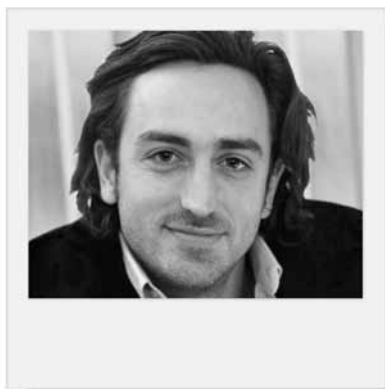


Sutures de la pointe du nez

RÉSUMÉ : Même si leur intérêt était connu depuis longtemps, les techniques de suture en rhinoplastie se sont considérablement développées ces vingt dernières années, en partie grâce à la démocratisation de la voie externe. Aujourd'hui, ces techniques sont très couramment utilisées et sont suffisamment fiables pour un contrôle de la forme et de la position des cartilages alaires.

Voici une liste des différents types de sutures dont dispose le chirurgien. Pour chacune d'elles, l'auteur décrit comment procéder et les résultats qu'un type de suture entraînera sur la forme de la pointe du nez.



→ **J.B. DURON**

Chirurgie Plastique,
Esthétique et Reconstructrice,
PARIS.

Illustrations

W. NOEL
Service de Chirurgie plastique,
AULNAY-SOUS-BOIS.

Les premières descriptions de sutures cartilagineuses lors d'une rhinoplastie remontent à 1931 quand Joseph [1] réalise un point columello-septal permettant une rotation céphalique de la pointe du nez tout en augmentant sa projection. Depuis, ces techniques n'ont pas cessé d'évoluer, en particulier ces vingt dernières années où elles sont entrées dans l'arsenal thérapeutique standard du chirurgien.

Actuellement, elles permettent de modifier de façon permanente et naturelle la forme des cartilages de la pointe du nez. A ce titre, elles devront être réalisées par des fils non résorbables ou à résorption lente (résorption supérieure ou égale à six mois).

En effet, six mois semblent constituer le délai à partir duquel les cartilages n'ont plus besoin de la force des fils pour garder leur nouvelle forme qui est alors maintenue par la fibrose postopératoire. Pour notre part, nous utilisons dans la majorité des sutures le PDS 5/0 mais ceci est histoire de préférences personnelles.

Il est également à noter que pour que les techniques de suture soient efficaces, les cartilages doivent posséder une largeur et une résistance suffisantes. En effet, lorsque les cartilages sont très fragiles ou qu'ils ont été excessivement réséqués

lors d'une précédente intervention, la réalisation de sutures sera difficile, voire dangereuse en risquant de les affaiblir encore plus, et la correction de leurs déformations nécessitera alors le plus souvent des greffes.

Enfin, même si leur réalisation est sans doute plus aisée et précise par voie externe, la majorité des sutures décrites peuvent également être effectuées par voie fermée. Dans ce cas, elles seront facilitées par la réalisation d'une anse de seau.

Nous avons choisi de décrire plusieurs sutures de la pointe du nez dans l'ordre décroissant de leur fréquence d'utilisation dans notre exercice quotidien (de la plus fréquente à la moins fréquente) (*tableau I*).

Suture interdômes

La suture interdômes (*fig. 1*) est réalisée au bord céphalique des cartilages alaires, soit au sommet des dômes, soit 2 mm en arrière en fonction de la distance interdômes. Elle peut être effectuée par un point simple ou un point en 8, mais l'opérateur doit faire en sorte que le nœud se situe entre les dômes de façon à être masqué par ces derniers.

	Projection de la pointe	Rotation de la pointe	Soutien de la pointe	Distance interdômes	Convexité des crus latérales	Columelle
Suture interdômes	↗ Mineure	Céphalique modérée		↘ Modérée		
Suture transdômes	↗	Céphalique ou caudale		↘	↘	
Point de Tebbetts	↗ Mineure	Caudale, légère	↗ Légère	↘ Modérée	↘	
Suture en cadre de crus latérales convexes	Mineure	Caudale, légère			↘	
Suture columello-septale	↗ ou ↘	Céphalique ou caudale	↗	↗ Ou ↘		Ascensionnée
Suture des crus mésiales	↗ Mineure	Céphalique légère ou caudale légère	↗	Diminution mineure		Affinée
Suture des pieds des crus mésiales	↗ Mineure		↗			Affinée à sa base ± protrusion
Suture des crus intermédiaires		Céphalique si prend le septum	↗	↘		

TABLEAU I : Récapitulatif des effets des différentes sutures de la pointe du nez.

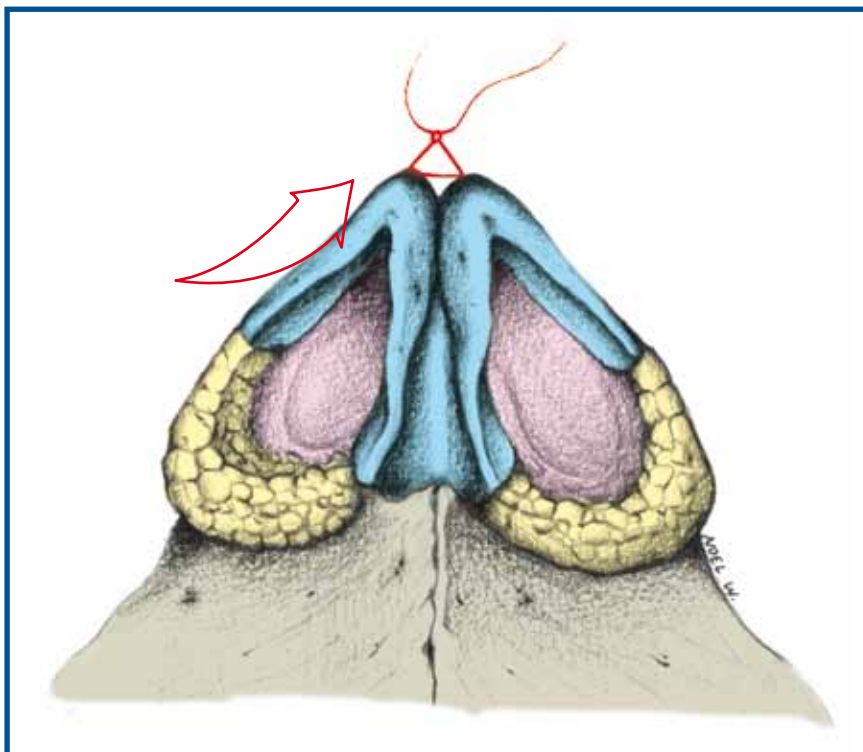


FIG. 1 : En plus de diminuer la distance entre les dômes, la suture interdômes augmente légèrement la projection de la pointe.

Ce point est primordial puisqu'il permet de rétablir la symétrie des dômes, point de départ indispensable au travail de la pointe du nez. C'est la raison pour laquelle nous le réalisons généralement en premier, avant même la mise en place d'un étai columellaire. En outre, cette suture diminue la distance interdômes, offre un léger gain de projection et entraîne une discrète rotation céphalique des dômes.

Le nœud doit être placé et serré de telle sorte que la distance interdômes soit environ de 6 à 8 mm chez la femme et de 8 à 10 mm chez l'homme. De même, il doit exister un angle de divergence des dômes compris entre 60 et 90 degrés. C'est la raison pour laquelle il est préférable de placer ce point au bord céphalique plutôt qu'au bord caudal des cartilages.

[Suture transdômes (fig. 2)

Il s'agit d'un point en cadre réalisé de part et d'autre de chaque dôme. Comme

FACE

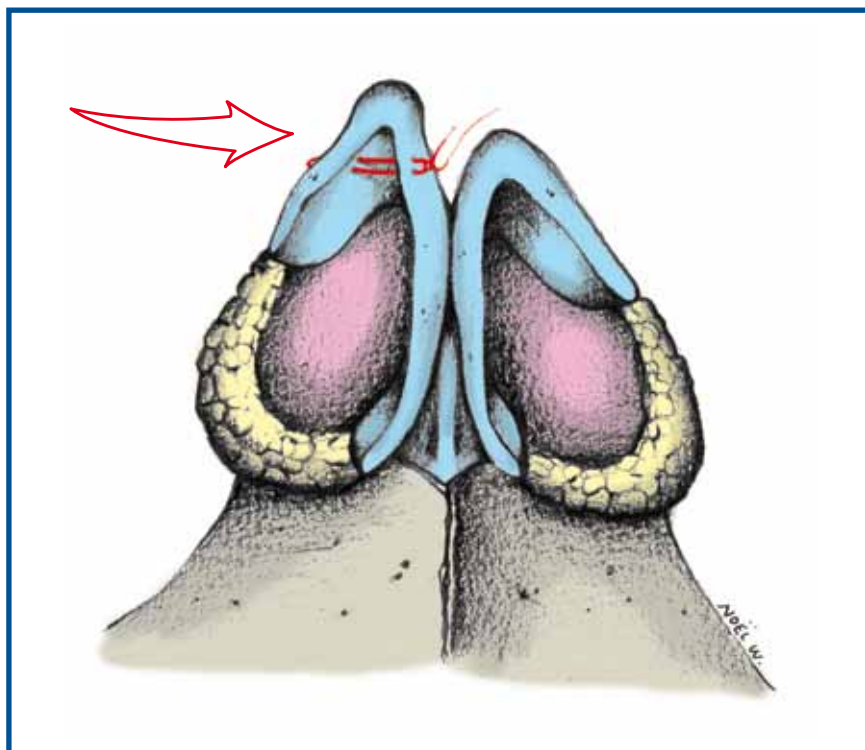


FIG. 2 : La suture transdômes diminue la distance interdômes, augmente la projection de la pointe et diminue légèrement la convexité des crus latérales.

pour la suture interdômes, l'opérateur devra faire en sorte que le nœud se situe médialement entre les deux dômes.

Lors de sa réalisation, il est primordial de s'assurer que l'aiguille ne traverse pas la peau vestibulaire, de façon à éviter une exposition des fils dans la fosse nasale. Pour ce faire, il faut infiltrer la peau vestibulaire située sous le dôme cartilagineux (hydrodissection) ou, au mieux, la disséquer complètement. Il est également possible de s'assurer de l'absence d'exposition en laissant l'aiguille en place lorsqu'elle traverse le dôme et en faisant glisser le porte-aiguille libre contre la peau vestibulaire. Ainsi, un contact métallique perçu avec le porte-aiguille signe une exposition des sutures.

Ce point largement utilisé permet d'augmenter la définition de la pointe en affinant les dômes, d'augmenter la

projection de la pointe et de diminuer la convexité des crus latérales (il peut même parfois entraîner une légère concavité de la crus latérale). Il ne devra pas être trop serré afin d'éviter un aspect de pointe pincée disgracieux et peu naturel.

Lorsqu'il est placé sur la moitié céphalique des dômes (cas le plus fréquent), il entraîne une légère rotation céphalique. Inversement, lorsqu'il est positionné sur leur moitié caudale, il entraîne une rotation caudale de la pointe [2].

Sutures visant à diminuer la convexité des crus latérales

Outre la suture transdômes, deux types de sutures ont pour objectif principal de réduire la convexité des crus latérales en cas de pointe large.

1. Point de Tebbetts [3](fig. 3)

Il s'agit d'un point en cadre réalisé entre les deux crus latérales et qui devra donc être effectué après l'éventuelle résection de leurs bords céphaliques. En serrant le nœud, les deux crus latérales vont perdre de leur convexité en se rapprochant toutes les deux de la ligne médiane, ce qui a pour effet d'affiner la pointe. De même, la distance interdômes est diminuée. En outre, le léger allongement des crus latérales, lié à leur perte de convexité, peut entraîner une rotation caudale des dômes avec allongement du nez. Cet effet devra être pris en compte lors de la réalisation de cette suture.

Dans la description initiale de Tebbetts, le fil passe également à travers le septum. Pour Aiach [6], il est préférable que chaque crus soit suturée au septum de façon indépendante de l'autre afin d'éviter le risque de glissement latéral des crus. Actuellement, de nombreux auteurs conseillent de ne plus traverser le septum afin de ne pas bloquer la pointe du nez dans une position fixe qui empêcherait la réalisation de certains ajustements [4].

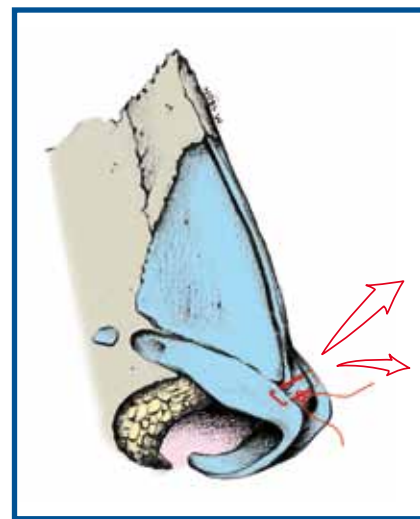


FIG. 3 : Le point de Tebbetts diminue la convexité des crus latérales, augmente légèrement la projection de la pointe et induit une discrète rotation caudale.

Outre les effets décrits, en reposant sur le bord antérieur septal, cette suture apporte un soutien supplémentaire à la pointe puisqu'elle l'empêche de reculer. C'est la raison pour laquelle la suture est généralement positionnée 6 à 8 mm en arrière des dômes, ce qui correspond à la projection moyenne souhaitable des dômes par rapport au bord antérieur du septum. Ce niveau doit être adapté à l'épaisseur de la peau de la région suprapapillaire (plus la peau est épaisse, plus les dômes doivent être situés au-dessus du bord antérieur septal afin de compenser cette épaisseur) [4].

Cette suture doit être serrée très prudemment car un excès de tension risquerait d'entraîner une concavité des crus latérales avec collapsus de la valve externe. De la même façon, elle peut parfois être responsable d'une rétraction narinaire qui doit être décelée et, le cas échéant, corrigée par une greffe cartilagineuse du bord libre.

2. Suture en cadre des crus latérales (fig. 4)

Ces points en cadres auront les mêmes effets que la suture précédente (affine-

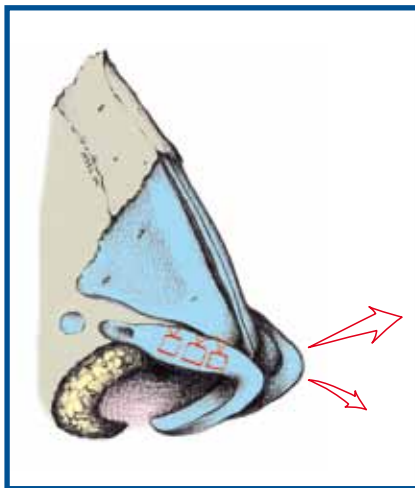


FIG. 4 : La suture en cadre des crus latérales entraîne les mêmes effets que le point de Tebbetts (diminution de la convexité des crus latérales, augmentation de la projection et légère rotation caudale).

ment de la pointe par diminution de la convexité des crus latérales, augmentation discrète de la projection et légère rotation caudale de la pointe).

La muqueuse doit être disséquée (ou au moins injectée) de façon à éviter l'exposition des sutures dans les fosses nasales. Le premier point est alors réalisé au niveau de l'apex de la convexité des crus latérales. Le premier passage est effectué perpendiculairement à l'axe de la crus latérale et le deuxième est parallèle au premier, 6 à 8 mm plus en arrière. D'autres points sont ensuite effectués en amont et en aval du premier jusqu'à obtenir la forme désirée de la crus latérale. Il est généralement préférable de réaliser plusieurs petits points rapprochés plutôt qu'un seul point à passage large. Après correction, l'opérateur doit vérifier qu'il n'existe pas de concavité trop importante qui pourrait être responsable d'un collapsus.

Sutures visant à corriger la concavité des crus latérales [5]

Selon le procédé inverse de la correction des crus latérales trop convexes, un ou plusieurs points en cadres réalisés après infiltration ou dissection de la peau vestibulaire sous-jacente permettent de corriger une concavité des cartilages. Cette technique, qui ne peut être utilisée que si le cartilage présente une solidité et une hauteur suffisante, (8 à 10 mm) [6], renforce également le support de la pointe en procurant une meilleure rigidité aux crus latérales.

Sutures columello-septales ("Tongue in groove") (fig. 5 et 6)

Il s'agit d'une suture qui accroche les deux crus mésiales au bord caudal du septum. L'aiguille prend le bord céphalique d'une crus mésiale, puis le cartilage septal et enfin le bord céphalique de la deuxième crus mésiale. Ainsi, lorsque le nœud est serré, les crus mésiales se rapprochent du bord caudal du septum.

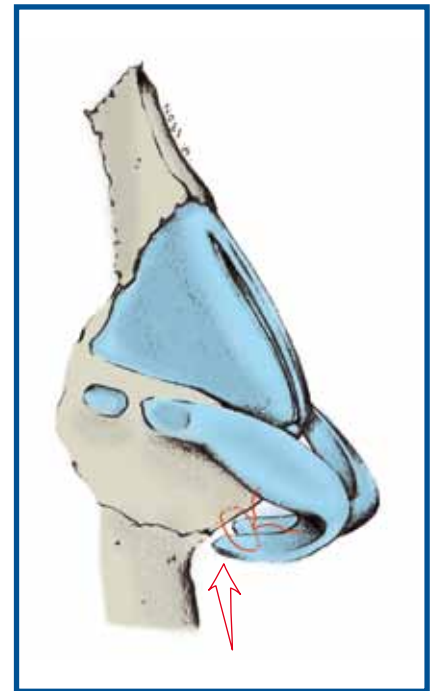


FIG. 5 : L'amarrage du bord céphalique des crus mésiales au septum induit une ascension de la columelle.

Le principal intérêt de cette suture est de remonter la columelle en cas de columelle procidente, notamment dans les cas de "nez en tension". L'opérateur devra toujours s'assurer qu'une tension excessive du nœud n'a pas entraîné une rétraction columellaire.

En outre, cette suture renforce considérablement le support mésial puisqu'il est sécurisé au septum et diminue par conséquent la nécessité d'un étai columellaire et de greffes de la pointe.

Enfin, selon la position et la direction du point, l'opérateur peut modifier la projection de la pointe. Lorsque le fil amarre les pieds des crus mésiales à l'angle antéro-inférieur du septum, la suture augmente la projection de la pointe et induit une rotation céphalique de la pointe. Si elle n'a pas été sécurisée par une suture interdôme, elle induit également une augmentation de la distance interdômes.

FACE

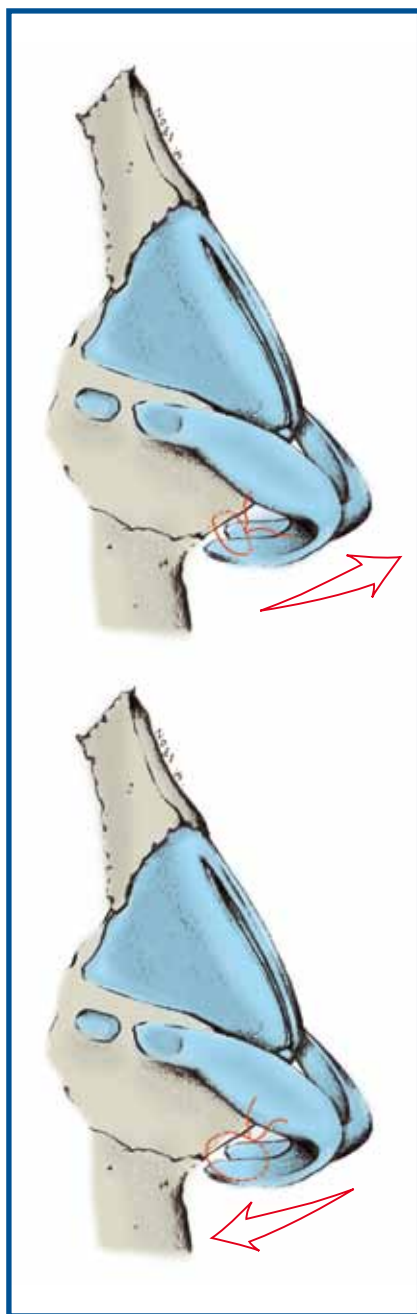


FIG. 6 : En outre, la position et la direction du point peuvent augmenter ou diminuer la projection de la pointe.

Inversement, si le fil accroche la partie antérieure des crus médiales au septum postérieur proche de l'épine nasale, le point diminuera la projection et fermera l'angle naso-labial.

POINTS FORTS

- ➞ Lors de la réalisation de sutures, le chirurgien devra toujours s'assurer de l'absence d'exposition du fil dans la fosse nasale.
- ➞ Les sutures doivent être réalisées avec du fil non résorbable ou à résorption lente.
- ➞ Elles ne sont efficaces que lorsque la quantité restante de cartilage est suffisante et que ceux-ci sont de bonne qualité.
- ➞ Lorsqu'une suture interdôme est réalisée, il est généralement conseillé de l'effectuer en premier, afin d'obtenir la meilleure symétrie possible des dômes, point de départ indispensable au travail de la pointe.
- ➞ Après toute suture visant à diminuer la convexité des crus latérales, le chirurgien doit s'assurer de l'absence de concavité trop importante qui pourrait être responsable d'un collapsus de la valve externe.

Sutures des crus médiales (fig. 7)

Il s'agit d'un point en cadre ou d'un point simple passé entre les deux crus

médiales, le plus souvent au niveau de leur bord céphalique et plus rarement au niveau de leur bord caudal. Comme pour les autres sutures, le nœud devra

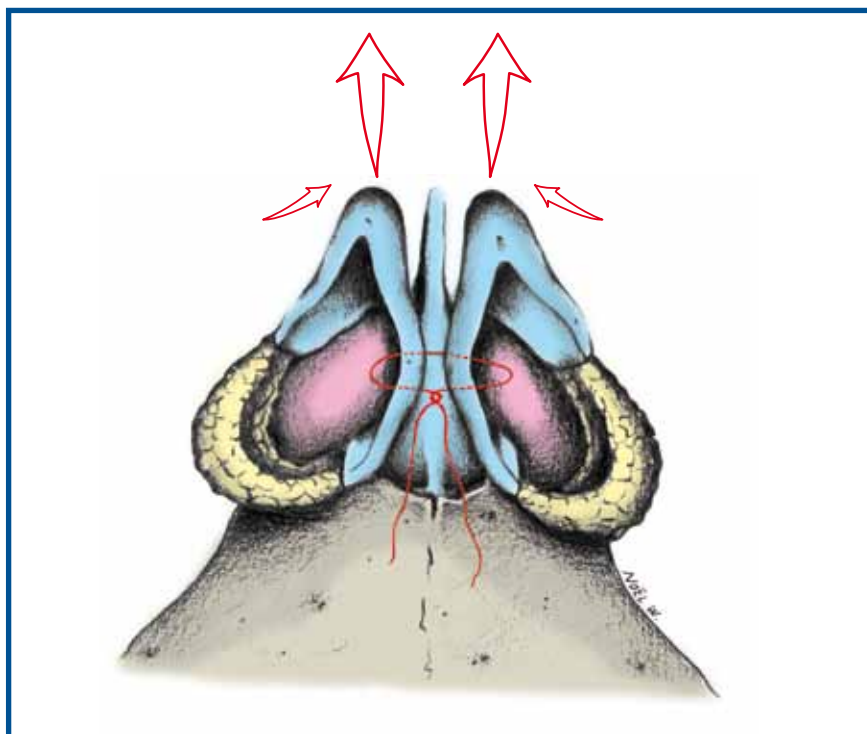


FIG. 7 : La suture des crus médiales affine la columelle, augmente légèrement la projection et diminue un peu la distance interdômes.

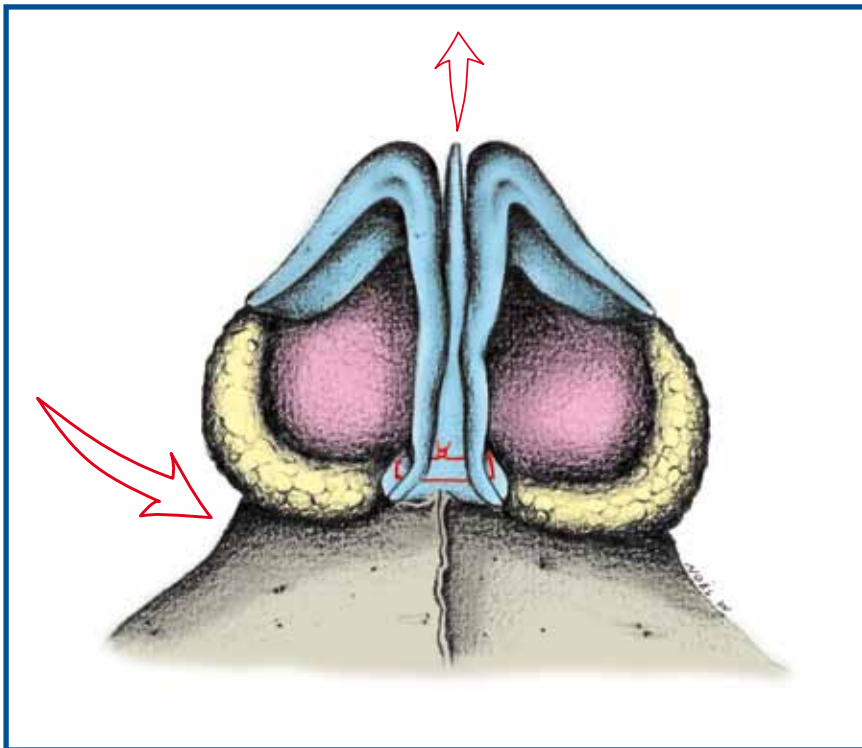


FIG. 8 : La suture des pieds des crus médiales affine la base de la columelle et augmente légèrement la projection de la pointe.

se trouver entre les deux crus afin de ne pas être palpé sous la peau fine de la columelle.

Cette suture diminue la largeur de la columelle et augmente le support de la pointe en renforçant les crus médiales. Elle diminue également un peu la distance interdomes et entraîne une discrète rotation céphalique des dômes lorsqu'elle est placée sur le bord céphalique des crus, cas le plus fréquent. Inversement, lorsqu'elle se trouve sur le bord caudal des crus médiales, cette

suture induit une légère rotation caudale des dômes.

Cette suture peut également être réalisée entre les pieds des crus médiales (**fig. 8**). Dans ce cas, elle affine la base de la columelle. De plus, si elle est effectuée sans résection des tissus mous situés entre les deux pieds, elle entraînera une légère protrusion de la base de la columelle. Cet effet accessoire est souvent bénéfique puisque la divergence des pieds des crus médiales s'accompagne en général d'une rétraction du pied columellaire [2]. Il

peut néanmoins être évité en réséquant les tissus mous qui séparent les pieds des crus médiales.

Sutures des crus intermédiaires

Elle se situe à hauteur des genoux médiaux. Elle renforce également le support de la pointe et diminue de façon plus importante la distance interdomes. Ce point peut également s'accrocher à l'angle antéro-inférieur du septum. Dans ce cas, il entraîne également une rotation céphalique de la pointe.

Bibliographie

1. JOSEPH J. Nasenplastick und sonstige Gesichtsplastik nebst einen Anhang ueber Mammaplastik. Leipzig: Verlag von Curt Kabitzsch, 1931.
2. GUYURON B, BEHMAND RA. Nasal Tip Sutures Part II: The interplays. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2003; 112: 1130-1145.
3. TEBBETTS J. Shaping and positioning the nasal tip without structural disruption: a new, systematic approach. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1994; 94: 61-77.
4. GRUBER RP. Suture Technique. Dallas Rhinoplasty, Nasal Surgery by the Masters, St Louis: Quality Medical Publishing, 2002.
5. GRUBER RP. Suture correction of nasal tip cartilage concavities. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 1997; 100: 1616-1617.
6. AIACH G, GERBAULT O, GOMULINSKI L. Rhinoplastie, voie d'abord externe, 3^e édition. Paris: Masson, 2009.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.