

# La rhinoplastie par voie fermée : une méthode fiable toujours d'actualité (1<sup>re</sup> partie : introduction et technique)

**RÉSUMÉ :** Cet article est le fruit d'une expérience de toute une carrière dédiée à la voie fermée, à propos de quelques milliers de cas opérés. Son but est d'aider les jeunes plasticiens à s'aguerrir à la rhinoplastie classique, en apportant le plus de détails pratiques.

Dans cette première partie, l'auteur aborde les bases anatomiques de la rhinoplastie, la technique à proprement parler, ainsi que certains petits secrets et astuces afin d'améliorer le résultat de cette intervention. Dans le prochain numéro, la deuxième partie détaillera des cas de rhinoplasties primaires et secondaires difficiles, traitées par voie fermée.



→ **Y. LEVET**

Ancien chef de Clinique-assistant à la Faculté de médecine de Paris, Ancien directeur de l'enseignement de l'ISAPS, Membre de la Rhinoplasty Society (Inc).  
BOULOGNE-BILLANCOURT.

Cet article n'est pas un catalogue mille fois répété sur la rhinoplastie. Il est la résultante d'une expérience de toute une carrière dédiée à la voie fermée, à propos de quelques milliers de cas opérés. Son but est d'aider les jeunes plasticiens à s'aguerrir à la rhinoplastie classique, en apportant le plus de détails pratiques.

C'est une opération difficile, qui ne pardonne pas les erreurs, parce que le nez est au milieu de la figure, et que tous les petits détails se voient. Un nez bien fait ne doit pas se remarquer. Et il faut en faire beaucoup pour juste commencer à dominer la question, autrement dit il faut avoir fait toutes les erreurs pour commencer à bien faire. La rhinoplastie est une école de modestie. Les retouches sont fréquentes et les patients doivent en être prévenus, sous peine de déceptions et de réclamations.

Il y a une vingtaine d'années, un chirurgien plasticien avait écrit un livre dans lequel il disait "mon premier nez, quand j'ai retiré le plâtre, il était parfait". On

avait tous pensé que ce chirurgien prétentieux devait attendre quelques mois et qu'on en reparlerait !!! En effet, l'œdème postopératoire masque les défauts, et il faut attendre une bonne année pour juger le résultat... et proposer une retouche...

Loin des méthodes d'Outre-Atlantique qui ont une mauvaise tendance à nous envahir, la rhinoplastie s'apparente à la cuisine. Il y a la cuisine américaine : on pèse tout, on mesure tout, et tout doit tomber juste ; et il y a la cuisine française qui goûte les plats plutôt qu'elle ne les pèse. Les goûteurs (nous les Français) avancent pas à pas dans leur recette ; le récipient de la cuisson, la chaleur du feu, ne sont jamais identiques d'une fois à l'autre. On obtient toujours un bon plat, mais c'est toujours différent.

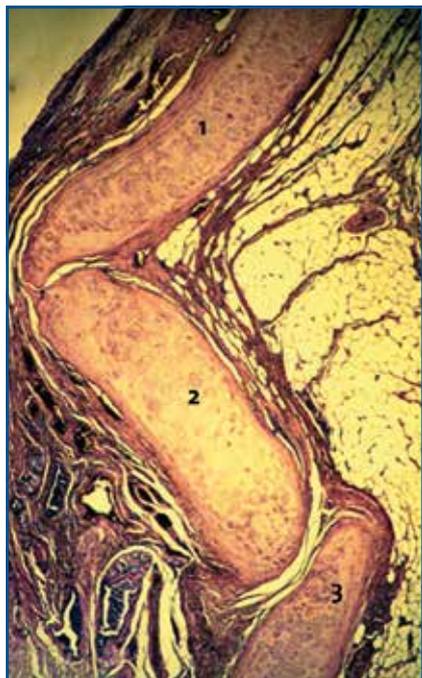
Pour la rhinoplastie, c'est la même chose. Il n'y a pas un nez semblable, pas une peau semblable, ni un cartilage identique ni même une physiologie respiratoire comparable. Ce qu'il faut c'est éviter les grosses erreurs et ne pas trop promettre. En fait, il faut avoir du bon sens !

## Historique et bases anatomiques

La rhinoplastie existe depuis plus d'un siècle. De Dieffenbach à Jacques Joseph, les premières opérations étaient des voies ouvertes transcutanées dont l'une des plus célèbres a été photographiée par Joseph en 1908... Dans les années 1950, sous l'impulsion de G. Jost et de P. Robin, la voie d'abord a été principalement une voie fermée. Qu'on l'appelle intercartilagineuse, transcartilagineuse ou en anse de seau, c'est une incision entre peau en avant et muqueuse en arrière qui met à nu le squelette du nez.

### 1. Le niveau d'incision cartilagineuse

Il faut bien avoir en tête l'anatomie de la région nasale latérale pour comprendre ces diverses incisions qui, de



**FIG. 1 :** La continuité du cartilage latéral supérieur, appelé encore cartilage triangulaire (1), du cartilage sésamoïde (2) et du cartilage latéral inférieur (3) appelé encore cartilage alaire. On voit, de chaque côté, que le plan péri-chondral est en continuité, ce qui signifie qu'il s'agit en fait de la même couche de cartilage continue de haut en bas. Cette couche se plicature, c'est la *plica nasi*.

toute façon, rompent la continuité du cartilage du tiers inférieur. Le cartilage latéral supérieur est en continuité avec le plan osseux vers le haut. En continuant à le suivre vers le bas, il devient le cartilage latéral inférieur. Ces deux cartilages font à leur jonction une plicature qu'on appelle la *plica nasi*. Mais si on étirait artificiellement cette zone, on obtiendrait une continuité avec, au niveau du pli, une rupture du cartilage, toujours dans le même plan, qui donne de petits fragments : les cartilages sésamoïdes (**fig. 1**).

En réalité, cartilage supérieur, encore appelé cartilage triangulaire bien qu'il soit quadrangulaire, cartilages sésamoïdes et cartilage inférieur, encore appelé cartilage alaire, sont la même feuille cartilagineuse continue possédant un seul plan histologique péri-chondral superficiel et profond. Dès lors, c'est juste le niveau de l'incision plus ou moins proche de la *plica nasi* qui va décider si cette incision est plus ou moins basse. Elle n'est pas intercartilagineuse puisqu'il n'y a pas deux cartilages (supérieur et inférieur), mais une seule lame continue ; **elle est donc toujours transcartilagineuse**, laissant au-dessus d'elle une quantité plus ou moins grande de cartilage dit supérieur.

Il faut comprendre d'ailleurs que puisque la rhinoplastie est en général une réduction, ce n'est pas le niveau où on va inciser qui compte mais la quantité totale de cartilage retiré. En d'autres termes, si on faisait des incisions à une hauteur différente à gauche et à droite, il suffirait de retirer plus ou moins de cartilage vers le haut ou vers le bas de chaque côté pour obtenir l'équilibre des résections et ne pas risquer une asymétrie aboutissant à un nez "qui tourne".

### 2. Le cartilage alaire

Il est très intéressant d'analyser le cartilage alaire. Sa forme est variable dans sa hauteur, sa convexité ou sa concavité médiane, et dans sa longueur. La solidité

due à l'épaisseur du cartilage est aussi très variable : il y a des cartilages très fins associés à une peau très épaisse, et là c'est la peau qui va donner la forme de la pointe du nez, et au contraire des cartilages très puissants sous une peau très fine. La forme générale de cet anneau est constante. C'est, loin des descriptions répétitives des manuels d'anatomie, un vrai anneau dont les extrémités se rejoignent comme un anneau de clef, formant un cercle quasiment complet. Mais la partie postérieure, bien plus fine que l'antérieure, appelée prolongement postérieur ou encore *cauda*, est fine, en accordéon, et possède une nette fonction de ressort. C'est une zone postérieure, rarement disséquée, mais dont le rôle fonctionnel est fondamental : le dogme de la section du prolongement postérieur systématique pour faire reculer la pointe du nez doit absolument être oublié car la majorité des troubles respiratoires post-rhinoplastie viennent de cette section (**fig. 2**).

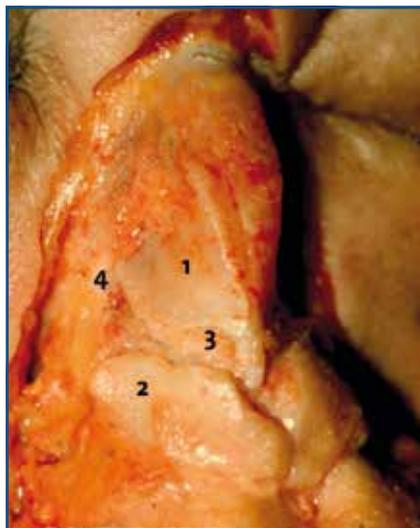
Pour comprendre le phénomène, il faut regarder la disposition latérale de l'anatomie nasale. Le nez est posé sur l'orifice



**FIG. 2 :** Vue anatomique du cartilage alaire (latéral inférieur), véritable anneau de clef. On voit parfaitement que le prolongement postérieur, appelé aussi *cauda*, va jusqu'en avant toucher la base de la partie verticale de l'alaire appelé aussi crus médian. Ce contact se fait pratiquement sur la cloison. Il faut noter que, dans les livres classiques, le prolongement postérieur est à peine dessiné, lorsqu'il est décrit.

piriforme du maxillaire supérieur. Mais, entre le cartilage latéral supérieur et l'os, en arrière de l'aile du nez, là où la narine rejoint la joue, il existe en arrière de ce point une zone où il n'y a pas de cartilage et où il n'y a pas d'os. La peau y est en contact direct avec la muqueuse (**fig. 3**).

Quand on tire sur la pointe du nez, cette zone s'élargit ; à l'inverse, en appuyant sur la pointe, elle se ferme. Il s'agit donc d'une valve, que nous avons appelée G, Jost et moi-même, le triangle faible postérieur. Ce triangle a une fonction "respiratoire" car, quand il est fermé, on respire moins bien. Or, ce triangle se ferme si on coupe les prolongements postérieurs du cartilage alaire et, si ce recul s'associe avec un pincement de la valve antérieure que nous verrons plus loin, le résultat fonctionnel devient désastreux, la structure nouvelle se "collabe" en inspiration et s'oppose à la ventilation (**fig. 4**).



**FIG. 3 :** Vue anatomique de trois-quarts. En 1, le cartilage latéral supérieur dit aussi triangulaire, en 3 les petits cartilages sésamoïdes qui sont juste une fracture entre les deux cartilages principaux, en 2 le cartilage alaire dit aussi latéral inférieur et en 4 le triangle faible postérieur où il n'y a pas de cartilage et où la peau et la muqueuse sont en contact direct. Quand on appuie sur la pointe du nez, cette zone se ferme comme une valve. Elle se ferme aussi quand on sectionne le prolongement postérieur de l'alaire. C'est là aussi que le nez se pince dans les pointes bulbueuses dites "en bouchon de champagne".

Le plus souvent, la rhinoplastie réduit la quantité totale de cartilage de façon harmonieuse. Sauf dans certains cas particuliers, la résection harmonieuse de cartilage alaire et de sa partie immédiatement sus-jacente suffit à obtenir une jolie pointe. Jolie ne signifie pas stéréotypée et, si la voie ouverte permet parfois de mieux voir ce que l'on fait sur la pointe, elle mène le plus souvent à des pointes toujours les mêmes, de forme correcte certes mais volontiers identiques, ce qui n'est pas toujours esthétique.

### Rhinoplastie par voie fermée : la technique

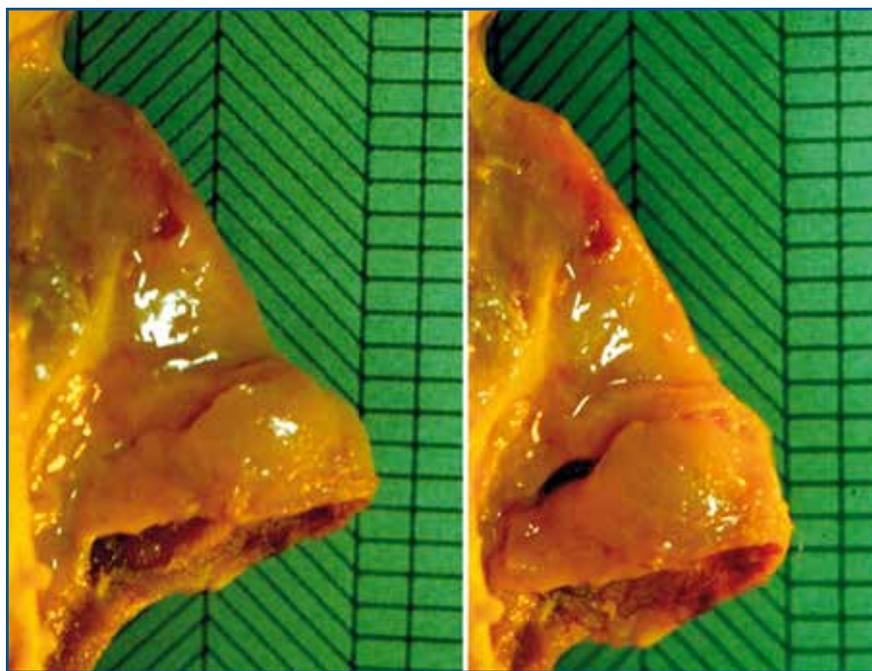
La rhinoplastie est une intervention extrêmement précise qui associe une multitude d'actes méticuleux dont chacun a son importance. Le moindre détail mal conçu peut engendrer un défaut qui, bien entendu, est "au milieu de la figure". C'est pourquoi la rhinoplastie a la réputation d'être une opération

très difficile. Elle ne fait effectivement aucun cadeau.

#### 1. L'infiltration

L'infiltration est très précise si on veut effectuer une rhinoplastie qui ne saigne pas. Une opération qui saigne est forcément moins précise parce que le saignement gêne la vue du champ opératoire, allonge le temps de l'intervention et peut énerver l'opérateur, ce qui n'est jamais très bon pour le résultat. J'utilise un mélange de 40 cc de xylocaïne additionnée de 1 mg d'adrénaline. Ce mélange est nettement plus concentré en adrénaline que les flacons tout préparés de xylocaïne adrénalinée du commerce. L'infiltration est faite avec une aiguille fine, à l'aide d'une seringue 5 cc Luer Lock, dans un plan très superficiel, intradermique, le long de toutes les incisions futures ; la muqueuse doit blanchir.

On injecte ensuite sous le dorsum et latéralement le long des ostéotomies



**FIG. 4 :** Vue anatomique sur une grille pour monter l'effet de la section des prolongements postérieurs. À gauche, avant section, la pointe est projetée. À droite, après section, la pointe a beaucoup reculé et la valve postérieure se ferme.

## FACE

latérales futures. On termine par un tamponnement à l'aide de mèches imbibées de xylocaïne naphazolinée et, très important, il faut attendre 3 minutes très précisément avant toute incision. Ce cérémonial est très précieux pour la suite, l'opération est parfaitement exsangue et donc très précise et rapide.

## 2. L'incision et le décollement

L'incision est intercartilagineuse, environ 2 mm au-dessus de la ligne de la *plica nasi*, mais ce niveau est en fait variable en fonction de la forme de la pointe et de la hauteur de cartilage latéral inférieur que l'on veut retirer. Si la pointe est grosse avec un cartilage très bombé, il faut inciser plus près de la *plica nasi* pour retirer davantage de cartilage en hauteur. Au contraire, si la pointe est déjà fine, on aura à retirer très peu de cartilage et l'incision doit être plus haute, plus près du bord libre.

Sur le septum, il faut inciser de bas en haut, il y a toujours un petit pli dans lequel il faut inciser. On rejoint ainsi l'incision latérale au niveau du dôme muqueux puis, à l'aide de ciseaux mousse, on complète le décollement pour rejoindre l'autre côté. Vers le haut, le décollement est sous-cutané jusqu'au niveau de la jonction supposée de l'os avec le cartilage latéral. Ensuite, avec la pointe des ciseaux mousse, on incise le périoste puis, avec une rugine plus large (d'Obwegeser), on rugine la bosse en essayant de rester dans le plan sous-périosté. Ce geste permettra de soulever le périoste avec la peau au niveau du tiers supérieur et donc d'obtenir une couverture plus épaisse du dos du nez qui masquera mieux une irrégularité éventuelle.

Le décollement des alaires se fait par voie rétrograde, aux ciseaux mousse. Une fois le décollement profond effectué, un crochet tend le cartilage dont il est facile de décoller la muqueuse avec des ciseaux pointus courbes, jusqu'à environ 2 mm du bord libre.

Sans couper le prolongement postérieur de ce cartilage, on en sacrifie alors une hauteur variable selon ce que l'on veut obtenir. Quelle hauteur ? C'est impossible à dire, c'est selon chaque cas. Ce qui est certain, c'est que la section du prolongement postérieur (la *cauda*) engendre un recul de la pointe du nez, mais aussi très souvent un trouble respiratoire. Il faut donc l'éviter. L'affinement de la pointe finit par la faire reculer aussi mais moins. La section des dômes, si elle est très symétrique et très interne, est aussi une solution pour faire reculer la pointe. Mais le résultat est aléatoire. Il faut donc s'adapter plutôt à chaque nez et ne pas promettre un petit nez si on sent que la pointe ne reculera pas beaucoup. Mieux vaut une pointe harmonieuse mais un peu forte qu'un nez pincé, irrattrapable. On peut aussi compter sur le modelage de la pointe du nez avec le pansement. Ce n'est pas négligeable, nous le reverrons.

## 3. Résection du bord antérieur du septum

La résection du bord antérieur du septum détermine la forme de la columelle et l'angle nasolabial : trop ouvert, le nez est en trompette ; trop fermé, la pointe est

tombante. Comment déterminer ce qu'il faut faire ? C'est en fonction du projet préopératoire et des photos : sur les profils, on voit bien les angles. Si on enlève sur le bord antérieur du septum, un triangle à pointe supérieure et à base inférieure, le nez donne l'illusion de s'abaisser et on "rentre" la base de la columelle. En revanche, si on retire un triangle de cartilage à base supérieure et pointe inférieure, on relève la pointe et on donne l'illusion de raccourcir le nez. La seule résection de cartilage donne un bon résultat. On peut, s'il faut beaucoup relever la pointe, y ajouter une résection de muqueuse qui va tirer aussi sur la columelle. Mais prudence : un excès de résection muqueuse n'est pas rattrapable !

## 4. Dissection transmuqueuse versus extramuqueuse (fig. 5)

La voie extramuqueuse est un mode de dissection du tube muqueux intranasal qui ne sacrifie pas de muqueuse sous la bosse par opposition à la dissection transmuqueuse.

### ● La voie transmuqueuse

La rhinoplastie par voie transmuqueuse a été pratiquée chez des milliers de

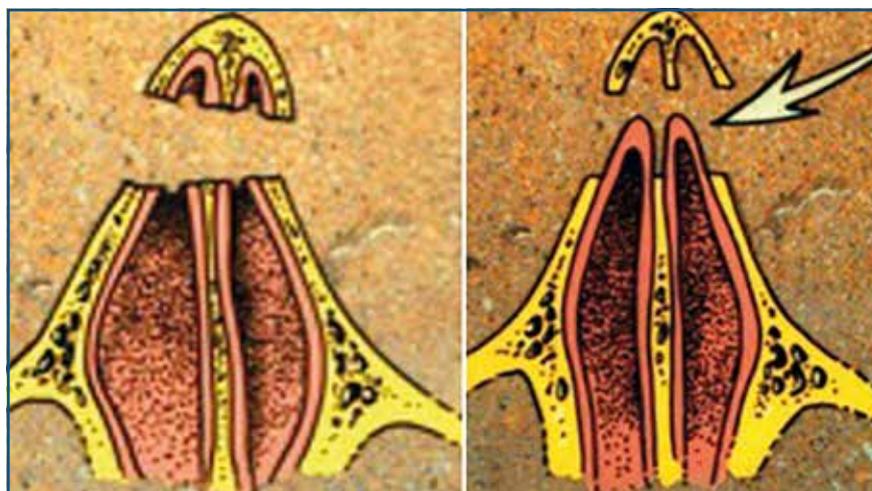


FIG. 5 : Différence entre voie transmuqueuse à gauche et voie extramuqueuse à droite. Dans la voie transmuqueuse, la bosse est retirée avec sa muqueuse profonde. Dans la voie extramuqueuse, la muqueuse nasale est intacte.

patients sans problèmes majeurs, surtout en Amérique du Nord. Elle présente quelques inconvénients mais également pas mal d'avantages. Elle consiste à retirer une bosse et la muqueuse qui la tapisse en profondeur, en bloc; elle est facile à réaliser et même parfois la seule solution possible dans les rhinoplasties secondaires. Elle est rapide. Grâce à elle, Fernando Ortiz Monasterio, Thomas Rees ou Jack Sheen ont réussi des rhinoplasties en 20 minutes.

Mais elle a des inconvénients indiscutables, certains sont objectifs et d'autres théoriques. Le premier problème est l'absence de muqueuse sous le toit du nez une fois celui-ci reformé, donc un contact direct entre la région sous-cutanée et la fosse nasale. Même si une néomuqueuse finit par se refaire, il est certain qu'une greffe immédiate en "onlay" du dos du nez en fin de rhinoplastie est impossible car la greffe tomberait dans la fosse nasale et ne serait pas protégée d'une infection. L'autre problème est hémorragique; de grandes tranches de section de muqueuse pourraient en effet être responsables de saignements postopératoires importants, et donc le méchage est obligatoire. Nous verrons plus loin que je ne mèche pas les rhinoplasties, ce qui offre de nombreux avantages. Enfin, un autre inconvénient est le sacrifice d'une bonne quantité de muqueuse respiratoire, ce qui entraîne d'autres troubles fonctionnels, dessèchement de l'air, anosmie durable, etc.

#### ● *La voie extramuqueuse*

Elle consiste à disséquer la muqueuse et à l'abaisser avant de retirer la bosse, qui est donc vierge de toute muqueuse quand elle est enlevée. Cette dissection, quand on en a l'habitude, est assez rapide. Elle préserve la muqueuse nasale, atténue très sensiblement les saignements, évite le méchage et permet des greffes d'apposition bien protégées en fin de rhinoplastie.

## POINTS FORTS

- ➔ Importance primordiale des bases anatomiques solides.
- ➔ Prendre son temps pour l'infiltration.
- ➔ Eviter la section des queues des ailes.
- ➔ Privilégier la dissection sous-muqueuse.
- ➔ Pas de sutures étanches, et pas de mèches.
- ➔ Le pansement joue un rôle majeur.

L'incision verticale le long du bord antérieur du septum doit permettre d'accéder au plan sous-périosté au niveau de l'épine nasale du maxillaire. Ce plan étant atteint, on remonte ensuite vers le haut dans le plan sous-périchondral qui est en continuité parfaite avec le plan sous-périosté. On reste ainsi sur le bon plan d'emblée et la rugine (de Joseph) remonte ainsi en décollant la muqueuse septale jusque sous la bosse, puis un mouvement tournant de dedans en dehors décolle la muqueuse. Il ne reste plus qu'à faire le décollement latéral sous les cartilages latéraux. On commence latéralement au niveau de l'angle en tenant avec sa pince le cartilage et en appuyant sur l'angle muqueux avec la rugine. Le tube muqueux s'abaisse ainsi progressivement, le nez est "squelettisé" et la bosse peut être retirée sans la muqueuse.

### 5. Les ostéotomies

#### ● *Ostéotomie médiane*

Une fois le nez squelettisé (que ce soit avec une voie ouverte ou une voie fermée), il faut retirer la bosse quand elle existe, ou pratiquer seulement des ostéotomies de rapprochement des côtés si elle n'existe pas. Il faut donc séparer les volets latéraux: on commence par

retirer la bosse, et le plus simple est de dessiner sur la peau la ligne idéale que l'on veut obtenir.

On utilise d'abord les ciseaux à cartilage qui suivent le dessin, on coupe le cartilage latéral de chaque côté et, bien sûr, le septum au centre. Puis, on complète cette section pour la partie osseuse de la bosse. Si on suit avec l'ostéotome la ligne que l'on a dessinée (on voit en enfilade l'axe de l'ostéotome dans le nez et la ligne sur la peau, qui doivent se superposer), il est rare de se tromper dans l'angle de résection. Il faut tomber juste: trop enfoncé trop de bosse sera retirée, trop superficiel pas assez. **Ce geste est donc très important.**

J'utilise un ostéotome fin pour chaque côté de la bosse que je préfère à l'ostéotome large de G. Aiach par exemple qui, s'il n'est pas bien horizontal, emporte plus de bosse d'un côté que de l'autre. La bosse retirée, il faut régulariser les bords osseux de la résection, soit avec une râpe assez épaisse genre râpe de Sheen, soit même avec une cisaille. Il faut que la région soit bien régulière et symétrique pour continuer avec les ostéotomies latérales. J'utilise un ostéotome de Jost qui a trois fonctions en une: il rugine, coupe et présente un repère latéral qui permet de suivre l'ostéotomie sous la peau.

## FACE

● **Ostéotomies latérales**

L'ostéotomie latérale s'appuie sur le bord externe de l'orifice piriforme, sans avoir besoin d'incision muqueuse préalable, ni de rugination préalable du trajet osseux ni de sciage préalable. On plante le bout du ciseau sur le bord de l'orifice piriforme et on vise le canthus interne. Ainsi, on va faire une ostéotomie basse du début à la fin. Pas besoin d'incurver la ligne, il faut juste aller tout droit et rester bas du début à la fin (le *low-low* anglo-saxon). L'aide opératoire doit frapper régulièrement, et fort. On ne s'arrête que lorsque le bruit relativement creux du marteau devient mat et profond, c'est que l'extrémité de la rugine (pas encore sa partie coupante) bute sur l'os frontal. Celui-ci est épais, à la hauteur du canthus interne, 1 bon centimètre, et dès que le bruit du marteau devient mat il faut s'arrêter. On reproduit la même ostéotomie de l'autre côté.

● **Ostéotomies paramédianes**

Il reste à libérer ensuite les deux volets osseux : ce sont les ostéotomies paramédianes. Elles se pratiquent non pas avec un ostéotome, qui irait tout droit et ne libèrerait pas les côtés, mais avec un ciseau à frapper. Quelle différence ? L'ostéotome est biseauté des deux côtés et le ciseau d'un seul. La direction du biseau donne la direction du trajet de l'instrument. Il faut donc longer le septum, se caler juste dans l'angle frontal et orienter le biseau face biseauté en dedans, de chaque côté, pour que le ciseau se dirige vers le dehors à chaque fois. Ainsi se libèrent les volets latéraux, en un coup bien sec de l'aide. Il faut enfin, à travers une compresse, appuyer sur le côté pour terminer la libération et s'assurer que les os propres sont bien mobiles.

Faut-il retirer les triangles osseux paraséptaux à la pince gouge ? Non, sûrement pas systématiquement, seulement dans les cas où la racine du nez est très

épaisse, souvent dans les nez traumatiques. Dans la plupart des autres cas, retirer cette formation osseuse paraséptale supérieure engendrera un pincement osseux très disgracieux. Il faut la conserver le plus possible.

Une fois les volets osseux rapprochés, il faut bien vérifier ce que l'on voit à l'intérieur et s'y reprendre à plusieurs fois pour retirer la moindre irrégularité interne sur le nouveau profil. Il faut regarder, toucher, regarder encore. Ces petites saillies de cartilage ou d'os sont le poison de la rhinoplastie. J'en ai eu pendant des années ; je ne vérifiais pas assez.

Il existe souvent, une fois les rapprochements latéraux faits, une saillie du bord supérieur de la cloison, le fameux rail au milieu du nez des rhinoplasties mal faites. Le bord supérieur de la cloison doit rester environ 1 mm en dessous du niveau général. Une fois l'aspect interne vérifié et revérifié, il est utile de passer son doigt sur le dos du nez sans gant. Souvent, on découvre encore des petites irrégularités qu'on ne voyait pas.

Souvent, les bords des volets latéraux sont un peu écartés et forment un aspect plat du dos du nez. Il convient alors de placer une petite greffe d'apposition de cartilage prélevé sur la pointe, greffe fine, bien écrasée et dont les bords ne seront pas saillants, qu'on doit poser en *onlay* sous contrôle de la vue, bien au milieu. Il est inutile de la fixer, elle doit se placer pile entre les volets.

Il peut arriver qu'on ait besoin de *spreader grafts*, ce mot signifiant greffe d'élargissement. Il convient en fait de placer deux petites épaisseurs de cartilage de part et d'autre de la cloison pour maintenir (un peu comme la greffe précédente) un maintien un peu écarté des deux volets et une meilleure respiration. Certains fixent ces greffes paralatéroseptales avec un fil résorbable à travers la cloison. Pourquoi pas ?

Dans certains cas, l'opérateur peut avoir besoin de cartilage supplémentaire pour ces greffes qu'il peut trouver notamment au niveau de la conque.

**6. La technique du prélèvement de conque**

Ce prélèvement doit prendre toute la conque. Pour moi, la voie idéale est postérieure. Elle doit être précédée d'une infiltration soigneuse derrière l'oreille, après avoir dessiné son incision dans le pli rétroauriculaire, par de la xylocaïne à 1 % adrénalinée classique et d'une infiltration devant l'oreille dans la région sous-cutanée de la conque avec du sérum physiologique sans adrénaline. En effet, l'adrénaline, au niveau des deux faces en même temps, risque d'entraîner des ennuis sur la peau.

L'abord postérieur est sous-périchondral, après incision arciforme du cartilage. Il faut enlever toute la conque pour ne pas avoir d'irrégularités. Le bord libre de l'incision permet de passer en sous-cutané en ouvrant progressivement les ciseaux mousse. Ce geste est bien facilité par l'infiltration qui réalise une hydrotomie. Le cartilage est libéré de son attache près du conduit.

Après une hémostase soigneuse, la suture cutanée peut se faire au fil résorbable par un surjet et doit être suivie d'un modelage soigneux de la conque avec de l'ouate bien imbibée de produit moussant type bétadine pour que le coton colle en séchant. Ce pansement modelant est la clé pour des suites simples, sans déformation. Si la conque n'est pas bien moulée, il existe un risque d'hématome entre les peaux postérieure et antérieure qui peut laisser de vilaines adhérences difficiles à corriger. Le pansement modelant doit rester en place au moins 4 jours.

Le morceau de conque obtenu est facile à découper et à modeler. Pour obtenir des baguettes rigides, il faut adosser deux

morceaux et les suturer ensemble. Il est vrai que la qualité de la conque ne permet pas tout mais le cartilage de cloison, s'il est plus rigide, est souvent absent chez le boxeur qui a subi de nombreux traumatismes et des hématomes de la cloison qui ont entraîné sa disparition.

J'utilise la conque de façon fréquente, l'oreille n'est pas déformée si le prélèvement est complet et le pansement correctement réalisé; elle a cependant tendance à se recoller un peu plus que l'autre côté non opéré, et il faut donc choisir l'oreille la plus décollée pour ce prélèvement.

#### 7. Et le menton ?

On ne sort pas du sujet de la rhinoplastie. Si, de profil, le menton est petit, ou en arrière, sans troubles de l'articulé dentaire qui renvoie à la chirurgie orthognatique, il est licite de le montrer au patient et de lui proposer une correction. J'utilise volontiers dans ces cas un lipomodélage du menton (*fig. 6 et 7*).

#### 8. La suture muqueuse et les petits secrets

Pourquoi les patients ont-ils de gros cocards après une rhinoplastie ?

- parce que l'infiltration n'était pas bien faite;
- parce que l'opération a duré trop longtemps;
- parce que les sutures muqueuses sont trop étanches.

Plus on met de points sur la muqueuse en fin d'intervention, moins le sang qui ne manque pas de suinter quelques heures après la chirurgie peut s'évacuer. C'est le cas d'ailleurs des voies ouvertes qui requièrent beaucoup de suture, donc une forte étanchéité, et du coup des suites très longues, le sang ne se résorbant que très lentement avec de gros œdèmes. Résultat : une rétention sanguine qui s'accumule sous les paupières, met du temps à s'évacuer, inquiète le patient et



**FIG. 6 ET 7 :** Rhinoplastie classique conservant la longueur du nez correspondant à une certaine hauteur de visage et lipomodélage du menton pour corriger la fuite mentonnaire.

ne fait pas de publicité au chirurgien ! Dans les suites opératoires immédiates, la rhinoplastie doit se drainer. Ce n'est pas le cas et même c'est pire encore s'il y a des mèches qui bloquent tout. Donc, pas de sutures étanches, juste trois points de chaque côté en tout, l'un sur la verticale interseptocolumellaire, l'autre sur les angles entre verticale et horizon-

tales et enfin un troisième sur l'incision horizontale.

Pas de mèches non plus. Les mèches empêchent le saignement, écartent les volets latéraux donc élargissent le nez, sentent mauvais, sont douloureuses et font saigner quand on les retire. On pose juste une compresse sous le nez

## FACE

du patient, on le prévient que cela peut saigner quelques heures et on le garde hospitalisé, ce qui le rassure. Rien de pire que de rentrer chez soi trop tôt et de s'affoler parce qu'on saigne. On se retrouve aux urgences de l'hôpital voisin, souvent un repaire d'incompétences... Et des problèmes en perspective...

### 9. Le pansement

Il est précédé d'un pansement en papier. J'utilise du micropore de 1 cm de large, posé de haut en bas par morceaux se chevauchant tous les 2 mm. Le pansement est modelant. Il a une influence sur le résultat esthétique. Le papier permet au plâtre de coller, le patient ne pourra pas le retirer seul. Une attelle sur le dos du nez ne suffit pas, elle ne fixe que ce dernier. Or, on peut agir beaucoup sur la peau de la pointe du nez, en particulier lorsqu'on a retiré beaucoup de cartilage; on peut même rendre pointu un nez rond. Imaginez une peau contrainte

par un pansement pendant 9 jours! Le pansement est donc très important, il faut y passer du temps.

Par-dessus le papier, le plâtre. J'utilise du plâtre bleu de 10 cm de large à prise rapide en 5 épaisseurs superposées que je découpe de façon adaptée à chaque patient. Le plâtre doit être très adhérent à la peau et en particulier sur la racine du nez; s'il y a de l'air sous le plâtre dans cette zone, à tous les coups la racine du nez restera épaisse très longtemps. Plus le plâtre épouse le nez, plus beau et plus rapide sera le résultat. Je garde les pansements 9 jours. Plus court, le nez est encore gonflé. Plus long, apparaissent des petits désordres cutanés.

Nous le reverrons dans le prochain numéro, les suites opératoires sont longues; le résultat d'une rhinoplastie n'est acquis qu'au bout de 1 an au minimum. Je dis aux patients, 2 mois pour commencer à être content, 6 mois pour le premier

contrôle, 1 an pour le résultat et l'éventuelle retouche...

### Conclusion

Nous restons attachés à la voie fermée, tant pour des raisons techniques que philosophiques. Pourquoi faire une incision externe qui peut être visible et qui peut être une gêne en cas de reprise? La plupart des gestes sur la pointe du nez sont réalisables par voie fermée. Et qui enseignera la voie fermée aux chirurgiens plus jeunes? Ceux qui aujourd'hui apprennent la rhinoplastie n'apprennent plus que la voie ouverte...

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

**réalités** CHIRURGIE PLASTIQUE

Accueil | Articles/Specialités | Cas Cliniques | Vidéotheque | Exercice Libéral | Passerelles | Contact

Rechercher...

**SUIVEZ-NOUS SUR FACEBOOK ET TWITTER**  
 Suivez l'actualité en temps réel

**Billet d'humeur : Oser et s'adapter (M. Rouif)**  
 Tout d'abord, je tiens à saluer les rédacteurs de cette revue qui apporte une fraîcheur et propose un regard différent et dynamique sur nos pratiques. Bravo d'oser l'aventure difficile mais excitante d'un nouveau format. Que de jeunes collègues n'aient pas peur d'entreprendre et d'investir leur temps et leur force, rassure et apporte une énergie positive. "L'exemple n'est pas le meilleur moyen pour entraîner les autres, c'est le seul", écrivait Albert Einstein....

[www.realites-chirplastique.com](http://www.realites-chirplastique.com)