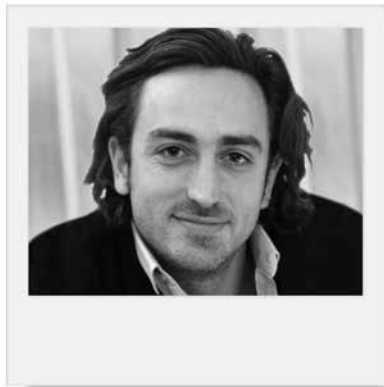


Pointes hyperprojetées

L'hyperprojection de la pointe du nez est un vaste sujet qui ne pourra bien entendu pas être traité de façon exhaustive dans cet article. Seuls les grands principes de l'analyse, les principaux pièges et une énumération des techniques de recul de la pointe du nez les plus utilisées seront donnés ici.

Pour des informations plus détaillées, le lecteur devra sans doute consulter des ouvrages spécialisés en rhinoplastie.



→ J.-B. DURON
Chirurgien plasticien, PARIS.

Analyse préopératoire

Selon la technique de Goode (*fig. 1*), la projection idéale de la pointe du nez doit être rapportée à la longueur du nez et à la projection des autres éléments du nez (*dorsum* et *racine*); mais elle doit également être mise en balance avec la projection des autres éléments du visage (*front* et *menton*). En effet, plus qu'une mesure absolue idéale de la projection de la pointe du nez, l'objectif sera d'obtenir un profil de visage harmonieux.

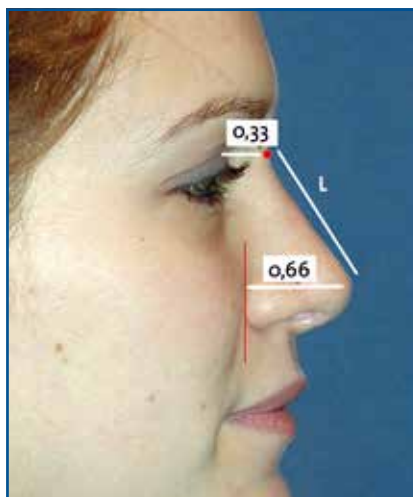


FIG. 1 : Analyse de la projection idéale de la pointe du nez selon la méthode de Goode. La projection idéale de la pointe est égale à $2/3$ de la longueur du nez. La projection idéale de la racine du nez est égale à $1/3$ de la longueur du nez. La longueur idéale du nez est égale à $2/3$ de l'étage moyen de la face.

En outre, la projection de la pointe du nez devra également tenir compte du morphotype général du patient (sexe, taille...).

Enfin, et ceci est primordial, le chirurgien devra évaluer l'épaisseur de la peau du nez afin d'anticiper au maximum sa capacité de rétraction. En effet, si la réduction de la projection est supérieure à la capacité de rétraction de la peau, cette dernière n'est plus soutenue par les cartilages et reste donc sans forme, ronde, responsable du fameux "nez de corbin". Ce risque est d'autant plus important que la peau est épaisse, que le recul de la pointe est important et qu'il est également associé à un affinement de la pointe de face.

Mécanismes de support de la pointe

1. Supports importants intrinsèques

Ils sont représentés par les cartilages alaires qui sont assimilés à un tripode (*fig. 2*) dont la longueur des piliers détermine la projection et la rotation de la pointe. Toute action de raccourcissement d'un ou de plusieurs piliers de ce tripode aura un effet immédiat et important sur la projection de la pointe et/ou sa rotation.

CONGRÈS SOFCEP

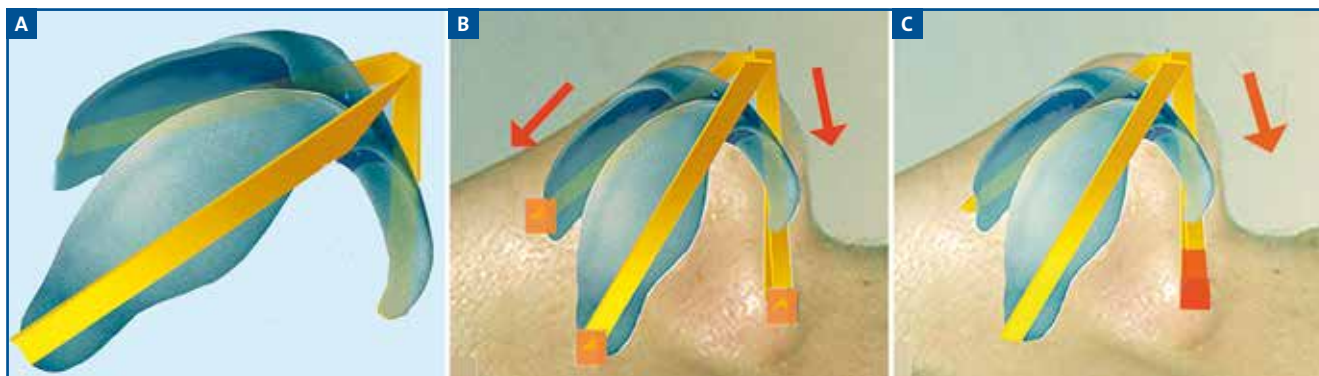


FIG. 2 : **A.** Concept du tripode d'Anderson. Les cartilages alaires peuvent être assimilés à un tripode constitué des deux crus latérales et de l'adossement des deux crus mésiales. **B.** Manœuvres d'affaiblissement des branches mésiales et latérales du tripode qui entraînent une perte de projection de la pointe. **C.** La réduction de la seule branche mésiale du tripode entraîne une réduction de projection et une rotation caudale de la pointe (inversement, la réduction des piliers latéraux uniquement entraînera une perte de projection et une rotation céphalique de la pointe).

2. Mécanismes de support extrinsèques de plus faible importance

● **Le dorsum cartilagineux :** en supportant la peau du nez, une bosse proéminente peut agir comme un piquet de tente dont la réduction entraîne une diminution de la projection. En effet, en diminuant l'arête, le poids de la peau se reporte sur la pointe du nez qui recule naturellement. Ce phénomène est particulièrement important dans les "nez en tension".

● **Le septum membraneux :** la section des attaches entre le bord caudal septal qui agit comme un mur porteur et les crus mésiales entraîne un recul de la pointe. C'est la raison pour laquelle il existe souvent un léger recul de la pointe après une simple incision transfixiante. Ce recul est d'autant plus important que la dissection est poursuivie en arrière vers l'épine nasale.

● **L'épine nasale :** en soutenant les pieds des crus mésiales, elle agit comme un socle. Plus elle est proéminente, plus la projection est généralement importante. De même, plus l'espace compris entre les pieds des crus mésiales et l'épine nasale est important (évalué sur la vue basale), plus la libération de toutes les attaches des cartilages alaires risque

d'entraîner une perte de projection importante.

● **La connexion entre le bord inférieur des cartilages triangulaires et le bord céphalique des crus latérales (plica nasi) :** la libération de cette jonction (lors d'une voie intercartilagineuse, ou lors de la réduction du bord céphalique des crus latérales par exemple) induit une perte de projection.

● **Les connexions entre revêtement cutané et cartilages alaires :** c'est la raison pour laquelle la voie externe entraîne généralement une perte de projection plus importante que la voie fermée.

Correction d'une hyperprojection de la pointe du nez

Dans tous les cas, elle devra être réalisée de façon progressive et graduelle.

1. Premier temps : affaiblissement des supports extrinsèques

Généralement, lorsqu'il n'existe pas d'importante déformation associée des cartilages alaires (notamment au niveau des dômes), il est préférable

de commencer par affaiblir tous les mécanismes de support extrinsèques avant d'envisager une action sur les cartilages alaires eux-mêmes. Cela consiste à décoller largement la peau de la pointe et de la région sus-apicale, libérer la jonction intercartilagineuse (entre triangulaire et alaire), la jonction septo-mésiale (septum membraneux) et l'épine nasale (qui peut même être réduite lorsqu'elle est proéminente). Souvent, ces libérations permettent d'obtenir un recul suffisant de la pointe du nez (**fig. 3A et 3B**).

À ce stade, si l'arête cartilagineuse doit être diminuée (bosse ou nez en tension), ou le bord caudal septal réduit, ces actions entraîneront également un recul de la pointe (cet effet est même spectaculaire dans les nez en tension où il est très fréquent de devoir projeter à nouveau la pointe en fin d'intervention).

2. Deuxième temps : action sur les cartilages alaires (supports intrinsèques)

Ce n'est généralement qu'après réalisation de ces différentes manœuvres que d'éventuelles actions sur les cartilages alaires seront envisagées. Elles sont classiquement nécessaires lorsque le recul de la pointe désiré est supérieur à 3 mm.



FIG. 3A : Aspect préopératoire et postopératoire à 1 an d'une patiente présentant une hyperprojection de la pointe. Outre la réduction de projection, elle a bénéficié d'un recul de l'arête, de *spreader grafts*, d'un raccourcissement muqueux antérieur, de deux points de *tongue-in-groove*, de greffes alaires et d'une diminution des ailes du nez. Aucune ostéotomie n'a été réalisée alors qu'elles étaient sans doute indiquées.

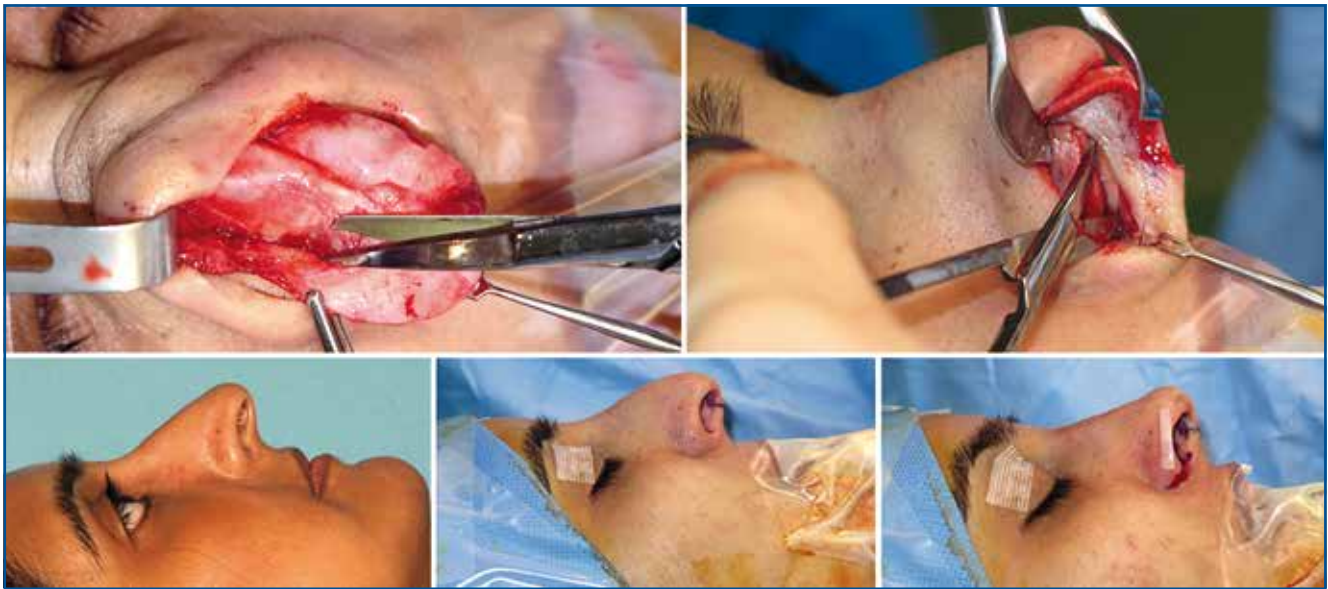


FIG. 3B : Photos peropératoire montrant que la simple libération complète de l'arche alaire (incision transfixiante se poursuivant jusqu'à l'épine nasale et libération de l'espace intercartilagineux) a permis un recul important de la pointe, rendant inutile une action sur les cartilages alaires eux-mêmes. Après recul associé de l'arête, une reprojection de la pointe par technique de *tongue-in-groove* a même été nécessaire.

CONGRÈS SOFCEP



FIG. 4 : Aspect préopératoire et postopératoire à 1 an d'une patiente présentant une hyperprojection de la pointe du nez. La rotation de la pointe semblant adéquate, le recul de la projection a été obtenu par interruption des crus latérales et des crus mésiales. En outre, le bord céphalique des crus latérales a été diminué.



FIG. 5 : Aspect préopératoire et postopératoire à 18 mois d'une patiente présentant une hyperprojection avec dômes asymétriques et crus intermédiaires en accordéon. Compte tenu des déformations importantes constatées, le recul de la pointe est obtenu par résection des crus intermédiaires et chevauchement des dômes sur les crus mésiales. Camouflage par greffe de cartilage alaire. En outre, l'arête a également été reculée avec reconstruction par spreader grafts.

