body language

N°14

Le Magazine International de la Médecine Esthétique et Anti-Âge
bodylanguage.fr



SANTÉ cutanée

OBJECTIF PEAU ZÉRO DÉFAUT - BIO TECHNOLOGIES, COSMÉTIQUE ACTIVE ET NUTRITION

HYPERSENSIBILITÉ CUTANÉE
Peau et système nerveux, une relation complexe

COSMÉTOLOGIE
Science de haut vol et technologie de pointe

MARCHÉ COSMÉTIQUE
Tendances mondiales et influence des consommateurs



Rhinoplastie Médicale

"State of the art"

Tout un art la rhinoplastie, longtemps exclusivement chirurgicale, mais désormais médicale, grâce au développement des produits injectables. Loin de s'opposer, les deux techniques dialoguent et collaborent. Si la rhinoplastie médicale est une remarquable procédure permettant de corriger et améliorer de manière beaucoup moins invasive que la chirurgie, elle exige une grande technicité et surtout une approche artistique de l'ensemble du visage, nous rappelle le Dr Frédéric BRACCINI.

La rhinoplastie médicale permet la correction des volumes et des formes du nez à l'aide des procédés de médecine esthétique.

La toxine botulique pourra bloquer la dynamique musculaire parfois importante, notamment au niveau de la pointe et des narines, et les produits de comblements permettront de réaliser une véritable « sculpture nasale ».

Cet effet sculptant est d'autant plus impressionnant que les supports solides du nez (cartilages et os) autorisent avec peu de produits, des modifications remarquables.

Sur le plan artistique, « Le nez est une illusion » et doit être appréhendé par rapport aux volumes adjacents, notamment les pommettes et les angles de raccordements avec le front et les lèvres. Lorsque les indications sont bien respectées, cette procédure donne des résultats époustouflants et très stables dans le temps.

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. Sur le plan artistique, il convient de considérer « le nez isolément » et « le nez dans le visage », en 3 dimensions.

Le nez isolément

Le traitement des volumes et des formes du nez correspond à la volumétrie nasale à proprement parler. L'objectif sera de camoufler une bosse, de combler une dépression ou soulever une adhérence, d'équilibrer la ligne de profil, ou enfin d'ajuster la forme et la projection de la pointe.

Le nez dans le visage

Le traitement des zones frontières renvoie vers l'harmonisation globale du visage. Le traitement contemporain de la lèvre et du front avec les fillers, permet de jouer sur la longueur du nez et la douceur de son raccordement vers la lèvre supérieure.

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.

Ainsi, on parle volontiers de profiloplastie médicale ou de profilosculpture, où la rhinoplastie médicale représente une partie du traitement de référence.

Bases anatomiques

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.

Morpho-dynamisme

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 références aux concepts d'anatomie morpho-dynamique. 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.

Muscles

On décrit des muscles élévateurs, dépresseurs, compresseurs ou dilatateurs des narines. Leur rôle est généralement modeste, en dehors du muscle dépresseur de la pointe, qui tire la pointe nasale vers le bas et majore la cyphose.

Les muscles dilatateurs des narines sont parfois toniques et élargissent la base nasale.

Le muscle élévateur commun des narines et de la lèvre supérieure, entraine un allongement du nez une majoration de la cyphose, ainsi qu'une fermeture de l'angle nasolabial 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.

Vascularisation

La vascularisation nasale est très riche, les vaisseaux sont de petites tailles, 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, de l'angle interne de l'orbite et au niveau de la glabelle. On reconnaît ainsi « 3 zones à risque ».

Les injections sur la ligne médiane du nez (zone de suppléance controlatérales - capillaires terminaux) nous paraissent les moins dangereuses. L'utilisation de canule peut en outre sécuriser encore davantage la procédure.

L'injection à proprement parler de la pointe n'est pas particulièrement dangereuse si elle répond aux précautions techniques habituelles. Bien entendu, la qualité de l'acide hyaluronique injecté est fondamentale.

Avec près de 700 rhinoplasties médicales à l'aiguille, nous n'avons jamais constaté de souffrance ischémique à la suite d'injection d'acide hyaluronique. Cependant, l'apparition dans la littérature internationale de plusieurs cas de nécroses cutanées de cause embolique, nous incite à recommander l'utilisation de canule, notamment pour les injections latérales.

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 naso-lobaire. 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.

Juste après son injection, le produit doit être très malléable et permettre une véritable sculpture « comme on pourrait le faire avec la terre ». 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. Les produits non résorbables sont contre-indiqués et les produits inducteurs ou à base d'hydroxyapatite de calcium exposent à des complications techniques importantes en cas d'intervention chirurgicale faisant suite à la rhinoplastie médicale.

La quantité de produit injecté lors d'une procédure de rhinoplastie médicale dépasse exceptionnellement une ampoule de 1 ml.

Techniques 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.

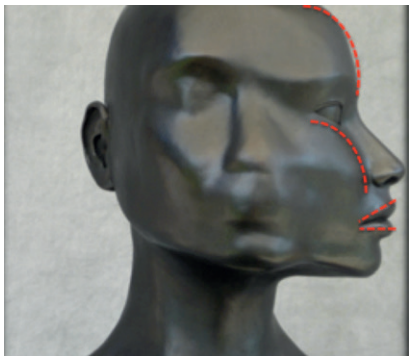
Il est nécessaire de bien établir son plan de traitement avant de commencer les injections. En effet, la tension cutanée nasale notamment au niveau de la pointe est telle, que si l'on effectue de trop nombreuses injections, le produit a tendance à s'extruder.

La mise en place des produits injectés peut se faire par bolus, en dépôt retro-traçant linéaire ou selon la technique en éventail.

Plusieurs procédures de traitement sont décrites :

Au niveau du dorsum, pour combler un angle nasofrontal 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 nasofrontal 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



Concept de « profiloplastie relative »
le nez et ses volumes sont directement relié aux structures environnantes



Rhinoplastie secondaire. Encoches cartilagineuses de la pointe et déséquilibre de la ligne « dorsum – nez »
Injection d'acide hyaluronique 0, 2cc de chaque coté sur la pointe et 0,5 cc sur le dorsum

l'angle nasofrontal 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 près de 700 procédures d'injections nasales à l'aiguille, rappelons-le, 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 grand 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 nasolabial

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.

Note technique - Injection à la canule

On peut également effectuer la procédure à l'aide de micro canule spécifique. Nous recommandons l'utilisation de canules 25 G suffisamment rigides et qui permettent un décollement plus sûr, notamment sur les nez opérés où la progression de la canule est rendue difficile par les adhérences fibreuses.

La canule présente l'avantage majeure d'éviter les plaies vasculaires et les embolisations. L'utilisation de canule est très intéressante pour une tunellisation du dorsum et les camouflages de bosse.

Protocole de traitement

Nous effectuons une première procédure sans sur-correction, puis un contrôle au 15ème jour. En cas de nécessité, une réinjection ou des raffinements techniques sont réalisés. Le résultat est alors remarquablement stable sur 18 à 24 mois, et parfois plus longtemps !

Indications

Toutes les rhinoplasties ne peuvent pas être effectuées médicalement !

La rhinoplastie médicale est une merveilleuse alternative mais aussi un outil complémentaire à la chirurgie conventionnelle. Il ne peut donc en aucun cas être possible d'opposer ces deux 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 camouflage de la cyphose ostéo-cartilagineuse. Le traitement de la pointe et les comblements des angles de raccordements avec la lèvre ou le front, donnent également des résultats remarquables.



Rhinoplastie médicale primaire
Inversion de la ligne de profil avec autonomisation de la pointe nasale grâce à un comblement de la région naso-frontal, de la pointe et de la région de l'épine nasale.
Dose totale 0,6 cc d'acide hyaluronique



Nez post chirurgical ensellé
Comblement de l'ensellure mais aussi projection des pommettes pour un meilleur équilibre du profil (1, 2 cc d acide hyaluronique)

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 se révèlent des adhérences 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.

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. Ancien président de la Société Avancée de Médecine et de Chirurgie Esthétique et Plastique (SAMCEP), il est secrétaire de la Société Française de chirurgie Plastique et Esthétique de la Face, et membre de l'American society of plastic surgeons.

Bibliographie :

1. Becker H. Nasal augmentation with calcium hydroxylapatite in a carrier-based gel. Plast Reconstr Surg 2008;121:2142–2147.
2. Beer KR. Nasal reconstruction using 20 mg/ml cross-linked hyaluronic acid. J Drugs Dermatol 2006;5:465–466.
3. Braccini F, Dohan Ehrenfest DM. Advantages of combined therapies in cosmetic medicine for face ageing : botulinum toxin filler ans mesotherapy. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 2010;131(2):89-95.
4. 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.
5. Braccini F, Porta P, Thomassin JM. Mini-rhinoplasty. Rev Laryngol Otol Rhinol. 2006; 127,1:15-20.
6. 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.
7. Braccini F. In Anatomy and volumising injections. The nose. Fillers and rhinoplasty. E2e Medical publishing. Master collection 2. 2013. 105-122.
8. Braccini F. La rhinoplastie médicale. Mise au point. Réalités en chirurgie plastique 2016. A paraître.
9. Clinton D. Humphrey, John P. Arkins, Steven H. Dayan. Soft Tissue Fillers in the Nose. Aesthetic surgery journal 2009 .477-484
10. 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.
11. Redaelli A., Braccini F. Medical Rhinoplasty. Basic principles and clinical practice. Ed. OEO Firenze 2010.
12. Schanz S, Schippert W, Ulmer A, Rassner G, Fierlbeck G. Arterial embolization caused by injection of hyaluronic acid (Restylane). Br J Dermatol 2002;146:928–929.
13. Toriumi DM, Mueller RA, Grosch T, Bhattacharyya TK, Larrabee WF Jr.. Vascular anatomy of the nose and the external rhinoplasty approach. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996;122:24–34.
14. Webster RC, Hamdan US, Gaunt JM, Fuleihan JS, Smith RC. Rhinoplastic revisions with injectable silicone. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1986;112:269–276.
15. Kim, Young Jun, Kim, Sung Soo, Song, Won Kyung, Lee, Sang Yeul, Yoon, Jin Sook M.D
16. Ocular Ischemia With Hypotony After Injection of Hyaluronic Acid Gel. Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery. 2011 - Volume 27 - Issue 6 - 152-155.