

REVUES GÉNÉRALES Chirurgie

Quelles techniques de réparation proposer dans la chirurgie cutanée de la face ?

RÉSUMÉ : Les règles de la chirurgie dermatologique de la face reposent sur la connaissance et le respect des lignes de moindre tension cutanée, de ses unités et sous-unités esthétiques.

La fermeture d'une perte de substance après exérèse carcinologique cutanée est réalisée au mieux avec la peau de la même unité esthétique, ou sinon avec la peau de voisinage grâce aux mouvements tissulaires, principalement d'avancement ou de rotation, représentés par les principaux lambeaux utilisés en chirurgie dermatologique faciale.



→ **P. GUILLOT**

Services de Dermatologie,
Hôpital du Haut-Lévêque,
CHU de Bordeaux, PESSAC.
Centre médico-chirurgical
Wallerstein, ARÈS.

Traiter d'un sujet aussi vaste dans ce seul article nécessite d'être particulièrement synthétique. À défaut de pouvoir tout dire ou presque, notre souhait est avant tout de susciter la vocation chez le dermatologue pour traiter une pathologie qui est le plus souvent de son ressort, et de lui faire vaincre ses réticences à effectuer lui-même cette chirurgie. Il apparaît en effet logique que le même praticien, dans la limite toutefois de ses compétences et d'une formation chirurgicale spécifique, assure à la fois le diagnostic et le traitement chirurgical des tumeurs cutanées. Le dermato-chirurgien doit avoir une triple "lecture" de la tumeur : carcinologique, anatomique et chirurgicale [1].

Cet article se propose de définir une prise en charge générale simple, en hiérarchisant les indications des différentes techniques chirurgicales selon les principales régions anatomiques de la face, en évitant délibérément certaines techniques pour privilégier au contraire celles qui sont consensuelles, reposant sur des données acquises de la chirurgie dermatologique.

>>> La lecture carcinologique est clinique, elle évalue l'agressivité locale de la tumeur et les marges de sécurité à respecter. Pour apprécier cliniquement l'extension de la tumeur, il est primordial de disposer d'un bon éclairage, d'une loupe et de palper la lésion afin d'apprécier une induration en périphérie ou une adhérence en profondeur. L'étiement entre deux doigts de la peau péri-tumorale permet de mieux visualiser les limites de la tumeur. Le tracé de ces limites est fait au crayon dermographique.

>>> La lecture anatomique tient compte des particularités des différentes régions topographiques de la face, du risque de lésier des éléments nobles, le plus souvent vasculaires ou nerveux, ce dont il faudra prévenir le patient à la consultation préopératoire.

>>> La lecture chirurgicale évalue la laxité tissulaire voisine, ainsi que le meilleur choix de réparation. Il ne faut pas compromettre une reconstruction par une exérèse minimisée suite à un souci d'économie tissulaire, ou pire

par crainte de ne pouvoir effectuer la réparation face à une perte de substance (PDS) conséquente. L'exérèse se doit donc d'être carcinologique, tout en intégrant la notion d'unité esthétique. La segmentation de la face en sous-unités esthétiques (SUE) correspond à une nécessité technique dans les arts plastiques comme en chirurgie réparatrice faciale. La représentation morpho-anatomique des sous-unités faciales cherche à recréer le volume, la texture et l'éclat de chaque SUE. Il faut à la fois réparer une SUE dans sa continuité, mais également l'animer de sorte qu'elle reproduise les diverses expressions faciales en harmonie avec les autres SUE [2]. Pour minimiser la rançon cicatricielle, il faut bien connaître les variations de trophicité cutanée, les lignes de moindre tension cutanée (LMTC) [3], l'anatomie fonctionnelle des régions péri-orificielles [4].

Le vieillissement est responsable d'une perte d'élasticité du derme associée à l'involution ostéomusculaire et facilite la réparation des PDS par des autoplasties locales. À l'inverse, chez le sujet jeune, la peau élastique (et non plastique) est davantage suturée sous tension, favorisant la survenue des cicatrices hypertrophiques. Le non respect des SUE ne dissimulera pas et favorisera même une cicatrice hypertrophique. Les SUE ne représentent pas une simple segmentation morpho-anatomique mais bien une organisation dynamique conditionnée par la mimique.

Description globale des sous-unités esthétiques

La réflexion de la lumière, la texture et l'éclat de la peau sont des notions de cosmétologie intimement liées à une conception dynamique et évolutive des SUE et participent à l'expressivité faciale. La densité des cheveux, la richesse en follicules pileux, en glandes sébacées, en vaisseaux, la couleur et la texture de la peau sont d'une importance primordiale.

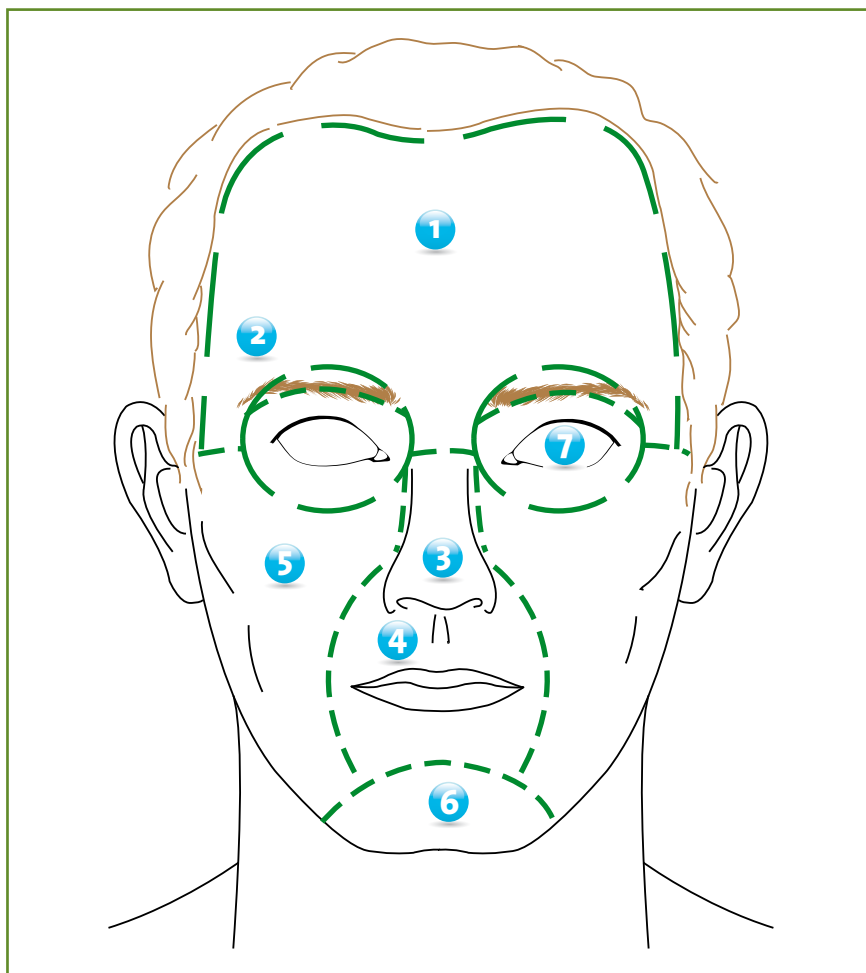


Fig. 1 : Les principales unités esthétiques faciales : 1. le front ; 2. la tempe ; 3. le nez ; 4. la lèvre ; 5. la joue ; 6. le menton ; 7. le cadre orbitaire.

Les cicatrices doivent être dissimulées du mieux que possible dans des sillons naturels et respecter les LMTC.

Tout doit être mis en œuvre pour ne pas franchir les limites d'une SUE (**fig. 1**). Si cela n'est pas possible, les tissus d'une unité adjacente peuvent être empruntés. Quand des impératifs carcinologiques obligent à emporter une partie importante d'une SUE, le choix optimal de réparation peut être de la remplacer dans son intégralité pour que, par exemple, une greffe recouvre l'ensemble de la SUE et soit limitée par les SUE adjacentes dont elle est séparée par des sillons naturels.

Principes généraux

Il faut choisir pour la réparation :

>>> En première intention : **l'excision-suture directe fusiforme**, réparation aussi fondamentale que noble, permettant de gérer la grande majorité des réparations des PDS et qu'il ne faut pas sous-estimer.

>>> **La cicatrization dirigée** (comme technique de réparation, ou bien dans l'optique d'une greffe et dans l'attente de l'histologie en cas de doute sur le caractère complet de l'exérèse). À la différence du lambeau qui ne demande

REVUES GÉNÉRALES

Chirurgie

en général que peu de soins postopératoires, la cicatrisation dirigée impose une surveillance rapprochée et ne doit pas être entièrement déléguée au médecin traitant ou à l'infirmière du patient.

>>> **La greffe de peau totale**, geste simple et stéréotypé mais imposant une technique néanmoins rigoureuse.

>>> **Un lambeau d'autoplastie locale.** Partant du concept de la restitution à l'identique, il faut privilégier les lambeaux de voisinage pour leur texture. Il faut ensuite évaluer la laxité cutanée pour retenir les zones donneuses préférentielles. Les cicatrices finales devront être imaginées préalablement au geste chirurgical pour les programmer aussi près que possible des plis naturels. La majorité des lambeaux utilisés au niveau du visage sont issus des quatre autoplasties principes qui ont été décrites : la rotation, le glissement, la transposition et l'échange. Cependant, en pratique, tout peut se résumer le plus souvent à l'avancement et à la rotation dont le principe est de reporter sous des formes et des tailles différentes une PDS initiale dans une zone anatomique voisine de plus grande laxité.

Dans un esprit de synthèse, et pour proposer une attitude rationnelle et reproductible, nous allons volontairement simplifier notre exposé en montrant de façon non exhaustive suivant différentes zones topographiques, des réparations éprouvées et adaptées à ces différentes régions et qui constituent à notre sens de bonnes indications.

Étude analytique

1. Le front

Les dimensions et la convexité du rectangle frontal sont conditionnées par la ligne d'implantation des cheveux et la saillie des arcades sourcilières. Le vieillissement du front est représenté par l'apparition de rides permanentes hori-

zontales liée à la contraction du muscle frontal antagoniste de l'orbiculaire des paupières. Dans la zone médio-frontale, les rides s'entrecroisent avec les rides verticales dites du lion, liées à la contraction des *corrugators* et du *procerus*. La rétraction du muscle frontal avec l'âge tend à réduire la hauteur frontale apparente. Cela est néanmoins contrebalancé par la ptose des sourcils, surtout chez l'homme, et par le recul de la ligne d'implantation des cheveux. Le front perd donc ses qualités de SUE homogène avec l'âge. La réparation des PDS frontales bénéficie d'une laxité horizontale supérieure à

celle du cuir chevelu, mais la trophicité du muscle frontal et l'épaisseur cutanée sont néanmoins des facteurs limitants. La chirurgie réparatrice du front cherchera à dissimuler le plus souvent les cicatrices dans les rides horizontales et à ne pas modifier la hauteur des sourcils. La zone médio-frontale basse, au-dessus de la glabelle, représente une SUE où, à l'inverse, les rides sont verticales. Le fuseau y est donc naturellement vertical pour se conformer aux LMTC.

En cas de PDS importante, un lambeau en équerre ou une plastie en T (fig. 2 et 3)

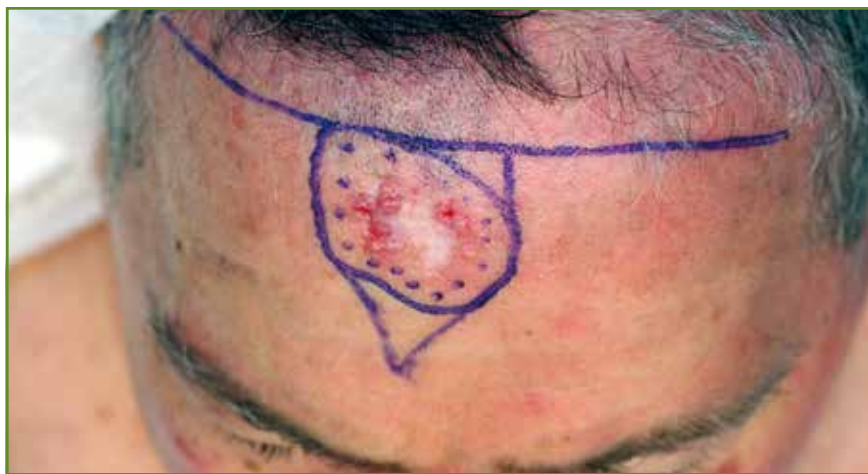


FIG. 2 : CBC médio-frontal, plastie en T.



FIG. 3 : En postopératoire immédiat, cicatrice horizontale intégrée dans les rides horizontales.

sont source d'une rançon cicatricielle moindre qu'un lambeau en H, souvent décrit dans de nombreux traités mais qu'il est préférable et possible d'éviter la plupart du temps. La partie verticale de la plastie en T est relativement visible, mais la composante horizontale s'intègre dans les rides du front ou en lisière de cuir chevelu.

2. La tempe

En avant, la SUE temporale est limitée par la *linea temporalis*, en bas par l'arcade zygomatique, en haut et en arrière par la ligne d'implantation capillaire. La squelettisation de la fosse temporale et le recul de la ligne d'implantation des cheveux participent à l'autonomisation de cette SUE avec l'âge. Chez le vieillard, l'artère temporale superficielle qui traverse cette SU devient de plus en plus nettement visible. Une PDS peut être réparée par une plastie temporale ou une plastie temporo-jugale d'avancement-rotation, la joue représentant en effet la SUE adjacente la plus mobilisable (fig. 4 et 5).



FIG. 4 : CBC temporal.



FIG. 5 : Plastie en équerre temporo-jugale.

3. Le nez

La pyramide nasale représente la SUE faciale la plus complexe de par ses caractéristiques tridimensionnelles et son hétérogénéité anatomique (fig. 6). La segmentation proposée par Burget est la référence [5].

Les PDS de la racine du nez sont avantageusement réparées grâce à l'étoffe de la région glabellaire (fig. 7 à 9); celles de la pointe nasale et du *dorsum* par les plasties de Rieger et Marchac, ou la greffe de peau totale (fig. 10 à 12). Au niveau de l'aile narinaire, une réparation de l'ensemble de la SUE peut être réalisée soit à l'aide d'une greffe de peau totale, soit d'un lambeau nasogénien à pédicule supérieur.

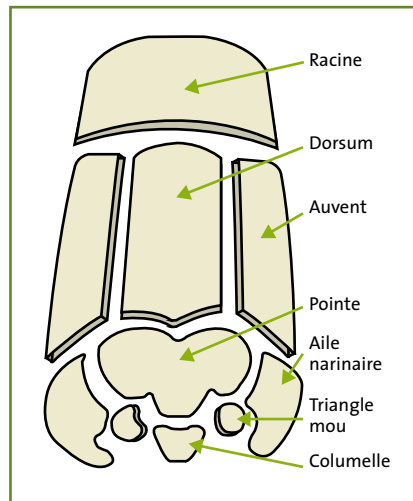


FIG. 6 : Les sous-unités esthétiques nasales.



FIG. 7 : CBC de l'auvent nasal, lambeau de transposition glabellaire.



FIG. 8 : En postopératoire immédiat.



FIG. 9 : À 1 an, effet "trapdoor" persistant (mise en boule).



FIG. 10 : CBC de mauvais pronostic intéressant plusieurs SUE nasales (pointe, ailes narinaires, auvents et dorsum).



FIG. 11 : La réparation la plus simple consiste à réaliser une greffe de peau totale à cheval sur toutes les SUE concernées



FIG. 12 : Vue de profil à J8.

REVUES GÉNÉRALES

Chirurgie

4. La lèvre

On distingue la lèvre supérieure de la lèvre inférieure – cette dernière étant préférentiellement le siège des carcinomes épidermoïdes – et la lèvre rouge de la lèvre blanche. La lèvre rouge est constituée de l'extérieur vers l'intérieur de la bouche par le vermillon, semi-muqueuse sèche, séparée de la peau de la lèvre blanche par une ligne cutanéomuqueuse très visible, prolongée dans la cavité buccale jusqu'au vestibule, d'une muqueuse humide [6]. La chirurgie labiale doit veiller à restituer les capacités fonctionnelles de l'orifice buccal en reconstituant l'intégrité du muscle orbiculaire. Il faut veiller à ne pas déformer la ligne de jonction cutanéomuqueuse très visible ainsi que les crêtes philtrales et la région commissurale. Idéalement, une PDS de la lèvre supérieure blanche, même conséquente, ne doit pas être réparée par une plastie de transposition jugale qui interrompt le sillon naso-labio-génien à l'origine d'un préjudice esthétique majeur, et apporte chez l'homme de la peau glabre dans une zone naturellement pileuse. La greffe de peau totale permet alors de ne pas franchir le sillon naso-labio-génien, mais apporte toujours néanmoins de la peau glabre.

La réparation reine au niveau de la lèvre supérieure blanche est l'autoplastie intralabiale de rotation avec ses différentes variantes [7, 8], la lèvre étant réparée avec de la lèvre, au sein même de la SUE (fig. 13 et 14). Elle est limitée



FIG. 13 : CBC de la lèvre supérieure blanche.



FIG. 14 : Réparation en unité par un lambeau de rotation intralabial selon Bailly.

néanmoins à des PDS n'excédant pas en général 3 cm de diamètre.

5. La joue

Au niveau de la joue, on distingue classiquement trois plans tégumentaires :

- la peau qui est d'aspect très variable selon les sous-unités anatomiques : épaisse et glabre en zone médio-jugale, plus fine et pileuse chez l'homme en région préauriculaire ;
- le système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS), émanant du fascia préparotidien. Ce plan tégumentaire rejoint la couche musculaire superficielle ;
- le plan profond, musculaire, avec le masséter et le buccinateur.

Cinq SUE peuvent être individualisées au niveau de la joue (fig. 15) :

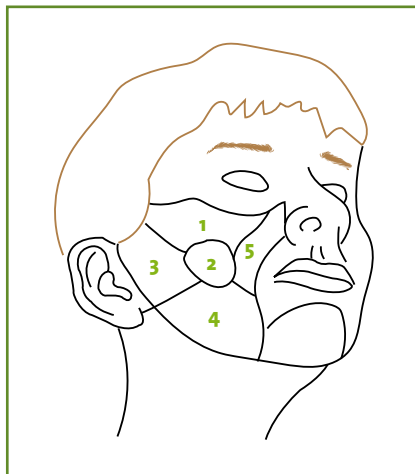


FIG. 15 : Les SUE de la joue: 1. malaire et sous-palpébrale; 2. médio-jugale; 3. préauriculaire et massétérine; 4. mandibulaire; 5. naso-labio-génienne.

6. Le menton

Cette SUE est limitée en haut par le sillon labio-mentonnier, en bas et en dehors par le rebord osseux mandibulaire.

7. L'oreille

Sa structure est cutanéocartilagineuse, la rigidité du cartilage rend ainsi l'exérèse-suture difficile, sauf au niveau rétro-auriculaire. La cicatrisation dirigée doit être évitée vu le risque infectieux pour le cartilage. La greffe de peau totale ne peut se concevoir que si le péricondre est respecté.

Les plasties locales sont spécifiques de chaque sous-unité anatomique. Nous ne décrivons ici que les deux le plus souvent utilisées :

- **la résection cunéiforme** permet souvent de réparer des PDS de l'hélix, quitte à effectuer deux triangles de décharge cartilagineux afin d'obtenir un meilleur affrontement et de minimiser l'effet de ressaut cartilagineux ;
- **la plastie d'Antia-Buch** s'applique aux PDS de la partie moyenne ou supérieure de l'hélix, jusqu'à 2 cm. Un ou deux lambeaux sont mobilisés (la plupart du temps, le lambeau inférieur seulement) ; ils sont disséqués par une incision transcartilagineuse respectant la peau postérieure qui n'est pas incisée (fig. 16 à 18).



FIG. 16 : CE de la partie supérieure de l'hélix, exérèse transfixiante.

POINTS FORTS

- ➔ Les carcinomes basocellulaires, tumeurs cutanées les plus fréquentes, n'ont qu'une malignité locale, mais sont potentiellement invasifs et récidivants, justifiant une exérèse carcinologique.
- ➔ La chirurgie réparatrice cutanée est du ressort du dermatologue bien formé à la chirurgie, il doit avoir une triple "lecture" de la tumeur : carcinologique, anatomique et chirurgicale.
- ➔ Les réparations après exérèse tumorale doivent être hiérarchisées en privilégiant en première intention la plus simple, l'exérèse-suture directe, puis les autoplasties locales et les greffes.



FIG. 17 : Plastie selon Antia et Buch, incision de la peau antérieure et du cartilage, respectant la peau postérieure.



FIG. 18 : À J8.

8. Le cadre orbitaire

Le muscle orbiculaire des paupières qui est circonférentiel, le pli supratarsal à la paupière supérieure et le sillon jugopalpebral inférieur délimitent plusieurs SUE palpébrales. En dehors de l'indication de greffe de peau totale en unité, de réalisation délicate et qui nécessite de mettre en place pendant quelques jours des fils suspenseurs afin d'éviter



FIG. 19 : CBC récidivé de la paupière inférieure.



FIG. 20 : Lambeau de paupière supérieure pour réparation en unité de toute la paupière inférieure.



FIG. 21 : Résultat à 2 ans.

l'ectropion, la paupière inférieure peut être élégamment réparée par un lambeau de paupière supérieure (**fig. 19 à 21**).

Conclusion

Si certaines autoplasties visent à réduire la rançon cicatricielle, une des finalités de la chirurgie réparatrice cutanée est de permettre de rester dans une unité esthétique et d'intégrer les cicatrices dans les plis, aux confins de l'unité esthétique. Pour respecter cette règle, la PDS peut parfois être plus importante encore que ce que n'imposent les impératifs carcinologiques.

Si la chirurgie réparatrice cutanée repose sur des bases théoriques de portée générale et incontournables, la réalité pratique consiste aussi à trouver l'étoffe cutanée là où elle existe, de nombreux lambeaux associant avancement et rotation principalement, selon des proportions variables.

Bibliographie

1. PRÉAUX J. Les bases de la réparation. *Nouv Dermatol*, 1990;9:559-567.
2. Chirurgie cutanée réparatrice de la face et du cou. JP Bessède. Collection ORL et chirurgie cervico-faciale. Masson 2003.
3. KRAISSL CJ. The selection of appropriate lines for elective surgical incisions. *Plast Reconstr Surg*, 1951;8:1.
4. GUILLOT P, AMICI JM. Exérèse cutanée fusiforme et ses variantes. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier-Masson SAS, Paris). *Dermatologie*, 98-980-A-30, 2010.
5. BURGET GC, MENICK FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 1985;76:239-247.
6. AMICI JM, BAILLY JY, GUILLOT P. Chirurgie dermatologique. À chaque localisation sa technique. Résections tumorales de la lèvre rouge. *Ann Dermatol Vénéréol*, 2008;135:620-623.
7. BAILLY JY, AMICI JM, GUILLOT P. Chirurgie dermatologique. À chaque localisation sa technique. Lambeau de rotation intralabial. *Ann Dermatol Vénéréol*, 2005;132:1032-1036.
8. GUILLOT P. Pertes de substance non transfixiantes de la lèvre supérieure blanche : réparation en unité esthétique par lambeau d'avancement-rotation intralabial. *Rev Laryngol Otol Rhinol*, 2014, sous presse.

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