

RECOMMANDATION DE LA SFORL

Recommandation pour la pratique clinique " Rhinoplastie esthétique et fonctionnelle "

**PROMOTEUR : SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU**

**Co- Promoteur : Société Française de Stomatologie et
Chirurgie Maxillo Faciale**

GRUPE DE TRAVAIL

Président : Pr François DISANT, ORL-CCF, Lyon

Coordinateur : Pr Jean-Pierre BESSÈDE, ORL-CCF, Limoges

Dr Philippe BOUDARD, ORL-CCF-Chirurgie
Maxillofaciale-CPRE Bordeaux ;

Dr Xavier LACHIVER, ORL-CCF-Chirurgie
Maxillofaciale-CPRE, Saint Cloud ;

Dr Frédéric BRACCINI, ORL-CCF, Nice ;

Dr Olivier MALARD, ORL-CCF, Nantes ;

Dr Jean-Baptiste CHARRIER, ORL-CCF, Kremlin-Bicêtre ;

Dr Philippe NAUDÉ, Médecine Générale, Seichamps ;

Pr Dominique GOGA, Chirurgie Maxillofaciale, Tours ;

Dr François NIFOROS, ORL-CCF-CPRE, Lyon ;

Dr Gilles KORB, ORL-CCF-Chirurgie Maxillofaciale,
Saint Herblain ;

Dr Yves SABAN, ORL-CCF-Chirurgie
Maxillofaciale Allergologie, Nice ;

Dr Daniel KORCHIA, ORL-CCF, Marseille ;

Pr Dominique STOLL, ORL-CCF, Bordeaux ;

Pr Michel ZANARET, ORL-CCF, Marseille.

GRUPE DE LECTURE

Dr Marc ABDUL SAMAD, Marseille ;

Pr Christian DUBREUIL, Pierre Bénite ;

Dr Rémi MARIANOWSKI, Brest ;

Dr Gilbert AIACH, Paris ;

Dr David EBBO, Issy Les Moulineaux ;

Dr Gueric MASSÉ, Reims ;

Pr Claude Henri BEAUVILLAIN DE
MONTREUIL, Nantes ;

Dr Lucien GOMULINSKI,
Bourg La Reine ;

Pr Jean Paul MONTEIL, Paris ;

Dr Jean Philippe BECQ, Toulouse ;

Dr Olivier Albert GOTLIB, Chatou ;

Dr Marie Dominique NEGRIER, Paris,

Pr Christophe BÉDANE, Limoges ;

Dr Patrick GOUDOT, Montpellier ;

Dr Roland PASCHE, Neuchâtel ;

Dr Marc Henri BON, Paris ;

Pr Roger JANKOWSKI, Nancy ;

Pr Jean Jacques PESSEY, Toulouse ;

Dr Maurice CANNONI,

Pr Carol JONAS, Tours ;

Dr Sylvie POIGNONEC, Paris ;

Saint Martin d'Entraunes ;

Pr Jean Michel KLOSSEK, Poitiers ;

Dr Emmanuel RACY, Paris ;

Dr Olivier CHASSANY, Paris ;

Pr Daniel LABBE, Caen ;

Dr Herve RASPALDO, Cannes ;

Dr François CHEYNET, Marseille ;

Dr Jacques LAGIER, Nice ;

Dr Pierre REVOL, Aix En Provence ;

Dr Vincent DARSONVAL, Angers ;

Dr Georges LAMAS, Paris ;

Pr Jean Marc THOMASSIN, Marseille ;

Dr Michel DAVID, Fabrègues ;

Dr Claude LE LOUARN, Paris ;

Dr Frank TREPSAT, Genolier ;

Dr Henry DELMAR, Juan Les Pins ;

Dr Jacques LEBLOND, Annecy ;

Dr Gilles VAILLE, Nice ;

Pr Françoise DENOYELLE, Paris ;

Dr Yann LEVET, Boulogne Billancourt ;

Dr Alain Patrice VAN AMERONGEN,
Noisy Le Roi ;

Pr Patrick DESSI, Marseille ;

Dr Eric LONGUEVILLE, Bordeaux ;

Dr Philippe VERGNOLLES, Bayonne.

Dr Patrick DINER, Paris ;

Dr Francis MARCHAL, Genève ;

COMITÉ D'ORGANISATION

Pr Jean-Pierre BESSÈDE, ORL, Limoges

Pr Jean Paul MONTEIL, ORL, Paris ;

Dr Olivier CHASSANY, Méthodologiste, Paris ;

Pr Jean Marc THOMASSIN, ORL, Marseille ;

Pr Françoise DENOYELLE, ORL, Paris ;

Pr Olivier STERKERS, ORL, Clichy.

Pr François DISANT, ORL, Lyon

Organisation : LOB Conseils

Recommandation pour la pratique clinique

INTRODUCTION

La demande de modification morphologique du nez est une des plus difficiles à satisfaire car le cahier des charges est complexe. Les problèmes techniques fonctionnels et psychologiques s'accumulent.

Les recommandations émises par le groupe de travail répondent aux questions suivantes :

- Comment appréhender avec justesse le projet chirurgical ?
- Comment intégrer correctement ce projet dans le contexte réglementaire actuel ?
- Quand et comment contre indiquer une rhinoplastie ?
- Comment gérer de manière optimum les suites opératoires ?
- Quels matériaux utiliser dans les rhinoplasties d'augmentation ?

Les recommandations énoncées s'appuient d'une part sur une analyse critique de la littérature quand des réponses claires se dégagent ; d'autre part sur un consensus au sein du groupe de travail lorsque la littérature reste imprécise, confuse ou muette sur des questions incontournables.

DEFINITIONS

Le terme de rhinoplastie désigne une intervention modifiant l'aspect du nez avec une ambition qui peut être esthétique ou fonctionnelle respiratoire.

La rhinoplastie esthétique

La rhinoplastie esthétique répond à une demande de changement morphologique ressenti comme une amélioration esthétique par le patient. Ce geste esthétique devra préserver la fonction. La prise en charge financière est assumée par le patient et renvoie aux aspects réglementaires spécifiques de la chirurgie esthétique.

La rhinoseptoplastie fonctionnelle

Le motif de la consultation est ici l'obstruction nasale et l'ensemble des signes corrélés à cette dysperméabilité. Le patient doit être informé qu'une intervention à visée purement fonctionnelle pourra avoir des conséquences morphologiques, positives ou négatives.

La septorhinoplastie mixte esthétique et fonctionnelle

La combinaison des deux types de rhinoplasties est la plupart du temps possible. L'interrogatoire, l'examen clinique et les examens com-

plémentaires éventuels peuvent permettre de clarifier les motivations réelles et la part respective des indications fonctionnelles ou esthétiques.

A. GESTION DES CONSULTATIONS PRE-OPERATOIRES

Toute rhinoplastie nécessite des consultations préopératoires suffisamment longues avec le patient pour instaurer un dialogue dans un climat de confiance. On répondra à toutes ses questions et on lui remettra des documents explicatifs et administratifs.

A.1 LES CONSULTATIONS PRÉOPÉRATOIRES ET L'INFORMATION AU PATIENT

Le projet de rhinoplastie doit rentrer dans un cadre méthodologique systématisé allant de la première consultation aux suites opératoires tardives (grade C). Le chirurgien doit donner au patient des explications claires et précises sur le protocole périopératoire et sur les principales techniques utilisées. Au moins deux consultations sont recommandées pour exposer les problèmes et répondre aux questions. Au cours des consultations, on effectue avec le patient le projet de la rhinoplastie en s'aidant de photographies ou de documents informatiques. Les problèmes de techniques chirurgicales seront exposés ainsi que les suites opératoires habituelles. Les risques de complications seront commentés. Un climat de confiance doit s'instituer au cours des consultations préopératoires pour permettre au patient de mieux appréhender les suites de sa rhinoplastie et désamorcer de futurs conflits avec l'opéré.

La consultation d'anesthésie

Elle doit avoir lieu au moins 2 jours avant l'acte opératoire. Elle permet à l'anesthésiste de demander des bilans spécifiques si besoin. L'anesthésie générale est la pratique habituelle.

A.2 LES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

A.2.1 L'accréditation du chirurgien et du plateau technique

Le chirurgien est assujéti à des contraintes administratives, en particulier à une accréditation en chirurgie esthétique de l'établissement où il opère et aux règles auxquelles cet établissement est soumis (notamment concernant la publicité). Depuis le 12 janvier 2006, la

Recommandation pour la pratique clinique

pratique de la chirurgie esthétique est soumise à des autorisations spécifiques d'installation et de conditions techniques.

A.2.2 Les documents administratifs à remettre au patient

L'usage est de donner les documents administratifs au cours de la première consultation. Une information écrite explique le déroulement de l'intervention avec les principales techniques et les suites opératoires. Dans le même temps, on remet au patient un consentement éclairé qu'il devra signer et qui sera récupéré lors de la deuxième consultation ou au moins 24 heures avant l'intervention. Ce consentement éclairé n'a pas en lui-même de valeur juridique propre mais son absence en cas de problème médico-légal peut être interprété comme un manque d'information et de professionnalisme et jouer en la défaveur du médecin.

A.2.3 Prise en charge et devis

Le cadre de la prise en charge de la rhinoplastie est très précis dans la nomenclature et le praticien est tenu de ne pas ignorer ces items de la classification. En cas de rhinoplastie esthétique, le devis est remis 15 (quinze) jours au moins avant la réalisation de l'acte (il est incontournable pour tout acte chirurgical esthétique). Les signatures du praticien et du patient sont obligatoires. Pour les mineurs, l'autorisation parentale est obligatoire.

A.3 LE DOSSIER INFOGRAPHIQUE : PHOTOGRAPHIES, PROJET CHIRURGICAL INFORMATISÉ (MORPHING)

Il paraît impensable à l'heure actuelle d'envisager une rhinoplastie sans disposer de documents photographiques avant et après l'intervention. Du point de vue médico-légal, il est nécessaire d'assurer une traçabilité incontestable de l'aspect du nez avant et après l'intervention. Le dossier photographique permet, avec le patient, d'effectuer l'analyse précise de sa déformation et de mieux appréhender ses souhaits et ses attentes.

Les photographies permettent de réaliser un projet chirurgical en présence du patient soit en dessinant de façon classique sur la photo elle-même soit à l'aide d'un logiciel de morphing, technique rendue possible par la numérisation des images. Les études montrent clairement que le morphing facilite la communication, améliore le rapport avec le patient et rend ce dernier plus confiant envers son chirurgien. Le projet préopératoire numérique améliore nettement la relation et la confiance du patient à

qui il renvoie une image technologique positive du chirurgien. La question majeure posée par l'infographie est de savoir s'il faut donner au patient le projet infographique lorsqu'il le demande. Plusieurs études rétrospectives démontrent clairement que le nombre de procédures engagées est en réalité inférieur lorsque la simulation infographique est donnée au patient. Cependant l'opérateur doit clairement spécifier qu'il ne s'agit en aucun cas d'une promesse de résultat mais d'une simulation illustrant un projet chirurgical.

Recommandation : un dossier photographique (argentique ou numérique) exploitable et reproductible est actuellement indispensable et doit être sauvegardé (consensus professionnel fort).

B. ENVIRONNEMENT DU GESTE CHIRURGICAL

B.1 LES PRINCIPAUX PROJETS DE RHINOPLASTIES

Ils seront expliqués au patient. Tout projet de rhinoplastie doit intégrer un examen clinique approfondi devant tenir compte notamment de la qualité du revêtement cutané.

B.1.1 La rhinoplastie de réduction

Devant un projet de rhinoplastie de réduction, on étudiera sur photographie la ligne de profil : la bosse ostéo-cartilagineuse, l'angle nasofrontal, l'angle nasolabial, la position du menton, la hauteur de la lèvre supérieure et la présence ou non d'une incompetence labiale.

B.1.2 La rhinoplastie d'augmentation

Devant un projet de rhinoplastie d'augmentation (correction d'une ensellure, d'un défaut de projection de pointe), on insistera sur la nécessité de prendre des greffons osseux ou cartilagineux.

B.1.3 La septorhinoplastie fonctionnelle et/ou post-traumatique

Les conséquences morphologiques positives ou négatives d'un geste fonctionnel seront décrites au patient et écrites dans le dossier, ainsi que dans le courrier éventuel à son médecin généraliste.

B.1.4 La rhinoplastie secondaire

Devant une rhinoplastie secondaire, les informations seront détaillées : ces patients étant particulièrement

Recommandation pour la pratique clinique

méfiant du fait de l'imperfection des rhinoplasties précédentes. Un délai d'un an est au moins nécessaire avant d'envisager une rhinoplastie secondaire.

B.2 LES GESTES CHIRURGICAUX POUVANT ÊTRE ASSOCIÉS

On peut dissocier les gestes à visée esthétique des gestes à visée fonctionnelle.

L'examen préopératoire de tout patient consultant pour une rhinoplastie doit évaluer :

- l'étude des bases osseuses,
- l'articulé dentaire,
- la compétence labiale,
- la perméabilité nasale,
- le vieillissement facial et le revêtement cutané.

B.2.1 Les gestes associés à visée esthétique

B.2.1.a La profiloplastie

Une profiloplastie peut être indiquée dans deux situations :

- Lorsque l'occlusion est en classe I, on peut alors associer à la rhinoplastie une simple génioplastie modelante ou une ostéotomie symphysaire.
- Lorsqu'il existe un trouble de l'articulé et un déséquilibre facial, la compensation orthodontique et la chirurgie maxillo-mandibulaire doivent alors précéder la rhinoplastie qui devra être adaptée aux nouvelles bases osseuses.

B.2.1.b La lipostructure

Une lipostructure du tiers moyen de la face, en particulier de la région malaire, peut être associée à une rhinoplastie de réduction chez les patients présentant un nez cyphotique et une involution du tissu graisseux facial.

B.2.1.c Les blépharoplasties

L'association d'une rhinoplastie à une blépharoplastie supérieure est possible.

L'association à une blépharoplastie inférieure comporte des réserves car elle peut aggraver l'œdème postopératoire et les ecchymoses (avis du groupe de travail).

B.2.2 Les gestes associés à visée fonctionnelle

B.2.2.a Correction d'une anomalie de la valve nasale

La correction d'une anomalie de la valve consiste notamment à mettre en place des greffons cartilagineux de renforcement et d'élargissement.

B.2.2.b Geste turbinal

Devant une hypertrophie turbinaire inférieure chronique,

on peut réaliser une séance de radiofréquence en peropératoire ou à distance de l'acte chirurgical. Des turbinoplasties partielles peuvent être proposées.

B.2.2.c Geste endosinuisien

Les gestes endosinusiens endoscopiques sont rarement associés à une rhinoseptoplastie : ils seront limités à un geste au niveau du complexe ostioméatal en cas de pathologie de confinement (voir les contre indications C.3).

B.3 LES EXAMENS PRÉOPÉRATOIRES

Dans certaines circonstances, on s'aidera d'une imagerie (scanner, radiographies) ou de rhinomanométries en cas de problèmes fonctionnels.

B.3.1 La rhinoscopie

La rhinoscopie antérieure est idéalement complétée par un examen endoscopique des fosses nasales.

Elle est indispensable pour juger de l'état de la cloison et des fosses nasales.

B.3.2 L'imagerie

Un examen tomодensitométrique est recommandé chez les patients multi-opérés ou aux antécédents traumatiques (fracture du massif facial ou de la base du crâne). De même, la réalisation d'un scanner est fortement recommandée pour les patients ayant une pathologie nasosinusienne inflammatoire évolutive ou ayant déjà été opérés de chirurgie endonasale.

B.3.3 La rhinomanométrie

La concordance entre la sensation de respiration nasale subjective et les valeurs des résistances nasales en rhinomanométrie n'est pas constante. La rhinomanométrie trouve ses limites dans la mesure où, si des résistances élevées sont en général en rapport avec une sensation d'obstruction nasale, à l'inverse, des résistances basses ou normales peuvent correspondre à une sensation d'obstruction nasale majeure.

C. CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications d'une rhinoplastie esthétique, fonctionnelle ou mixte peuvent être absolues ou relatives. Elles peuvent s'imposer au chirurgien ou nécessiter un avis pluridisciplinaire dans le cadre d'une pathologie sous-jacente.

Recommandation pour la pratique clinique

C.1 L'ÂGE

L'âge ne représente pas un facteur limitant absolu. La rhinoplastie chez l'enfant est limitée en pratique à des situations particulières nécessitant une chirurgie réparatrice :

- traumatisme sévère de la pyramide nasale,
- obstruction par déviation septale majeure,
- malformations congénitales (syndrome de Binder, fentes labiopalatines...).

Dans les situations ordinaires, il est recommandé de ne pas opérer les filles avant 16 ans et les garçons avant 17 ans (grade C). La maturité psychologique et l'avancement de la croissance staturale sont essentiels à prendre en compte (avis du groupe).

La rhinoplastie chez le sujet âgé n'est en théorie contre-indiquée que si le risque lié à l'intervention est disproportionné.

C.2 Contre-indications d'ordre général

Certaines situations cliniques feront l'objet d'une discussion pluridisciplinaire. Les spécialistes les plus souvent impliqués sont l'anesthésiste, le cardiologue, le dermatologue, l'interniste et le psychiatre.

C.3 Contre-indications rhinologiques

Rhinoplastie et pathologie inflammatoire nasosinusienne :

L'association de motivation morphologique et fonctionnelle est une situation très fréquente. S'il est habituel d'effectuer un geste de désobstruction sur les fosses nasales en complément du temps de correction plastique, le traitement simultané d'une pathologie sinusienne et du défaut esthétique est plus discuté. De nombreux praticiens pensent qu'il est actuellement possible de proposer une cure chirurgicale de traitement des sinusites dans le même temps opératoire qu'une rhinoplastie : la chirurgie sinusienne sera limitée à la pathologie de confinement ostioméatal, c'est-à-dire en pratique à la chirurgie du complexe ostioméatal (avis du groupe). Pour toute pathologie nasosinusienne inflammatoire (polypose, ethmoïdite chronique), le groupe recommande fortement de ne pas réaliser dans le même temps, une chirurgie endonasale et une rhinoplastie. En pratique, il est recommandé de traiter dans un premier temps la pathologie nasosinusienne et éventuellement, à distance, de réaliser une rhinoplastie (grade C). Les complications majeures de la chirurgie sinusienne: fuite de LCR, complications orbitaires (inférieure à 0, 5%) peu-

vent être masquées en postopératoire par les ecchymoses et épistaxis pouvant accompagner toute rhinoplastie.

C.4 Rhinoplastie et psychiatrie

Au cours des entretiens préopératoires, le chirurgien essaiera d'apprécier l'état psychique de ses patients. Cependant, le recours à la consultation psychiatrique s'avère parfois utile pour dépister les pathologies qui contre-indiquent le geste.

Celles-ci sont de deux ordres :

C.4.1 Formelles et évidentes

Il s'agit :

- des syndromes dépressifs authentiques et graves,
- des psychoses en poussée délirantes ou en phase de désorganisation,
- des troubles schizophréniques où l'image du corps est perturbée par les altérations des fonctions cognitives,
- des syndromes paranoïaques.

C.4.2 Formelles et insidieuses

Ce sont les dysmorphophobies et le syndrome de Münchhausen (selon le DSM IV). Les sujets **dysmorphophobes** ont une perception erronée de leur schéma corporel, plus particulièrement focalisé au niveau du visage et surtout du nez. La rhinoplastie n'améliorera pas cette représentation, car elle est imaginaire. Les dysmorphophobes sont des patients souvent jeunes, anxieux, psychorigides, fréquemment paranoïaques, reportant sur le chirurgien la responsabilité de l'échec et conduisant à des revendications procédurières voire agressives. Les patients atteints de **Syndrome de MUNCHAUSEN** sont indemnes de toute affection physique mais vont utiliser différents stratagèmes dans le réel (abus de laxatifs pour créer des troubles digestifs, blessures autoinfligées...), et dans l'imaginaire, en faisant croire au médecin qu'ils sont victimes de divers troubles (céphalées, vertiges...). Ces troubles factices conduisent à subir des examens invasifs, jusqu'au but ultime de l'intervention chirurgicale. La consultation psychiatrique prend sa place comme un outil disponible afin de mieux appréhender le projet d'un patient au profil psychologique mal cerné au terme des entretiens classiques. Elle aidera au dépistage d'une pathologie insidieuse latente.

D. MATERIAUX

D.1 GREFFONS OSSEUX

La greffe osseuse s'est imposée avec la greffe cartilagineuse comme un des moyens adjuvants les plus lar-

Recommandation pour la pratique clinique

gement utilisés en rhinoplastie. Deux sites de prélèvements principaux sont d'utilisation courante : l'os pariétal à une forte majorité mais également l'os iliaque dans ces cas particuliers liés à un souci d'éviter toute iatrogénie possible. Enfin, en ce qui concerne les greffons osseux, on peut évoquer un autre site de prélèvement de bonne qualité qui est le Ramus mandibulaire. Il s'agit d'une bonne alternative au prélèvement d'os pariétal présentant un risque iatrogène moindre (avis du groupe).

D.2 Greffons cartilagineux.

D.2.1 Les sites de prélèvements :

Les greffons cartilagineux les plus utilisés proviennent du septum qui offre bien sûr l'avantage d'être immédiatement sur le site opératoire ; le cartilage latéral inférieur est également proposé avec pour intérêt sa finesse mais comme inconvénient la faible quantité disponible. Dans les cas où il n'y a pas suffisamment de cartilage septal utilisable, on peut avoir recours au cartilage auriculaire et notamment la conque dont la surface prélevable peut être importante sans entraîner habituellement de séquelle du site donneur. Dans les cas où il y a besoin d'une quantité plus importante de matériau et notamment dans certaines rhinoplasties complexes d'augmentation, on peut alors avoir recours au cartilage costal par un prélèvement situé en région thoracique inférieure ayant comme inconvénient une cicatrice et quelques douleurs post-opératoires. La quantité de cartilage utilisable est par contre importante et il est facile à modeler (grade C).

D.2.2 Les indications des greffons cartilagineux :

Les autogreffons cartilagineux sont utilisés de plus en plus largement pour les rhinoplasties d'augmentation et de restructuration en raison de la multiplicité des sites donneurs, leur bonne tolérance tissulaire et de leur facilité de modelage permettant de reconstituer les structures complexes du nez mobile avec un matériel de nature identique. Classiquement, on distingue les greffons modelants et les greffons de structure.

Les **greffons cartilagineux modelants** ont un intérêt morphologique permettant par apposition sur la charpente ostéocartilagineuse native de reconstituer une sous-unité esthétique nasale complète et équilibrée. Les greffons modelants du dorsum et les greffons d'infra-pointe sont les plus utilisés, permettant de reconstituer l'unité dorsi-nasale et d'optimiser la projection de la pointe. Ces greffons sont disposés dans un plan frontal. Leur stabilité doit être assurée (fils résorbables ou non, colle,...). Leur coaptation avec le plan cutané est évolutive et peut aboutir à une visibilité disgracieuse transcutanée.

Les **greffons restructurants** ont un rôle biomécanique assurant la stabilité de la charpente cartilagineuse du nez mobile. Ils corrigent ou ils préviennent le collapsus inspiratoire du tiers moyen du nez et des orifices narinaires. Les « *spreader graft* » stabilisent les cartilages triangulaires au niveau du dorsum. Les attelles columellaires stabilisent la base du nez. Les « *alar batten graft* » renforcent les crus latérales. Ces greffons sont globalement disposés dans le plan sagittal. La stabilité dans le temps est très satisfaisante, surtout s'ils sont fixés par voie ouverte. Ils permettent de reconstituer des néopointes nasales complètes sur le plan morphologique et fonctionnel dans le cadre des rhinoplasties secondaires.

D.3 Tissu adipocytaire

Le procédé de lipostructure dont la méthodologie a été codifiée par Coleman peut être utile dans les rhinoplasties secondaires. Il permet de corriger des irrégularités du dorsum à type de dépressions, d'asymétries ou de visibilité anormales des volets osseux.

Ce procédé a l'avantage d'être peu invasif puisqu'il ne nécessite pas de nouvelle dissection chez des patients parfois multi opérés (avis du groupe).

D.4 Les implants ou matériaux synthétiques.

D.4.1 Généralités :

La mise en place de matériel synthétique ne sera envisagée qu'après avoir étudié toutes les possibilités de greffons autologues et homologues (grade C).

Quatre critères propres à l'implant ou aux conditions locales méritent d'être pris en considération :

- la porosité,
- la formation de particules par l'implant concerne en premier lieu les matériaux placés dans les aires de mobilité,
- la biocompatibilité : l'implant idéal n'existe pas,
- la situation topographique de l'implant est un élément crucial du succès. En dehors de toute considération de biocompatibilité, les régions plutôt mobiles du corps seront des localisations à haut risque d'échec. Dans le nez, la pointe doit être considérée comme une unité mobile et l'utilisation de matériaux synthétiques évitée dans la mesure du possible.

D.4.2 Les différents implants utilisables :

- les implants métalliques,
- les polymères (le silicone, les polytétrafluoroéthylènes, les polyéthylènes),
- les dérivés de la peau humaine.

La quête de l'implant idéal en rhinoplastie est toujours de mise. Quel que soit le matériau choisi, il devra l'être

Recommandation pour la pratique clinique

après considération des possibilités d'utilisation des greffons osseux ou cartilagineux autologues.

L'absence ou l'impossibilité de prise de ces derniers, la lourdeur des séquelles possibles liées au site du prélèvement osseux et cartilagineux ou le refus éclairé du patient représentent les meilleures indications d'utilisation d'implant en rhinoplastie. Le groupe recommande d'utiliser en priorité les autogreffons.

E. COMMENT GERER LES SUITES OPERATOIRES ?

L'opérateur ou son équipe doivent assurer la continuité des soins en cas de complication postopératoire.

E.1 LES DOCUMENTS DE SORTIE.

Comme pour toute autre intervention chirurgicale, le patient quitte l'établissement de soins avec :

- un compte-rendu de sortie,
- une liste de précautions postopératoires,
- une ordonnance de soins locaux et généraux,
- un rendez-vous pour une consultation postopératoire,
- les coordonnées précises (téléphone et adresse) de la personne à contacter en cas de problème.

E.2 DÉLAI D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS.

Le résultat fonctionnel peut être évalué au bout de 3 mois, mais reste évolutif.

Le résultat esthétique peut être évalué à partir de 3 mois puis être considéré comme stabilisé à partir de 1 an, voire 2 ans, ce dont le patient doit être averti.

E.3 DÉLAI DE RÉINTERVENTION.

La date de réintervention ne peut être envisagée avant un an, sauf dans certaines situations particulières comme une synéchie muqueuse ou une luxation antérieure du pied de cloison (consensus professionnel).

E.4 COMPLICATIONS.

Les complications périopératoires et postopératoires à moyen et long terme sont explicitées dans la fiche d'information donnée au patient.

F. CAS PARTICULIERS

F.1 FENTE LABIOPALATINE

La rhinoseptoplastie intervient en fin de croissance sur un visage équilibré, avec un squelette et une occlusion normalisés. Le geste est complexe et a pour objectif de corriger l'anomalie de position du dôme et des cartilages alaires, l'asymétrie souvent résiduelle de la columelle et du seuil cutané vestibulaire, l'aplatissement de la narine. Des plasties narinaires et du seuil, parfois même une reprise de la lèvre supérieure doivent souvent s'associer au geste osseux et septal. Il est important de réaliser le geste de rhinoplastie une fois que le squelette sous-jacent et en particulier la fente osseuse sont réparés. Cette intervention finale est psychologiquement très attendue par le patient car il en attend une normalisation sociale même si souvent des gestes esthétiques ultérieurs sont demandés, tels une lipostructure de la lèvre.

F.2 TRANSEXUALITÉ

La rhinoplastie dans le cadre de la transsexualité peut rentrer dans le processus de féminisation globale de l'individu s'il suit le processus médicopsychiatrique d'une équipe spécialisée.

CONCLUSION / PERSPECTIVE

L'ensemble des recommandations à propos de la rhinoplastie esthétique et fonctionnelle reflète une évolution paradoxale des pratiques.

D'une part, les techniques chirurgicales ont évolué vers un souci de préservation d'une morphologie naturelle et d'une respiration confortable. Les suites opératoires se sont simplifiées et les résultats sont plus prévisibles que jadis sur le court et le long terme, car les opérateurs ont le souci de reconstruire des nez anatomiquement complets.

D'autre part, l'environnement socioculturel et médico-légal s'est complexifié et alourdi. Le rapport singulier entre le médecin et son patient tend à devenir une situation contractuelle dans un climat de consumérisme réglementé.

Si les contraintes administratives peuvent être en partie rationalisées en revanche, l'analyse sémiologique et psychologique personnalisée doit rester le noyau central des consultations.

L'épaisseur du dossier infographique et médicolégal ne rattrape pas une mauvaise évaluation psychologique ou

Recommandation pour la pratique clinique

morpho-anatomique.

La part de subjectivité est souvent déterminante. En effet, il n'y a pas de corrélation directe entre la motivation de la demande chirurgicale et l'importance de la disgrâce et il existe souvent un hiatus entre la satisfaction postopératoire du patient et celle de l'opérateur. Malheureusement, c'est l'insatisfaction du patient qui prime et pourra être source de conflits si elle n'est pas prise en compte avec lucidité et attention.

L'importance de ces différentes considérations négatives doit cependant être relativisée car la grande majorité des patients ne regrette pas leur décision.

La qualité du travail en amont de l'intervention est aussi importante que le geste technique lui-même.

L'indication opératoire de rhinoplastie ne pourra être posée qu'après une prise de conscience par le patient des différents aspects morpho-anatomiques, techniques et psychologiques du projet. Les espoirs et les limites doivent être clairement explicités.

Une rhinoplastie ne doit jamais être une urgence chirurgicale. La multiplication des consultations dans le temps n'est pas une perte de temps : elle permet de dénouer les problématiques morphologiques, affectives et fonctionnelles.

Les outils infographiques dont nous disposons représentent une interface améliorant la compréhension mutuelle entre le patient et l'opérateur. Il faut savoir les utiliser comme des outils de communication objective et non de valorisation narcissique au service du patient ou de l'opérateur.

METHODOLOGIE

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve ;
- Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve ;
- Une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve ;
- En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel (dégagé au cours d'échanges entre les membres du Groupe de Travail).

Cette classification a pour but d'expliciter les bases des recommandations. L'absence de niveau de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible. Cependant, l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles (exemple de l'efficacité de la mastectomie dans le cancer du sein, des antibiotiques dans l'angine,...).

Le Groupe de Travail s'est appuyé sur le guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, publié par l'ANAES (Janvier 2000) pour évaluer le niveau de preuve scientifique apporté par la littérature sur les rhinites en fonction de différents critères :

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Force des recommandations
<p>Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées</p>	<p>Grade A Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Etudes comparatives non randomisées bien menées Etudes de cohorte</p>	<p>Grade B Présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3 Etudes cas-témoins Essais comparatifs avec série historique</p>	<p>Grade C Faible niveau de preuve scientifique</p>
<p>Niveau 4 Etudes comparatives comportant des biais importants Etudes rétrospectives Séries de cas Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)</p>	