

Lambeau naso-génien pour la reconstruction bucco-pharyngée

Harry Wright, Scott Stephan, James Netterville

Le lambeau naso-génien est un lambeau musculo-cutané pédiculé sur l'artère faciale. Il est fiable, très plastique et parfaitement adapté à la reconstruction en un temps des pertes de substance bucco-pharyngées ou facio-cutanées (*Figure 1*). Ce chapitre traite principalement de son intérêt dans la prise en charge des pertes de substance muqueuse.

Le lambeau se dessine depuis le canthus jusqu'à la partie basse du sillon naso-génien. Il s'agit d'une région relativement glabre, sauf dans sa partie jugale chez l'homme, ce qui est très adapté à sa mise en place en bouche. Le prélèvement intéresse la peau, les tissus sous-cutanés et la musculature adjacente.

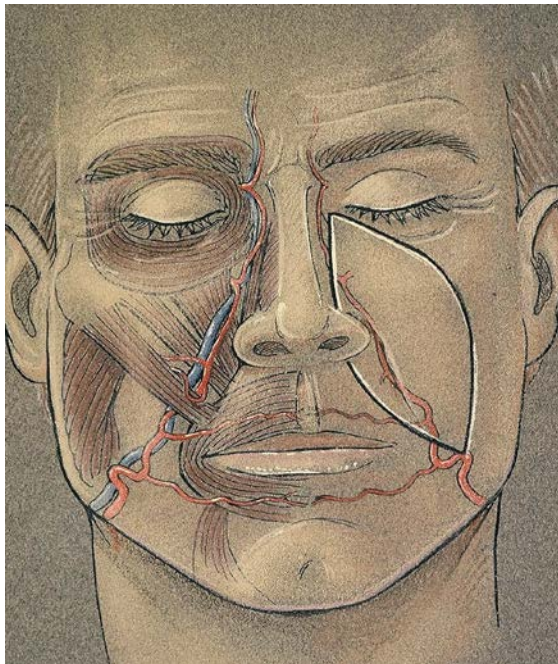


Figure 1 : Rapports du lambeau avec l'artère faciale

Anatomie chirurgicale

Support vasculaire

Le plexus vasculaire sous-cutané du lambeau est dépendant des branches du

pédicule facial. Le pédicule et sa distribution rendent le lambeau très fiable, tout en autorisant une rotation et un modelage important. L'artère faciale possède 4 branches principales se distribuant dans la région au niveau du visage : les artères labiales inférieure et supérieure, l'artère alaire et l'artère latéro-nasale. Sa terminaison se fait au niveau de l'artère canthale interne. Dans la majorité des dissections, l'artère faciale présente un trajet supéro-médian comme montré dans les *Figures 1 & 2*, moins souvent latéral comme dans la *Figure 3* (données non publiées). L'artère chemine dans le tissu fibreux profond depuis la commissure labiale vers le long du bord supéro-latéral de la lèvre supérieure puis la région alaire. Elle suit ensuite le sillon naso-génien vers le canthus interne. Les perforantes sont principalement concentrées au niveau des deux-tiers inférieur du sillon naso-génien.

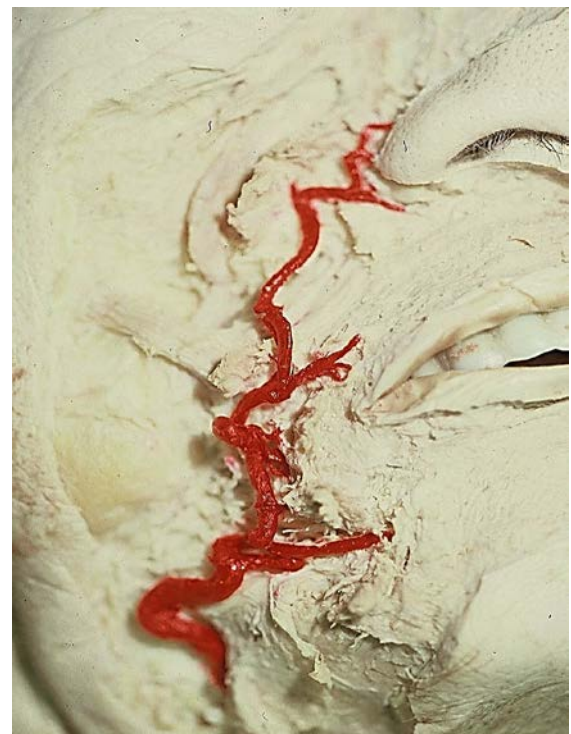


Figure 2 : Dissection anatomique montrant l'artère faciale et sa distribution anatomique la plus fréquente.

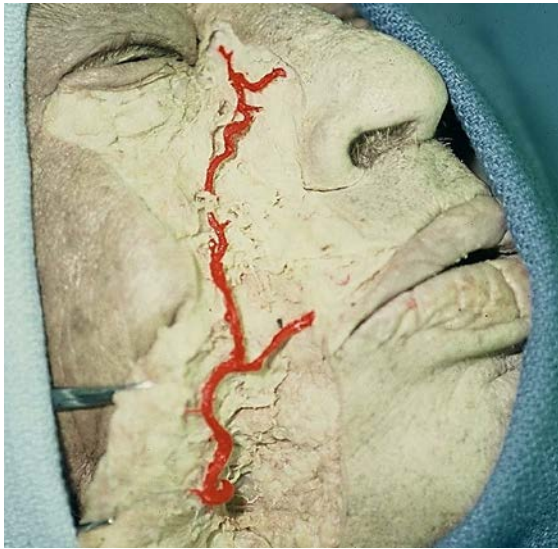


Figure 3 : Dissection anatomique montrant l'artère faciale et une distribution anatomique latérale moins fréquente.

Lors d'une dissection en un temps (le plus souvent indiquée en cas de réparation destinée à la cavité buccale) et si l'artère est en situation latérale, il est essentiel d'inclure dans le prélèvement du lambeau naso-génien tout son tiers inférieur musculo-cutané pour le fiabiliser.

Muscle

Il est important de comprendre les rapports étroits qui existent entre la musculature et l'artère faciale. L'artère se situe en profondeur par rapport aux muscles *platysma*, *risorius*, *zygomaticus major* et *minor*, *levator labii superioris*, et *levator labii superioris alaeque nasi*. L'artère est en dehors de la mandibule, des muscles buccinateurs, et du *levator anguli oris*. La position profonde de l'artère par rapport à l'essentiel de la musculature de la mimique conduit à incorporer le plan de ces muscles dans la technique de prélèvement du lambeau.

Technique chirurgicale

Dessin du lambeau

L'incision est fusiforme,

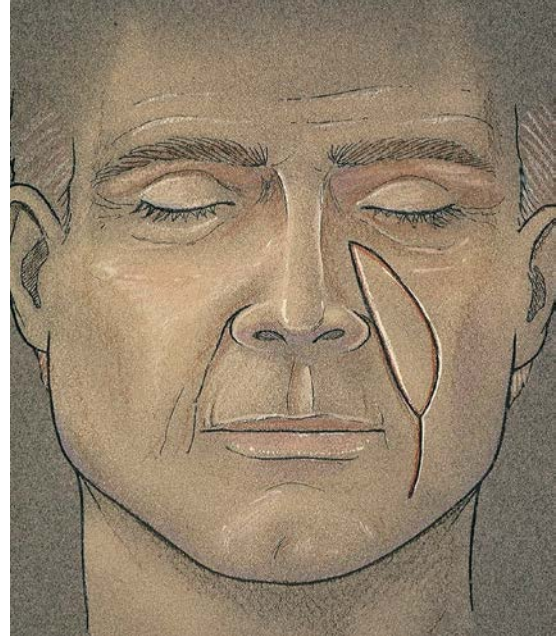


Figure 4 : Dimensions du lambeau

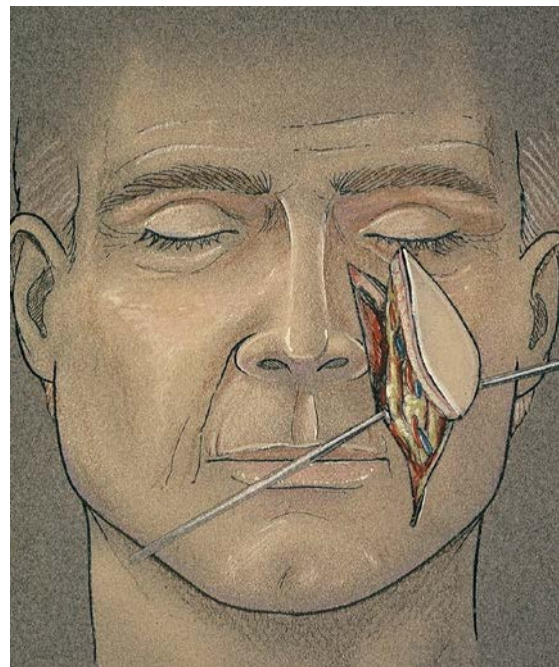


Figure 5 : Illustration en cas de pédicule latéral

profitant des rides naturelles (Figures 1, 4, 5). Le recours à un mini-Doppler peut-être utile pour localiser et préciser le trajet anatomique de l'artère. La palette du

lambeau est en moyenne de 6 cm de hauteur. La largeur varie de 2,5 à 5 cm en fonction de la laxité et de l'excès cutané. La limite haute du lambeau reste un peu à distance du canthus interne. La limite inférieure dépend elle de la nature de la perte de substance. Pour la reconstruction du plancher de la bouche, le prélèvement inférieur du lambeau s'approche de la mandibule, alors que pour celle de la région palatine, la dissection s'arrête à hauteur de la commissure labiale.

Prélèvement du lambeau

L'incision est menée jusqu'au plan musculaire, de façon à avoir la sécurité vasculaire requise. Le prélèvement est effectué de haut en bas, à la face profonde du plan musculaire, après repérage du pédicule artério-veineux à la face profonde de la palette. L'ostium du canal parotidien est repéré et préservé. Le pédicule de l'artère labiale supérieure doit éventuellement être lié.

Mise en place

Le lambeau naso-génien musculocutané est isolé autour du pédicule vasculaire facial (*Figures 5, 6, Case #6*). Il est ensuite tunnelisé puis translaté vers l'espace buccal pour être positionné au niveau de la perte de substance (*Figure 6*). Dans les procédures en un seul temps, il est nécessaire de désépithélialiser la palette au niveau de sa zone de transfert depuis la joue vers la région bucco-pharyngée. En cas de reconstruction en plusieurs temps, le pédicule peut être sevré à distance, en conservant un délai nécessaire à l'autonomisation du lambeau (obtention de la néovascularisation).

Fermeture du site donneur

La fermeture après rinçage au sérum est effectuée plan par plan par exemple au 4-0

Vicryl pour les plans profonds et avec un monofilament cutané pour assurer le bon affrontement des berges naso-génien. Le temps de fermeture se fait par avancement jugal en profitant de l'excès de tégument jugaux, de préférence dans un axe supéro-médian afin d'éviter les tensions excessives dans la région de la paupière inférieure.

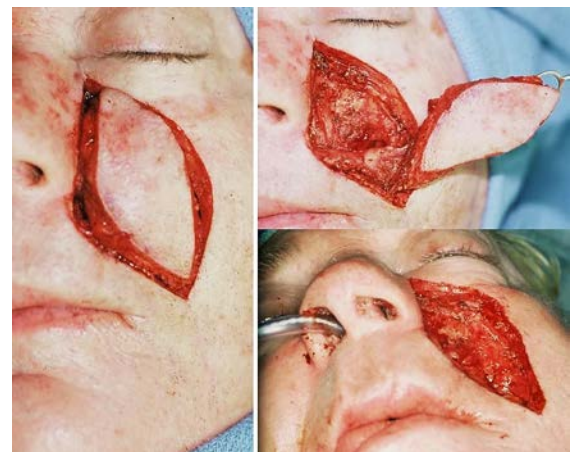


Figure 6 : Le lambeau est disséqué avec précaution au niveau de son pédicule vasculaire, avant d'être tunnelisé puis translaté vers la perte de substance endo-buccale.

Applications pratiques et cas cliniques

Le lambeau naso-génien est adapté à la reconstruction d'une perte de substance de petite à moyenne taille de la cavité buccale débordant la région alvéolaire supérieure (*Case #1*), le plancher de la bouche (*Cases #2, #3*), la région jugale (*Case #4*) et la région palatine (*Cases #5, #6*).

Cas #1 : Reconstruction alvéolaire supérieure



Figure 7 : Tumeur de la région alvéolaire supérieure

La résection a intéressé la région incisivo-prémolo-canine alvéolaire supérieure, facilité par un abord de labiotomie facilitant à la fois la résection et la reconstruction. (Figures 7, 8).



Figure 8 : Perte de substance alvéolaire

Un lambeau naso-génien a été prélevé pour réparer la perte de substance (Figures 9-11).



Figure 9 : Prélèvement du lambeau naso-génien



Figure 10 : Mise en place du lambeau sur la perte de substance



Figure 11 : Lambeau naso-génien en place et sutures labio-cutanées

La Figure 12 montre l'aspect post-opératoire avec la mise en place d'un drain de Penrose positionné de façon déclive au niveau du site donneur. Il faut noter l'excellent résultat cicatriciel qui accompagne le plus souvent ce type de prélèvement.



Figure 12 : Fermeture de la zone donneuse et résultat final

Cas #2 : Reconstruction du plancher de la bouche

Pour ce carcinome du plancher buccal, la résection a concerné la région gingivale et alvéolaire adjacente et une baguette

supérieure de mandibule (Figure 13). La reconstruction a été assurée par un lambeau naso-génien (Figures 14-16).

Il faut tenir compte d'une éventuelle zone pileuse chez l'homme, même si la peau est le plus souvent glabre au niveau du site de prélèvement.



Figure 13 : Perte de substance après résection



Figure 14 : Incision du lambeau



Figure 15 : Dissection du pédicule facial



Figure 17 : La trophicité et l'épaisseur du lambeau limitent considérablement les risques d'ankyloglossie.



Figure 16 : Mise en place du lambeau sur la perte de substance



Figure 18 : Aspect postopératoire précoce montrant la qualité du résultat esthétique

Case #3 : Mouth floor reconstruction

Les figures 17-20 illustrent le résultat postopératoire obtenu après reconstruction d'une perte de substance antérieure du plancher de la bouche dépassant la ligne médiane.



Figure 19 : Résultat tardif retrouvant une très bonne cicatrisation endobuccale

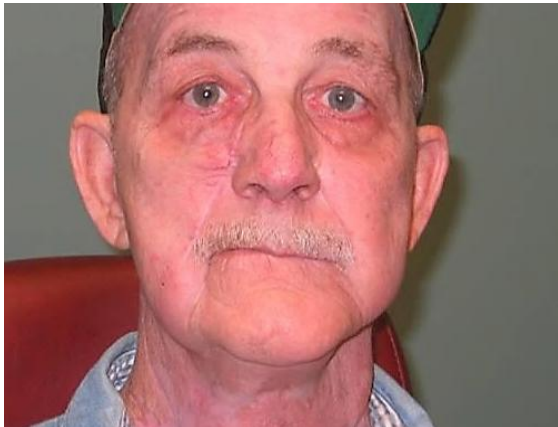


Figure 20 : Bien que la lèvre supérieure droite soit parétique, la mise en tension de la zone donneuse jugale a permis une relative symétrisation du visage

Cas #4 : reconstruction jugale

La solidité et la plasticité du lambeau naso-génien permettent sa conformation précise au niveau de la perte de substance (Figures 21-24).



Figure 21 : Perte de substance



Figure 21 : Mise en place du lambeau sur la zone receveuse



Figure 21 : Aspect cicatrisé de la réparation

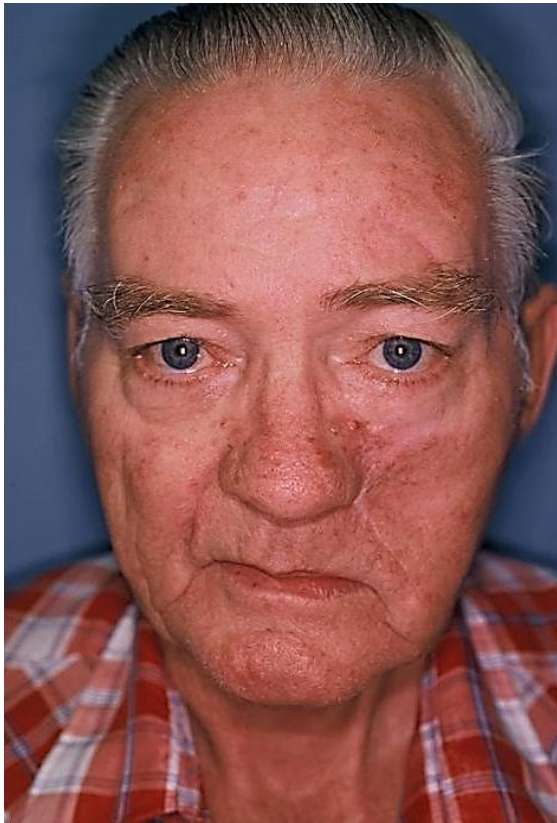


Figure 22 : Résultat esthétique final

Cas #5 : Reconstruction palatine

La *Figure 23* démontre la bonne cicatrisation palatine obtenue par une reconstruction avec un lambeau nasogénien et une prothèse obturatrice.



Figure 23 : Perte de substance palatine cicatrisée

La reconstruction d'une perte de substance palatine impose d'arrêter la dissection du lambeau à la hauteur de la commissure labiale. La cicatrisation est habituellement excellente et les cicatrices peu visibles (*Figure 24*). Une paralysie de la lèvre supérieure est habituellement démasquée lors du sourire mais est bien tolérée (*Figure 25*); cet effet indésirable est discuté plus loin.



Figure 24 : Excellent camouflage des cicatrices et symétrie du visage au repos



Figure 25 : Asymétrie lors du sourire

Cas# 6 : Lambeau nasogénien bilatéral

Ce patient présentait une perte de substance étendue du palais osseux et de la région gingivo-alvéolaire (*Figure 26*). Un lambeau naso-génien bilatéral a été prélevé (*Figure 27*). La *Figure 28* détaille les branches terminales de l'artère faciale (artère angulaire).

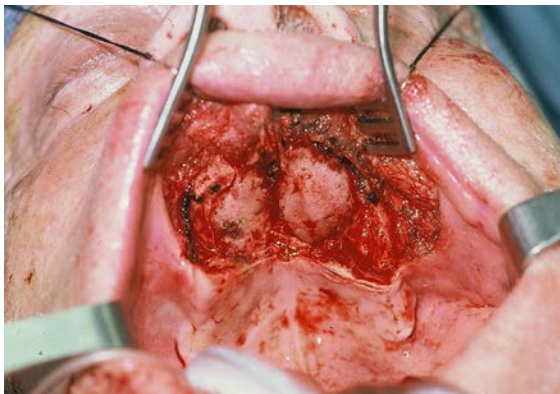


Figure 26 : Perte de substance palatine et gingivo-alvéolaire



Figure 27 : Dessin des lambeaux naso-géniens bilatéraux

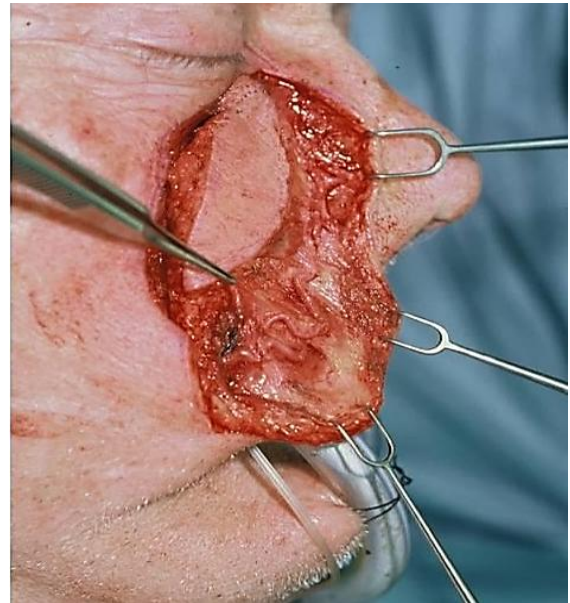


Figure 28 : Artère angulaire

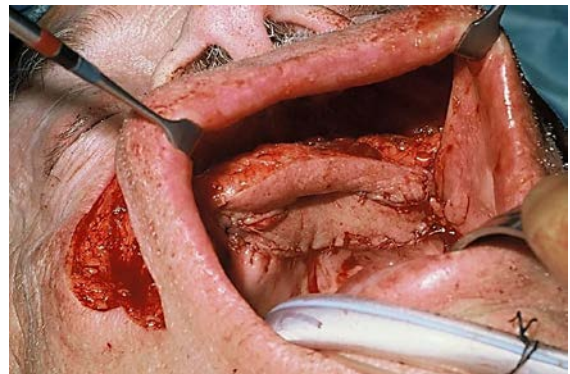


Figure 29 : Positionnement en côte-à-côte des deux lambeaux

Aspect postopératoire montrant la qualité de la cicatrisation ainsi que la conservation de la symétrie du sourire et des commissures labiales témoignant de la bonne préservation du VII (*Figures 30 et 31*).

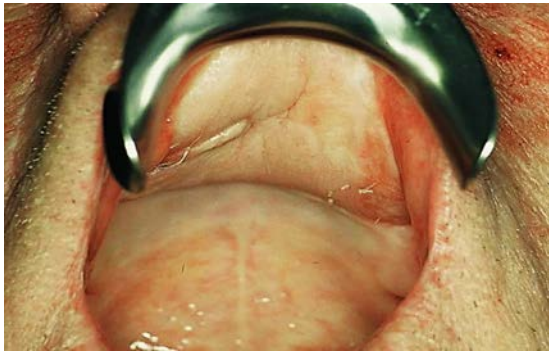


Figure 30 : Cicatrisation des lambeaux au niveau palatin



Figure 31 : Aspect de la cicatrisation au niveau des sites donneurs

Effets secondaires

Parésie labiale supérieure

La parésie labiale supérieure est la conséquence d'une atteinte distale des rameaux du VII destinés aux muscles labio-moteurs éleveurs (*zygomaticus major/minor, levator labii alique nasi, levator anguli oris*). Une atteinte musculaire directe est également possible lorsqu'une dissection et/ou une mobilisation extensive du lambeau sont nécessaires.

Les atteintes unilatérales n'ont le plus souvent pas de conséquences fonctionnelles graves. Par comparaison, les reconstructions hétérolabiales de type

Abbé sont en général associées à une ré-innervation électromyographique (de 1 à 5 ans postopératoires) entre 80 et 100%. En revanche, les atteintes sévères bilatérales peuvent être source de dysfonctions cliniquement significatives. Il est habituel que la fermeture de la zone donneuse confère un effet liftant très favorable.

Continence labiale

Une parésie labiale supérieure bilatérale peut être à l'origine d'un défaut de compétence labiale. En cas de prélèvement bilatéral, une attention toute particulière doit être portée au prélèvement du lambeau afin d'être le plus conservateur possible.

Conclusion

Le lambeau naso-génien est une solution simple, rapide, fiable et efficace pour la reconstruction de pertes de substances buccales. La sécurité du pédicule faciale autorise sa réalisation en un seul temps opératoire, sous réserve de désépithélialiser sa zone de transfert. Les risques de nécrose ou de fistule sont très limités à condition de ne pas comprimer le pédicule. Le prélèvement de la musculature dans le lambeau autorise la réparation de perte de substances épaisses. Les praxies labiales sont particulièrement préservées. La connaissance de son anatomie chirurgicale est essentielle à sa parfaite maîtrise.

Références bibliographiques

Burget G, Menick F. Aesthetic restoration of one-half of the upper lip. *Plast Reconstr Surg*. 1986;78(5):583-93

Remerciements

- Illustrations by Paul Gross
- Cadaver dissections by David Haynes, MD FACS



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](#) johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)

Auteurs

Harry V. Wright MD, MS
Fellow
Facial Plastic and Reconstructive Surgery
Otolaryngology and Head & Neck Surgery
University of South Florida
USA
dr.hvwright@gmail.com

Scott Stephan MD
Assistant Professor
Facial and Plastic Surgery
Vanderbilt Bill Wilkerson Center
Nashville, TE
USA
stephan@vanderbilt.edu

James L. Netterville MD
Director of Head and Neck Surgery
Vanderbilt Bill Wilkerson Center
Nashville, TE
USA
james.netterville@vanderbilt.edu

Editeur

Johan Fagan MBChB, FCORL, MMed
Professor and Chairman
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD &
NECK OPERATIVE SURGERY**
www.entdev.uct.ac.za