

(ARTICLE ORIGINAL)



Rhinophyma géant : quelle place pour les techniques classiques face aux approches modernes ? À propos de deux cas et revue de littérature

Dr. D. Jaadi, Dr. I. Khaled, Dr. H. El Kamch, Dr. C. Hmidi, Dr. H. Regragui, Pr. J. Hafidi, Pr. N. Gharib, Pr. A. Abbassi, Pr. S. El Mazouz

Service de chirurgie réparatrice et plastique de l'Hopital Ibn Sina de Rabat

DOI : 10.70602/rimc.25.2.6.5.9

Résumé

Le rhinophyma, est une forme évoluée de la rosacée phymateuse, entraînant une hypertrophie nasale souvent défigurante et psychologiquement pesante. Cet article vise à évaluer l'efficacité des techniques classique de prise en charge du rhinophyma géant (décortication à la lame froide), par rapport aux approches plus modernes (comme le laser, la radiofréquence, l'hydrochirurgie et l'utilisation de biomatériaux) rapportées dans la littérature ainsi que notre série de cas. On en conclue que, malgré les avancées technologiques, les techniques classiques conservent une place importante, notamment dans les contextes à ressources limitées.

Mots-clés : *Rhinophyma géant – Techniques chirurgicales classiques – Laser CO₂ – Chirurgie reconstructrice*

1. Introduction :

Le rhinophyma est une affection chronique caractérisée par une hypertrophie nodulaire des tissus mous du nez, résultant d'une hyperplasie sébacée associée à une fibrose cutanée et à une vasodilatation chronique, qui est fréquemment associée à la rosacée, bien qu'elle puisse aussi se manifester seule. Son impact psychosocial reste non négligeable.

En l'absence de consensus, de nombreuses techniques ont été décrites pour son traitement, allant des excisions mécaniques à des approches technologiques avancées. Les différentes modalités thérapeutiques reflètent de la complexité de prise en charge des rhinophymas géants, notamment du au pronostics fonctionnel et esthétique mises en jeu , mais aussi au coup et aux ressources nécessaires.

2. Matériels et méthodes :

Cas 1 (Figure1)

Nous rapportons le cas d'un patient de 70 ans, ayant comme antécédents un ethylisme chronique, admis dans notre service pour la prise en charge d'un rhinophyma avancé entraînant une gêne esthétique. Le malade a bénéficié d'une décortication à la lame froide sous anesthésie locale, après infiltration de xylocaïne adrénalinée (1 %), puis laissé en cicatrisation dirigée. L'évolution a été marquée par une réduction marquée de l'hypertrophie avec harmonisation du contour et une absence de récive à un an.

Cas 2 (Figure2)

Nous rapportons aussi le cas d'un patient de 65 ans, suivit pour hypertension artérielle, diabète type II et porteur de pace maker, admis dans notre service pour la prise en charge d'un rhinophyma géant selon la classification de Wetzig.

Le patient a bénéficié d'une décortication à la lame froide sous anesthésie générale suivie d'une greffe cutanée totale après bourgeonnement.

* Auteur correspondant: Dr. D. Jaadi

l'évolution a été marquée par une restauration esthétique et fonctionnelle satisfaisante avec cicatrisation complète à 3 mois.



Figure 1: Rhinophyma du 1er patient avant et 1 mois après l'intervention. (vue face et profil)



Figure 2: Rhinophyma du 1er patient en per-op, 1 semaine après décortication et 3 mois après greffe de peau totale (vue face et profil)

3. Discussion :

Le rhinophyma, stade terminal de la rosacée phymateuse, est une affection bénigne, dont les pronostics fonctionnel et esthétique demeurent graves. Sa prise en charge reste aujourd'hui encore marquée par une grande variabilité des pratiques, faute d'essais randomisés contrôlés permettant de déterminer une stratégie thérapeutique de référence [1]. L'indication principale du traitement reste la mise en jeu du pronostique esthétique, néanmoins les formes sévères peuvent engager le pronostique fonctionnel, notamment par obstruction nasale, surinfections, voire même des apnées obstructives du sommeil [2].

1. Modalités thérapeutiques classiques :

Historiquement, le traitement du rhinophyma repose sur la résection mécanique du tissu hypertrophique. Les techniques les plus anciennes incluent l'excision au bistouri froid, souvent suivie d'une cicatrisation dirigée. Elles ont l'avantage d'être peu coûteuses, ne nécessitent pas de plateaux techniques et permettent l'analyse histologique du tissu excisé, ce qui est essentiel dans le dépistage des carcinomes basocellulaires ou spinocellulaires qui sont détectés dans 3 à 10 % des cas [3,4]. Cependant, cette technique nécessite une hémostase rigoureuse, étant donné que l'hémorragie constitue l'une des complications les plus fréquentes dans le post-opératoire immédiat, on note également parmi les inconvénients des irrégularités en cas d'exérèse trop profonde [5].

Les techniques dérivées de cette technique classique, telles que le rasoir chirurgical stérile (disposable razor blade) ont montré des résultats esthétiques satisfaisants avec une excellente conservation des structures sous-jacentes. L'étude de Kiehlmann et al. a démontré une cicatrisation rapide sans la survenue de cicatrice hypertrophique ni de pigmentation résiduelle, sur une série de neuf patients [6].

L'usage de la dermabrasion seule est rare, elle est fréquemment utilisée comme complément pour lisser les contours après résection dermo-épidermique initiale, notamment au scalpel [7]. Une technique particulière utilisant un scratcher à cinq lames a été proposée en Chine avec des résultats très prometteurs : cicatrisation rapide, taux de récurrence faible (25 % à 5 ans), faible saignement et satisfaction globale élevée [8].

2. Technologies modernes:

L'avènement du laser CO₂, particulièrement en mode fractionné ou ultra-pulsé, a permis une amélioration du contrôle hémostatique et de la précision des exérèses. Madan et al. ont rapporté un taux élevé de satisfaction dans une cohorte de 124 patients. Cependant, ils ont rapporté également une fréquence importante d'érythème prolongé et de risque de rétraction alaire [9]. L'association avec un laser Er:YAG, à pénétration plus superficielle, permet de limiter le risque de brûlure profonde tout en offrant une sculpture précise du contour nasal [10].

Des approches combinées associant exérèse à la lame froide + dermabrasion + laser CO₂ ont été décrites avec succès, permettant d'optimiser les résultats esthétiques tout en limitant les complications de chaque technique seule [11]. Toutefois, ces dernières nécessitent un plateau technique adéquat, ainsi qu'un personnel formé dans leur utilisation.

L'hydrochirurgie Versajet®, basée sur l'effet Venturi, est une technique innovante de débridement, qui permet une découpe contrôlée tout en aspirant les débris, limitant ainsi le saignement. Taghizadeh et al. ainsi que Wong et al. ont démontré son efficacité, avec un taux de satisfaction élevé et un taux de complications hémorragiques nettement diminué [12,13].

Enfin, certaines études ont proposé l'usage de nouveaux matériaux comme la matrice extracellulaire porcine, la membrane amniotique ou la technologie ReCell® (suspension de kératinocytes autologues) pour améliorer la réépithélialisation et réduire les infections [14–16].

3. Techniques électrochirurgicales et radiofréquence:

L'électrochirurgie, utilisée seule ou en complément (loop électrode, Shaw scalpel), permet de pallier l'exérèse à l'hémostase, faisant de cette technique une méthode particulièrement adaptée dans la pec du rhinophyma. Aferzon et al. et Huseynov ont montré qu'elle permettait une exérèse efficace avec un bon contrôle hémostatique, bien qu'elle expose à un risque accru de brûlures profondes et de dyspigmentation [17,18].

La radiofréquence ou la coagulation ont également été étudiées dans ce contexte, et ont démontré des résultats comparables au laser CO₂, bien que l'équipement nécessaire est coûteux et indisponible dans certains pays [19].

4. Comparaison des Résultats: (Tableau 1)

Les techniques classiques et modernes de traitement du rhinophyma se distinguent par une série de critères fondamentaux.

Sur le plan économique, les approches mécaniques traditionnelles, comme l'exérèse à la lame froide suivie d'une cicatrisation dirigée ou d'une greffe de peau secondaire, présentent un coût nettement inférieur à celui des techniques modernes, telles que le laser CO₂, l'hydrochirurgie Versajet® ou les biomatériaux (ECM, ReCell®), qui exigent des équipements spécialisés et plateaux techniques souvent coûteux.

En termes de contrôle hémostatique, les méthodes modernes sont nettement plus efficaces, en particulier les lasers et les dispositifs de radiofréquence, qui assurent une coagulation peropératoire rigoureuse. Les techniques traditionnelles offrent une esthétique globalement satisfaisante, mais dépendent de l'expérience et la minutie du chirurgien. À l'inverse, les techniques modernes, si bien maîtrisées, permettent un résultat esthétique supérieur.

En ce qui concerne les temps de cicatrisation, la littérature suggère que la réépithélialisation se produit plus rapidement avec des biomatériaux ou des protocoles de débridement assisté (Versajet®, ReCell®), souvent en moins de 21 jours, tandis que les approches classiques ne complètent la cicatrisation qu'après une moyenne de 3 à 4 semaines.

Quant au taux de récurrence, il est encore débattu dans la littérature, bien qu'il semble être légèrement inférieur avec les techniques plus récentes (10-25 %) par rapport aux anciennes (jusqu'à 47 % dans certaines études), en particulier avec l'exérèse plus complète des glandes sébacées.

Seules les techniques mécaniques peuvent fournir des échantillons histologiques qui sont indispensables pour détecter des formes associées à des tumeurs cutanées.

Enfin, les techniques classiques sont de loin plus accessibles car elles ne nécessitent pas de plateaux techniques spécialisés, ce qui les rend idéales dans des environnements à ressources limitées.

5. Place des techniques dans les structures limitées:

Dans les contextes à faibles ressources, les techniques mécaniques classiques telles que celles utilisées dans nos cas cliniques « bistouri + cicatrisation ou greffe » restent robustes, peu coûteuses et efficaces lorsqu'elles sont correctement exécutées. Elles offrent une esthétique post-opératoire adéquate, une réépithélisation correcte et conservent un excellent rapport qualité-prix [1,5,11]. Bien que les techniques modernes sont tout aussi efficaces, elles nécessitent un environnement opératoire spécialisé, une expertise spécifique et leur coût peut ne pas être justifié pour toutes les formes de rhinophyma[2,14].

Tableau 1 : Comparaison des moyens classique et modernes de la prise en charge du rhinophyma avancé

Critères	Techniques classiques	Techniques modernes
Coût	Faible	Élevé (laser, Versajet, ECM, ReCell)
Hémostase	Moyenne	Excellente (laser, électro, Versajet)
Esthétique	Bonne à variable	Excellente (si bien maîtrisées)
Durée de cicatrisation	3-4 semaines	10-21 jours selon la technique
Taux de récurrence	25-47 %	10-25 % [4,9,10]
Accès à l'analyse histologique	Oui	Non systématique (laser, hydrospray)
Accessibilité	Très élevée	Moyenne à faible selon le pays

4. Conclusion :

L'étude comparative de la littérature ainsi que de nos cas souligne l'efficacité, la simplicité et le moindre coût des techniques chirurgicales classiques dans le traitement du rhinophyma. En effet, bien que les techniques modernes (laser CO2, versajet, utilisation de biomatériaux, etc.) permettent d'atteindre des résultats plus satisfaisant sur le plan esthétique et hémostatique, leur reproductibilité globale est entravée par un coût d'instrumentation prohibitif. Ainsi on conclue que toute stratégie thérapeutique basée sur les ressources disponibles, associées à une bonne maîtrise techniques, reste la meilleure garantie de résultats dans le traitement de cette pathologie défigurante.

Conformité aux normes éthiques

Déclaration de conflit d'intérêts

Aucun

Déclaration d'approbation éthique

Le présent travail de recherche ne contient aucune étude réalisée sur des sujets humains ou animaux par aucun des auteurs.

Déclaration de consentement éclairé

Le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants individuels inclus dans l'étude.

Références

- [1] Benyo R, et al. Surgical strategies for rhinophyma. JPRAS. 2021.
- [2] Chowdhary A, et al. Malignancy risk in rhinophyma. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2021.
- [3] Fink C, et al. Rosacée et rhinophyma. Ann Dermatol Venereol. 2017.
- [4] Schweinzer K, et al. Tangential excision and recurrence rate. Dermatol Surg. 2017.
- [5] Krausz AE, et al. Update on rhinophyma treatment. Dermatol Surg. 2018.
- [6] Kiehlmann E, et al. Razor blade technique. JCAS. 2014.
- [7] Dugourd PM, et al. Grafting after tangential excision. ePlasty. 2022.
- [8] Zhang Y, et al. Five-blade scratcher technique. WJCC. 2024.
- [9] Madan V, et al. CO₂ laser treatment of rhinophyma. Br J Dermatol. 2009.
- [10] Schmitz M, et al. ECM-based healing in rhinophyma. JPRAS. 2020.
- [11] Lazzeri D, et al. Combined methods in rhinophyma surgery. J Craniomaxillofac Surg. 2013.
- [12] Taghizadeh R, et al. Versajet in rhinophyma. Cureus. 2022.
- [13] Wong DS, et al. Long-term Versajet outcomes. Lasers Surg Med. 2015.
- [14] Porcine ECM vs. dressings. JPRAS. 2020.
- [15] Amniotic membrane. Arch Craniofac Surg. 2019.
- [16] ReCell use in rhinophyma. ePlasty. 2022.
- [17] Electrosurgical sculpting. Dermatol Surg. 2016.
- [18] Huseynov A, et al. Radiofrequency for rhinophyma. Arch Craniofac Surg. 2020.
- [19] Modern energy-based treatments. J Cosmet Laser Ther. 2020.