

Réparation des pertes de substance superficielle de l'auvent nasal

Faculté de médecine d'Oran  
 Etablissement hospitalier universitaire d'Oran 1<sup>er</sup> Novembre  
 Auteurs : Dr Habi , Dr Merdassi, Dr Derrar , Dr Sehaba , Dr Benalia  
 Email: Donatien211@gmail.com

**Introduction :**

Les pertes de substance (PDS) du nez posent des problèmes fréquents de réparation, tant fonctionnels qu'esthétiques. Actuellement, les PDS sont souvent la conséquence d'une chirurgie d'exérèse pour des tumeurs dermatologiques malignes et plus rarement traumatiques. Les techniques de réparation actuelles bénéficient des progrès de la chirurgie plastique ; ainsi plusieurs procédés ont été élaborés afin de pallier les différents type de defects .

**Patients et méthodes**

Cet article rapporte l'expérience du service en matière de réparation de perte de substance de l'auvent nasal selon la sous unité esthétique atteinte .

PDS non interruptrice de la paroi latérale: réparation par le lambeau d'avancement de RYBKA ; un an après.



Perte de substance interruptrice du bord libre narinaire :greffe composé (hélix)



Notre 2eme patiente agée de 67 ans sans antécédents pathologique particuliers femme au foyer , avec un nez globuleux , texture épaisse et teint blanc ; qui présente une tumeur cutanée de la pointe nasale dans la biopsie est revenu en faveur d'une CBC



Résultat à J4 post-op

Opéré s/ AG on été réalisé chez elle une biopsie exérèse , PDS estimée à 1,5 cm 3 avec réparation par un lambeau de rotation type Riger et Marchac



Résultat 03mois post- op

Notre patient agé de 75 qui presente une lésion crouteuse de laile narinaire droit opéré ou une biopsie exérèse a été réalisé chez lui avec réparation par lambeau naso génien en ilot



Patiente agée de 56 ans qui présente une lésion latérale du nez :la biopsie révèle un CBC desmoplastique . La chirurgie d'exérèse à 0,8cm des berges latérales



**Bibliographie :**

[1] ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte. Mars 2004.  
 [2] Bonerandi JJ, Beauvillain C, agnant L, Chassagne JF, Chaussade V, Clavere P, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous squamous cell carcinoma and precursor lesions. J Eur Acad Dermatol Venereol 2011;25(Suppl. 5):1-51.  
 [3] Coelst M. Sur la possibilité de reconstituer par greffe cutanée libre d'épaisseur totale, lambeau par lambeau, tout un visage. Rev Chir Struct 1937.

La réparation est assurée par un lambeau loco-régional type glabellaire



Résultat à 2 mois post op , persistance de l'effet surépaisseur



Résultat à 5 mois avec dissipation graduelle de la suepaisseur jugée satisfaisante par la patiente

**Discussion**

**Respect des marges d'exérèse**

L'exérèse est effectuée en tissu sain en respectant les marges d'exérèse standardisées.

**Carcinome basocellulaire [ 1 ]**

On distingue, sur le plan clinique, les CBC de bon et de mauvais pronostics.

Les CBC de bon pronostic sont :

- les CBC superficiels primaires ;
- les CBC nodulaires inférieurs à 1 cm.

Les CBC de mauvais pronostic sont :

- les CBC sclérodermiformes ;
- les CBC nodulaires de plus de 1 cm.

Les CBC de la région nasale et des régions péri-orificielles correspondant au H de la zone de fusion des bourgeons embryonnaires de la face (dite R+).

On peut y ajouter les CBC récidivés.

Certains auteurs distinguent également des CBC de pronostic intermédiaire qui sont :

- les CBC récidivés ;
- les CBC nodulaires de moins de 1 cm sur une zone à haut risque de récurrence et de plus de 2 cm sur une zone à bas risque de récurrence.

Les marges d'exérèse dépendent de cette classification : en périphérie, les marges sont de 3 à 4 mm dans les CBC de bon pronostic et de 5 à 10 mm dans les formes de mauvais pronostic, en particulier dans les CBC sclérodermiformes et/ou récidivés, ainsi que les formes de pronostic intermédiaire.

La marge profonde doit se situer dans le plan sous-cutané et dans les formes péjoratives jusqu'au plan aponévrotique, péri-chondral ou périosté qui doivent être réséqués.

**Techniques de reconstruction**

Parmi les différentes techniques, les lambeaux cutanés occupent une place prépondérante. Les manuels de chirurgie traitant des techniques de reconstruction nasale décrivent de multiples lambeaux dont certains sont de réalisation délicate, de fiabilité aléatoire à l'origine de résultats parfois imprévisibles et difficilement reproductibles, sauf entre des mains entraînées.

Depuis Coelst [3] en 1937 jusqu'à leurs définitions modernes par Burget et Menick [4] en 1986, le principe qui a prévalu est celui du respect de ces SU et de leurs limites jusqu'à nos jours. Cette attitude est considérée comme une référence en reconstruction nasale dans les dernières publications émanant des sociétés savantes [5,6].

ainsi le principe de Millard [7], énonçant que « the next nearest skin is the best skin » ou encore le principe d'analogie de Gillies [7,8], qui prône le remplacement d'un tissu par un équivalent provenant de sites donneurs voisins.

Le lambeau naso-frontal de Rieger [14], associé au lambeau glabellaire un décollement de l'ensemble des téguments de la pyramide nasale. Il est utilisé dans la reconstruction des PDS de taille limitée de la pointe du nez, médiane ou paramédiane.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts .

[4] Burget GC, Menick FJ. Nasal reconstruction: seeking a fourth dimension. Plast Reconstr Surg 1986;78(2):145-57.  
 [5] Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique C 38 P. La réparation des pertes de substance du nez chez l'adulte. Masson; 1994.  
 [6] Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique C 38 P. La réparation des pertes de substance du nez chez l'adulte. Masson; 1994.  
 [7] Gillies SHD, Millard DR. Principles and art of plastic surgery. Lippincott Williams and Wilkins; 1966.  
 [8] Darsonval V. Introduction. Ann Chir Plast Esthet 2013;58(5): 383-8.