

Reconstruction des pertes de substance de la face.

Mots clés :

Carcinome
Carcinome épidermoïde
Face
Chirurgie reconstructrice
Technique chirurgicale



Reconstruction of facial defects.

Keywords :

Carcinoma
Epidermoid carcinoma
Face
Reconstructive surgery
Surgical technique

Eric SORREL DEJERINE

Chirurgien maxillo-facial, Chirurgien plasticien, Paris.

L'étiologie principale des pertes de substance de la face est l'exérèse de tumeur cutanée, exérèse chirurgicale qui reste le traitement essentiel des cancers cutanés. Élément social évident le visage nécessite une reconstruction fonctionnelle mais aussi esthétique, la plus proche possible de la « restitution ad integrum » tant la pression socio professionnelle est grande aujourd'hui. Les particularités de la reconstruction des pertes de substance de la face sont présentées, unité esthétique par unité esthétique. Et les différentes techniques chirurgicales sont détaillées, permettant de choisir au mieux la technique la plus adaptée à la reconstruction.

The main cause of substance losses of the face is a removal of skin tumors by surgical excision which remains an essential treatment of skin cancers. As an incontestable social element, the face requires a functional and also aesthetic reconstruction to be the closest possible to « ad integrum » restitution as the socio-professional pressure is presently considerable. The particularities of the reconstruction of facial substance losses are presented, aesthetic unit by unit. Different surgical techniques are described, allowing a better selection of the technique the most appropriate to the reconstruction.



L'étiologie principale de pertes de substance de la face est l'exérèse de tumeurs cutanées, exérèse chirurgicale qui reste le traitement essentiel des cancers cutanés. Élément social évident, le visage nécessite une reconstruction fonctionnelle mais aussi esthétique, la plus proche possible de la restitution « *ad integrum* » tant la pression socio- professionnelle est grande aujourd'hui.

Etiologie - Epidémiologie

On distingue essentiellement 2 types de tumeurs cutanées malignes : les carcinomes et les mélanomes (Fig. 1). De nombreux facteurs de risque de ces tumeurs cutanées malignes ont été identifiés au premier rang desquels l'exposition aux ultra violets.

Les carcinomes

Les carcinomes cutanés sont les cancers les plus fréquents chez les humains (entre 800 000 et 1 million de nouveaux cas par an aux U.S.A.). Principalement localisés au niveau de la face et du cou (80 %), Ils touchent des sujets de plus en plus jeunes. Ces carcinomes sont divisés en 2 groupes histologiques :

- les carcinomes **baso cellulaires** (CBC), de loin les plus fréquents, d'évolution lente, ils ne mettent que rarement en jeu le pronostic vital . Il en existe plusieurs sous groupes de gravité différente ;
- les carcinomes **spino cellulaires** (CSC), fréquents, d'évolution plus rapide, de létalité faible, mais avec une possibilité de métastases (2 %).

Les mélanomes

Ils sont rares mais de grande gravité, et sont eux aussi en augmentation constante (6 % par an chez l'homme).

Approche thérapeutique

Outre la prévention évidente, le traitement de ces tumeurs cutanées malignes est avant tout chirurgical.

The main cause of substance loss of the face is a removal of skin tumors by surgical excision which remains an essential treatment of skin cancers. As an incontestable social element, the face requires a functional and also aesthetic reconstruction to be the closest possible to « *ad integrum* » restitution as the socio-professional pressure is presently considerable.

Etiology - Epidemiology

2 types of malignant skin tumors are essentially distinguished into carcinomas and melanomas (Fig. 1). Several risk factors of these malignant skin tumors have been identified with an exposure to ultraviolet light as the first rank.

Carcinomas

Skin carcinomas are the most frequent cancers in human (between 800 000 and 1 million new cases per year in the U.S.A.). Mainly localized on the face and neck (80 %), they relatively affect young subjects. These carcinomas are divided into 2 histological groups :

- **Basal cell** carcinomas (BCC) are by far the most frequent and of slow evolution. They rarely involve the vital prognosis. Several subgroups exist with different severity.
- **Squamous cell** carcinomas (SCC) are frequent, of faster evolution with weak lethality. A possibility of metastases of this type is 2 %.

Melanomas

They are rare but of high severity. Their prevalence is constantly increased (6 % a year in human).

Therapeutic approach

Besides undeniable prevention, treatment of these malignant skin tumors is mainly surgical.



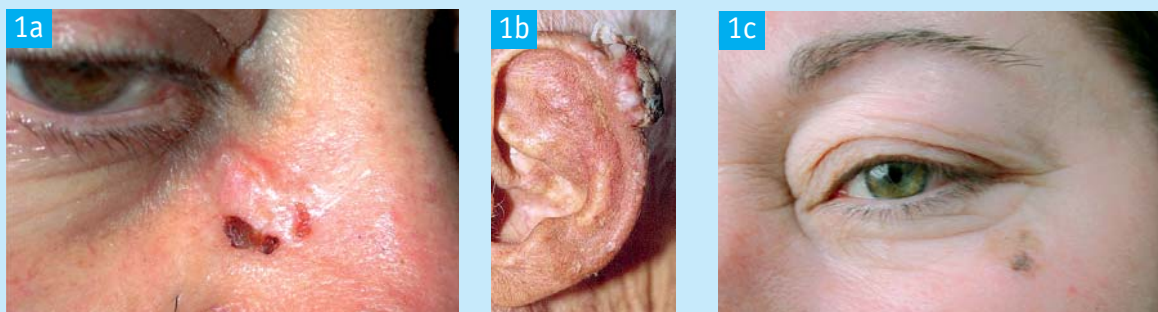


Fig. 1 : (a) Carcinome baso cellulaire, (b) carcinome spino cellulaire, (c) mélanome.
(a) Basocellular carcinoma, (b) spinocellular carcinoma, (c) melanoma.

L'exérèse

Une fois les limites de la lésion appréciées, une marge de sécurité d'exérèse supplémentaire est nécessaire afin d'être carcinologiquement satisfaisante :

- de 4 mm pour les carcinomes BC, pouvant aller à 10 mm dans certaines formes agressives (type scléro dermique),
- de 10 mm pour les carcinomes SC,
- de 10 mm à 35 mm pour les mélanomes fonction de leur type et de leur épaisseur essentiellement.

Principes de la reconstruction

Si l'esthétique au niveau du visage est capitale, la reconstruction sera avant tout fonctionnelle. Avant d'être esthétique un nez doit pouvoir respirer, une paupière doit fonctionner. La réparation doit chercher à éviter toute distorsion, toute anomalie des contours et doit ne laisser qu'une cicatrice la plus discrète possible tant au repos que lors de la mimique faciale. L'idéal serait de réparer toute perte de substance par des tissus « à l'identique », ainsi il faudra :

- une réparation de même épaisseur, ce qui peut supposer une réparation pluri tissulaire,
- une peau de même qualité : texture, couleur, épaisseur, pilosité,
- l'absence de toute tension excessive,
- des cicatrices dissimulées.

Concept d'unités topographiques

Les caractères de la peau varient suivant les régions anatomiques du corps. Il en est de même au niveau de la face. Et l'on distingue ainsi : le front, les

Excision

Once the lesion's boundary is appreciated, a safety margin of additional excision is necessary to be carcinologically satisfying :

- from 4 mm for BC carcinomas to 10 mm in certain aggressive forms (sclerodermiform type),
- from 10 mm for SC carcinomas,
- from 10 mm to 35 mm for melanomas essentially depending on type and thickness.

Principles of reconstruction

Although the aesthetics of the face is capital, the reconstruction will be principally for functional goal. Before being aesthetic, a nose must be able to breathe or an eyelid must function. A repair must try to avoid any distortion and anomalies of contours and leave only the most discreet scar either at rest or during facial expressions and mime. Ideally, any substance loss should be repaired by « identical » tissues. The following is therefore needed :

- a repair of the same thickness supposing thus a multi-tissue reconstruction,
- a skin of the same quality such as texture, color, thickness, pilosity,
- an absence of any excessive tension,
- dissimulated scars.

Topographic unit concept

Skin characters vary depending on anatomical regions of the body including the face. A distinction is made among the following structures : fore-

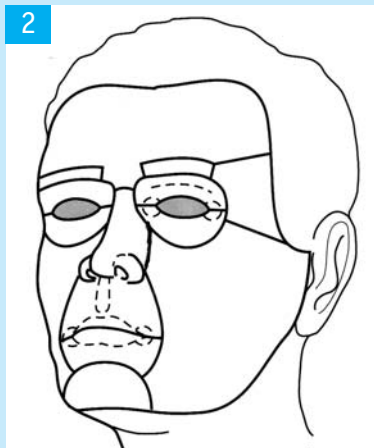


Fig. 2 : Unités esthétiques de la face
Aesthetic units of the face.

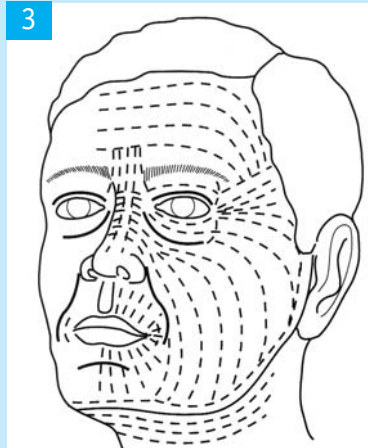


Fig. 3 : Lignes de moindre tension cutanée de la face.
Lines of lesser skin tension of the face.

paupières supérieures, inférieures, le nez, les joues, les oreilles, la lèvre supérieure, inférieure, et le menton (**Fig. 2**). Certaines de ces unités esthétiques seront subdivisées en sous-unités esthétiques comme nous le verrons pour le nez par exemple. Ainsi une exérèse touchant deux unités anatomiques pourra nécessiter des moyens différents pour reconstruire chaque unité. Et une exérèse carcinologique pourra être élargie à la totalité de l'unité ou de la sous-unité esthétique dans le but d'obtenir une réparation plus esthétique.

Les moyens de la reconstruction

Une fois l'étendue de la surface à réparer prévue, il faut décider du procédé technique à utiliser pour la reconstruction : exérèse - suture, greffe cutanée ou lambeau. La très grande majorité de ces interventions seront réalisées sous anesthésie locale, éventuellement potentialisée, dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

L'exérèse fusiforme - suture

Mode de réparation le plus simple, il satisfait pleinement aux impératifs esthétiques, mais doit respecter 2 règles :

- induire une cicatrice, au repos comme à la mimique, située dans les lignes de moindre tension cutanée qui définissent les plis et rides du visage (**Fig. 3**).

head, superior and inferior eyelids, nose, cheeks, ears, upper and lower lips and chin (**Fig. 2**). Some of these aesthetic units will be subdivided into aesthetic sub-units as we shall see the nose for example. An excision affecting two anatomical units therefore require different means to reconstruct each unit. A carcinological excision can be enlarged covering the totality of the unit or the aesthetic subunit with an aim to obtain a more aesthetic repair.

Reconstruction means

Once the extent of the surface to be repaired is envisaged, a decision must be made on technical process to be used for the reconstruction such as excision, suture, skin graft or flap. A great majority of these interventions will be performed under local anesthesia, possibly potentialized, within an ambulatory surgery setting.

Fusiform excision - suture

As the simplest mode of repair, this technique completely satisfies the aesthetic imperatives but must respect 2 rules :

- induce a scar situated in the lines of lesser skin tension, at rest as during expressions and mime, which designate folds and wrinkles of the face (**Fig. 3**).

- ne provoquer aucune distorsion des structures de voisinage.

Ainsi on distingue des zones qui « donnent » comme la joue, à celle qui « donnent » peu ou pas comme le nez, l'oreille.

La cicatrisation dirigée

Une simple exérèse est réalisée et la plaie va bourgeonner et s'épithélialiser seule (environ en 1 semaine), au moyen de pansements répétés et d'une surveillance étroite. Elle n'est cependant indiquée que pour de petites pertes de substance et dans certaines zones.

La greffe de peau

À la face, il s'agit de greffe de peau totale. Son épaisseur et sa texture devront être aussi proche que possible de celle de la peau à remplacer. Ainsi une greffe de paupière supérieure trouvera au niveau de la paupière controlatérale le meilleur site donneur.

Si la « prise » est généralement excellente, elle confère volontiers un aspect de « patch » par sa dyschromie fréquente, et est ainsi peu utilisée.

Les lambeaux

Les lambeaux locaux

Qu'ils soient de glissement, de rotation, de transposition, à pédicule cutané, sous cutané, musculo cutané ou fascio cutané, ils donnent d'excellents résultats.

Les lambeaux régionaux

Essentiellement le lambeau frontal à pédicule axial inférieur sert à reconstruire le nez et les paupières et il donne, lui aussi, un excellent résultat fonctionnel et esthétique.

Les lambeaux à distance

Thoraciques ou micro chirurgicaux, ils trouvent, en fait, peu d'indication en reconstruction d'exérèse cutanée faciale sauf dans certains cas très précis qui sortent du cadre de cet article (exérèse de propreté dans les stades dépassés).

- provoke no distortion of the neighboring structures.

A distinction is made between « giving » area with higher tissue laxity such as cheeks and less or no « giving » ones such as nose and ear.

Spontaneous guided healing

A simple excision is performed and the wound will burgeon and epithelialize alone (generally in 1 week) by means of repeated bandages and under a close follow-up. This technique is however indicated only for small substance losses in certain zones.

Skin graft

For the face, a total skin graft is concerned. Its thickness and texture must be as close as possible to that of the skin to be replaced. A graft of superior eyelid will therefore find the contralateral eyelid as the best donor site.

Although the graft survival is excellent, it easily confers a « patch » aspect by frequent dyschromia and is thus scarcely used.

Flaps

Local flaps

These flaps are sliding, rotation, transposition, with cutaneous, subcutaneous, musculocutaneous or fasciocutaneous pedicle. They give excellent results.

Regional flaps

Essentially the frontal flap with lower axial pedicle, they are used to reconstruct the nose and eyelids. They also give an excellent functional and aesthetic result.

Distant flaps

Thoracic or microsurgical flaps find, in fact, less indication in reconstruction of facial cutaneous excision except in certain precise cases which are beyond the scope of this article (excision for debridement in case of advanced stages).



Fig. 4 : Carcinome du front, lambeau en H, résultat à 2 mois post opératoire.

Carcinoma of the forehead, H flap, postoperative result at 2 months.

Le front

Les impératifs seront de placer les cicatrices dans les plis naturels et de ne pas modifier les distances :

- ligne chevelue antérieure/sourcil,
- l'espace inter sourciller.

Trois techniques principales sont ainsi retenues :

Fuseaux d'exérèse

L'exérèse en fuseau sera en règle très longue et étendue pour placer les cicatrices dans les plis sans modifier les rapports anatomiques du front (sourcil, ligne chevelue antérieure), et s'adapte uniquement si la perte de substance n'est pas trop importante.

Lambeau en H

Dès que celle ci peut modifier les rapports ligne chevelue-sourcil, un lambeau en H lui sera préféré (**Fig. 4**). Deux lambeaux horizontaux viennent par glissement fermer la perte de substance, ne laissant à distance qu'une cicatrice verticale.

De même il représentera la plastie idéale de reconstruction du sourcil (**Fig. 5**), repère important d'un visage, il est difficile à reconstruire notamment par l'orientation des cils.

Forehead

The imperatives will be to place scars in natural folds and not to modify :

- the anterior hair line and eyebrow distances,
- the inter-eyebrow space.

3 main techniques are thus maintained :

Spindle-shaped excision

This excision is generally very long and spread in order to place scars in folds without modifying the anatomical relationships of the forehead (eyebrow and anterior hair line), and adapts itself only if the substance loss is not too significant.

H flap

If an excision may modify the hair line-eyebrow relationships, a H flap is then preferred (**Fig. 4**).

2 horizontal flaps are advanced by sliding to close the substance loss, distantly leaving only a vertical scar.

It represents an ideal plasty of the eyebrow reconstruction (**Fig. 5**), important landmark of a face which is difficult to reconstruct notably due to the orientation of lashes.



5a



5b



5c



5d



5e



Fig. 5 : Carcinome du sourcil, lambeau en H, résultat à 1 an.

Carcinoma of the eyebrow, H flap, result at 1 year.

Lambeau en VY

Enfin au niveau de la glabella, le lambeau en VY sera adapté pour ne pas modifier la distance inter-sourcilère.

Les paupières

Il faudra distinguer la supérieure très mobile avec un excès cutané souvent important de l'inférieure presque statique et avec très peu d'excès cutané (toute résection excessive exposant à la lagophtalmie voire à l'ectropion). Ainsi on n'utilisera pratiquement jamais la paupière supérieure pour reconstruire les pertes de substance de pleine épaisseur de la paupière inférieure. A l'inverse la paupière inférieure de pleine épaisseur sera volontiers donneuse pour la paupière supérieure.

Rapidement les exérèses doivent être de pleine épaisseur au niveau des paupières.

Il faut appliquer la règle des quarts (que l'on peut étendre au tiers) : toute perte de substance inférieure ou égale au quart ou au tiers de la paupière pourra être fermée directement, parfois après libération du ligament canthal externe (cantholyse). On s'appliquera à reconstruire très minutieusement le bord libre ciliaire, car on risque un décalage très disgracieux, et les reconstructions seront pluri tissulaires (**Fig. 6**).

V-Y flap

Finally at the glabella, a V-Y flap will be appropriate in order not to modify the inter-eyebrow distance.

Eyelids

A distinction can be made between the highly mobile upper eyelid with an often significant skin excess and the almost static lower eyelid with slight skin excess (any excessive resection will lead to a lagophtalmos or incomplete eyelid closure even an ectropion where the lower eyelid turns outwards). The superior eyelid shall thus never be practically used to reconstruct the full thickness substance losses of the lower eyelid. On the contrary, the lower eyelid will be easily a donor for the superior eyelid.

Excisions are made rapidly at full thickness for eyelids. The rule of the quarters (or extending to the third) is applied, that is, any loss of substance inferior or equal to the quarter or the third of the eyelid can be closed directly, sometimes after a discharge of the external canthal ligament (cantholysis). This procedure is applied to reconstruct meticulously the ciliary free margin, with the risk of a highly disgraced gap. The reconstructions are multi-tissue (**Fig. 6**).

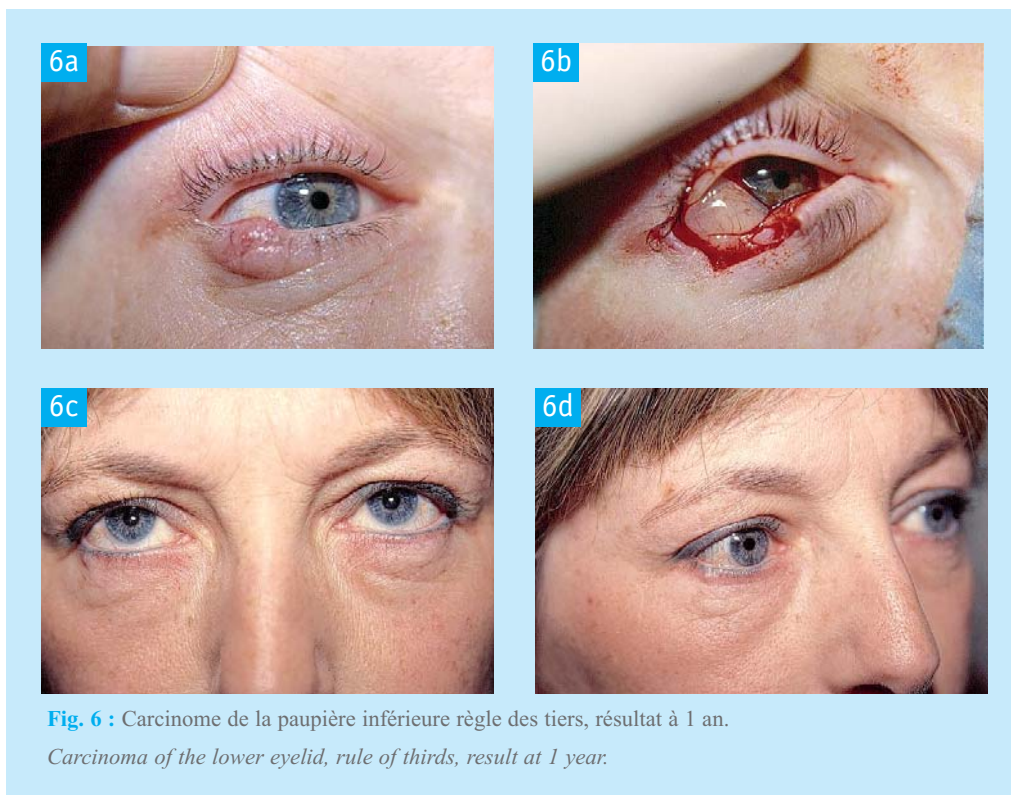


Fig. 6 : Carcinome de la paupière inférieure règle des tiers, résultat à 1 an.
Carcinoma of the lower eyelid, rule of thirds, result at 1 year.

A la paupière supérieure

Si la perte de substance est strictement cutanée, ou cutanéomuculaire, l'exérèse suture est possible en axant son dessin sur le pli palpébral comme pour une chirurgie esthétique (blépharoplastie). Au besoin on symétrisera le côté controlatéral sain.

Si la fermeture directe est impossible, une greffe de peau totale venant de la paupière controlatérale donnera un excellent résultat.

Pour des pertes de substance au delà du tiers de la paupière supérieure, on aura recours à un lambeau de la paupière inférieure.

A la paupière inférieure

Toute diminution trop importante de la hauteur palpébrale (chirurgicale ou par rétraction cicatricielle) entraînera une lagophtalmie, un œil rond voire un ectropion.

Il faudra privilégier les lambeaux locaux ainsi que la greffe de peau (venant de la paupière supérieure) pour maintenir cette hauteur palpébrale (**Fig. 7**).

La règle des tiers s'applique parfaitement aussi à la paupière inférieure (**Fig. 8**).

Pour les pertes de substance plus importante et de plei-

Upper eyelid

When the substance loss is purely cutaneous or musculocutaneous, an excision-suture is performed by marking its outline on the palpebral fold as in case of blepharoplasty. If needed, the normal contralateral side can be operated for the symmetry objective.

If direct closure is impossible, a total skin graft deriving from the contralateral eyelid can give an excellent result.

For substance losses beyond the third of the superior eyelid, a flap of the lower eyelid can be used.

Lower eyelid

Any too much decrease of the palpebral height (from surgery or scarring retraction) will lead to a lagophtalmos, a round eye even an ectropion.

Local flaps and also the skin graft (deriving from the upper eyelid) are privileged to maintain this palpebral height (**Fig. 7**).

The rule of thirds is also perfectly applied to the lower eyelid (**Fig. 8**).

For the more significant and full thickness substance losses, the musculocutaneous plane is preferentially





Fig. 7 : Carcinome de la paupière inférieure, greffe de peau totale prélevée à la paupière supérieure, résultat à 6 mois.
Carcinoma of the lower eyelid, total skin graft from the upper eyelid, result at 6 months.



Fig. 8 : Carcinome de la paupière inférieure, lambeau local, résultat à 6 mois.
Carcinoma of the lower eyelid, local flap, result at 6 months.

ne épaisseur on préférera reconstruire le plan cutané musculaire par un lambeau de paupière supérieure ou temporo jugal, le plan interne étant reconstruit par une greffe de muqueuse palatine (qui donne le soutien nécessaire par sa rigidité au maintien de la hauteur).

L'oreille

Siège fréquent d'épithélioma, sa peau très fine et les reliefs cartilagineux tourmentés compliquent sa reconstruction. Le cartilage, véritable ressort ne permet aucune tricherie sous peine de distorsion importante du pavillon.

Par contre, le fait que les oreilles ne soient pas vues simultanément par leur face antérieure, autorise des résections avec diminution de la taille du pavillon qui ne sera pas choquante si la forme d'ensemble est conservée. Il faudra toujours garder à l'esprit l'aspect fonctionnel, essentiellement la possibilité du port de lunettes ou d'un appareillage auditif.

reconstructed by an upper eyelid or temporojugal flap or, the internal plane being reconstructed by a palatal mucosal graft (its rigidity will give necessary support for the height preservation).

Ear

Frequent location of epithelioma, its high fine skin and knurl cartilaginous contour complicate its reconstruction. The cartilage with its veritable elasticity allows no mistake at the risk of significant distortion of the outer ear.

On the other hand, since the ears are not simultaneously seen from their anterior profile, resections leading to a decreased size of the outer ear can be authorized. The result will not be shocking if the whole ear shape is preserved. A functional aspect, essentially the possibility for the patient to wear glasses or a hearing equipment, shall be always kept in mind.

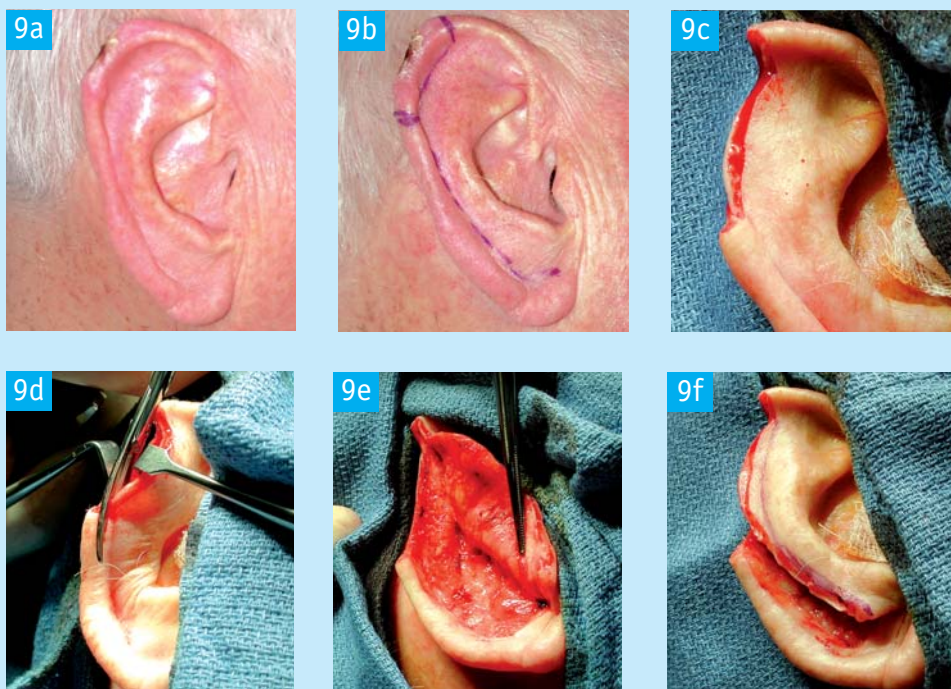


Fig. 9 : Carcinome de l'hélix de l'oreille, dessin d'exérèse et du lambeau, perte de substance à reconstruire.

Carcinoma of the ear's helix, drawing of excision and flap, substance loss to be reconstructed.



Fig. 10 : Lambeau d'Antia et Buch pédiculé sur la peau retro-auriculaire, résultat per opératoire.

Antia and Buch flap pedicled on the retroauricular skin, per-operative result.

Le lambeau d'Antia et Buch

Idéal pour reconstruire les pertes de substance du rebord périphérique du pavillon (hélix). Il mobilise la boucle de l'hélix en la pédiculisant sur la peau postérieure, un complément de résection de peau et de cartilage sera nécessaire pour permettre la rotation (**Fig. 9**). Ainsi la hauteur de l'oreille sera diminuée mais sa forme restaurée (**Fig. 10**).

Le lambeau de Gordon et Masson

Idéal pour la réparation de la conque. Il est prélevé à la face postérieure de l'oreille et transféré en avant par une incision transfixiante. La face postérieure donneuse est reconstruite par simple avancement, diminuant un peu le sillon rétro auriculaire (**Fig. 11 et 12**).

Le lambeau pré-auriculaire (**Fig. 13**)

Indiqué pour les réparations de la moitié supérieure de la face antérieure du pavillon. Le lambeau à

Antia and Buch flap

Ideal to reconstruct the substance losses of the peripheral edge of the outer ear (helix), this flap mobilizes the helix curl by basing it on the posterior auricular skin. An additional skin and cartilage resection will be necessary to allow the rotation (**Fig. 9**). The ear height will thus be decreased but its shape restored (**Fig. 10**).

Gordon and Masson flap

Ideal for the repair of the concha, it is taken from the posterior surface of the ear and forwardly transferred by a transfixing incision. The donor posterior surface is reconstructed by a simple advancement with a resultant slightly decreased retroauricular sulcus (**Fig. 11 and 12**).

Preauricular flap (**Fig. 13**)

Indicated for the repair on the upper half of the outer ear's anterior part, this flap with upper





Fig. 11 : Carcinome de la conque, lambeau de Gordon – Masson de peau rétro-auriculaire passé en transfixiant l'oreille.

Carcinoma of the concha, Gordon- - Masson 's flap of retroauricular skin passing on transfixing the ear.



Fig. 12 : Vues pré et post opératoire à 3 mois de la reconstruction de conque.

Pre- and postoperative view at 3 months of the concha reconstruction.

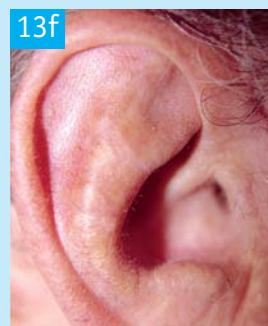
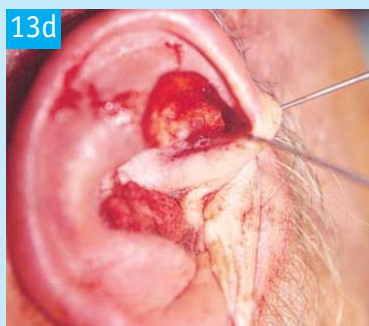


Fig. 13 : Carcinome de l'anthélix, exérèse tumorale, le cartilage est conservé, et recouvert par un lambeau cutané prélevé en pré-auriculaire et positionné en transfixiant la racine de l'hélix, résultat à 1 an.

Carcinoma of the antehelix, tumoral excision, the cartilage is preserved, and recovered by a skin flap taken from preauricular area and positioned in transfixing the root of the helix, result at 1 year.



Fig. 14 : Exemples pré et post opératoires d'exérèse – suture de carcinome de la joue, orientées selon les lignes de moindre tension cutanée.

Pre- and postoperative examples of excision - suture of carcinoma of the cheek, oriented according to the lines of lesser skin tension.

pédicule supérieur est prélevé en avant du pavillon, puis transféré par une incision transcartilagineuse à la racine de l'hélix.

La greffe de peau

Elle n'est envisageable que si les couches profondes sont aptes à la revasculariser, ce qui impose la résection du cartilage, modifiant alors la forme de l'oreille. Elle est finalement peu utilisée.

Les joues

Elles fournissent une vaste surface de peau homogène où s'installe, à partir de la trentaine, une laxité importante. Chez l'homme, la barbe y occupe une surface variable, mais symétrique et il faudra en tenir compte dans le tracé et le choix de la plastie.

L'exérèse - suture (Fig. 14)

Moyen de prédilection de fermeture dans cette région qui « donne ». La cicatrice résiduelle souvent longue devra impérativement avoir une orientation

pedicle is taken in front of the outer ear then transferred by a transcartilaginous incision to the root of the helix.

Skin graft

This technique is only possible if the subjacent tissue is capable of revascularizing the graft implying the need of cartilage resection and modifying then the shape of the ear. It is finally rarely used.

Cheeks

They occupy a vast surface of homogeneous skin with, from around thirty years old, a significant laxity. In man, the beard occupies a variable but symmetrical surface and it must be taken into account in the incision outline and the choice of plasty.

Excision - suture (Fig. 14)

This technique is the preference means for closure in this « giving » area. The often long residual scar must necessarily have an orientation paral-



parallèle aux plis faciaux, elle finira ainsi par être particulièrement discrète. Les exérèses pré auriculaires peuvent être fermées par un véritable lifting facial.

Les lambeaux locaux

Peu utilisés car il est difficile d'orienter correctement les cicatrices résiduelles.

La greffe cutanée

Elle aussi est peu utilisée, car sa prise est délicate sur cette zone très mobile et l'aspect du patch y est particulièrement voyant.

Le lambeau cervico jugal de Mustardé (Fig. 15 et 16)

Utilisera la peau jugale, mais aussi cervicale (véritable réservoir donneur), et viendra par rotation – ascension fermer de larges pertes de substance en plaçant les cicatrices dans les plis naturels. Il permet de

l'éluder à facial folds and thus eventually be particularly discreet. Preauricular excisions can be closed by a veritable facial face-lift.

Local flaps

They are scarcely used because it is difficult to correctly orientate the residual scars.

Skin graft

It is also scarcely used because the graft acceptance is delicate on this highly mobile zone and the patch aspect is particularly obvious.

Mustarde cervicojugal flap (Fig. 15 and 16)

This flap used the jugal and also cervical (real donor reservoir) skin and is taken by rotation-ascension to close large substance losses by placing scars in the natural folds. It allows a highly aesthetic large



Fig. 15 : Important carcinome de la joue, exérèse réalisée et reconstruite par un large lambeau temporo jugal nécessitant une dissection étendue.

Significant carcinoma of the cheek, excision performed and reconstructed by a wide temporojugal flap requiring an extensive resection.

Fig. 16 : Résultat à 8 mois.

Result at 8 months.



Fig. 17 : Carcinome du menton, exérèse radiée et double lambeau de rotation dans le pli mentonnier, résultat à 1 an.

Carcinoma of the chin, radius excision and double rotation flap in the mental fold, result at 1 year.

grande reconstruction très esthétique au prix néanmoins d'une dissection très étendue. Cependant, chez l'homme, il déplacera des zones pileuses en position glabre (nécessitant une épilation secondairement).

Le menton

Il fait saillie sur l'axe médian de la face avec sa convexité symphysaire.

Les exérèses sutures et les lambeaux locaux suivent une direction radiée, et le pli labio mentonnier sur la face antérieure (**Fig. 17**).

Pour éviter la zone délicate de transition entre menton facial et cervical, marquée par le rebord mandibulaire, source de cicatrices hypertrophiques les exérèses seront interrompues par un W inférieur ou une plastie en Z.

Les lèvres

Lèvres supérieures et inférieures ont la même peau et les mêmes structures profondes. Elles sont soutenues par un système musculaire qui leur fait accomplir conjointement les mêmes mouvements. Mais leur contour est complexe, par le philtrum à la lèvre supérieure, par la ligne rouge cutanéomuqueuse séparant lèvre rouge de lèvre blanche, par le vermillon.

Lors de toute réparation labiale, on aura soin de laisser en place les appareils dentaires.

Les exérèses des lésions des lèvres seront quasiment toujours de pleine épaisseur pour permettre une reconstruction sans distorsion. Elles nécessiteront une reconstruction pluri tissulaire : muqueuse, musculaire et cutanée.

Le plus grand soin sera apporté à la reconstruction de la ligne de jonction rouge – blanc, tout décalage restant visible.

reconstruction nevertheless with an extensive dissection. In man, it will displace hairy zones in hairless position (requiring a secondary hair removal).

Chin

It presents as a prominence on the median line of the face with its symphyseal convexity.

Excisions sutures and local flaps follow a radius direction from the chin and the labiomental fold is on the anterior face (**Fig. 17**).

To avoid the delicate transition zone between facial and cervical chin marked by the mandibular border, source of hypertrophic scars, excisions will be interrupted by an inferior W-plasty or a Z-plasty.

Lips

Superior and inferior lips have the same skin and same deep structures. They are supported by a muscular system which makes them collectively carry out the same movements. Their contour is complex with the philtrum of the superior lip, the red cutaneomucous line separating red lip from white lip and the vermillion.

During any lip repair, dental devices shall be carefully left in place.

Excisions of lip lesions will be almost always of full thickness to allow a reconstruction without distortion. A multi-tissue reconstruction consisting of mucous, muscular and cutaneous tissues is required. The highest care will be given to the reconstruction of the red-white junction line since any remaining gap will be visible.



Fig. 18 : Vermillonectomie, la muqueuse rouge est réséquée, reconstruite par un large lambeau de muqueuse vestibulaire.
Vermilionectomy, the red mucosa is resected, reconstructed by a large flap of vestibular mucosa.

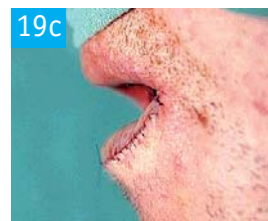


Fig. 19 : Résultat en fin d'intervention. / *Result at the end of intervention.*

Vermillonectomie

Les lésions du vermillon seront réparées au mieux par une plastie d'avancement de toute la muqueuse labio vestibulaire donnant un très bon résultat esthétique au prix d'une petite diminution du vestibule (**Fig. 18 et 19**).

La greffe de peau

Peut donner un excellent résultat, mais elle doit alors être réalisée en unité esthétique ou sous-unité, telle que pour le philtrum (**Fig. 20**).

Vermilionectomy

Lesions of the vermilion are repaired at best by an advancement plasty of all the labiobuccal mucosa giving a very good aesthetic result with a slight decrease of the vestibule (**Fig. 18 and 19**).

Skin graft

This technique can give an excellent result but it must be performed in aesthetic unity or subunit such as the philtrum (**Fig. 20**).



Fig. 20 : Carcinome du philtrum, exérèse étendue à toute la sous-unité esthétique, reconstruction par greffe de peau totale prélevée en pré auriculaire, résultat à 1 an.

Carcinoma of the philtrum, excision extended to all aesthetic subunits, reconstruction by a total skin graft taken from preauricular area, result at 1 year.



21a



21b



Fig. 21 : Carcinome de la lèvre inférieure, règle des tiers, résection de pleine épaisseur, fermeture directe pluri tissulaire, résultat à 1 an.

Carcinoma of the lower lip, rule of thirds, resection of full thickness, multitissue direct closure, result at 1 year.

La règle des tiers

Toute lésion entraînant l'exérèse d'un tiers de la lèvre pourra être fermée directement (**Fig. 21**) au delà il faudra y associer un lambeau.

Les lambeaux locaux

- de rotation à la lèvre supérieure (**Fig. 22**) et à la lèvre inférieure.
- Selon la « step technique » à la lèvre inférieure qui permet de plus une reconstruction des fibres musculaires selon leur orientation anatomique (**Fig. 23 et 24**). Il s'agit de lambeaux de glissement, l'avancement étant permis par des résections cutanées en marche d'escalier.

Le lambeau hétéro labial d'Abbe

Pour les lésions plus importantes ou pour reconstruire une sous unité, telle que le philtrum on utilisera

The rule of thirds

Any lesion leading to an excision of a third of the lip can be directly closed (**Fig. 21**). Beyond this amount, a flap is needed.

Local flaps

- rotation flap to the superior lip (**Fig. 22**) and the inferior lip.
- According to the « step technique » with the inferior lip which additionally allows a reconstruction of the muscular fibers following their anatomical orientation. (**Fig. 23 and 24**). Sliding flaps are concerned with advancement by stair-step skin resections.

Abbe's heterolabial flap

For larger lesions or a reconstruction of one subunit such as the philtrum, Abbe's heterolabial flap

22a



22b



22c



Fig. 22 : Carcinome de la lèvre blanche, exérèse et réparation par un lambeau de rotation, résultat à 6 mois.

Carcinoma of the white lip, excision and repair by a flap of rotation, result at 6 months.



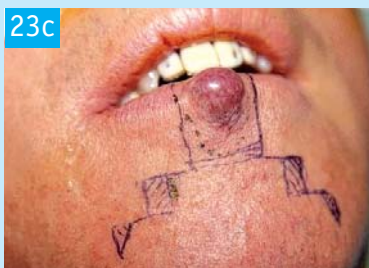
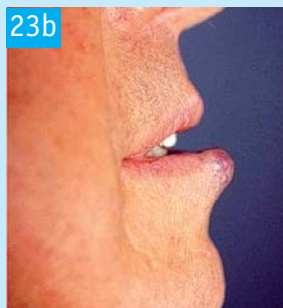


Fig. 23 : Angiome de la lèvre inférieure, résection de pleine épaisseur, réparation selon la Step technique.

Angioma of the lower lip, full thickness resection, step technique repair.

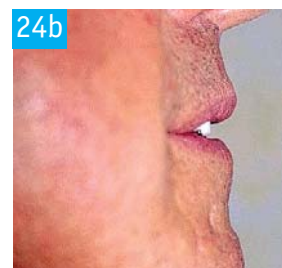
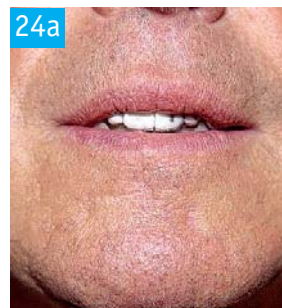


Fig. 24 : Résultat morphologique et fonctionnel à 1 an

Morphological and functional result at 1 year.

le lambeau hétéro labial d'Abbe. Il utilise la lèvre opposée comme zone donneuse et nécessite un 2^{ème} temps chirurgical pour sevrage du pédicule. Cette reconstruction rééquilibre les deux lèvres et donnent un excellent résultat fonctionnel et esthétique au prix d'une cicatrice supplémentaire sur la lèvre opposée.

Commissures labiales

Touchant la lèvre supérieure et inférieure, elles seront réparées par de larges lambeaux de rotation de pleine épaisseur (**Fig. 25**).

Le nez

Siège fréquent d'épithélioma, et élément central du visage. Il nécessitera une reconstruction fonctionnelle et esthétique évidente. Une surveillance régulière est nécessaire, l'extension carcinomateuse endonasale étant redoutable. D'un point de vue anatomique, sont définies des sous-unités esthétiques, au nombre de 4 (**Fig. 26**) : Le *dorsum*, les faces latérales, les ailes du nez et la pointe. Ces sous-unités doivent être considérées comme des entités esthétiques indépendantes à reconstruire telle que. Les cicatrices devant se placer au niveau des frontières inter-unités pour devenir ainsi particulièrement discrètes.

shall be used. The opposite lip will be employed as donor zone and a 2nd surgical time for pedicle resection is required.

This reconstruction re-stabilizes the two lips and gives an excellent functional and aesthetic result with an additional scarring on the opposite lip.

Labial commissures

Involved the superior and inferior lips, they will be repaired by a large rotation flap of full thickness (**Fig. 25**).

Nose

Frequent location of epithelioma and central element of the face, it requires an evident functional and aesthetic reconstruction. A regular follow-up is necessary since an endonasal carcinomatous extension is redoubtable. From an anatomical point of view, four esthetic subunits are defined (**Fig. 26**) as *dorsum*, lateral side walls, nasal ala and tip. These subunits must be considered as independent esthetic entities to be reconstructed. Scars must be taken place at the inter-unit boundaries to be particularly discreet.



Fig. 25 : Important carcinome de la commissure, large résection et reconstruction par un lambeau de rotation de pleine épaisseur.

Significant carcinoma of the commissures, large resection and reconstruction by a rotation flap of full thickness

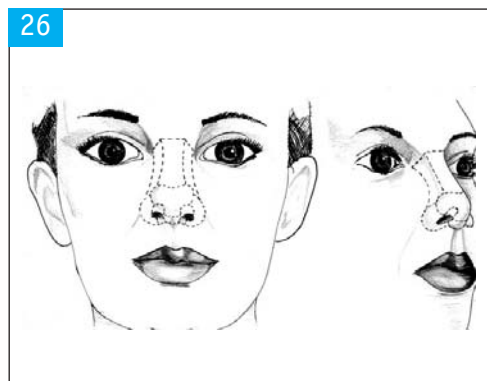


Fig. 26 : Sous-unités esthétiques du nez.

Aesthetic subunits of the nose.



Fig. 27 : Carcinome de la face latérale du nez, traité après exérèse par cicatrisation dirigée, résultat à 3 mois.

Carcinoma of the lateral side of the nose, treated after excision by spontaneous guided healing, result at 3 months .

La cicatrisation dirigée

Méthode la plus simple, mais non la plus « pratique », les pansements y ayant un grand rôle, permettant de « diriger » : rétraction des berges, granulation du fond et épithélialisation centripète. Elle donne d'excellents résultats pour les petites pertes de substance, mais aussi pour des pertes plus importantes dans la région para-canthale notamment (Fig. 27).

La suture directe

Très simple, elle nécessite une longueur d'excision de 3 fois au moins le diamètre de la perte de substance, et sera orientée selon les lignes de moindre tension cutanée (Fig. 28).

Spontaneous guided healing

The simplest but not « the most practical » method, bandages have an important role to « guide » wound margin shrinkage, granulation of the wound bottom and centripetal epithelialization. It gives excellent results for small substance losses and also larger losses notably in the paracanth region (Fig. 27).

Direct suture

Very simple, it requires a length of excision of at least 3 times of the diameter of the substance loss and will be directed following the lines of lesser skin tension (Fig. 28).

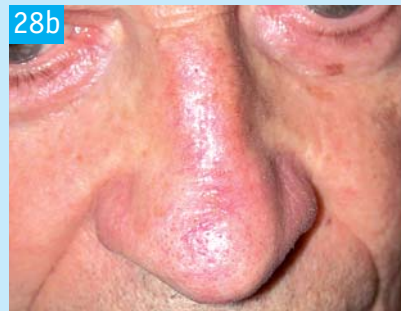


Fig. 28 : Carcinome du dorsum, exérèse fuseau longue, résultat à 3 mois.
Carcinoma of the dorsum, long spindle-form excision, result at 3 months.



Fig. 29 : Carcinome de la pointe, exérèse étendue à la sous-unité de la pointe, reconstruction par greffe de peau totale prélevée en pré auriculaire, résultat à 1 an.
Carcinoma of the nose tip, excision spread to the subunit of the tip, reconstruction by total skin graft taken from preauricular area, result at 1 year.

Les greffes de peau (autogreffes)

Doivent être prélevées en peau totale, surtout en pré-tragien, voire en glabellaire pour avoir une texture et une coloration la plus proche de celle du nez. L'application du principe des sous unités esthétiques permettra une meilleure intégration esthétique de la greffe, *a fortiori* si l'on respecte un intervalle libre de quelques jours entre l'exérèse et la mise en place de la greffe permettant d'obtenir un comblement de la dépression par le tissu de granulation (**Fig. 29**).

Les lambeaux locaux

Très nombreux dans la littérature ils donnent en fait des résultats variables et nous avons abandonné beaucoup de techniques telles que lambeaux en hachette, LLL, en îlot sous cutané, bilobé, qui se mettent en boule, de même les lambeaux dont les cicatrices se pla-

Skin autografts

Skin autografts must be taken in total skin, especially in pretragal even glabellar area, to have a texture and color the closest to that of the nose. An application of esthetic subunits principle will allow a better esthetic integration of the graft, all the more if we respect a free interval of a few days between the excision and the graft placement so that the depression is filled by a granulation tissue (**Fig. 29**).

Local flaps

Numerously cited in the literature, they give in fact variable results and we have abandoned many techniques such as flaps in hatchet, LLL, subcutaneous island, bilobed, which roll over themselves in ball shape, also the flaps with scars taking place out-

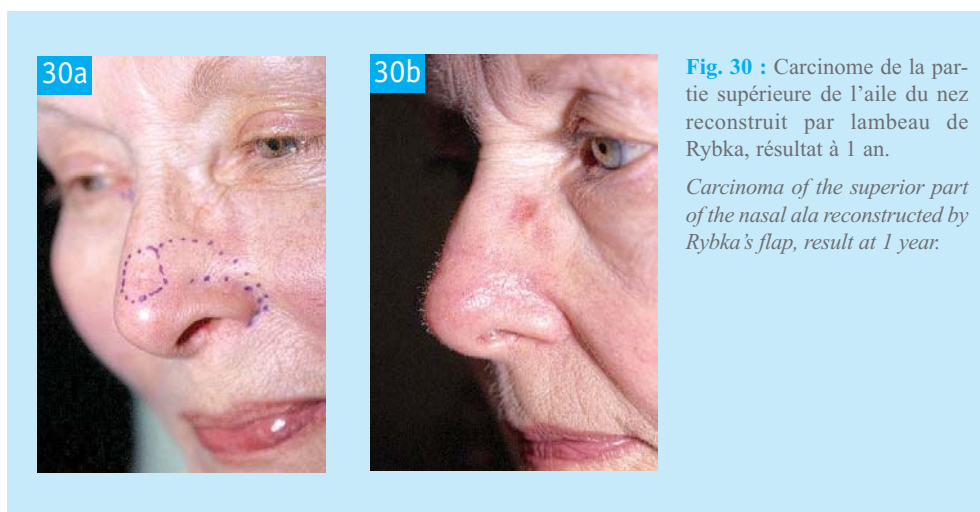


Fig. 30 : Carcinome de la partie supérieure de l'aile du nez reconstruit par lambeau de Rybka, résultat à 1 an.

Carcinoma of the superior part of the nasal ala reconstructed by Rybka's flap, result at 1 year.

cent en dehors des unités esthétiques, type Cronin, lambeau naso-génien. Les lambeaux retenus en pratique, sont des lambeaux fascio-musculo-cutanés parfaitement vascularisés.

Le lambeau de Rybka (Fig. 30)

Lambeau musculo-cutané basé sur le muscle transverse du nez (Nasalis), son pédicule vasculaire est constant, pénétrant le muscle latéralement au bord caudal de la crus latérale. Il n'est indiqué que pour les pertes de substance médianes et paramédianes de la pointe du nez. Et si la perte de substance est supérieure à 15 mm et très médiale, deux lambeaux opposés peuvent être indiqués.

Lambeau fronto nasal

Rieger décrit un lambeau utilisant toute la peau nasale et de la glabella pour fermer les pertes de substance de la pointe du nez.

Pédiculé sur la région canthale ipsilatérale à la perte de substance, le décollement est fait dans le plan sus péri-chondral sus périosté et toute la peau nasale est redrapée vers la perte de substance avec un mouvement d'avancement et de rotation. La cicatrice est d'excellente qualité et se place aux limites des sous unités esthétiques (Fig. 31 et 32).

Les résultats sont excellents avec ces lambeaux, notamment chez les sujets âgés, mais il faut se méfier des cicatrices chez le jeune. Enfin ces lambeaux ne permettent que difficilement de fermer des pertes de substance supérieures à 2 cm de diamètre.

side the aesthetic units such as Cronin type and nasogenial flap. In practice, perfectly vascularized fascio-musculocutaneous flaps are mostly maintained.

Rybka's flap (Fig. 30)

Musculocutaneous flap based on the transverse muscle of the nose (Nasalis), its vascular pedicle is constant, laterally penetrating the muscle at the caudal border of the lateral alar cartilage. It is only indicated for the median and paramedian substance losses of the nose tip. If the substance loss is larger than 15 mm and situated to the medial, two opposite flaps can be indicated.

Frontonasal flap

Rieger describes a flap using all the nasal skin and glabella to close substance losses of the nose tip. Pedicled on the ipsilateral canthal region and advanced to the substance loss, a detachment is performed in the subperichondral or subperiosteal plane and all the nasal skin is recovered towards the substance loss with an advancement and rotation movement. The scar is of excellent quality and takes place at the limits of esthetic subunits (Fig. 31 and 32).

The results are excellent with these flaps, notably in old subjects but care must be taken in scarring in young subjects. Use of this flap to close substance losses superior to 2 cm in diameter will be however difficult.





Fig. 31 : Carcinome de la pointe, dessin du lambeau fronto nasal, vue per opératoire de la dissection et de la rotation glissement du lambeau .

Carcinoma of the nose tip, drawing of the frontonasal flap, preoperative view of the dissection and the rotation sliding of the flap.



Fig. 32 : Vue pre et post opératoire à 1 an.
Pre and postoperative view at 1 year.

Le lambeau frontal para médian interne

Par sa couleur, sa texture, son épaisseur, la peau frontale est la mieux adaptée à la reconstruction nasale. Par sa remarquable vascularisation et sa proximité, le lambeau frontal para médian interne est le moyen le plus simple et le plus sûr pour réparer une perte de substance étendue du nez, même s'il nécessite deux temps opératoires espacés de trois semaines (**Fig. 33 et 34**). Il faudra toujours y adjoindre une reconstruction de la charpente ostéo-cartilagineuse, même si celle-ci a été conservée, et y compris dans les localisations où elle est normalement absente (aile du nez par exemple). Afin d'une part d'améliorer et d'accentuer les reliefs du nez, et d'autre part d'éviter la rétraction cutanée. Pédiculé sur l'artère frontale interne (supra trochléaire) constante c'est un lambeau cutané très sûr. La palette cutanée est dessinée d'après un patron exact de la perte de substance en trois dimensions épousant tous les reliefs, puis positionné en deux dimensions à la partie haute du front. La fermeture du front se fera simplement et directement si la palette cutanée n'excède pas 3 à 3.5 cm de large. Au delà, on fermera toutes les zones suturables sans

Internal paramedian frontal flap

By its colour, texture and thickness, the frontal skin is the best appropriate to the nasal reconstruction. By its remarkable vascularization and proximity, the internal paramedian frontal flap is the simplest and surest means to repair an extensive substance loss of the nose. However, two operating times of three weeks interval are required (**Fig. 33 and 34**). An additional reconstruction of the osteocartilaginous structure is always necessary, even if this structure was preserved and including in the locations where it is normally absent (the nasal ala for example) in order to improve and accentuate the nose contour and also to avoid skin shrinkage. Pedicled on the constant internal frontal artery (supratrochlear), it is a very stable skin flap. The skin palette is drawn according to an exact pattern of the substance loss in three dimensions including all contours, then positioned in two dimensions at the upper part of the forehead. A closure of the forehead will be performed simply and directly if the skin palette does not exceed 3 to 3.5 cm wide. Beyond this, all suturable zones will be closed

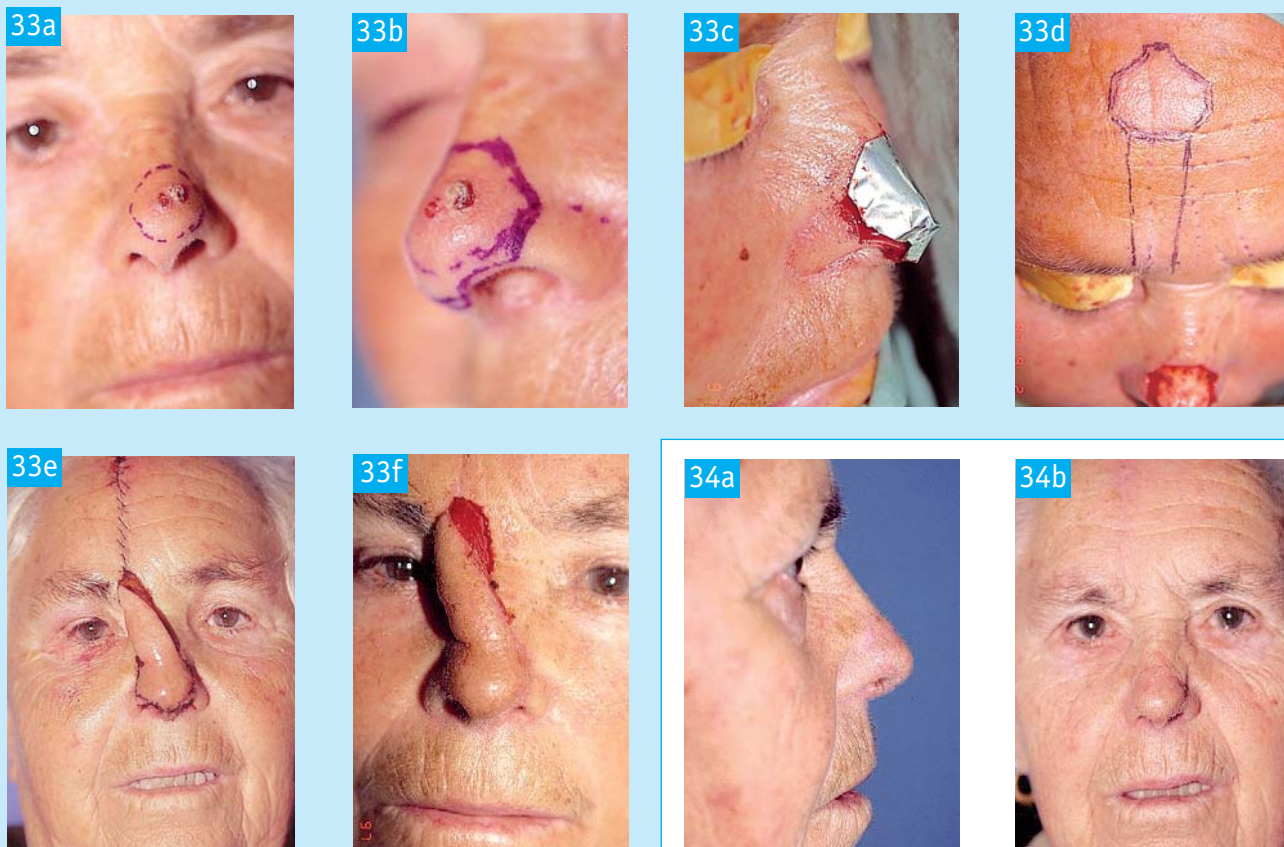


Fig. 33 : Carcinome de la pointe du nez avec sa marge d'exérèse qui sera étendue à toute la sous-unité esthétique de la pointe, modelage exact de la perte de substance en 3D reproduite en 2D au niveau du front, dessin du lambeau frontal para-médian interne vue post opératoire précoce et à 3 semaines lors du sevrage du lambeau.

Carcinoma of the nose tip with excision margin covering all esthetic subunits, in 3D modeling of the substance loss reproduced in 2D of the forehead, drawing of the internal paramedian frontal flap. Early postoperative view and at 3 weeks during the flap transaction.

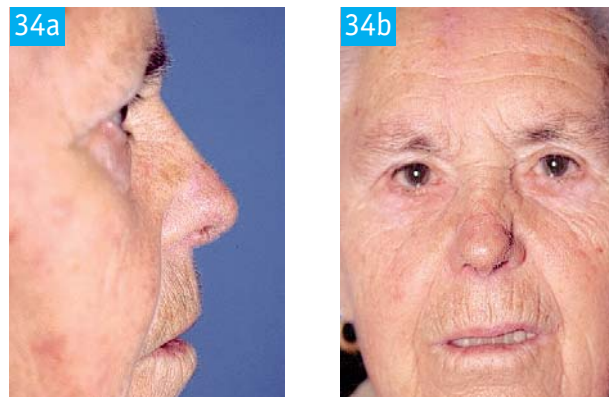


Fig. 34 : Résultat à 1 an / Result at 1 year.

trop de tension, et la perte de substance restante sera laissée en cicatrisation dirigée qui donnera un bien meilleur résultat esthétique que tout autre technique. Le lambeau sera sevré trois semaines plus tard et le pédicule sera excisé. Cette cicatrice verticale est très peu visible et se confond avec les rides glabellaires.

Rhinopoïèse

C'est la reconstruction complète de pleine épaisseur du nez, plan par plan, nécessaire, dans les tumeurs étendues (**Fig. 35 et 36**).

Il faut avant toute reconstruction être certain d'une

without too much tension while the remaining substance loss will be left in spontaneous guided healing which gives a much better esthetic result than other techniques. The flap will be transected three weeks later and the pedicle will be excised. This vertical scar is slightly visible and becomes merged with the glabellar wrinkles.

Rhinopoiesis

It is a complete reconstruction of full thickness of the nose, plane by plane, in extensive tumors (**Fig. 35 and 36**).

Before any reconstruction, it is to be certain that the



Fig. 35 : Rhinopoièse : très important carcinome du nez, transfixiant. Exérèse large, attente d'un résultat définitif d'anatomo pathologie, reconstruction du plan profond par lambeaux de muqueuse septale, reconstruction de la charpente par greffe de cartilage septal et conchal, resurfacement cutané par lambeau frontal para-médian.

Rhinopoesis, extensive carcinoma of the nose, transfixing. Wide excision, waiting for a definitive anatomopathological result, reconstruction of the deep plane by septal mucosal flap, reconstruction of the underlying structure by cartilage graft from septum and concha, cutaneous resurfacing by the paramedian frontal flap.

exérèse tumorale complète et suffisante. Un délai de quelques jours est ainsi souvent nécessaire entre l'exérèse de ces lésions étendues et le premier temps de reconstruction (l'examen extemporané d'anatomopathologie étant insuffisamment fiable).

La réparation commencera alors par la reconstruction du plan muqueux nasal, puis de la charpente cartilagineuse et enfin de la peau par le lambeau frontal interne, tout ceci dans le même temps opératoire.

Le plan muqueux nasal

Ici aussi de multiples techniques ont été proposées ; greffes de peau totale, de muqueuse buccale, greffes composées, lambeaux charnières utilisant la peau restante qui borde la perte de substance, lambeaux cutanés de voisinage retournés.

Mais la méthode la plus élégante, la plus fonctionnelle, la plus anatomique et la plus sûre, est représentée par les lambeaux de muqueuse nasale ipsi et contralatérale.

Avec ces deux lambeaux toute la face profonde d'un héli nez peut être reconstruite, la face périchondrale

tumoral excision is complete and sufficient. A period of a few days is often necessary between the excision of these extensive lesions and the first time of reconstruction (an immediate anatomopathological examination being insufficiently reliable).

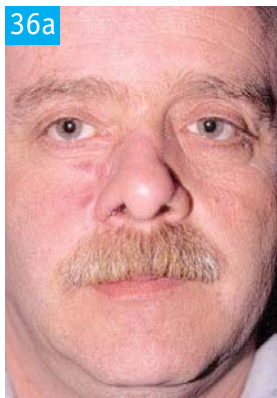
The repair will be started within the same operative time with a reconstruction of the nasal mucous plane, then the cartilaginous structure and finally the skin by the internal frontal flap.

Nasal mucous plane

Multiple techniques have been proposed such as total skin graft, oral mucous membrane, composed graft and hinge flaps using the remaining skin bordering the substance loss, returned neighboring skin flaps.

The most elegant, functional, anatomical and surest method is ipsi and contralateral flaps of nasal mucosa. With these two flaps all the deep surface of a héli nose can be reconstructed. Since the perichondral surface of the mucous membrane is placed towards the outside, it will naturally receive the cartilage

36a



36b



Fig. 36 : Résultat à 1 an / *Result at 1 year.*

de la muqueuse étant placée vers l'extérieur, elle recevra très naturellement les greffes de cartilage reconstruisant la charpente. Il en résulte une perforation septale, cependant peu gênante fonctionnellement.

La charpente ostéo cartilagineuse

Nécessaire au maintien du nez, elle est indispensable à une reconstruction esthétique, précisant les reliefs du nez et empêchant la rétraction du resurfaçage cutané. Elle sera essentiellement cartilagineuse, prélevée au niveau du septum et de la conque auriculaire, voire si besoin au niveau costal. Ces greffes seront taillées, adaptées, et fixées.

Ce n'est que dans des amputations totales du nez qu'une greffe osseuse sera nécessaire.

La couverture cutanée

Elle sera réalisée par le lambeau frontal paramédian interne, avec sevrage de son pédicule à la 3ème semaine. Malgré ces différents temps opératoires ce lambeau permet de traiter une très grande majorité des pertes de substance du nez quelles que soient leur taille et leur localisation, avec des résultats excellents esthétiquement et fonctionnellement.

Les cas extrêmes

Place de l'épithèse

Si l'évolution de ces carcinomes est d'évolution lente, elle est inéluctable, et peut aboutir à des cas

graft reconstructing the structure. It will result in a septal perforation, however, scarcely functionally disturbing.

Osteocartilaginous structure

Necessary for a preservation of the nose, it is indispensable to an esthetic reconstruction clarifying the nose contours and preventing shrinkage by skin resurfacing. It is essentially cartilaginous taken from nasal septum and auricular concha, and if needed the costal part. These grafts will be cut, adapted, and fixed. A bone graft will be necessary only in case of total amputations of the nose.

Skin cover

It will be performed by an internal paramedian frontal flap with a pedicle transaction at the 3rd week. In spite of various operating times, this flap can be used to treat a great majority of substance losses of the nose not depending on their size and location, with esthetically and functionally excellent results.

Extreme cases

Place of epithesis

Although the evolution of these carcinomas is of slow evolution, it can end in extreme cases beyond



Fig. 37 : Cas extrême de carcinome baso cellulaire, au delà de possibilité thérapeutique raisonnable.
Extreme basocellular carcinoma, beyond reasonable therapeutic possibility.



Fig. 38 : Cas extrême de carcinome baso cellulaire, exérèse large sans reconstruction, épithèse mobile.
Extreme basocellular carcinoma, wide excision without reconstruction, mobile epithesis.

extrêmes au delà de toute possibilité thérapeutique raisonnable (**Fig. 37**).

Parfois il faudra savoir devant une lésion très étendue, un terrain fragile, une nécessité de surveillance étroite, préférer une exérèse large mais sans reconstruction. Et se sera alors la place de l'épithèse implanto portée ou non (**Fig. 38**) qui permettra de retrouver une vie sociale.

Ces cas extrêmes ne sont pas si rares. Le patient ne se souciant pas de sa petite lésion initiale, il la néglige. Elle grandit et devient alors inquiétante, mais le patient repousse son traitement de crainte de mutilation esthétique. On arrive ainsi à des évolutions terribles, où c'est bien souvent l'entourage, devant l'isolement social du patient, qui contraindra celui-ci à consulter.

any reasonable therapeutic possibility (**Fig. 37**).

Facing an extensive lesion with a fragile ground and a necessity of close follow-up, it will be sometimes necessary to prefer a wide excision without reconstruction. This case will be then the place of an epithesis with or without implant support (**Fig. 37**) which will allow the patient to find a social life.

These extreme cases are not so rare since the patient may neglect a small initial lesion. Once the lesion grows and becomes then disturbing, the patient postpones his treatment for fear of esthetic damage. Frightful evolution is then reached where it is very often the family, with a social isolation of the patient, who forces him to look for a medical consultation.



Conclusion

Le traitement chirurgical des cancers de la face doit avant tout être curateur par une exérèse large. Sa reconstruction devra être, bien sûr, fonctionnelle mais à finalité esthétique. C'est l'adaptation des techniques de réparation esthétique à la nécessité de la chirurgie d'exérèse cancéreuse qui permettront d'obtenir des résultats satisfaisants. Reste que la prévention de ces lésions est indispensable et que son dépistage précoce est le meilleur garant d'un excellent résultat, par une mutilation moins importante et une reconstruction plus simple.

Surgical treatment of cancers of the face above all must be to cure by large excision. Its reconstruction must be, naturally, functional but in an esthetic end. An adaptation of the aesthetic repair techniques to the necessity of cancerous excision will help obtain satisfactory results. The prevention of these lesions remains indispensable and its early screening is an excellent guarantee of an excellent result by a less mutilation and a simpler reconstruction.

Traduction : Ngampis SIX

bibliographie

ANAES

Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome baso cellulaire de l'adulte. Recommandations Professionnelles . 2004

ANTIA N.H., BUCH V.I.

Chondrocutaneous advancement flap for the marginal defects of the ear. *Plast Recons Surg* 1967; **39**:472-477.

BURGET G., MENICK F.

Aesthetic reconstruction of the nose. *Ed: MOSBY*. St Louis, 1994.

LE QUANG C.

La réparation esthétique en cancérologie faciale. Rapport de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique, 1990;**35**:7-30.

MARTIN D.

Les épithéliomas faciaux ; considérations générales, moyens et indications chirurgicales. *Ann Chir Plast Esth* 1998;**43**:311-362.

RIEGER R.A.

A local flap for repair of the nasal tip. *Plast Recons Surg* 1967;**40**:147-149.

RYBKA F.J.

Reconstruction of the nasal tip using nasalis myocutaneous sliding flaps. *Plast Recons Surg* 1983;**71**:40-44.

Demande de tirés-à-part : Dr Eric SORREL DEJERINE - 22, rue Alphonse de Neuville - 75017 Paris - FRANCE.