

APPARENCES *France*

Médecine Esthétique

Santé NUTRITION

Bien-être **Beauté**

Tourisme

Luxe

5



Dr F.B.
ORL – CHIRURGIE PLASTIQUE DE LA FACE.
PAST-PRÉSIDENT DE LA SAMCEP
NICE

LA rhinoplastie *médicale*

La rhinoplastie médicale est devenue une des indications phares dans le traitement esthétique du visage. L'absence de contraintes mécaniques importantes (dynamique faciale relativement pauvre à ce niveau), associée à la stabilité des supports de la pyramide nasale (cartilage et os), offre aux fillers «un lit» particulièrement propice. La durée du comblement est ainsi plus importante qu'au niveau des autres parties du visage. La satisfaction de nos patients s'en trouve fortement améliorée. Initialement réservées aux corrections des imperfections post-chirurgicales «rhinoplastie-camouflage» (Fig.1), les indications de traitement concernent de plus en plus les corrections primaires.

INTRODUCTION: LE CONCEPT DE RHINOPLASTIE MÉDICALE

La rhinoplastie reste avant tout une procédure hautement chirurgicale,

mais l'intrusion des fillers et de la toxine botulique nous obligent à appréhender différemment nos indications de traitement et notre conseil.

Les objectifs du traitement découlent de l'analyse artistique du nez :

il faut considérer «le nez isolément» et «le nez dans le visage», en 3 dimensions.

Nous modifierons :

- › **le nez dans son unité** et ses volumes propres, (volumétrie nasale)
- › **le nez au sein du visage**, ce qui renvoie vers l'harmonie globale du visage (notamment pour l'angle naso-frontal, l'angle naso-labial et la projection des pommettes).

Le traitement contemporain de la lèvre et du menton avec les fillers réalise, en outre, une véritable profiloplastie médicale. Le traitement des pommettes et notamment de leur projection permet aussi de jouer sur la «volumétrie relative» du nez notamment sur les vues de profil.

BASES ANATOMIQUES

Elles sont essentielles pour comprendre le siège du traitement et appréhender les éventuels risques liés aux injections.

Occupant le tiers moyen de la face, le nez se présente sous la forme d'une pyramide triangulaire creuse de structure ostéo-cartilagineuse avec un sommet correspondant à la racine du nez et une base où s'ouvrent les orifices narinaires. Sur cette charpente ostéo-cartilagineuse, repose une enveloppe périchondro-périostée, un plan musculaire puis la peau.

On reconnaît :

- › **une portion fixe**, formée par l'échancrure frontale, les branches montantes des maxillaires, les os propres, les cartilages latéraux supérieurs (triangulaires) et le septum.
- › **une portion mobile**, correspondant pour l'essentiel aux cartilages latéraux inférieurs (alaires) mais également aux cartilages latéraux supérieurs (portion inférieure) qui jouent

un rôle **essentiel** dans la valve nasale.

Les rapports entre **les** éléments fixes et mobiles du nez sont fondamentaux dans l'analyse esthétique et dans le projet médico-chirurgical d'une rhinoplastie.

Les applications qui découlent de ces « inter-relations » font référence aux concepts d'anatomie morphodynamique.

Les injections d'acide hyaluronique se font en profondeur au contact des structures cartilagineuses ou osseuses.

Ce qui est donc fondamental avant d'effectuer un traitement de rhinoplastie médicale par comblement, est d'une part la connaissance des structures de la charpente nasale, et d'autre part la connaissance des plans de couvertures du nez.

On décrit des muscles éleveurs, déprimeurs, compresseurs ou dilateurs des narines.

Leur rôle est généralement modeste en dehors du muscle déprimeur de la pointe qui tire la pointe nasale vers le bas et majore la cyphose. Les muscles dilateurs des narines sont parfois toniques et élargissent la base nasale. Le muscle éleveur commun des narines et de la lèvre supérieure entraîne un allongement du nez, une majoration de la cyphose, ainsi qu'une fermeture de l'angle naso-labial et la mise en évidence de la gencive supérieure (sourire gingival). Ce muscle

contribue avec le muscle nasalis et le procerus sur la ligne médiane, à l'apparition des « bunny lines ».

Tous ces muscles sont parfaitement accessibles à l'action de la toxine botulique et seront sélectivement bloqués selon les cas.

La vascularisation nasale est très riche, les vaisseaux sont de petite taille sauf au niveau de la région angulaire interne de l'œil.

Cette vascularisation est assurée par les branches artérielles des réseaux carotidiens internes (a.ophtalmique) et carotidiens externes (a.faciale).

Les veines se drainent vers la veine angulaire pour l'essentiel mais aussi vers la veine faciale.

Malgré l'importance de cette vascularisation, les risques d'hématomes sont très réduits en pratique. Les risques liés à cette distribution artérielle sont surtout représentés par les embolisations notamment au niveau des ailes narinaires et au niveau de la glabella. Le principal risque embolique est la cécité par migration embolique dans le réseau carotidien interne et faisant suite aux injections proches du canthus interne.

L'injection à proprement parler de la pointe n'est pas particulièrement dangereuse si elle répond aux précautions techniques habituelles.

L'innervation :

Les rameaux moteurs proviennent du nerf facial et les rameaux sensitifs émanent du nerf trijumeau

par l'intermédiaire du nerf nasal externe, du nerf infra-orbitaire et du nerf nasolobaire. La blessure d'une branche nerveuse est sans conséquence.

PRODUITS INJECTÉS

Compte tenu de la finesse du revêtement cutané, il est nécessaire que le produit injecté bénéficie d'un équilibre parfait entre son homogénéité, son potentiel de diffusion dans les espaces comblés, et bien entendu son innocuité. En cas d'injection préalable d'un produit non résorbable, nous contre-indiquons une nouvelle injection de fillers.

Parmi les nombreux fillers disponibles sur le marché actuellement, notre choix s'est progressivement « resserré » sur l'acide hyaluronique, qui peut être injecté en sécurité dans toutes les régions ; à la fois au niveau du nez fixe, mais aussi au niveau de la pointe nasale où la tension cutanée est très importante et où la tolérance du produit doit être optimale.

Le produit doit être fortement réticulé pour une stabilité du résultat.

Il est nécessaire d'utiliser des produits dont la tolérance et la sécurité sont aujourd'hui « absolues ».

TECHNIQUE D'INJECTION

L'intervention se fait idéalement après application de crème anesthésiante sur l'ensemble de la surface à traiter. Elle peut cependant être

menée sans aucune anesthésie. La pointe nasale est la partie la plus sensible.

Il est nécessaire de bien établir son plan de traitement avant de commencer les injections.

En effet, la tension cutanée nasale notamment au niveau de la pointe est telle que si l'on effectue de trop nombreuses injections, le produit a tendance à s'extruder.

Plusieurs procédures de traitement sont décrites :

Au niveau du dorsum, pour combler un angle naso-frontal et effacer une bosse.

L'aiguille est introduite avec une obliquité de 45° jusqu'au contact osseux. Elle est tenue par la main dominante.

Avec le pouce et l'index de l'autre main, il est nécessaire d'effectuer une pression sur les murs latéraux des os propres pour éviter que le produit diffuse latéralement au niveau de la région des cernes et de la vallée des larmes. Il est parfois utile de combler l'angle naso-frontal par un abord latéral pour parfaire le traitement de cette région. Une fois le produit injecté, il est mis en place par un massage soigneux.

Le comblement d'une bosse en remplissant l'angle naso-frontal permet aussi de « raccourcir visuellement » la longueur du nez en avançant la

projection antérieure de la région frontale.

Cette injection explique l'effet bénéfique que nous pouvons obtenir également dans les « nez longs ».

Autonomisation et définition de la pointe nasale

Comme nous l'avons souligné plus haut, il faut éviter de multiplier les points d'injections.

Ils permettent de distribuer de façon radiaire sur la pointe, l'ensemble du produit.

La pression de l'injection est ici essentielle. La procédure doit être lente et progressive pour éviter d'entraîner une souffrance cutanée. La pointe ne doit pas « blanchir » durablement sous l'effet du remplissage. Dans notre expérience de plus de 650 procédures d'injections nasales, nous n'avons jamais observé de nécrose cutanée. Les raisons qui concourent à une nécrose semblent s'orienter davantage vers des mécanismes emboliques.

La face et le nez en particulier sont très richement vascularisés et les réseaux de suppléances sont très nombreux. Pour qu'une nécrose cutanée apparaisse, il faut donc que ces réseaux de suppléances soient « dépassés », c'est-à-dire que le mécanisme embolique intéresse les capillaires les plus distaux.

Les risques d'embolisation apparaissent donc plus grands avec les produits de faible réticulation.

C'est une des raisons pour lesquelles nous recommandons l'injection de produit de forte concentration et de forte réticulation au niveau du nez.

Traitement de la région columellaire et ouverture de l'angle naso-labial

Il peut être fait lorsqu'un traitement par toxine botulique n'est pas réalisé dans le même temps.

On injecte directement en profondeur le produit qui est déposé au contact de l'épine nasale, pour ouvrir l'angle. Les lignes de la columelle sont ensuite équilibrées plus superficiellement.

Notes techniques: aiguille/canule

On peut également effectuer la procédure à l'aide de microcanule spécifique 25G (qui est préférée aux tailles inférieures en raison d'un passage parfois difficile notamment dans les nez secondaires).

L'utilisation de canule est intéressante surtout pour une tunellisation du dorsum et un camouflage de bosse. Elle permet d'avoir une sécurité quasi absolue vis-à-vis du risque embolique et s'impose très certainement comme standard d'utilisation en rhinoplastie médicale.

PROTOCOLE DE TRAITEMENT

Nous effectuons une première procédure sans sur-correction, puis un contrôle au 15^e jour.

En cas de nécessité une réinjection ou des raffinements techniques sont réalisés.

Le résultat est alors remarquablement stable sur 18 à 24 mois.

INDICATIONS

Toutes les rhinoplasties ne peuvent pas être effectuées médicalement !

La rhinoplastie médicale est une merveilleuse alternative mais aussi un outil complémentaire de la chirurgie conventionnelle. Il ne peut donc en aucun cas être possible d'opposer ces 2 solutions de traitement. Le chirurgien doit en connaître les avantages et le médecin doit en connaître les limites.

Les indications découlent de l'analyse artistique et de la réalisation du projet, au même titre qu'une rhinoplastie chirurgicale. Un morphing informatique peut également être effectué avant le traitement.

En première intention, «L'indication princeps» est la rhinoplastie d'augmentation avec camoufflage de la cyphose ostéo-cartilagineuse. Le traitement de la pointe et les comblements des angles de raccordement avec la lèvre ou le front donnent des résultats remarquables.

Après séquelles de rhinoplastie chirurgicale

Toutes les irrégularités : ensellure, asymétrie, déviation... peuvent être comblées par un filler.

Les indications de ces remplissages sont superposables à celle des greffons cartilagineux.

L'injection d'un filler juste après une rhinoplastie peut s'avérer également très intéressante. En effet dans certains cas, il existe des adhérences qui se révèlent après ablation de la contention (atèle résine ou plâtre) en raison par exemple d'une mobilisation d'un fragment osseux ou cartilagineux. Il est alors très utile de « soulever » cette adhérence par un bolus d'acide hyaluronique et d'éviter que la rétraction s'installe. L'espace comblé se fibrose au fur et à mesure des ré-injections et évite une reprise opératoire dans de nombreux cas.

Approche esthétique et fonctionnelle de la rhinoplastie

L'utilisation d'acide hyaluronique dans la région de la valve septo-triangulaire permet de lutter contre le collapsus septo-triangulaire qui peut survenir après rhinoplastie (pathologie de la valve).

Cette technique est très intéressante car elle est de réalisation simple par injection trans-muqueuse directe.

L'injection se fait après tamponnement d'un coton imbibé de xylocaïne naphazolinée. Le patient apprécie immédiatement le bénéfice sur sa respiration nasale et nous « guide » dans la quantité de produit

à injecter (généralement entre 0,1 cc et 0,3 cc par côté).

Cette injection « remplace » la mise en place chirurgicale de « spreader grafts » et doit être renouvelée 1 à 2 fois par an pour stabiliser le résultat.

Ce traitement peut être associé à une correction esthétique contemporaine (séquelles de rhinoplastie avec collapsus des cartilages triangulaires).

CONCLUSION

La rhinoplastie médicale est une remarquable procédure qui donne des résultats surprenants avec une stabilité supérieure à celle des traitements d'autres parties du visage.

Elle nécessite un apprentissage technique et une approche artistique des indications au même titre que la rhinoplastie chirurgicale à laquelle elle ne se substitue pas.

L'apparition relativement récente de cas de complications emboliques impose très certainement de recommander l'utilisation de canule et de réserver l'aiguille aux injections strictement médianes et dans les plans permettant d'éviter les branches de division de l'artère faciale.

EXEMPLES DE RÉSULTATS

Rhinoplastie médicale

Traitement du profil et autonomisation de la pointe, par injection de 0,7 cc d'acide hyaluronique, associée à une injection de toxine botulique sur le muscle déprimeur de la pointe.



Rhinoplastie médicale

Traitement d'un nez dévié par injection de 0,4 cc d'acide hyaluronique.



Rhinoplastie médicale correctrice après une première chirurgie

Traitement d'une bosse résiduelle par camouflage avec 0,4 cc d'acide hyaluronique.



Rhinoplastie médicale correctrice après deux chirurgies

À noter l'effet de projection et de soutien obtenu avec le gel.



BIBLIOGRAPHY

- Braccini F, Dohan Ehrenfest DM. Advantages of combined therapies in cosmetic medicine for face ageing : botulinum toxin fillers and mesotherapy. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 2010;131(2):89-95.

- Redaelli Alessio, Braccini Frederic. *Medical Rhinoplasty. Basic principles and clinical practice*. Ed. OEO Firenze 2010.

- Braccini F, Dohan Ehrenfest . Medical rhinoplasty: rationale for atraumatic nasal modelling using botulinum toxin and fillers. *Rev Laryngol. Otol. Rhinol.* 2008; 129 (4-5):233-8.

- Braccini F, Porta P, Thomassin JM. Mini-rhinoplasty. *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 2006; 127,1:15-20.

- Braccini F, Berros P, Belhaouari L. Botulinum toxin, description and clinical applications in the treatment of the face wrinkles. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 2006;127(1-2):105-11. French.

- Redaelli A. Medical rhinoplasty with hyaluronic acid and botulinum toxin A: a very simple and quite effective technique. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 2008, 7, 210-220.

-Braccini F. In *Anatomy and volumising injections. The nose. Fillers and rhinoplasty*. E2e Medical publishing. Master collection 2. 2013. 105-122.

Dr Frédéric Braccini

ORL

Chirurgie Plastique de la Face

Past-Président de la SAMCEP

Nice

www.braccini.net