Revues générales

Techniques de réparation des lèvres en chirurgie dermatologique oncologique

RÉSUMÉ : La fermeture d'une perte de substance labiale supérieure blanche non transfixiante est réalisée si possible par un fuseau, selon des lignes de moindre tension cutanée à orientation radiaire ; en cas de nécessité d'une autoplastie locale, la réparation se fait avec de la peau de la même unité esthétique labiale, au mieux grâce au lambeau d'avancement-rotation intralabial, plastie de prédilection pour des pertes de substance ne dépassant pas 2,5 cm de diamètre.
La résection cunéiforme de pleine épaisseur de la lèvre inférieure est indiquée en cas de carcinome épidermoïde invasif T1, qui nécessite des marges latérales de sécurité de 6 à 10 mm.

P. GUILLOT
Service de Dermatologie,
Centre Médico-Chirurgical Wallerstein, ARES ;
Hôpital Saint-André, CHU de BORDEAUX.

Le dermato-chirurgien doit avoir une triple "lecture" de la tumeur : carcinologique, anatomique et chirurgicale.

La lecture carcinologique permet de juger de l'agressivité de la lésion, donc des marges de sécurité nécessaires. Certains carcinomes, bien que n'ayant qu'une malignité locale, peuvent cependant être très mutilants et avoir une tendance marquée à récidiver. Leur exérèse doit donc être complète.

La lecture anatomique tient compte des particularités des différentes régions topographiques de la face et du risque de léser des éléments nobles, vasculaires ou nerveux.

La lecture chirurgicale évalue la laxité tissulaire voisine ainsi que le meilleur choix de réparation, en intégrant la notion d'unités esthétiques et de lignes de moindre tension cutanée [1, 2].

L'anatomie des lèvres est marquée par le muscle orbiculaire – muscle majeur de l'occlusion de la bouche –, les artères coronaires labiales et la zone commissurale. On distingue la lèvre blanche, qui est concernée par des tumeurs de type basocellulaire, de la lèvre rouge, plutôt affectée par les carcinomes épidermoïdes.

Toutes les lésions affectant moins du quart de la longueur labiale (voire du tiers chez la personne âgée) peuvent justifier d'une exérèse fusiforme ou d'une résection cunéiforme avec suture directe.

Lèvre blanche

1. Rappels anatomiques

Tout autour de l'orifice buccal, les traits d'incision doivent être radiaires (perpendiculaires aux fibres du muscle orbiculaire). La lèvre supérieure blanche est subdivisée en deux hémilèvres gauche et droite, séparées par le *philtrum* (***fig. 1***). Elles forment un cadre trapézoïdal limité :
– en haut par l'aile narinaire ;
– en dehors par le sillon labio-génien ;
– en dedans par le *philtrum* et ses crêtes ;
– en bas par la lèvre rouge et la ligne de jonction cutanéomuqueuse.

Revues générales

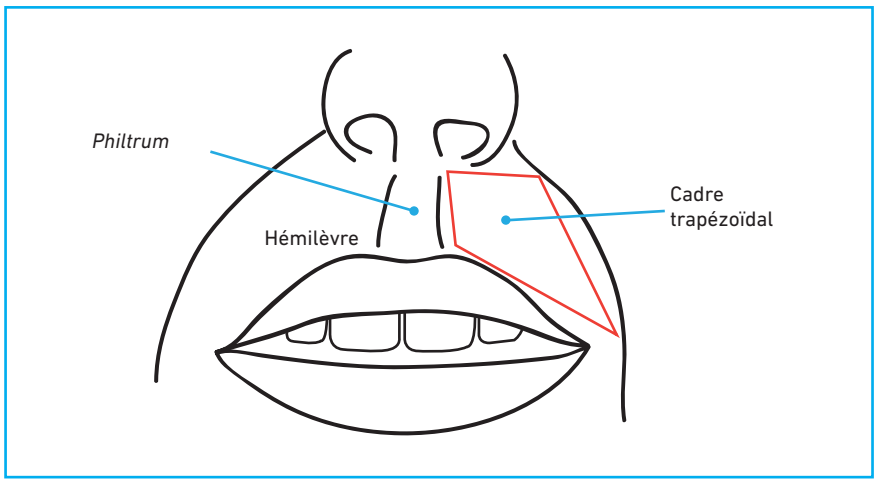

Fig. 1 : Hémilèvre, cadre trapézoïdal.

2. Étude analytique

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 les crêtes philtrales, la région commissurale, ainsi que la ligne de jonction cutanéomuqueuse en évitant les décalages qui sont très visibles.

>>> Plastie de transposition jugale

Idéalement, une perte de substance (PDS) de la lèvre supérieure blanche, même conséquente, ne doit pas être réparée par cette technique, réparation souvent décrite dans de nombreux ouvrages mais qui interrompt le sillon naso-labio-génien, à l'origine d'un préjudice esthétique majeur. De plus, cette

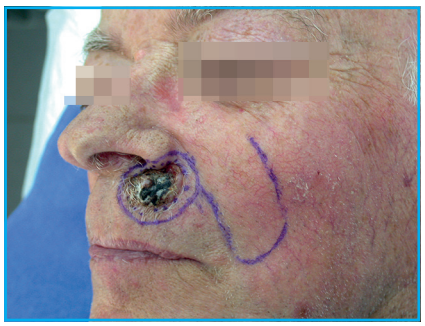

Fig. 2 : Carcinome basocellulaire (CBC) évolué de la lèvre supérieure blanche, mauvais choix de réparation.

Fig. 3 : Le lambeau de transposition jugal vient barrer le sillon naso-labio-génien et apporte de la peau glabre en zone pileuse.

Fig. 4 : L'effacement du sillon est préjudiciable, particulièrement dans la mimique, même à distance de l'intervention (2 ans).

réparation apporte chez l'homme de la peau glabre dans une zone naturellement pileuse (***fig. 2-4***).

>>> La greffe de peau totale en unité

Celle-ci peut permettre, dans le même genre de situation, de ne pas franchir le sillon naso-labio-génien, cependant

Fig. 5 : CBC de la lèvre supérieure blanche.

Fig. 6 : PDS importante, comblée par une greffe de peau totale en unité.

elle apporte toujours de la peau glabre, donc un résultat esthétique médiocre (***fig. 5 et 6***).

>>> La plastie d'avancement jugal par un procédé de Webster non transfixiant

Ce procédé s'applique à la lèvre supérieure blanche et consiste à réaliser un sacrifice de peau saine en croissant périalaire, afin de permettre l'avancement jugal et de favoriser ainsi le rapprochement des berges (***fig. 7 à 9***).

À ce niveau, en effet, l'allongement de la lèvre supérieure créé par la fermeture d'un grand fuseau vertical qui doit être radiaire par rapport à l'orifice buccal,

Fig. 7 : CBC sous-narinaire.

Fig. 8 : La perte de substance.

Fig. 9 : La suture à J8.

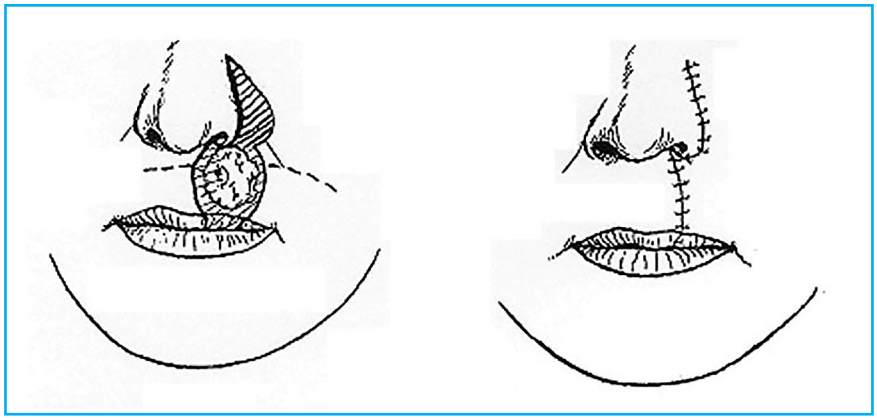

Fig. 10 : D'après Webster JP. Crescentic peri-alar cheek excision for upper lip flap advancement with a short history of upper lip repair. *Plast Reconstr Surg*, 1955;16:434-464.

entraînerait systématiquement une ascension de l'aile narinaire et un abaissement de la ligne cutanéomuqueuse [3]. La résorption de l'oreille supérieure nécessite alors l'excision d'un croissant sous-narinaire et péri-alaire (***fig. 10***) et celle de l'oreille inférieure un sacrifice de lèvre rouge muqueuse.

Le croissant péri-alaire n'est en fait intégré dans le sillon labio-alaire qu'à sa partie la plus supérieure et a l'inconvénient majeur, pour de grandes PDS, de déplacer la partie médiane du sillon labio-génien vers la région paraphiltrale, source d'un préjudice esthétique très visible, tant dans une attitude statique que dans la mimique (sourire).

>>> Le lambeau en îlot

Il est souvent utilisé au niveau de la lèvre supérieure blanche. Il en résulte principalement une cicatrice inférieure très visible, car contraire aux plis radiaires, alors que la cicatrice supérieure s'intègre mieux dans le sillon labio-génien ou s'en rapproche (***fig. 11***). Cette plastie permet toutefois de réparer des PDS de 3 cm de diamètre, voire davantage.

Nous lui préférons la plastie de rotation-avancement intralabiale et ses variantes selon les sous-unités anatomiques de la lèvre blanche [4]. Cette plastie répare une PDS labiale avec de la lèvre, et non de la peau glabre venant de la joue comme dans la plastie de Webster ou dans les lambeaux de transposition jugale. Elle est limitée néanmoins à des PDS n'excédant pas en général 2,5 cm de diamètre.

>>> Le lambeau de rotation-avancement intralabial

L'anesthésie locale à la lidocaïne adrénalinée à 1 % permet de diminuer le saignement peropératoire, mais reste souvent douloureuse et déforme les repères anatomiques ; elle peut même transitoirement effacer la ligne de jonction cutanéomuqueuse par le blanchiment lié à la vasoconstriction. L'anesthésie locorégionale tronculaire (bloc sous-orbitaire) apparaît donc préférable [5]. Comme tout lambeau de rotation-avancement, ce lambeau intralabial reporte une PDS primaire, large, en une PDS secondaire longue et effilée située ici le long du sillon naso-labio-génien. La

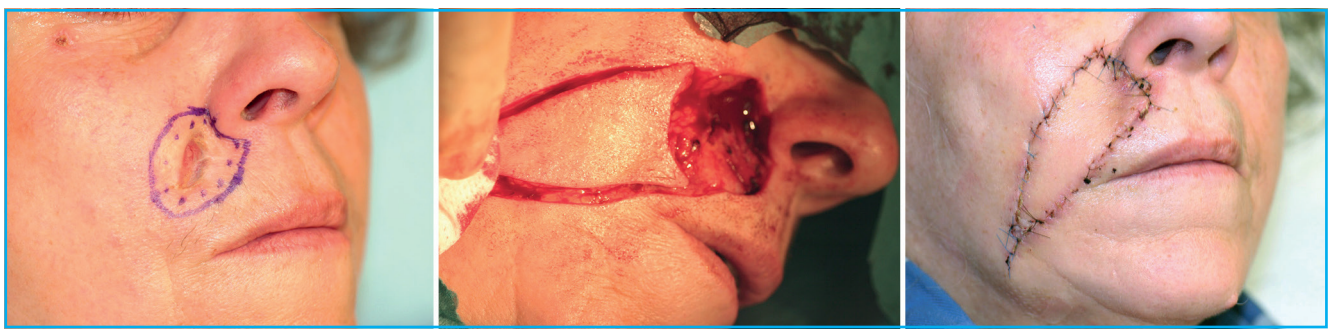

Fig. 11 : CBC à cheval sur la lèvre et la joue. Lambeau en îlot.

Revues générales

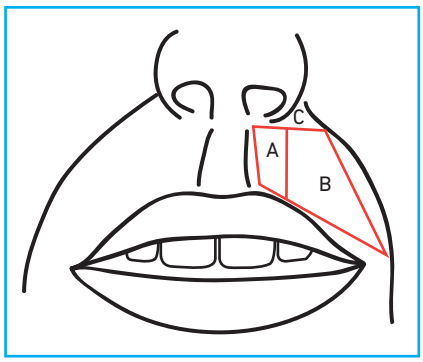

Fig. 12 : 3 sous-unités de la lèvre blanche supérieure.

topographie des lésions de la lèvre supérieure blanche peut alors être schématiquement divisée en 3 zones : une zone médiale paraphiltrale (**A**), une plus externe située entre cette dernière et le sillon labio-génien (**B**), et une 3e zone (**C**), en dehors et en dessous du pied de l'aile narinaire (***fig. 12***).

Selon la sous-unité, le mouvement tissulaire va davantage privilégier l'avancement que la rotation en zone B (***fig. 13 et 14***) ou en zone C (***fig. 15 et 16***) ou bien la rotation en zone A (***fig. 17 et 18***). Selon les cas, le lambeau est tracé de façon linéaire ou légèrement arciforme, au début dans le sillon naso-labio-génien, puis l'incision s'en éloigne jusqu'à l'alignement avec la commissure. Dans certains cas, la réalisation d'un *back-cut* para-commissural peut être nécessaire afin de permettre un meilleur avancement (***fig. 16***). Grâce à l'important matelas hypodermique, le décollement est relativement minime, et seule l'extrémité distale du lambeau est libérée de ses adhérences au muscle orbiculaire. La vascularisation ascendante est riche et dans notre expérience nous n'avons pas rencontré de problèmes de nécrose de ce lambeau. Cette réparation apporte de la peau pileuse chez l'homme et son bon résultat esthétique est dépendant de la nécessaire correction de l'excès tissulaire musculaire et muqueux parfois conséquent, au niveau du vermillon. Un mauvais tracé du lambeau peut être également source de déplacement commissural, il est très important dans ce cas de savoir descendre le trait d'incision sous la commissure afin d'en éviter l'ascension.

Fig. 13 : CBC en zone B.

Fig. 14 : Avancement-rotation.

Fig. 15 : CBC en zone C, sous-narinaire.

Fig. 16 : Avancement-rotation, *back-cut* associé.

Fig. 17 : CBC en zone A, paraphiltrale.

Fig. 18 : Résultat à J8.

Lèvre rouge

1. Rappels anatomiques

La lèvre inférieure 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 en endo-buccal, jusqu'au vestibule, d'une muqueuse humide. La lèvre rouge est composée de 3 plans : un plan cutané, un plan musculaire et un plan muqueux. Les capacités fonctionnelles de la bouche sont assurées, entre autres, par le muscle orbiculaire. La vascularisation est faite par les artères coronaires, branches de l'artère faciale. L'innervation motrice plexiforme est assurée par les terminaisons du VII et du V.

2. Étude analytique

La lèvre rouge, plus fréquemment l'inférieure, est le siège préférentiel du carcinome épidermoïde du fait des agressions actinique et tabagique. Le degré d'infiltration dicte le caractère transfixiant ou non de l'exérèse. La possibilité d'une atteinte ganglionnaire est capitale à prendre en compte car le statut N0 ou N+ constitue l'élément essentiel du niveau de prise en charge chirurgi-

cale. Le statut T1N0 autorise une chirurgie dermatologique, alors que le statut T2N0 ou N+, quelle que soit la taille, impose de passer la main au chirurgien pour un geste plus lourd sous anesthésie générale avec curage ganglionnaire associé. Nous ne traiterons pas ainsi volontairement des réparations complexes (plasties selon Camille Bernard, Abbé-Estlander, Karapandzic).

>>> La vermillonectomie

Cette technique opératoire est utilisée pour le traitement des lésions précancéreuses étendues ou de carcinomes *in situ* (***fig. 19-22***). Elle consiste à enlever tout le vermillon de la lèvre inférieure, qui est remplacé par la muqueuse humide du vestibule labial, le muscle orbiculaire étant respecté. Le décollement est réalisé jusqu'au cul-de-sac gingivolabial.

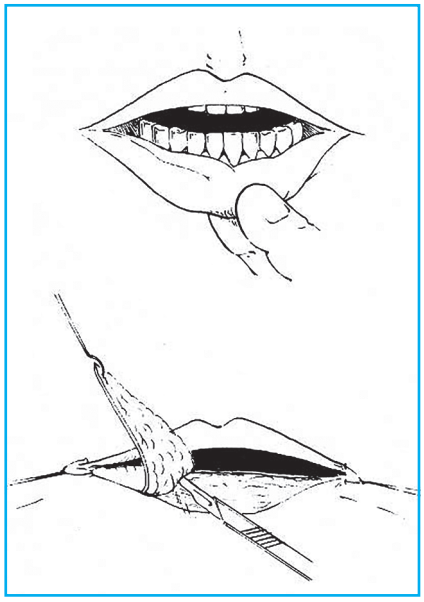

Fig. 19 : Vermillonectomie.

Fig. 20 : Carcinome épidermoïde *in situ* et champ de kératoses actiniques.

POINTS **FORTS**

- L'anatomie des lèvres est essentiellement marquée par le muscle orbiculaire – muscle majeur de l'occlusion de la bouche –, les artères coronaires labiales et la zone commissurale.
- On distingue la lèvre blanche (supérieure), qui est concernée par des tumeurs de type basocellulaire, de la lèvre rouge (inférieure), plutôt affectée par les carcinomes épidermoïdes.
- Toutes les lésions intéressant moins du quart de la longueur labiale (voire du tiers chez la personne âgée) peuvent justifier d'une exérèse fusiforme ou d'une résection cunéiforme avec suture directe.
- Le degré d'infiltration d'un carcinome épidermoïde de la lèvre rouge dicte le caractère transfixiant ou non de l'exérèse. La possibilité d'une atteinte ganglionnaire est capitale à prendre en compte, car le statut N0 ou N+ constitue l'élément essentiel du niveau de prise en charge chirurgicale, avec indication ou non à un curage ganglionnaire associé.
- La chirurgie de la lèvre implique de respecter la ligne de jonction cutanéomuqueuse et la commissure labiale afin de ne pas entraîner de déformations qui généreraient un préjudice esthétique et fonctionnel.

Fig. 21 : En post-opératoire immédiat.

Fig. 22 : À 7 mois, muqueuse pas encore complètement kératinisée.

>>> Résection cunéiforme de pleine épaisseur de la lèvre inférieure

● *La lésion*

Cette technique est indiquée en cas de carcinome épidermoïde invasif, qui nécessite des marges latérales de sécurité de 6 à 10 mm (***fig. 23 et 24***). Une plastie en W peut être nécessaire, permettant de raccourcir l'incision sans franchir le sillon mentonnier.

● *L'exérèse*

Pour être radicale, elle est transfixiante du fait de l'infiltration en profondeur, et

Revues générales

Fig. 23 : Dessin de la résection cunéiforme.

Fig. 24 : Résultat à J10, conservation de l'occlusion labiale.

emporte ainsi la tumeur de pleine épaisseur, selon les trois plans : muqueux, musculaire et cutané. On trace tout d'abord la ligne de jonction cutanéo-muqueuse, qui est marquée par deux micro-incisions afin de ne pas perdre ce repère capital pour la reconstruction. L'exérèse est réalisée pendant que l'aide opératoire comprime de part et d'autre l'artère coronaire, facilement repérée et coagulée sur pince.

● *La suture*

Il s'agit d'une plastie d'avancement de deux blocs : un bloc muqueux et un autre musculo-cutané, avec suture en 3 plans. La suture débute de dedans en dehors par le plan muqueux, avec des points résorbables dont les nœuds sont enfouis de façon à éviter le contact des fils avec la langue. Puis on procède aux sutures musculaires et enfin au plan cutané.

● *Résultat*

En statique, l'intégrité de la lèvre inférieure est rétablie avec une bonne reconstitution de l'alignement cutanéo-muqueux et une conservation de l'occlusion labiale. L'indication reste celle de PDS limitées au quart de la lèvre inférieure (soit de 1,5 à 2 cm), voire au tiers chez les sujets très âgés.

Conclusion

Outre les classiques impératifs carcinologiques, la chirurgie de la lèvre implique de respecter la ligne de jonction cutanéo-muqueuse et la commissure labiale afin de ne pas entraîner de déformations qui généreraient un préjudice esthétique et fonctionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. (Sous la direction de) Bessède JP. *Chirurgie plastique réparatrice de la face et du cou*. Disant F. Sous-unités de la face; vol.1, p.19-22. Coll. "Techniques chirurgicales", 2011, Éd. Elsevier Masson SAS.
2. Kraissl CJ. The selection of appropriate lines for elective surgical incisions. *Plast Reconstr Surg*, 1951;8:1.
3. Webster JP. Crescentic peri-alar cheek excision for upper lip flap advancement with a short history of upper lip repair. *Plast Reconstr Surg*, 1955;16:434-464.
4. Bailly JY, Amici JM, Guillot P. Chirurgie dermatologique. À chaque localisation sa technique. Lambeau de rotation intralabial. *Ann Dermatol Venereol*, 2005;132:1032-1036.
5. Guillot P, Martinot F. *Techniques anesthésiques en chirurgie dermatologique*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, 2012, Éd. Elsevier-Masson SAS. *Dermatologie*, 98-980-A-10.

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