



Le lambeau bilobé dans une perte de substance du visage

The bilobed flap in facial reconstruction

سديلة بيلوبد في تغطية فقدان مادة من الوجه

J. Hafidi, N. Gharib, S. El Mazouz, M. Boulaadas, A. Abbassi, Am. Belmahi

الملخص : مقدمة : يحدث السرطان الخلوي الحرشفي غالباً بعد سن الأربعين، وإستئصال هذه الأورام يسبب فقدان كبير للأنسجة مما يسبب مشكلة في عملية إعادة إعمار المنطقة المفقودة وخصوصاً التي تصيب الوجه وتمثل تقنية سديلة بيلوبد عامل مهم لتغطية هذه التشوهات.

ملاحظة : نقدم هنا وصف لحالة مريض يبلغ من العمر 72 عاماً، يعاني من ورم متقدم بالخد الأيمن بمساحة 4x6 سم، ولقد قمنا بإستئصاله بعامل هامش سلامة 1 سم وتم إعمار منطقة الورم بإستخدام سديلة بيلوبد، ونتيجة الجراحة كانت مرضية جداً.

مناقشة : هذه الأورام تصيب الرجال أكثر من النساء، والسرطان الخلوي الحرشفي يستثار بعد عوامل كالتعرض المفرط لأشعة الشمس، والأصابات الجلدية المحتملة التسوطن والأمراض الوراثية أو نتيجة تهيج مزمن (طلوان)، كذلك كل الإصابات التي تحاط بهالات حمراء، وكل الجروح والقرح سريعة النزف، ولهذا يجب عمل اختبار خزعي في كل هذه العوامل، السرطان الخلوي الحرشفي ينتشر بطريقة موضعية بسرعة، كما أنه ينتشر في بعض الأحيان عن طريق الغدد اللمفاوية القريبة أو حتى البعيدة، وتمثل الجراحة العلاج الأمثل، كما أن استخدام سديلة بيلوبد هي الحل الأمثل لهذه الحالات، لإعمار التشوهات المتوسطة الحجم أو الكبيرة للوجه إثر إستئصال الورم.

الخلاصة : طريقة سديلة بيلوبد تمثل تقنية مثيرة للإهتمام، لتغطية الآثار التي تخلفها جراحة إستئصال السرطان الخلوي الحرشفي للوجه.

الكلمات الأساسية : سديلة بيلوبد.

Résumé : Introduction : Le carcinome spinocellulaire s'observe surtout après 40 ans. L'exérèse de ces tumeurs est à l'origine de pertes de substances qui posent le problème de la reconstruction, en particulier pour les tumeurs localisées à la face. Le lambeau bilobé est une technique intéressante pour couvrir ces pertes de substances.

Observation : Nous décrivons le cas d'un patient de 72 ans qui présente une tumeur évoluée de la joue droite mesurant 6x4 cm. Nous avons réalisé une exérèse de la tumeur avec une marge de sécurité de 1cm en surface et en respectant une barrière anatomique saine en profondeur. La reconstruction a fait appel au lambeau bilobé. Les suites opératoires sont saines et le résultat esthétique est très satisfaisant.

Discussion : Plus fréquent chez l'homme que chez la femme, le carcinome spinocellulaire est favorisé par une exposition solaire exagérée, des lésions cutanées précancéreuses, des maladies héréditaires (xeroderma pigmentosum) ou des irritations chroniques (leucoplasie). Toute lésion légèrement bourgeonnante avec un aspect mamelonné, toute infiltration profonde entourée d'une rougeur périphérique, toute plaie ou ulcération saignant facilement doit donc être recherchée sur ces terrains et faire l'objet d'une biopsie. Le carcinome spinocellulaire s'étend assez vite localement, se disséminant parfois dans les ganglions lymphatiques proches, ou même à distance. Le traitement de choix du carcinome spinocellulaire est la chirurgie. Le lambeau bilobé est particulièrement adapté aux pertes de substances de taille moyenne ou grande localisées à la face.

Conclusion : Le lambeau bilobé est une technique très intéressante pour couvrir la perte de substance laissée par l'exérèse d'un carcinome spinocellulaire de la face.

Mots clés : Lambeau bilobé perte de substance visage.

Abstract : Introduction : The spinocellular carcinoma occurs mainly after 40 years old. The excision of these tumors is the cause of loss of substances that pose the problem of reconstruction, especially for tumors localized to the face. The bilobed flap is a useful technique to cover the losses of substances.

Observation : We describe a 72 years old patient who presents an advanced tumor of the right cheek measuring 6 x 4 cm. We performed a resection of the tumor with a safety margin of 1cm. The reconstruction uses the bilobed flap. The postoperative result is very satisfying.

Discussion : More common for men than for women, this tumor is favored by excessive sun exposure, precancerous skin lesions, genetic diseases (xeroderma pigmentosum), chronic irritation (leukoplakia). Any suspect lesion should be biopsied. The spinocellular carcinoma spreads quickly locally, spreading to some nearby lymph nodes. The treatment of choice for this tumor is surgery. The bilobed flap is particularly suited to reconstruct the losses of substances of medium or large size localized to the face.

Conclusion : The bilobed flap is a very interesting technique to cover the defect left by excision of a spinocellular carcinoma.

Key Words : Bilobed flap face reconstruction.

Tiré à part : J. Hafidi : Service de chirurgie plastique et reconstructrice, hôpital Ibn-Sina, CHU de Rabat - Salé - Maroc.

Introduction

Les cancers cutanés épithéliaux ou carcinomes cutanés sont les plus fréquents des cancers humains de l'adulte en général et des cancers cutanés en particulier (90%). Leur incidence augmente régulièrement du fait de l'allongement de la durée de vie et des habitudes comportementales, en particulier l'exposition solaire répétée. Le traitement de choix du carcinome spinocellulaire est la chirurgie. Le lambeau bilobé est une technique intéressante pour la couverture de la perte de substance laissée par l'exérèse de la tumeur.

Observation

Mr L., 72 ans, a été adressé à notre consultation pour prise en charge d'un carcinome spinocellulaire de la joue droite. La tumeur a déjà été biopsée par un confrère et le diagnostic a été confirmé par un laboratoire d'anatomopathologie. Mr L. n'a pas d'antécédents personnels ou familiaux notables, notamment pas de notion de diabète. Il a été tabagique à raison de 20 paquets année mais il est sevré depuis 27 ans. La tumeur mesure 6x4cm et se situe sur la joue droite. L'opération se déroule sous anesthésie générale, le patient est installé en décubitus dorsal. Nous dessinons les incisions : le tracé respecte une marge de sécurité de 1 cm autour de la tumeur. Le tracé du lambeau bilobé se continue verticalement vers le bas jusqu'au rebord mandibulaire.

Figure 1 : Aspect préopératoire; tracé des incisions



Puis en 2 arcs de cercle en rétroauriculaire, le premier est de la même taille que la perte de substance qui sera laissée par l'exérèse de la tumeur, le 2ème, plus bas, situé

au niveau cervical, est plus petit. Nous infiltrons au sérum salé mélangé à un cc d'adrénaline la zone circonscrite par le dessin. Nous procédons à l'exérèse de la tumeur avec une marge de 1 cm en surface et avec une barrière anatomique saine en profondeur. Après incision du tracé, le lambeau est levé, la dissection passe en sous-cutané et s'arrête sur le périoste en rétroauriculaire et sur les muscles du cou plus bas à savoir les muscles sterno-cléido-mastoidien et stylohyoïdien. Les 2 lobes du lambeau sont ainsi levés, le 1er, rétroauriculaire est amené par un mouvement de rotation pour couvrir la perte de substance laissée par l'exérèse de la tumeur. Le 2ème est amené par le même mouvement de rotation pour couvrir la perte de substance laissée par le 1er lobe du lambeau. Du fait de l'élasticité de la peau conférée par l'âge de notre patient, la zone donneuse du 2ème lobe est autofermée en 2 plans. La fermeture cutanée se fait en 2 plans, le plan sous-cutané est fermé au vicryl 4/0, le plan cutané est fermé par des points séparés au nylon 4/0. Les suites opératoires sont saines. Le résultat esthétique est très satisfaisant.

Figure 2 : Levée et mise en place du lambeau



Discussion

L'incidence des carcinomes épidermoïdes cutanés est inférieure à celle des carcinomes basocellulaires : moins de 20 cas pour 100.000 habitants/an en France. Comme les carcinomes basocellulaires, il existe des maladies congénitales rares prédisposant à leur développement comme le xeroderma pigmentosum, et l'épidermodysplasie verruciforme, génodermatose rare caractérisée par une infection chronique de la peau par certains papillomavirus humains oncogènes [1].

Contrairement au carcinome basocellulaire, le carcinome épidermoïde survient souvent sur une lésion précancéreuse. Les plus fréquentes sont : les kératoses photo-induites (kératoses actiniques ou solaires ou « séniles ») ; les radiodermes ; les cicatrices de brûlures et autres cicatrices ; les plaies chroniques telles que les ulcères de jambes ; le lichen scléreux génital, le lichen érosif buccal ; certaines lésions muqueuses virales à papillomavirus humains ; les leucoplasies. [2]

L'exposition solaire cumulative est le principal facteur causal. Le soleil est responsable de la formation de lésions précancéreuses sur la peau photo-exposée, appelées kératoses actiniques. Ces lésions peuvent régresser spontanément ou au contraire se transformer en un authentique carcinome épidermoïde [8-9]. Le rôle des papillomavirus humains oncogènes est suspecté. L'infection par ces virus prédispose aux carcinomes épidermoïdes des muqueuses (cancers du col de l'utérus et de l'anus). Des papillomavirus humains semblent aussi jouer un rôle dans la survenue de carcinomes épidermoïdes cutanés chez les sujets greffés (> 50% des patients). Chez le patient immunocompétent, ils ne semblent pas responsables de carcinomes épidermoïdes cutanés, mais muqueux. D'autres carcinogènes peuvent être incriminés, il s'agit des radiations ionisantes, de l'arsenic, des hydrocarbures halogénés et du tabac (en particulier incriminé dans le carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure, souvent précédé par, ou associé à, une leucoplasie labiale). [10]

Le carcinome épidermoïde apparaît surtout après 60 ans, plus souvent chez l'homme. Il est souvent précédé de lésions précancéreuses. L'atteinte des muqueuses n'est pas rare. Il s'agit typiquement : d'une lésion croûteuse, jaunâtre, indurée avec ulcération centrale ; d'une lésion végétante ou bourgeonnante ; ou de l'association des deux. Quelqu'en soit l'aspect clinique, cette lésion chronique, ulcérée ou nodulaire doit faire pratiquer une biopsie qui va permettre de confirmer le diagnostic [3-5].

La chirurgie est le traitement de choix car elle permet un contrôle histologique de la pièce d'exérèse et permet ainsi d'affirmer son caractère complet ou non. Les marges d'emblée sont plus larges que pour les carcinomes basocellulaires, proches du centimètre. Elle va de la simple

exérèse-suture en ambulatoire à l'exérèse en deux temps avec reconstruction plastique sous anesthésie générale en fonction de l'importance du geste à réaliser. Les joues fournissent une vaste surface de peau homogène où s'installe, à partir de la trentaine, une laxité importante [6].

L'exérèse-suture est le moyen de prédilection de fermeture dans cette région qui « donne ». La cicatrice résiduelle souvent longue devra impérativement avoir une orientation parallèle aux plis faciaux, elle finira ainsi par être particulièrement discrète. Les exérèses pré auriculaires peuvent être fermées par un véritable lifting facial.

La greffe cutanée est peu utilisée, car sa prise est délicate sur cette zone très mobile et l'aspect du patch y est particulièrement voyant [7].

Les lambeaux locaux sont peu utilisés car il est difficile d'orienter correctement les cicatrices résiduelles. Citons le lambeau LLL de Dufourmentel, qui donne une excellente répartition des tensions s'il est bien orienté : la première branche adjacente au losange d'exérèse doit avoir la direction des lignes de Langer. C'est particulièrement important pour les localisations proches du sillon nasogénien et des orifices : canthus externe ou paupière inférieure. Ce lambeau cependant indiqué pour les petites pertes de substance.

Le lambeau temporojugal de Mustardé est un lambeau cutané, épais, de grande surface, à pédicule inférieur. Le tracé du lambeau remonte en haut et en dehors du canthus externe, s'arrondit autour de la région temporale et redescend devant l'oreille jusqu'au lobe. Il est totalement décollé dans le plan sous-cutané comme pour un lifting. Un mouvement médial de rotation est imprimé ; une cantholyse externe permet la mobilisation éventuelle de la partie palpébrale latérale quand elle est conservée. Pour éviter l'ectropion, il convient de l'amarrer solidement au niveau temporal et au périoste orbitaire. Le vaste décollement sous-cutané permis par le lambeau de Mustardé permet de recouvrir de grandes pertes de substance médiales, paranasales.

Le lambeau bilobé est la technique la plus adaptée à notre situation au vu de la taille et de la situation de la tumeur. En effet, les autres techniques décrites précédemment ne

donneront pas de meilleurs résultats que le lambeau bilobé [3,4]. Les autres méthodes sont schématiquement réservées à des malades inopérables ou pour certaines localisations. Il s'agit avant tout de la radiothérapie (électron- ou curiethérapie). La chimiothérapie peut être justifiée dans les formes de grande taille pour réduire la masse tumorale avant l'intervention. Sinon elle est surtout réservée aux formes métastatiques ou inopérables. Elle est avant tout basée sur l'utilisation de platines [11].

Conclusion

Les tumeurs cutanées sont de plus en plus très fréquentes dans notre pays et de par le monde. Les tumeurs cutanées de la face posent le problème de la reconstruction, celle-ci doit permettre au malade une réintégration sociale et pose une quasi-obligation de résultat esthétique. Le lambeau bilobé est une technique des plus intéressantes pour couvrir la perte de substance laissée par l'exérèse d'une tumeur de taille moyenne ou de grande taille du visage.

Références

1. Martin D. Mondie JM., les tumeurs cutanées et leur stratégie thérapeutique. Annales chirurgie plastique esthétique, 1998, 365-372.
2. Anaes, Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte. Recommandations Professionnelles. 2004, 65-68
3. Le Quang C., La réparation esthétique en cancérologie faciale. Rapport de la Société Française de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique, 1990;35:7-30.
4. Martin D., Les épithéliomas faciaux ; considérations générales, moyens et indications chirurgicales. Ann Chir Plast Esth 1998;43:311-362.
5. Gillies HD., Plastic surgery of the face, London, Frowde, Hodder and Stoughton, Oxford University Press, 1980. 369-372
6. Gillies HD., Millard DR., Principles and art of Plastic Surgery, Boston, Little, Brown and company, 1987. 8-10
7. Karajian VH., Converse JM., In the surgical treatment of facial tumors, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins, 1989. 140-147
8. Hanson Kerry M.; Gratton Enrico; Bardeen Christopher J. (2006). «Sunscreen enhancement of UV-induced reactive oxygen species in the skin». Free Radical Biology and Medicine 41 (8): 1205–1212
9. Ainsleigh HG (1993). «Beneficial effects of sun exposure on cancer mortality.». Prev Med. 22 (1): 132–40.
10. Morita A. «Tobacco smoke causes premature skin aging.» J Dermatol Sci 2007 48(3) : 169-75. 3 September 2008.
11. Scandinavian Journal of Work Environment and Health 26: 529–31.