

Les tumeurs jugales de l'exérèse à la reconstruction : *Etude de cas*

R. El Azzouzi*^a (Dr), AF. Habimana*^a (Dr), M. Boulaadas^a (Pr)

^a *Hôpital des spécialités Rabat Centre hospitalier universitaire ibn sina Rabat, MAROC*

dcrajaaz@gmail.com

Introduction :

La prise en charge des tumeurs jugales constitue un véritable challenge pour le chirurgien Maxillo-facial aussi bien dans le contrôle des marges d'exérèse et dans le choix de modalités de reconstruction vu l'intégrité esthétique de cette région qui constitue en elle-même une fonction.

Le but de Notre travail est de présenter différentes techniques de reconstruction de la joue en insistant plus particulièrement sur les plans superficiels tout en se basant sur le contexte clinique, la localisation et les dimensions de la lésion afin de choisir le meilleur procédé pouvant garantir le meilleur résultat fonctionnel et esthétique avec le moins de séquelles possibles.

Matériel et méthode :

Notre étude est une étude rétrospective concernant 14 cas de tumeurs jugales (13 cas à la face externe de la joue) colligés dans le service de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie à l'hôpital des spécialités de Rabat, entre Janvier 2019 et Juillet 2021.

L'analyse des données a noté un âge moyen de 56 ans sans prédominance du sexe. Le délai de la consultation était d'1 an. Tous les patients ont consulté pour des signes d'infiltration locale : Ulcération des lésions tumorales douleur et/ou saignement. Le traitement a consisté en une exérèse complète de la tumeur avec différents types de reconstruction réalisées en même temps opératoire, comprenant : Une simple exérèse-suture (3 cas), des greffes de peau totale (3 cas), des lambeaux locaux ; Lambeau de Mustardé (2 cas), lambeau bilobé (2 cas), lambeau frontal (1 cas), lambeau en cerf volant (1cas), lambeau en H (1 cas) et un lambeau libre antébrachial (1 cas). Les résultats fonctionnels et esthétiques ont été jugés satisfaisants par les patients et les chirurgiens.

L'histologie a permis de confirmer le diagnostic dominé par le carcinome basocellulaire (7 cas) carcinome épidermoïde (3 cas) kératoacanthome (2 cas) Trichoblastome (1 cas) kyste d'inclusion épidermique (1 cas). L'évolution était en général favorable, avec un taux de récurrence d'environ 14%.



Figure 1: Exérèse d'un kératoacanthome jugale
← droit et reconstruction par une simple suture



Figure 2: Exérèse d'un trichoblastome jugale droit
et reconstruction par une greffe de peau épaisse



Figure 3: Rreconstruction d'une pds palpébro-
←-jugale gauche par un lambeau de Mustardé



Figure 4: Rreconstruction d'une pds palpébro-jugale
gauche par un lambeau frontal →



Figure 5: Rreconstruction d'une pds jugale droite
← par un lambeau de Cerf-volant

Discussion :

La joue peut être divisée en six sous-unités : sous-orbitaire, pré-auriculaire (ou jugale externe), malaire, centro-jugale, jugale interne et jugale basse. Chaque sous-unité présente des caractéristiques propres influençant le choix du procédé de reconstruction. Les principes généraux de la reconstruction jugale respectent ceux de la reconstruction de la face avec quelques particularités :

-Il faut tout d'abord tenir compte des caractéristiques générales et locales propres à chaque patient en l'examinant soigneusement, en évaluant son épaisseur cutanée, sa laxité cutanée, la profondeur de la lésion, la vascularisation des berges, la tonicité palpébrale inférieure, l'histologie de la lésion et de la pièce d'exérèse, l'existence de plis, de cicatrices, d'un œdème palpébral, d'une ancienne irradiation locale, d'une paralysie faciale, d'une lésion du canal de Sténon, . . . [1].

-La joue est spontanément moins perceptible que les régions centro-faciales. Une légère asymétrie jugale entre les deux hémifaces est acceptable.

-La reconstruction de la joue doit tout particulièrement tenir compte des organes périphériques pour éviter leur déformation pouvant entraîner une altération esthétique, voire fonctionnelle inacceptable. Les régions péri-orificielles sont particulièrement sensibles (lèvres, ailes nasales, paupières), ainsi que les sillons centro-faciaux (nasogénien, alogénien, labiogénien, pli labiomandibulaire) ;

-La joue possède peu de zones d'ombre permettant de dissimuler les cicatrices. Le maximum d'effort doit donc être fait pour minimiser leur dimension et les camoufler. Elles doivent au maximum être placées en périphérie de l'unité jugale.

-Le principe de Gillies : replace like tissue with like tissue est à respecter autant que possible.

En tenant compte de ces particularités, les indications seront différentes selon les régions de la joue. Ainsi différents procédés sont utilisés :

_ l'exérèse-suture : Elle permet de profiter de la laxité cutanée jugale et de refermer des pertes de substances pouvant atteindre 2 cm selon la laxité de chaque personne, sans provoquer de déformation des zones adjacentes, en particulier péri-orificielles. L'axe du fuseau doit être orienté dans l'axe des lignes de faible tension cutanée, sans traction, parfois un décollement abondant s'avère utile.

_ la cicatrisation « dirigée » : La cicatrice se rétracte permettant de diminuer la surface, mais elle reste souvent disgracieuse, avec un risque de déformer les régions péri-orificielles situées à proximité. Ce procédé est donc à réserver aux personnes âgées en mauvais état général et pour des pertes de substances situées à distance des zones péri-orificielles [2].

_ la greffe cutanée : On privilégie les greffes de peau totale prélevées à proximité (zones rétro-auriculaire, pré-auriculaire, sus-claviculaire). Ce procédé est surtout réservé pour la couverture d'une zone à haut risque de récurrence carcinologique et/ou chez une personne en mauvais état général. Pour la couverture en unité esthétique en particulier pour des séquelles cicatricielles de brûlures pour lesquelles un lambeau local n'est pas réalisable ou pour une couverture temporaire en attente d'un autre procédé mieux adapté.

_ les lambeaux locaux, régionaux, à distance, libres et préfabriqués :

* Les lambeaux locaux s'appliquent aux PDS dépassant 2 cm de diamètre, ou pour lesquelles une exérèse fusiforme risquerait de déformer les zones adjacentes ou par manque de laxité cutanée. Leur avantage principal est d'apporter de la peau voisine ayant une couleur et une texture idéale. On distingue les lambeaux de transposition (Lambeau bilobé, lambeau rhomboïde..) les lambeaux de rotation jugaux purs (Lambeau de Mustardé..), les lambeaux d'avancement, les lambeaux perforants issus de l'artère faciale [3].

* Les lambeaux régionaux : Permettent d'utiliser la laxité cutanée régionale pour apporter une peau de couleur et de texture avoisinante à celle de la PDS. Des lésions dépassant largement 2,5 cm peuvent ainsi être recouvertes. Ex : Les lambeau d'avancement-rotation cervico-faciaux et facio-cervico-pectoraux à base postérieure (Lambeau sous mental, lambeau frontal..) [4].

* Les lambeaux à distance : Souvent épais et constitués d'une peau de couleur et de texture différentes de la peau jugale, ils sont plus rarement utilisés et réservés aux pertes de substances importantes et/ou si les autres procédés ne peuvent être réalisés. Leurs indications diminuent avec l'emploi des lambeaux libres (mais ils sont souvent techniquement plus simples et plus rapides dans le cadre de patients fragiles et multi-opérés) ex : Lambeau grand pectoral, lambeau grand dorsal..

* Les lambeaux libres : Ils sont essentiellement indiqués pour des larges pertes de substances pluritissulaires, transfixiantes, intra-orales ou des petites pertes de substances sans qu'un lambeau local ne puisse être réalisé (radiothérapie, défaut de vascularisation, multiples cicatrices) ex : Lambeau antébrachial de l'artère radiale..

_ Les procédés d'expansion : Permettent d'augmenter la surface de la peau jugale résiduelle ou des sites donneurs de lambeaux ou de greffes cutanées. Il est utilisable en dehors d'un contexte d'urgence et est plutôt réservé aux couvertures de lésions bénignes ou aux traitements de séquelles (cicatrices, palette cutanée apportée inappropriée)

Conclusion :

Les tumeurs jugales constituent un véritable problème de prise en charge imposant une stratégie établie et réfléchie au cas par cas, pouvant garantir le meilleur résultat fonctionnel et esthétique avec le moins de séquelles possible

Références :

1. Mehara KJ. Reconstruction of the cheek. 6th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams Wilkins; 2006.
2. Cordoro KM, Russell MA. Minimally invasive options for cutaneous defects: secondary intention healing, partial closure, and skin grafts. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2005;13:215–30 [v].
3. Chandawarkar RY, Cervino AL. Subunits of the cheek: an algorithm for the reconstruction of partial-thickness defects. *Br J Plast Surg* 2003;56:135–9.
4. Stark RB, Kaplan JM. Rotation flaps, neck to cheek. *Plast Reconstr Surg* 1972;50:230–3.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt