

RHINOPHYMA, MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ET RISQUE ONCOLOGIQUE

BACHELET JT (1), DELAFOND C (2), BUCHHOLZER S (3), MODARESSI SA (4), NIZET C (4), TERMONT A (5)

RÉSUMÉ : Le rhinophyma est le stade le plus avancé de la rosacée (stade IV). C'est une lésion bénigne invalidante esthétiquement. Nous présentons, à travers un cas majeur de rhinophyma et une revue de la littérature, les modalités diagnostiques, les alternatives thérapeutiques à proposer et les risques à connaître. Nous détaillons plus particulièrement les risques de transformation carcinologique associés à ces lésions mal connues. La prise en charge de ces lésions rares repose sur une collaboration entre le chirurgien et le dermatologue.

MOTS-CLÉS : *Rhinophyma - Rosacée - Carcinome cutané - Chirurgie maxillo-faciale - Chirurgie reconstructrice*

RHINOPHYMA, MANAGEMENT METHODS AND ONCOLOGICAL RISK

SUMMARY : Rhinophyma is the most advanced stage of rosacea (stage IV). It is a benign lesion but aesthetically disabling. We present through a major case of rhinophyma and a review of the literature the diagnostic modalities, the therapeutic alternatives and the risks to be known. Particularly, we detail the risks of oncologic transformation of these poorly known lesions. The management of these rare lesions is based on a collaboration between the surgeon and the dermatologist.

KEYWORDS : *Rhinophyma - Rosacea - Skin carcinoma - Maxillofacial surgery - Reconstructive surgery*

INTRODUCTION

Le rhinophyma est un mot dérivé du grec qui signifie «croissance du nez». Le rhinophyma est la manifestation clinique du stade IV ou dernier stade d'une maladie de la face : la rosacée. Cependant, le rhinophyma pourrait apparaître *de novo* sans rosacée selon certains auteurs (1, 2).

La rosacée est une pathologie dermo-épidermique qui évolue en quatre phases avec des manifestations de type «flush», d'érythème facial persistant, de télangiectasies et de papulopustules érythémateuses; elle peut atteindre les joues, le nez, le front et la zone péri-buccale (3, 4).

La fréquence de la rosacée varie entre 0,5 % et 10 % selon la population (3, 5). La rosacée touche, le plus souvent, la population blanche d'Europe du nord (peau, yeux et cheveux clairs), majoritairement des femmes (sex ratio 2/1). Le pic de fréquence est à 40-50 ans (4, 6).

Inversement, le stade IV de la rosacée, ou stade phyma, touche préférentiellement les hommes caucasiens (sex ratio variant, selon les articles, 5-30/1) entre 50 et 70 ans (1-3). Dans l'étude de Sibenge et Gawkrödger, sur 108 patients souffrant de rosacée, seulement 14 % ont développé un rhinophyma et 93 % étaient des hommes (4). Le stade phyma touche, le plus souvent, le nez (rhinophyma), mais il a été décrit des atteintes zygomatiques (zygophyma), des lobes d'oreilles (otophyma), du menton (gnatophyma), du front (metophyma), ou des paupières (blepharophyma) (2, 3, 7). Quelques cas de rhinophyma ont été décrits chez des patients non caucasiens, des patients asiatiques et des patients africains (3, 8). Les principales conséquences sont d'ordre esthétique et social, mais des conséquences fonctionnelles sur le plan respiratoire et alimentaire ainsi qu'un risque de dégénérescence carcinologique peuvent s'y ajouter.

PHYSIOPATHOLOGIE ET HISTOLOGIE

La physiopathologie de la rosacée est mal connue. Il semblerait qu'elle soit liée à une anomalie vasculaire dermique de la face. Un défaut de régulation de la vasodilatation superficielle serait responsable d'un œdème permanent favorisant la colonisation par un acarien: le *Demodex follicularum*. Cette colonisation serait, elle-même, responsable d'une inflammation chronique du derme, entraînant une fibrose associée à une hyperplasie dermique et des glandes pilo-sébacées progressive (3, 9). La

(1) Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique de la Face, Hospices Civils de Lyon, France.

(2) Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique de la Face, Hôpitaux Universitaires de Montpellier, France.

(3) Service de Chirurgie Orale et Odontologie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse.

(4) Service de Chirurgie Plastique Esthétique et Reconstructrice, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse.

(5) Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique de la Face, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse.

dilatation des glandes sébacées obstruées par l'infiltrat plasmocytaire est responsable d'une rétention de sébum (10).

Ainsi, les lésions observées en histologie sont une hypervascularisation et une hypertrophie des tissus conjonctifs, une hyperplasie des glandes sébacées et une fibrose des tissus conjonctifs dermiques (3, 11). Les structures ostéo-cartilagineuses ne sont pas atteintes (13). Quatre types de rhinophyma ont été décrits: glandulaire, fibreux, fibroangiomateux et actinique (12). L'alcoolisme a longtemps été incriminé par erreur, mais, en réalité, n'intervient pas dans la physiopathologie (3, 12). Cependant, cette association a pendant longtemps stigmatisé socialement les patients atteints de rhinophyma («whiskey nose»).

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'un patient de 70 ans se présentant à la consultation de chirurgie maxillo-faciale pour obstruction nasale. A l'examen, on retrouve un rhinophyma responsable d'une obstruction nasale bilatérale, associé à un préjudice esthétique majeur (Figure 1). Le patient ne rapporte pas d'antécédents notables en dehors d'un éthyliste chronique et d'un dermatoblépharochalasis invalidant.

Une indication chirurgicale a été posée avec exérèse lésionnelle à la lame froide dans le plan péri-chondral et une reconstruction en un temps par greffe de peau totale (prélèvement sus-claviculaire droit); une blépharoplastie supérieure a été réalisée dans le même temps (Figure 2). La greffe (Figure 3) a été protégée par un bourdonnet 5 jours, puis des soins locaux ont été réalisés quotidiennement pendant 15 jours. Le patient a bénéficié d'un traitement antibiotique (amoxicilline + acide clavulanique) pendant 8 jours. Les résultats anatomopathologiques définitifs confirment le diagnostic de rhinophyma, sans lésions malignes associées. Le résultat esthétique et fonctionnel a été jugé très satisfaisant par le patient et l'équipe médicale (Figures 4 et 5); le recul actuel est de 2 ans.

DISCUSSION

Il existe différentes modalités de prise en charge des rhinophyma selon leur importance :

- un traitement médical peut être mis en place dans la rosacée; l'utilisation de rétinoïdes ou d'antibiotiques oraux et topiques (métronidazole) a prouvé son efficacité (3). Mais aucun

Figure 1. Rhinophyma avec destruction nasale.



Figure 2. Exérèse lésionnelle et blépharoplastie.



Figure 3. Greffe de peau.



Figures 4 et 5. Résultats esthétique et fonctionnel satisfaisants.



traitement médical n'a montré son efficacité sur la réduction du risque d'évolution vers le rhinophyma ni dans son traitement (10, 12);

- le traitement du rhinophyma est chirurgical. Cependant, de nombreuses modalités existent: exérèse au bistouri froid, dermabrasion, cryochirurgie, laser, électrocoagulation ou des approches combinées. Leur utilisation dépend de la taille de la lésion et de l'école du chirurgien.

LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

EXÉRÈSE À LA LAME FROIDE

Par cette technique, l'épaisseur de la peau est diminuée au bistouri froid, mais il est important de préserver les unités pilosébacées dont

dépend la qualité de la cicatrisation. Les inconvénients sont liés à la difficulté de reproduire avec précision l'harmonie des concavités et convexités des contours du nez; le saignement peropératoire important altère la visibilité sur le champ opératoire et nécessite des compresses imbibées d'adrénaline et une hémostase étendue. Ces saignements pourraient être très diminués avec une infiltration conséquente. Wetzig et coll. ont rapporté de bons résultats cicatriciels chez 23 patients traités au bistouri froid (1), mais 47 % des patients ont présenté une récurrence du rhinophyma à 1 an. Les avantages de cette technique sont le faible coût, la rapidité du geste et la possibilité d'analyse histopathologique. Un autre cas a été opéré selon la même technique avec une exérèse monobloc en préservant les cartilages et périchondres et un geste de rapprochement des crus médiales. Il s'ensuit une cicatrisation dirigée pendant 17 jours puis une greffe de peau totale.

EXÉRÈSE AU BISTOURI ÉLECTRIQUE

Cette technique permet une bonne hémostase peropératoire, mais il persiste la difficulté à sculpter précisément les contours du nez, tout en respectant l'architecture cartilagineuse. L'exérèse dite en «pelure d'oignon» (17) apporte des résultats satisfaisants, mais la difficulté du bistouri électrique est de réaliser l'exérèse dans le bon plan et d'éviter les lésions cartilagineuses responsables de cicatrices inesthétiques. L'avantage est la très bonne qualité de l'hémostase. L'utilisation du bistouri électrique doit être faite à faible intensité pour éviter de compromettre la vascularisation périchondre (5). Ce geste nécessite également un temps de greffe de peau totale en première ou seconde intention.

LASER CO2

Ce traitement permet de réaliser une hémostase efficace, mais il est chronophage. La rhinosculpture est précise, le champ opératoire exsangué, la cicatrisation rapide, le risque de séquelle inesthétique est faible; la durée d'intervention est, par contre, longue et le coût matériel est important. La littérature rapporte 1 cas (19) : le geste chirurgical est réalisé en deux temps : «cutting mode» pour réséquer dans l'épaisseur des tissus hypertrophiés puis «vaporisation mode» pour retirer une dernière couche de tissu exposé. La cicatrisation se fait par pansement pendant trois mois. Selon les auteurs, cette technique est associée à de bons résultats esthétiques, avec peu de complications. Il y a

Tableau I. Différentes techniques chirurgicales : avantages et inconvénients.

Technique opératoire	Avantages	Inconvénients	Méthode de reconstruction
Exérèse à la lame froide	Rapidité, coût	Relief anatomique, hémostase	Greffe peau totale différée
Exérèse au bistouri électrique	Hémostase, rapidité	Perte du plan de dissection, lésion du cartilage	Greffe peau totale différée
Exérèse au laser CO2	Précision, hémostase, cicatrisation	Lenteur, coût matériel, dépigmentation	Cicatrisation dirigée
Dermabrasion	Précision, rapidité	Hémostase, exposition fluide biologique	Cicatrisation dirigée

cependant un risque de dépigmentation et de cicatrices inesthétiques (20).

DERMABRASION

Cette technique est rapide et précise, elle est associée à un risque de saignement peropératoire majeur. Le geste est également associé à la production de nombreuses particules en suspension dans l'air qui exposent le personnel de la salle d'opération aux accidents d'exposition au sang.

Les lasers, la dermabrasion et l'hydrodissection sont réservés au resurfaçage de lésions débutantes; les lésions plus évoluées nécessitent une exérèse à la lame froide ou au bistouri électrique (10, 27). Les différentes techniques sont rappelées dans le **Tableau I**.

ASSOCIATION Tumorale

Du fait de l'hypertrophie et de l'altération cutanées présentes dans le rhinophyma, le développement de tumeurs cutanées sous-jacentes peut passer inaperçu. L'incidence de carcinomes basocellulaires masqués par ces lésions varie entre 3 % et 10 % (3). Dans l'étude de Wetzig et coll. sur 23 patients pour lesquels une exérèse de rhinophyma a été réalisée, les auteurs n'ont pas retrouvé de carcinome basocellulaire (1). Dans l'article de Qassemyar et coll. (15), un carcinome basocellulaire a été diagnostiqué lors de la biopsie du rhinophyma; cependant, l'examen anatomopathologique, après exérèse complète, a retrouvé 3 carcinomes basocellulaires ainsi que 2 carcinomes épidermoïdes méconnus par les biopsies préopératoires (15). Pourtant, la plupart des séries ne notent que des cas sporadiques sans lien de causalité entre rhinophyma et carcinome basocellulaire. Nous pensons que les remaniements tissulaires du rhinophyma peuvent rendre plus difficile la détection clinique de carcinome basocellulaire;

c'est pourquoi la réalisation d'une analyse histologique de la lésion doit être systématique. Lors des traitements par destruction de la lésion (laser, électrocoagulation, dermabrasion), l'analyse anatomopathologique est impossible. C'est la raison pour laquelle les patients devraient alors bénéficier de biopsies étagées pré-opératoires.

CONCLUSION

Le rhinophyma est une pathologie d'allure bénigne, mais invalidante esthétiquement et, potentiellement, sur le plan fonctionnel. Il ne faut pas méconnaître le risque de lésion maligne associée, de type carcinome basocellulaire et spinocellulaire. La prise en charge doit être médicale et précoce. En cas de lésions avancées, la chirurgie trouve sa place, et la technique choisie doit être adaptée au patient. La reconstruction par greffe de peau totale est simple et fiable, elle est à considérer pour tout traitement chirurgical de rhinophyma.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wetzig T, Averbek M, Simon JC, Kendler M.— New rhinophyma severity index and mid-term results following shave excision of rhinophyma. *Dermatol Basel Switz*, 2013, **227**, 31-36.
2. Lazzeri D, Larcher L, Huemer GM, et al.— Surgical correction of rhinophyma: comparison of two methods in a 15-year-long experience. *J Craniomaxillofac Surg*, 2013, **41**, 429-436.
3. Sadick H, Goepel B, Bersch C, et al.— Rhinophyma: diagnosis and treatment options for a disfiguring tumor of the nose. *Ann Plast Surg*, 2008, **61**, 114-120.
4. Sibenge S, Gawkrödger DJ.— Rosacea: a study of clinical patterns, blood flow, and the role of Demodex folliculorum. *J Am Acad Dermatol*, 1992, **26**, 590-593.
5. Nadour K, Rtail R, Chahine K, Righini CA.— Treatment of a voluminous rhinophyma. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*, 2008, **125**, 313-317.

6. Berg M, Lidén S.— An epidemiological study of rosacea. *Acta Derm Venereol*, 1989, **69**, 419-423.
7. Blairvacq JS, Yachouh J, Calteux N, et al.— Otophyma, zygophyma and giant rhinophyma: a rare association. *Ann Chir Plast Esthét*, 2008, **53**, 441-447.
8. Allah KC, Kossoko H, Yéo S, et al.— Rhinophyma in a black African male patient. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 2009, **110**, 347-349.
9. Payne WG, Wang X, Walusimbi M, et al.— Further evidence for the role of fibrosis in the pathobiology of rhinophyma. *Ann Plast Surg*, 2002, **48**, 641-645.
10. Rohrich RJ, Griffin JR, Adams WP.— Rhinophyma: review and update. *Plast Reconstr Surg*, 2002, **110**, 860-869.
11. Payne WG, Ko F, Anspaugh S, et al.— Down-regulating causes of fibrosis with tamoxifen: a possible cellular/molecular approach to treat rhinophyma. *Ann Plast Surg*, 2006, **56**, 301-305.
12. Jansen T, Plewig G.— Clinical and histological variants of rhinophyma, including nonsurgical treatment modalities. *Facial Plast Surg FPS*, 1998, **14**, 241-253.
13. Firmin F, Bonnet F, Morel-Fatio D.— Degeneration of rhinophyma. *Ann Chir Plast*, 1980, **25**, 253-257.
14. Murphy A, O'Keane JC, Blayney A, Powell FC.— Cutaneous presentation of nasal lymphoma: a report of two cases. *J Am Acad Dermatol*, 1998, **38**, 310-313.
15. Qassemyar A, Corbisier N, Poiret G, et al.— Rhinophyma and skin carcinoma: a case report and literature review. *Ann Chir Plast Esthét*, 2012, **57**, 169-172.
16. Bieniek A, Matusiak Ł, Chlebicka I, Szepietowski JC.— Secondary intention healing in skin surgery: our own experience and expanded indications in hidradenitis suppurativa, rhinophyma and non-melanoma skin cancers. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013, **27**, 1015-1021.
17. Husein-ElAhmed H, Armijo-Lozano R.— Management of severe rhinophyma with sculpting surgical decortication. *Aesthetic Plast Surg*, 2013, **37**, 572-575.
18. Lazzeri D, Agostini T, Spinelli G.— Optimizing cosmesis with conservative surgical excision in a giant rhinophyma. *Aesthetic Plast Surg*, 2013, **37**, 125-127.
19. Baró CJ, Gómez R, Serrat A.— CO2 laser for the treatment of rhinophyma. *Acta Otorinolaringol Esp*, 2015, **66**, 61-62.
20. Seiverling EV, Neuhaus IM.— Nare obstruction due to massive rhinophyma treated using the Shaw scalpel. *Dermatol Surg*, 2011, **37**, 876-879.
21. Kassir R, Gilbreath J, Sajjadian A.— Combination surgical excision and fractional carbon dioxide laser for treatment of rhinophyma. *World J Plast Surg*, 2012, **1**, 36-40.
22. Laun J, Gopman J, Elston JB, Harrington MA.— Rhinophyma. *Eplasty*, 2015, **15**, ic25.
23. Curnier A, Choudhary S.— Triple approach to rhinophyma. *Ann Plast Surg*, 2002, **49**, 211-214.
24. Faris C, Manjaly JG, Ismail-Koch H, Caldera S.— Rapid treatment of rhinophyma with powered microdebrider. *Case Rep Otolaryngol*, 2013, **2013**, 621-639.
25. Dunne JA, Saleh DB, Rawlins JM.— Management of rhinophyma with Versajet™ and ReCell®. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2013, **51**, 282-284.
26. Selig HF, Lumenta DB, Kamolz LP.— The surgical treatment of rhinophyma-complete excision and single-step reconstruction by use of a collagen-elastin matrix and an autologous non-meshed split-thickness skin graft. *Int J Surg Case Rep*, 2013, **4**, 200-203.
27. Greaney L, Singh NP, Roberts DN.— Surgical management of rhinophyma. *Clin Otolaryngol*, 2010, **35**, 158-159.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr J.T. Bachelet, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique de la Face, Hospices Civils de Lyon, France.
Email : jt.bachelet@gmail.com