



Intérêt du lambeau frontal dans la reconstruction des pertes de substances faciale

INTRODUCTION

Le lambeau frontal est l'un des lambeaux les plus anciennement utilisés puisqu'il fut décrit en Inde au Premier siècle avant Jésus Christ. Il était alors utilisé pour la reconstruction des amputations nasales.

Il s'agit d'un lambeau principalement utilisé dans la reconstruction du tiers moyen de la face.

On distingue les lambeaux médians, paramédians, obliques et le lambeau scalpant de Converse.

Le but de cette étude était d'exposer les résultats d'une série de 25 patients présentant une perte de substance de la face reconstruite par le lambeau frontal et de discuter ses indications, ses avantages et inconvénients de ce lambeau.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons colligé les patients ayant bénéficiés d'une reconstruction faciale par le Lambeau frontal de janvier 2017 jusqu'à décembre 2018 ; avec recueil des données épidémiologiques, cliniques et modalités thérapeutiques ainsi que le suivi et les résultats esthétiques.

Le critère d'inclusion était la présence d'une perte de substance du tiers moyen de la face quelle que soit son étiologie ; cette perte de substance pouvait être réparée en partie ou en totalité par un lambeau frontal.

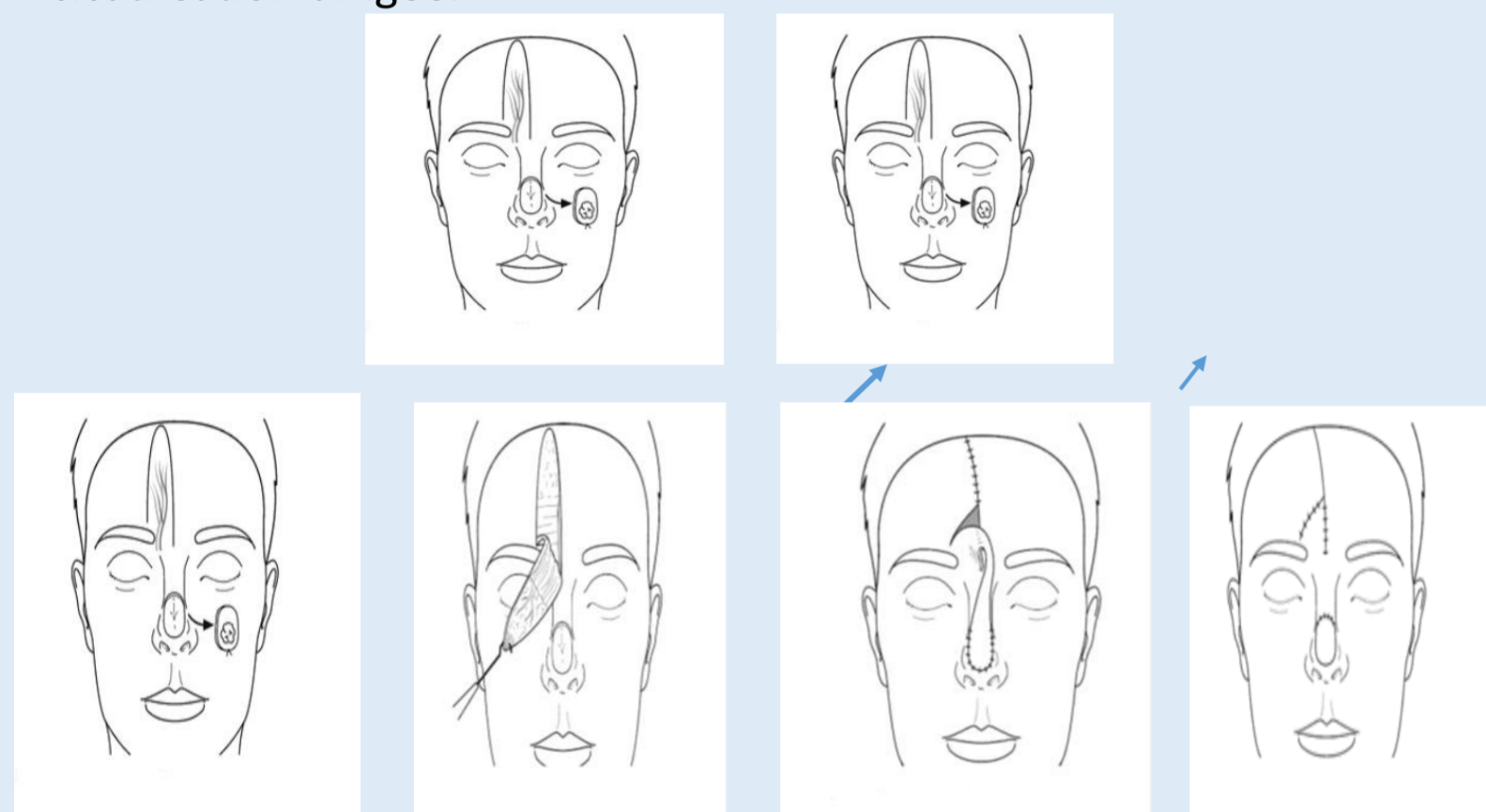
TECHNIQUES CHIRURGICALES :

A. Lambeau frontal médian :

Le lambeau frontal médian est un lambeau de transposition pédiculé qui utilise classiquement une palette cutanée médiane de 3 à 4 cm, qui s'étend de la racine des sourcils jusqu'à la base d'implantation du cuir chevelu.

Ce lambeau est transposé à 180° pour refermer une PDS nasale en laissant en nourrice le pédicule environ 3 semaines, pédicule qui sera sectionné secondairement.

La zone donneuse est idéalement refermée en suture directe après décollement des berges mais une partie peut être laissée en cicatrisation dirigée.



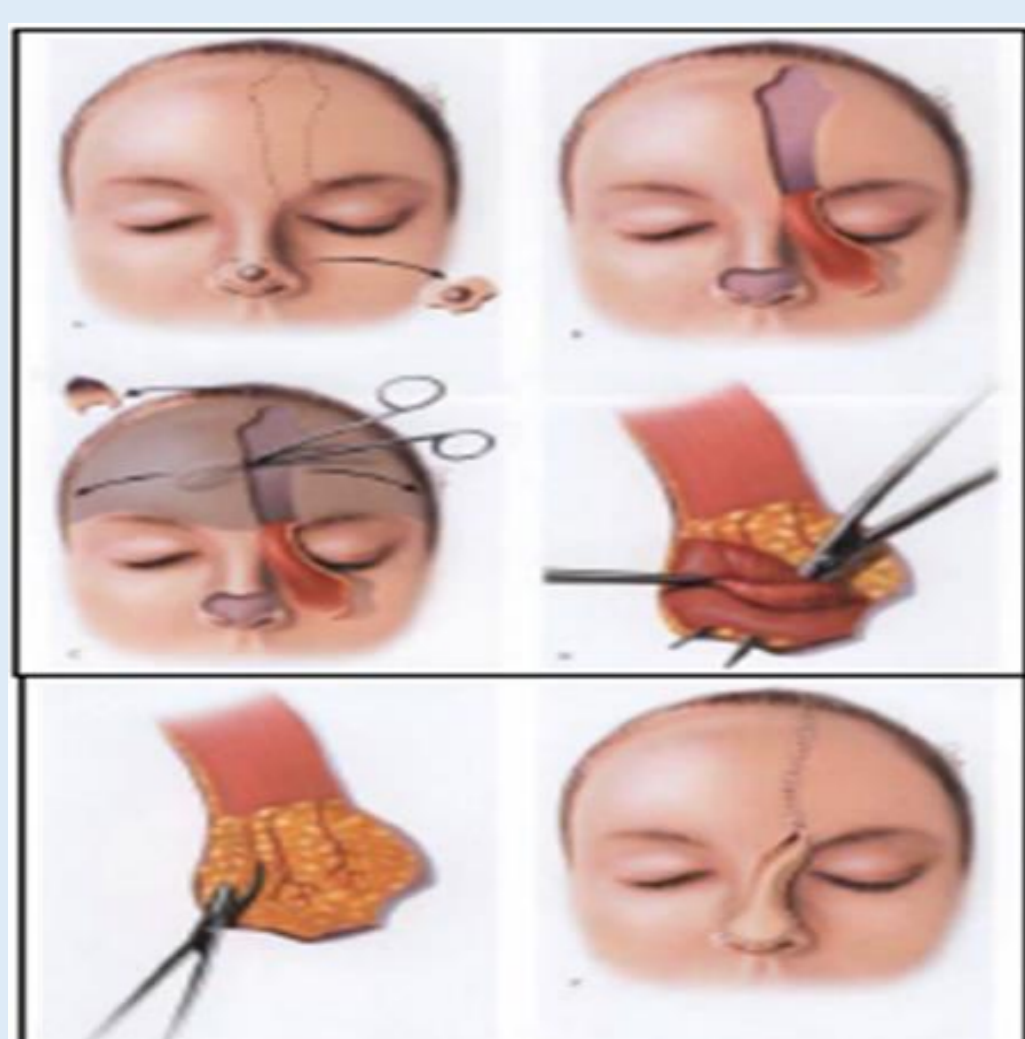
Lambeau frontal médian : 1 : tracé du lambeau
2 : levé du lambeau
3 : mis en place du lambeau
4 : sevrage du lambeau

B. Le lambeau frontal paramédian :

C'est un lambeau cutané axial, centré sur une seule artère supra-trochléaire.

Le pédicule, dessiné du côté de la PDS, ne comprend qu'un seul axe vasculaire centré sur la première ride du lion. Un repérage au Doppler permet d'obtenir un pédicule le plus étroit possible, entre 12 et 15mm, assurant ainsi une meilleure rotation et une fermeture du pédicule par simple rapprochement.

Le pédicule vasculaire controlatéral doit être impérativement conservé, il permet de lever un second lambeau pouvant être utilisé comme doublure pendant le même temps opératoire ou secondairement en cas de récidence.



M. Chergui*a (Dr), M. Akil *a (Dr), M. Habi* a (Dr), S. Barkou* b (Dr), A. Bourihane *a (Dr)

a HMRUO, Oran, ALGÉRIE ; b EPH SIDI GHILAS, Blida, ALGÉRIE

* doc.chergui.cmf@gmail.com

DISCUSSION

C. Lambeau frontal oblique :

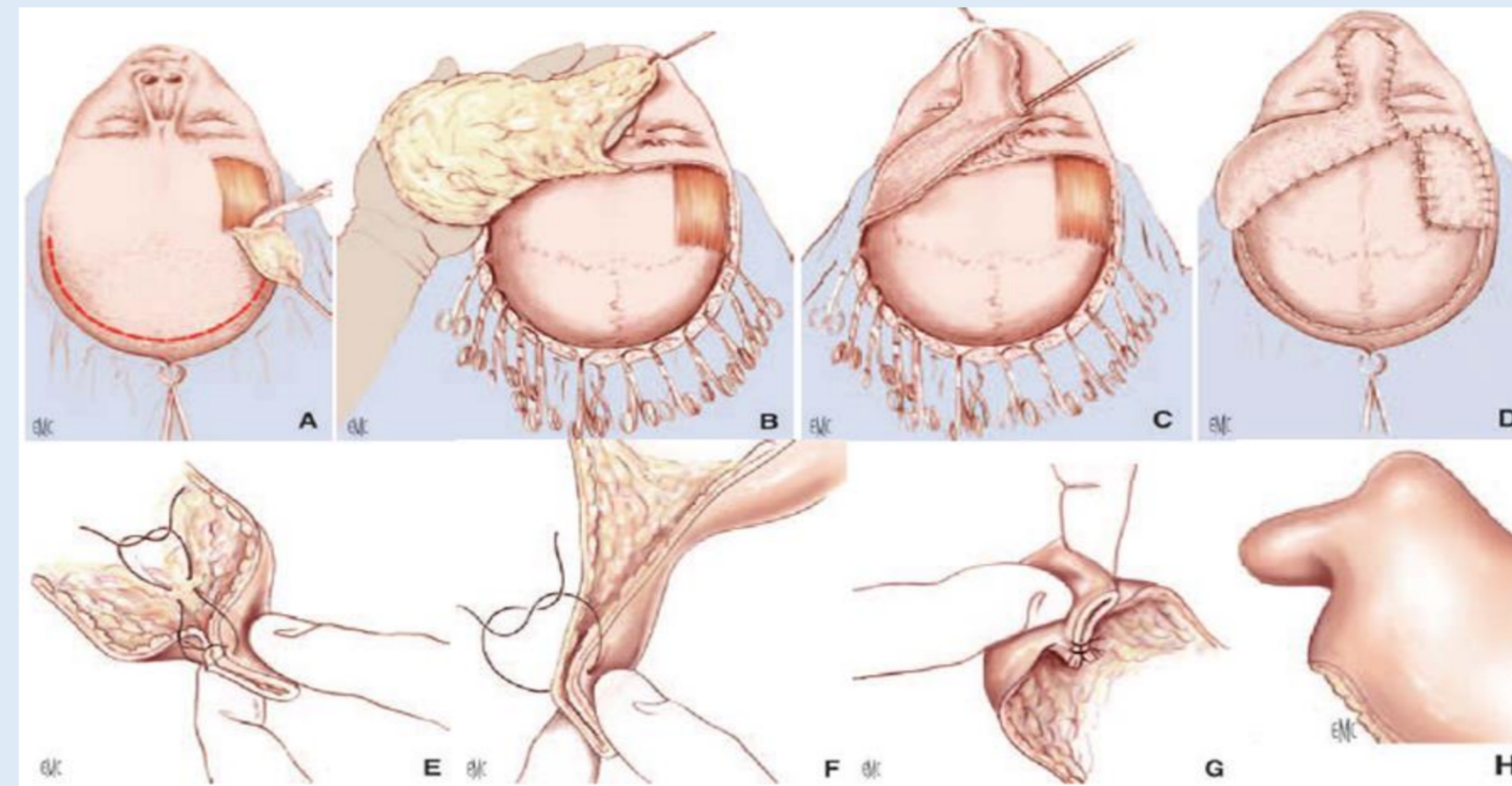
Décrit par Aubert, à une palette cutanée dessinée au niveau de la partie latérale du front. Le pédicule vasculaire qui n'est plus vertical mais oblique ne respecte donc pas la topographie des axes vasculaires, nécessitant parfois le recours à une autonomisation car la vascularisation de l'extrémité du lambeau est aléatoire.

De nombreux auteurs proposent pour augmenter l'apport vasculaire de prélever le muscle frontal. Ce lambeau est utile chez le sujet à petit front avec une ligne basse d'implantation des cheveux ou lorsque la PDS est basse située sur le nez en particulier au niveau de la columelle.

d. Lambeau scalpant :

L'incision débute au-dessus du sourcil et en dehors de la ligne médiane. Le périoste doit absolument être préservé pour qu'une greffe de peau puisse être placée secondairement. L'incision se poursuit dans le cuir chevelu à partir de l'incision externe et rejoint le tracé habituel de l'incision coronale, vers la région postérieure du pavillon de l'oreille.

Dans la partie proximale de la dissection, destinée à être secondairement repositionnée, le périoste peut être inclus dans la dissection du lambeau qui doit pouvoir être translaté jusqu'à la perte de substance.



Lambeau scalpant de Converse et plicature de la palette cutanée (A à H).

RESULTATS

Nous avons recensé 16 patients avec 06 femmes et 10 hommes dont l'étiologie est principalement tumorale ; chez 09 cas la reconstruction a été faite par lambeau médian ou paramédian, 06 cas par lambeau oblique, 01 patient avait bénéficié de lambeau de CONVERSE.

Dans 03 cas soit 19%, le lambeau frontal était associé à d'autres types de lambeaux pour réparer le plan cutané (lambeau temporo-jugale dans 03 cas).

Les étiologies de ces pertes de substance étaient essentiellement tumorale et seulement un cas de traumatisme.

Le délai moyen de sevrage des lambeaux était de 45 jours (28 - 120 jours).

Trois patients ont bénéficié de retouches avec désépaissement de lambeau.

Il s'agissait principalement des patients présentant une rétraction importante.

OBSERVATION :

Patiente âgée de 57 ans ayant subi résection transfixiante de l'aile nasale gauche étendue à la joue et l'hémi lèvre homolatérale gauche.

On a réparé la perte de substance nasale par lambeau frontale oblique plicaturé et la perte de substance jugale par lambeau d'avancement jugale de MUSTARDE.



Résultat à deux mois après

Le lambeau frontal a été dans notre étude un lambeau fiable (moins de 10 % de nécrose partielle), facile à prélever et qui a pu permettre des reconstructions cutanées importantes de l'étage moyen de la face. Son site principal de reconstruction reste le nez (1)

Dans notre étude, nous avons principalement utilisé le lambeau frontal paramédian.

En raison de sa couleur et de sa texture, la peau frontale est adaptée à la reconstruction de la pyramide nasale [2].

Lors de la réalisation du lambeau, il faut respecter au maximum les différentes sous-unités de la face [3]. Pour cela, il faut savoir associer un lambeau de Mustardé pour reconstruire la région para nasale afin de respecter l'angle dièdre paralatéronasal et garder le lambeau frontal pour le dorsum [3].

La cicatrice du site donneur doit être la plus discrète possible en raison de son exposition surtout chez le sujet chauve. Il est admis par les différents auteurs [4,5] qu'une fermeture directe du site peut être obtenue si la largeur maximale du lambeau est inférieure à 3 cm.

Si la palette cutanée est de grande taille et qu'une fermeture cutanée directe paraît impossible, une greffe de peau fine peut être réalisée mais le résultat esthétique au niveau du site donneur sera médiocre [3].

La nécrose est la complication la plus grave. Elle est cependant rare et exceptionnellement complète [6]. Pour éviter cela, le délai de 3 semaines minimum avant sevrage doit être respecté ; Le plus souvent, c'est la partie distale qui nécrose partiellement et dans la majorité des cas Une cicatrisation dirigée peut être mise en place [6].

Nous n'avons utilisé qu'un seul lambeau de Converse dont le principal avantage est la réalisation d'une grande palette cutanée [1].

Cependant, la prise d'un tel lambeau nécessite une bonne coopération du patient qui va être gêné dans sa vision jusqu'au sevrage ; de plus, le résultat esthétique sur le site donneur est de mauvaise qualité car il nécessite la réalisation d'une greffe cutanée.

CONCLUSION

Les lambeaux frontaux sont des lambeaux faciles à prélever, leurs indications multiples les rendent privilégiés dans les reconstructions faciale.

DECLARATION D'INTERET

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt en relation avec cet article.

BIBLIOGRAPHIES:

1-Goncalves J, Patenotre P, Martinot Duquennoy V, Capon Degardin N, Pellerin P. Rhinopoiëse étendue par lambeau frontal. A propos d'une série de 12 cas chez l'adulte. Ann Chir Plast Esthet. 2001; 46 : 617-628.
2-Echinard C, Dantzer E. La reconstruction du nez dans les brûlures étendues du massif facial. Ann Chir Plast Esthet. 1995; 40 : 238-250.
3-Laure B, Picard A, Chabut A, Goga D. Reconstruction des pertes de substances complexes du canthus interne. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2005; 106 : 298-301.
4-Shumrick KA, Campbell A. Improvements in forehead flap design for nasal reconstruction. Facial Plast Surg. 1998; 14 : 165-171.
5-Goncalves J, Patenotre P, Martinot Duquennoy V, Capon Dega rdin N, Pellerin P. Rhinopoiëse étendue par lambeau frontal. A propos d'une série de 12 cas chez l'adulte. Ann Chir Plast Esthet. 2001; 46 : 617-628.
6-Furuta S, Hayashi M, Shinohara H. Nasal reconstruction with an expanded dual forehead flap.Br J Plast Surg. 2000; 53 : 261-264.
7- Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie - décembre 2008.
8-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie- édition Elsevier-Masson – 2011