RECONSTRUCTION

Tumeurs labiales inférieures : principes de reconstruction après exérèse

RÉSUMÉ : Le traitement chirurgical des tumeurs malignes de la lèvre inférieure repose sur les principes de conservation de la fonction et du remplacement de la lèvre par la lèvre. Après réalisation d'un bilan clinique et paraclinique d'extension et de recherche de cancers synchrones, la reconstruction est fonction de la taille et de la localisation de la perte de substance prévisible. Nous avons tenté de résumer dans cet article les principaux lambeaux et techniques disponibles en fonction de la taille et de la localisation de la perte de substance labiale. Dans tous les cas, l'impératif carcinologique doit prévaloir.

→ CH. DRUELLE[1], A. BONTE[2]
[1] Service de Chirurgie maxillo-faciale, CHRU de LILLE.
[2] Service de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, CHRU de LILLE et CH de VALENCIENNES.

La lèvre est un repli tritissulaire, formé d'un tissu cutané, muqueux et musculaire. La lèvre blanche est formée d'un revêtement cutané épais, possédant de nombreux follicules pileux chez l'homme. Il est séparé de la lèvre rouge par la ligne de Klein, élément essentiel à respecter dans toutes les réparations envisagées. Cette lèvre rouge comprend une portion externe, à haute valeur sociale et esthétique, et une portion interne, humide et muqueuse. Cette dernière repose de façon lâche sur le plan musculaire, organisé en deux plans : un plan profond formé par le muscle orbiculaire, et un plan plus superficiel composé des muscles peauciers, s'insérant à la fois sur le muscle orbiculaire et sur le derme profond.

La vascularisation de cette structure est sous la dépendance du système carotide externe, avec deux artères coronaires supérieures et inférieures issues des artères faciales. L'innervation motrice provient du nerf facial, dont la branche cervicale donne le rameau labio-mentonnier et le rameau buccal. L'innervation sensitive provient du nerf mandibulaire (V3), qui donne le nerf dentaire inférieur, puis mentonnier, sortant de la mandibule par le foramen mentonnier. L'ensemble de cette structure anatomique possède un rôle fonctionnel majeur – comprenant notamment la continence buccale, l'alimentation et la parole – doublé d'un rôle esthétique et social. La réparation labiale doit tenir compte de ces différents aspects.

Dans cet article, nous nous intéresserons à la prise en charge carcinologique des tumeurs malignes de la lèvre inférieure (les cancers de la lèvre supérieure relevant d'autres facteurs de risque et d'autres techniques de réparation), du diagnostic à la reconstruction.

Épidémiologie et facteurs de risque

L'intoxication mixte alcoolo-tabagique représente le premier facteur de risque des cancers ORL [1-4]. L'exposition solaire joue

Reconstruction

également un rôle important et reconnu, en particulier sur la lèvre blanche, ainsi que les traumatismes chroniques et les lésions cancéreuses développées sur le site de lésions leucoplasiques chroniques (lichens) [4]. Le rôle du virus HPV (papillomavirus humain) est encore débattu. La population préférentiellement touchée est masculine, d'âge supérieur à 45 ans, caucasienne, de phototype clair. L'incidence chez les populations à peaux foncées est moindre [1-4].

Clinique, diagnostic et bilan

Le type histologique retrouvé (concernant la lèvre inférieure) est essentiellement le carcinome épidermoïde, de 80,7 % à 87 % des cas [1-2], suivi par le carcinome basocellulaire, dont l'incidence dans le cas de cancers de la lèvre supérieure est supérieure à celle des carcinomes épidermoïdes [2]. Les mélanomes sont très rares et représentent moins de 1 % de l'ensemble des tumeurs malignes labiales inférieures [4-6].

La lésion cancéreuse se présente initialement sous la forme d'une ulcération à bords indurés, non régressive (***fig. 1***), dont la palpation permet de mettre en évidence une extension de l'induration au-delà des limites visibles de la lésion [3]. L'extension peut se faire en endobuccal vers le sillon vestibulaire, la gencive, voire la mandibule, ou en exobuccal vers la commissure labiale et la joue. La biopsie d'une berge de l'ulcération est l'examen indispensable au diagnostic positif du cancer. Elle doit idéalement être faite à l'issue du bilan paraclinique d'extension de la lésion afin de ne pas en fausser les résultats (inflammation locale liée à la biopsie).

Fig. 1 : Lésion ulcéro-bourgeonnante centrale de la lèvre inférieure et tracé des marges d'exérèse.

Bilan

Le bilan recommandé par la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou (SFORL) en 2012 doit avoir lieu si possible dans les 2 semaines suivant la première consultation, et au maximum dans les 4 semaines. Il comprend :
– un examen clinique complet des voies aérodigestives supérieures (VADS) à la recherche d'une seconde localisation (2 à 8 % de lésions synchrones) [7] ;
– une panendoscopie sous anesthésie générale, idéalement avec photos.

Le bilan paraclinique recommandé comporte :
– une imagerie cervicale indispensable, au minimum un scanner cervical injecté ;
– une IRM cervicale, l'examen le plus performant pour l'évaluation de l'extension locorégionale des cancers des VADS, en l'absence de contre-indication ;
– une fibroscopie œso-gastro-duodénale en cas d'intoxication alcoolique chronique, qui permet le diagnostic de localisations œsophagiennes inférieures et des complications de l'intoxication (varices œsophagiennes ou cardiales) ;
– un scanner thoracique réalisé le plus souvent dans le même temps que le scanner cervical [7].

Un TEP scanner peut être demandé pour préciser la nature d'éventuels nodules pulmonaires, si la lésion primitive présente un haut risque métastatique (adénopathies des territoires IV ou V, ou stade supérieur ou égal à un N2b) ou en cas de suspicion d'une extention modifiant la prise en charge initialement prévue. Un complément de bilan doit également être réalisé en fonction du terrain du patient : recherche d'une cirrhose, d'une dénutrition, bilan d'opérabilité, bilan dentaire, etc.

RCP et indications chirurgicales

L'ensemble du dossier du patient doit être présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Elle réunit au mieux un dermatologue, un radiothérapeute, le chirurgien en charge du patient et le chirurgien ORL qui aura le plus souvent réalisé le bilan fibroscopique. Cette RCP discutera des options thérapeutiques en fonction de l'extension locale, régionale et éventuellement générale de la lésion, mais également en fonction de l'état général et du souhait de prise en charge du patient. La présence du patient nous semble donc préférable lors de cette consultation afin de vérifier sa compréhension du geste et de ses implications, ainsi que de la nécessité de la prise en charge globale et du suivi postopératoire.

Indications carcinologiques

Les indications de curiethérapie (non développées dans cet article) doivent être posées par une équipe entraînée. La curiethérapie est généralement indiquée pour le traitement de lésions limitées sans indication de curage ganglionnaire cervical [8]. Les indications de curage cervical sont la présence d'une ou plusieurs adénomégalies cliniques, ou une lésion labiale inférieure de stade T ≥ T3. L'indication d'un geste ganglionnaire est à discuter en cas de stade T2 (15 % de métastases lymphatiques selon les études) [9], entre une surveillance régulière, l'exploration du ganglion sentinelle ou la réalisation d'un curage cervical. Enfin, en cas de lésion classée T1N0M0, il est recommandé de ne pas réaliser de geste ganglionnaire et de procéder à une surveillance clinique, associée ou non à une surveillance radiologique (risque d'envahissement lymphatique inférieur à 5 %) (***fig. 2***). Les aires de drainage habituellement concernées par le curage sont les aires I, II et III. Une atteinte des aires IV et/ou V est considérée comme une atteinte à distance

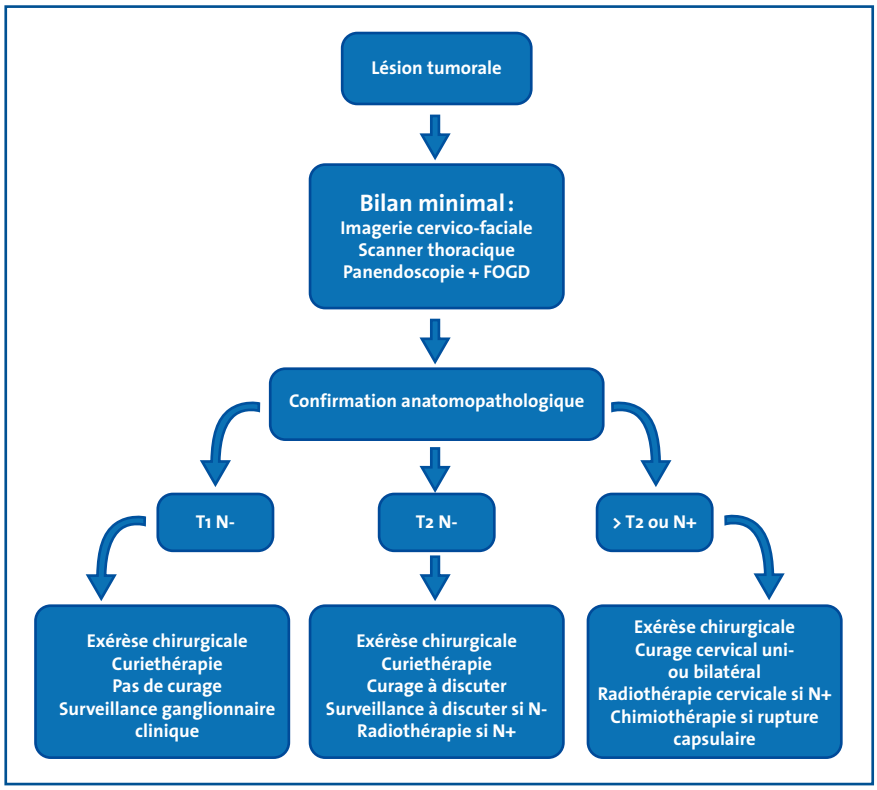

FIG. 2 : Arbre décisionnel de prise en charge lors de la présentation en RCP pour mise en traitement (première localisation isolée).

et doit faire rechercher une métastase à distance avant tout geste chirurgical.

Indications de reconstruction

La reconstruction intervient suite à l'exérèse en marges saines de la tumeur. Il faut respecter autant que possible le fonctionnel et l'esthétique pour un résultat optimal, en utilisant la règle du "*like-to-like*", et donc en utilisant de préférence les tissus de la lèvre adjacente [10].

1. PDS de moins d'un tiers de la lèvre inférieure

En cas de perte de substance (PDS) totale inférieure à la moitié de la longueur totale de la lèvre inférieure (soit une tumeur mesurant environ le tiers de la longueur totale de la lèvre inférieure) et n'intéressant pas la commissure labiale, une suture directe en 3 plans de la lèvre peut être effectuée [9-11]. Les tracés préopératoires au stylo dermographique repèrent les contours de la tumeur, les marges effectuées (1 cm dans le cas d'un carcinome épidermoïde), et le tracé des futures incisions. La ligne de Klein peut être tatouée au bleu de méthylène à l'aide d'une aiguille orange afin de contrer les effets combinés de l'œdème et de l'infiltration. On procède ensuite à une infiltration sous-cutanée adrénalinée au minimum 15 minutes avant l'incision afin de diminuer les saignements peropératoires.

L'exérèse de la lésion est réalisée par résection triangulaire ou cunéiforme, de pleine épaisseur (***fig. 3***). Une fois l'exérèse de la lésion réalisée, le plan musculaire de l'orbiculaire est suturé en premier sans tension afin d'éviter le risque d'apparition d'encoches inesthétiques.

FIG. 3 : Indication d'exérèse et suture directe, photo après résection carcinologique de la lésion labiale inférieure gauche.

FIG. 4 : Résultat postopératoire de la suture directe d'une perte de substance de taille inférieure au tiers de la longueur totale de la lèvre inférieure.

Cependant, on peut s'aider par la mise en place en premier lieu d'un point sur la ligne de jonction cutanéo-muqueuse, qu'il est indispensable de respecter. On suture ensuite le plan muqueux au fil résorbable, puis le plan cutané (***fig. 4***).

Il est recommandé, en postopératoire, d'éviter les mimiques faciales forcées [11], les efforts d'aspiration et autres sollicitations faciales importantes. Une alimentation molle et tiède est conseillée pendant une dizaine de jours. La pose d'une sonde naso-gastrique peut être indiquée.

2. PDS dépassant la moitié de la lèvre inférieure

Dans le cadre de lésions dépassant en taille la moitié de la lèvre inférieure, sans atteinte des structures adjacentes (joue, os…), l'utilisation de lambeaux locaux permet une reconstruction avec des résultats esthétiques et fonction-

RECONSTRUCTION

POINTS FORTS

- Les facteurs de risque : tabac + alcool, exposition UV, traumatismes chroniques.
- Le bilan : bilan ORL complet, imagerie cervico-thoracique, fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD), anatomopathologie.
- Si la lésion est inférieure ou égale au tiers de la longueur totale de la lèvre, l'indication chirurgicale est l'exérèse, puis la suture directe.
- Si la lésion est supérieure à un tiers et inférieure à deux tiers de la longueur de la lèvre : latéralement, on propose un lambeau d'Abbé-Estlander ; médialement, on propose un lambeau de Karapandzic.
- En cas d'atteinte totale de la lèvre, le lambeau de Camille Bernard est indiqué.
- En cas d'atteinte musculaire, cutanée ou osseuse, un lambeau libre peut être proposé.

nels satisfaisants, lesquels sont sous la dépendance de la vascularisation labiale. Celle-ci est assurée par les artères coronaires supérieures et inférieures, dont le trajet, grossièrement horizontal, chemine dans le plan compris entre le plan profond de l'orbiculaire profond et le plan des glandes salivaires accessoires, et se projette en regard de la jonction cutanéo-muqueuse labiale. Ce réseau vasculaire présente de nombreuses variations et des anastomoses droite-gauche aléatoires.

Au vu des nombreuses variations de présentation des cancers de la lèvre inférieure, il est difficile de poser de manière exacte les indications de reconstruction. Il existe cependant des tailles et des localisations de lésions pour lesquelles certaines techniques sont préférentiellement indiquées, éventuellement en les combinant entre elles.

Indications de lambeaux locaux

● **En cas d'atteinte de la lèvre blanche** sans exérèse de pleine épaisseur, des lambeaux "classiques" de rotation et/ou d'avancement peuvent être proposés, jouant sur la laxité des structures adjacentes pour un résultat optimal (lambeau bifolié, en W, etc.) [12].

● **En cas d'atteinte de la lèvre rouge** sans exérèse de pleine épaisseur focale (grand axe inférieur à 1 cm), il est conseillé de réaliser une exérèse de pleine épaisseur suivie d'une suture directe. Le résultat est fonctionnellement et esthétiquement satisfaisant.

Concernant les atteintes superficielles précancéreuses étendues de la lèvre rouge (plages de chéilite actinique, dysplasie étendue), il est conseillé de réaliser une résection complète du vermillon (vermillonectomie) et de reconstruire la lèvre par lambeau rétro-labial [9] (***fig. 5 et 6***). L'exérèse partielle du vermillon n'est pas conseillée au vu de résultats esthétiques décevants, et le lambeau rétro-labial est mieux toléré et aussi efficace que d'autres lambeaux linguaux ou buccaux. L'intervention consiste en une exérèse superficielle de toute la lèvre rouge, sur une hauteur de quelques millimètres. Un lambeau d'avancée rétro-labiale est réalisé par dissection du plan muqueux labial inférieur jusque dans le sillon vestibulaire, puis suturé à la lèvre blanche afin de re-draper le tissu sous-cutané labial inférieur.

FIG. 5 : Tracé chirurgical préopératoire d'une vermillonectomie totale pour chéilite actinique (d'après [9]).

FIG. 6 : Résultat postopératoire après vermillonectomie totale et reconstruction par lambeau d'avancée rétro-labiale (d'après [9]).

● **En cas d'atteinte labiale nécessitant une exérèse de pleine épaisseur allant d'un tiers à deux tiers de la longueur totale de la lèvre inférieure**

>>> Pour une résection latérale, le lambeau d'Abbé [9] est parfaitement adapté. Après résection de la lésion, un lambeau hétéro-labial prélevé sur la lèvre supérieure est levé selon la règle des tiers (règle qui définit qu'une suture directe peut être effectuée pour une perte de substance labiale inférieure au tiers de la longueur totale de la lèvre supérieure). Ce lambeau labial supérieur pédiculé sur l'artère labiale supérieure correspondante laisse donc une perte de substance

FIG. 7 : Perte de substance labiale inférieure et lambeau d'Abbé en cours de dissection avant rotation et suture, avec contre-incision dans le pli narinaire gauche.

FIG. 8 : Fin du premier temps de reconstruction labiale inférieure par lambeau d'Abbé, lambeau en place et site donneur labial supérieur suturé.

FIG. 9 : Résultat esthétique à distance d'une reconstruction de perte de substance latérale de la lèvre inférieure par lambeau d'Abbé.

locale d'un tiers de lèvre, qui sera suturée directement plan par plan.

Le lambeau labial supérieur pédiculé sur les fibres superficielles de l'orbiculaire (protégeant ainsi l'artère sous-jacente) subit une rotation à 180° (***fig. 7 et 8***), l'axe de rotation étant le plus proche possible de la commissure labiale, et permet la réparation de la perte de substance labiale inférieure plan par plan. Un sevrage sera effectué à partir de 3 semaines, possiblement sous anesthésie locale (***fig. 9***).

Il est important d'informer le patient qu'une sonde naso-gastrique peut être nécessaire en raison de la limitation d'ouverture de bouche. Si ce n'est pas le cas, une alimentation riche, liquide, éventuellement aidée de compléments alimentaires, est débutée.

>>> Pour une exérèse réalisée en situation centrale, le lambeau de Karapandzic peut être proposé, et offre l'avantage d'une conservation de l'orbiculaire et de sa fonction. Après exérèse de la lésion, l'incision des lambeaux est faite dans les sillons nasogéniens, avec une horizontalisation du trait d'incision, en regard du niveau caudal de l'incision d'exérèse, mené jusqu'à cette zone de résection (***fig. 10***). On poursuit par la dissection de l'espace entre le plan profond de l'orbiculaire et la muqueuse labiale humide afin d'individualiser les artères

FIG. 10 : Vue peropératoire des incisions du lambeau de Karapandzic, suivant les plis nasogéniens puis horizontalisées jusqu'à la zone de résection chirurgicale.

FIG. 11 : Résultat postopératoire immédiat après reconstruction par lambeau de Karapandzic d'une perte de substance labiale inférieure médiale.

FIG. 12 : Résultat esthétique à distance d'une reconstruction labiale inférieure par lambeau de Karapandzic.

coronaires labiales. Les deux lambeaux sont ensuite rapprochés et suturés plan par plan [9] (***fig. 11 et 12***).

• En cas d'atteinte labiale nécessitant une exérèse de pleine épaisseur allant de deux tiers à la totalité de la longueur totale de la lèvre inférieure

Le but de ce type de reconstruction est principalement d'assurer la continence labiale. Les résultats fonctionnels et esthétiques sont moins bons que ceux des lambeaux ci-dessus. La technique la plus répandue est celle de Camille Bernard modifiée par Webster. Cette reconstruction consiste en la réalisation de deux lambeaux jugaux d'avancement par excision de deux triangles cutanés. Les triangles d'excision sont tracés pointe vers l'extrémité céphalique, leur base repose sur la ligne intercommissurale et mesure environ la moitié

Reconstruction

de la perte de substance à remplacer. Après exérèse cutanée, les lambeaux inférieurs créés sont rapprochés, avec si besoin une contre-incision arciforme à concavité inférieure à leur partie inférieure pour limiter le risque de plicature inesthétique [9, 11]. Cette technique est complétée par une reconstruction de la muqueuse endobuccale par prélèvement de deux lambeaux muqueux jugaux avancés afin de reconstruire la muqueuse labiale et le vermillon. Si elle permet un résultat esthétique satisfaisant, les résultats fonctionnels sont quant à eux médiocres, avec un déficit fréquent de continence labiale.

Enfin, des lambeaux libres tels que le lambeau *gracilis* ont été décrits, avec des possibilités de suture nerveuse et de récupération de motricité labiale [13]. Bien entendu, en cas d'atteinte osseuse ou cutanée étendue, des lambeaux à distance tels que le lambeau de fibula ou le lambeau antébrachial peuvent être indiqués, mais ils ne seront pas développés dans cet article.

Conclusion

De nombreuses solutions sont disponibles dans le cadre de la reconstruction labiale après exérèse carcinologique, basées sur la laxité naturelle de la lèvre, sur la vascularisation riche de la face et sur les principes "classiques" des lambeaux locaux.

Il est important, dans le but de réaliser une reconstruction adaptée, d'anticiper la taille et la localisation de la perte de substance afin de programmer précisément le geste opératoire et ses suites (***fig. 13***). Si les pertes de substance de moins de la moitié de la lèvre peuvent être suturées directement avec de bons résultats, les exérèses plus larges imposent des reconstructions plus lourdes, aux résultats moins satisfaisants. Il est également important de faire prévaloir, dans le premier temps opératoire, la fonction labiale sur l'esthétique, qui pourra être améliorée dans un second temps. Enfin, il est essentiel de ne pas méconnaître une lésion ORL synchrone et de réaliser un bilan d'extension correct avant tout geste chirurgical important.

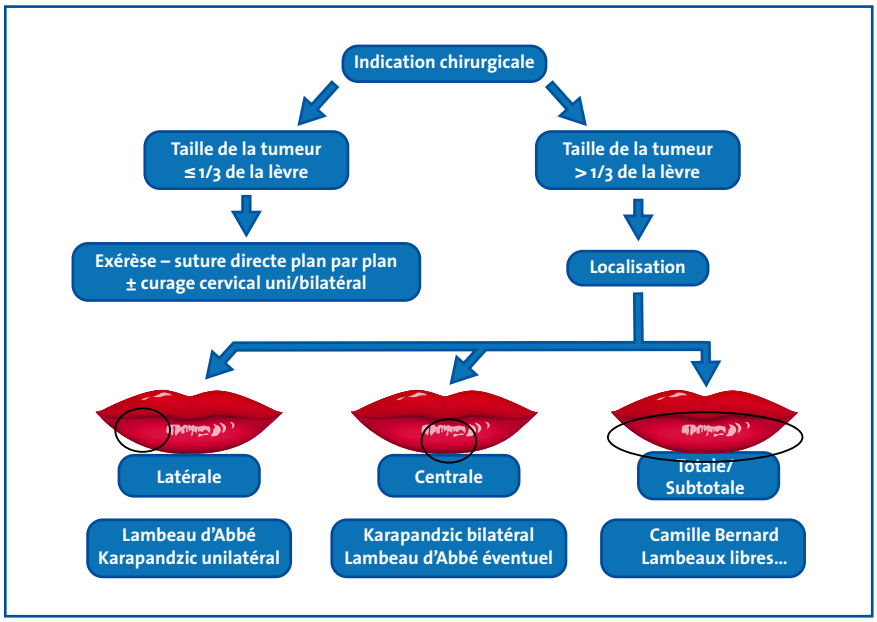

FIG. 13 : Arbre décisionnel des indications de reconstruction chirurgicale en fonction de la taille de la perte de substance.

Bibliographie

1. MARUCCIA M, ONESTI MG, PARISI P *et al.* Lip cancer: a 10-year retrospective epidemiological study. *Anticancer research*, 2012;32:1543-1546.
2. GÉRAUD C, KOENEN W, NEUMAYR L *et al.* Lip cancer: retrospective analysis of 181 cases. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2012;10:121-127.
3. BEN SLAMA L. Carcinomes des lèvres. *Presse Med*, 2008;37:1490-1496.
4. BEAUVILLAIN DE MONTREUIL C, MALARD O, VINCENT C. Pathologies de la muqueuse buccale. Rapport de la Société Française d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, chapitre 8, 2009.
5. PARKIN DM, FERLAY J, CURADO MP *et al.* Fifty years of cancer incidence: CI5 I-IX. *Int J Cancer*, 2015;127:2918-2927.
6. MOORE SR, JOHNSON NW, PIERCE A *et al.* The epidemiology of lip cancer: a review of global incidence and etiology. *Oral Dis*, 1999;5:185-195.
7. Recommandations pour la pratique clinique, bilan préthérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS, SFORL.
8. MAZERON R, HAIE-MÉDER C, MAZERON JJ *et al.* Curiethérapie dans les cancers de la tête et du cou. *EMC-Oto-rhino-laryngologie*, 2010:1-16 [Article 20-901-C-10]
9. MALARD O, MICHEL G, ESPITALIER F. Chirurgie des tumeurs des lèvres. EMC - *Techniques chirurgicales - Tête et cou*, 2013;8:1-15 [Article 46-238]
10. BRIX M. Principes généraux de la chirurgie des lèvres. *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 2002:47:413-422.
11. MERESSE T, CHAVOIN JP, GROLLEAU JL. Chirurgie réparatrice des lèvres. EMC-*Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, 2010:1-16 [Article 45-555]
12. LEBEAU J, SADEK H. Les lèvres dépassées. Techniques de reconstruction et indications. *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 2002 ;47:503-519.
13. COSKUNFIRAT OK, BEKTAS G, CINPOLAT A *et al.* Experiences with functional gracilis muscle flap in lower lip reconstruction. *Microsurgery*, DOI 10.1002/micr.22431 [Epub ahead of print]

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.