

Séquelles modérées de noma : intérêts du lambeau naso-génien

Trendel D¹, Martin JP², Martins-Carvalho C³

1. Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, Hôpital d'instruction des armées Legouest Metz.
2. Service de chirurgie maxillo-faciale, Hôpital d'instruction des armées Clermont Tonnerre Brest
3. Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, Centre hospitalo-universitaire Morvan, Brest.

Med Trop 2009 ; **69** : 97-100

RÉSUMÉ • Le noma est une affection gangrèneuse de la face qui détruit les tissus mous et durs, affecte le plus souvent les enfants en bas âge, vivant dans de mauvaises conditions générales, et à l'hygiène buccale insuffisante. Sans traitement, l'issue du noma est fatale dans 70 à 90% des cas. Les survivants peuvent présenter de lourdes séquelles esthétiques et fonctionnelles. Une antibiothérapie en urgence permet d'améliorer le taux de survie. Au stade des séquelles, le traitement repose principalement sur la chirurgie. De nombreuses techniques, de complexité et de fiabilité variables ont été décrites. Dans cet article, la technique du lambeau naso-génien est décrite. Elle répond aux exigences de la chirurgie en Afrique : simplicité et chirurgie en un temps.

MOTS-CLÉS • Noma. Cancrum oris. Lambeau naso-génien. Gingivite ulcéro nécrosante aiguë. Afrique.

MODERATE SEQUELAE SECONDARY TO NOMA: VALUE OF THE NASOGENAL FLAP

ABSTRACT • Noma is a gangrenous disease leading to destruction of soft and hard tissue of the face. It mainly affects young poor children with poor oral care. Without treatment noma is fatal in 70 to 90% of cases. In survivors, esthetic and functional sequelae are severe. Emergency intravenous antibiotherapy improves survival but restoration of the face requires reconstructive surgery. Different surgical techniques with various degrees of complexity and reliability have been proposed. The purpose of this article is to describe the nasogenal flap technique. This simple, single-stage technique is well suited to conditions in Africa.

KEY WORDS • Noma. Cancrum oris. Nasogenal flap. Necrotizing stomatitis. Africa.

Le noma est une affection des pays en développement (1). L'OMS craignant une recrudescence du nombre de cas a lancé, depuis 1994, une campagne d'éradication de cette pathologie (2). Le noma est, le plus souvent, une affection du sujet jeune. Les facteurs de risque interagissent les uns avec les autres par un mécanisme complexe (Fig. 1) (3-6).

L'affection, débute par une gingivite ulcéro nécrosante aiguë qui aboutit à une escarre. Cette gingivite est rarement retrouvée du fait de son caractère fugace, et de la difficulté d'acheminement des patients. (3, 7, 8). L'extension vers les tissus mous de la lèvre supérieure (42,4%), de la joue (31,1%) ou du nez est fréquente (9). L'orostome apparaît après la chute de l'escarre; l'atteinte osseuse est plus tardive.

La prise en charge chirurgicale est réalisée au stade des séquelles. Ce stade est défini par l'arrêt de l'extension des nécroses tissulaires. Les séquelles sont constituées par des pertes de substances cutanéomuqueuses mettant l'os et/ou les dents à nu, ainsi que par des zones cicatricielles rétractiles.

L'expérience de praticiens ayant servi plusieurs années en Afrique, permet de rappeler une technique de chirurgie réparatrice : le lambeau naso-génien.

Le traitement des séquelles des nomas

Les séquelles sont esthétiques par les pertes de substances, et fonctionnelles par les brides rétractiles, ossifiantes et récidivantes dans la région mandibulaire.

- Correspondance : domstrend@gmail.com
- Article reçu le 3/03/2008, définitivement accepté le 19/03/2009.

Le bilan évalue l'état nutritionnel, le degré de constriction permanente des mâchoires ; l'âge du patient est relevé. Après avoir recherché d'éventuels facteurs péjoratifs (anémie, drépanocytose, séropositivité VIH), le bilan radiologique évalue l'atteinte osseuse et dentaire (10).

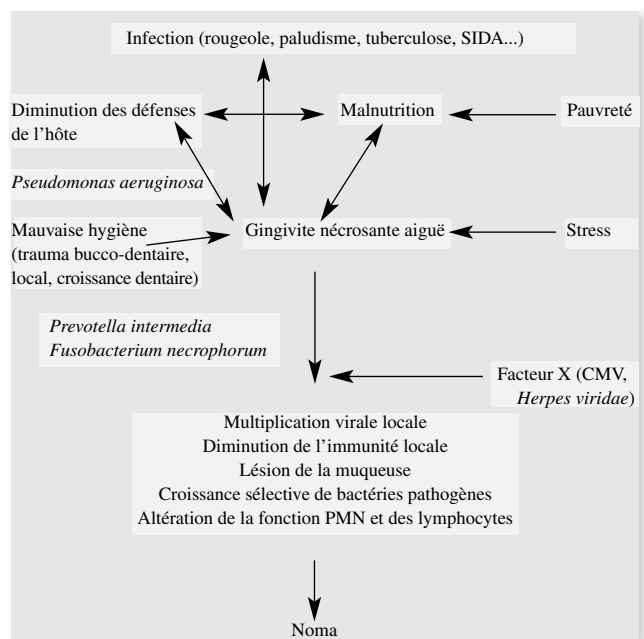


Figure 1. Intrication des facteurs de risque du noma (d'après Enwonwu et al.).
PMM : polymorphonuclear neutrophil.

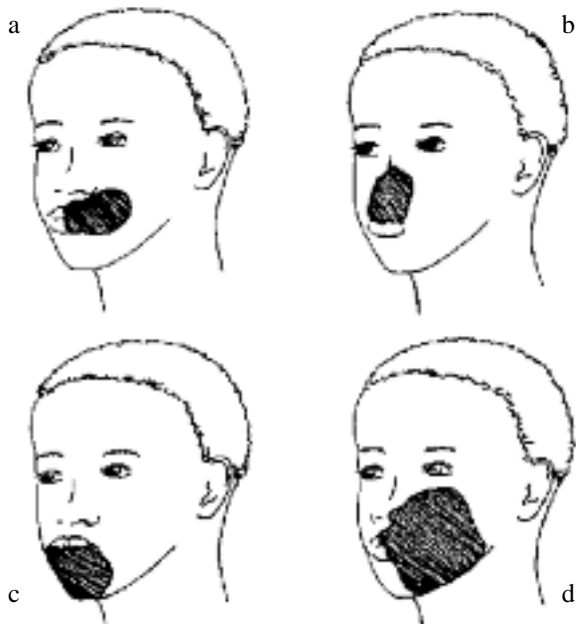


Figure 2. Classification des nomas selon Montandon.

Indications en fonction de l'étendue des lésions

Dans ses publications, Montandon décrit une classification schématique (Fig. 2) des lésions provoquées par le noma (10, 11), à laquelle doivent être rajoutées les notions d'atteintes muqueuses et osseuses précisées dans la classification de Cariou JL (12).

Particularité des lambeaux naso-géniens dans le traitement des séquelles naso-labiales de noma sans trouble de l'ouverture buccale

Caractéristiques

L'expérience africaine de nos Anciens nous a amené à privilégier les lambeaux locaux. Les lambeaux naso-géniens de pleine



Figure 3. Tracé du lambeau naso-génien à pédicule inférieur : la largeur du lambeau est légèrement supérieure à la perte de substance à reconstituer. La longueur correspond à celle du vestibule buccal.



Figure 4a. Jeune fille présentant une atteinte de type IV : la perte de substance concerne la lèvre supérieure, le palatin et le nez.

épaisseur sont des lambeaux de voisinage. Ils ont notre préférence dans la prise en charge de lésions de type II voire III.

Ce choix repose autant sur leur simplicité d'exécution et des soins post opératoires, que sur la qualité satisfaisante du résultat esthétique, en particulier sur le plan de la couleur.

Décrits par G. Ginestet en 1946 dans la revue Odontostomatologie, les lambeaux naso-géniens sont prélevés sur le trajet de l'artère faciale ; ces lambeaux sont donc très richement vascularisés et particulièrement fiables : ils sont dits totaux parce qu'ils comportent tous les plans de la joue, de la peau jusqu'à la muqueuse. Ils pourront donc reconstituer une lèvre complète au prix d'un réajustement de leur épaisseur.

Selon la position de leur pédicule, on distinguera les lambeaux naso-géniens à pédicule supérieur (pour reconstituer la lèvre supérieure ou le nez), ou inférieur (pour les atteintes de lèvre inférieure).



Figure 4b. Résultat post opératoire précoce après la première intervention reposant sur la réalisation de deux lambeaux naso-géniens.



Figure 4c. réalisées après le 2^e temps de correction maxillo-labiale avec lambeau à pédicule inférieur, ainsi qu'après le 3^e temps de remodelage nasal.

Tracé du lambeau (Fig. 3)

La largeur du lambeau est légèrement supérieure à la hauteur de la lèvre ou de la perte de substance à reconstituer.

L'extrémité du bord distal du tracé est au niveau de la future commissure labiale ; à partir de ce point, le lambeau, oblique dans le sens du sillon naso-génien ou de son prolongement inférieur, aura une longueur suffisante pour reconstruire le vestibule buccal.

L'extrémité du lambeau est biseauté pour faciliter la suture de la zone donneuse.

Mise en place des lambeaux (Fig 4.a,b)

L'utilisation de deux lambeaux symétriques nécessite une suture bout à bout en trois plans. Le bord libre de la nouvelle lèvre est dans un premier temps reconstitué par la suture de la muqueuse à la peau, après un éventuel dégraissage du lambeau.



Figure 4d. Résultat esthétique final, à 3 mois de la chirurgie. Une commissuroplastie contro-latérale était prévue en quatrième et dernier temps chirurgical, mais elle a été refusée par la patiente.



Figure 5. Lambeaux naso-géniens à pédicule supérieur en traitement d'un noma stade II chez une fillette.

Au niveau de la lèvre supérieure, la destruction par le noma de l'os maxillaire impose sa reconstruction. Par souci de simplicité, la possible indication de lambeau de calvarium vascularisé est délaissée pour une simple prothèse contre laquelle s'appuie la face muqueuse du lambeau.

La reconstitution du vermillon est réalisée par un lambeau muqueux en rideau, prélevé sur la lèvre opposée.

L'impossibilité fréquente, en raison des barrages vasculaires cicatriciels, d'utiliser deux lambeaux naso-géniens symétriques conduit à associer un lambeau de ce type à un autre lambeau d'avancement ou de rotation.

Plusieurs temps opératoires sont souvent nécessaires.

La réparation nasale est effectuée après correction maxillo-labiale (Fig. 4c).

La reconstruction du tiers supéro-externe de la lèvre par un lambeau d'Estlander et une commissuroplastie contro-latérale améliore le résultat esthétique. Malheureusement elles ont été refusées par la patiente (Fig. 4d).

Autres exemples de lambeaux naso-géniens :

- réalisation à deux reprises d'un lambeau naso-génien à pédicule supérieur pour restaurer une atteinte nasale concernant une partie de la pointe et l'aile narinaire gauche (Fig. 5) ;
- réalisation d'un lambeau naso-génien à pédicule inférieur pour restaurer un orifice narinaire (Fig. 6) ;



Figure 6. réalisation d'un lambeau naso-génien à pédicule inférieur pour restaurer un orifice narinaire.

Discussion

L'utilisation de lambeaux locaux assure de bons résultats en termes de couleur et de texture.

Ils sont recommandés dès les traitements en un temps, car ils nécessitent peu de soins post-opératoires.

En outre, les traitements en un temps offrent plusieurs avantages (13) :

- Ils ont un faible coût de réalisation.

- Ils nécessitent moins de visites de contrôle à l'hôpital, et évitent au patient les problèmes locaux de transport et d'éloignement.

- Enfin, un temps opératoire bref diminue le stress du patient et le risque d'infection secondaire.

Un grand nombre de séquelles de noma comporte des pertes de substances labiales étendues qui pourraient justifier de l'utilisation de lambeaux à distance. En pratique les lambeaux locaux homo ou hétérolabiaux sont souvent suffisants, au prix d'une asymétrie post opératoire souvent bien acceptée. Leur indication est les atteintes modérées sans constriction permanente des mâchoires (14).

En cas d'atteinte nasale, la reconstruction doit, suivant l'importance des lésions, restaurer un, deux ou trois plans (structure cutanée, cartilagineuse et muqueuse) du nez. Ceci permet de restaurer la fonction nasale.

Devant une lésion de lèvre ne dépassant pas le tiers de la longueur, la continence labiale est restaurée en assurant d'emblée la fermeture par mobilisation des deux berges ; au delà, un lambeau hétéro labial est utilisé (11).

La création au niveau du pied du lambeau d'un bourrelet peut nécessiter une excision ultérieure.

Concernant les risques d'incidents post-opératoires, ils sont réduits au maximum par le respect strict des règles de base applicables à la réalisation de tout lambeau pédiculé (respect du pédicule, qualité du sous-sol, suture sans tension...).

Sur le plan dentaire, les dents mal positionnées et irrécupérables seront extraites. Les autres seront conservées tant qu'elles ne compromettent pas la viabilité du lambeau.

Les cicatrisations hypertrophiques ou chéloïdiennes sont des complications fréquentes sur peau noire. Elles sont difficilement corrigibles mais possibles.

La réalisation de ces lambeaux est plus aisée chez les sujets âgés qui présentent une plus grande laxité tissulaire. Parfois chez les enfants en bas âge, le peu d'élasticité des tissus, couplé à la difficulté des soins post opératoires et aux contraintes liées à la croissance, peuvent inciter à différer le traitement.

Conclusion

Affection des enfants des pays en développement, le noma occasionne des séquelles esthétiques et fonctionnelles majeures.

Sa prévention repose sur un dépistage et un traitement précoces des gingivites nécrosantes aiguës, ainsi que sur une diminution de la pauvreté et de la dénutrition dans ces pays (11).

Dès l'élimination de l'escarre, la rétraction cicatricielle expose à la constriction permanente des maxillaires, qui va représenter la gêne fonctionnelle majeure et perturber la prise en charge thérapeutique.

Le traitement des pertes de substance repose sur de nombreuses techniques chirurgicales plus ou moins complexes, plus ou moins fiables, et surtout plus ou moins réalisables sur le terrain (14).

La prise en charge de ce type d'affection impose, le plus souvent, plusieurs temps opératoires espacés dans le temps. C'est pourquoi, de plus en plus, le traitement est réalisé dans le pays d'origine (15).

Dans ce contexte, l'expérience africaine de nos Anciens est riche d'enseignements, et permet de rappeler que l'utilisation de lambeaux naso-géniens pour réparer les atteintes naso-labiales modérées, sans constriction permanente des maxillaires, représente une technique simple, fiable, efficace et applicable en situation précaire.

Références

1. Costini B, Baratti-Mayer D, Ouoba K, Belity P. Noma et son traitement. *EMC Stomatologie* 2003; 22-050-T-10 : 9 p.
2. Barthélémy I, Martin D, Sannajust JP, Marck K, Pistre V, Mondié JM. Prefabricated superficial temporal fascia flap combined with a submental flap in noma surgery. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109 : 936-40
3. Mafart B, Thiery G, Dubosq JC. Le Noma: passé, présent et avenir ? *Med Trop* 2002; 62 : 124-5.
4. Buchanan JA, Cedro M, Mirdin A, Joseph T, Porter SR, Hodgson TA. Necrotizing stomatitis in the developed world. *Clin Exp Dermatol* 2006; 31 : 372-4.
5. Enwonwu CO. Noma--the ulcer of extreme poverty. *N Engl J Med* 2006; 354 : 221-4.
6. Enwonwu CO, Falkler WA Jr, Phillips RS. Noma (cancrum oris). *Lancet* 2006; 368 : 147-56.
7. Enwonwu CO, Phillips RS, Ibrahim CD, Danfillo IS. Nutrition and oral health in Africa. *Int Dent J* 2004; 54 : 344-51.
8. Marck KW. Cancrum oris and noma: some etymological and historical remarks. *Br J Plast Surg* 2003; 56 : 524-7.
9. Berthold P. Noma: a forgotten disease. *Dent Clin North Am* 2003; 47 : 559-74.
10. Auluck A, Pai KM. Noma: life cycle of a devastating sore - case report and literature review. *J Can Dent Assoc* 2005; 71 : 757.
11. Montandon D, Pittet B. Chirurgie plastique humanitaire . Experience personnelle et réflexions : chirurgie plastique humanitaire. *Ann Chir Plast Esthet* 1999; 44 : 27-34.
12. Thiery G, Liard O, Dubosq JC. Traitement du Noma. *Med Trop* 2002; 62 : 193-8.
13. Hartman EH, Van Damme PA, Sauter H, Suominen SH. The use of the pedicled supraclavicular flap in noma reconstructive surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2006; 59 : 337-42.
14. Marck KW, de Buijn HP. Surgical treatment of noma. *Oral Dis* 1999; 5 : 167-71.
15. Saboye J. Missions de formation en chirurgie plastique dans les pays en voie de développement : une expérience de dix ans de missions au Mali : chirurgie plastique humanitaire. *Ann Chir Plast Esthet* 1999; 44 : 35-40.