



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Reconstruction de pleine épaisseur de la pyramide nasale



Full thickness reconstruction of the nasal pyramid

V. Darsonval^{a,*}, D. Arnaud^a, J.-B. Duron^b, J. Bardot^c,
P. Rousseau^a

^a Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

^b Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75475 Paris, France

^c Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital de la Conception, 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

MOTS CLÉS

Nez ;
Reconstruction ;
Anatomie ;
Lambeau ;
Greffe ;
Esthétique ;
Rhinopoièse ;
Rhinoplastie

KEYWORDS

Nose;
Reconstruction;
Anatomy;
Flap;
Graft;
Aesthetic;
Rhinopoesis;
Rhinoplasty

Résumé Les lésions nasales, le plus souvent d'origine carcinomateuse, nécessitent un contrôle histologique de l'exérèse obligeant parfois à différer la reconstruction source de mutilations nasales défigurantes. Les interventions de chirurgie reconstructrice ont fait des progrès constants et la notion de reconstruction en trois plans préconisée par Tiersch a été améliorée de façon majeure par Millard, Burget et Menick, qui ont ajouté une dimension esthétique indispensable. Nous présentons notre expérience dans ce domaine en sélectionnant les procédés qui nous semblent les plus adaptés et en décrivant les points clés du processus opératoire, gage du succès thérapeutique et esthétique.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary Nasal lesions, which are often carcinomas, require a histological control of the excision sometimes forcing to postpone the reconstruction source of nasal mutilation disfiguring. Reconstructive procedures have made steady progress and the notion of reconstruction in three planes advocated by Tiersch has been improved in a major way by Millard, Burget and Menick, who added an essential aesthetic dimension. We present our experience in this field by selecting procedures that seem most appropriate and describing the key points of the operating process, which remain the guarantee of both therapeutic and aesthetic success.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ViDarsonval@chu-angers.fr (V. Darsonval).

Reconstruction nasale

La reconstruction nasale a bénéficié de progrès constants. C'est une chirurgie très ancienne, décrite pour la première fois en Inde 600 ans avant J.-C., puis en Italie à la Renaissance par Tagliacozzi. Petiali et Dieffenbach la perfectionnent au XIX^e siècle. La région frontale est déjà utilisée comme zone donneuse en réparation nasale.

Mais les résultats ont fait d'énormes progrès et sont devenus fiables grâce à la notion de reconstruction en trois plans avec réparation obligatoire du plan profond [1], permettant d'éviter le contact septique des fosses nasales avec les greffons de soutien mis en place. Il faut bien évidemment citer ici Gillies, Millard [2–5], Burget et Menick [6,7] qui ont utilisé les reliquats muqueux ou chondro-muqueux pour fermer les fosses nasales et séparer celles-ci du plan cartilagineux reconstruisant l'architecture du nez. Aux trois dimensions de cette reconstruction dans l'espace, il faut ajouter une quatrième dimension « esthétique ».

Nous envisagerons donc de façon classique la reconstruction en trois plans en décrivant les méthodes qui nous paraissent les plus adaptées et, simplifiant les indications, nous décrivons les éléments permettant de corriger les défauts ou insuffisances des méthodes habituelles. En préambule, il faut souligner ici qu'il s'agit de lésions fréquemment carcinomateuses dont il est impératif de s'assurer de l'exérèse totale. Quelle que soit la technique d'analyse histologique (classique, Mohs, Slow-Mohs), il est toujours préférable de réaliser une reconstruction en deux temps sur cette région à très haut risque de récurrence.

Le délai entre les temps d'exérèse et de reconstruction sera choisi en tenant compte du risque potentiel de la lésion analysée. Lorsqu'il s'agit par exemple d'un carcinome épidermoïde mal différencié ayant envahi le plan muqueux, il nous paraît préférable de différer la reconstruction d'un an afin de ne pas masquer par une reconstruction trop précoce une récurrence endonasale, qui serait alors découverte très tardivement, avec un pronostic désastreux.

Avant de décrire les méthodes de reconstructions qui nous paraissent les plus adaptées pour obtenir une reconstruction « esthétique », il faut souligner l'importance des unités esthétiques décrites par Gonzales-Ulloa [8] puis Burget [7] (Fig. 1 et 2). L'étude des reliefs et des points lumineux du nez permet d'individualiser six unités : le dorsum, la pointe, les parois latérales, les ailes narinaires, les triangles mous (*soft triangle* des Anglo-Saxons) et la columelle. Les incisions doivent siéger à la jonction de ces unités et si possible dans les sillons naturels.

Nous étudierons les reconstructions de pleine épaisseur :

- de l'aile narinaire ;
- de la pointe du nez ;
- de la région latéronasale ;
- les rhinopoièses totales.

Reconstruction de l'aile narinaire

Nous utilisons essentiellement trois méthodes :

- les greffes composées ;
- le lambeau de Pers ;



Figure 1 Unités esthétiques nasales (selon Burget) vue de face.

- le lambeau de Schmid-Meyer, dont les indications sont différentes.

Les greffes composées et le lambeau de Schmid-Meyer sont utilisés chez l'enfant. Le lambeau de Pers est plutôt réservé aux patients âgés.

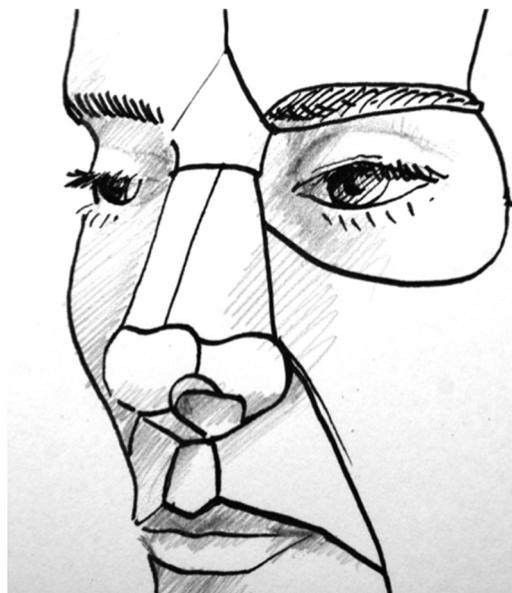


Figure 2 Unités esthétiques nasales (selon Burget) vue de trois-quarts.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184742>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184742>

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