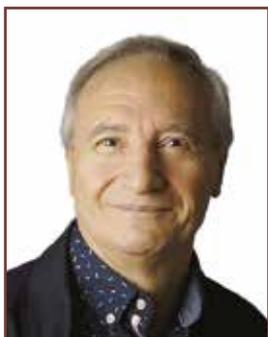


Rhinoplasties médicales et chirurgicales

La rhinoplastie à un tournant : préservation ou structurelle ? Mon approche personnelle

RÉSUMÉ : L'auteur nous fait part de son utilisation d'un concept de préservation dorsale ("push down et let down") qui a l'avantage de respecter l'auvent ostéo-cartilagineux, comparée à une chirurgie structurelle classique avec résection de bosse. Le passage d'une zone de confort à une technique inconnue peut dissuader bon nombre de chirurgiens mais les avantages de la préservation dorsale sont importants, notamment en diminuant le taux de révision secondaire. Le training doit être progressif en commençant par des cas modérés (petite bosse, racine du nez étroite, déviation légère ou absente) pour faciliter l'intégration de la préservation dorsale dans une pratique structurelle régulière.



Y. JALLUT

Chirurgie et médecine plastique,
reconstructive et esthétique, AVIGNON.

Des résultats globalement satisfaisants

La rhinoplastie prendra-t-elle le tournant de la préservation sans rentrer dans une polémique stérile à l'image de celle ayant opposé en son temps la voie endonasale à la voie ouverte ? Pour savoir si cette nouvelle approche était digne de figurer dans l'*armamentarium* de la rhinoplastie, il fallait une transition délicate obligeant le chirurgien à sortir de sa zone de confort pour s'engager sur un terrain inconnu. D'autant plus que la méthode est très ancienne [1] puisque les plus vieux articles répertoriés remontent à 1899 [2, 3] et 1914 [4], puis réactualisés en 1946 par Cottle [5], qui laissera son nom à cette technique.

En France, il est bon de rappeler les publications de Sebileau et Dufourmentel [6], de Gola [7] ainsi que les récents travaux de Yves Saban [8]. Alors pourquoi un tel retour ? Cela s'explique certainement par le courant actuel d'utiliser des techniques plus conservatrices, d'où une chirurgie peut-être plus "écologique"

en regard d'une chirurgie structurelle plus agressive.

Que peut-on reprocher à la chirurgie de résection de bosse telle que l'avait décrite Jacques Joseph [9] ? Quand on revoit les statistiques postopératoires comprises entre 7 et jusqu'à plus de 20 % de révisions chirurgicales, les principaux défauts rencontrés sont des irrégularités du *dorsum* nasal, des troubles respiratoires, des déviations résiduelles ou des asymétries, notamment au niveau de la pointe. Malgré tout, les résultats restent globalement satisfaisants pour l'immense majorité des patients et cette méthode structurelle reste la méthode la plus utilisée dans le monde entier.

Alors, pourquoi changer ?

Les problèmes de retouche secondaire au niveau du *dorsum* ou du 1/3 moyen sont souvent mal admis par une patientèle de plus en plus exigeante et de moins en moins tolérante. Si les techniques de remodelisation de la pointe du nez

restent les mêmes, la préservation permet de conserver les attaches ligamentaires et cartilagineuses [10, 11] par une dissection sus- ou sous-périchondrale et sous-périostée pour la partie osseuse, respectant l'intégrité du 1/3 moyen du nez, notamment la valve interne, ainsi que les triangulaires. En effet, selon notre point de vue, le 1/3 moyen joue l'effet d'un véritable "balancier" et son respect permet de conserver une bonne symétrie du nez et de limiter les éventuels défauts postopératoires.

Cette nouvelle manière d'aborder le *dorsum* nasal m'a été transmise par Yves Saban et Milos Kovacevic. Dans les suites de mes vingt premiers cas, m'inspirant de l'article de Toriumi [12], j'ai pu peser les avantages, les limites et les inconvénients de la préservation dorsale.

Mes premières constatations résident dans la rapidité du geste car bon nombre de temps opératoires indispensables dans la chirurgie structurale comme la reconstruction du 1/3 moyen ne sont plus nécessaires ; la *key-area* est également respectée. Il est certain que, pour un chirurgien ayant eu un *training* en chirurgie maxillo-faciale ou en ORL, ces décollements ne posent pas de difficulté particulière, surtout dans une rhinoplastie primaire. Le respect de la valve nasale évite un éventuel collapsus secondaire de celle-ci par résection excessive et donc une potentielle gêne respiratoire à l'inspiration, qu'il faudrait corriger par la suite. La question qui vient donc immédiatement à l'esprit est : "Comment peut-on garder un *dorsum* intact ?". La voie d'abord se répartit entre voie endonasale ou voie ouverte si un geste complémentaire sur la pointe est prévu.

■ Push down ou let down ?

Ensuite se pose le choix de la technique du *push down* simple ou du *let down* :

>>> **Le push down** : il consiste en des ostéotomies latérales et médianes

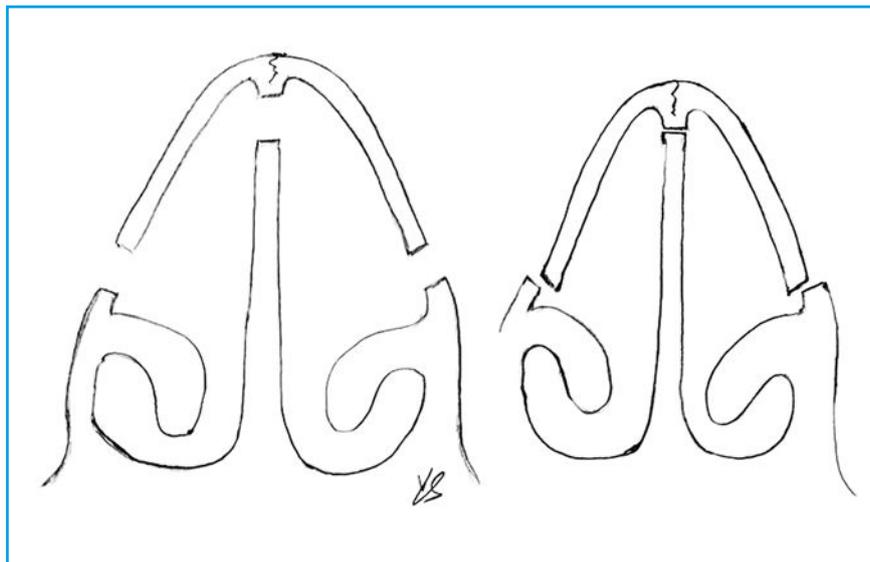


Fig. 1 : Le *push down* (dessin de Yves Saban).

au niveau du radix qui permettront de mobiliser complètement l'auvent osseux (fig. 1). Cette technique de base est très utile, surtout en cas d'auvent osseux dorsal étroit. Ces ostéotomies seront complétées par l'excision d'une bande cartilagineuse haute sous la bosse (*high strip*), telle que l'a décrite Saban [8] ou une bande plus basse en regard du pied de cloison, plus rare à mettre en pratique [13] et à réserver pour les cas difficiles de déviation basse du *septum*. Personnellement, je pense que pour débiter, la résection haute est à préférer car le recul de la ligne de profil sera plus facile. Cette résection est prolongée au niveau de la lame perpendiculaire, en évitant tout mouvement de *twist* avec le rongeur ou la pince-gouge sur le *septum* osseux (fig. 2).

>>> **Le let down** (fig. 3 et 4) : la technique est la même mais l'on résèque en plus une partie de la branche montante du maxillaire supérieur dans sa partie la plus échancrée, ce qui permet de dégager plus d'espace pour le recul. Pour ma part, je préfère cette deuxième méthode qui permet de donner plus d'amplitude au recul du *dorsum* et surtout de corriger le côté trop évasé des OPN.



Fig. 2 : Résection haute (*high strip*).

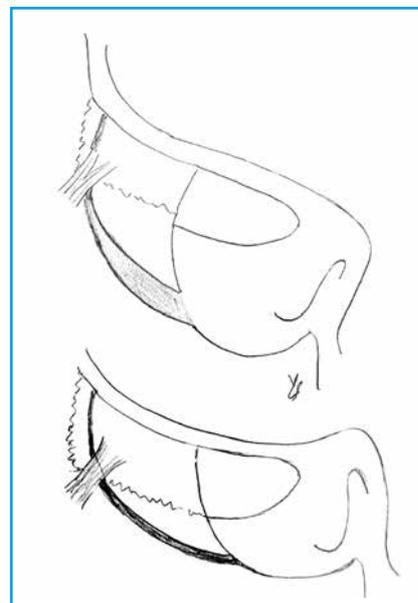


Fig. 3 : *Let down* (dessin de Yves Saban).

Rhinoplasties médicales et chirurgicales

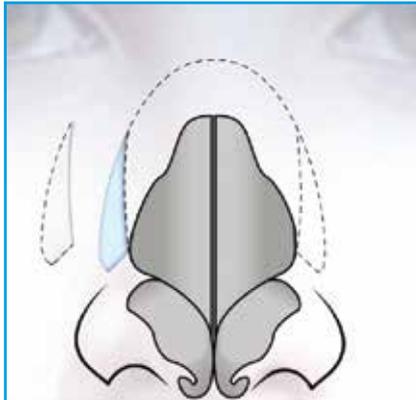


Fig. 4 : Let down.

En cas de recul important nécessaire ou de déviation notable, une *subdorsal Z-plasty* telle que l'a décrite Kovacevic [14] permettra d'aligner le bord caudal septal ou de corriger un effet *twist* de la portion antérieure du *septum*. Les deux segments cartilagineux du *septum* seront ensuite suturés entre eux. Pour les ostéotomies *push down* ou *let down*, celles-ci peuvent être exécutées soit avec de simples ostéotomes, soit avec une instrumentation piézoélectrique telle que l'a décrite Olivier Gerbault [15, 16]. Cette dernière technologie a ma pré-

férence car plus précise, en laissant des coupes osseuses régulières. Les berges osseuses ne sont pas ostéosynthésées.

Les premiers résultats sur les vingt premiers cas sont très encourageants, en particulier la stabilité du 1/3 moyen qui est conservée tant sur le plan esthétique (lignes de Sheen) que sur l'aspect fonctionnel (retour rapide à une respiration normale).

Selon mon opinion, pour débiter dans la préservation dorsale (DP), les critères les plus importants sont donc :

- nez primaire ;
- bosse petite ou modérée ;

POINTS FORTS

- Diminution importante du taux de révision chirurgicale.
- Technique rapide et peu délabrante.
- Respect du 1/3 moyen avec recouvrement rapide d'une respiration normale.
- Courbe d'apprentissage nécessaire.

- *dorsum* étroit ;
- nez droit ou déviation légère.

Par la suite, la courbe d'apprentissage progressant, j'ai étendu mes indications pour des bosses plus importantes, des nez plus longs ou déviés, ainsi que pour certains nez secondaires.

1^{er} cas (fig. 5) : nez long légèrement dévié avec pointe tombante, bosse conséquente. Correction par *let down*, *subdorsal Z-plasty* et *double columellar strut* niveau pointe.

2^e cas (fig. 6) : nez avec pointe large et en goutte, bosse modérée. Correction par



Fig. 5 : Correction par *let down*.



Fig. 6 : Correction par *push down*.

push down et double columellar strut niveau pointe.

■ Conclusion

La technique de préservation a gagné tout naturellement sa place parmi les techniques conventionnelles de rhinoplastie. Loin de s'opposer à la chirurgie structurelle classique, la préservation dorsale requiert un choix précis dans ses indications et permet également des gestes associés sur la pointe du nez, si nécessaire. L'association de la chirurgie structurelle et de la préservation dorsale constitue ainsi une combinaison très puissante permettant de préserver l'anatomie et la fonction des 2/3 supérieurs de la pyramide nasale, tout en contrôlant l'alignement dorsal. Sans renier mon passé de chirurgien structurel, l'incorporation de la préservation dorsale dans ma pratique régulière s'est avérée être une avancée majeure qui se limite pour l'instant aux bosses modérées et aux rhinoplasties primaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. KERN E. History of dorsal preservation surgery. Seeking our historical godfather(s) for the "push down" and "et down" operations. *Facial Plast Surg Clin N Am*, 2021;29:1-14.
2. GOODALE J. A new method for the operative correction of exaggerated Roman nose. *Boston Med Surg J*, 1899;140:112.
3. GOODALE J. The correction of old lateral displacements of the nasal bones. *Boston Med J*, 1901;145:547.
4. LOTHROP O. An operation for correcting the aquiline nasal deformity. *Boston Med Surg J*, 1914;170:835-837.
5. COTTLE M, LORING R. Corrective surgery of the external nasal pyramid and the nasal septum for restoration of nasal physiology. *Illinois Med J*, 1946;90:119-131.
6. SEBILEAU P, DUFOURMENTEL L. Correction chirurgicale des difformités congénitales et acquises de la pyramide nasale. 1926, Arnette: Paris, page 104-105.
7. GOLA R. La rhinoplastie fonctionnelle et esthétique. 2000, Paris: Springer-Verlag France.
8. SABAN Y, DANIEL R, POLSELLI R. Dorsal preservation: the push down technique reassessed. *Aesth Plast Surg J*, 2018;38:117-131.
9. JOSEPH J. Ueber die operative Verkleinerung einer Nase (Rhinomiosis). *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1898; 40:882-885.
10. MARCUS J, THOMAS A, LEVITES H. The ligament preservation and suspension: why and how? *Facial Plastic Surgery Clinics*, 2021;29:47-58.
11. PALHAZI P, DANIEL R, KOSINS A. The osseocartilaginous vault of the nose: anatomy and surgical observations. *Aesthet Surg J*, 2015;35:242-251.
12. TORIUMI DM. My first twenty rhinoplasties using dorsal preservation techniques. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 2023;31:73-106.
13. KOSINS A. Incorporating dorsal preservation rhinoplasty into your practice. *Facial Plast Surg Clin N America*, 2021;29:101-111.
14. KOVACEVIC M, VEIT J, TORIUMI D. Subdorsal Z-Flap : a modification of the Cottle technique in dorsal preservation rhinoplasty. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 2021;29:244-251.
15. GERBAULT O, DANIEL R, KOSANOVIC R. The role of piezoelectric instrumentation in rhinoplasty surgery. *Aesth Surg J*, 2016;36:21-34.
16. GOKSEL A, TRAN KN. Open preservation rhinoplasty using the piezo electric instrument. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 2023;31:59-71.

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