



Chirurgie réparatrice de l'oreille : une réparation physique et artistique

Rakotondranaivo MJ, Andriamanantena RH, Ralahiniriko TA,

Rakotoarimanana FVA, Razafindrabe JAB.

Introduction

L'oreille externe est une entité anatomique complexe et unique pour chaque individu. Il s'agit d'un organe pair et symétrique, dont la réparation en cas de perte de substance est délicate(1). La première reconstruction a commencé dès l'an 600 avant JC. Les techniques opératoires ne cessent de s'améliorer jusqu'à nos jours (2). Nous partageons ici deux cas de réparation de l'oreille suite à une malformation et à une morsure, vues dans le service de Chirurgie Maxillofaciale du centre Hospitalier Universitaire Joseph Dieudonné durant cette année. Deux cas, certes différents sur l'anatomo-pathologie des lésions mais également sur la technique opératoire utilisée. Malgré ces différences, l'objectif reste le même, esthétique et fonctionnelle.

Observation

Le premier cas était un homme de 32 ans, sans antécédent particulier. Il est né avec une dysplasie congénitale de l'oreille droite. En effet, seules quelques structures du pavillon de l'oreille sont présentes et ils sont en hypoplasie modérée : dysplasie du second degré selon Weerda (1). A cela s'ajoute une fistule pré-tragienne, non compliquée. Il n'a pas de demande spécifique liée à l'ouïe mais souhaite avoir un hélix capable de supporter des accessoires : lunettes et masques. Sur son oreille controlatérale siège une excroissance cartilagineuse prétragienne (Figure 1). A l'examen clinique, il ne présente pas de malformation visible ni palpable. Les examens cardiologiques sont revenus normaux. La réparation était faite sous anesthésie générale. La chirurgie consistait en une otoplastie locale, sans greffe cartilagineuse ni cutanée externe. Nous avons travaillé sur le remodelage du cartilage et sur la re-axation de l'insertion de l'hélix. Initialement, nous avons prévu

d'utiliser l'excroissance cartilagineuse, enlevée de l'oreille controlatérale pour mettre plus de volume sur l'oreille gauche, mais cela n'a pas été indispensable. Certes, une fistulectomie a été associée, afin d'éviter les épisodes infectieux. Les suites opératoires étaient simples. Le résultat immédiat est satisfaisant, permettant de répondre à la doléance du patient, et avec une cicatrisation normale (Figure 2).



Figure 1 : Dysplasie congénitale de l'oreille (pré-opératoire)



Figure 2 : Dysplasie congénitale de l'oreille droite (2 jours et 6 mois post-opératoire)

Le deuxième cas était un homme de la trentaine également. Il était victime de morsure humaine dans un cadre d'un conflit social, occasionnant une perte de substance partielle, transfixiante de l'hélix, d'environ 20mm de grand axe et entraînant un préjudice esthétique disgracieuse (cf photo 3). Vu son contexte socio-économique précaire, la prise en charge initiale a été de procéder à la réparation de l'oreille quelques jours après l'évènement. Elle a été réalisée sous anesthésie locale.

Un lambeau local inspiré du lambeau d'Antia-Buch a été fait à deux jours post-traumatiques, après explication du rapport bénéfice-risque, notamment de la réduction de taille de l'oreille réparée. Nous avons procédé à deux lambeaux d'avancement-rotation chondro-cutané confectionné le long de l'hélix. Cette double rotation entraîne une microtie (dimension plus petite de l'oreille par rapport à son homologue,). Un triangle de décharge au niveau de l'anthélix été nécessaire pour permettre une fermeture plus convenable (Figure 4). Les suites post-opératoires ont été marquées par une chondrite, gérée par antibiothérapie par voie orale (bétalactamine dose curative pendant 12 jours) et soins locaux quotidiens. La cicatrisation était correcte, sans tendance à une hypertrophie. Le résultat post-opératoire immédiat et à moyen terme (6 mois post-opératoire) était satisfaisant (Figure 5).



Figure 3 : Amputation partielle post-traumatique de l'oreille droite (préopératoire)

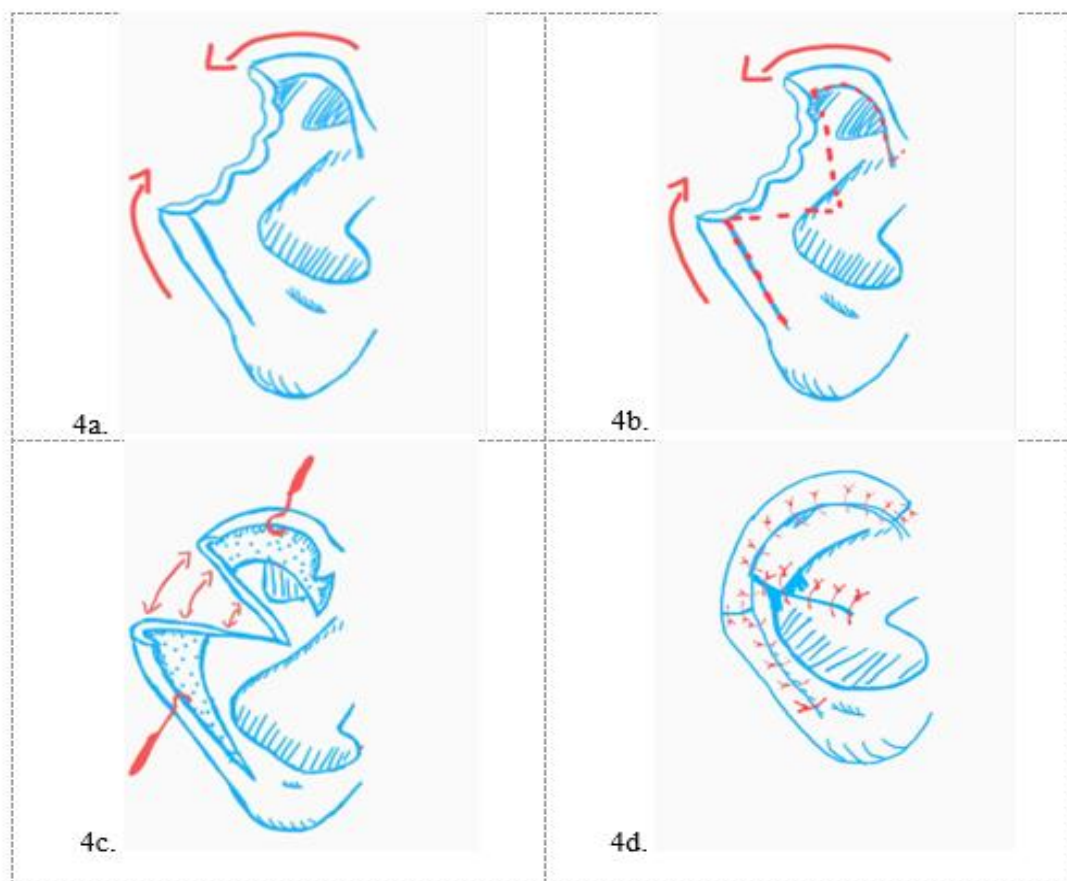


Figure 4 : Caricature de la technique opératoire inspirée du lambeau d'Antia-Buch
 4a. aspect de la perte de substance (morsure du pavillon de l'oreille droite)
 4b. dessin des incisions et du déplacement
 4c. dissection du lambeau chondro-cutané et des structures à suturer
 4d. Aspect après suture



Figure 5 : Amputation partielle post-traumatique de l'oreille droite (6 mois post-opératoire)

Discussion

Dans les deux cas, l'otoplastie avait comme objectif de restaurer la structure anatomique de l'oreille pour un visage plus harmonieux, moins dérangeant(3). Par la même occasion, la réparation a permis d'améliorer la fonction de l'oreille externe : support d'accessoire et transmission sonore. En effet, le pavillon, capte et amplifie certaines fréquences de son. Il faut considérer aussi les répercussions psychologiques de ces lésions. A ces objectifs communs s'ajoute une autre attente du patient, bien qu'il ne l'exprime pas : retrouver l'identité corporelle dont la confiance en soi(4).

Plusieurs types de réparation sont disponibles pour atteindre l'objectif. Le choix de la technique dépend du type des lésions initiales et de la possibilité de la réalisation technique. Pour le cas de la malformation, une correction non chirurgicale par attelle aurait pu être faite pendant les six premières semaines de vie. Cette période dépassée, la plasticité du cartilage diminue(5). La réparation de ces microties peut se faire par lambeau local. Généralement, une expansion fascio-cutanée aurait été nécessaire au préalable. La non disponibilité des matériaux d'expansion n'a pas permis la réalisation de cette préparation. De plus, ces expansions cutanées peuvent avoir des risques de dépression plus marquée de la mastoïde, augmentant le gêne esthétique. Notre technique a l'avantage de permettre un recouvrement aisé de ces déformations par des tissus de même nature. Par contre, elle laisse une différence de taille par rapport à l'oreille controlatérale. Pour optimiser l'égalité de taille, une greffe autologue ou de biomatériaux aurait été nécessaire afin de reconstruire le cartilage. Le recouvrement cutané, quant à elle aurait pu être réparé par plastie en Z, incision tranfixiante ou dans les cas de dysplasies mineures comme le notre : par simple incision(1,6).

Pour l'amputation partielle post-traumatique du pavillon, d'autres procédés chirurgicaux peuvent être utilisés. Une perte de substance minimale peut être suturée directement. Les lésions plus étendues, comme notre cas, nécessitent les plus souvent deux temps opératoires. En termes de lambeaux locaux, un lambeau rétro-auriculaire aurait pu être confectionné, pédiculé sur l'artère auriculaire postérieure. Si le fragment amputé est retrouvé, il est possible de le réimplanter d'emblée ou après conservation du fragment avulsé par empochement dans le tégument mastoïdien(7). Le choix de notre technique était surtout basé sur la possibilité technique, remettant en question l'observance thérapeutique et la réalisation d'une éventuelle deuxième chirurgie (section de pédicule ou levé d'empochement). En fait le lambeau d'Antiaubuch permet de combler la perte de substance de l'hélix au prix d'une réduction de taille du pavillon. C'est un lambeau pratique car il est fait en un seul temps opératoire et est réalisable sous anesthésie locale. Certains chirurgiens pratiquent une plastie de réduction du lobule controlatéral. Cela aurait augmenté le risque de complications postopératoires sur une oreille saine pour notre cas. Parfois, une encoche sur le bord libre de l'hélix est également observée dans les suites à moyen terme de cette reconstruction, ce qui n'est pas notre cas (8). Une greffe chondro-cutanée ou un recouvrement par épithèse aurait été judicieux si la perte de substance excédait les 30mm (3).

La réussite de la chirurgie était jugée sur la satisfaction des patients, l'atteinte des objectifs préopératoire, la stabilité des résultats et l'absence de complication. Toute chirurgie n'est pas à l'abri de complication dont le chef de file est l'infection. Cependant, elles doivent être prises en charge correctement et dans les temps pour éviter les séquelles irréversibles(9). Pour nos deux cas, la

réparation est réussie. La hantise pour la chirurgie reste la nécrose et l'infection dans les réparations de l'oreille. Ils sont toujours à craindre. Cependant, l'oreille est un endroit prédisposé pour les cicatrices chéloïdes. Ces cicatrises pathologiques risquent d'être aussi disgracieuses que les

lésions initiales(10). A l'anamnèse, nos deux cas n'étaient pas un terrain de cicatrice pathologique. Aucune tendance à une cicatrice hypertrophique n'était observée à moyen terme. Cependant, un suivi régulier et la vigilance reste à entreprendre.

Conclusion

La réparation de l'oreille nécessite la maîtrise de l'anatomie et des techniques disponibles. Mais le chirurgien se doit d'écouter les demandes du patient. Nos deux cas ne sont que des illustrations des différents aspects de réparation du pavillon de l'oreille. Il s'agit d'une réparation physique, artistique et une quête de rénovation. Une technique chirurgicale adaptée, minutieuse permet de restaurer l'anatomie de l'oreille de manière précise, et permet au patient de regagner confiance. Une appréciation du résultat à long terme serait intéressante.

Références

1. Dumoulin S. Reconstruction des pertes de substance étendues de l'oreille [Mémoire DESIU Chirurgie du visage]. Aix-Marseille Université; 2017.
2. Shiffman MA. History of otoplasty: review of literature. *Advanced cosmetic otoplasty: art, science, and new clinical techniques*. 2013 Apr 19;43-64.
3. Vertu-Ciolino D, Disant F. Techniques for repairing loss of substance in the ear pinna. *Surgical techniques- Head and Neck*. 2017;3.
4. Faivre I. "Autoplastie de l'apparence ou enquête sur la chirurgie esthétique." *Ethnologie Française*. 1976;6(3/4): 233–48.
5. Vincent PL, Voulliaume D, Coudert A, Truy E, Ayari-Khalfallah S. Congenital auricular anomalies: Early non-surgical correction by splinting. *Ann Chir Plast Esthét*. 2019 Aug1;64(4):334–43.
6. Firmin F. La reconstruction auriculaire en cas de microtie. Principes, méthodes et classification. Vol. 46, *Ann Chir Plast Esthét*. 2001.
7. Guyot L, Seguin P, Benateau H. Lambeaux de reconstruction du pavillon de l'oreille. In: *Techniques en chirurgie maxillo-faciale et plastique de la face* . Springer. Paris; 2010. p. 206–11.
8. Benchemam Y, Nicolas J, Alix T, Soubeyrand E, Tringali S, Labbé D et al. Le lambeau d'Antia-Buch dans la reconstruction des pertes de substance partielles de l'hélix. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*. 2008 Nov1;109(5):307-11.
9. Reynaud J, Gary-Bobo A, Mateu J, Santoni A. Chondrites post-opératoires de l'oreille externe. A propos de deux cas sur 200 patients opérés (387 otoplasties). *Ann Chir Plast Esthét*. 1986;31(2):170–3.
10. Kassi K, Kouame K, Choaken G, Kouassi K, Allou A, Gbery IP, et al. Chéloïde de l'oreille chez le noir Africain : facteurs de risque et prise en charge thérapeutique. In : *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. Elsevier BV; 2016. p. S69.