

## Rhinoplasties médicales et chirurgicales

# Réduire les complications en rhinoplastie

**RÉSUMÉ :** La rhinoplastie est une discipline avec une courbe d'apprentissage tout au long de la carrière chirurgicale et il est difficile d'obtenir des résultats prévisibles à long terme. Le taux de reprise est d'au moins 10 à 15 % [1].

Les complications sont observées même chez les chirurgiens expérimentés et malgré une technique chirurgicale irréprochable. Le taux de complications diminue avec l'expérience acquise par le recueil de précieuses informations issues du suivi à long terme (plus de 2 ans) de nos patients.



**R. MESSAS**

Centre de Médecine et de Chirurgie esthétique des Grands Hommes, BORDEAUX.

### Principales complications en septorhinoplastie

Les principales complications sont les suivantes :

- une obstruction nasale ;
- des complications hémorragiques (épistaxis, hématome de la cloison) ;
- une infection ;
- une perforation septale (par déchirure de la muqueuse ou ischémie à la suite d'un hématome de la cloison) ;
- une cicatrisation disgracieuse ;
- des télangiectasies (la dissection sous-périchondrale et sous-périostée minimise ce risque) ;
- une dyschromie cutanée ;
- un œdème prolongé ;
- un épiphora transitoire ;
- des synéchies muqueuses ;
- une dysesthésie (hypoesthésie ou douleur) ;
- des rhinites, un écoulement nasal chronique et une sécheresse de la muqueuse nasale ;
- une insuffisance de résultat esthétique.

L'insatisfaction des patients pour défaut de résultat est la première cause de réintervention après septorhinoplastie [2]. La prévention des complications après rhinoplastie passe par une bonne analyse préopératoire clinique, fonc-

tionnelle et radiologique du nez, ainsi que par une bonne communication avec le patient.

### Analyse préopératoire et communication avec le patient

Une évaluation préopératoire précise permet d'établir un projet réaliste et rationnel. L'établissement du projet esthétique avec le patient est crucial. Les outils de simulation préopératoire sont aussi importants comme outil avant-après que comme outil pédagogique. Ils aident à expliquer les contraintes anatomiques et structurelles qui ne permettent pas d'atteindre certains résultats souhaités par nos patients.

L'évaluation préopératoire de la psychologie du patient permet de détecter une dysmorphophobie [3].

### Le choix de l'incision

Chaque chirurgien a ses habitudes de voie d'abord ouverte ou fermée, mais s'entêter à ne pas convertir une voie fermée en voie ouverte en cas de difficultés opératoires est le premier pas vers une complication postopératoire.

# Rhinoplasties médicales et chirurgicales

**>>> Voie endonasale :** elle est adaptée pour des modifications mineures du profil ou de la pointe nasale. Cela minimise les aléas de la cicatrisation et l'œdème postopératoire.

**>>> Voie externe :** elle est davantage adaptée pour corriger des pointes nasales à cartilages asymétriques ou pour des rhinoplasties secondaires nécessitant des greffons complexes. Cette voie d'abord peut déstabiliser les supports de la pointe et exiger une stabilisation par un greffon d'extension septale, un *tongue-in-groove* ou un étai columellaire.

## Prévenir les complications

### 1. Déviations nasales

Une déviation résiduelle du septum peut résulter de techniques chirurgicales inadéquates ou d'une stabilisation septale insuffisante au cours de la période postopératoire immédiate. La déviation septale après une septorhinoplastie primaire peut découler d'une résection excessive du septum et d'une rétraction cicatricielle asymétrique. Selon Guyuron, il y aurait moins de risque de déviation septale, de synéchies et d'obstruction nasale en cas d'utilisation d'une mèche [4].

Lorsque la déviation s'accroît en postopératoire, elle est due à une torsion spontanée intrinsèque des greffons cartilagineux ou à une torsion extrinsèque du cartilage, sous l'effet d'une rétraction cicatricielle excessive. Les greffons costaux sont plus à risque de torsion et l'utilisation de la partie médullaire de la côte réduirait ce risque.

Les dissections asymétriques peuvent également générer une force de rétraction cicatricielle asymétrique. Lors de la reconstruction du tiers moyen du nez en rhinoplastie structurelle, il faut appliquer une traction symétrique sur les deux cartilages latéraux au moment de la mise en place et la suture des *spreader grafts*.

Pour prélever un greffon de cartilage septal, l'incision élective de la muqueuse en regard du site de prélèvement septal est préférable au décollement total de la cloison. Cela va minimiser le risque de déviation septale et également le risque d'hématome de la cloison.

### 2. Bec de corbin

Cette déformation a trois principales étiologies :

**>>> Par déstabilisation du support de la pointe** ou par défaut de support en fin d'intervention. Une légère surcorrection de la hauteur de la pointe est conseillée lorsque la peau est épaisse ou lorsque les cartilages sont fins.

**>>> Par insuffisance de résection de la bosse cartilagineuse** au niveau de l'angle septal antérieur. Il faut distinguer de la formation d'un corbin de tissu cicatriciel, susceptible de disparaître sous l'effet d'injection de triamcinolone diluée et de *taping*.

**>>> Par excès de résection de la bosse osseuse :** lors d'une rhinoplastie structurelle, il faut préférer la résection de la bosse osseuse par strates à la résection agressive monobloc. Il ne faut pas oublier que le dorsum osseux peut perdre 1 ou 2 mm de hauteur après réalisation des ostéotomies et inclinaison des volets osseux. L'utilisation des microscies et microrâpes piézoélectriques offre une précision inégalée à ce niveau.

Pour une bonne définition de la supra-pointe, nous devons nous assurer d'une bonne transition esthétique entre le dorsum et la pointe. Idéalement, la différence entre la hauteur des points définissant la pointe et l'angle septal devrait être d'environ 6 à 8 mm, selon l'épaisseur de la peau.

Une fois le différentiel adéquat obtenu, tout espace mort entre le cartilage et la peau doit être éliminé pour éviter le comblement de la supra-pointe par

accumulation de sang et de fibrose. Cela peut être prévenu avec du *taping* ou avec une suture du ligament de Pitanguy à l'angle septal antérieur, dans la zone de la supra-pointe.

### 3. Pointe tombante

La plupart du temps, cela se produit lorsqu'une trop grande quantité de cartilage a été retirée et que le cartilage de la pointe nasale ne peut pas supporter le poids de la peau épaisse sus-jacente. Il est important de maximiser l'expansion de l'enveloppe cutanée chez le patient à la peau épaisse. C'est l'un des principes les plus importants dans la prise en charge de ces patients. Si la structure nasale est trop petite pour l'enveloppe cutanée, la peau aura tendance à adopter sa propre forme et aboutir à une ptôse de la pointe, un lobule tombant ou une déformation de la supra-pointe.

Pour éviter ce problème, nous devons faire un compromis et laisser le nez davantage projeté et plus long en vue de profil, pour optimiser l'apparence en vue frontale. Cela va permettre de garder l'enveloppe cutanée épaisse suffisamment tendue.

### 4. Ensellure

Elle est due le plus souvent à une résection excessive de la bosse ostéocartilagineuse et de l'angle septal antérieur. Elle peut être prévenue par la préservation d'au moins 1,5 cm de *L-strut* septal si un prélèvement cartilagineux septal a eu lieu.

Plus rarement, l'ensellure est consécutive à un hématome négligé de la cloison nasale, source de nécrose et d'effondrement cartilagineux.

### 5. Déformation en V inversé et collapsus de la valve nasale interne

Cela peut être dû à des ostéotomies inadéquates ou à un rétrécissement du tiers médian par suppression de la configuration en T du septum dans la zone *keystone*, après résection de la bosse en

rhinoplastie structurale. Cela va entraîner l'insuffisance de soutien des cartilages latéraux supérieurs et le collapsus inféro-interne de ces derniers, source de collapsus de la valve nasale interne. Il est donc indispensable de reconstruire la zone de la *keystone* par *spreader grafts* ou par *spreader flaps*, qui vont agir comme *spacers* ou, mieux encore, la préserver par rhinoplastie de préservation.

La voie ouverte avec décollement important des cartilages latéraux supérieurs peut également augmenter le risque de V inversé. La stabilisation par points transosseux et/ou par interposition de coins osseux est nécessaire à chaque fois que les volets osseux sont instables.

Quant au collapsus de la valve nasale externe, il fait souvent suite à un excès

de résection céphalique des cartilages latéraux inférieurs, qui doivent être renforcés lorsqu'ils sont trop fins par des *alar lateral crural strut grafts* et *alar rim grafts*.

## 6. Déformations du bord narinaire

On les retrouve sous forme d'encoches, de rétractions ou d'asymétrie. Le bord alaire est particulièrement à



Photo 1 préopératoire



Photo 2 postopératoire à J7



Photo 3 postopératoire à 2 mois  
récidive de la bosse

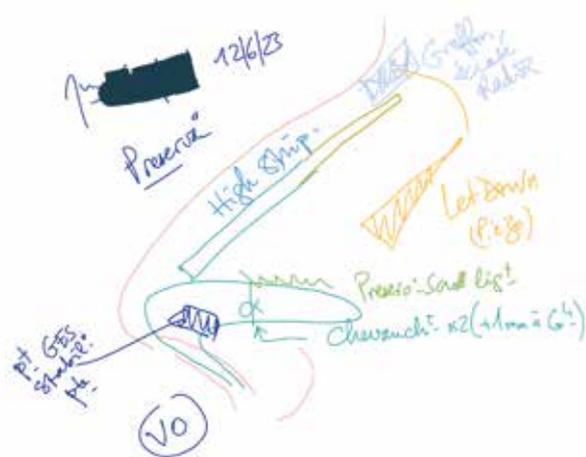


Schéma des gestes réalisés

Fig. 1 : Récidive de la bosse cartilagineuse par défaut de suture de l'auvent cartilagineux au septum, après résection de la bandelette cartilagineuse septale (*high strip*).

# Rhinoplasties médicales et chirurgicales

## POINTS FORTS

- Nous ne pouvons pas proposer la même rhinoplastie à tous nos patients. L'anatomie propre à chacun et le souhait de modification esthétique doit nous guider dans le choix de la technique chirurgicale, qu'elle soit structurelle, de préservation ou hybride.
- Une approche graduée est conseillée afin d'atteindre le résultat souhaité, sans dissection excessive et inutile.
- L'analyse préopératoire et une bonne communication avec le patient sont primordiales pour définir un projet réaliste.
- Il est nécessaire d'anticiper les forces de rétraction cicatricielle par des greffons de soutien et des sutures appropriées.
- Il faut toujours préserver la fonction respiratoire du nez.

risque de déformations en raison de la composition fibrograisseuse du lobule alaire, qui est dépourvu de support cartilagineux.

Pour prévenir ces déformations, les greffes de cartilage du contour narinaire (*alar rim grafts*) sont indiquées lorsqu'une fragilité cartilagineuse ou cutanée est détectée [5].

### 7. Rétraction columellaire

Elle fait souvent suite à un *tongue-in-groove* avec fixation inadéquate de la crus mésiale au septum.

Cette complication peut être évitée par une suture placée sur la partie la plus crâniale de la crus mésiale ou sur la partie la plus caudale du septum [6]. Lorsque la largeur craniocaudale de la crus mésiale est insuffisante et lorsque l'excès septal caudal est limité ou insuffisant, il est préférable d'utiliser un greffon d'extension septale caudal ou un étai columellaire au lieu de la technique de *tongue-in-groove*, ou du moins utiliser un *tongue-in-groove* muqueux.

### 8. Procidence columellaire

Un étai columellaire, un greffon d'extension septale caudal, une greffe de camou-

flage ou un greffon en bouclier peuvent tous pousser la columelle vers le bas et entraîner cette déformation. L'autre étiologie est la rétraction des ailes narinaires, qui entraîne un *columellar show*.

### 9. Complications propres à la rhinoplastie de préservation

Il peut s'agir :

>>> D'une déviation de la pyramide nasale à cause d'un *let down* ou *push down* inadéquat ou d'un défaut de stabilisation per- et postopératoire.

>>> D'une perte de projection du radix par résection non progressive de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Un radix bas en préopératoire peut même être considéré comme une contre-indication à la rhinoplastie de préservation.

>>> D'une marche d'escalier du radix, à prévenir par une ostéotomie transverse faite plutôt à l'ostéotome percutané, avec une orientation de haut en bas.

>>> D'une récurrence de la bosse cartilagineuse, par effet ressort du cartilage retenu en tension au niveau de la zone K latérale et/ou des ligaments piriformes [7]. Sa prévention nécessite la libération des attaches ostéocartilagineuses latérales

jusqu'à l'orifice piriforme (manœuvre de la Ballerine de Göksel). La **figure 1** montre une récurrence de la bosse cartilagineuse par défaut de suture de l'auvent cartilagineux au septum, après résection de la bandelette cartilagineuse septale (*high strip*).

## BIBLIOGRAPHIE

1. JIANG A, CHAMATA E, BRESSLER F. Revision rhinoplasty: with introduction of a novel preoperative assessment classification system. *Semin Plast Surg*, 2021; 35:078-087.
2. NEAMAN KC, BOETTCHER AK, DO VH *et al*. Cosmetic rhinoplasty: revision rates revisited. *Aesthet Surg J*, 2013;33:31.
3. KUCUR C, KUDUBAN O, OZTURK A *et al*. Psychological evaluation of patients seeking rhinoplasty. *Eurasian J Med*, 2016;48:102-106.
4. GUYURON B. Is packing after septorhinoplasty necessary? A randomized study. *Plast Reconstr Surg*, 1989;84:41.
5. ROHRICH RJ, SHERIF R, CASON RW *et al*. Refinements in extended alar contour grafts: retrograde approach in conjunction with alar base surgery. *Plast Reconstr Surg*, 2023 [online ahead of print].
6. SPATARO EA, MOST SP. Tongue-in-groove technique for rhinoplasty: Technical refinements and considerations. *Facial Plast Surg*. 2018;34:529-538.
7. GOKSEL A, SABAN Y. Open piezo preservation rhinoplasty: a case report of the new rhinoplasty approach. *Facial Plast Surg*, 2019;35:113-118.

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