

## CAS CLINIQUE

# Rhinoplastie tertiaire

→ J.B. DURON  
Chirurgien Plasticien  
PARIS.

**I**l s'agit d'une patiente de 28 ans qui a déjà bénéficié d'une rhinoplastie par voie fermée il y a 6 ans, suivie d'une reprise chirurgicale 1 an plus tard. Elle demande une amélioration esthétique et fonctionnelle. Elle présente une racine basse (niveau pupillaire), un V inversé, une asymétrie et une déviation de la pointe, une columelle procidente associée à une rétraction bilatérale des ailes, une saillie cartilagineuse de la columelle et un épatement des ailes nasaires (**fig. 1 à 4**). Sur le plan fonctionnel, elle se plaint d'une gêne obstructive bilatérale, plus importante à droite qu'à gauche.

L'examen retrouve une peau d'épaisseur moyenne, un toit ouvert avec quelques irrégularités osseuses, une perte de soutien de la pointe avec une plicature de la columelle au niveau de la saillie cartilagineuse visible lors de la pression postérieure. Sur le plan fonctionnel, il existe un collapsus bilatéral modéré de la valve interne et une déviation horizontale de la cloison à droite en endonasal.

**Quel traitement proposeriez-vous à cette patiente ?**

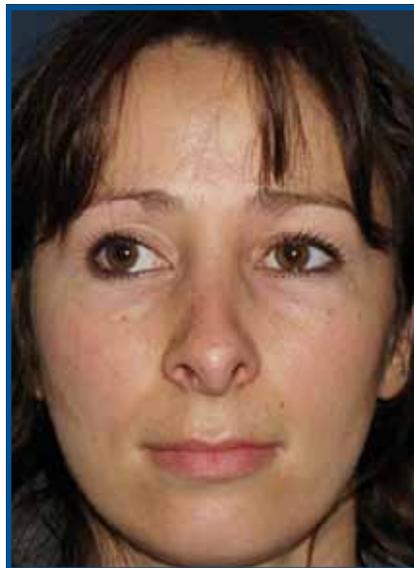


FIG. 1 : Face en préopératoire.



FIG. 2 : 3/4 en préopératoire.



FIG. 3 : Profil en préopératoire.



FIG. 4 : Vue semi-basale en préopératoire.

## CAS CLINIQUE

L'intervention proposée s'est déroulée sous anesthésie générale.

Dans un premier temps, l'aponévrose temporale profonde droite ainsi que le cartilage de la conque droite ont été prélevés en vue d'un DCF (*Diced Cartilage in Fascia*) (fig. 5). Puis, après



FIG. 5 : Prélèvement pour DCS.

infiltration, une voie de Rethi complétée par une incision marginale bilatérale (légèrement décalée en céphalique en vue de greffes alaires) a permis d'exposer la structure ostéo-cartilagineuse du nez grâce à un décollement dans le plan sous-périchondral. Le dorsum a été décollé précautionneusement de façon à réaliser une loge d'accueil sur mesure pour le DCF. La dissection des crus mésiales a révélé une interruption de celles-ci. Le septum a ensuite été abordé et prélevé en conservant le L de soutien (cette résection a corrigé la déviation interne liée à un excès de longueur cartilagineux). Il ne paraissait pas nécessaire de décrocher le pied du septum de l'épine nasale.

**Chaque déformation a ensuite été corrigée comme suit :**

>>> Correction du V inversé et du collapsus de la valve interne : deux *spreader grafts* sont fabriqués à partir du prélèvement septal et suturés en place.

>>> Rétablissement du support de la pointe et de la continuité des crus mésiales : un étai columellaire fabriqué à partir du prélèvement septal est suturé aux deux parties de chaque crus mésiale afin de les solidariser et les renforcer.

>>> Rétablissement des rapport columello-alaire : un raccourcissement cartilagineux (4 mm) et muqueux (2 mm) ainsi qu'une suspension de l'étai au nouveau

bord caudal du septum (*Tongue in Groove* modifié) ont permis de remonter la columelle. En fin d'intervention, deux greffes alaires (confectionnées à partir du prélèvement septal) ont abaissé les ailes.

>>> Symétrisation des dômes et définition de la pointe avec des techniques de sutures transdomales. Pas d'utilisation de greffes dans ce cas.

>>> Correction du V inversé, rehaussement de la racine au niveau du pli palpébral supérieur et définition des lignes dorsales lumineuses : le dorsum a été reconstruit par DCF (aponévrose temporale profonde et conque) après petit abaissement de l'arête.

>>> Correction de l'épatement des ailes par résection des seuils nasaires.



FIG. 6 : Face en postopératoire à 9 mois.



FIG. 7 : 3/4 en postopératoire à 9 mois.



FIG. 8 : Profil en postopératoire à 9 mois.



FIG. 9 : Vue semi-basale en postopératoire à 9 mois.

## Discussion

Le résultat à 9 mois montre une amélioration considérable de l'aspect esthétique du nez dont la patiente est très satisfaite (fig. 6 à 9). On constate notamment une correction du V inversé, une restauration des lignes lumineuses dorsales, un repositionnement de l'angle naso-frontal et une amélioration des rapports columello-alaires. Sur le plan fonctionnel, il n'existe plus de gêne obstructive.

Cependant, on peut noter la persistance d'une légère rétraction des triangles mous. Pour la corriger, les greffes alaires auraient sans doute pu être mieux confectionnées ou positionnées (il ne

nous semble pas s'agir d'une indication de greffe composée). De même, l'angle de rotation de la pointe fait discuter une greffe infra-apicale.

En outre, même si la symétrie est obtenue de face, on remarque que la déviation septale n'est pas complètement corrigée sur la vue semi-basale. Une meilleure rectitude aurait probablement été obtenue en libérant totalement le septum de l'épine nasale afin de corriger la déviation jusqu'à son bord caudal par simple résection de l'excès de longueur à ce niveau et/ou d'autres gestes si nécessaires (avant de le refixer solidement à l'épine). De même, il persiste une légère asymétrie des dômes sur la vue semi-

basale (probable échec de la suture transdomale droite).

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

**Vous auriez peut-être proposé un autre traitement ?**

**Pour réagir :**  
[info@realites-chirplastique.com](mailto:info@realites-chirplastique.com)

# réalités

## Bulletin d'abonnement

Je m'abonne à  
**réalités en Chirurgie Plastique**

Médecin

- 1 an : 60 €
- 2 ans : 95 €

Étudiant/Interne

- (joindre un justificatif)
- 1 an : 50 €
  - 2 ans : 70 €

Étranger

- (DOM-TOM compris)
- 1 an : 80 €
  - 2 ans : 120 €

Bulletin à retourner à :  
**PERFORMANCES MÉDICALES**  
91, AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE  
75011 PARIS

Déductible des  
frais professionnels

**4**  
crédits  
FMC/an

Nom

Prénom

Adresse

Ville

E-mail

Code postal

Règlement  Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

Signature

Par carte bancaire (sauf American Express)

carte n°

cryptogramme  date d'expiration