

CAS CLINIQUE

Reconstruction d'une perte de substance de la pointe du nez

→ J. NIDDAM, J.P. MENINGAUD
Service de Chirurgie plastique
CHU Henri-Mondor, CRÉTEIL.

Nous présentons ici le cas d'un patient de 62 ans envoyé par son dermatologue de ville pour un carcinome basocellulaire de la pointe du nez. L'exérèse de la lésion et la reconstruction de la perte de substance ont été réalisées dans le même temps opératoire sous AG. Le diamètre de la perte de substance avec les marges de sécurité était de 21 mm.

Quelles techniques peuvent être discutées pour reconstruire une perte de substance de la pointe du nez/partie inférieure du dorsum nasal ?

>>> **La cicatrisation dirigée** : possible pour des petites pertes de substances (de l'ordre de 5 mm), le caractère astreignant et long des soins en fait une technique de seconde intention.

>>> **Une greffe de peau totale** : il s'agit de la technique de référence pour certaines équipes chirurgicales en cas de tumeurs cutanées, notamment celles mal limitées. Cependant, son effet patch, ainsi que le risque de rétraction cutanée, nous font préférer l'utilisation de lambeaux locaux.

>>> **Lambeau frontal** : l'utilisation de ce type de reconstruction nous semble

trop délabrant pour ce type de perte de substance (moins de 25 mm de diamètre), obligeant de plus le patient à subir plusieurs interventions.

>>> **Autres lambeaux locaux (bilobé, Rieger-Marchac, Rintala...)** : ces lambeaux constituent une technique de choix dans la reconstruction des pertes de substance de la partie inférieure du dorsum nasal et de la pointe du nez. Néanmoins, ils présentent comme inconvénients le fait de laisser des cicatrices disgracieuses sur le dos du nez, ne respectant pas les sous-unités esthétiques (pour le bilobé notamment). Le lambeau de Rieger-Marchac, quant à lui, peut occasionner des distorsions de la pointe du nez et sa mobilité est parfois limitée pour des reconstructions très distales de la pointe. Les cicatrices laissées par le lambeau de Rintala respectent les sous-unités esthétiques du nez mais il entraîne souvent une remontée excessive de la pointe [1-3].

Nous décrivons ici l'utilisation d'un autre lambeau, emportant la totalité de l'unité esthétique du dos du nez, levé en îlot vasculaire pédiculé sur l'artère alaire supérieure, au niveau du muscle transverse.

CAS CLINIQUE

Bases anatomiques du lambeau

Le muscle transverse du nez est un muscle triangulaire, s'insérant au niveau de la fosse canine du maxillaire. Il recouvre la portion muqueuse latérale et le cartilage alaire, et se termine sur l'arête nasale avec une aponévrose commune au muscle procerus.

Ce muscle est vascularisé par l'artère nasale alaire supérieure, branche de l'artère faciale. Cette artère chemine sous le muscle transverse et le traverse rapidement pour former un cercle anastomotique du dos du nez (avec les artères nasales, columellaires, et du dorsum).

Le lambeau de Rybka, autre lambeau utilisé pour des pertes de substances plus latérales du nez, est d'ailleurs basé sur cette artère [4].

Technique anatomique de levée du lambeau

Après avoir réalisé l'exérèse de la lésion et son envoi en anatomopathologie, la dissection de ce lambeau commence par l'incision au niveau alaire contralatéral, le long du dorsum nasal, en remontant jusqu'à la glabella en V-Y inversé (fig. 1).

Le muscle transverse est alors découvert du côté contralatéral et l'artère nasale alaire supérieure repérée et coagulée. La dissection de toute l'unité esthétique du dos du nez est ensuite réalisée dans le plan de la rhinoplastie. Le pédicule est alors repéré sous le muscle transverse en soulevant le dorsum (fig. 2). En regard du muscle transverse, une dissection soignée sous-cutanée stricte sera réalisée.

L'incision est ensuite poursuivie, libérant ainsi le lambeau et laissant le dorsum en îlot vasculaire sur la branche alaire nasale supérieure. Le lambeau est alors translaté jusqu'à la perte de substance sans tension



FIG. 1 : Après l'exérèse de la tumeur, les contours du lambeau sont incisés et le muscle transverse découvert.



FIG. 2 : Dissection dans le plan de la rhinoplastie. Le pédicule est visualisé sous le muscle transverse.



FIG. 3 : Translation du lambeau sans aucune tension.

et suturé. La zone glabellaire est fermée en V-Y inversé (fig. 3 et 4).

Discussion

En 2005, Parodi *et al.* ont décrit pour la première fois ce lambeau, prouvant que la totalité du dorsum nasal



FIG. 4 : Suture du lambeau.

pouvait survivre sur un seul pédicule nasal alaire supérieur [5]. Plus récemment, l'équipe du Pr V. Darsonval du CHU d'Angers a publié un article sur l'utilisation de ce lambeau pour des reconstructions de la partie inférieure du dorsum nasal et de la pointe du nez, allant jusqu'à 25 mm, avec des résultats très satisfaisants [6].



FIG. 5 À 7 : Résultats à 3 mois.

Les avantages de ce lambeau sont multiples :

- absence de cicatrice barrant le dorsum nasal, respectant les sous-unités esthétiques du nez (à l'inverse d'un lambeau bilobé par exemple) ;
- translation du lambeau sur la perte de substance et non rotation (comme dans un lambeau de Rieger-Marchac), évitant toute distorsion de la pointe du nez ;
- mobilité maximale due à sa levée en îlot et point de pivot bas situé, permettant des reconstructions très distales et évitant ainsi, dans certains cas, l'utilisation d'un lambeau frontal.

Le résultat chez ce patient à 3 mois est très satisfaisant (fig. 5 à 7).

Les avantages de ce lambeau en font une technique de choix pour les pertes de substances de la pointe du nez inférieures à 25 mm.

Bibliographie

1. ZIMANY A. The bi-lobed flap. *Plast Reconstr Surg*, 1953;11:424-434.
2. MARCHAC D, TOTH B. The axial frontonasal flap revisited. *Plast Reconstr Surg*, 1985;76:686-694.
3. RIEGER RA. A local flap for repair of the nasal tip. *Plast Reconstr Surg*, 1967;40:147-149.
4. RYBKA FJ. Reconstruction of the nasal tip using nasalis myocutaneous sliding flaps. *Plast Reconstr Surg*, 1983;71:40-44.
5. PARODI PC, DE BIASIO F, RAMPINO CORDARO E *et al*. Frontonasal myocutaneous flap based on the transversus nasalis muscle. *Plast Reconstr Surg*, 2005;115:1684-1688.

Vous auriez peut-être proposé un autre traitement ?

**Pour réagir :
info@realites-chirplastique.com**

6. ROUSSEAU P, ARNAUD D, DARSONVAL V *et al*. Lambeau total du dos du nez basé sur l'artère alaire supérieure. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 2012;57:267-272.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.