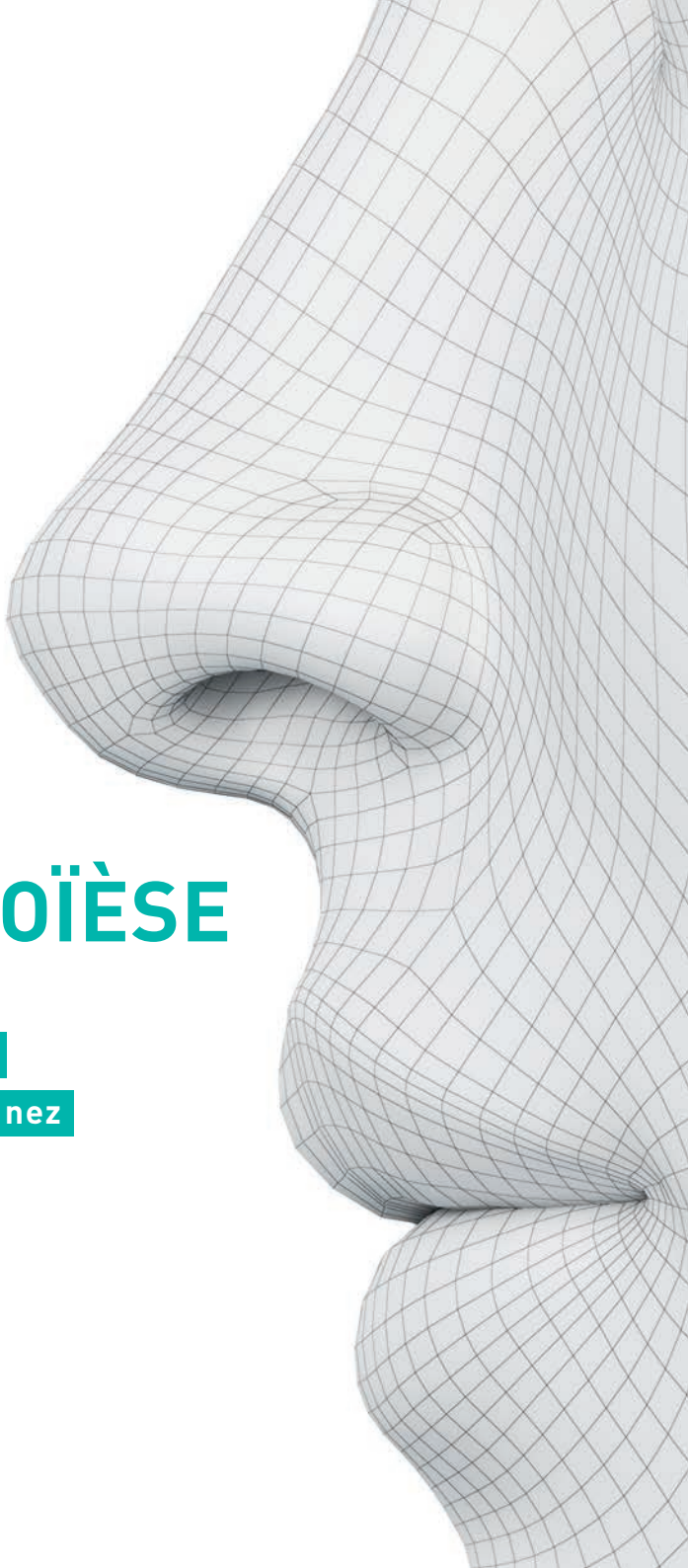


RHINOPOÏÈSE

Reconstruction

totale des pertes

de substances du nez



La rhinopoièse est une opération de chirurgie réparatrice consistant à reconstruire totalement le nez en utilisant les tissus propres du patient. Quelle que soit la méthode employée, une reconstruction des trois couches de tissus composant le nez est indispensable (la muqueuse interne, l'os et le cartilage, et la peau externe).

OBJECTIFS DE LA RECONSTRUCTION NASALE

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer la perte de tissu pour améliorer la qualité de vie et l'esthétique du patient.

ALTERNATIVE À LA RHINOPOÏÈSE

L'épithèse ou prothèse de nez est une alternative à la reconstruction du nez par des tissus vivants provenant du patient. Un épithésiste fabrique un nez artificiel en silicone en fonction de votre visage et de vos photos préalables à la perte de votre nez.



Elle a l'avantage :

- de permettre de respirer confortablement,
- d'avoir un rendu esthétique proche d'une vraie peau,
- d'être prise en charge par la sécurité sociale,
- d'être plus simple et plus rapide à réaliser, comparé à la rhinopoièse.

Elle a le désavantage :

- de ne pas être portée pendant les baignades (piscine, eau de mer, etc.) ni la nuit,
- de devoir être maintenue par de la colle, des lunettes ou des aimants sur des implants osseux,
- de nécessiter un entretien régulier,
- de devoir être renouvelée en moyenne tous les deux ans, secondairement à un vieillissement des couleurs de la prothèse au cours du temps,
- d'avoir une couleur qui reste fixe, contrairement à la couleur de la peau.



DÉLAIS DE L'INTERVENTION DE RHINOPOÏÈSE APRÈS PRISE EN CHARGE ONCOLOGIQUE

L'intervention de reconstruction de votre nez est réalisée à distance de l'exérèse chirurgicale de la lésion cancéreuse et de la fin de la radiothérapie (au moins 1 an). Ce délai permet d'augmenter les chances de cicatrisation (en la faisant à distance de la radiothérapie) et de vérifier l'absence de récurrence locale avant une reconstruction complexe qui pourrait masquer la récurrence.

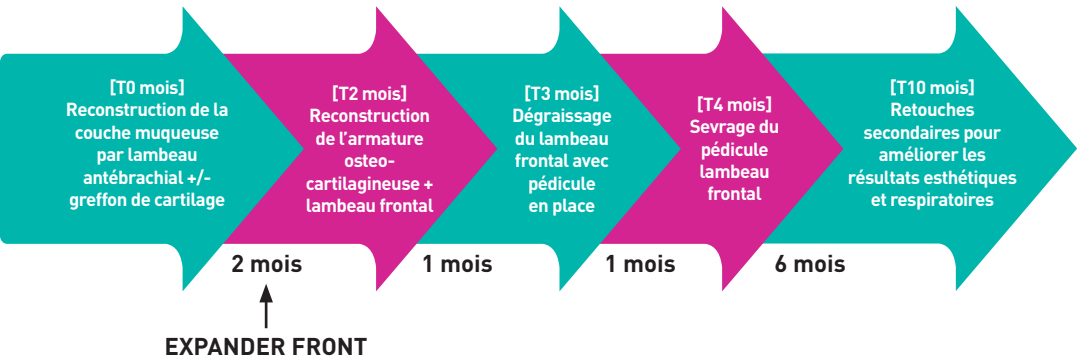
PRINCIPES CHIRURGICAUX DE LA RHINOPOÏÈSE

La reconstruction des trois couches de tissus du nez est obligatoire :

- La couche muqueuse interne (appelée « *lining* ») qui représente la peau à l'intérieur du nez,
- La couche intermédiaire, composée d'os et de cartilages, qui permet de reconstruire une armature solide maintenant la forme du nez,
- La couche de peau externe qui permet de reconstruire la peau extérieure du nez.

Si la reconstruction ne répare pas ces trois couches de tissus, les résultats au long terme ne seront pas de bonne qualité.

Cette reconstruction nécessite **au moins cinq** temps opératoires, réalisés sur environ 12 mois :



Les périodes entre les temps opératoires peuvent varier en fonction de la reconstruction et de votre cicatrisation.

Il n'est donc pas possible d'effectuer une reconstruction nasale complexe à partir de vos propres tissus en moins de 12 mois.

Même si l'impact social et psychologique peut être important, il n'y a pas d'urgence vitale à la réalisation de cette reconstruction et elle peut être planifiée à votre convenance à partir **du moment où les délais de prise en charge oncologique est respectée (au minimum d'un an).**

La rhinopôïèse chirurgicale est prise en charge par la sécurité sociale.

Différentes photos seront prises de vous lors de votre prise en charge. Elles sont nécessaires pour votre suivi mais également pour la planification de votre suivi (Valérie Regard - studio photo - ascenseurs D, au 6^e étage).

AVANT L'INTERVENTION DE RHINOPOÏÈSE

Un bilan préopératoire peut comprendre :

- **Une échographie-doppler des vaisseaux du cou**, permettant de vérifier la qualité des vaisseaux destinés à brancher le pédicule*. Elle indique au chirurgien si les vaisseaux du cou sont de qualité suffisante pour permettre votre intervention, et si un côté est préférable pour le branchement au réseau vasculaire des tissus apportés pour la reconstruction de votre nez.
- **Une imagerie ORL (scanner/IRM) et un scanner thoracique**, permettant le suivi oncologique de la lésion cancéreuse. Il est important de vérifier l'absence de récurrence locale ou à distance avant cette intervention par étapes.
- **Une consultation avec un médecin anesthésiste**. Il est important d'être **sevré du tabac** pour augmenter les chances de succès de cette technique. Votre médecin pourra vous aider en vous prescrivant des patchs et en vous proposant **une consultation spécialisée en addictologie**. Si vous avez perdu du poids, il est également très important de consulter **un diététicien et/ou médecin nutritionniste** et de prendre des **compléments alimentaires** pour pouvoir cicatriser après l'intervention. Le **maintien d'une activité physique** régulière influence également la cicatrisation post opératoire.

LES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS DE RHINOPOÏÈSE

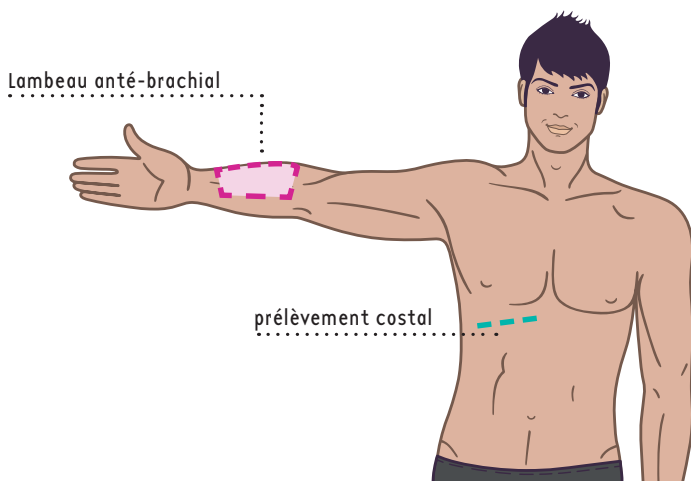
Les différentes étapes chirurgicales suivent la chronologie ci-dessous. En cas de complication il est possible qu'il faille recommencer l'étape ou rajouter des temps opératoires avant de passer à l'étape suivante.

→ 1^{ER} TEMPS OPÉRATOIRE

Reconstruction de la couche muqueuse interne du nez par lambeau antébrachial +/- greffe de cartilage

Le lambeau antébrachial radial (provenant de la face antérieure de l'avant-bras) est généralement le lambeau utilisé car il permet d'apporter une peau très fine et de grande qualité. Le prélèvement est généralement effectué si possible sur la main non dominante.

Il s'agit d'un « lambeau libre », c'est-à-dire que l'on va prélever des tissus d'un endroit éloigné de votre visage pour réparer votre nez.



À la différence de la greffe, le lambeau est vascularisé car il est prélevé avec son pédicule* (artère, veine). Le sang circule dans les tissus prélevés, apportant une bien plus grande qualité de résultat que toutes les autres techniques chirurgicales. Son pédicule est initialement sectionné, puis le lambeau est transféré à l'endroit de votre futur nez, les vaisseaux sont amenés à la région cervicale par un tunnel effectué sous la peau. Il est ensuite rebranché avec une artère et une veine de votre cou, c'est ce qu'on appelle les anastomoses*. Le sang circule donc à nouveau dans le lambeau après les anastomoses et les tissus restent vivants. La vitalité et le bon fonctionnement de ce lambeau dépendent de l'apport sanguin effectué par l'artère et de la vidange sanguine effectuée par la veine.

Un greffon de cartilage de côte (à gauche ou à droite) pourra être prélevé durant ce premier temps pour commencer à reconstruire l'armature de votre nez. L'intervention sous anesthésie générale dure entre 6 h et 8 h.

Des drains aspiratifs et de drainage, qui permettent d'éviter la survenue d'hématome, seront placés sur le site du prélèvement du lambeau ou de la côte ainsi que sur votre cou et laissés en place quelques jours. Leur retrait se fera avant votre sortie d'hospitalisation par une infirmière.

La fermeture du site de prélèvement du lambeau est généralement effectuée à l'aide d'une greffe de peau prélevée au niveau de la cuisse ou de l'avant-bras. Une attelle plâtrée pourra être mise en place au niveau de l'avant-bras, pour une durée d'environ 10 jours.

La zone donneuse et receveuse de la greffe de peau cicatriseront avec des pansements adaptés. Il peut également être décidé de laisser la zone de l'avant-bras cicatriser toute seule à l'aide de pansements adaptés.

La partie nasale n'est pas couverte par un pansement, pour permettre la surveillance de la bonne circulation du sang du lambeau.

Les lambeaux sont des transferts tissulaires incluant leur propre vascularisation. Cette dernière impose une surveillance rapprochée afin de dépister des complications éventuelles dans les plus brefs délais et de réagir en conséquence. C'est pourquoi après votre chirurgie vous serez hospitalisé en unité de surveillance continue chirurgicale (USCC), au pendant une période de 48 h à 72 h, où vos proches pourront vous rendre visite.

Vos constantes seront surveillées (pression artérielle, saturation en oxygène, ...). Le maintien de constantes stables permet la meilleure perfusion du lambeau libre. Des transfusions sanguines pourront également être nécessaires pour la bonne oxygénation du lambeau.

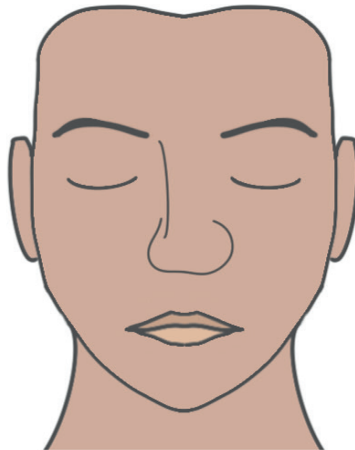
Par ailleurs, l'équipe médicale (chirurgiens, internes, réanimateurs) et paramédicale (infirmiers) surveillera plusieurs fois dans la journée l'aspect extérieur du lambeau (sa couleur, sa chaleur, et son temps de recoloration après une légère pression).

Les suites opératoires peuvent être douloureuses au niveau du site de prélèvement (surtout au niveau de la côte), pouvant nécessiter l'utilisation d'antalgiques de type morphine. Une technique antidouleur par anesthésie des nerfs au niveau du site donneur (appelé « bloc nerveux ») vous sera proposée en consultation d'anesthésie, en complément de l'anesthésie générale, pour assurer votre confort après l'intervention. Le bloc nerveux sera réalisé durant votre intervention. Ces antalgiques seront ensuite relayés par des antalgiques moins puissants prescrit à la demande.

Une antibiothérapie et des lavages de nez au sérum physiologique pourront vous être délivrés. Les pansements seront réalisés régulièrement.

Sans complications, une hospitalisation totale entre une et deux semaines est habituellement nécessaire pour ce premier temps opératoire. A ce stade l'aspect du nez un très grossier, et il est souvent difficile de respirer normalement.

Des conformateurs nasaux pourront être mis en place dès le lendemain de l'intervention. Ils devront être mis en place jour et nuit pendant plusieurs mois.



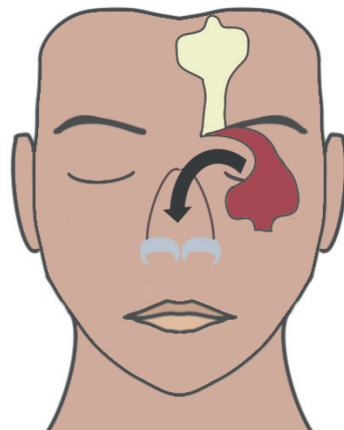
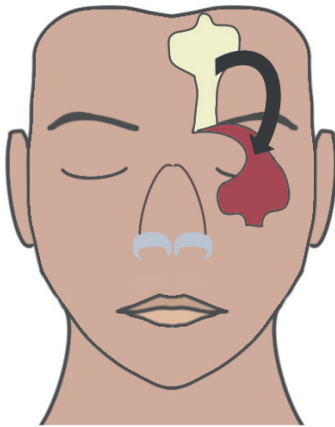
→ 2^E TEMPS OPÉRATOIRE

Reconstruction de l'armature osseuse et cartilagineuse du nez + lambeau frontal (couche externe)

Un ou plusieurs greffons cartilagineux (provenant d'une côte et/ou de la conque de l'oreille) seront prélevés pour continuer à reconstruire l'armature de votre nez. Le prélèvement de cartilage n'a pas besoin de pédicule pour fonctionner, et pourra être effectué à gauche comme à droite.

Le lambeau frontal sera ensuite prélevé sur votre front. Il s'agit alors à nouveau d'un prélèvement de peau et de muscle avec un pédicule* vasculaire, mais qui cette fois-ci restera attaché. Le côté sera défini par votre chirurgien. La zone donneuse du front est fermée sur elle-même et réalise une cicatrice verticale sur votre front, et une zone proche de vos cheveux peut être laissée en cicatrisation dirigée.

Une partie chevelue peut même être prélevée et se retrouver au niveau de la pointe de votre nez. Du laser fait à distance permettra de retirer ces cheveux de manière définitive (non pris en charge, prix variable, compter environ 5-7 séances). Une greffe de peau pourra être réalisée autour du pédicule pour éviter toute tension de la peau (en prélevant la greffe derrière l'oreille ou dans une zone peu visible de votre cou).

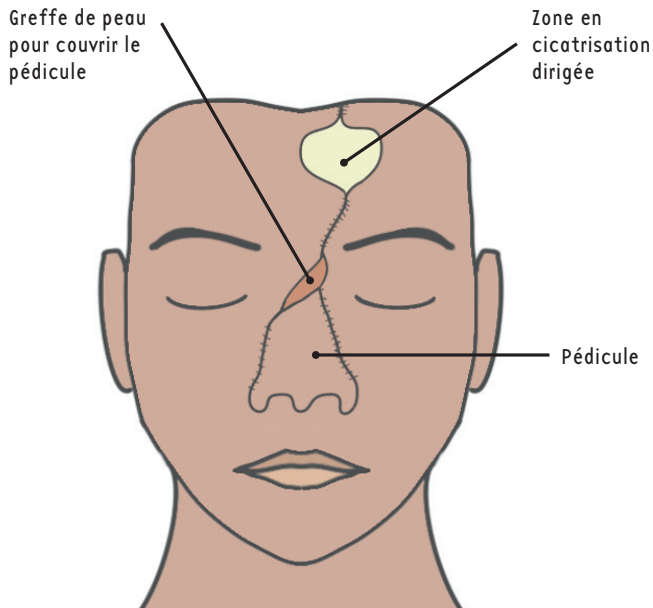


Laisser le pédicule du lambeau frontal attaché peut vous gêner car il se situera devant le champ visuel de l'un de vos deux yeux, et pourra gêner le port de lunettes. Il est fortement déconseillé de porter des lunettes durant plusieurs semaines car cela risquerait de comprimer le pédicule, amenant à un échec de votre chirurgie par nécrose du lambeau (= souffrance cutanée), le sang ne circulant plus dedans. Une fois le pédicule enlevé (au 4^e temps opératoire), vous pourrez remettre vos lunettes.

Des suintements peuvent survenir et peuvent nécessiter de mettre des pansements, sinon ils ne sont souvent pas nécessaires. Une antibiothérapie et des lavages de nez au sérum physiologique pourront vous être délivrés. L'intervention, sous anesthésie générale, dure entre 6 h et 8 h.

A ce stade la reconstruction commence à ressembler à un nez, mais il est très volumineux.

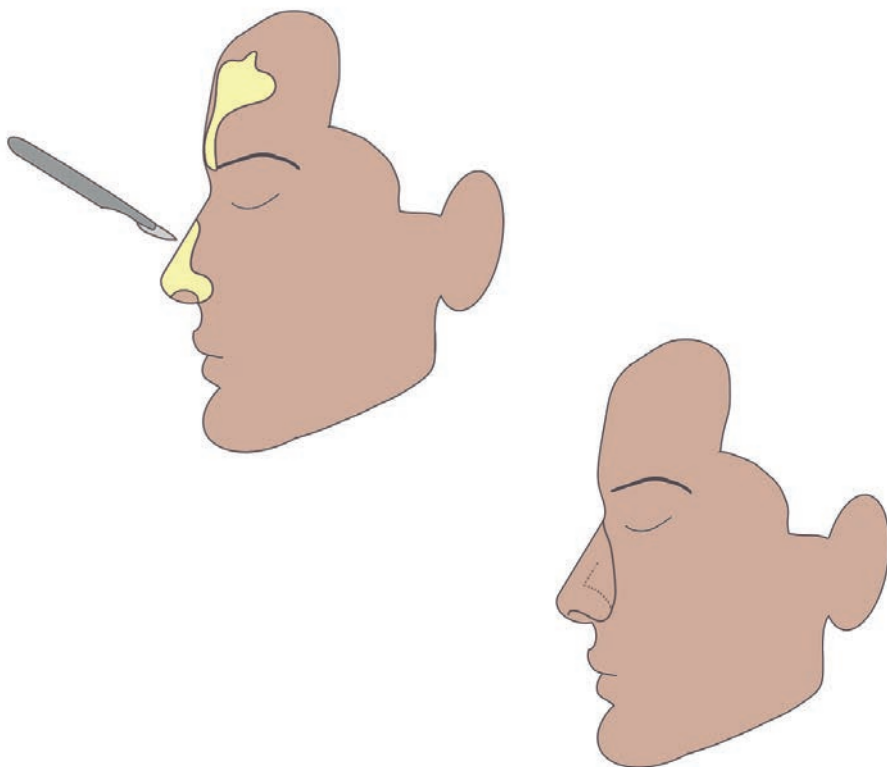
Si la hauteur de votre front ne permet pas la reconstruction totale, une étape supplémentaire devra être ajoutée en amont afin de mettre en place un ballon sous votre front pour expandre la peau.



Sans complications, une hospitalisation totale entre une et deux semaines est habituellement nécessaire.

→ 3^E TEMPS OPÉRATOIRE

Dégraissage* du lambeau frontal en gardant le pédicule attaché



■ dessin du Dr Roxane Elaldi

Ce temps opératoire permet d'affiner le nez qui est souvent trop gros, tout en gardant la vascularisation du lambeau pour ne pas risquer de zones de nécrose.

Ce temps permet de remodeler ou de replacer les cartilages de votre nouveau nez si cela est nécessaire, afin de réellement le sculpter chirurgicalement et lui donner sa forme.

L'intervention, sous anesthésie générale, dure entre 2 h et 3 h.

Sans complications, une hospitalisation totale de quelques jours est habituellement nécessaire.

→ 4^E TEMPS OPÉRATOIRE

Sevrage du pédicule du lambeau frontal

Ce temps opératoire permet de couper le pédicule du lambeau frontal qui gênait votre vision.

L'intervention permet également de replacer votre sourcil du même côté qui était descendu à cause du pédicule.

Un dégraissage et des retouches de votre nouveau nez pourront également être faits durant ce 4^e temps opératoire.

L'intervention, sous anesthésie générale, dure entre 2 h et 3 h.

Sans complications, une hospitalisation totale de quelques jours est habituellement nécessaire.



→ 5^E TEMPS OPÉRATOIRE

Ce temps opératoire permet de diminuer l'épaisseur des orifices narinaux pour augmenter le passage d'air dans votre nouveau nez.

Un dégraissage et des retouches de votre nouveau nez pourront également être faits durant ce 5^e temps opératoire.

Il est en général fait entre 4 et 6 mois après le 4^e temps.

L'intervention sous anesthésie générale dure entre 1 h et 2 h et est très souvent nécessaire pour obtenir un résultat optimal.

Sans complications, une hospitalisation totale de quelques jours est habituellement nécessaire. Elle peut être aussi faite en ambulatoire.

LES IMPERFECTIONS DE RÉSULTATS DE LA RHINOPOÏÈSE

Il est malheureusement impossible de reconstituer parfaitement votre nez tel qu'il était avant. Des variations de volume et de forme peuvent apparaître.

La palpation et la rigidité de votre nouveau nez seront différentes de celles avant l'amputation de votre nez.

Les cicatrices feront l'objet d'une surveillance attentive ; il est fréquent qu'elles prennent un aspect rosé et gonflé au cours des premiers mois post-opératoires. Elles s'estompent en général pour être moins visibles mais ne disparaissent pas complètement.

Les cicatrices peuvent parfois rester un peu trop visibles et présenter différents aspects disgracieux qui peuvent nécessiter un traitement spécifique.

La respiration pourra être aussi plus difficile que lorsqu'il n'y avait pas de reconstruction.

LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES DE LA RHINOPOÏÈSE

Les reconstructions sont des interventions chirurgicales complexes et invasives qui comportent des risques.

Des complications peuvent survenir, certaines d'ordre général, inhérentes à tout acte chirurgical, d'autres loco-régionales plus spécifiques de la reconstruction des voies aéro-digestives supérieures*.

Il faut distinguer les complications liées à l'anesthésie générale de celles liées au geste chirurgical.

- En ce qui concerne l'anesthésie, une consultation est indispensable avant chaque nouvelle intervention. Le médecin anesthésiste vous précisera les risques de l'anesthésie générale et vous exposera les différents moyens de lutte contre la douleur post-opératoire.
- En ce qui concerne le geste chirurgical : en choisissant un chirurgien ORL, maxillo-facial ou plasticien qualifié et compétent, formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement. La majorité des interventions se passe sans aucun problème mais les complications doivent cependant être connues et bien comprises.

C'EST AINSI QUE L'ON PEUT OBSERVER :

- **L'infection** : risque présent lors de tout geste chirurgical qui nécessite un traitement antibiotique adapté et parfois une reprise chirurgicale pour drainage.
- **Le pneumothorax** : le prélèvement de la côte peut entraîner une plaie dans votre plèvre et donc nécessiter la pose d'un drain pendant quelques jours.
- **L'hématome** : risque inhérent à tout geste chirurgical. Cette complication peut nécessiter une reprise chirurgicale précoce.
- **La désunion des sutures** : des troubles de la cicatrisation peuvent prolonger votre hospitalisation et éventuellement nécessiter une nouvelle intervention, notamment en cas de lâchage des sutures entre le lambeau et la zone receveur, ce que l'on appelle une désunion.
- **Nécrose du lambeau libre antébrachial radial** : un caillot sanguin peut se former au niveau des anastomoses du pédicule vasculaire* de votre lambeau. Dans ce cas, il peut être nécessaire d'intervenir de nouveau sous anesthésie générale pour essayer de retirer ce caillot, bloquant la circulation du sang. Si cela ne fonctionne pas, il faut parfois retirer le lambeau et en réaliser un nouveau.
- **Nécrose du lambeau frontal à pédicule non détaché** : une nécrose partielle ou totale du lambeau frontal peut survenir. Dans ce cas, il peut être nécessaire d'intervenir de nouveau sous anesthésie générale pour enlever les zones de peau non viable. Si cela ne fonctionne pas, il faut parfois retirer le lambeau et en réaliser un nouveau.
- **Troubles de la cicatrisation** : ils peuvent survenir sur le site de prélèvement du lambeau comme sur le site du visage ou du cou. Votre hospitalisation peut en être prolongée.

La fréquence et la gravité de ces différentes complications sont majorées en cas de radiothérapie préalable, de dénutrition sévère ou de poursuite de l'intoxication tabagique ou alcoolique dans les semaines qui précèdent l'intervention.

LES SÉQUELLES

Les séquelles de l'intervention sont principalement liées aux cicatrices effectuées sur les différents sites (avant-bras, thorax, front).

Une hypoesthésie (difficulté de sensibilité) du pouce peut persister après le prélèvement d'un lambeau libre antébrachial radial.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée ».

Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voire la veille de votre intervention.



LEXIQUE

* Pédicule :

Ensemble artère et veine qui permet de vasculariser le lambeau. Il peut être également constitué d'un nerf dans certain type de lambeau.

* Anastomoses :

Sutures microchirurgicales, faites par le chirurgien pour connecter deux vaisseaux ou deux nerfs. Il les fait à l'aide de loupes chirurgicales ou d'un microscope car les vaisseaux sont de très petits calibres. C'est ce qu'on appelle de la microchirurgie.

* Voies aéro-digestives supérieures :

Désignent classiquement les sites anatomiques suivants : la cavité buccale, le pharynx, le larynx, l'œsophage, les fosses nasales et les sinus.

* Dégraissage :

Geste chirurgical qui permet de diminuer l'épaisseur de hypoderme ou de la graisse sous-cutanée.

DÉPARTEMENT ANESTHÉSIE CHIRURGIE ET INTERVENTIONNEL

SERVICE DE CANCÉROLOGIE TÊTE ET COU

Tél. : 01 42 1151 94
comité-ork@gustaveroussy.fr

SERVICE DE CHIRURGIE PLASTIQUE

Tél. : 01 42 11 65 36
chirurgie-plastique@gustaveroussy.fr



114, rue Édouard-Vaillant
94805 Villejuif Cedex - France

www.gustaveroussy.fr

