

ÉPIDERME

Organe intelligent de communication entre système nerveux et environnement

FILS TENSEURS

Avantages, effets et techniques des fils tenseurs résorbables

PHOTOVIEILLISSEMENT

Les bons gestes de prévention et dernières avancées cosmétiques

VIEILLISSEMENT DU NEZ Chirurgie ou Injections?

Une rhinoplastie du nez vieillissant au-delà d'un certain âge peut s'avérer plus compliquée en raison de caractéristiques anatomiques particulières. Dr F. Braccini, Dr J. Fernandez et Dr C. Clérico expliquent pourquoi et comment choisir, entre prise en charge chirurgicale et médicale.

a rhinoplastie du nez vieillissant, après 60 ans, est un challenge pour le praticien. Les patients âgés ne présen-∎tent pas les mêmes attentes et les mêmes motivations que les sujets jeunes. De ce fait, il est primordial, pour l'opérateur, de tenir un discours clair et franc afin d'expliquer les possibilités thérapeutiques et de définir un résultat escompté réalisable. De nombreux facteurs, à l'origine du vieillissement du nez, doivent être traités pour permettre un résultat esthétique et fonctionnel. Le but de cet article est de présenter les causes du vieillissement du nez et les traitements possi-

S'il n'est pas l'objectif principal, le traitement médical ou chirurgical du nez s'accompagne en outre d'un « effet bonus » de rajeunissement.

Qualité de la peau

La qualité de la peau au niveau de la face et du nez change avec l'âge. Fréquemment, les cartilages alaires et la pointe grossissent et prennent un aspect moins naturel. Ceci résulte de l'augmentation du nombre de glandes sébacées, spécialement chez l'homme avec le développement, dans certains cas, de rhinophymas. Le résultat de ces changements cutanés est à l'origine d'une cicatrisation souvent hypertrophique au niveau des zones où la peau est épaissie. Cependant, en cas d'incision chirurgicale au niveau des zones où la peau est fine (columelle et dorsum), la cicatrisation est en générale de meilleure qualité. Au vu de cet épaississement cutané majeur avec l'âge, il est important d'agir de manière plus conséquente sur les structures cartilagineuses pour avoir un effet esthétiquement satisfaisant.

Pointe du nez

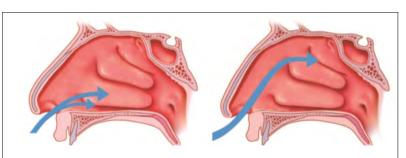
La pointe du nez présente sûrement le plus de modifications avec l'âge : aspect tombant et allongé. Ces modifications sont secondaires à des variations structurelles sous-jacentes et sont multifactorielles:

- Atténuation, fragmentation et possible ossification des attaches fibroélastiques entre les cartilages latéraux supérieurs et inférieurs avec comme résultante une migration de la crus latérale.
- Affaiblissement du ligament suspenseur à l'origine de la perte de soutien au niveau de la crus médi-
- Epaississement et possible ossification des cartilages conduisant à une projection plus importante de la pointe
- Épaississement de la couverture cutanée nasale et du tissu souscutané avec une augmentation concomitante de la vascularisation entraînant une augmentation du volume et du poids de la pointe
- Hypoplasie maxillo-alvéolaire avec pour effet une divergence des pieds de la crus médiale et rétrécissement de la columelle

Tous ces facteurs favorisent la rotation du lobule nasal créant un angle columello-lobulaire aigu et un rétrécissement de la dimension verticale du tiers inférieur de la face. Le résultat esthétique est une longueur nasale relativement augmentée et une apparence de pointe tombante.

Les voies aériennes nasales

L'obstruction fonctionnelle des voies aériennes nasales est une plainte fréquente du patient vieillissant. Les causes habituelles des obstructions nasales comme les anomalies du septum ou les hypertrophies des cornets inférieurs peuvent se retrouver dans ce groupe d'âge. D'autres changements anatomiques associés à l'âge peuvent conduire à une obstruction nasale. L'affaissement de la pointe entraîne une redistribution de l'air au niveau des fosses nasales : l'air est redistribué plus « haut » à l'intérieur de la cavité nasale. Il est fréquemment retrouvé un affaissement de la valve nasale interne, secondaire à la migration vers le bas et à la séparation des cartilages latéraux supérieurs et inférieurs, qui peut également produire cette obstruction. Le muco-périchondre est, quant à lui, plus



Modifications de la redistribution de l'air au niveau de la cavité nasale. (Gauche) : chez le sujet jeune, l'air est principalement distribué au niveau de la partie inférieure. (Droite) : Chez le sujet âgé, la rotation de la pointe entraîne ce flux vers le haut (Rhinoplasty with advancing age. Rod J.Rohrich, Plastic and reconstructive surgery, Vol 114, No 7, 2003)



fragile chez le sujet âgé ce qui entraîne des difficultés lors de la prise en charge chirurgicale de ces symptômes.

La voûte osseuse

En général, le tiers moyen du visage a tendance à reculer avec le vieillissement, comme le reste du massif cranio-facial, suite à de nombreux facteurs. Cela conduit à un déplacement postérieur de l'ouverture pyriforme. Etant donné que cette ouverture est le soutien de la pyramide nasale, le recul postérieur de cette structure entraîne à un profil nasal « reculé ». De plus, la perte de hauteur pyriforme est à l'origine d'une distorsion dans le rapport base alaire/columelle. Ces changements doivent être pris en compte dans l'analyse des proportions faciales en vue d'une rhinoplastie. La pyramide nasale osseuse elle-même devient de plus en plus friable et fragile. L'ensemble de ces changements rend le résultat des ostéotomies plus imprévisible avec le vieillissement osseux (comminution).

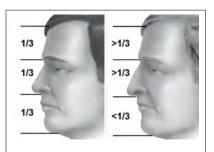
Les modifications osseuses des angles de raccordement entre le nez et la face (angle naso-labial et naso-frontal) entrainent un aspect sévère dont il est important de prendre la mesure.

Le dorsum

La bosse dorsale proéminente retrouvée chez le sujet âgé est corrélée à la ptose de la pointe nasale. De ce fait, la prise en charge de la pointe doit être réalisée avant toute résection de bosse nasale pour éviter toute sur correction du dorsum.

Changement dans les proportions esthétiques faciales

Il existe des proportions standardisées du visage esthétiquement plaisant.1 Chez les patients jeunes, la face peut être divisée en trois parties délimitées par des lignes adjacentes au menton, à la base du nez, au sourcil et à la ligne des cheveux. La partie supérieure varie en fonction de la hauteur de la ligne d'implantation des cheveux. Chez le patient âgé, il existe une diminution de hauteur du tiers inférieur du visage (atrophie musculaire de l'orbicularis oris, résorption du tissu graisseux, hypoplasie du maxillaire). Les tiers moyen et supérieur présentent cependant une relative augmentation de hauteur. Le dorsum et la pointe du nez subissent des changements au cours de la vie.



Modifications des proportions esthétiques du visage avec l'âge (Rhinoplasty with advancing age. Rod J.Rohrich, Plastic and reconstructive surgery, Vol 114, No 7, 2003)

Avec l'âge, le dorsum présente un aspect plus convexe secondaire à la rotation caudale du lobule et à la rétraction columellaire.



Changements des caractéristiques du nez avec l'âge (Rhinoplasty with advancing age. Rod J.Rohrich, Plastic and reconstructive surgery, Vol 114, No 7, 2003)

Pourquoi et comment traiter le vieillissement du nez

Prise en charge chirurgicale

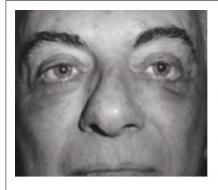
Le processus de vieillissement conduit à d'innombrables changements corporels. Le nez est particulièrement sensible à ces changements. Les niveaux d'hormones, la capacité de régénération, l'élasticité des tissus, la résorption osseuse et les effets de la gravité contribuent à produire des signes classiques. La rhinoplastie sur un nez vieillissant exige une compréhension globale du vieillissement de cette région et une parfaite connaissance de l'anatomie faciale, combinée à des techniques chirurgicales conçues pour résister à ces forces de remodelages omniprésents au fil du temps. Il existe des spécificités techniques de la rhinoplastie chirurgicale chez le sujet âgé.

Bien que chaque acte chirurgical doive être spécifiquement adapté à chaque patient, il y a certains objectifs communs dans l'exécution des rhinoplasties chez les personnes âgées

(compte tenu du caractère commun du vieillissement). Une rhinoplastie chez le sujet âgé doit comporter des points clés avec des étapes chirurgicales précises visant à corriger le vieillissement naturel de la pyramide nasale. Le chirurgien doit s'efforcer d'effectuer une rotation céphalique de la pointe avec un affinement de celle-ci, d'amener un soutient columellaire, de diminuer ou non la longueur totale du nez, de corriger la bosse dorsale, de traiter et de soutenir les valves nasales internes ainsi que de corriger, au besoin, les déviations septales.³⁻⁴ Pour atteindre ces objectifs, certains principes doivent être suivis:

- La fragilité et l'atrophie cutanée est un facteur majeur à prendre en compte dans les rhinoplasties chez le sujet âgé.
- Les sutures visant à affiner la pointe du nez doivent être soigneuses ; des points inter et trans-domaux peuvent être réalisés et doivent être préférés aux méthodes plus destructrices.
- Le traitement du dorsum doit être soigneux et la résection de la bosse doit être réalisée à minima et seulement après que la pointe ait été initialement traitée afin de ne pas trop accentuer sa rotation.
- Il est primordial de tenter de restaurer des proportions appropriées de la pyramide nasale.
- Les greffes cartilagineuses sont réalisées si nécessaire : l'étai columellaire paraît indispensable pour recréer un soutien au niveau de la pointe ; des spreader graft peuvent également venir traiter un problème de valve interne. L'autonomisation de la pointe peut être réalisée avec un greffon de pointe.
- La résection des cartilages alaires doit être conservatrice au maximum, avec au moins une bande de cartilage de 6 mm à conserver.
- Les ostéotomies doivent être minimalistes compte tenu de la fragilité osseuse

Une turbinectomie inférieure extramuqueuse peut être réalisée si besoin. Les techniques chirurgicales décrites dans cet article peuvent être utilisées indépendamment ou être associées en fonction des résultats attendus, des facteurs présents ainsi qu'en fonction du degré de rotation ou de projection de la pointe.





Rhinoplastie de réduction endonasale avec important traitement de la pointe (affinement – rotation céphalique).





Nez long cyphotique. Pointe tombante. Raccourcissement et traitement de la bosse .





Nez secondaire avec bec de corbin. Rhinoplastie a minima par voie endonasale.

Prise en charge médicale

Bien que chaque technique soit propre à chaque chirurgien et doit spécifiquement être adaptée à chaque patient, il y a certains objectifs communs dans l'exécution des rhinoplasties médicales chez les personnes âgées, compte tenu du caractère commun du vieil-lissement. Il s'agit le plus souvent de rhinoplasties d'augmentation. La présence de « non-indication » ou « contre-indication » chirurgicale est un argument parfois très intéressant pour envisager une rhinoplastie médicale. Elle s'effectue en trois étapes clés.⁵⁻⁶

Strut columellaire

Le support de la pointe est indispen-

sable pour réaliser une rhinoplastie médicale de qualité : celle-ci vise à renforcer la columelle en jouant le rôle d'étai. Cela permet un meilleur maintien de la pointe et va contribuer à sa rotation. L'injection est réalisée en deux étapes, une première consiste à injecter un bolus de 0,2cc au niveau de l'épine nasale en profondeur, la seconde consiste à injecter de l'acide hyaluronique en nappe le long de la columelle.

Traitement de la pointe

Le traitement de la pointe est accessible aux fillers, mais également à la toxine botulique : cela permet à la fois de jouer sur les volumes et sur l'angle

naso-labial. Plus que toute autre unité esthétique du nez, la pointe du nez doit être traitée avec des volumes conservateurs et constants. L'injection d'acide hyaluronique au niveau de la pointe est réalisée par une technique de série de ponction afin de maximiser la précision et l'exactitude des points. De petits volumes d'acide hyaluronique de 0,1 à 0,2 ml peuvent entraîner une amélioration importante de l'esthétique de la pointe. En complément des volumateurs, la toxine botulique est particulièrement utilisée et permet d'obtenir une rotation céphalique de la pointe en injectant le depressor septi, associé à la mise en place d'un bolus d'acide hyaluronique au niveau de l'épine nasale. Le traitement des ailes narinaires peut être effectué en injectant le muscle levator labi alaeque nasi de chaque côté.

<u>Traitement du dorsum</u>

L'arête nasale est en général traitée par des petits bolus d'acide hyaluronique tout le long de l'arête. Un acide hyaluronique avec un niveau élevé de réticulation est recommandé. Après l'injection, l'acide hyaluronique doit être doucement massé pour permettre une distribution uniforme, évitant ainsi des irrégularités. L'effet « Tyndall » doit être évité (blanchiment de la peau) et une douleur intense lors de l'injection notamment au niveau de la glabelle doit faire immédiatement stopper le geste. Une superposition de l'acide hyaluronique du plan profond vers les plans superficiels peut être entreprise en utilisant des acides hyaluroniques moins réticulés lorsqu'on arrive sur les plans superficiels. Une injection rétro traçante le long du grand axe de l'arête nasale peut être utilisée pour maintenir la forme nasale appropriée. Le traitement du dorsum est ainsi accessible aux produits de comblement et permet ainsi, par un jeu d'ombre et de lumière, de corriger la bosse nasale.

Le traitement peut se faire à la canule (25 G) ou à l'aiguille (27G). Les zones à risques emboliques maximal se situant sur la partie latéro-basale du nez et au niveau de la glabelle en profondeur.

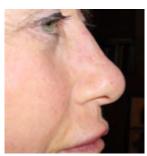
Dans notre pratique de plus de 700 rhinoplasties médicales, nous n'avons pas observé de complications emboliques.

Conclusion La rhinoplastie chez le sujet âgé représente un challenge chirurgical pour le chirurgien. Les caractères psychologiques différents du sujet âgé et les caractéristiques anatomiques particulières liées au vieillissement naturel du nez rendent cette intervention délicate. Plus précisément, la pointe du nez semble s'affaisser, et cela secondairement à la perte du soutien sousjacent. Cela peut, à son tour, donner l'apparence d'une bosse dorsale relativement plus importante. L'utilisation des ostéotomies doit être minimisée compte tenu de la fragilité sous-jacente de la pyramide nasale. La rhinoplastie médicale semble alors dans cette indication être une bonne alternative à la chirurgie.

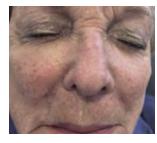
La place des injections est intéressante car très peu agressive et permettant d'éviter une intervention parfois non réalisable.

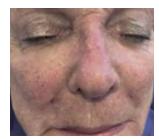
Dr Frédéric Braccini est Chirurgien Cervico-Facial et exerce sa pratique en thérapeutique et en esthétique. Ancien chef de clinique des universités de Marseille, il fut aussi praticien attaché de l'hôpital Américain de Paris. Il est actuellement responsable du Centre Médical "l'Artistique" à Nice. Auteur de nombreux ouvrages et publications scientifiques, il participe à de nombreux enseignements universitaires et Masterclass. Il est aussi président de la Société Avancée de Médecine et de Chirurgie Esthétique et Plastique (SAMCEP), secrétaire de la Société Française de chirurgie Plastique et Esthétique de la Face, et membre de l'American society of plastic surgeons. Il s'appuie également sur les travaux de ses confrères du Service de Chirurgie Plastique et réparatrice de l'Hôpital Pasteur CHU Nice, les Docteurs J. Fernandez et C. Clérico qui ont participé de façon active à la rédaction de cet article.





Profiloplastie médicale (Traitement conjoint du nez et des lèvres)









Rhinoplastie médicale (Comblement de l'angle naso-frontal et autonomisation de la pointe)

RÉFÉRENCES:

- 1. Byrd, H.S, and Hobar, P.C. Rhinoplasty : A practical guide for surgical planning. Plast . Reconstr. Surg. 91 :642, 1993
- Rhinoplasty with advancing age. Rod J.Rohrich, Plast. Reconstr. Surg, Vol 114, No 7, 2003
- 3. Rohrich, R. J., Adams, W. P., and Deuber, M. A. Grad- uated approach to tip refinement and projection. In J. P. Gunter, R. J. Rohrich, and W. P. Adams (Eds.), Dallas Rhinoplasty: Nasal Surgery by the Masters. St. Louis: Quality Medical Publishing, Inc., 2002. Pp. 333-358.
- 4. Tebbetts, J. B. Shaping and positioning the nasal tip without structural disruption: A new, systematic ap- proach. Plast. Reconstr. Surg. 94: 61, 1994.
- Braccini F. New trends in rhinoplasty. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2011.
 Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2011;132(4-5):215-21
- Braccini F, et al. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2008. Medical rhinoplasty: rationale for atraumatic nasal modelling using botulinum toxin and fillers.