

Le piercing du lobule de l'oreille, *ça ne fait pas toujours embellir!*

Drs D. Elamrani*,
H.Jerrab*, **M.Diouri****,
N.Babechar**,
EH.Boukind***

* Résident, ** Professeur,
 *** Professeur et Chef de Service
 Centre national de brûlés et de
 chirurgie plastique
 CHU Ibn Rochd. Casablanca

Depuis la nuit des temps, l'être humain pour s'embellir ou montrer son appartenance à un groupe ethnique, utilisait différents accessoires, notamment le piercing et en particulier celui du lobule de l'oreille.

Dans notre contexte, cette pratique est très répandue, et presque toutes les femmes se font percer le lobule de l'oreille à un âge très jeune.

Ce piercing n'est pas dénué de risque et est parfois responsable de complications à type d'infection locale, de dermatite allergique, de formation de granulome et de kyste, de cicatrices chéloïdes, et de lobules fendus.

Si la majorité des complications sont souvent facilement gérables par un traitement local, et parfois général, les deux dernières complications posent de sérieux problèmes sur le plan esthétique et leur prise en charge fait appel à différents moyens offerts par la chirurgie plastique.

LOBULE D'OREILLE FENDU

La fente du lobule auriculaire est une complication redoutable du port de boucle d'oreille.

C'est un motif fréquent de consultation en chirurgie plastique. Ses circonstances de survenue et ses formes cliniques sont variables et les moyens thérapeutiques sont multiples et doivent être adaptés à chaque cas.

CIRCONSTANCES DE SURVENUE

La survenue d'une fente du lobule peut être en rapport avec divers mécanismes. Il peut s'agir de **déchirure progressive**, sur plusieurs années, provoquée par une traction continue exercée par de lourdes boucles pendantes.

Le traumatisme peut aussi être brutal, à la suite d'un enchevêtrement dans les cordes téléphoniques, lors du brossage de cheveux, de violence conjugale, au moment d'enfiler ses vêtements, ou encore, chez des enfants tirant leurs boucles d'oreilles⁽¹⁻⁴⁾.

FORMES CLINIQUES

Quel que soit le mécanisme de survenue de la fente, progressif ou brutal, les bords déchirés du lobule s'épithélialisent et forment **une fissure très inesthétique**.

Elle peut prendre trois aspects cliniques différents : une fissure partielle (fig.1), une fissure complète, réalisant un lobe d'oreille bifide avec souvent deux berges de longueur inégale (fig. 2), ou une fissure multiple, divisant le lobule en trois lambeaux ⁽¹⁻³⁾ (fig.3).

MOYENS THÉRAPEUTIQUES

La disgrâce importante engendrée motive de plus en plus de patients à se présenter en consultation de chirurgie plastique.

Les méthodes de réparation proposées sont nombreuses et adaptées à chaque cas.

La reconstruction fait appel le plus souvent, à la chirurgie dont les techniques sont multiples.

La plus simple consiste à faire un avivement de la fente par exérèse de ses bords et une reconstruction en deux plans : le plan postérieur, par une plastie en "Z" pour prévenir la rétraction cicatricielle et le plan antérieur, par suture directe en corrigeant, à la demande, la différence de longueur des berges pour obtenir une parfaite congruence ^(1,2,4,5). (fig.4,5)

Une technique chirurgicale nouvelle utilise **un greffon de cartilage conchal** inséré au niveau du lobule permettant de prévenir les récidives. ⁶ **les récidives**

En cas de fente partielle, une **"elliptique punch – biopsie"** peut être proposée. Elle permet de transformer l'orifice élargi en une ellipse désépithérialisée avant de procéder à la suture des deux faces de la fente ^(6,7).

La dermabrasion, l'utilisation d'ultrasons, le laser pulsé au dioxyde de carbone sont aussi d'autres techniques utilisées par certains auteurs ^(1,2,8).



Fig.1 : Fente partielle du lobule auriculaire



Fig. 2 : Fente complète du lobule auriculaire

PRÉVENTION

La survenue de fente du lobule auriculaire menace toute personne qui porte des boucles d'oreille, d'où l'importance de la prévention qui passe par **le respect de plusieurs règles** :

- éviter de porter de lourdes boucles d'oreille pour de longues périodes;
- éloigner les boucles d'oreille lors de l'utilisation du téléphone;
- enlever les boucles d'oreille avant de retirer ses vêtements et avant de se coiffer;
- être conscient que les petits enfants et les bébés sont souvent attirés par les boucles d'oreille;
- interdire aux enfants de porter des boucles d'oreille pendantes.

CICATRICE CHÉLOÏDE DU LOBULE DE L'OREILLE

Définition

La cicatrice chéloïde est le résultat d'une **cicatrisation pathologique sur le mode hypertrophique**, caractérisée par une production excessive de divers constituants du tissu conjonctif,

notamment du collagène.

Elle se distingue de la cicatrice hypertrophique par une localisation qui s'étend au-delà des limites de la blessure initiale, une évolution qui ne se fait jamais spontanément vers la guérison, même au delà de 2 ans d'évolution, et une tendance marquée à la récurrence après exérèse chirurgicale en peau saine ⁽⁹⁾.



Fig.3 : Fente double du lobule de l'oreille divisant le lobule en trois lambeaux

LE PIERCING DU LOBULE DE L'OREILLE, ÇA NE FAIT PAS TOUJOURS EMBELLIR



Fig.4 et Fig.5 : Fente complète du lobule auriculaire, traitée par avivement-suture des berges avec plastie en Z sur la face postérieure des berges

Epidémiologie et facteurs de risque

C'est une lésion très fréquente chez les sujets à peau pigmentée. Elle touche le sujet jeune entre 10-30ans, surtout de sexe féminin constituant un véritable cauchemar pour les jeunes filles. La cicatrice chéloïdienne se localise préférentiellement au niveau de **certaines zones dites "maudites"** : la région présternale, scapulaire, pubienne, la nuque et le pavillon de l'oreille, surtout le lobule.

Ceci peut s'expliquer par le fait que ces zones de prédilection sont le siège d'une plus importante tension cutanée, hormis les oreilles pour lesquelles les chéloïdes apparaissent fréquemment après percement de lobule devant l'utilisation de boucles d'oreille qui **distend** notablement la peau à ce niveau. L'usage de bijoux septique favorise aussi la survenue de chéloïde à ce niveau^(9,10,11).

Clinique

Cette cicatrice prend un aspect rouge à noir, bourgeonnant avec un pédicule le plus souvent large. Elle est progressivement dure

et tendue et émet, dans sa forme typique, des prolongements en "pince de crabe" perpendiculaires à la cicatrice.

Après une première phase inflammatoire plus ou moins longue, elle perd ses caractères inflammatoires et ne persiste qu'une masse bourgeonnante indurée, indolore qui ne régresse jamais spontanément et évolue vers l'augmentation de volume (fig.6).

Traitement

Le traitement des chéloïdes n'est pas univoque. Il existe plusieurs méthodes thérapeutiques dont aucune ne fait l'unanimité^(9,10). (fig.6,7,8)

- **La radiothérapie** (cobalt ou curiethérapie) pratiquée par certains auteurs serait une méthode de choix dans les petites chéloïdes^(9,12).

- **L'association radiothérapie et chirurgie d'exérèse intrachéloïdienne** donnerait les meilleurs résultats^(9,10,12).

- **La cryothérapie** par neige carbonique ou azote liquide exige de nombreuses séances et son caractère douloureux en limite souvent l'usage prolongé^(9,13).

L'infiltration intra chéloïdienne de corticoïde retard sont plus efficaces dans les chéloïdes jeunes⁽⁹⁾.

- **L'exérèse intra- chéloïdienne suivie d'une infiltration** de corticoïde retard immédiatement après la cicatrisation a donné des résultats satisfaisants avec un taux de récurrences faible⁽¹³⁾.

L'application post-opératoire d'une pression continue par un dispositif adapté, taillé dans un tissu élastique (clips auriculaires), serait un facteur important pour éviter la récurrence⁽⁹⁾.



Fig.6 : Cicatrice chéloïde du lobule de l'oreille

LE PIERCING DU LOBULE DE L'OREILLE, ÇA NE FAIT PAS TOUJOURS EMBELLIR



Fig.7 et 8 : Cicatrice chéloïde du lobule de l'oreille, traitée par exérèse chirurgicale intra- chéloïdienne avec curiethérapie post-opératoire : Fig.7 : gaine de curiethérapie en place; Fig.8 : aspect à j15 post op (il s'agit de la patiente fig.6)

Prévention

La multitude des moyens de traitement proposés témoigne de la difficulté de traiter définitivement la chéloïde et la chirurgie d'exérèse intrachéloïdienne qui est inévitable dans les chéloïdes évoluées, et parfois délabrant. Ceci fait toute l'importance de la prévention.

- l'éviction du piercing du lobule auriculaire chez les patients à risque;

- l'éviction d'utilisation de boucles lourdes qui distendent la peau;
- et l'utilisation de matériel aseptique pour le percement du lobule de l'oreille.

est CONCLUSION

Le piercing du lobule de l'oreille, très répandu dans notre contexte, est parfois à l'origine de nombreuses complications qui vont à l'encontre du but escompté : "embellir".

La chirurgie permet souvent de corriger le lobule fendu. Par contre, le traitement des chéloïdes est encore difficile et nécessite la combinaison de plusieurs procédures médicales, chirurgicales et radiothérapeutiques complémentaires.

La prévention reste un volet très important et se base sur l'information et la sensibilisation du grand public sur le risque encouru ainsi que du personnel médical soignant sur les possibilités qu'offre la chirurgie plastique pour pallier à ces lésions.

RÉSUMÉ : Le piercing du lobule de l'oreille est l'une des coutumes très répandues dans notre contexte. Bien que son but soit d'embellir, il n'est pas dénué de risque et peut parfois entraîner des complications qui vont à l'encontre du but escompté. Les deux complications les plus redoutables sont la fente du lobule auriculaire et la cicatrice chéloïde. Leur traitement est difficile et la prévention reste donc capitale.

SUMMARY : The use of ear piercing currently is a common practice in our culture. Although its purpose is to beautify, it is not devoid of risk and may result in complications that go against the expected goal. The two most dreaded complications are the Earlobe Cleft and keloid scar. Their treatment is difficult and prevention is crucial.

RÉFÉRENCES

1- Simons G, Legray P, Darsonval V, Greco JM. La réparation du lobe auriculaire fendu. *Annales de chirurgie plastique et esthétique* 1985;30(2):154-157.
2- Meley M, Noel D, Baba-Aïssa S, Duroure F. La correction du lobule auriculaire fendu. *Journal de médecine esthétique et de chirurgie dermatologique* 1996;23(91):189-191.
3- Rajiv A, Ramesh C. A new technique for repair of acquired split-ear-lobe deformity: the free conchal cartilage sandwich graft. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009;doi:10.1016/j.bjps.2008.11.040.
4- Watson D. Repair of the torn earlobe. *Facial Plast Surg* 2004;20:39-45.
5- Niamtu J. Surgical repair of cleft earlobe. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:886-90.

6- MubaT, Andrei M, ThomasG.S. Surgical Pearl: Earlobe repair assisted by guidewire punch technique: A useful method to remove unwanted epithelial tracts caused by body piercing. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:93-4.
7- Dessy Luca A, Buccheri Ernesto M, Annibolotti T. Modified Punch Technique for Incomplete Earlobe Cleft Repair. *Aesth Plast Surg* 2006;30:731732.
8- Bastazini I, Bastazini I, Coelho de Melo MC, Ferreira daSilva Biscarde E. Surgical Pearl: Dermabrasion for the correction of incomplete cleft earlobe. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:688-9. (article in press)
9- Gerbault O. Cicatrisation cutanée. *EMC Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, 45-010, 1999, 19p.

10- Alster TS, Tanzi EL. Hypertrophic scars and keloids. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:235-243.
11- Saleeby ER, Rubin MG, Yousbeck E, Kleinsmith DM. Embedded foreign bodies presenting as earlobe keloids. *J Dermatol Surg Oncol* 1984;10:902-4.
12- Benider A, Sabraoui S, Asbarki A, Samilali R, Kablain A. Curietherapie dans le traitement des chéloïdes. *Magreb Medical* 1994; 276 :14-6.
13 - Kadjo M, Dick R, Malan E, Kossoko H, Kelli E, Yapo P et al. Exérèse intra-chéloïdienne et infiltration différée de corticoïde dans le traitement des chéloïdes. *Med Trop* 1990;50: 279-85.