

# Rhinopoièse partielle post-traumatique chez un adulte jeune

## Post-traumatic partial rhinopoesis in a young adult

K.J.D. Amegble <sup>1\*</sup>, E. Amana <sup>2</sup>, K.W. Diabo <sup>3</sup>, R.A. Gayito Adagba <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Chirurgie plastique, Clinique internationale les Elfes, Togo

<sup>2</sup> Service d'ORL, CHU Sylvanus olympio, Togo

<sup>3</sup> Chirurgie orthopédique, Clinique internationale les Elfes, Togo

<sup>4</sup> Chirurgie générale, Hôpital de Tanguieta, Benin

Reçu: 27 Février 2022, Accepté: 18 Janvier 2023

---

### RESUMÉ

**Objectif:** Rappeler à travers notre observation clinique les défis que représentent les reconstructions des pertes de substance transfixiantes du nez.

**Observation clinique:** Il s'agit d'un jeune homme de 34 ans admis pour perte de substance de pleine épaisseur de l'aile droite du nez par morsure humaine. Il a bénéficié en urgence d'une reconstruction par lambeau naso-génien à pédicule proximal armé d'un greffon cartilagineux de conque. Les suites opératoires étaient simples et le malade globalement satisfait du résultat.

**Conclusion:** La reconstruction des pertes de substance du nez est un des grands défis auquel est confronté le chirurgien plasticien qui doit rétablir autant que possible l'équilibre et l'harmonie faciale, élément important de la représentation de soi.

**Mots-clés:** Rhinopoièse, Lambeau Naso-Génien, Perte de substance, Nez, Greffe cartilagineuse

---

### ABSTRACT

**Objective:** To recall, through our clinical observation, the challenges presented by reconstructions of full-thickness defects of the nose.

**Clinical observation:** A 34-year-old young man has been admitted for a full thickness defect of nose's alar following a human bite. He underwent emergency reconstruction using a proximal pedicle nasolabial flap and cartilaginous graft. The postoperative course was simple and the patient was generally satisfied with the result.

**Conclusion:** The reconstruction of the defects of the nose is one of the great challenges facing the plastic surgeon who must restore as much as possible balance and facial harmony, an important element of self-representation.

**Keywords:** Rhinopoesis, Nasolabial Flap, Nose, Defect, Cartilaginous graft

---

### INTRODUCTION

Les pertes de substance transfixiantes du nez posent le problème d'une réparation complexe dont l'objectif est de restituer les différents plans pour un meilleur résultat fonctionnel et esthétique du nez, organe central et esthétique du visage [1]. Le contexte traumatique, retrouvé plus souvent chez le sujet jeune, pose surtout le problème de l'impréparation du malade à cette défiguration et donc de l'espérance d'un résultat plus proche possible de l'état antérieur. L'objectif de la prise en charge est de rétablir la structure anatomique tridimensionnelle et fonctionnelle des unités esthétiques du nez en utilisant des tissus ayant une forme, une couleur et une texture similaires [2].

Voilà les défis auxquels nous avons été confrontés dans

la prise en charge en urgence d'une perte de substance traumatique de pleine épaisseur du nez chez un jeune homme de 34 ans. Dans ce contexte traumatique et de contrainte de retour imminent dans son pays d'origine, quelle était l'indication la plus adaptée de couverture, qui permettrait une restauration acceptable sur le plan anatomique, fonctionnel et esthétique ?

---

### OBSERVATION

Nous présentons le cas d'un patient de 34 ans, reçu en urgence pour un traumatisme ouvert du nez survenu au décours de coups et blessures volontaires (morsure humaine au cours d'une bagarre). Il avait consulté dans un centre de santé avant d'être référé vers notre centre environ 12H après l'accident.



L'examen clinique à l'entrée avait retrouvé une perte de substance transfixiante de l'aile droite du nez sans atteinte du pied de l'aile, étendu à l'unité latérale du nez, à bords contus, d'environ 2 x 3cm. (figure 1). On avait retrouvé par ailleurs, des dermabrasions sur le dorsum nasal.



**Figure 1 :** Perte de substance de l'aile droite étendue à la face latérale du nez

L'indication d'une reconstruction du nez en urgence a été posée. Après un traitement préventif antitétanique et une mise en condition, il a été admis au bloc. Sous anesthésie générale, nous avons effectué un parage économique des lésions. Nous avons ensuite prélevé un cartilage de conque rectangulaire de 2,5x0,5cm par abord antérieur de l'oreille homolatérale. Ce greffon fut fixé en pont aux cartilages alaires résiduels par du PDS 4/0. Nous avons procédé ensuite à la levée d'un lambeau naso-génien à pédicule supérieur sur l'artère angulaire et dont le 1/3 distal est dégraissé avant d'être replié pour reconstruire la face muqueuse (Figure 2).



**Figure 2 :** mise en place de l'armature cartilagineuse, levée du lambeau dégraissé en distalité

Le lambeau a été fixé au fil résorbable à la muqueuse nasale et au fil non résorbable sur sa portion cutanée. La zone donneuse a été fermée en deux plans au monocryl 5/0 sur des crins de florence (Figure 3).



**Figure 3 :** Mise en place du lambeau et fermeture de la zone donneuse

Un méchage gras a été posé dans la narine droite pour 48h. En post-opératoire, une antibiothérapie a été prescrite pour 10 jours.

Les suites post-opératoires ont été simples sans aucune complication. Le résultat post-opératoire à 3 mois était satisfaisant avec une bonne cicatrisation de la zone donneuse, légèrement élargie et une bonne intégration du lambeau à la pyramide nasale (Figure 4). On retrouvait cependant un léger décalage entre le lambeau et l'aile nasale native.



**Figure 4 :** Résultat post-opératoire à 3 mois: Bonne intégration du lambeau, bonne cicatrisation de la zone donneuse.

A 1 an post-opératoire, nous prévoyons effectuer un dégraissage du lambeau, et une reprise et lipofilling de la cicatrice du sillon nasogénien.



## DISCUSSION:

Les pertes de substances de la pyramide nasale surviennent le plus souvent à la suite d'exérèses de carcinomes cutanés chez les sujets de phototype blanc ou clair [2]. Ce contexte implique une préparation du malade à l'exérèse et à la reconstruction.

Le contexte traumatique est rare et survient le plus souvent chez des patients jeunes, ce qui pose le problème de l'impréparation à cette défiguration et l'exigence d'une reconstruction prenant en compte l'aspect esthétique. La reconstruction du nez se conçoit ainsi par unités esthétiques [3] et en choisissant des tissus ayant une texture et une couleur proche du nez, afin de maximiser la qualité du résultat. Dans notre contexte, deux sous-unités esthétiques étaient atteintes: l'alaire et la face latérale

Les options de couverture des pertes de substance de pleine épaisseur de l'aile narinaire varient entre plusieurs variantes du lambeau naso-génien décrites, le lambeau frontal ou encore des lambeaux mucocartilagineux ou greffes composites chondro-cutanées associés aux lambeaux locorégionaux. Cette reconstruction peut se faire en un temps ou en plusieurs temps.

Parmi les lambeaux permettant une reconstruction en un temps, plusieurs variantes du lambeau nasogénien ont été décrites dont le lambeau de Spear [4] qui est bien adapté aux pertes de substance de pleine épaisseur de l'alaire proches du sillon alo-génien; le lambeau en requin pédiculé en îlot [5] qui permet de combler les pertes de substance combinées alaire-périalaire avec un rebord alaire intact et le lambeau nasogénien tunnélisé [6] pour les pertes de substance de l'alaire sans extension à d'autres unités esthétiques. Unlü et al [7] ont appliqué le lambeau naso-labial sur la face externe d'un lambeau de retournement mucocartilagineux prélevé sur le septum nasal, pour réduire l'aspect volumineux de l'alaire lié au repliement du lambeau nasogénien et fournir un soutien cartilagineux. Cependant, cela peut augmenter la morbidité du site donneur en raison de la perte du support cartilagineux avec des difficultés de fermeture de la zone donneuse dans la reconstruction des grandes pertes de substance.

Le lambeau frontal ayant une couleur et une texture similaires à celle du nez, est souvent utilisé dans la

reconstruction des pertes de substances complexes du nez [8]. Son principal inconvénient est qu'il nécessite une chirurgie en plusieurs temps et les séquelles esthétiques de la zone donneuse sont plus visible. Elle aurait pu être une alternative intéressante au lambeau nasogénien dans notre cas.

Le lambeau replié de Préaux, sur lequel notre choix s'est porté, présente de nombreux avantages [9]. D'abord, il permet de reconstruire en un seul temps la muqueuse nasale interne, le support cartilagineux et la couverture cutanée externe. Ensuite, le lambeau est basé sur un riche apport vasculaire provenant de l'artère angulaire, ce qui rend infime la possibilité de nécrose du lambeau. Et enfin, la fermeture primaire du site donneur donne une cicatrice acceptable qui se place dans le pli nasogénien naturel. Ses principaux défauts peuvent être regroupés comme suit: sur le plan fonctionnel, on peut reprocher à ce lambeau l'épaisseur de la narine reconstruite mais jamais au point d'entraîner une gêne respiratoire [10]. Sur le plan esthétique, on peut lui reprocher la visibilité des cicatrices latéro-nasales. Son utilisation est aussi limitée par la taille de la perte de substance de l'aile, ce qui la rendait limite dans notre cas.

Habituellement, le lambeau de Préaux ne nécessite pas de support cartilagineux [10]. Cependant, nous avons opté pour un greffon de conque comme armature cartilagineuse dans le même temps opératoire pour prévenir les phénomènes de contracture alaire à long terme.

## CONCLUSION

Le lambeau naso-génien replié décrit initialement par Kilner en 1937 et popularisé par Préaux et Texier en 1994 représente un choix intéressant pour la reconstruction de l'aile du nez par sa simplicité, sa fiabilité, sa réalisation en un seul temps opératoire et reste séduisant par ses suites simples.

### Considérations éthiques:

**Déclaration d'intérêts:** Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article. Le consentement du patient a été pris.

**Déclaration de financement:** Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.

**REFERENCES:**

1. Owusu J, Nesbitt B, Boahene K. Management of Complicated Nasal Defects, *Facial Plast Surg* 2020;36:158–65
2. Caferi TS, Burhan O. Reconstruction of the Full-Thickness Nasal Alar; Defects With Nonfolded Nasolabial Flaps. *J Craniofac Surg* 2012 23(6): 1624-6
3. Singh DJ, Bartlett SP. Aesthetic considerations in nasal reconstruction and the role of modified nasal subunits. *Plast Reconstr Surg* 2003;111:639-48
4. Humphreys TR, Goldberg LH, Wiemer DR. Repair of defects of the nasal ala. *Dermatol Surg*. 1997; 23:335–49
5. Cvancara JL, Wentzell JM. Shark island pedicle flap for repair of combined nasal ala-perialar defects. *Dermatol Surg* 2006; 32:726–9
6. Krishnan RS, Clark DP, Donnelly HB. Tunneled transposition flap for reconstruction of defects of the nasal ala. *Dermatol Surg* 2007; 33:1496–1501
7. Unlu RE, Orbay H, Yilmaz AD, et al. A new approach to alar rim defects: mucocartilaginous turnover flap. *J Craniofac Surg* 2007;18:661-4
8. Belmar P, de Eusebio E, Sa'nchez C, et al. Paramedian forehead flap for the reconstruction of extensive nasal defects. *Actas Dermosifiliogr* 2011;102:187-92
9. Cook JL. Reconstruction of a full-thickness alar wound with a single operative procedure. *Dermatol Surg*. 2003; 29:956–62.
10. Préaux J, Texier M. Le lambeau nasogénien dans la réparation des pertes de substances transfixiantes partielles de l'aile du nez. *Ann Chir Plast Esthet* 1994;38:261–72