Face

La preservation rhinoplasty ou rhinoplastie 3.0

RÉSUMÉ : L'évolution des pratiques chirurgicales est constante. Certains changements radicaux peuvent néanmoins survenir et ainsi faire entrer une discipline dans une nouvelle ère. Ils peuvent être techniques ou conceptuels.
L'objet de cet article est de préciser les contours de la *preservation rhinoplasty*, d'analyser son émergence et enfin de comprendre en quoi elle pourrait être une révolution dans le domaine de la rhinoplastie esthétique.

F. LANGE
Chirurgien plasticien esthétique,
MONTPELLIER.

Première ère

La première ère de la rhinoplastie moderne commence en 1904 avec les travaux de Jacques Joseph (***fig. 1***) qui publie alors le premier article traitant de la correction d'une bosse du *dorsum* nasal associée à la diminution de hauteur du *septum* nasal. Il s'agit du premier article scientifique décrivant une rhinoplastie esthétique.

Jacques Joseph est considéré comme le père de la chirurgie esthétique moderne, comprenant bien, en avance sur son époque, les bienfaits potentiels de la chirurgie esthétique sur la santé grâce à son impact psychologique chez les patients. L'ensemble de ses travaux en rhinoplastie est publié en 1928-1929, occupant deux sections de son livre *Nasal Plastic Surgery* [1].

Deuxième ère

Il faut ensuite attendre 1978 et la publication du livre *Aesthetic Rhinoplasty* de J.H. Sheen [2] pour que la rhinoplastie entre véritablement dans sa deuxième ère (***fig. 2***). Cet ouvrage colossal, longtemps considéré comme référence

Fig. 1 : Jacques Joseph.

Fig. 2 : J.H. Sheen.

Face

en rhinoplastie, apporte une avancée majeure dans la discipline.

Sur le plan technique, il fait évoluer les méthodes de réduction du *dorsum* de Joseph vers une approche moderne combinant réductions et greffes autologues. Il fait également progresser de façon spectaculaire le domaine de la rhinoplastie secondaire.

D'un point de vue conceptuel, il fait de la rhinoplastie une véritable intervention esthétique et fonctionnelle à part entière, nécessitant une analyse préopératoire spécifique et systématisée du nez, une compréhension de la demande du patient, une planification et une exécution chirurgicale aussi rigoureuse que n'importe quel autre champ de la chirurgie.

Cette deuxième ère voit également, dans les années 1970-1980, le développement de la voie ouverte qui deviendra véritablement une école, avec notamment les travaux de Goodman [3], Anderson [4] et Daniel [5]. La voie ouverte offre une meilleure vision peropératoire pour la chirurgie et son enseignement. Elle permet le développement de nouvelles techniques de sutures de la pointe, des reconstructions septales complexes, un bon contrôle du tiers moyen et le développement de la rhinoplastie ethnique. Par ailleurs, la voie ouverte raccourcit la courbe d'apprentissage pour les jeunes chirurgiens. Elle n'est néanmoins pas dénuée d'inconvénients, notamment de suites opératoires alourdies.

Pendant cette période, la rhinoplastie connaît un essor important et devient une des interventions chirurgicales esthétiques les plus fréquemment pratiquées.

Depuis, un nombre incalculable de raffinements techniques (de sutures de pointe, de greffes, etc.) a été proposé. Le perfectionnement de l'instrumentation, par exemple la piezzotomie, apporte confort et précision comme l'a démontré O. Gerbault [6].

Dans son ouvrage récent *Structure Rhinoplasty : Lessons Learned in 30 Years* [7], Dean Toriumi résume son expérience de la rhinoplastie en reprenant ses concepts structuraux, afin de prévenir les rétractions et d'offrir à la pyramide nasale le soutien nécessaire. Des cas de rhinoplasties secondaires spectaculaires sont illustrés, s'appuyant sur l'emploi de greffons costaux. Son ouvrage met en lumière certaines difficultés rencontrées avec la rhinoplastie, notamment la stabilité des résultats à long terme des techniques conventionnelles.

En dépit de toutes ces améliorations, la rhinoplastie est restée, jusque dans les années 2010, assez fidèle aux travaux de J.H. Sheen.

Les écueils sont néanmoins non négligeables : altération des résultats à long terme (+ de 5 ans), nombreuses indications de rhinoplasties secondaires, chirurgie parfois très exigeante techniquement et invasive (greffons costaux, *fascia* temporal, etc.).

C'est dans ce contexte qu'ont émergé des travaux mettant en avant l'impériosité d'un abord plus conservateur de la rhinoplastie.

Une nouvelle ère

Depuis les années 2010, les études anatomiques ont permis une meilleure compréhension des rapports entre l'anatomie esthétique et la fonction nasale. Les éléments les plus intéressants concernent le rôle du SMAS et des ligaments nasaux ainsi que de la *keystone area*. Nous savons désormais, à titre d'exemple, que le "*scroll ligament*" aide à stabiliser la valve interne par l'intermédiaire du muscle transversal du nez, et que le ligament de Pitanguy est élévateur et stabilisateur de la pointe nasale [8] (***fig. 3***).

La *keystone area* est désormais considérée comme une amphiarthrose ostéochondrale, et dont la forme convexe peut être rendue plate par une résection septale sous-jacente [9].

Dans son livre *Aesthetic Septorhinoplasty* publié en 2016, B. Cakir [10] démontre avec *maestria* la réalisation, par voie fermée, de dissections sous-périchondrales strictes et de modifications

Fig. 3 : Le moignon distal du ligament de Pitanguy repéré afin d'être réparé en fin d'intervention. Crédit photo Dr Lange.

Retrouvez la vidéo relative à cet article :

– à partir du flash code* suivant

– en suivant le lien :

https://www.realites-chirplastique.com/pushdownrhinoplasty

** Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.*

Face

Fig. 4 : Dissection sous périchondrale. Crédit photo Dr Lange.

POINTS **FORTS**

- La *preservation rhinoplasty* est un nouveau courant émergeant des publications scientifiques récentes.
- Sa philosophie est une approche plus conservatrice de la chirurgie.
- Elle pourrait signer une révolution conceptuelle et technique majeure et devenir le nouveau paradigme en rhinoplastie.
- Ses avantages serait une meilleure stabilité des résultats à long terme, ainsi que des retouches simplifiées en cas de rhinoplastie secondaire.

de l'ensemble des plasties de la pointe nasale (***fig. 4***). Il insiste sur le respect des ligaments nasaux tels que le ligament de Pitanguy et sur l'économie cartilagineuse. Concernant la pointe nasale, les classiques résections céphaliques des cartilages alaires ont été remises en question. Gruber [11] a démontré les avantages d'un modelage alaire conservateur par rapport aux résections.

Baris Cakir et Rick Davis [12] ont publié pour leur part des articles traitant de la correction des malpositions alaires par des techniques *lateral steal* évitant dissection étendue, résection et greffes.

Enfin, la préservation du *dorsum* et de la *keystone area* est privilégiée à la bossectomie/reconstruction, par la modernisation de la technique de *pushdown* d'Yves Sabban [9] et simplifie considérablement la rhinoplastie secondaire en cas de retouche.

En quoi la *preservation rhinoplasty* est-elle une révolution ? (*fig. 5 et 6*)

Ces travaux récents vont tous dans le même sens, celui d'une rhinoplastie ayant la prétention d'égaler les résultats esthétiques et fonctionnels de la

Fig. 5 et 6 : Rhinoplastie par voie ouverte et *pushdown* piezzochirurgical. Crédit photo Dr Lange.

rhinoplastie traditionnelle, tout en étant plus conservatrice, moins invasive et moins iatrogène.

La *preservation rhinoplasty* émerge naturellement de la synthèse de l'ensemble de ces publications récentes :
– préservation de l'enveloppe nasale par dissection sous périchondrale stricte épargnant le SMAS, respect ou réparation des ligaments nasaux ;
– préservation du *dorsum* nasal, de la *keystone area* et du tiers moyen, les techniques de *pushdown* sont privilégiées, lorsque cela est possible, aux techniques de bossectomie/reconstruction du tiers moyen/camouflage ;
– préservation des cartilages, les sutures et plasties sans résection sont privilégiées par rapport aux résections cartilagineuses responsables de fibrose, contractions et pincements.

La *preservation rhinoplasty* se présente donc peut-être comme une révolution conceptuelle et technique dans le domaine de la rhinoplastie. Elle est le fruit de la synthèse des travaux scientifiques de la dernière décennie et sera peut-être considérée comme le *gold standard* dans les années à venir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Joseph J, Kabitzsch C. Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik nebst Mammaplastik. Publishers, Wuerzburg /Leipzig.
2. Sheen JH. Rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 2000;105:1820-1852.
3. Goodman WS. External approach to rhinoplasty. *Can J Otolaryngol*, 1973;2: 207-210.
4. Anderson JR. *Rhinoplasty: Emphasizing the External Approach*, 1986.
5. Daniel RK. The external rhinoplasty – a 7% solution. Presented at the ASPRS Annual Meeting, Los Angeles,1983.
6. Gerbault O, Daniel RK, Kosins AM. The Role of Piezoelectric Instrumentation in Rhinoplasty Surgery. *Aesthet Surg J*, 2016;36:21-34.
7. Toriumi DM. Structure Rhinoplasty: Lessons Learned in 30 Years, 2018.
8. Daniel RK, Palhazi P. The nasal ligaments and tip in rhinoplasty: an anatomical study. *Aesthet Surg J*, 2018;38:357-368.
9. Saban Y, Daniel RK, Polselli R *et al.* Dorsal preservation: the push down technique reas- sessed. *Aesthet Surg J*, 2018;38:117-131.
10. Cakir B. Aesthetic Septorhinoplasty. *J Craniofac Surg*, 2011;22:446-469.
11. Gruber RP, Zhang AY, Zang A *et al.* Preventing alar retraction by preservation of the lateral crus. *Plast Reconstr Surg*, 2010;126:581-588.
12. Davis RE. Lateral crural tensioning for refinement of the wide and underprojected nasal tip: rethinking the lateral crural steal. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 2015;23:23-53.

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

SURGELIFE : une plateforme en ligne créée par des chirurgiens pour les chirurgiens

Surgelife permet de rendre la consultation plus claire, plus facile et plus sûre tant pour les chirurgiens et leurs équipes que leurs patients. Ce sont les docteurs Renaud Duché, chirurgien plasticien, et Jean Sauvant, chirurgien maxillo-facial, qui sont à la base ce projet et Fabrice Reboullet, directeur d'une agence de communication spécialisée en prévention, qui lui a donné vie.

Surgelife propose :
– une gestion administrative préopératoire facilitée : les documents tels que les consentements éclairés et fiches d'information sont automatiquement pré-remplis et envoyés par mail au patient. En cas de litige, le chirurgien pourra facilement apporter la preuve de l'information.
– un panel de vidéos 3D des opérations pour appuyer le discours des chirurgiens lors de leur consultation. Le patient reçoit alors directement les informations nécessaires à son opération sur son espace Surgelife et peut signer les documents électroniquement et revoir la vidéo depuis son domicile.

La plateforme est opérationnelle depuis le mois de février 2018 et en test depuis plus de 1 an auprès des Dr Duché et Sauvant.

J.N.
D'après un communiqué de presse de Surgelife.