

CHIRURGIE DU POURTOUR PERIBUCCAL

Dr. Jack Smadja
Hôpital Saint-Louis
Service du Professeur Dubertret

Les techniques d'exérèse et de reconstruction des pertes de substances de la région buccale et péribuccale sont essentiellement guidées par les particularités anatomiques de cette région. La bouche est un organe d'une grande importance fonctionnelle et esthétique qui sert aussi bien à la parole, à la mastication mais aussi à certaines fonctions de la mimique, de l'expression et de la vie sociale. Il est donc important tant pour le praticien que pour le patient que les techniques opératoires utilisées associent un bon résultat esthétique à la préservation du mode fonctionnel de cet organe.

Particularités Anatomiques et principes chirurgicaux à respecter

Les différentes particularités anatomiques des lèvres et de la région péribuccale sont impérativement à prendre en compte dans le choix du mode d'exérèse, pour l'orientation de la perte de substance, pour le mode de reconstruction et également pour le choix des fils de sutures. Cette région est constituée des deux lèvres supérieure et inférieure qui circonscrivent l'orifice buccal. Chaque lèvre comprend une partie blanche musculo-cutanée et une partie rouge musculaire (orbiculaire des lèvres), glandulaire et muqueuse.

- On respectera l'intégrité des unités et sous unités esthétiques.
 - Le philtrum est région médiane de la lèvre supérieure, sa reconstruction doit le plus souvent se faire sur la totalité de sa surface afin de respecter cette sous unité anatomique. Elle se fait généralement par une greffe de peau totale.
 - La ligne cutanéomuqueuse limite la lèvre blanche de la lèvre rouge, sa continuité doit impérativement être préservée lors de toute suture. Cette limite devenant très peu visible après l'infiltration anesthésique, il faudra absolument la marquer soit par un sur-lignage au feutre dermographique soit par deux petites incisions ou par la pose d'un fil de suture non serré.
- Les commissures ou modolius représentent les parties de jonction des deux lèvres supérieure et inférieure où s'intriquent les fibres du muscle orbiculaire.
- La muqueuse fine et fragile nécessite une suture atraumatique faite le plus souvent au fil résorbable, sans serrer les points.
- Lors de la reconstruction, la continuité musculaire orbiculaire doit être rétablie par une bonne suture du plan musculaire, afin de pérenniser sa fonction contractile.
- Lors de la réalisation des lambeaux il faudra réparer par des tissus équivalents en particulier en présence de poils de moustache et de barbe chez les hommes, d'où le peu d'intérêt de certains lambeaux de transposition.
- La vascularisation se fait par deux artères coronaires supérieure et inférieure qui naissent de l'artère faciale au niveau des commissures. Elles sont situées sous la muqueuse près du versant interne dans les fibres musculaires de l'orbiculaire. Les saignements en jets per opératoires sont facilement stoppés par électrocoagulation voire par ligature de ces artères, sans risque de souffrance tissulaire.

- L'innervation est assurée par les rameaux de la branche buccale du nerf facial, ramifiés et richement anastomosés, il y a peu de risque de séquelle en cas de section de ceux ci.

L'anesthésie

- Elle est le plus souvent locorégionale par infiltration tronculaire des nerfs sous orbitaires et mentonniers, afin de ne pas déformer les tissus.
- Elle est aussi locale par infiltration de xylocaïne adrénalinée à 1 % tamponnée pour les plus petites lésions, ce qui a pour inconvénients de déformer les muqueuses et également d'effacer la ligne cutanéomuqueuse.
- Les éventuelles prothèses dentaires seront retirées avant l'intervention et remisent après 48 heures.

Les soins post-opératoires

- Les soins post-opératoires seront simples, limités à l'application d'une solution antiseptique sur les parties cutanées et à de la vaseline stérile sur les muqueuses. On pourra y associer des bains de bouche antiseptiques trois fois par jour. L'alimentation sera liquide ou semi liquide pendant les premières 48 heures puis mixée en fonction de la reconstruction.

Les indications opératoires

Elles peuvent être classifiées en fonction de la topographie lésionnelle. On distinguera les lésions situées sur la lèvre rouge de celles situées sur la lèvre blanche, mais également en fonction de la taille de la perte de substance occasionnée et de l'aspect superficiel ou profond de la lésion.

Lésions de la lèvre rouge superficielles isolées

Muqueuse sèche et humide

Pour les petites lésions, inférieures à 5mm (naevus, angiome, petites kératoses ou lésions épithéliomateuses) le fuseau vertical est parfaitement indiqué en respectant les proportions classiques de trois sur un, à condition que l'extrémité du fuseau n'atteigne pas la ligne cutanéomuqueuse sinon il y a un risque de déformation de cette ligne. Dans ces conditions il sera préférable de réaliser une exérèse transfixiante. Le fuseau horizontal est lui aussi possible à réaliser s'il se situe sur la partie la plus interne de la lèvre afin de ne pas risquer l'attraction de la jonction cutanéomuqueuse.

Vermillonectomie : (photo A : 1,2,3,4)

Pour les lésions superficielles plus étendues sur la lèvre inférieure essentiellement, comme les leucokératoses, on aura recours à une plastie d'avancement de la muqueuse : la vermillonectomie. Après exérèse du vermillon, partie sèche de la lèvre rouge inférieure sur toute son étendue jusqu'aux commissures labiales, la muqueuse de la face interne de la lèvre inférieure sera décollée au ras du muscle, afin de respecter les glandes salivaires annexes, jusqu'au sillon gingival inférieur. Puis le lambeau

muqueux sera soulevé, avancé et suturé au bord cutané antérieur de la lèvre inférieure par un surjet simple au fil non résorbable Ethylon* 4/0 ou résorbable Vicryl* rapide 4/0. Dans le cas le plus fréquent d'exérèse de lésions carcinomateuses épithéliales il sera indispensable d'y associer un bilan O.R.L et pulmonaire, ainsi qu'un arrêt de la consommation tabagique.

Lésions superficielles isolées de la lèvre blanche

- Pour les lésions inférieures à < 5mm : (photo B : 1,2) (photo C : 1,2,3)
Il est tout à fait possible d'utiliser la méthode par shaving ou arasion tangentielle pour certaines tumeurs bénignes comme les pendulums, ou les naevus dermiques bénins. Le résultat esthétique est excellent, donnant des cicatrices le plus souvent imperceptibles (photo D3, D4).
Le fuseau vertical est lui, parfaitement adapté à l'exérèse des petites lésions, il pourra être modifié par un fuseau en M ou VY si l'une des extrémités du fuseau atteint la ligne cutané muqueuse. Il ne sera pas fait de décollement car le plan cutané est solidement attaché au plan musculaire sous jacent. La suture sera faite en deux plans par un fil hypodermo-dermique résorbable Monocryl* ou Vicryl* 4 ou 5/0, suivi d'une suture superficielle au fil Ethilon* 5/0 ou tout simplement de la pose de Stéri-Strips* sur la cicatrice qui sera placée en respect des lignes de tension cutanée. Il est important de remarquer que le fuseau vertical provoque un allongement de la hauteur de la lèvre pouvant, dans certains cas, quand la largeur du fuseau est importante, donner une déformation de la jonction cutané muqueuse. Il sera alors préférable de procéder à l'extension du fuseau jusqu'à la muqueuse ou à une exérèse transfixiante.
- Pour les lésions de 5 mm à 2 centimètres
L'exérèse transfixiante donne le résultat cicatriciel le plus esthétique. Après avoir affronté la ligne cutané muqueuse, la suture se fera en trois plans, musculaire au fil résorbable, dermo hypodermique au fil résorbable et enfin cutané au fil non résorbable ou rapproché par des Stéri-Strip*.
- Pour les lésions supérieures à 2 centimètres
L'exérèse est, ou non, transfixiante. La reconstruction de la perte de substance se fera le plus souvent par des lambeaux locaux de voisinages : lambeau en îlot ou mieux lambeau d'avancement de type Webster, de rotation ou de transposition de type LLL, en sachant que le lambeau d'avancement rotation dit de « Bailly » donne dans les reconstructions des pertes de substances latéro et sous-alaires les meilleures reconstructions avec les séquelles cicatricielles les plus discrètes (photo D1 et D2, D3, D4). On s'attachera à respecter les sous unités anatomiques et esthétiques.

Lésions profondes de la lèvre blanche

- Lorsque la perte de substance atteint moins du 1/3 de la longueur de la lèvre, il est alors possible de réaliser une exérèse transfixiante et une réparation par un fuseau vertical. Le raccourcissement de la longueur totale de la lèvre est tout à fait acceptable du point de vue fonctionnel et esthétique. Il faudra s'appliquer à

repérer les lignes d'incisions cutanées et la ligne cutanéomuqueuse. La suture se fera classiquement en trois plans.

- Lorsque la perte de substance atteint plus du 1/3 de la longueur totale de la lèvre, les procédés de reconstruction deviennent plus complexes et font toujours appel à des plasties : lambeau de Webster, lambeau d'Abbé-Estlander, plastie en marches d'escalier (photo E 1,2,3,4) ...

Conclusion

La chirurgie du pourtour péribuccal est particulièrement riche en techniques opératoires, elle donne le plus souvent de bons résultats esthétique et fonctionnel.

On s'attachera à respecter l'intégrité des unités anatomiques et esthétiques ainsi que les différentes structures anatomiques des lèvres et du pourtour péribuccal qui devront être suturées plan par plan lors de toute reconstruction.

Les particularités anatomiques et les techniques de réparation des lèvres et du pourtour péribuccal sont une part importante de l'arsenal des techniques de réparation en dermatologie chirurgicale, il est essentiel de les connaître afin d'apporter la plus grande satisfaction aux patients, mais aussi afin d'éviter les complications ou les problèmes cicatriciels qui peuvent amener à un mauvais résultat esthétique ainsi qu'à des troubles fonctionnels importants.