

Traitement chirurgical du rhinophyma : Chirurgie d'exérèse, à propos de 05 cas

SK. M'Fa, N. El Hafidi, H. Buckat Buckat, A. Bakhil, A. Benbachir, Y. Ribag, H. Sabani, L. Khalfi, J. Hamama, K. El Khatib

Department of Stomatology and Maxillofacial Surgery, Mohammed V Military Hospital, Mohammed V University, Rabat, Morocco.

Abstract:

The rhinophyma is a rare disease and the most advanced stage of rosacea affecting the nasal soft tissues and leading to disruption of nasal architecture and possibly airway obstruction and modification of the nasal aesthetic units. Clinically, there is nasal soft tissue hypertrophy, erythema, telangiectasia, bulbous nodules and lobules, with discomfort and significant psychosocial impact.

The physiopathology of this disease, which is still of undetermined etiology, has led to a better understanding of the disease, resulting in multiple treatment options depending on the stage of development including: surgery; performed in two steps including decortication followed by a skin graft cover after directed healing. The choice of treatment depends on the practitioner and the patient's expectations.

Through our study we report a series of five cases of rhinophyma, admitted to the department of maxillofacial surgery of the Mohammed V armed forces hospital, during the period from 2014 to 2022, for a surgical management.

Key Words: Rhinophyma; Psychosocial impact; Functional impact; Clinical diagnosis; Decortication; Directed healing; Skin grafting.

Date of Submission: 19-11-2022

Date of Acceptance: 03-12-2022

I. Introduction

Le rhinophyma est une tumeur bénigne rare, caractérisée par une atteinte des parties molles du nez. Il s'agit d'un stade évolué de la rosacé, responsable d'une modification architecturale de la pyramide nasale et d'une obstruction des voies aériennes, entraînant un retentissement morphologique, psychosocial et fonctionnel. Une meilleure compréhension de la pathogénèse du rhinophyma et donc de ses étiologies, permettrait une standardisation de la prise en charge. Actuellement, le traitement du rhinophyma repose sur des moyens non-chirurgicaux et chirurgicaux. L'objectif de notre travail a été de mettre en exergue la place de la chirurgie dans l'arsenal thérapeutique de cette affection. [1-4]

II. Matérielset Méthodes

Nous rapportons ici une étude descriptive rétrospective unicentrique, réalisée au sein du service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat sur une période de huit ans allant de janvier 2014 à janvier 2022. Ont été inclus dans cette étude les patients présentant un rhinophyma diagnostiqué cliniquement et chez lesquels un traitement médical initial n'a pas donné de résultat probant. Les données concernant le malade et la maladie ont été recueillies via l'exploitation des dossiers cliniques. Le suivi a été essentiellement clinique.

III. Résultats

Notre cohorte comportait cinq patients, tous de sexe masculin, avec un âge moyen de 70 ans, chez lesquels les antécédents toxiques sont au premier plan dans 2 cas, les antécédents cardiovasculaires dans un cas ; La durée moyenne d'évolution était de 11 ans ; une notion de traitement médicamenteux antérieur est retrouvée chez tous les patients ; le diagnostic a été clinique dans 100% des cas, aboutissant à un traitement chirurgical en deux temps : tout d'abord une décortication du nez puis une greffe de peau mince chez 3 patients et de peau totale chez 2 patients. Nous avons obtenu une satisfaction globale faisant suite à une évolution favorable dans tous les cas avec aucune récurrence observée avec un recul moyen de cinq ans.

Observation n°1 (Fig.1):

Monsieur S.H âgé de 58 ans sans antécédent notable, tabagique chronique sévère, éthyliste occasionnel, qui consulte pour une tuméfaction nasale importante sans autre signe associé évoluant depuis environ vingt-cinq ans et ce malgré plusieurs traitements médicaux bien menés.

L'examen clinique trouve un patient en bon état général, présentant une hypertrophie érythémateuse du lobule nasal englobant la pointe nasale, les ailes narinaires et la columelle associée à des lésions lobulaires sièges de télangiectasies, conférant un aspect bulbeux;

La peau en regard est séborrhéique et présente des irrégularités. Par ailleurs on note une réduction du diamètre des orifices narinaires. Les aires ganglionnaires cervicales étaient libres.

Le bilan paraclinique, biologique et radiologique, a été réalisé dans le cadre du bilan préopératoire ; le diagnostic d'un rhinophyma de haut grade, ayant été posé cliniquement.

Le traitement s'est fait en deux temps; un premier temps consistant en une décortication du nez réalisée sous anesthésie générale suivi trois semaines plus tard après bourgeonnement, par cicatrisation dirigée, d'une couverture par greffe de peau mince avec évolution favorable et satisfaction du patient.



Fig. 1. Aspect clinique initial et après cutanée

Observation n°2 (Fig.2):

Monsieur M.A âgé de 73 ans suivi pour maladie d'Alzheimer, hypertrophie bénigne de la prostate et hypertension artérielle sous Kardégic, qui présente une modification de la morphologie nasale depuis cinq ans sans amélioration malgré plusieurs traitements médicamenteux initiés après des consultations en dermatologie ; entraînant ainsi un retentissement psychosocial important. Cliniquement on a une hypertrophie érythémateuse des parties molles nasales touchant les deux tiers inférieurs de la pyramide nasale associée à des télangiectasies et des crevasses, sans atteinte endonasale : rhinophyma de grade intermédiaire.

Le patient a été hospitalisé et a bénéficié d'une décortication nasale sous anesthésie générale puis d'une couverture par greffe de peau mince trois semaines après, avec un résultat satisfaisant.

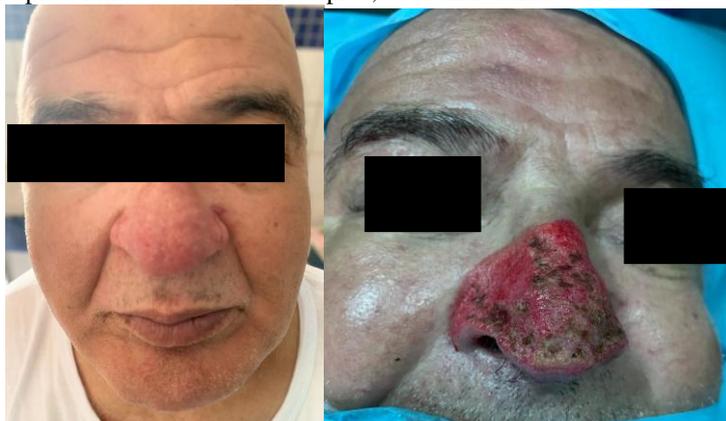


Fig. 2. Aspect clinique initial et de la décortication nasale

Observation

Patient de 64 ans, sans antécédent notable, chez lequel l'examen facial retrouve une dysmorphie nasale caractérisée par une mosaïque de lésions nodulaires lobulaires érythémateuses surmontées par endroit par des pustules, siégeant principalement au niveau de la pointe du dorsum et de la racine nasale, avec un aspect bulbeux irrégulier. La symptomatologie évoluerait depuis sept ans. Le diagnostic de rhinophyma de haut grade étant posé, le patient bénéficie d'une exérèse des parties molles des deux tiers inférieurs de la pyramide nasale jusqu'au périchondre suivie quatre semaines plus tard, au cours desquelles des pansements gras étaient réalisés pour stimuler le bourgeonnement, d'une couverture par greffe de peau totale ; les suites opératoires sont simples avec satisfecit du patient.

n°3 (Fig.3):



Fig. 3. Aspect clinique initial, en cicatrisation dirigée et après greffe cutanée

Observation n°4 (Fig.4):

Patient de 75 ans, avec des antécédents de tabagisme chronique et d'éthylisme occasionnel, qui présente depuis environ onze ans une importante tuméfaction nasale ayant progressivement augmenté de volume avec une notion de rhinopathie et de gêne respiratoire. Plusieurs médicaments (antibiotiques par voies locale et orale) sur prescription après consultation sont restées sans effet. Le tout évoluant dans un contexte de troubles psychosocial et fonctionnel.

Cliniquement on note une masse nasale difforme, siège de lésions lobulaires réalisant des sillons avec dilatation importante des orifices folliculaires d'où s'écoule, spontanément ou au moindre contact, du sébum ; elle s'étend au niveau des deux tiers inférieurs de la pyramide nasale avec atteinte prédominante du dorsum de la pointe de la columelle et des ailes nasales responsable d'un collapsus des valves nasales externes. Ce tableau étant typique d'un rhinophyma de haut grade, le traitement a consisté en une décortication sous anesthésie générale, complétée d'une couverture par une greffe de peau mince et d'un remodelage des ailes nasales. L'évolution a été favorable.



Fig. 4. Aspect clinique initial, en peropératoire et après greffe et retouches cutanées

Observation n°5:

Monsieur K.E âgé de 79 ans sans antécédent, admis pour un rhinophyma de grade intermédiaire évoluant depuis dix ans et traité médicalement à plusieurs reprises sans amélioration notable. Ce dernier rapporte une gêne importante lors des contacts sociaux et un repli sur soi ayant motivé la décision d'une prise en charge chirurgicale. Le patient bénéficie donc d'une cure en deux temps : exérèse des parties molles nasales affectées et greffe de peau totale. Les suites sont simples avec guérison et absence de récurrence.

IV. Discussion

Le rhinophyma, mot d'origine grec signifiant « croissance du nez », présenté dès le 15^{ème} siècle à travers un portrait et décrit par HEBRA au 19^{ème} siècle comme le stade avancé de la rosacée, est une pathologie rare d'évolution lente, entraînant une défiguration par hypertrophie cutanée des sous-unités esthétiques du nez [4-6].

Aucune étude n'a pu établir la fréquence des rhinophymas. Cependant, cette affection touche principalement le sexe masculin, avec une prédominance pour la tranche d'âge allant de 50 à 80 ans. Les patients de phénotype 1 sont les plus atteints, plus rarement les phénotypes 5 et 6. La localisation peut être isolée ou étendue à plusieurs sous-unités nasales ; l'atteinte de la pointe du nez est prédominante [1, 2, 5, 7-11]. Nos données sont en corrélation étroite avec celles rapportées par la littérature.

La physiopathologie du rhinophyma demeure ambiguë. Plusieurs facteurs sont incriminés, exogènes (climatiques, alimentaires, toxiques) et endogènes (hormonaux, bactériens, parasitaires, vasculaires, inflammatoires et immunologiques) [12-15].

Cliniquement, le rhinophyma se présente par une hypertrophie des tissus mous nasaux avec des pores dilatés siège d'une quantité importante de sébum, un érythème, des télangiectasies, des lésions nodulaires et lobulaires avec un aspect de bulbes : à ce stade, la gêne est d'ordre esthétique. Dans les formes sévères, on peut observer une chondrite, une obstruction nasale, une atteinte ophtalmologique et une difficulté à l'alimentation, entraînant des troubles fonctionnels [1,4, 16-18].

Plusieurs classifications sont proposées, se basant sur la clinique, la topographie et la sévérité du rhinophyma. La plus utilisée est celle d'El-Azhary et al, qui comporte trois stades (mineur, modéré et majeur) et oriente les indications thérapeutiques [19-22].

Le diagnostic de rhinophyma est essentiellement clinique. En cas de doute, un bilan paraclinique minimal, consistant en l'étude histopathologique d'une biopsie sous anesthésie locale [5], peut être réalisé dans le but d'éliminer : un angiosarcome, un carcinome basocellulaire, un carcinome à cellules squameuses, une métastase cutanée [1, 4, 23-25].

Le traitement de rhinophyma peut être abordé par divers moyens :

- Les moyens non-chirurgicaux (radiothérapie, topiques, antibiothérapie) inefficaces seuls à ce stade [1, 4, 26,27].
- La chirurgie, seul traitement efficace au stade avancé, comprend plusieurs techniques [2-4], dont le laser [1], la dermabrasion mécanique [5, 28], la technique des sous-unités [28, 30], l'hydrodissection [31] et l'exérèse chirurgicale (tangentielle avec greffe cutanée), [32-34].

Dans notre étude, les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical en deux étapes :

- Le premier temps a consisté en une exérèse chirurgicale sous anesthésie générale, par décortication à la lame froide et à la fraise boule jusqu'au périchondre, tout en respectant autant que possible les cartilages alaires.
- Le deuxième temps correspondant en une couverture, soit par greffe de peau totale, soit par greffe de peau mince ; ceci après cicatrisation dirigée par réalisation bihebdomadaire de pansement gras.

Une antibioprofylaxie est administrée systématiquement par voie générale et locale visant à limiter le risque d'infection du site opératoire et de chondrite.

Comme dans notre expérience, toutes les études menées ont conclu à une évolution favorable, procurant une satisfaction chez la quasi-totalité des patients [1, 5].

V. Conclusion

Stade avancé de la rosacée avec une faible prévalence, le rhinophyma est une pathologie bénigne se développant aux dépens des tissus mous de la pyramide nasale, touchant les sujets âgés et pour lequel le diagnostic est avant tout clinique. Cependant son impact psychosocial, esthétique et fonctionnel, impose une prise en charge adéquate. La chirurgie est le traitement de choix ; plusieurs techniques sont recensées, donnant

les unes plus que d'autres des résultats acceptables. Nous avons obtenu de bons résultats sans aucune complication notable, comme en témoigne la satisfaction de tous nos patients, en réalisant une décortication suivie d'une couverture par greffe de peau après bourgeonnement. Par ailleurs la perspective d'un consensus établissant la technique chirurgicale la mieux adaptée en fonction du cas serait d'un grand apport.

Une avancée dans la compréhension de la physiopathologie du rhinophyma, qui demeure une énigme, permettrait d'éviter les cas sévères par leur prévention.

Références

- [1]. Chauhan R, Loewenstein SN, Hassanein AH. Rhinophyma: Prevalence, Severity, Impact and Management. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 2020;13 537–551
- [2]. St. Komitski, Romansky R. Rhinophyma: Presentation of Clinical Case and Treatment Methodology. *Ann Plast Reconstr Surg.* 2020; 4(1): 1048.
- [3]. Lian TS, Thompson RW. Management of Rhinophyma. *Int J Head Neck Surg* 2016; 7(3):188-191.
- [4]. Nadour K, Rtail R, Chahine K, Righini CA. Traitement d'un volumineux rhinophyma. *Annales d'otolaryngologie et chirurgie cervico-faciale* 125 (2008) 313–317
- [5]. P. Clarós et al. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases* 135 (2018) 17–20
- [6]. Dotz W, Berliner N. Rhinophyma: master's depiction, a patron's affliction. *Am J Dermatopathol* 1984; 6:231–5.
- [7]. Rohrich RJ, Griffin JR, Adams WP Jr. Rhinophyma: review and update. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 110(3):860–869. (). doi:10.1097/01.PRS.0000019919.70133.BF
- [8]. Kraeva E, Ho D, Jagdeo J. Successful treatment of rhinophyma with fractionated Carbon Dioxide (CO2) laser in an african-american man: case report and review of literature of fractionated CO2 laser treatment of rhinophyma. *J Drugs Dermatol.* 2016; 15(11):1465–1468.
- [9]. Khaled A, Hammami H, Zeglaoui F, et al. Rosacea: 244 Tunisian cases. *Tunis Med* 2010; 88:597–601.
- [10]. Wollina U. Rosacea and rhinophyma in the elderly. *Clin Dermatol* 2011; 29:61–8.
- [11]. Little SC, Stucker FJ, Compton A, et al. Nuances in the management of rhinophyma. *Facial Plast Surg* 2012; 28:231–7.
- [12]. Van Zuuren EJ. Rosacea. *N Engl J Med.* 2017; 377(18):1754–1764. doi:10.1056/NEJMcp1506630
- [13]. Payne WG, Ko F, Anspaugh S, Wheeler CK, Wright TE, Robson MC. Down-regulating causes of fibrosis with tamoxifen: a possible cellular/ molecular approach to treat rhinophyma. *Ann Plast Surg.* 2006; 56 (3):301–305. doi:10.1097/01.sap.00000199155.73000.2f
- [14]. Cribier B. Pathophysiology of rosacea: redness, telangiectasia and rosacea. *Ann Dermatol Venereol* 2011; 138:184–91.
- [15]. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, et al., editors. *Dermatology.* 3rd ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2012 [chap 37].
- [16]. Cribier B, Laurent R, Meynadier J. Rosacée. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129:188–90.
- [17]. Lomeo PE, Mc Donald JE, Finneman J. Obstructing rhinophyma: a case report. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 133:799–800.
- [18]. Blairvacq JS, Yachouch J, Calteux N, Schmit S, Goudot P. Otophyma, zygophyma et rhinophyma : une association rare. *Ann Chir Plast Esthet* 2008;53:441–7
- [19]. El-Azhary RA, Roenigk RK, Wang TD. Spectrum of results after treatment of rhinophyma with the carbon dioxide laser. *Mayo Clin Proc.* 1991; 66(9):899–905. doi:10.1016/S0025-6196(12)61576-6
- [20]. Clark DP, Hanke CW. Electrosurgical treatment of rhinophyma. *J Am Acad Dermatol.* 1990; 22(5 Pt 1):831–837. doi:10.1016/0190-9622(90)70115-X
- [21]. Freeman BS. Reconstructive rhinoplasty for rhinophyma. *Plast Reconstr Surg.* 1970; 46(3):265–270. doi:10.1097/00006534-197009000-00010
- [22]. Wetzig T, Averbeck M, Simon JC, Kendler M. New rhinophyma severity index and mid-term results following shave excision of rhinophyma. *Dermatology.* 2013; 227(1):31–36. doi:10.1159/000351556
- [23]. McKenna DJ, McKenna K. Basal cell carcinoma lurking within gross rhinophyma. *Clin Exp Dermatol.* 2006; 31(1):173–174. doi:10.1111/j.1365-2230.2005.01929.x
- [24]. Shatkin S Jr, Shatkin M, Smith K, Beland LE, Oppenheimer AJ. Diffuse large B-cell lymphoma occurring with rhinophyma: a case report. *Cureus.* 2018; 10(4):e2536.
- [25]. Barzilai A, Feuerman H, Quaglino P, et al. Cutaneous B-cell neoplasms mimicking granulomatous rosacea or rhinophyma. *Arch Dermatol.* 2012; 148(7):824–831. doi:10.1001/archdermatol.2011.3575
- [26]. Schaller M, Almeida LM, Bewley A, et al. Rosacea treatment update: recommendations from the global ROSacea CONsensus (ROSCO) panel. *Br J Dermatol.* 2017; 176(2):465–471. doi:10.1111/bjd.15173
- [27]. Tuzun Y, Wolf R, Kutlubay Z, Karakus O, Engin B. Rosacea and rhinophyma. *Clin Dermatol.* 2014; 32(1):35–46. doi:10.1016/j.clindermatol.2013.05.024
- [28]. Firat C, Erbarur S, Elmas O, et al. An alternative micrographic method for decreasing bleeding and recurrence in the treatment of rhinophyma. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012; 16:418–21.
- [29]. Hassanein AH, Catterson EJ, Erdmann-Sager J, Pribaz JJ. The subunit method: A novel excisional approach for rhinophyma. *J Am Acad Dermatol.* 2016; 74(6):1276–1278. doi:10.1016/j.jaad.2016.01.004
- [30]. Hassanein AH, Vyas RM, Erdmann-Sager J, Catterson EJ, Pribaz JJ. Management of rhinophyma: outcomes study of the subunit method. *J Craniofac Surg.* 2017; 28(3):e247e250. doi:10.1097/SCS.00000000000003467
- [31]. Dunne JA, Saleh DB, Rawlins JM. Management of rhinophyma with Versajet™ and ReCell®. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2013; 51:e282–4.
- [32]. Lazzeri D, Agostini T, Spinelli G. Optimizing cosmesis with conservative surgical excision in a giant rhinophyma. *Aesthetic Plast Surg* 2013; 37:125–7.
- [33]. 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; 4:200–3.
- [34]. Sarifakioglu N, Sarifakioglu E. Simple, easy and still effective treatment option in severe rhinophyma: shave and paste. *Dermatol Ther* 2013;26:168–9

SK. M'Fa, et. al. "Traitement chirurgical du rhinophyma : Chirurgie d'exérèse, à propos de 05 cas." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 21(12), 2022, pp. 25-29.