



**Dr Cécile Winter**

Anatomiste, chirurgien et médecin esthétique de la face et du cou, experte internationale. Passionnée d'anatomie du visage, d'esthétique, de rhinoplastie et d'enseignement universitaire.

A Nice, les Pr Castillo et Dr Kestemont ont développé la voie marginale étendue. Depuis 2012, grâce au Dr Baris Cakir et ses facettes lumineuses, j'ai travaillé ce double abord.

Anatomist, surgeon and aesthetic doctor of the face and neck, international expert. Passionate about facial anatomy, aesthetics, rhinoplasty and university teaching.

In Nice, Pr Castillo and Dr Kestemont have developed the extended marginal approach. Since 2012, thanks to Dr Baris Cakir and his luminous veneers, I have worked on this double approach.

 [docteurcecilewinter.com](http://docteurcecilewinter.com)

 [dr.cecile.winter](https://www.instagram.com/dr.cecile.winter)

 [docteurcecilewinter](https://www.facebook.com/docteurcecilewinter)

## RHINOPLASTIE ANATOMIQUE CONSERVATRICE : TECHNIQUES ET BÉNÉFICES

### ANATOMICAL CONSERVATIVE RHINOPLASTY: TECHNIQUE AND BENEFITS

*La rhinoplastie est un geste esthétique fréquent et d'une grande complexité. L'objectif est ici de présenter une technique fiable et préservatrice, du projet jusqu'au résultat.*

*Rhinoplasty is a common aesthetic procedure but is highly complex.*

*The aim here is to present a reliable and preservative technique, from project to result.*

**L**a rhinoplastie anatomique conservatrice (RAC) fait partie des rhinoplasties de préservation. L'objectif est de réduire au maximum l'agression des tissus par la chirurgie. Plus qu'une technique, c'est aussi une philosophie : rendre la rhinoplastie indécélable. Comment ? En gardant les points d'équilibre nez/visage et en préservant certaines de ses spécificités.

La rhinoplastie a historiquement deux écoles, la voie fermée et la voie ouverte. Les adeptes de la voie ouverte apprécient la visualisation des structures, ceux de la voie fermée l'absence de zone cicatricielle extensive (toutes les zones décollées) et de cicatrice cutanée.

Anatomical conservative rhinoplasty (ACR) is a preservative type of rhinoplasty. The aim is to keep the amount of tissue damaged by the surgery to a minimum. More than a technique, it is a philosophy: to make rhinoplasty undetectable. How? By keeping certain points of the nose/face balanced and by preserving some of its specific features.

There have long been two approaches to rhinoplasty: open rhinoplasty and closed rhinoplasty. Those that prefer the open approach appreciate the fact that they can see the structures properly, whereas those that prefer the closed approach extol the absence of an extended cicatricial area (all of the detached areas) and skin scarring. »





En scindant le nez en deux zones opératoires, le dorsum et la pointe, la RAC allie les bénéfices des deux techniques, ouverte et fermée. Cela permet le contrôle visuel du travail de la charpente ostéo cartilagineuse, tout en préservant les ligaments entre la pointe le dorsum et la peau, pour un résultat fonctionnel et naturel.

» Ainsi, la RAC fait partie des rhinoplasties de préservation. Les intérêts de cette technique sont son adaptabilité aux différentes anatomies et sa valeur prédictive positive du projet jusqu'au résultat tardif. En voici les points clefs.

### Le projet photo

La rhinoplastie est un travail d'équipe entre le chirurgien et le patient. La première question est d'ordre fonctionnel : le nez respire-t-il ? Ensuite vient l'esthétique : quels sont les deux mots qui résument les disgrâces du nez aux yeux du patient ? L'objectif est de mettre en valeur les belles zones pré existantes du nez ; pourquoi les détruire par une voie ouverte pour les reconstruire à l'identique et risquer de faire moins bien que la nature ?

Le projet photo sera fait dans les trois plans ; de profil, de face et de trois quart, en statique et en dynamique. Cela permet au couple chirurgien/patient de confronter les désirs de l'un avec les réalités techniques de l'autre. Pour préserver l'harmonie nez/visage, le point clef est la conservation de la hauteur de la racine du nez. En effet, celle-ci donne l'intensité au regard. Le projet doit être réaliste. Pour cela mieux vaut adapter la hauteur et la longueur du dorsum à la projection réelle de la pointe que l'inverse. La projection réelle correspond au sommet des triangles mous, pas des dômes. La pointe doit rester naturelle. Elle peut être tourner vers le haut, affinée, symétrisée, une fente centrale peut être corrigée... ce qui est important est de garder de la douceur dans ses courbes pour rester naturelle.

### La technique le dorsum :

Pour les patients, cette technique est sans cicatrice cutanée. Une première voie d'abord est réalisée en interne entre la pointe et la cloison (septum). Cela permet de traiter la longueur et la hauteur septale ainsi que sa rectitude et une possible obstruction nasale. Les cartilages triangulaires (cartilages latéraux du dos du nez) sont libérés du septum et de leurs insertions osseuses uniquement au niveau de la zone d'exérèse osseuse. Ainsi, l'ablation de la bosse osseuse sera réalisée en préservant leur intégrité. Le toit osseux sera refermé par des ostéotomies obliques et basses après infiltration muqueuse pour la préserver et éviter tout V inversé. Pour obtenir un dorsum harmonieux sur la ligne de profil, de face et de trois quart, les cartilages triangulaires seront suturés au septum de façon stable avec du PDS 5.0. On commence par les positionner en flaps (autogreffe reproduisant leur forme naturelle avec une incision longitudinale non transfixiante). Leur plicature doit correspondre à la hauteur du septum en haut et un demi millimètre en dessous vers la pointe pour bien définir le supratip. Ainsi, on obtient un tiers moyen de forme naturelle et on maintient une bonne respiration dans le temps en préservant la valve interne. Le dorsum ainsi fixé repose pendant le temps de travail de la pointe. Cela laisse le temps à la peau (peu décollée) de se replaquer sur la charpente ostéo cartilagineuse. De ce fait, cela évite les irrégularités post-opératoires car elles seront vues et donc immédiatement corrigées. Le taux de reprise chirurgicale est ainsi largement abaissé.

Rhinoplastie chirurgicale (Résultat à 2 ans) / Surgical rhinoplasty (Result at 2 years)



Avant / Before      Après / After

By splitting the nose into two operating zones – the dorsum and the tip – ACR combines the benefits of both the open and closed techniques. This allows the surgeon to visually monitor the osteo-cartilaginous framework while preserving the ligaments between the tip, the dorsum and the skin, for a functional and natural result. This way, ACR is one of the types of preservation rhinoplasty. What is good about this technique is how it can be adapted to different anatomies and its positive predictive value, from the outset of the project to the later results. Here are the key points.

### Photo project

Rhinoplasty is a team effort between the surgeon and the patient. The first question to ask is functional: can they breathe through their nose? Next comes aesthetics: what are the two words that best describe the nose's flaws, according to the patient? The aim is to highlight the nose's pre-existing attractive parts; why destroy them with the open approach then rebuild them as they were and risk doing a worse job than Mother Nature?

The photos are taken from three angles: profile, head on and three-quarter profile, both static and in movement. This allows us to match the desires of the patient with the technical capabilities of the doctor. To preserve the nose-face harmony, the key point is to preserve the height of the nasal root. This gives the expression its intensity. The tip needs to look realistic. To do this, it is better to adapt the height and length of the dorsum to the real projection of the tip, as opposed to the other way around. The real projection is the top of the soft tissue triangles, not the domes. The tip must remain natural-looking. It can be tilted upwards, refined, made more symmetrical, a central fissure might be corrected... The important thing is to ensure its curves remain gentle to keep it looking natural.

### Technique dorsum:

For patients, this technique causes no scars on the skin. A first incision is made internally, between the tip and the septum. This allows us to treat the length and height of the septum as well as its straightness and any nasal obstructions. The triangular cartilage (lateral cartilage located below the nasal bone) is detached from the septum and bone, though only in the area the bone is going to be removed. This way, the bony bump can be removed while preserving the cartilage's integrity. The bony roof of the nose is then closed up with low, oblique osteotomies, after the mucous membrane has been infiltrated to preserve it and avoid an inverted V shape. To achieve a harmonious dorsum line from the side, face on and three-quarter profile, the triangular cartilage is stitched to the septum to stabilise it using 5.0 stitches. We start by positioning the flaps (autologous grafts to recreate a natural shape with a non-transfixing longitudinal incision). Their folds should correspond to the height of the septum at the top and half a millimetre below towards the tip to properly define the supratip. This way, we achieve a naturally-shaped middle third and we allow for pro-

Rhinoplastie chirurgicale (Résultat à 2 ans) / Surgical rhinoplasty (Result at 2 years)



Avant / Before      Après / After

### La pointe :

Les incisions sont à l'intérieur et étendent le long du rebord inférieur du cartilage alaire (ce sont les 2 cartilages formant la pointe, un droit et un gauche) et s'étirent de leur extrémité au rebord interne des dômes. Les cartilages seront décollés sur leur face supérieure dans un plan avasculaire. Ainsi les ligaments de la scroll area (qui relie le dorsum au bord postérieur de la pointe et à la peau), le ligament de Pittanguy ( qui relie la cloison à la pointe et la peau au niveau du supratip) et les ligaments inter-domaux ( entre les cartilages droit et gauche de la pointe) ne seront pas détruits. Cela permet une bonne visibilité per opératoire du résultat en maintenant la peau sur la charpente du nez mais aussi une conservation de la respiration en préservant les soutiens de la pointe.

Les cartilages seront d'abord travaillés par une résection postéro céphalique minimale afin de définir le supratip et la largeur du lobule tout en maintenant le support latéral. Ensuite, des plicatures trans et inter domales postérieures seront réalisées sous contrôle de la vue pour obtenir de beaux triangles mous et avoir une belle définition de la pointe. De cette façon, la valve externe sera préservée pour bien respirer. La rotation et la déprojection de la pointe, la convexité des crues latérales par excès de longueur (qui pourrait entraîner un excès d'ouverture des seuils narinaires), pourront -être traité es par une incision très distale des crues latérales avec préservation muqueuse et glissement à la demande. S'il existe une pointe en goutte par verticalisation des cartilages de la pointe, une rotation pourra être associé au glissement. Ce geste est toujours fixé par un point trans muqueux résorbable. Si un soutien de la pointe est nécessaire, il peut être facilement réalisé par la mise en place de diced cartilage au niveau de l'épine nasale, ce qui évite de déstructurer la columelle. La mise en place d'un greffon columellaire est possible mais rarement nécessaire.

Un point lache entre la columelle et le septum va finir de stabiliser le montage avec un PDS 5.0 et évite une redescende de la pointe en post-opératoire.

Ainsi, le travail de la pointe est au maximum conservateur, autant au niveau des tissus mous que des cartilages, et au maximum stabilisé, comme pour le dorsum.

La rhinoplastie anatomique conservatrice, par ses décollements ultras limités et le travail sur deux zones séparées, permet de voir les reflets lumineux en per opératoire, et ainsi d'avoir une vision réaliste du nez pendant l'intervention. La préservation des tissus mous et des ligaments conserve la fonction respiratoire et permet au nez de bien vieillir.

C'est une technique fiable, rassurante pour le chirurgien et le patient, du projet jusqu'au résultat.

Rhinoplastie chirurgicale (Résultat à 2 ans) / Surgical rhinoplasty (Result at 2 years)



Avant / Before      Après / After

per breathing over the long term by preserving the internal valve. The now-fixed dorsum can rest while we work on the tip. This leaves the (slightly detached) skin time to adhere to the osteo-cartilaginous framework. This avoids any post-operative irregularities as they will be seen and immediately corrected. The rate of surgical correction is therefore vastly reduced.

### Tip:

The incisions are inside and along the lower edge of the alar cartilage (the two pieces of cartilage that form the tip, one right and one left) and stretch from their extremity to the inner edge of the nostrils. The upper side of the cartilage, an area where there are no blood vessels, is detached. This way, the ligaments of the scroll area (which connects the dorsum to the posterior edge of the tip and to the skin), the Pitanguy ligament (which connects the septum to the tip and the skin to the supratip) and the interdomal ligaments (between the right and left cartilage at the tip) are not destroyed. This allows for good per operative visibility of the result while keeping the skin on the nose's framework as well as preserving the breathing by maintaining the support at the tip.

The cartilage is worked on first, with a minimal posterior cephalic resection in order to define the supratip and the width of the lobule while maintaining the lateral support. Next, trans and interdomal plications are made to achieve nice soft triangles and good definition at the tip. This way, the inner valve will be preserved so the patient can still breathe properly. The rotation and deprojection of the tip, and the convexity of the lateral crus due to excess length (which could lead to overly-large nostrils) can be treated with a very distal incision of the lateral crus, while preserving the mucous membrane and sliding it upon demand. If the tip is bulbous due to the vertical cartilage at the tip, we may rotate and slide it. This movement is always fixed with a resorbable thread through the mucous membrane. If the tip needs support, it can easily be done by positioning diced cartilage along the nasal spine, which avoids affecting the columella's structure. We could even insert a columella graft, but this is rarely necessary.

A loose, 5.0 stitch between the columella and the septum will stabilise the whole structure and prevent the tip from drooping after surgery.

This way, the work done on the tip is mainly preservative, both in the soft tissue and the cartilage, and is stabilised as much as possible, like for the dorsum.

Anatomical conservative rhinoplasty, due to its very limited detachments and the work done separately on the two areas, allows us to see how the light is reflected during the operation, and therefore gives us a realistic view of the nose during the procedure. The preservation of the soft tissue and ligaments preserves the respiratory function and allows the nose to age well. This is a reliable technique that is reassuring for the surgeon and the patients, from the start of the project to the end result.