

ATLAS D'ACCES LIBRE EN CHIRURGIE ORL ET CERVICO-FACIALE



RHINOPLASTIE : APPROCHES ET TECHNIQUES DE BASE DE LA CHIRURGIE DE LA POINTE DU NEZ GJ Nolst Trenité

Le nombre des procédures chirurgicales consacrées à la pointe du nez, les variations anatomiques individuelles et le manque d'uniformisation de la terminologie dans la littérature internationale sont autant de facteurs de confusion pour le chirurgien. Tardy a préconisé une approche systématique et rationnelle de la pointe du nez. En suivant ce cadre, le chirurgien, même peu expérimenté, saura indiquer plus facilement les incisions, les approches et les techniques appropriées. La philosophie de base consiste à opérer de manière aussi naturelle que possible et à préserver le soutien de la pointe, ce qui est très important pour obtenir de bons résultats postopératoires à long terme.

Il existe *trois approches chirurgicales de base* pour la pointe du nez :

1. Approche non marginale
 - Transcartilagineuse
 - Eversion rétrograde
2. Approche marginale
3. Voie externe

Les indications pour chacune de ces approches dépendent de l'anatomie spécifique du nez et des modifications souhaitées :

- Réduction du volume
- Reconstruction
- Rotation
- Modification de la projection

Techniques chirurgicales

1. Approche non marginale

L'approche non marginale (non-delivery) est très appropriée pour :

- Une réduction de volume limitée des crus latérales
- Une légère rotation céphalique de la pointe

La réduction de volume peut facilement être réalisée à l'aide d'une incision transcartilagineuse, qui ne provoque qu'un léger traumatisme chirurgical.

La procédure opératoire de la *voie transcartilagineuse est la suivante* : après avoir dessiné les repères du squelette ostéocartilagineux nasal et ses limites sur la peau du nez, la partie la plus céphalique des crus latérales à résecter est tracée à l'aide d'un stylo marqueur sur la peau (*figure 1*).



Figure 1 : Dessin des repères squelettiques et de la résection prévue sur la peau

Il est utile d'indiquer sur la peau vestibulaire l'endroit où l'incision transcartilagineuse doit être pratiquée. Cela peut être fait soit à l'aide d'une aiguille transfixiant le cartilage de dehors en dedans, soit, plus élégamment, en utilisant l'empreinte d'un instrument chirurgical sur la peau vestibulaire (*figures 2a, b*).

Il faut faire attention à préserver au moins 5 mm de cartilage intact (dans une dimension verticale) sur la crus latérale.

Bien que de nombreux chirurgiens incisent la peau et le cartilage vestibulaires en une seule fois, il est plus facile de disséquer la peau vestibulaire en deux étapes.



Figure 2a : Empreinte réalisée sur la peau vestibulaire à l'aide d'un tube d'aspiration pour marquer le site prévu de l'incision transcartilagineuse

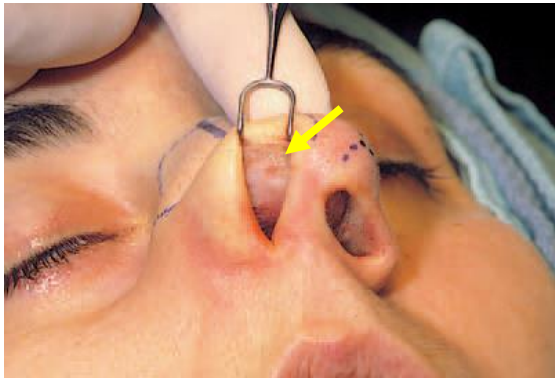


Figure 2b : Empreinte du tube d'aspiration sur la peau vestibulaire (flèche)

La peau vestibulaire est incisée avec une lame n° 15 (figure 3) puis la peau vestibulaire est disséquée vers l'extrémité céphalique du cartilage latéral inférieur avec une paire de ciseaux courbes à bouts pointus, afin de libérer la zone cartilagineuse vouée à être réséquée (figures 4a,b). Après avoir incisé le cartilage (lame n° 15), la face externe (non vestibulaire) est disséquée et dégagée des tissus mous sus-jacents pour permettre l'exérèse du fragment céphalique repéré (figures 5a-d). La contre-pression exercée par l'opérateur sur la crus latérale, via le majeur de sa main tenant l'écarteur alaire à double crochet, permet d'obtenir une excellente exposition et un bon contrôle visuel pendant cette étape.

Après une réduction suffisante et symétrique de volume, la peau vestibulaire doit être suturée avec soin avec un fil résorbable atraumatique 5.0. Cette procédure simple d'affinement de la pointe n'entraîne qu'un traumatisme chirurgical minimal, laissant intègre la partie inférieure du cartilage latéral, ce qui assure de meilleures chances de cicatrisation sans complication.



Figure 3: Incision cutanée vestibulaire



Figures. 4a,b : La peau vestibulaire est disséquée de la partie céphalique de la crus latérale devant être réséquée

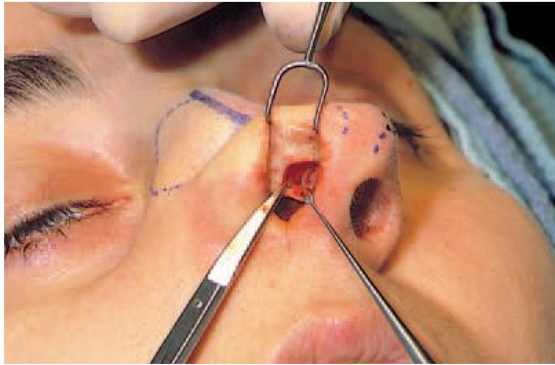


Figure 5a,b : Dissection du côté non vestibulaire après incision du cartilage



Figures 5c,d : Résection des parties céphaliques du crus latéral

De nos jours, **la technique d'éversion rétrograde** est moins souvent pratiquée. Au lieu d'une incision transcartilagineuse, on pratique une **incision intercartilagineuse** suivie d'une dissection rétrograde sur la crus latérale par son côté non vestibulaire, une éversion de la crus latérale et une résection de la partie céphalique repérée du cartilage.

2. Approche marginale

Bien que plus traumatisante, cette approche est indiquée lorsque les modifications planifiées de la pointe nasale sont plus qu'une petite réduction de volume. Les indications de cette approche sont les suivantes :

- Asymétrie
- Bifidité
- Rotation extra céphalique (pointe tombante)
- Diminution de la projection

Avec cette approche, il est possible de modifier les cartilages alaires sous vision directe jusqu'au dôme et à la zone interdomale. Différentes techniques opératoires peuvent être utilisées :

- Résection précise du cartilage pour obtenir une bonne symétrie
- Remodelage des cartilages alaires par scarification ou fractionnement.
- Suture interdomale pour corriger une bifidité
- Interruption de continuité des cartilages alaires (résections-sutures) pour réduire une pointe trop projetée (nez de Pinocchio) ou améliorer la rotation céphalique de la pointe.

La procédure chirurgicale commence par une incision intercartilagineuse à l'aide d'une lame n° 15 pour libérer les cartilages alaires. Il est important de faire cette incision caudalement par rapport à la zone de la valve nasale afin de prévenir toute cicatrice inutile dans cette zone. Cette incision intercartilagineuse doit contourner l'angle septal

antérieur (figure 6). Si ce n'est pas le cas, la mobilisation pourrait être incomplète.



Figure 6 : Incision intercartilagineuse caudale à la zone de la valve et contournant l'angle septal antérieur

L'étape suivante consiste à réaliser une incision marginale (lame n° 15), en épousant le bord caudal du cartilage latéral inférieur afin d'éviter toute lésion chirurgicale du "triangle mou". L'incision commence à la partie supérieure du bord caudal de la crus mésiale, puis contourne le dôme et suit le bord caudal de la crus latérale aussi loin que nécessaire (figure 7).



Figure 7 : Incision marginale

Après ces deux incisions, la partie non vestibulaire de la crus latérale est libérée des tissus mous par dissection à l'aide d'une paire de ciseaux courbes à bouts pointus. Pour exposer de part et d'autre les lambeaux chondrocutanés bipédiculés, de petites pinces hémostatiques sont très pratiques. L'excision précise du cartilage est maintenant possible sous vision directe (figures 8a,b).

En cas de bombement de la crus latérale, un geste d'affaiblissement (incision ou fractionnement) est réalisé, le cas échéant en association avec la résection d'une portion céphalique de la crus latérale (figures 9a,b).



Figures 8a,b : Dissection et excision précises d'une partie céphalique de la crus latérale

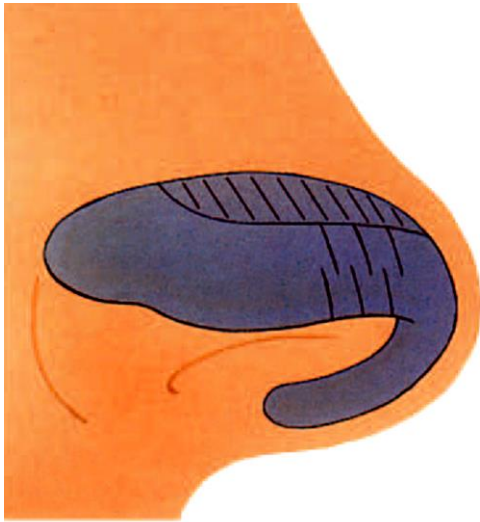


Figure 9a : Technique de fragilisation de la crus latérale par scarification du cartilage

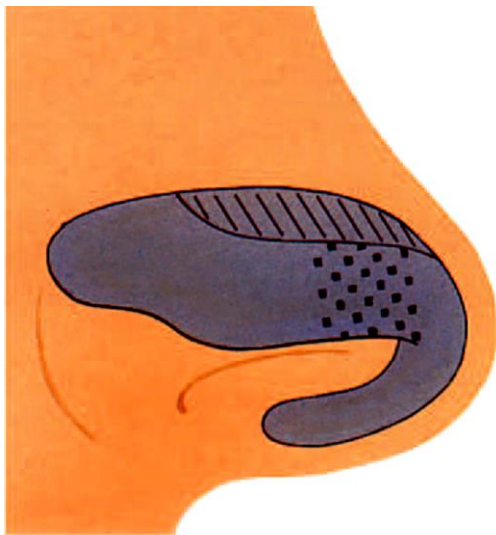
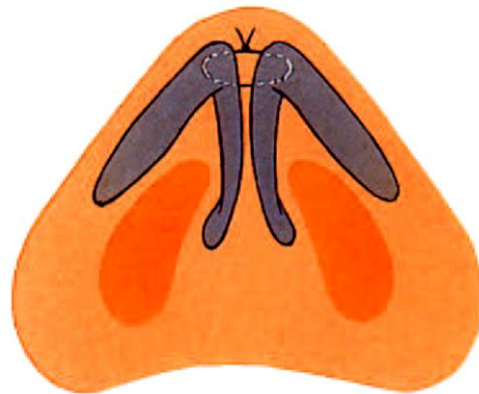
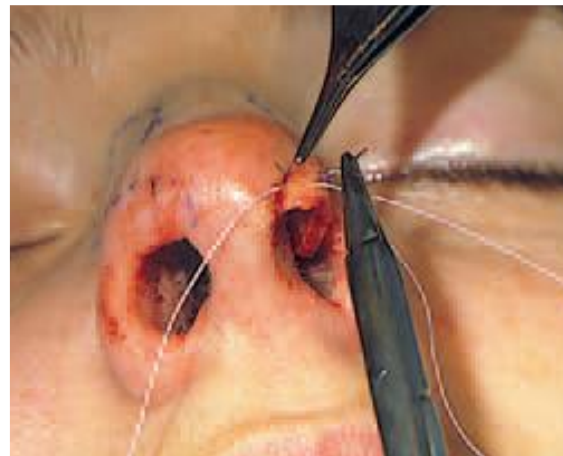


Figure 9b: Technique de fragilisation de la crus latérale par poinçonnement

La voie marginale est également appropriée en cas de bifidité de la pointe nasale. Dans ce cas la technique du point matelassant horizontal peut être réalisée pour tracter les dômes avec une suture non résorbable (Goretex) ou lentement résorbable (Polydioxanone suture) (figures 10a-e).



Figures 10 a, b: Point matelassant horizontal technique de correction d'une bifidité de la pointe





Figures 10 c,d: Point matelassant avec du Goretex 6/0 du cartilage latéral inférieur gauche, suivie du transport de l'aiguille avec une pince mosquito vers le côté droit pour la même procédure



Figure 10e: Résultat postopératoire immédiat après rapprochement des dômes avec la technique point matelassant horizontal

L'interruption de continuité du cartilage alaire peut donner lieu à des cicatrices imprévisibles, particulièrement visibles dans les nez à peau fine. Dans le cas d'une amputation des dômes pour réduire un nez "pino-cchio", un greffon de pointe positionné en onlay dissimulera les éventuelles irrégularités pouvant se révéler au cours du processus de cicatrisation (*figures 11a,b*).

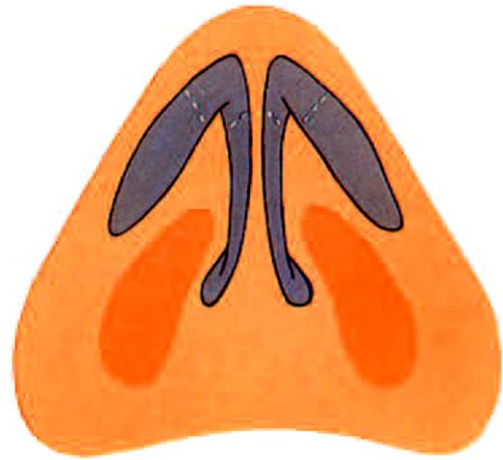
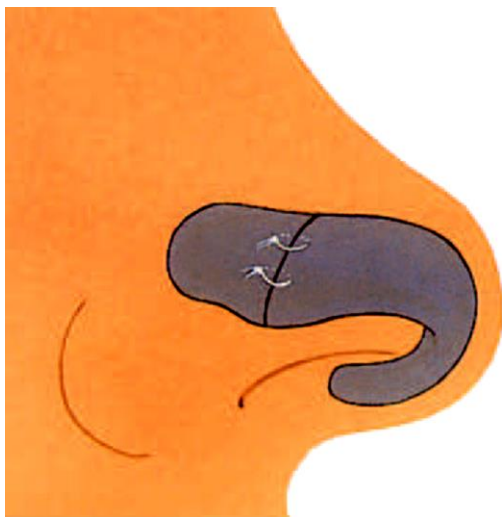
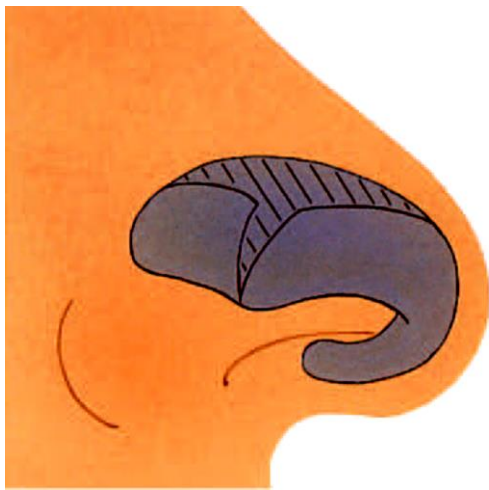


Figure 11a: Amputation du dôme



Figure 11b: Suture des cartilages inférieurs camouflée par un greffon de pointe en onlay pour dissimuler d'éventuelles irrégularités postopératoires

Pour réduire la projection de la pointe et obtenir une rotation céphalique suffisante, comme cela est indiqué dans la correction d'un nez en tension, la continuité du cartilage alaire est interrompue par la section de la crus latérale à la jonction de son tiers moyen et de son tiers latéral, suivie de la résection d'un segment cartilagineux du tiers latéral et de la partie céphalique (*figures 12a,b*).



Figures 12a,b : Technique « interruption-chevauchement-suture » (interrupted strip) pour obtenir une rotation céphalique adéquate de la pointe en cas de nez en tension

La résection d'une baguette caudale de cartilage septal est une méthode supplémentaire pour améliorer la rotation céphalique de la pointe. Le chirurgien doit être conscient que le processus de cicatrisation est moins prévisible avec une approche marginale qu'avec une approche transcartilagineuse et qu'il existe plus de risques d'asymétries postopératoires.

3. Voie externe

La voie d'abord externe, bien que plus traumatisante et plus longue, est l'approche qui offre la meilleure exposition

parmi ces trois voies d'abord. Cette approche permet au chirurgien d'effectuer une chirurgie bimanuelle et facilite l'évaluation des déformations spécifiques. Elle est donc particulièrement indiquée dans les cas suivants :

- Malformations congénitales
- Chirurgie de révision extensive
- Traumatisme nasal sévère
- Procédures élaborées de réduction et d'augmentation

Néanmoins, il existe une tendance à utiliser l'approche par voie externe de manière régulière, en particulier par les chirurgiens rhinologistes moins expérimentés. L'important reste de faire un choix éclairé en fonction du rapport risque de traumatisme chirurgical / bénéfice de l'approche sur le résultat postopératoire pour chaque cas particulier.

Afin d'éviter une nécrose cutanée ou une cicatrice visible, la préparation du lambeau de peau columellaire doit être attentive (*figures 13a,b*). Il ne doit pas entailler le cartilage sous-jacent de la crus mésiale, et la suture de l'incision cutanée médio-columellaire doit être méticuleuse en fin de geste (*figure 14*).





Figures 13a,b : Abord par voie externe après préparation rigoureuse du lambeau de peau de la columelle en évitant de léser le cartilage sous-jacent de la crus mésiale



Figure 14 : Suture méticuleuse de l'incision médio-columellaire avec du fil nylon 6/0

Exemples cliniques

Les figures 15 à 18 présentent des cas cliniques des trois différentes techniques :

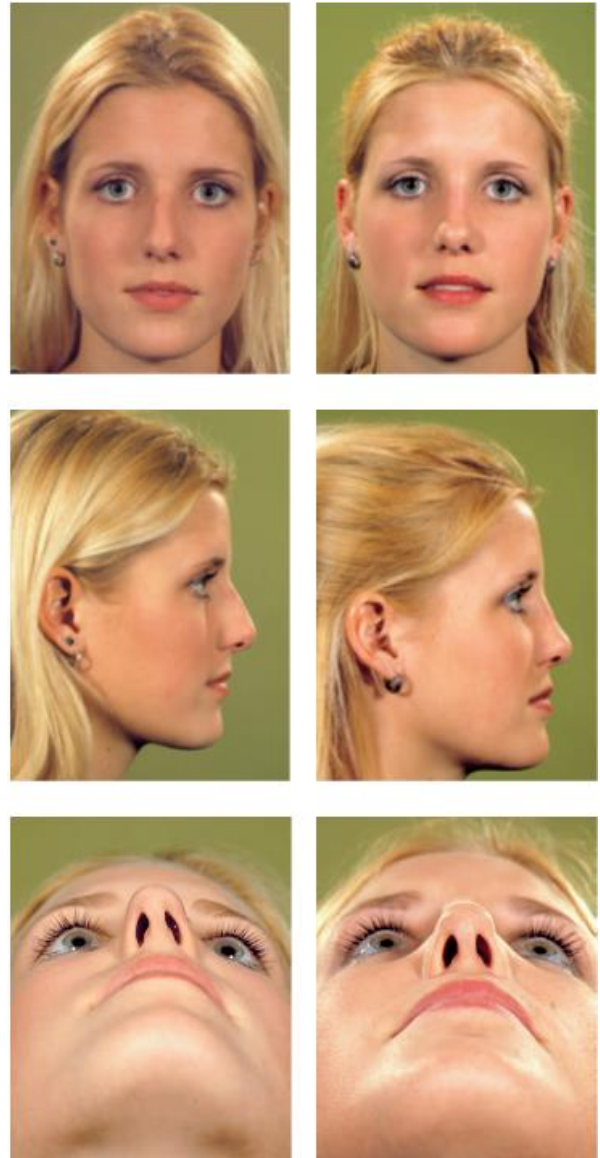


Figure 15 : Vues préopératoires (à gauche) et postopératoires (à droite) d'une patiente opérée d'une rhinoplastie par approche transcartilagineuse. Septoplastie première pour corriger une déviation septale caudale vers la gauche, suivie d'une résection céphalique des cartilages latéraux inférieurs. Puis résection de bosse ostéo-cartilagineuse, suivie de micro-ostéotomies médiales obliques et latérales et d'une in-fracture des os nasaux



Figure 16 : Vues pré (gauche) et postopératoires (droite) d'une rhinoplastie menée par une voie marginale pour affiner une large pointe trapézoïdale grâce à une suture transdomale et interdomale suivie d'une résection céphalique bilatérale des cartilages latéraux inférieurs et d'une petite résection du dorsum cartilagineux. L'asymétrie des narines due à une déviation septale caudale vers la gauche a été corrigée par une septoplastie à travers une incision hémitransfixiante

Figure 17 : Vues pré (gauche) et postopératoires (droite) d'un patient présentant une déformation congénitale du nez avec agénésie des os nasaux, sur-développement de la voûte cartilagineuse et déformation trapézoïdale extrême de la pointe nasale. Affinement de la pointe par des sutures inter- et transdomales, rotation céphalique adéquate de la pointe par une technique « interruption-chevauchement-suture » par voie externe. Puis résections de la base des alaires pour corriger la convexité



Figure 18 : Vues préopératoires (à gauche) et postopératoires (à droite) d'une patiente présentant une pointe bulbeuse avec un manque de projection. Une rhinoplastie par voie externe a été réalisée pour augmenter la projection de la pointe et l'affiner avec l'utilisation de greffes autogènes confectionnés à partir du cartilage septal : columellar strut et greffon de camouflage type bouclier (shield)

Le matériel de ce chapitre provient du livre **“Rhinoplasty: A practical guide to functional and aesthetic surgery of the nose”** G.J. Nolst Trenité (ed) ISBN 978-90-6299-206-5 <https://www.rhinoplasty.nl/store/>

Auteur

Gilbert Nolst Trenité MD, PhD
Professor of Otorhinolaryngology
Former President of European Academy of Plastic Surgery
Amsterdam, Netherlands
nolsttrenite@gmail.com

Traduction

Cécile Rumeau
Centre Hospitalier Universitaire
Nancy, France
c.rumeau@chru-nancy.fr

Editor

Johan Fagan MBChB, FCS(ORL), MMed
Professor and Chairman
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD &
NECK OPERATIVE SURGERY**
www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\) johannes.fagan@uct.ac.za](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za) is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/)

