



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Ophriopoièse



Eyebrow reconstruction

F. Baraër^{a,*}, V. Darsonval^b, F. Lejeune^a,
B. Bochot-Hermouet^a, P. Rousseau^b

^a Service de chirurgie plastique, clinique Brétéché, 3, rue de la Béraudière, 44000 Nantes, France

^b Service de chirurgie plastique, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

MOTS CLÉS

Anatomie ;
Lambeaux ;
Grefe ;
Reconstruction ;
Sourcil

KEYWORDS

Anatomy;
Flap;
Graft;
Reconstruction;
Eyebrow

Résumé Le sourcil est une zone anatomique indispensable du point de vue social, sa reconstruction en cas de perte de substance doit être la plus soigneuse possible avec le moins de séquelles résiduelles. La densité capillaire est extrêmement variable d'un individu à l'autre et les différents procédés de rétablissement de cette région doivent en tenir compte. Nous passons en revue les différentes techniques de reconstruction ainsi que leurs indications en fonction du sexe et de la surface à combler.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The eyebrow is an essential anatomical area, from a social point of view, so its reconstruction, in case of skin defect, must be as meticulous as possible, with the less residual sequela. Capillary density extremely varies from one person to another and the different methods of restoration of this area should absolutely take this into consideration. We are going to review the various techniques of reconstruction, according to the sex and the surface to cover.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le sourcil fait partie intégrante du visage, il est l'élément pileux séparant la région orbito palpébrale du front. Son impact sur la mimique est important ainsi que sa ptose lors du vieillissement. Son rôle protecteur du globe oculaire est modéré.

L'ophriopoièse ou reconstruction du sourcil a pour but de minimiser l'impact d'une perte de substance de cette région, que celle-ci soit limitée ou totale. On peut distinguer

les défauts cutané-pileux vrais (traumatisme, tumeur...) des alopecies partielles ou complètes (radiothérapie, déséquilibre hormonal, trichotillomanie...).

Nous présentons les différents types de reconstruction possible avec leurs avantages et inconvénients pour en tirer un arbre décisionnel en fonction du sexe et de l'âge.

Anatomie

Il existe de multiples variations d'implantation, d'orientation ou de densité capillaire. On peut néanmoins schématiser et diviser le sourcil en trois zones distinctes (Fig. 1) avec des orientations pileuses différentes :

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fabien.baraer@free.fr (F. Baraër).

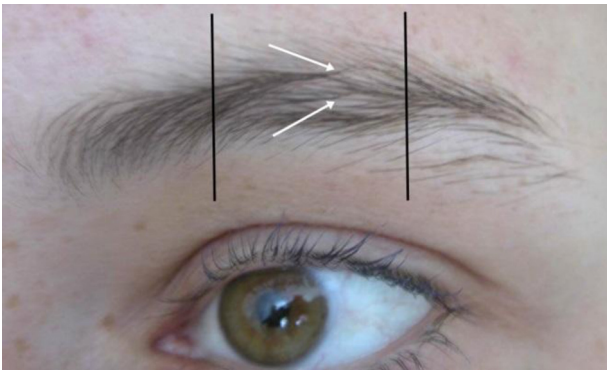


Figure 1 Implantation des poils.

- la racine avec une orientation pileuse de bas en haut et en peu en externe ;
- le corps avec des poils de direction horizontale dirigés vers l'extérieur. Les supérieurs sont dirigés plutôt vers le bas alors que les inférieurs le sont plutôt vers le haut ;
- la queue de pilosité oblique vers le bas et en externe.

Westmore [1] a décrit un modèle de sourcil idéal (Fig. 2) à avoir en tête lors de toute reconstruction afin d'éviter des erreurs manifestes de position.

On distingue quatre couches de la superficie vers la profondeur : la peau, l'espace cellulaire sous-cutané comprenant les follicules pileux, la couche musculaire et le coussinet adipeux de Charpy [2–6] (Fig. 3).

Il existe cinq groupes musculaires ayant une action sur le sourcil [7] :

- le frontal qui élève les sourcils ;
- l'orbicularis oculi qui les abaisse ;

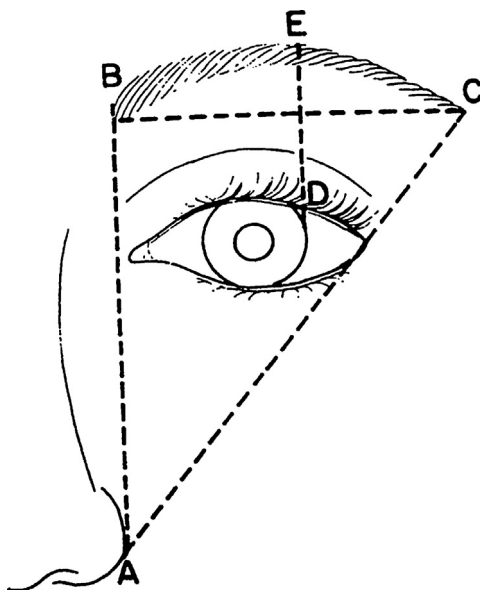


Figure 2 Modèle de Westmore. A. Aile nasale. B. Limite interne. C. Limite externe. D. Bord externe de l'iris. E. Limite supérieure.

- le corrugator qui élève la tête du sourcil et attire en bas et en dedans la racine du sourcil ;
- le procerus qui amène la peau de l'espace intersourcilier vers la racine du nez ;
- le dépressur supercilli [8], dont la nature est discutée : entité à part entière ou émanation de l'orbicularis oculi.

La vascularisation est assurée par les vaisseaux temporaux superficiels, supra-trochléaires et supra-orbitaires avec des anastomoses inconstantes entre ces différents réseaux [7,9].

Procédés de reconstruction locaux

Les procédés de reconstruction locaux sont :

- la cicatrisation dirigée, valable pour les petites pertes de substances, entraîne une alopecie et une déformation résiduelle fonction de la zone et de la surface. Il ne faut jamais raser les sourcils car la repousse est très lente ;
- l'exérèse suture horizontale entraîne une alopecie résiduelle qu'il faudra corriger si la perte de substance prend toute la hauteur du sourcil. Cette technique reste donc valable pour de petites lésions sur des sourcils fournis ;
- l'exérèse suture directe verticale (Fig. 4) donne de bons résultats cosmétiques chez les personnes âgées malgré des cicatrices qui peuvent être relativement étendues et peu en rapport avec les lignes de Langer [10]. Les sutures sont évidemment bords à bords en alignant parfaitement les sourcils sans aucun décalage. La longueur du sourcil est un peu réduite mais cela reste acceptable suivant la localisation du défaut, la taille du sourcil controlatéral. On peut également tronquer le fuseau en plaçant des triangles de Burrow à côté de la perte de substance qui est ramenée à un rectangle (Fig. 5). L'orientation oblique des follicules pileux impose des incisions obliques dans le plan sous-cutané (Fig. 6) ;
- la plastie en T [11], la perte de substance est ramenée à un triangle (Fig. 7). On incise de chaque côté de la base du

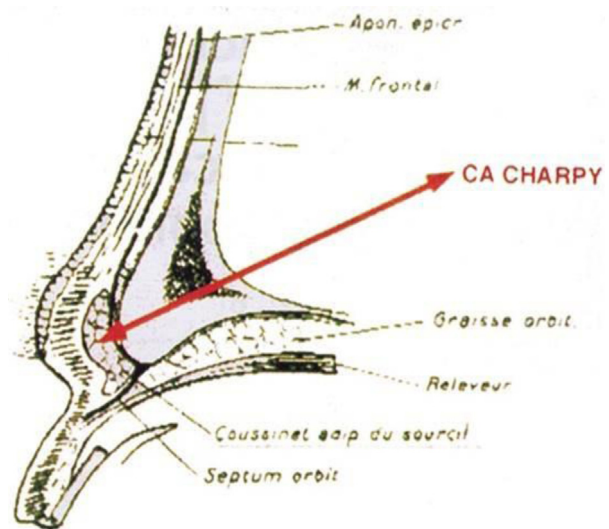


Figure 3 Coussinet adipeux de Charpy.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184738>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184738>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)