



DOUBLE LAMBEAU DE ROTATION DU CUIR CHEVELU ET CARCINOME BASO-CELLULAIRE

(DOUBLE FRONTO-PARIETAL SCALP ROTATION AND BASAL CELL CARCINOMA)

Andriamanantena RH, Ralahiniriko AT, Ramanantseho NAN, Razafindrabe JAB

Service de Chirurgie Maxillo-faciale, Centre Hospitalier Joseph Dieudonné Rakotovao, Antananarivo.

Auteur correspondant : ANDRIAMANANTENA Rantonirina Henri, rantonirinastomax@gmail.com

Résumé

La prise en charge chirurgicale des pertes de substance du scalp fait appel à de nombreuses techniques de lambeau de reconstruction. Elles permettent d'assurer la couverture et le comblement des défauts cutanés rencontrés au cours d'une exérèse des tumeurs du cuir chevelu. Des fois, il est nécessaire de faire appel à des solutions chirurgicales utilisant des grands lambeaux cutanés. Nous présentons ici un cas de reconstruction à double lambeau de rotation pour traiter une grande perte de substance du scalp.

Notre patiente, âgée de 57 ans, présentait un carcinome basocellulaire fronto-temporal droit, mesurant 7 cm x 8 cm de grand axe. En profondeur, la tumeur n'avait pas franchi la Galéa. Le traitement a consisté en une exérèse complète de la lésion sous anesthésie générale, avec 1cm de marge d'exérèse en périphérie. Une reconstruction immédiate par un double lambeau de rotation fronto-pariétal du scalp a été réalisée. Deux incisions curvilignes fronto-pariétales de chaque côté de la perte de substance ont été effectuées. Les décollements des deux lambeaux se faisaient dans l'espace de Merkel. Les deux lambeaux ont été rapprochés en faisant une rotation vers la partie médiane. Les suites opératoires ont été simples, avec une bonne cicatrisation obtenue en trois semaines.

Pour couvrir une perte de substance importante du cuir chevelu, une incision large en arc du cuir chevelu est nécessaire, qui peuvent aller jusqu'à six fois le plus grand diamètre du défaut. La richesse vasculaire du cuir chevelu permet de prélever plusieurs lambeaux rotatifs dans n'importe quelle direction.

Mots clés : carcinome basocellulaire, cuir chevelu, chirurgie, lambeaux pédiculés.

Summary

Surgical management of scalp loss of substance involves a wide range of reconstructive flap techniques. These are used to cover and fill in skin defects encountered during exeresis of scalp tumors. Sometimes, it is necessary to resort to surgical solutions using large skin flaps. We present here a case of double rotation flap reconstruction to treat a large loss of scalp substance.

A 57-year-old patient, presented with a fronto-temporal basal cell carcinoma right, measuring 7 cm x 8 cm long axis. In depth, the tumor had not crossed the Galea. Treatment consisted of a complete exeresis of the lesion under general anaesthesia, with a 1 cm margin of exeresis in the periphery. Immediate reconstruction using a double fronto-parietal scalp rotation flap was performed. Two curvilinear fronto-parietal incisions were made on either side of the loss of substance. Both flaps were detached in Merkel's space. The two flaps were brought together by rotating them medially. The post-operative course was straightforward, with good healing achieved in three weeks.

To cover a significant loss of scalp substance, a wide incision in an arc of the scalp is required, which can be up to six times the largest diameter of the defect. The scalp's vascular richness means that several rotating flaps can be harvested in any direction.

Keywords: Basal cell carcinoma, pedicled flaps, scalp, surgery.

Introduction

La reconstruction d'une perte de substance (PDS) du cuir chevelu présente plusieurs défis avec un but unique de recouvrir le tissu osseux sous-jacent (1). Plusieurs techniques chirurgicales étaient décrites dans la littérature afin d'obtenir un meilleur résultat plus esthétique. Ces techniques chirurgicales font appel à plusieurs moyens du plus simple au plus complexe : suture directe, cicatrisation dirigée, lambeaux loco-régionaux, et greffe de peau simple ou expansée. Les lambeaux à distance et les lambeaux libres sont rarement indiqués. La première cause de perte de substance du cuir chevelu est l'exérèse des cancers cutanés (2).

Nous présentons ici une technique de recouvrement d'une grande perte de substance du cuir chevelu suite à une exérèse d'une tumeur maligne. Les lambeaux d'avancement simples présentent une limite dans la reconstruction du cuir chevelu en raison de l'élasticité limitée du cuir chevelu.

Observation

Une patiente de 57 ans, hypertendue connue, sans notion de tabagisme, sans notion de consommation d'alcool, pas de notion de traumatisme du cuir chevelu, nous a été adressée pour tumeur du cuir chevelu évoluant depuis 12 mois. L'examen clinique a montré une tumeur noirâtre du cuir chevelu, avec saignement par endroit au contact, non douloureuse, siégeant au niveau de la région fronto-pariétale droite, ulcéro-nécrotique, à bords irréguliers, mesurant 7 cm x 8 cm de grand axe (figure

1). Les aires ganglionnaires étaient libres. Le scanner cérébral était en faveur d'un processus lésionnel aux dépens du cuir chevelu fronto-pariétal droit, sans envahissement de la corticale osseuse. Il n'y avait pas de lésions encéphaliques d'allure primitive ou secondaire. Le traitement a consisté en une exérèse complète de la lésion sous anesthésie générale, avec 1 cm de marge d'exérèse en périphérie.

En profondeur, la tumeur n'avait pas franchi la Galéa, mais la limite inférieure de l'exérèse était la corticale osseuse externe. Nous avons opté pour une exérèse suivie d'une réalisation d'un double lambeau de rotation fronto-pariétal (figure 2). Deux incisions curvilignes fronto-pariétales de chaque côté de la PDS ont été effectuées. La longueur de l'incision était égale à l'hémi-circonférence de la PDS. Les décollements des deux lambeaux se faisaient sous la Galéa, dans l'espace peu vasculaire de Merkel. Des décollements complémentaires élargis de chaque côté des incisions ont été réalisés pour avoir un peu de laxité du cuir chevelu autour de la PDS. Les deux lambeaux ont été rapprochés en

faisant une rotation vers la partie médiane de la PDS. La rotation des lambeaux entraînait une déformation à la base du lambeau (triangle de Burrow) qui était corrigée par une excision du tissu excédentaire. Les plaies opératoires ont été suturées par des points simples. Deux zones dénudées temporales non rapprochées au niveau des bases postérieures des lambeaux ont été dirigées pour ses cicatrisations (figure 3). L'évolution était favorable avec une bonne cicatrisation et un résultat esthétique satisfaisant (figure 4). Sur le plan tumoral, l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire concluait un carcinome basocellulaire d'exérèse complète.



Figure 1 : exérèse d'un carcinome basocellulaire fronto-temporal droit

- A- Avant l'exérèse tumorale
- B- Après l'exérèse tumorale



Figure 2 : double lambeau de rotation fronto-pariétal

- A : lambeau droit
- B : lambeau gauche
- C : partie à exciser (triangle de Burrow)



Figure 3 : deux lambeaux temporo-frontaux rapprochés (A et B)

D : parties non suturées et cicatrisation à diriger

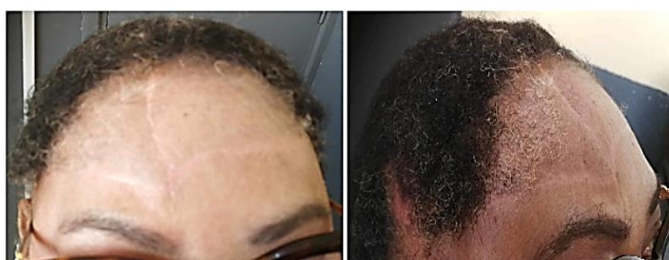


Figure 4 : vues frontale et sagittale du double lambeau de rotation du cuir chevelu à 3 mois post-opératoire

Discussion

Les principales options de reconstruction du cuir chevelu comprennent la cicatrisation dirigée, les sutures directes, les greffes cutanées, la couverture par des lambeaux locaux expansés ou non et enfin, la reconstruction par des lambeaux libres (2).

La chirurgie du cancer du cuir chevelu est un défi à la fois ablatif et reconstructif. L'obtention d'une marge chirurgicale négative (non cancéreuse) nécessite souvent l'ablation d'une grande partie des tissus mous et du périoste. La table externe du crâne et la dure-mère doivent parfois être retirées pour obtenir des marges nettes et saines. Le défaut qui en résulte peut-être difficile à fermer en raison de la faible élasticité des tissus mous du cuir chevelu (3).

Le tissu restrictif du cuir chevelu rend la reconstruction primaire (reconstruction immédiate après l'exérèse tumorale) difficile à réaliser. Le principal avantage cette reconstruction primaire est

sa simplicité. Cependant, une importante incision de décharge peut être nécessaire pour rapprocher les tissus du cuir chevelu. Sur le cuir chevelu, les défauts inférieurs à 3 cm sont plus faciles à fermer au cours de la reconstruction primaire (4). Les lambeaux rotationnels sont le modèle le plus pratique pour la reconstruction locale du cuir chevelu, en particulier si le défaut est supérieur à 3 cm (5).

La greffe cutanée est aussi une technique courante pour la reconstruction des lésions du cuir chevelu de grande taille. L'avantage est que l'utilisation d'une greffe cutanée permet la surveillance de la limite d'exérèse chirurgicale, ce qui est impératif dans les pathologies à haut risque (mélanome, carcinome basocellulaire). La morbidité du site donneur pour une greffe cutanée est faible. La survie de la greffe nécessite un lit de plaie bien vascularisé via des tissus mous ou un périoste intact. Les greffes cutanées ne peuvent pas survivre sur l'os exposé lorsque le périoste est retiré (6).

Les trois principaux modèles de reconstruction par lambeaux locaux sont l'avancement, la rotation et la transposition. Les avantages des lambeaux locaux sont la bonne couleur, la bonne texture et la bonne profondeur (7).

En raison de la forme unique du cuir chevelu, des longueurs de lambeaux plus longues peuvent être nécessaires par rapport aux lambeaux rotatifs sur des surfaces plates. Ainsi on a adopté un double lambeau de rotation dans notre cas.

Les lambeaux d'avancement présentent une limite dans la reconstruction du cuir chevelu en raison de l'élasticité limitée du cuir chevelu et des lignes de tension multidirectionnelles fournies par la galea. Les lambeaux de transposition impliquent le transfert de tissu sur ou sous les tissus ou structures intermédiaires. Comme dans les lambeaux d'avancement, le manque de laxité tissulaire du cuir chevelu entrave la capacité de transposer le tissu sur une grande perte de substance (7).

Pour couvrir une perte de substance importante du cuir chevelu, une incision large en arc du cuir chevelu est nécessaire, qui peuvent aller jusqu'à six fois le plus grand diamètre du défaut. Les incisions de décharges peuvent être pratiquées dans le but de réduire la tension du lambeau. Ces

incisions galéales sont généralement pratiquées parallèlement à l'apport artériel du cuir chevelu et doivent être réalisées de manière conservatrice pour préserver le flux sanguin (7).

Pour la reconstruction par lambeau libre, les principaux inconvénients comprennent une longue durée opératoire, un risque anesthésique prolongée pour le patient avec des comorbidités, une surveillance hospitalière rapprochée et la possibilité d'une défaillance de l'anastomose (8).

Les sujets âgés sont des terrains le plus atteint du cancer du cuir chevelu avec une taille significative en raison d'une exposition cumulative aux rayons ultraviolets et de multiples comorbidités médicales. Ainsi ces patients plus âgés avec des comorbidités médicales importantes peuvent être plus à risque de complications médicales ou chirurgicales si la durée de l'anesthésie dépasse 10 heures (9).

L'importante irrigation sanguine du cuir chevelu permet de prélever le double lambeau rotatif du cuir chevelu dans n'importe quelle direction, à condition qu'aucune intervention chirurgicale ou radiothérapie n'ait été pratiquée auparavant dans la zone.

Conclusion

La technique de double lambeau de rotation fronto-pariétal nous semble être une solution de choix dans la reconstruction des grandes pertes de substance complexedu cuir chevelu par la qualité de recouvrement et esthétique de ses résultats. Peu décrit dans la littérature, cette technique s'ajoute à l'ensemble des techniques de reconstruction mises à disposition pour traiter les pertes de substance du scalp.

Références

1. Costa DJ, Walen S, Varvares M, Walker R. Scalp rotation flap for reconstruction of complex soft tissue defects. *J NeurolSurg B Skull Base*. 2016 Feb;77(1):32-7. doi: 10.1055/s-0035-1556874.
2. Leedy JE, Janis JE, Rohrich RJ. Reconstruction des défauts acquis du cuir chevelu: une approche algorithmique. *Plast ReconstrSurg*. 2005;116(4):54e-72e.
3. Vecchione TR, Griffith L. Closure of scalp defects by using multiple flaps in a pinwheel design. *Plast ReconstrSurg*. 1978 Jul;62(1):74-7. doi: 10.1097/00006534-197807000-00009.

4. Tolhurst DE, Carstens MH, Greco RJ, Hurwitz DJ. The surgical anatomy of the scalp. *Plast Reconstr Surg.* 1991 Apr;87(4):603-12; discussion 613-4.
5. Carstens MH, Greco RJ, Hurwitz DJ, Tolhurst DE. Clinical applications of the subgaleal fascia. *Plast Reconstr Surg.* 1991 Apr;87(4):615-26. doi: 10.1097/00006534-199104000-00003.
6. Angelos PC, Downs BW. Options for the management of forehead and scalp defects. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2009 Aug;17(3):379-93. doi: 10.1016/j.fsc.2009.05.001.
7. Earnest LM, Byrne PJ. Scalp reconstruction. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2005 May;13(2):345-53, vii. doi: 10.1016/j.fsc.2004.12.003.
8. Beasley NJ, Gilbert RW, Gullane PJ, Brown DH, Irish JC, Neligan PC. Scalp and forehead reconstruction using free revascularized tissue transfer. *Arch Facial Plast Surg.* 2004 Jan-Feb;6(1):16-20. doi: 10.1001/archfaci.6.1.16.
9. Singh B, Cordeiro PG, Santamaria E, Shaha AR, Pfister DG, Shah JP. Factors associated with complications in microvascular reconstruction of head and neck defects. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Feb;103(2):403-11. doi: 10.1097/00006534-199902000-00007.