Cas clinique

Nécrose de l'aile du nez

M. CEGARRA-ESCOLANO
Département de chirurgie réparatrice,
CHU, NICE.

Observation clinique

Une patiente de 33 ans, enceinte (23 semaines d'aménorrhée), se présente aux urgences pour une épistaxis postérieure gauche intarissable, survenue à domicile depuis 24 h. À l'arrivée, son état est stable mais l'épistaxis perdure malgré une compression bidigitale bien effectuée. Non fumeuse, ses antécédents comportent 6 épisodes de fausses couches spontanées dont l'étiologie n'a pu être établie, mais aucun épisode d'épistaxis. Elle reçoit, dans le cadre de cette grossesse, un traitement préventif par aspirine 100 mg/j.

Un traitement médical optimal par méchage antérieur puis sonde à double ballonnet ne suffit pas à stopper l'épistaxis. Devant l'apparition d'une déglobulisation avec épisodes de tachycardie, et après consultation pluridisciplinaire (ORL, radiologues, anesthésistes), une radio-embolisation en urgence est décidée.

Une embolisation des artères sphénopalatines bilatérales est réalisée, avec une efficacité immédiate. La patiente présente néanmoins une récidive à J1 avec nouvelle déglobulisation imposant la réalisation d'un deuxième geste endovasculaire avec embolisation de l'artère faciale gauche. Devant une récidive immédiate avec instabilité hémodynamique, l'embolisation de l'artère éthmoïdale antérieure est décidée. L'évolution clinique de l'épistaxis est favorable, avec stabilisation hémodynamique et absence de détresse fœtale.

Fig. 1 : J2 post-embolisation. **A :** ¾ gauche : nécrose complète de l'aile du nez, nécrose superficielle de la pointe du nez et de la lèvre supérieure blanche. **B :** profil gauche : nécrose superficielle de la commissure labiale gauche et de l'angle mandibulaire gauche.

À J2 de la deuxième embolisation, la patiente présente une nécrose ischémique complète de l'aile du nez gauche ainsi qu'une nécrose d'allure superficielle de la pointe du nez, de la lèvre supérieure gauche dans sa partie blanche, de la commissure labiale gauche et de l'angle maxillaire gauche (***fig. 1***).

L'examen clinique ne montre pas de nécrose de la muqueuse buccale ni du palais, pas d'exposition radiculaire dentaire ou autre atteinte gingivale. La patiente ne présente pas non plus de difficulté respiratoire, de trouble ophtalmologique ou neurologique. Le *monitoring* fœtal est normal.

Devant cette nécrose isolée de la face impliquant particulièrement l'aile du nez gauche, après embolisation des artères sphénopalatines bilatérales, de l'artère faciale gauche et de l'artère ethmoïdale gauche, quel traitement proposeriez-vous à cette patiente ?

Cas clinique

POINTS **FORTS**

- Les nécroses cutanées ischémiques de l'aile du nez peuvent se rencontrer dans des cas tels que celui de notre patiente, après embolisation pour épistaxis ou encore dans des cas de nécrose après injection de produits de comblement, en particulier des acides hyaluroniques [13].
- Les étiologies de pertes de substances les plus fréquentes restent cependant les exérèses pour tumeur cutanée.
- Les solutions de reconstruction classiques sont la greffe de peau, la greffe composite, les lambeaux frontal, nasogénien ou de transposition jugale, avec ou sans adjonction de cartilage.
- Le développement des méthodes de reconstruction nous permet néanmoins de faire appel aux lambeaux libres pluritissulaires, aux lambeaux perforants de l'artère faciale, au derme artificiel ou enfin au lipofilling.
- Ces différentes solutions chirurgicales permettent une adaptation au cas par cas en fonction des pertes de substances et des patients (âge, rides préexistantes, cicatrices consenties).

Les différents traitements

>>> Concernant la **prise en charge immédiate de la nécrose**, deux options pourraient être envisagées :
– un parage chirurgical précoce avec excision des zones nécrosées et bilan des pertes de substance pour prévoir une reconstruction ;
– une démarche attentiste, du type cicatrisation dirigée, afin de laisser se délimiter les zones en souffrance et procéder à un bilan précis des structures à reconstruire. Un parage est réalisé 1 à 2 semaines après la nécrose, en fonction de l'évolution clinique, une fois la stabilité des lésions obtenue.

>>> Concernant la **reconstruction du nez**, on peut d'ores et déjà entrevoir la nécessité d'une reconstruction pluritissulaire de l'aile narinaire gauche au vu du caractère complet de la nécrose. De façon classique, on peut envisager une **cicatrisation dirigée simple sans reconstruction**, avec des résultats cosmétiques potentiellement satisfaisants, comme constaté dans les suites des exérèses tumorales des lésions cutanées de la face ou des nécroses cutanées après accident de produit de comblement [1]. Dans le cas spécifique de l'aile du nez, si la cicatrice cutanée sera probablement peu visible, le risque évolutif est la rétraction avec fermeture de l'orifice narinaire liée à la nécrose de la *crus* latérale. L'usage de conformateurs narinaires ne suffit généralement pas à éviter ce collapsus narinaire.

>>> La **greffe de peau** est une possibilité satisfaisante dans les cas où la perte de substance ne concerne pas le cartilage ou très peu [2]. Elle sera alors réalisée préférentiellement en peau totale et devra concerner la totalité de la sous-unité esthétique de l'aile narinaire.

>>> La **greffe composite cutanéo-cartilagineuse** représente le *gold standard* de la reconstruction d'une perte de substance transfixiante cutanée et cartilagineuse de l'aile narinaire de petite taille (< 1 cm^2) [3]. La revascularisation centripète de ce type de greffe implique un taux de survie qui décroît à partir de 1 cm de diamètre (distance maximale par rapport aux berges de 5 mm pour une revascularisation optimale). La reconstruction en un seul temps chirurgical et la réparation, tant structurelle qu'épithéliale, sont les deux points forts de ce type de reconstruction. Cependant, la présence de cartilage de soutien dans la reconstruction de l'aile narinaire, même pour une perte de substance transfixiante, n'est pas indispensable selon le type de peau et l'ethnie concernée, notamment chez les Asiatiques.

>>> La **reconstruction par lambeau local** est possible avec ou sans armature par greffe cartilagineuse [4]. Certains lambeaux locaux sont classiquement utilisés pour la reconstruction narinaire. Le lambeau frontal, ou sa variante le lambeau fronto-temporal, est un lambeau de référence pour la reconstruction du bord libre de l'aile du nez, avec ou sans cartilage. Il impose cependant une prise en charge en deux temps au minimum [5]. Le lambeau nasogénien, prélevé à pédicule proximal, permet une reconstruction en un temps de la totalité de la sous-unité esthétique de l'aile du nez, avec un résultat cosmétique satisfaisant [6]. Il entraîne néanmoins une longue cicatrice dans le sillon nasogénien qui, si elle devient rapidement discrète pour les patients d'âge mûr, peut rester voyante chez les patients plus jeunes. La légère rétraction de la lèvre supérieure rouge constatée consécutivement à la fermeture en direct du site donneur peut disparaître à court ou moyen terme. Un lambeau de transposition de la joue adjacente peut être prélevé avec sa peau ou de façon sous-cutanée avec adjonction d'une greffe cutanée pour un résultat cosmétique plus discret [7]. Ces lambeaux ont pour principal inconvénient la rançon cicatricielle au niveau du visage, voire des déformations ayant pour conséquence des asymétries faciales.

>>> Les **lambeaux libres** permettent de compenser ces inconvénients par des cicatrices plus discrètes, éloignées du tiers moyen de la face. Ces interventions

impliquent cependant une procédure chirurgicale autrement plus complexe et chronophage et avec des risques d'échec importants. On notera notamment le lambeau composite chondro-cutané libre pré-auriculaire [8] qui permet de pallier les limites de dimension des greffes composites cutanéo-cartilagineuses en reconstruisant cependant la portion de soutien cartilagineuse pour l'aile narinaire et la pointe du nez. Les lambeaux antébrachial radial, court extenseur des orteils et post-auriculaire sont d'autres exemples de lambeaux libres décrits pour la reconstruction du nez ; cependant, leur texture, couleur et épaisseur diffèrent du tissu à reconstruire.

>>> Parmi les avancées chirurgicales récentes, d'autres possibilités d'intérêt sont rajoutées à notre arsenal thérapeutique :
– la première possibilité repose sur le développement des **lambeaux perforants**. En effet, l'étude des perforantes de l'artère faciale a permis le développement de lambeaux sur mesure concernant notamment la reconstruction du nez [9]. Les inconvénients de ce type de reconstruction restent la cicatrice médio-faciale qui peut être considérée comme trop voyante chez les patients dont le sillon nasogénien n'est pas encore marqué ;
– une seconde option est l'usage du **derme artificiel**. Peu répandu dans la littérature pour l'instant dans la reconstruction nasale, le derme artificiel a cependant été décrit comme l'une des étapes pour des reconstructions pluritissulaires, suivie d'une greffe de peau [10, 11]. Ce type de chirurgie impose également plusieurs temps opératoires, mais le résultat cosmétique est très satisfaisant dans la reconstruction de l'aile du nez, notamment pour une patientèle jeune et féminine qui désire éviter l'adjonction de cicatrices au niveau de la face.

Notre choix

Dans le cas de notre patiente, nous avons opté pour une prise en charge initiale par cicatrisation dirigée. En effet, devant l'embolisation massive réalisée pour le traitement de l'épistaxis, il nous paraissait licite d'attendre la délimitation complète des zones de nécrose qui auraient pu évoluer vers l'augmentation ou la résolution. Par ailleurs, la grossesse en cours de la patiente et ses antécédents de fausses couches nous engageaient à la plus grande prudence quant aux gestes chirurgicaux.

L'évolution a été favorable avec une résolution progressive des nécroses (***fig. 2***). À 6 mois de l'épisode, il existait une dyschromie, une rétraction de l'aile du nez gauche sans autres séquelles ni gêne fonctionnelle (***fig. 3***). Après avoir mené sa grossesse à terme, la patiente a été désireuse d'une correction chirurgicale, mais elle refusait toute cicatrice supplémentaire au niveau du visage ou du nez, ce qui interdisait toute prise en charge à type de lambeau local ou greffe composite. Nous avons retenu l'indication de lipofilling dans le but de restaurer l'aspect externe de l'aile du nez et du bord libre, sans cicatrice supplémentaire, avec un objectif de correction de la forme et du volume [12].

Nous avons réalisé 3 séances de lipofilling avec prélèvement abdominal sous-ombilical. Une infiltration préalable de la zone de prélèvement avec une solution composée de sérum physiologique injectable, adrénaline et naropéine 2 % était réalisée, puis un prélèvement à la seringue selon la méthode de Coleman. Chaque séance a permis l'injection de 3 cc de lipofilling, avec une correction progressive de la dyschromie de la pointe, de la bride du sillon narinaire et particulièrement de la trophicité locale (***fig. 4***).

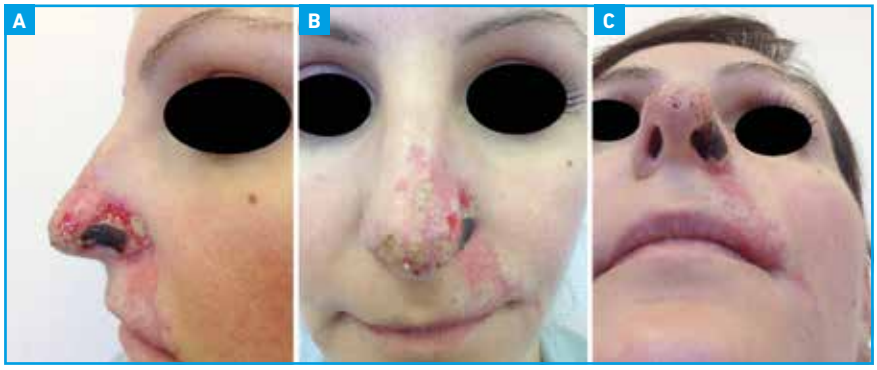

Fig. 2 : Nécrose du bord libre de l'aile du nez d'environ 1 cm^2, cicatrisation en cours de la pointe, la lèvre blanche et l'angle mandibulaire. **A :** profil gauche. **B :** face. **C :** vue inférieure : absence de collapsus narinaire.

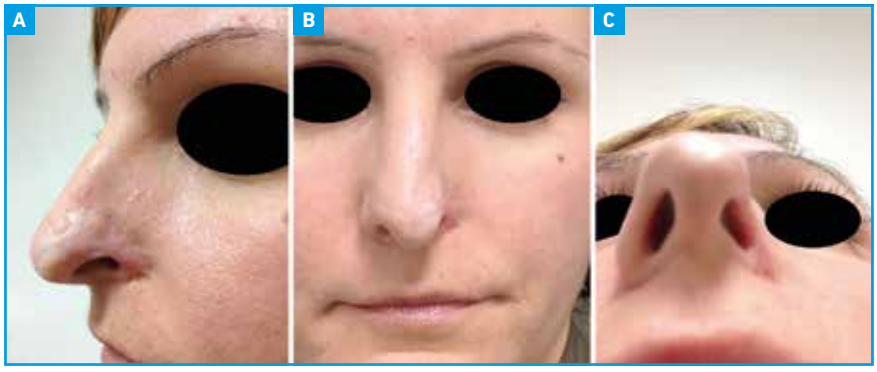

Fig. 3 : À 6 mois, en cicatrisation dirigée, dyschromie, rétraction modérée de l'aile du nez, bride du sillon narinaire. **A :** profil gauche. **B :** face. **C :** vue inférieure.

Cas clinique

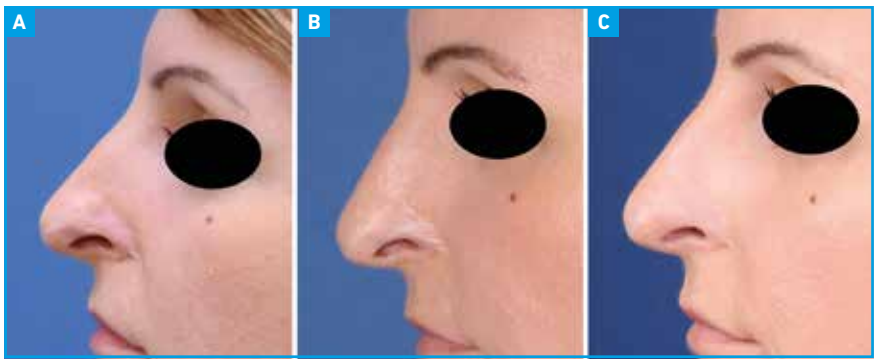

Fig. 4 : Résultats des trois séances de lipofilling, profil. **A :** 1re séance à 3 mois : amélioration de la bride du sillon narinaire. **B :** 2e séance à 3 mois : amélioration de la dyschromie, amélioration du volume de l'aile du nez. **C :** 3e séance à 1 an : disparition de la dyschromie, nette diminution de la bride du sillon narinaire, récupération d'une bonne trophicité de l'aile du nez.

Fig. 5 : Résultat de face après 3 séances de lipofilling à 1 an.

La patiente exprime une grande satisfaction quant au résultat esthétique, même s'il persiste un petit défaut de correction de la rétraction de l'aile du nez (***fig. 5***). Le lipofilling nous a permis une bonne correction de volume, une correction modérée de forme, en particulier pour la résolution de la bride du sillon narinaire, mais surtout une amélioration majeure de la trophicité locale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Honart J-F, Duron J-B, Mazouz Dorval S *et al.* A case of nasal tip necrosis after hyaluronic acid injection. *Ann Chir Plast Esthét*, 2013;58:676-679.
2. Tan E, Mortimer N, Salmon P. Full-thickness skin grafts for surgical defects of the nasal ala - a comprehensive review, approach and outcomes of 186 cases over 9 years. *Br J Dermatol*, 2014;170:1106-1113.
3. Papel ID, editor. Facial plastic and reconstructive surgery. 2. ed. New York: Thieme; 2002. 910
4. Qian C, Yaodong X, Xiaoming H *et al.* Repair of full-thickness alar defects. *Dermatol Surg*, 2012;38:1639-1644.
5. Arnaud D, Potier B, Jeufroy C *et al.* Le lambeau fronto-temporal de Schmid-Meyer dans les reconstructions nasales. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 2012;113:423-432.
6. El Habr C, Vinelli G, Tinklepaugh A *et al.* Reconstruction of an alar defect with a fusiform nasolabial turnover flap with a proximal, superiorly tapered apex. *J Craniofac Surg*, 2018;29:20-21.
7. Lindsay KJ, Morton JD. Flap or graft: The best of both in nasal ala reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2015;68:1352-1357.
8. Yim S, Eun S-C. Chondrocutaneous preauricular free flap for reconstruction of nasal defects aided by interposition vascular graft. *J Craniofac Surg*, 2017;28:1842-1846.
9. Camuzard O, Foissac R, Georgiou C *et al.* Facial artery perforator flap for reconstruction of perinasal defects. An anatomical study and clinical application. *J Cranio-Maxillofac Surg*, 2015;43:2057-2065.
10. Tiengo C, Amabile A, Azzena B. The contribution of a dermal substitute in the three-layers reconstruction of a nose tip avulsion. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2012;65:114-117.
11. Riml S, Wallner H, Larcher L *et al.* Aesthetic Improvements of Skin Grafts in Nasal Tip Reconstruction. *Aesthetic Plast Surg*, 2011;35:475-479.
12. Aimard R, Lalloué C, Ho Quoc C *et al.* Reconstruction de la racine du nez après exérèse carcinologique profonde. Intérêt de combiner implants de titane et greffe de tissu graisseux. *Ann Chir Plast Esthét*, 2017;62:181-186.
13. Kassir R, Kolluru A, Kassir M. Extensive necrosis after injection of hyaluronic acid filler: case report and review of the literature. *J Cosmet Dermatol*, 2011;10:224-231.

REMERCIEMENTS

L'auteure remercie le Dr Chignon-Sicard et Sylvain Teissier pour les iconographies.

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