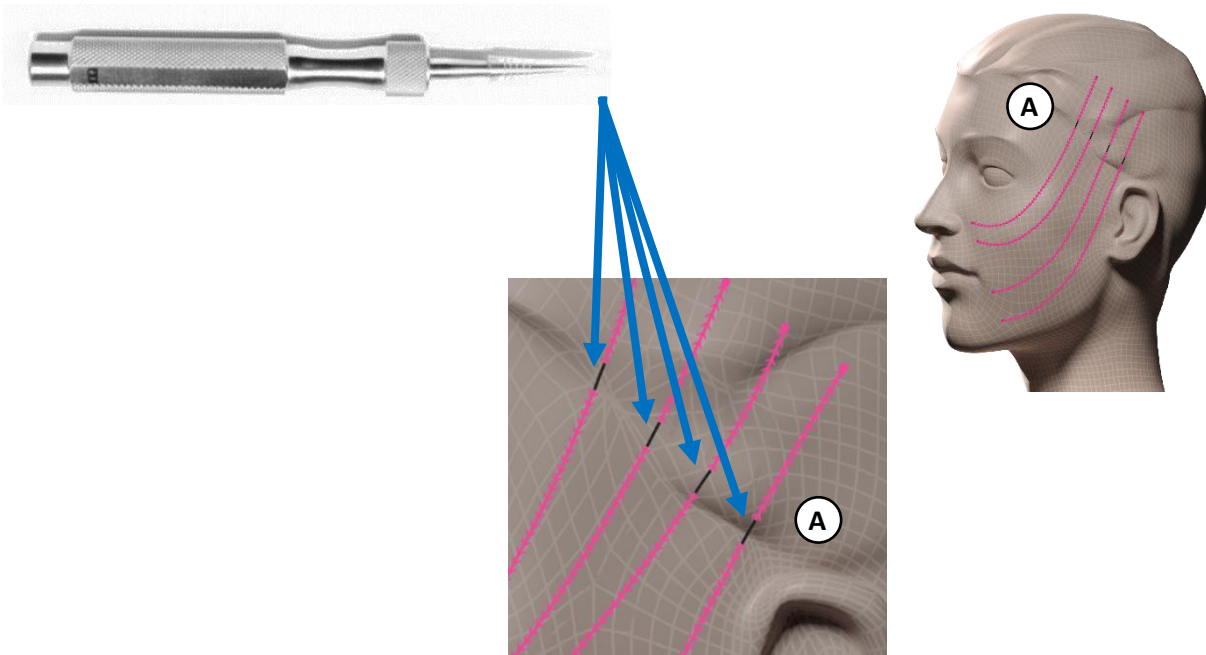
2) Ouvertures des points d'entrée :

Matériel nécessaire :

- 1 poinçon (disponible en supplément) ou 1 aiguille Nokor (fournie dans le kit Infinite-Thread®)

○

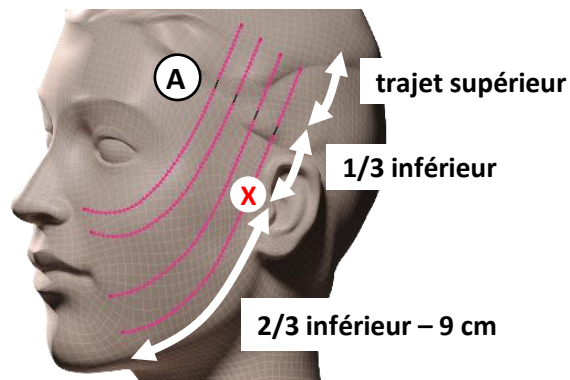
On opère 1 ouverture circulaire avec le poinçon à chacun des points d'entrée temporaux **(A)** (4 ouvertures en tout à chaque tempe).



POINT DE VIGILANCE - Si vous préférez utiliser une aiguille Nokor, prenez particulièrement garde à ne pas pénétrer trop profondément dans le tissu sous-cutané afin d'éviter tout risque de saignement. Ce risque est fortement estompé par l'utilisation de notre poinçon.

Les canules étant trop courtes pour anesthésier directement l'intégralité des trajets, l'anesthésie doit être réalisée en 2 étapes :

- 1) Avec la canule de 50mm : L'anesthésie des trajets supérieurs sous le cuir chevelu + les 1/3 inférieurs des trajets de la joue ; en partant des points d'entrées **(A)** ;
- 2) Avec la canule de 90 mm : Les 2/3 inférieurs des trajets de la joue en partant de points relais **(X)**.

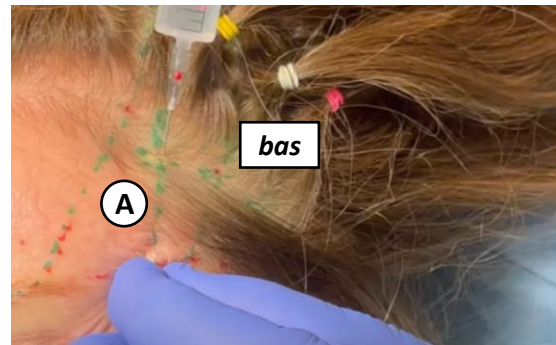
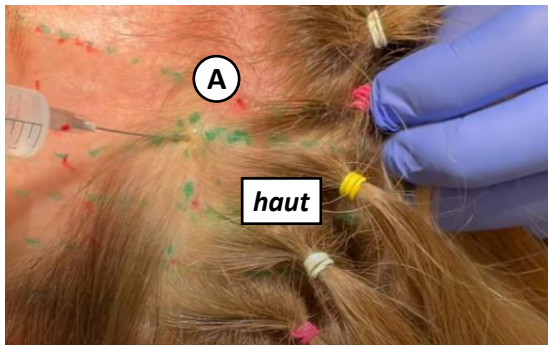
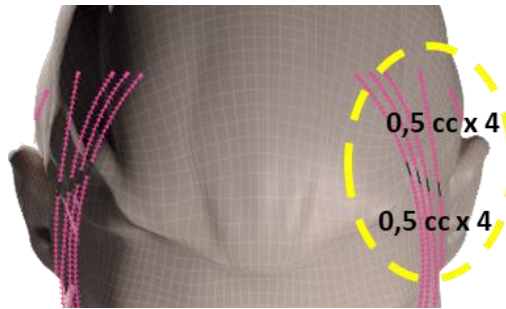


Thread & Lift

3) Anesthésie des trajets des fils – en partant des points d’entrées (A) :

Matériel nécessaire :

- 1 canule 22 G 50 mm (fournie dans le kit Infinite-Thread®)
- 1 seringue de 10 cc (non fournie) (3 cc ou 5 cc conviennent également)
80% bicarbonate de sodium à 14‰ + 20% xylocaïne adrénalinée à 2% (non fournis) – **Le mélange est l’inverse de celui utilisé pour anesthésier les points d’entrée et de sortie.**



Pour le haut de la zone temporale **[haut]**, on injecte entre la galéa et le cuir chevelu :

- 0,5 cc par trajet allant des 4 points d’entrée **(A)** jusqu’aux 4 points de sortie, en rétrograde.

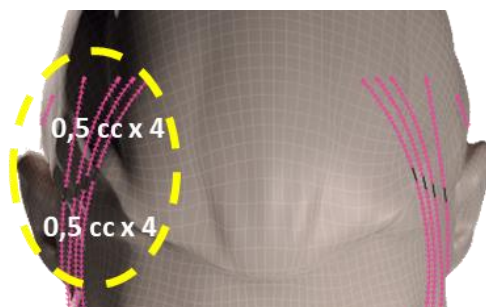
Pour le bas de la zone temporale **[bas]**, sur les trajets **(1)** et **(2)** on injecte sous le fascia superficiel :

- 0,5 cc par trajet (sur les 5 cm de la canule) depuis les 2 points d’entrée **(A)** correspondants, en rétrograde.

Pour le bas de la zone temporale **[bas]**, sur les trajets **(3)** et **(4)** on injecte rigoureusement en sous-cutané :

- 0,5 cc par trajet (sur les 5 cm de la canule) depuis les 2 points d’entrée **(A)** correspondants, en rétrograde.

Bien entendu, on fait de même pour les trajets de l’autre tempe.



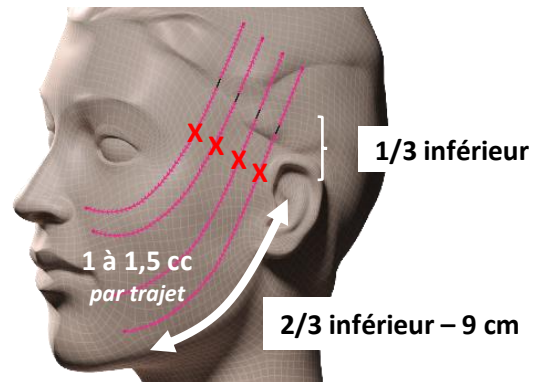
Thread & Lift

4) Anesthésie des trajets des fils – 2/3 inférieurs de la joue

Matériel nécessaire :

- 1 aiguille à pré-trou Microlance 3 – 21 G 40 mm (fournie dans le kit Infinite-Thread®)
- 1 canule 22 G 90 mm (fournie dans le kit Infinite-Thread®)
- 1 seringue de 10 cc (non fournie) (3 cc ou 5 cc conviennent également)
- 80% bicarbonate de sodium à 14‰ + 20% xylocaïne adrénalinée à 2% (non fournis) – **Le mélange est l'inverse de celui utilisé pour anesthésier les points d'entrée et de sortie.**

À l'extrémité des 1/3 inférieurs des trajets de la joue déjà anesthésiés, on procède à des ouvertures relai (X) avec l'aiguille Microlance 3 – 21G. Elles permettront de faire pénétrer la canule, qui servira à anesthésier les 2/3 restant des trajets de la joue.



La longueur de ces trajets restants est d'environ 9 cm. L'injection nécessite donc l'utilisation d'une canule plus longue, de 90 mm 22G.

Le geste est similaire à celui de la liposuction, on présente le compartiment graisseux ou le SMAS entre le pouce et le majeur, et, avec l'index, on vient pousser et appuyer pour contrôler la profondeur de la canule.

Il s'agit ici d'assurer l'anesthésie jusqu'aux futurs points de sortie en suivant exactement les trajets dessinés des fils de chaque joue. Il est important que la canule soit positionnée dans le plan **EXACT** où seront implantés les fils, c'est-à-dire :

➔ Pour les trajets **(1)** et **(2)**, on positionne d'abord la canule sous l'orbiculaire. En effet, en se limitant à un passage en sous-cutané, le fil risquerait de soulever la peau, ce qui le rendrait visible. Bien qu'il puisse ne pas être visible dans cette zone spécifique au moment de la pose, il est préférable de se prémunir contre la possibilité que, lorsque le patient aura un tégument plus fin, le fil devienne potentiellement visible.

Le trajet **(1)** pouvant être assez douloureux pour le patient, on commence l'anesthésie par le trajet **(2)** afin de bénéficier d'une diffusion de l'anesthésiant vers le trajet **(1)** et de rendre ainsi cette étape la moins désagréable possible.

Thread & Lift



Puis on positionne la canule dans le compartiment graisseux.



On prendra enfin bien soin de suivre la fin de trajet en queue de J, en faisant pivoter la peau autour de l'aiguille.

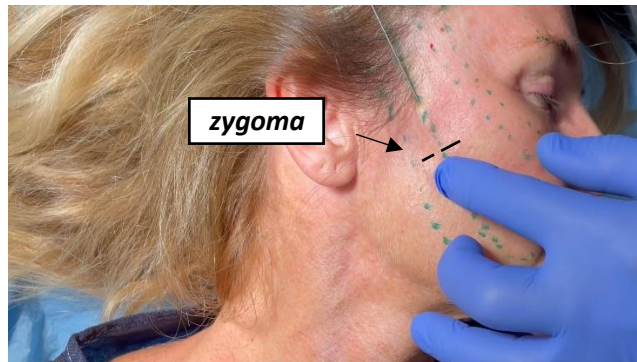


➔ Pour le trajet **(3)**, on positionne d'abord la canule en sous-cutanée sur quelques centimètres.



Thread & Lift

Ensuite, dès l'arrivée de la canule au bord inférieur du zygoma, on la positionne dans le SMAS mobile.



Pour finir, on positionnera la canule dans le coussinet graisseux en fin de trajet.



À noter que c'est l'anesthésie du SMAS qui va nous permettre de le faucher avec le fil et d'obtenir un repositionnement de la joue sans fronces ni plis au niveau de la peau.

- ➔ Pour le trajet (4), au niveau de la parotide, on descend la canule également en profondeur directement dans le SMAS. Il n'y a d'ailleurs pas de place entre la peau et le SMAS à cet endroit.



On injecte 1 à 1,5 cc par trajet de 9 cm, toujours en rétrograde.

Bien entendu, on fait de même pour les trajets de l'autre joue.

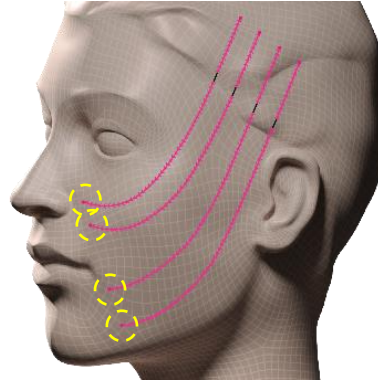
Thread & Lift

5) Anesthésie des points de sorties – en bas des joues

Matériel nécessaire :

- 1 aiguille 27 G 40 mm (non fournie)
- 1 seringue de 10 cc (non fournie) (3 cc ou 5 cc conviennent également)
- 20% bicarbonate de sodium à 14‰ + 80% xylocaïne adrénalinée à 2% (non fournis)

On injecte quelques gouttes d'anesthésiant au niveau des points de sortie en fin de trajets des fils de chaque joue, ceci afin de prévenir tout risque d'apparition d'ecchymose.



Phase 4 : L'implantation des fils

L'implantation des fils se fait un côté entier du visage après l'autre et un fil en entier après l'autre.

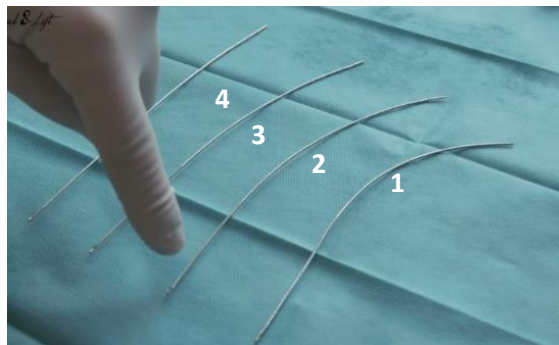
Il est maintenant impératif de travailler dans des conditions stériles, si ce n'était pas encore le cas.

Si cela n'était pas absolument obligatoire pour la phase précédente d'anesthésie, il faut désormais travailler avec des gants stériles, procéder à un nettoyage antiseptique de la peau puis installer 2 champs stériles :

- 1 sous la tête de la patiente
- 1 partant du cou et recouvrant le torse

Le médecin solidarise les 2 champs selon ses préférences : en utilisant des champs adhésifs ou à l'aide de petites pinces (non fournies).

On dispose de 4 aiguilles³ **(1), (2), (3) et (4)** dotées d'un chas à l'une de leurs extrémités et d'une pointe semi-mousse à l'autre pour ne blesser aucune structure vasculaire ou nerveuse. Ces aiguilles mesurent 19 cm de long pour 1,3 mm de diamètre et sont courbées afin de suivre les zones anatomiques que vous allez traverser.



Les aiguilles vont être insérées à l'aide **du porte-aiguille** (fourni dans le kit d'instruments). Il doit mordre l'aiguille à l'intérieur de sa courbure, sur la partie plate prévue à cet effet. Il est également possible d'insérer les aiguilles à l'aide **d'une poignée porte-aiguille** (non fournie dans le kit d'instruments mais disponible à la demande).

³ Notre kit d'instruments réutilisables contient une 5^{ème} aiguille, droite, qui peut vous permettre d'appliquer la courbure de votre choix.

Thread & Lift

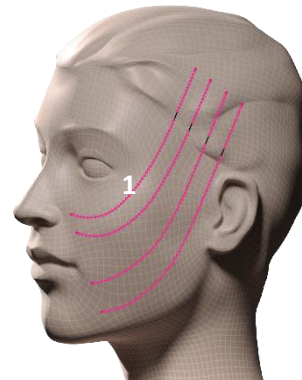
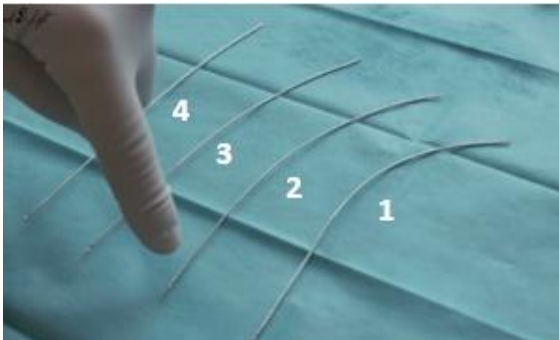


BONNE PRATIQUE - Si pendant l'insertion d'un fil on identifie que la courbure de l'aiguille n'est pas la bonne, il ne faut pas hésiter à reculer, à la sortir et à la changer, pour travailler avec la bonne courbure. En effet, une aiguille trop courbe a tendance à descendre de façon trop rapide dans les plans profonds et une aiguille pas assez courbe ne permettra pas de prendre les virages souhaités.

De même, il ne faut pas hésiter à recourber ou décourber légèrement les aiguilles à sa guise, à chaque étape, afin de les adapter au mieux au trajet. Au-delà des différences d'un patient à l'autre, il peut arriver que la courbure de l'aiguille soit malmenée au fur et à mesure de la pose.

1) Implantation du 1er fil – la moitié inférieure :

On utilise l'aiguille **(1)**, la plus courbe, pour placer la moitié inférieure du fil **(1)**.



On fait pénétrer l'aiguille à la verticale, jamais en oblique pour ne pas créer de fossette par passage du fil dans l'épaisseur du derme (le fil doit être libre sous la peau). Une fois le début de l'espace sous-cutané atteint, **on repositionne l'aiguille parallèlement à la peau** afin d'éviter une pénétration dans le muscle temporal.



Thread & Lift

Au début de son parcours, au niveau temporal dans la zone chevelue, l'aiguille va cheminer **sous le cuir chevelu**. Si la pénétration de l'aiguille est difficile en raison d'un tissu conjonctif dense ou de la présence d'une zone cicatricielle généralement due à un ancien lifting, il peut être utile de procéder à un complément de tumescence avec le liquide d'anesthésie. Cette hydro-dissection complémentaire permettra de faire progresser l'aiguille plus aisément, sans risquer une lésion vasculaire responsable d'un saignement particulièrement dérangeant pour la suite de l'intervention. Attention cependant à ne pas trop injecter afin de ne pas rendre le réglage final et la symétrie impossibles.

Dès que l'on arrive devant la zone glabre, on descend l'aiguille en profondeur, **sous le fascia superficialis**, pour que le fil ne soit jamais visible, ni aujourd'hui ni demain.

Ensuite, **arrivé en face du muscle orbiculaire, on passe sous ce dernier**.

Dès l'arrivée de l'aiguille **en regard du zygoma, on remonte l'aiguille pour qu'elle se situe dans le tissu sous cutané** puis, **une fois dans le compartiment malaire, on se positionne au milieu du compartiment graisseux (voire en profondeur s'il est mince)** afin que le fil ait l'accroche nécessaire à la remontée de la graisse malaire. C'est cette remontée qui conditionne une grande partie de la réussite de l'intervention et permet notamment d'obtenir un résultat s'approchant du lifting malaire.

BONNE PRATIQUE - Lors de l'implantation progressive de l'aiguille, il est nécessaire de faire tourner régulièrement l'aiguille sur elle-même de droite à gauche et inversement afin de s'assurer qu'elle ne crée **pas de dépression**. Si tel était le cas, cela signifierait que l'aiguille accroche directement la peau et qu'elle est donc positionnée trop superficiellement. Cette visibilité serait définitive une fois le fil implanté.



BONNE PRATIQUE - Lors du cheminement de l'aiguille, la main qui tient le porte-aiguille est « l'ouvrière ». L'autre main est « la chef ». Plus l'aiguille s'éloigne du point d'entrée, plus il va être difficile de la diriger et de la positionner à la bonne profondeur. Dès lors, c'est la main qui ne tient pas le porte-aiguille qui devient la plus importante : **elle va présenter la graisse à l'aiguille qui arrive**. Il est important de tenir la graisse **entre le pouce et le majeur** et de venir la positionner bien en face de l'aiguille d'implantation. Il ne faut hésiter à se servir de **l'index pour appuyer sur l'aiguille** si celle-ci ne descend pas suffisamment au centre de la graisse qui lui est présentée.



À chaque centimètre parcouru par l'aiguille d'implantation, il est fondamental de vérifier que celle-ci se trouve dans le parfait plan d'implantation. En cas de doute, **il ne faut pas hésiter à reculer** pour repositionner l'aiguille une seconde fois. Une aiguille dans le mauvais plan, même sur 1 seul point du trajet, remorquerait le fil dans ce même mauvais plan, entraînant un défaut de pose sans autre solution que le retrait pur et simple du fil.

Pour réaliser le trajet final en forme de queue de J, **la peau est pincée puis tournée** pour être présentée à l'aiguille.



Il faut veiller à ne pas rendre superficiel le trajet sur ces derniers centimètres.

Nous vous conseillons vivement de vous reporter à la vidéo [Infinite-Thread® – Technique profonde en J / Zone traitée : Visage] disponible ici : <https://www.threadandlift.com/infinite-fr.mp4> pour une plus grande clarté du geste).

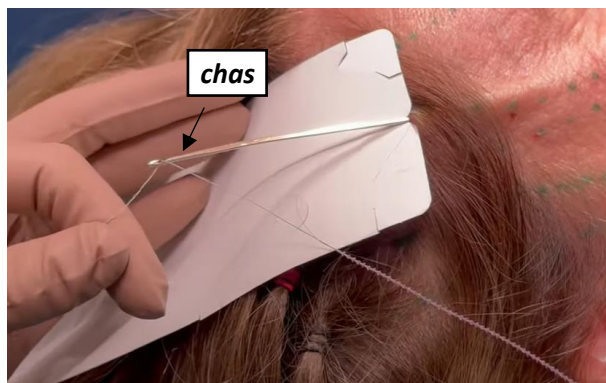
L'aiguille est sortie aux abords du sillon nasogénien. On sort l'extrémité de l'aiguille exactement ou au plus proche du point d'anesthésie afin de bénéficier au maximum de la vasoconstriction et ainsi éviter un saignement au point de sortie qui mènerait à un risque d'ecchymose secondaire.

Thread & Lift



En cas de présence ou de suspicion d'un produit de comblement de type permanent dans le sillon, il est prudent de sortir à distance du sillon, suffisamment en amont du produit, pour se prémunir de tout risque de réactivation d'une inflammation post traumatique de ce produit.

L'extrémité lisse du fil Infinite-Thread® est alors passée dans le chas de l'aiguille **[chas]**. On veillera à ne passer aucun cran du fil dans le chas de l'aiguille pour éviter qu'il ne s'y retrouve bloqué.

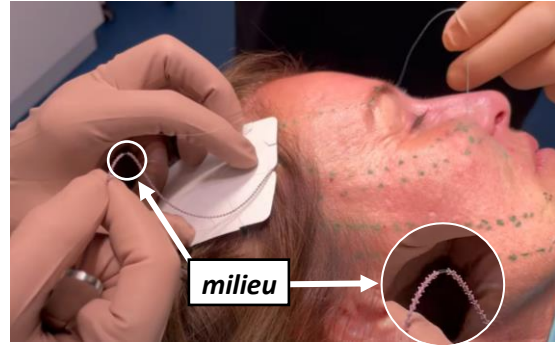


Le fil est guidé par la cartonnette dans laquelle il était emballé. Celle-ci est très utile pour maintenir les cheveux plaqués en-dessous et s'assurer qu'ils ne glissent pas avec le fil. Néanmoins, si un ou plusieurs cheveux se trouvaient enfouis avec le fil, il suffirait de les retirer délicatement avec la pince Adson (fournie dans le kit d'instruments).



Le fil est tracté par l'aiguille, tout en maintenant une tension vers le haut sur la joue avec l'autre main jusqu'à son enfouissement total. Le fil doit être tiré jusqu'à sa partie centrale matérialisée par un marquage noir **[milieu]**.

Thread & Lift

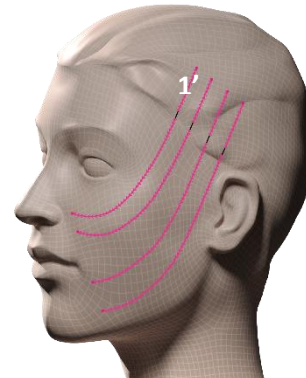


L'extraction de l'aiguille et du fil doit se faire dans l'axe de la fin de trajet en queue de J afin d'éviter de fendre la peau au niveau du point de sortie.



2) Implantation du 1^{er} fil – la moitié supérieure :

On utilise une aiguille moyennement courbée **(2)** ou **(3)** afin de positionner la moitié supérieure du fil le plus antérieur **(1')**.



Après avoir fait pénétrer l'aiguille à la verticale jusqu'à atteindre le bon plan, c'est-à-dire le début de l'espace sous-cutané, on la repositionne parallèlement au cuir chevelu afin d'éviter qu'elle ne s'enfonce dans le muscle temporal.

Thread & Lift



L'aiguille doit cheminer entre le cuir chevelu et la galéa, suivant le trajet dessiné. On fait progresser délicatement l'aiguille jusqu'à ce qu'elle arrive à son point de sortie **[sortie]**. Toute résistance lors du passage de l'aiguille signifierait qu'elle est positionnée trop superficiellement.

Arrivé en regard du point de sortie **[sortie]**, on tourne l'aiguille vers le haut et, à l'aide d'une pince, on applique une contre pression pour faciliter la sortie de l'aiguille.



L'extrémité lisse du fil Infinite-Thread® est alors passée dans le chas de l'aiguille.

L'aiguille est ensuite progressivement et intégralement ressortie, remorquant le fil jusqu'à son implantation complète.



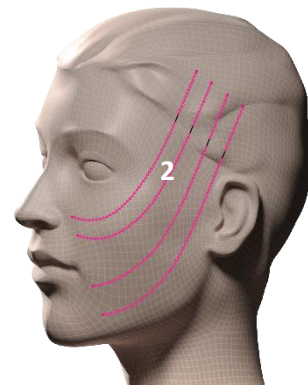
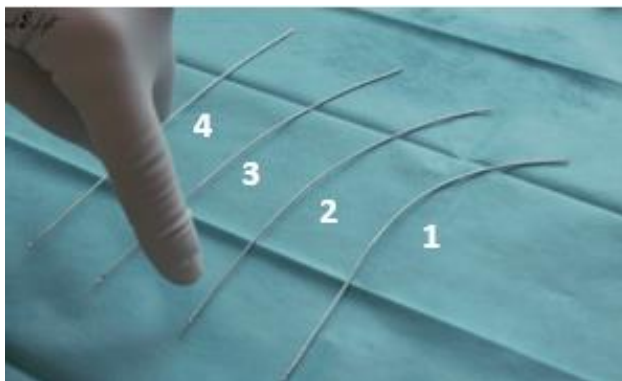
Thread & Lift

POINT DE VIGILANCE - L'absence d'enfouissement de cheveux doit être vérifiée avec une extrême précaution ! C'est la présence d'un cheveu moitié dedans – moitié dehors qui est généralement responsable de l'infection.



3) Implantation du 2^e fil – la moitié inférieure :

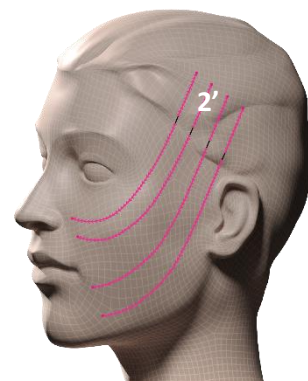
Pour le 2^e fil, on utilise en principe l'aiguille la plus courbée **(1)** mais parfois une courbure moindre **(2)** peut être utilisée.



Le procédé à appliquer est le même que pour la moitié inférieure du 1^{er} fil.

4) Implantation du 2^e fil – la moitié supérieure :

Pour la partie supérieure du 2^e fil (**2'**), on utilise la même aiguille, **(2)** ou **(3)**, que celle choisie pour l'implantation de la moitié supérieure du 1^{er} fil.

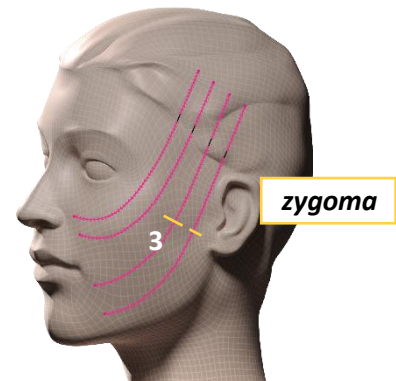
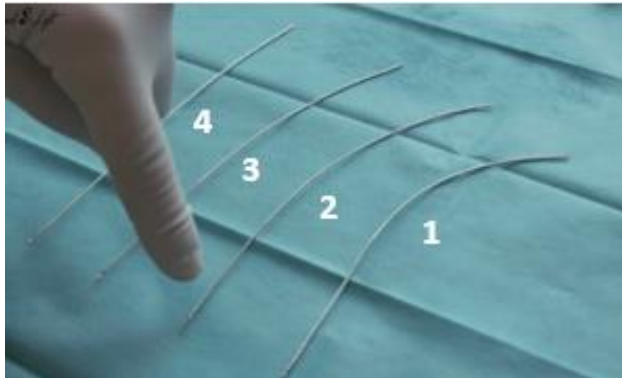


Le procédé à appliquer est le même que pour la moitié supérieure du 1^{er} fil.

Thread & Lift

5) Implantation du 3^e fil – la moitié inférieure :

Pour la moitié inférieure du 3^e fil, celui de l'amertume, on utilise l'aiguille **(3)**.



POINT DE VIGILANCE - Le début du trajet se fait en sous cutané strict. Un positionnement plus profond dans le SMAS immobile entraînerait une immobilisation du fil dans une zone fixe et par conséquent la perte de son efficacité.

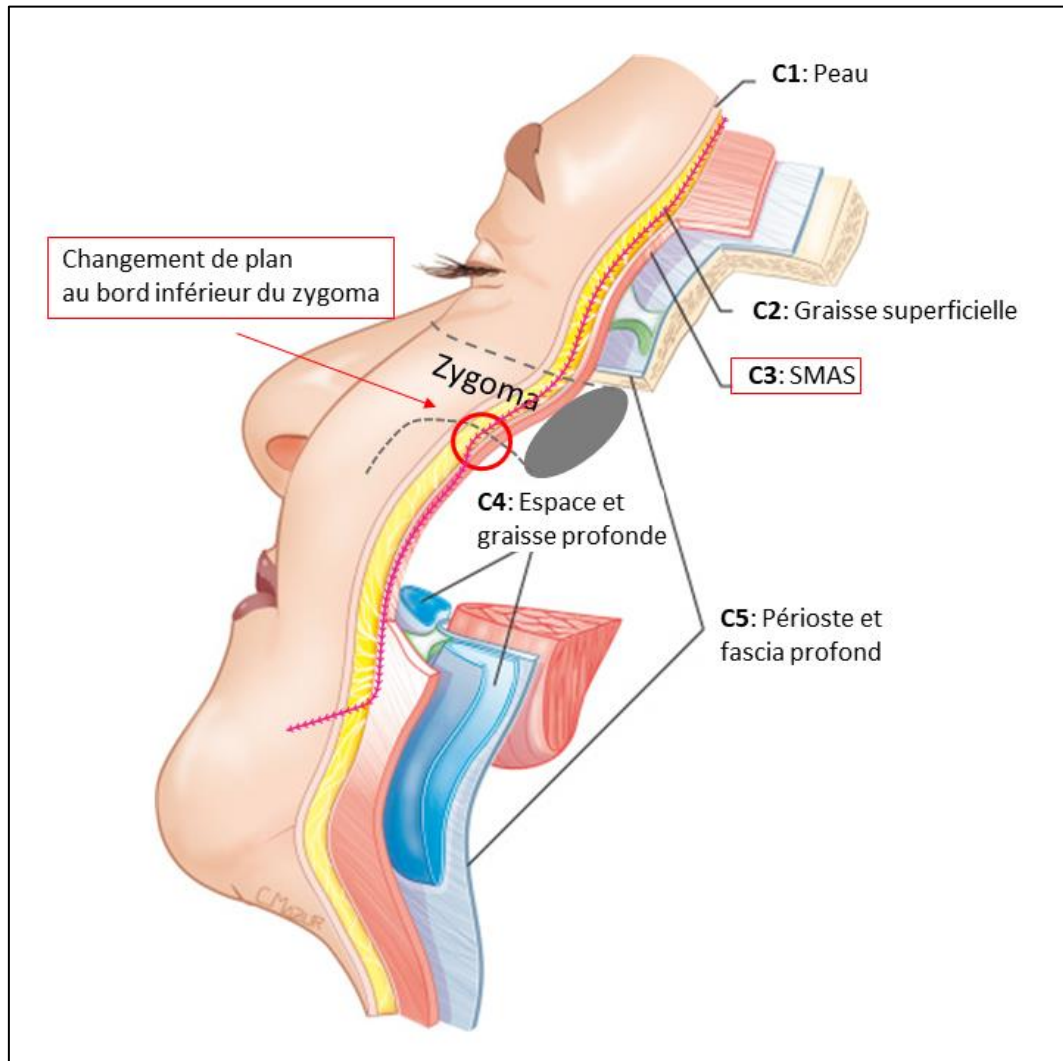
Lorsque l'aiguille dépasse le bord inférieur du zygoma [**zygoma**], on descend en profondeur, en soulevant la peau, pour aller faufler le SMAS mobile. On perçoit alors des petits craquements associés à une légère résistance qui nous confirment que nous sommes dans le bon plan.

En cas de doute quant à la profondeur excessive du trajet dans le SMAS (i.e. d'avoir un fil inséré trop près de la gencive), on fera ouvrir la bouche au patient pour y glisser un doigt afin de vérifier, au toucher, le positionnement de l'aiguille.

Si lors du fauflage du SMAS le patient ressent des douleurs, il est probable que l'anesthésie initiale ait été faite trop superficiellement dans le tissu sous-cutané et pas suffisamment dans le SMAS. Il faut alors prendre les quelques minutes nécessaires pour recompléter l'anesthésie pour ainsi pouvoir poursuivre l'intervention dans de bonnes conditions.

Au niveau du point de sortie, comme pour les deux premiers fils, on reste en profondeur jusqu'au dernier moment afin d'éviter toute visibilité / creux sur la partie distale du trajet dû à un manque d'enfouissement.

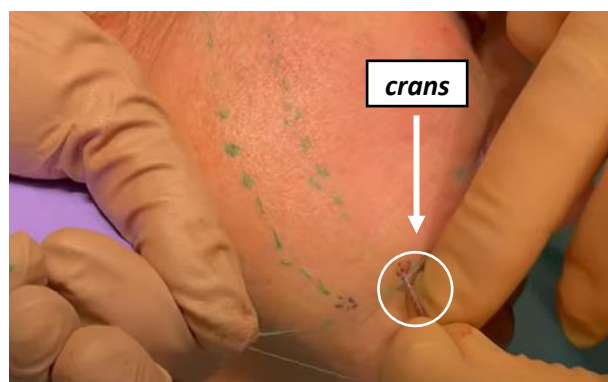
Thread & Lift



Vue schématique du trajet du fil avec faufilage du SMAS

Comme précédemment, une fois le fil passé dans le chas de l'aiguille, cette dernière est progressivement et intégralement ressortie, remorquant le fil jusqu'à l'implantation de la marque noire.

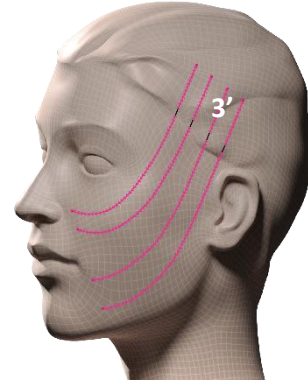
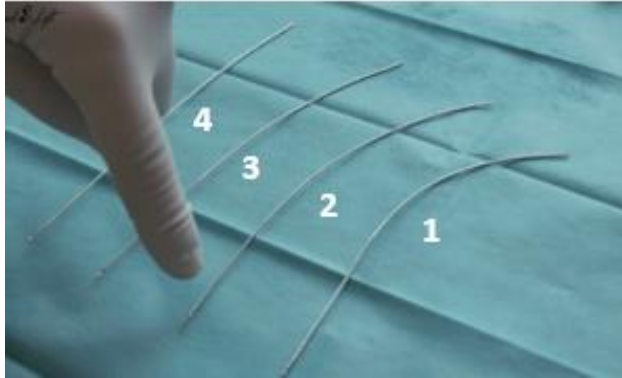
Sur les patients qui ont un visage long, on ne tient plus compte du positionnement de la marque noire. En effet, même si la marque noire est enfouie, on doit tirer le fil jusqu'à l'apparition des premiers crans au point de sortie.



Thread & Lift

6) Implantation du 3^e fil – la moitié supérieure :

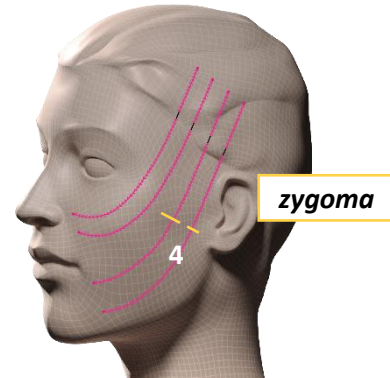
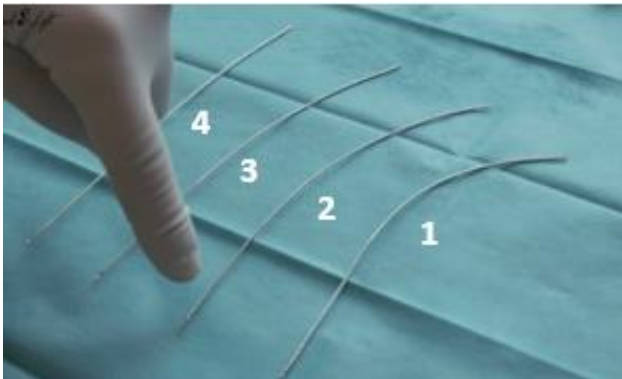
Pour la partie supérieure du troisième fil (3') on utilise la même aiguille (2) ou (3) que celle choisie pour l'implantation de la moitié supérieure du 1^{er} fil.



Le procédé à appliquer est le même que pour la moitié supérieure des deux premiers fils.

7) Implantation du 4^e fil – la moitié inférieure :

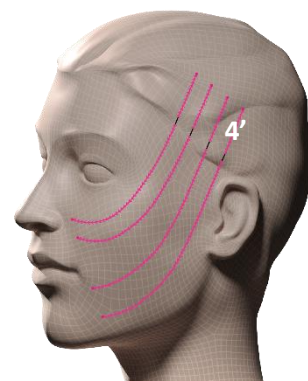
Pour la moitié inférieure du fil en direction de la bajoue (4), on utilise l'aiguille (3).



Le procédé à appliquer est le même que pour la moitié inférieure du 3^e fil : d'abord inséré en surface puis, en profondeur dans le SMAS mobile une fois le zygoma [zygoma] dépassé.

8) Implantation du 4^e fil – la moitié supérieure :

Pour la partie supérieure du fil (4'), on utilise encore et toujours la même aiguille, (2) ou (3), que celle choisie pour l'implantation de la moitié supérieure des autres fils.

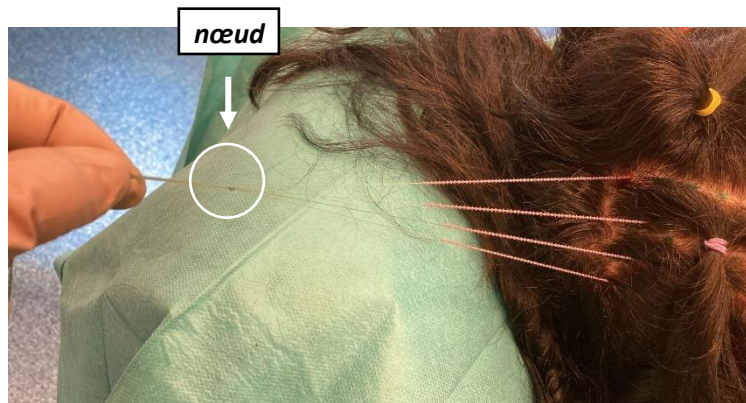


Thread & Lift

Le procédé à appliquer est le même que pour la moitié supérieure des autres fils.

Une fois ce trajet implanté, la 1^{ère} joue est terminée. Comme pour tous les trajets, on continue de vérifier l'absence de cheveux au niveau temporal !

Pour faciliter la gestion des fils lors des phases suivantes de mise en tension et de réglage, on noue ensemble les 4 extrémités des fils non encore coupées.

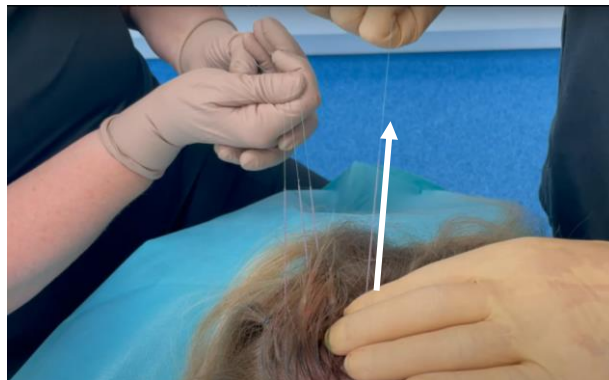


9) Préréglage de la tension du 1^{er} profil :

Pour le préréglage, la patiente doit être en position allongée.

1^{er} temps : On applique une traction forte, à tour de rôle, sur chacun des 4 brins supérieurs des fils, en commençant par le brin le plus antérieur, pour parfaitement les mettre en tension sur les 5 ou 6 centimètres de leur trajet et ainsi s'assurer de la pleine efficacité de l'ensemble des crans.

On positionne 2 ou 3 doigts sur la partie enfouie, et on tracte brièvement le fil.



2^{eme} temps : On procède au préréglage individuel de chaque fil de la joue en partant du plus antérieur.

Cette mise en tension consiste en une remontée des tissus le long de chaque fil. **Il ne faut pas tirer exagérément sur chaque fil mais simplement le maintenir fermement tendu avec une main** (ici la main droite) **puis remonter les tissus le long de celui-ci avec l'autre** (ici la main gauche).



Tous les centimètres, on fait glisser et remonter la peau le long du fil en appliquant une pression avec le pouce. La peau est drapée le long du fil jusqu'au point d'entrée.

BONNE PRATIQUE - Ne pas faire un mouvement global de glissement du pouce sur la peau au risque d'éroder la peau. Le pouce doit glisser le moins possible sur la peau. C'est un déplacement de proche en proche tous les centimètres pour élever au maximum la peau sur le trajet du fil.

Sur les trajets des fils de la pommette, la peau est tractée au maximum. On adaptera néanmoins la remontée de la pommette aux attentes et envies du patient.

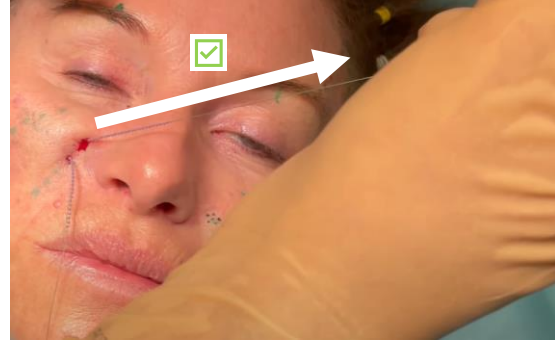
Pour les deux autres trajets, sur les sections implantées dans le plan profond du SMAS, on peut également exploiter pleinement la puissance du fil sans risque de former des fronces.

Ceci n'est pas possible quand le fil est implanté plus superficiellement. **Il convient donc d'être raisonnable sur les 2 derniers centimètres où le fil n'est plus dans le SMAS** mais dans le compartiment graisseux.

On veille à tracter la peau en suivant avec précision le trajet du fil en tension sans dériver sur les trajets des autres fils.

La mise en tension des fils de la pommette doit se faire dans l'axe de sortie, c'est-à-dire en suivant la fin de trajet en queue de J, et non pas vers le bas pour ne pas couper / fendre la peau.

Thread & Lift



BONNE PRATIQUE - En présence d'une peau très âgée ou d'une élastose très importante, qu'on évitera de demander au fil tout ce que sa puissance peut offrir en repositionnement cutané, afin d'éviter de créer des plis disgracieux au niveau de la patte d'oie.

10) Pose du deuxième côté du visage du patient

On peut désormais pratiquer la pose sur le second côté du visage du patient en suivant la même procédure que décrite précédemment pour le premier côté.

Une fois la phase d'implantation des fils terminée, on procèdera au nettoyage de la peau (dessins des trajets et traces éventuelles de sang).

POINT DE VIGILANCE - Les extrémités des fils ne doivent pas être coupées à ce stade ! Elles serviront au réglage final de la tension.

Phase 5 : Le réglage final de la tension

1) Réglage précis de la tension :

Pour le réglage final des 8 fils du visage, la patiente doit être en position assise.

L'objectif est de remonter les tissus de façon harmonieuse, de repositionner les pommettes, de retendre l'ovale selon les souhaits de la patiente. Les 8 fils du visage seront tendus avec énergie et réglés de façon symétrique.

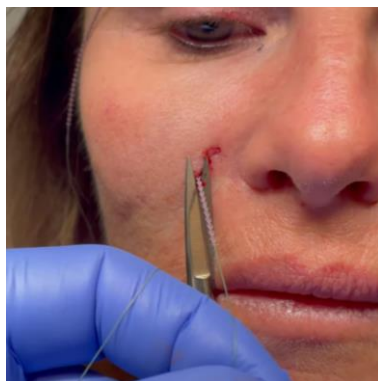


POINT DE VIGILANCE - Le fil Infinite-Thread® est très puissant et ses crans sont très efficaces. Sa mise en tension doit donc être adaptée au besoin de chaque zone du visage du patient. Il ne faut pas toujours utiliser 100% de la puissance du fil, particulièrement sur les 3^e et 4^e fils :

- **Pommettes** : Les pommettes doivent être recompactées, en effaçant si besoin la vallée des larmes, sans pour autant créer de volume excessif (sauf demande spécifique de la patiente). Sur cette zone, la remontée des tissus n'est plus homothétique comme au niveau du tiers supérieur mais concentrique, sauf chez l'homme pour ne pas féminiser son visage.
- **Amertume et Bajoue** : Attention à une tension excessive sur les deux derniers centimètres du trajet qui pourraient créer une fossette. Si tel était le cas, il faudrait alors masser vers le bas, avec le pouce pour le détendre, tout en protégeant avec l'autre main la tension déjà acquise au niveau supérieur.

2) Section de l'extrémité basse des fils :

L'extrémité des fils est coupée à ras sur chaque joue, en repoussant légèrement la peau avec les ciseaux.



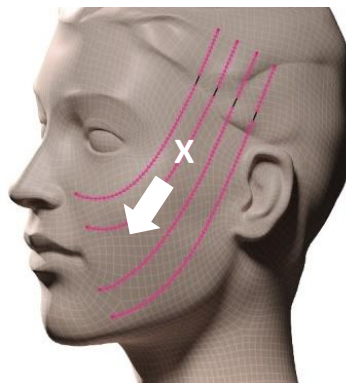
3) Libération des fossettes :

Une par une, l'extrémité de chaque fil est libérée de son accrochage à la peau pour supprimer tout risque d'apparition immédiate ou secondaire (à la disparition de l'œdème) de fossettes.



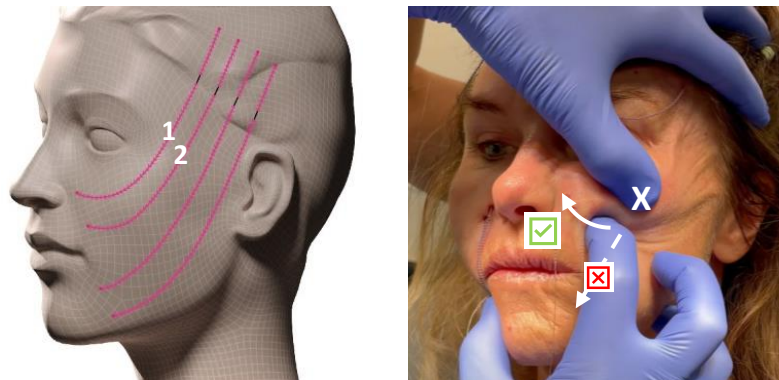
En effet, 2 problèmes peuvent survenir :

- **L'apparition de fossettes** : Les fossettes aux points de sortie sont dues à des fils ayant créé une dépression de la peau à leur point de sortie. **Elles ne partent pas d'elles-mêmes** contrairement à ce que l'on entend très souvent. **Le patient ne doit jamais repartir avec une ou plusieurs fossettes. La logique est la même que celle des plis.** Un pli ou une fossette sont toujours le résultat d'une erreur ou d'une malfaçon dans le geste du praticien.
- **L'apparition de sillons** : On peut voir apparaître un sillon de 1 ou 2 centimètres le long de l'axe d'un fil. C'est la traduction d'un excès de tension de l'extrémité inférieure du fil. Il est alors indispensable de détendre immédiatement cette zone spécifique en veillant surtout à ne pas détendre l'ensemble du fil. Pour ce faire, il faut positionner une main plus haut (au-dessus de la zone à manipuler) sur le trajet du fil (X) – main qui va imprimer une légère tension vers le haut pour protéger l'accrochage du fil – et avec l'autre main, masser énergiquement la peau en regard du sillon vers le bas (dans le sens de la flèche ➡) afin d'éliminer **TOTALEMENT** le(s) défaut(s).



Thread & Lift

Lorsqu'il s'agit de corriger des sillons sur la fin de trajet des fils (1) et (2), on prendra un soin particulier à masser la peau selon la forme en queue de J de leur fin de trajet.



POINT DE VIGILANCE - Un patient ne doit jamais repartir de votre cabinet/clinique avec des plis, des fossettes ou des sillons causés par la pose de fils tenseurs ! Le temps ne travaille pas pour vous : tout défaut perdurera et sera de plus en plus difficile à corriger au fil des jours en raison de la résorption de l'œdème.

4) Section de l'extrémité haute des fils :

Il conviendra de tirer très légèrement sur l'extrémité haute des fils pour en faire ressortir 2 ou 3 rangées de crans, soit environ 5 mm de fil, avant de les couper à ras. Une fois les extrémités coupées, les fils se rétracteront d'autant (5 mm environ). Cette étape offre la certitude du parfait enfouissement de l'extrémité des fils.

BONNE PRATIQUE - Par sécurité, on prendra bien soin ensuite de repousser le cuir chevelu afin de s'assurer qu'il a bien recouvert chaque extrémité coupée à ras.

Là encore, on vérifie l'absence total de cheveux enfouis partiellement.

POINT DE VIGILANCE - L'extrémité haute des fils doit toujours être coupée à la toute fin, après le réglage final !

En effet, les extrémités supérieures **NON ENCORE COUPÉES** permettent une ultime traction d'un fil n'ayant pas été assez tendu ou malencontreusement un peu détendu lors de la libération de la fossette de son point de sortie inférieur.

En phase post-opératoire, le patient doit appliquer les prescriptions de son médecin. Vous pouvez retrouver celles fournies à titre indicatif par notre expert, le Dr Jean-Paul Fountèze, dans le document « Prescription médicale – Thread & Lift » disponible dans votre espace privé sur le site www.threadandlift.com.

INFORMATION PRATIQUE

Il est courant que l'anesthésie locale puisse induire une parésie ou paralysie observée au niveau frontal et / ou jugal. Celle-ci disparaît usuellement en quelques heures (exceptionnellement jusqu'à 12 heures dans de rares cas). Aucun traitement ou action particulière n'est nécessaire. Il convient néanmoins de prévenir le patient de cette éventualité.