Chirurgie plastique de la face

Rajeunissement - Embellissement
Concepts et pratiques

J. SANTINI - D. KRASTINOVA-LOLOV

C. BEAUVILLAIN DE MONTREUIL, J.-P. BESSEDE,
L. CASTILLO, F. DISANT, C. FERLAUD, C. GARCIA,
M. JASINSKI, P. KESTEMONT, G. LAMAS, T. LE FAOU, E. MAHÉ,
J.-C. ODIN, J.-J. PESSEY, S. POIGNONEC, P. RITLENG,
M. TAZARTES, G. VAILLE, M. ZANARET

Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou

1999

VI La rhinoplastie de rajeunissement

MICHEL ZANARET, JEAN-JACQUES PESSEY

Toutes les déformations habituelles de la pyramide nasale peuvent se rencontrer dans la rhinoplastie de rajeunissement. Cependant, **la chute de la pointe et l'augmentation de la longueur du nez** sont les caractéristiques spécifiques liées au vieillissement. Les gestes nécessaires à la réalisation d'une rhinoplastie classique peuvent être utilisés dans le cadre du concept d'une rhinoplastie de rajeunissement. Cependant, sa réalisation doit entraîner une approche particulière sur le plan esthétique et fonctionnel et la pratique d'une rhinoplastie dans cette situation nécessite la connaissance des phénomènes du vieillissement du nez pour obtenir un résultat physiologique et cosmétique valable.

Les caractéristiques du nez évoluent, en effet, durant la vie. Dans l'enfance, le nez est concave et la pointe est projetée. Chez l'adulte, il devient droit et la pointe commence à s'effacer. Avec l'âge, il s'allonge et la pointe tombe. La modification la plus significative porte sur le nez cartilagineux et plus particulièrement la pointe. Classiquement, on note un aspect de pointe tombante et un nez cartilagineux allongé. Le mécanisme est multifactoriel. Cependant, la lésion primaire est due à la perte du support des cartilages inférieurs latéraux dans l'aire du dôme. Il existe avec l'âge une migration des cartilages alaires vers le bas à la suite de la rupture des attaches fibro-élastiques avec les cartilages triangulaires. Les cartilages alaires eux-mêmes s'épaississent ce qui entraîne, avec la diminution du tissu sous-cutané, un aspect plus proéminent de la pointe. La peau devient plus épaisse et s'alourdit dans cette aire de faiblesse contribuant à la chute de la pointe. La descente du lobule par la rotation de la crus mésiale secondaire à l'hypoplasie maxillaire et alvéolaire accentue le phénomène. On note une divergence au pied des mésiales qui conduit au raccourcissement et à la rétraction de la columelle. Ces remaniements entraînent une diminution de l'angle labio-columellaire. Cette rotation céphalique vers le bas entraîne, comme effet secondaire, la création ou l'accentuation d'un effet de bosse et un allongement relatif du tiers moyen de la face sur le profil. Les modifications liées à l'âge peuvent entraîner une obstruction nasale par l'intermédiaire de modifications au niveau du vestibule narinaire qui favorise le collapsus de la valve. La restauration ou la préservation de la valve est un but de la rhinoplastie d'un sujet âgé. La rotation céphalique de la pointe peut aider à restaurer le flux. Cependant, s'il existe un collapsus de la valve inférieure à 15 degrés, l'utilisation de Spreader-Grafts est nécessaire pour prévenir l'obstruction. La reconstruction septale est par contre faite seulement en cas de nécessité pour une correction fonctionnelle ou pour une prise de greffon. En effet, le muco-périchondre avec l'âge devient mince et fragile et la déchirure est fréquente et il faut diminuer le traumatisme opératoire.

Avec l'âge, le nez osseux devient plus fragile, mince et cassant. Les ostéotomies doivent être évitées dans la mesure du possible car il existe une tendance aux frac-

tures comminutives et les irrégularités sont plus apparentes du fait de l'atrophie du tissu sous-cutané. Pour le nez âgé, la bosse est souvent relative et une minime réduction est parfois suffisante. Dans certains cas, aucune réduction de bosse n'est nécessaire après élévation de la pointe.

Au total, de nombreuses considérations anatomiques doivent être prises en considération dans la prise en charge des rhinoplasties de rajeunissement ; ce sont :

- la perte progressive du tissu adipeux ;
- la sclérose vasculaire ;
- l'atrophie musculaire ;
- la diminution de l'élasticité de la peau ;
- l'amincissement du derme avec atrophie des fibres collagéniques.

L'ensemble des ces phénomènes sont à l'origine des deux modifications essentielles qui sont la chute de la pointe et l'allongement du nez.

La consultation préopératoire

A

Schématiquement, il y a deux types de situation de demande chirurgicale. Pour certains, il s'agit d'un projet de rhinoplastie remontant à l'enfance et dont la réalisation a été remise. Dans ce cas, toutes les déformations peuvent se rencontrer et il faut mettre en avant la modération du projet. Pour d'autres, moins nombreux, le désir de rhinoplastie survient pour des déformations plus spécifiques liées à l'âge, au décours d'une demande d'autres techniques de rajeunissement comme un lifting facial ou une blépharoplastie. On a pu ainsi parler de rhino-lift.

Cependant, quelque soit la situation, la compréhension par le patient des limites de la chirurgie nasale en fonction de l'âge est essentielle.

Les impératifs de la rhinoplastie de rajeunissement

B

Nous n'envisagerons ici que la correction des différentes anomalies liées à l'âge. Les buts sont les suivants :

- augmenter la projection de la pointe et la longueur relative de la columelle ;
- favoriser la rotation céphalique de la pointe et affiner le lobule ;
- diminuer la longueur du nez ;
- traiter une éventuelle cyphose ;
- restaurer ou maintenir la valve nasale.

Les procédés techniques

C

Les procédés techniques utilisés lors de la réalisation d'une rhinoplastie de rajeunissement sont :

- large décollement sous-cutané pour s'accommoder de la diminution de l'élasticité de la peau ;
- emploi de techniques conservatrices de la pointe le plus souvent possible ;
- ablation modérée de la bosse (préférentiellement à la râpe) ;

- ostéotomies à minima (de préférence par une in-fracture) ;
- emploi de greffon cartilagineux si nécessaire ;
- exérèse de la bandelette supérieure des cartilages alaires ;
- emploi de Spreader-Grafts pour maintenir la valve ;
- rotation céphalique (avec nécessité fréquente d'utiliser un tuteur columellaire).

Pour certains auteurs, la voie externe est préférable avec un large décollement cutané, la rhinoplastie à ciel ouvert permettant automatiquement le décollement et facilitant la prise et la mise en place des greffons. Avec l'âge, le pansement postopératoire prend une importance toute particulière.

La rhinoplastie du sujet âgé doit mettre l'accent sur la déformation essentielle liée à l'âge et apporter une attention plus particulière sur la pointe et sa projection. Dans la plupart des cas, il faudra raccourcir la longueur du nez cartilagineux.

La projection de la pointe du nez se définit comme la hauteur de la pyramide nasale, mesurée de la base de l'épine nasale jusqu'au sommet du lobule. La pointe est projetée correctement lorsque le lobule se détache discrètement des structures qui concourent à son individualisation, c'est-à-dire le dorsum et la columelle. En effet, un nez où la pointe prolonge directement le dorsum ou la columelle, apparaît lourd et inélégant et représente une des caractéristiques du vieillissement. On peut définir trois types de situation : une hypoprojection légère, moyenne ou sévère.

Le soutien de la pointe du nez est assuré par un tripode avec un pilier médian qui est représenté par l'adossement des crus mésiales et de la cloison qui est responsable du soutien primaire de la pointe. Il présente une structure en mât de tente.

Les piliers latéraux formés par les crus latérales et les bords inférieurs des triangulaires constituent le soutien secondaire de la pointe. L'aire du dôme appelé crus intermédiaire par Sheen constitué par l'angle de rotation et de divergence entre les crus mésiales et latérales, a une importance toute particulière pour la projection et la définition de la pointe. D'autres structures concourent également au soutien de la pointe, le bord caudal du septum, l'angle septal antérieur, l'épine nasale.

La rotation céphalique de la pointe donne l'illusion d'une augmentation de sa projection. Ce procédé peut être suffisant si l'arc de rotation des alaires est poussé vers le bas soit par le septum soit par les crus latérales. Lorsqu'on ne peut pas agir sur la libération de l'arc de rotation de la pointe, il faut renforcer les éléments constitutifs du soutien de la pointe en augmentant la distance entre le plan facial et le sommet du lobule, c'est-à-dire en utilisant des greffons de soutien de la columelle ou du lobule. Ainsi, la projection de la pointe doit être augmentée par deux mécanismes :

- *une rotation céphalique,* une résection de la super-structure des alaires, le raccourcissement du bord inférieur des triangulaires, de la longueur des crus latérale (par section-reconstruction en cas de lobule large) du bord caudal du septum, représentent des gestes qui contribuent à repositionner la pointe vers le haut. Il faut y ajouter le rôle des tissus mous de la base du nez avec la section du muscle dépresseur du septum et des muscles de l'aile du nez qui libèrent l'enroulement narinaire ;
- *un renforcement des éléments constitutifs du tripode*, il faut agir sur les éléments constitutifs du tripode :
    - au niveau du pilier médian par la mise en place d'un tuteur columellaire ;
    - au niveau des piliers latéraux par la mise en place d'un greffon du lobule qui positionnera et définira la région columello-lobulaire.

Les problèmes de la projection et de la définition du lobule sont souvent liés notamment lorsque le lobule est nettement déformé. Ainsi les techniques de positionnement du lobule sont différentes pour les pointes peu déformées et potentiellement belles et pour les pointes plus profondément déformées. Les méthodes varient en fonction des déformations.

Les indications

D

Elles sont fonction de l'analyse anatomique et esthétique :

- défaut de projection léger

La résection de la bandelette supérieure des cartilages alaires et une action sur l'angle septal sont le plus souvent suffisants.

- défaut de projection moyen

Cette situation peut être traitée de plusieurs façons en fonction du lobule. Si le lobule est normal, il doit être projeté par un étai columellaire. L'étai columellaire est représenté par une baguette de cartilage septal de 2 à 2.5 cm de haut et de 3 mm de large placé entre les mésiales. Si le lobule est un peu large, l'association d'un étai columellaire et d'un hachurage représente une solution fiable.

Si le lobule est plus franchement déformé, sans nécessité d'interrompre le dôme et de réaliser une section-reconstruction des alaires, on peut envisager un point d'adossement des dômes sans fragilisation (avec le point de Tardy).

- hypoprojection sévère

Elle relève de la technique de reconstruction du tiers inférieur du nez avec des greffons multiples. La voie externe représente la méthode de choix. La pointe tombante représente une entité spécifique. La déformation associe, outre l'hypoprojection de la pointe, un angle naso-labial fermé, un lobule large et une pointe molle avec un bord caudal du septum normal et rétrus. Il faut dans ce cas pratiquer à la fois des techniques de résection cartilagineuse pour permettre la rotation céphalique de la pointe et des procédés de réinclusion pour renforcer le soutien de la pointe. Dans cette déformation, il faut réséquer le bord caudal du septum, pratiquer l'exérèse de la suprastructure des alaires, réaliser une section de l'aire du dôme et reconstruire l'arche des alaires,mettre en place un tuteur columellaire et positionner correctement un greffon columello-lobulaire.

Le raccourcissement de la longueur du nez cartilagineux est le deuxième but de la rhinoplastie de rajeunissement.

Les résections cartilagineuses conduisent au raccourcissement. Elles peuvent porter selon les cas sur la bandelette supérieure des cartilages alaires, la partie inférieure des cartilages triangulaires et sur l'angle septal antérieur situé entre le bord caudal et dorsal du cartilage quadrangulaire.

La rhinoplastie de rajeunissement peut entraîner des résultats satisfaisants sur des cas sélectionnés, isolément ou associés à d'autres techniques de rajeunissement. Il faut cependant une approche spécifique à la fois dans le projet de rhinoplastie et dans la réalisation technique.

Schéma 1 - La résection de la super structure des cartilages alaires permet une rotation céphalique modérée de la pointe et un discret raccourcissement du nez cartilagineux

Schéma 2 - La résection du bord caudal du septum triangulaire à base supérieure ouvre l'angle naso-labial, relève le lobule et entraîne un raccourcissement du nez cartilagineux

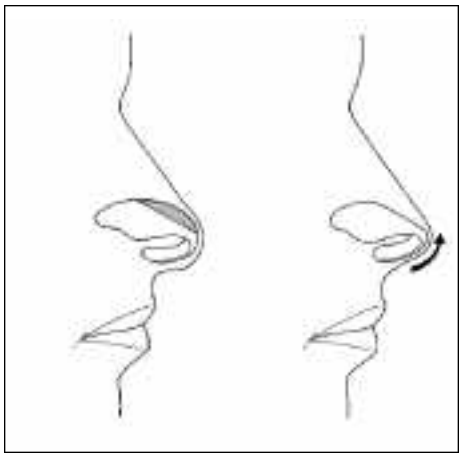
Schéma 3 - La mise en place d'un tuteur columellaire entre les crus mésiales renforce le soutien de la pointe et assure sa projection

Schéma 4 - Le hachurage de la crus intermédiaire permet de rétrécir et projetter le lobule

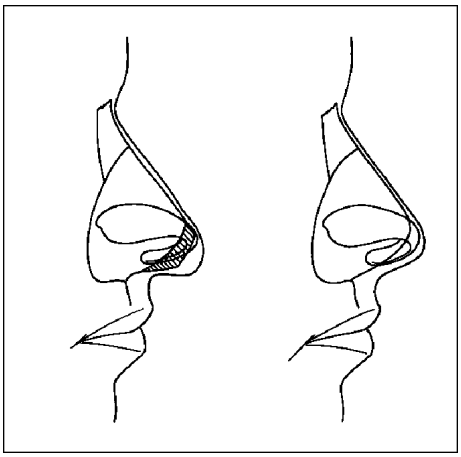
Schéma 5 - L'adossement des dômes permet de projetter, rétrécir et définir le lobule

Schéma 6 - Le greffon du lobule permet de renforcer le soutien secondaire de la pointe, projette le lobule et assure la configuration bidomale

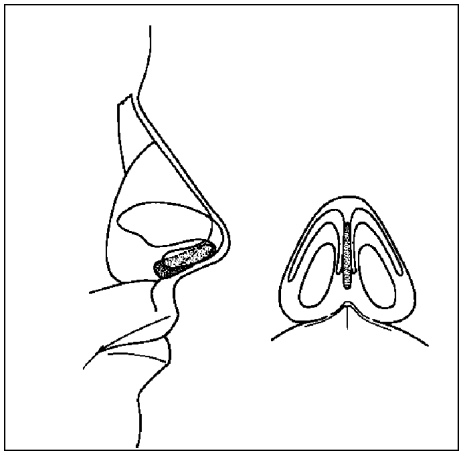
Schéma 7 - Traitement des pointes tombantes et larges avec nez cartilagineux long. Résection du bord caudal du septum. Section reconstruction du dôme. Résection de la superstructure de l'alaire, mise en place d'un tuteur columellaire et d'un greffon columello-lobulaire



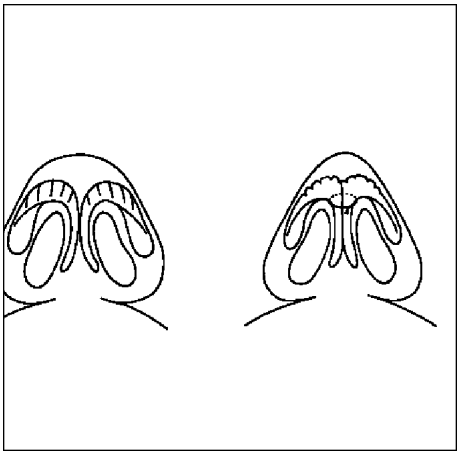
1



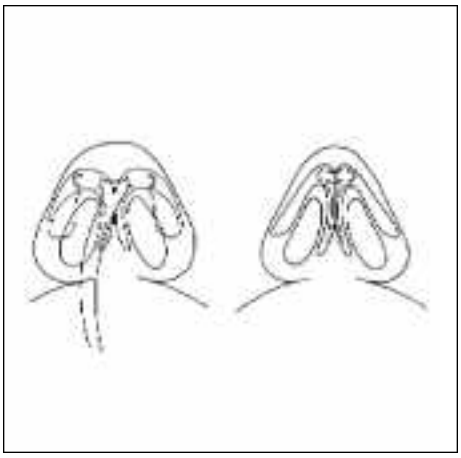
2



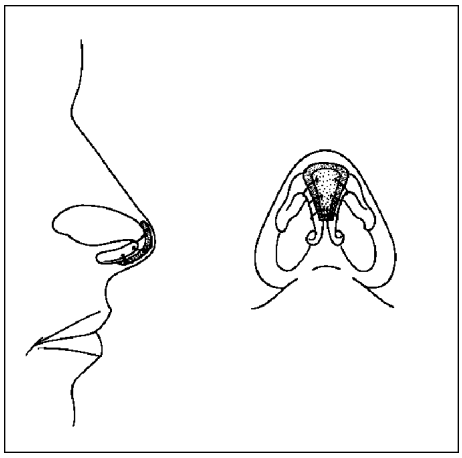
3



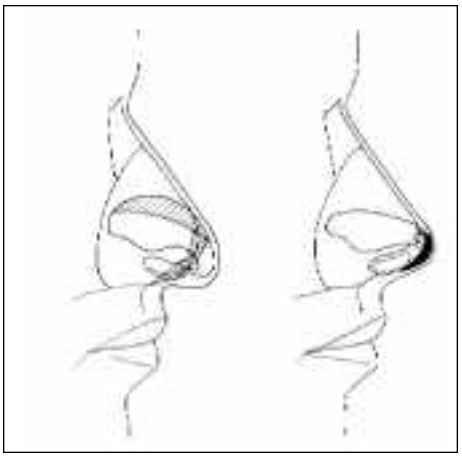
4



5



6



7

Cas Cliniques

E

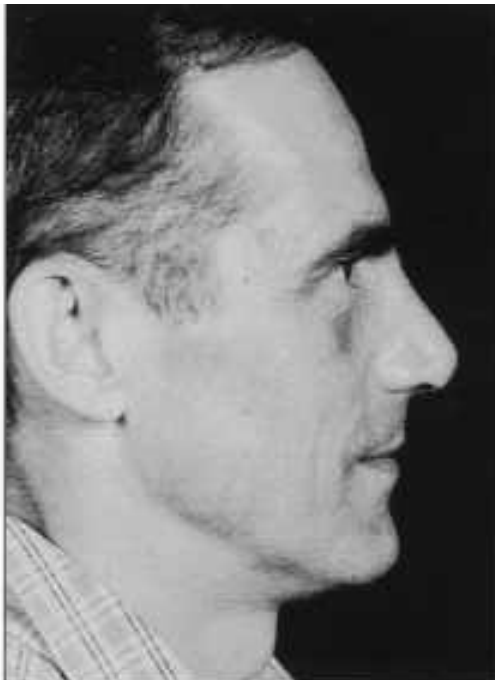
Mini rhinoplastie de rajeunissement : Cas n°1
Femme de 48 ans.
Raccourcissement du nez et rotation céphalique de la pointe par ablation de la bandelette supérieure des cartilages alaires et résection de la partie supérieure du bord caudal du septum. Ablation modérée de la bosse aux ciseaux de Cottle et à la râpe. Ostéotomie latérale par in fracture.

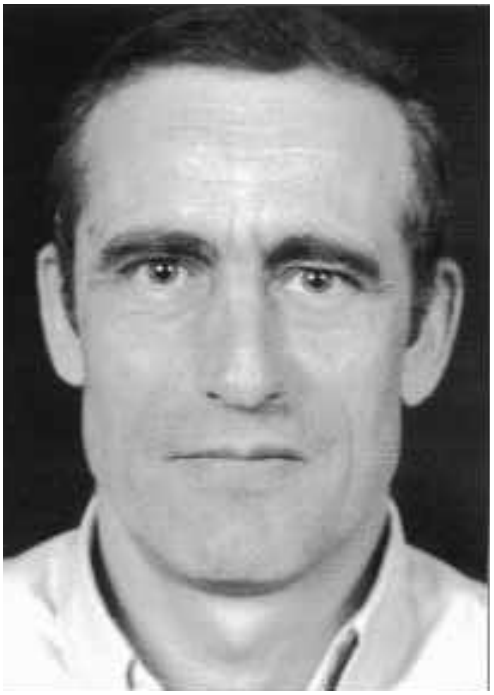
Rhinoplastie de rajeunissement : Cas n°2
Femme de 38 ans.
Raccourcissement du nez et rotation céphalique de la pointe par ablation de la bandelette supérieure des cartilages alaires. Résection de la partie supérieure du bord caudal du septum et de la partie inférieure des triangulaires.
Adossement des dômes.
Ablation modérée de la bosse aux ciseaux de Cottle et à la râpe. Ostéotomie par infracture.

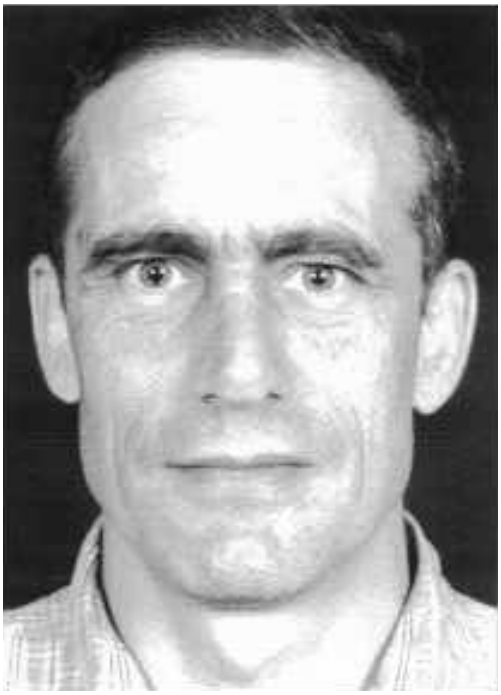
Rhinoplastie de rajeunissement : Cas n°3
Femme de 40 ans.
Raccourcissement du nez et rotation céphalique de la pointe par exérèse d'une bandelette supérieure des cartilages alaires et de l'angle septal antérieur et amélioration de la définition du lobule par hachurage de la crus intermédiaire. Ablation de la bosse aux ciseaux de Cottle et à la râpe. Ostéotomie par in fracture.

Rhinoplastie de rajeunissement : Cas n°4
Femme de 42 ans. Projection de la pointe par mise en place d'un étai columellaire.
Affinement du lobule par exérèse de la bandelette supérieure des cartilages alaires.
Ablation modérée de la bosse aux ciseaux de Cottle et à la râpe. Ostéotomie par in fracture.

Rhinoplastie de rajeunissement : Cas n°5 et 6
Cas n°5 femme de 38 ans et cas n°6 homme de 42 ans.
Pratiquement même déformation. Cyphose modérée, pointe tombante étalée et bifide. Nez de longueur excessive.
Voie externe. Rotation céphalique de la pointe et raccourcissement du nez cartilagineux. Exérèse de l'angle septal antérieur. Section reconstruction du dôme. Exérèse de la bandelette supérieure des cartilages alaires.
Raccourcissement des triangulaires. Mise en place d'un strut entre les mésiales et d'un greffon columello-lobulaire.
Réduction modérée de la bosse ostéo-cartilagineuse à la râpe et aux ciseaux de Cottle. Ostéotomie par in fracture.







Bibliographie

Johnson CM Jr, Anderson JR. Nose-lift operation : an adjunct to aging face surgery. *Arch Otolaryngol* 1978 ; 104 (1) : 1-3.

Krmpotic-Nemanic J, Kostovic J, Rudan P, Nemanic G. Morphological and histological changes responsible for the droop of the nasal tip in advanced age. *Acta Otolaryngol* 1971 ; 71 : 278.

Parkes ML, Kamer FM. The mature nose. *Laryngoscope* 1973 ; 83(2) : 157-66.

Patterson CN. The aging nose : characteristics and correction. *Otolaryngol Clin North Am* 1980 ; 13 (2) : 275-88.

Pollock RA ,Rohrich RJ. Inferior turbinate surgery : an adjunct to the succesful treatment of nasal obstruction in 408 patients. *Plast Reconstr Surg* 1984 ; 74 : 227.

Powell N, Humphries B. Proportions of the aesthetic face. New York, Thieme and Stratton.1984.

Rees TD. Rhinoplasty in the older adult. *Ann Plast Surg* 1978 ; 1 (1) : 27-9.

Ries WR, Rathfoot CJ. The aging nose in rhinoplasty for facial rejuvenation. *Facial Plast Surg.* 1996 ; 12 (2) : 197-203.

Rohrich RJ, Hollier LH. Rhinoplasty with advancing age. Characteristics and management. Clin Plast Surg. 1996 ; 23 (2) : 281-96.

Sheen JH. The older patient. Aesthetic Rhinoplasty ; Sheen JH, Sheen A(eds). St Louis, Mosby. 1987.

Sheen JH. Spreader grafts : a method of reconstructing the root of the middle nasal vault following rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1984 ; 73-230.

Sherris DA, Otley CC, Bartley GB. Comprehensive treatment of the aging face : cutaneous and structural rejuvenation. *Mayo Clin Proc.* 1998 ; 73(2) : 139-46.

Slavit DH, Lipton RJ, Kem EB, Mc Caffrey TV. Rhinolift operation in the treatment of the aging nose. *Otolaryngology Head and neck Surgery* 1990 ; 103 (3) : 462-7.

Toruimi DM. Surgical correction of the aging nose. *Facial Plast Surg* 1996 ; 12 (2) : 205-14.