

OTOPOIESE PAR GREFFE COSTALE AUTOLOGUE : A PROPOS D'UN CAS

KAS.BELHAZADJI, NEH.DRIZI, K.HIRACHE BAGHDAD

a: Service de chirurgie Maxillo-Faciale - Etablissement Hospitalo-Universitaire 1er Novembre 1954 d'Oran

b: Centre Hospitalo-Universitaire d'Oran

Contact: khalil.belhazadji@gmail.com

INTRODUCTION

❖ L'oreille est un organe ayant une double fonction : sensorielle (audition et équilibre) et esthétique, qui est affecté par de nombreuses pathologies dont les traumatismes, entraînant des amputations.

❖ Il existe plusieurs classifications. Celle de Meurman comprend 3 grades :

- Grade I : auricule petit et malformé, tous les composants sont présents.
- Grade II : vestige vertical de cartilage et de peau, atrésie du méat externe.
- Grade III : absence totale ou quasi-totale de muscle.

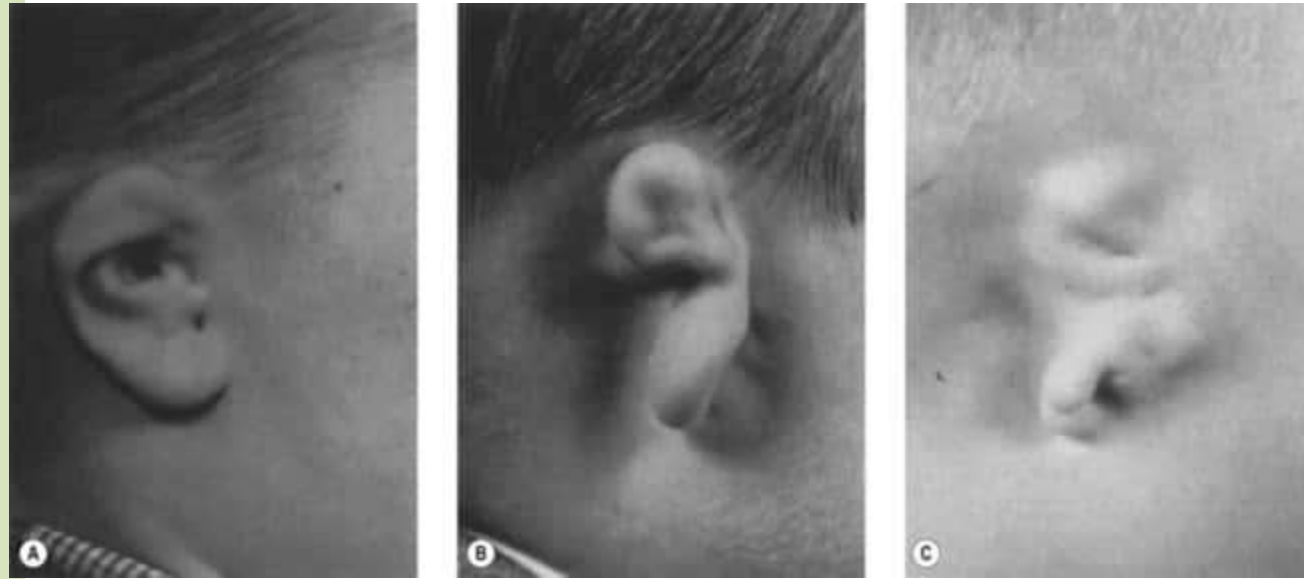


Fig. 1: Classification de Meurman

❖ La technique opératoire utilisant un greffon costal autologue a été décrite en 1930 par Pierce, suivi par Tanzer, Converse, Brent, puis Nagata (1994), qui a affiné la technique en deux opérations :

- Première opération : Construction de la maquette et transposition du lobule.
- Deuxième opération : Surélévation de la maquette et création du pli rétro-auriculaire.
- ❖ Une troisième opération peut être nécessaire, pour les "retouches finales".
- ❖ Autres méthodes décrites, comme les matériaux synthétiques, les épithèses et les lambeaux libres.

MATERIELS & METHODES

❖ Nous rapportons le cas d'un patient de 45 ans, impliqué dans un accident de voiture ayant entraîné une amputation totale de l'oreille droite.

❖ Nous avons décidé de procéder à la réparation chirurgicale de l'oreille, en utilisant la technique de Nagata en 2 temps.

❖ Dans la première intervention, du cartilage autologue est prélevé sur les 7ème, 8ème et 9ème côtes.



Fig. 2: Aspect des oreilles gauche et droite

❖ Incision courbe de 10 cm de long La dissection est effectuée avec précaution.

❖ Une fois les côtes exposées, les 7e et 8e côtes sont retirées en bloc, tandis que la 9e côte est utilisée pour la reconstruction hélicoïdale.

❖ Un gabarit est créé à partir de l'oreille controlatérale, et le cartilage est modelé en fonction de ce dernier.

❖ La pièce restante est transplantée dans une poche sous-cutanée sus-sternale, et sera utilisée lors de la deuxième intervention.

❖ L'étanchéité de la plèvre est vérifiée. Puis la musculature est suturée, suivie par la couche sous-cutanée et la peau.

❖ La maquette créée est implantée dans une poche par incision rétro-auriculaire. La peau doit être fine pour montrer le relief auriculaire plus tard. Une suture est réalisée sur un drain d'aspiration avec bandage compressif.

❖ Une radiographie du thorax est effectuée pour exclure un pneumothorax.

❖ La deuxième opération est effectuée après un intervalle d'au moins 6 mois.



Fig. 3: Cartilage prélevé des 7ème, 8ème et 9ème côtes.



Fig.4: Dissection minutieuse.



Fig.5: Côtes prélevées en monobloc.

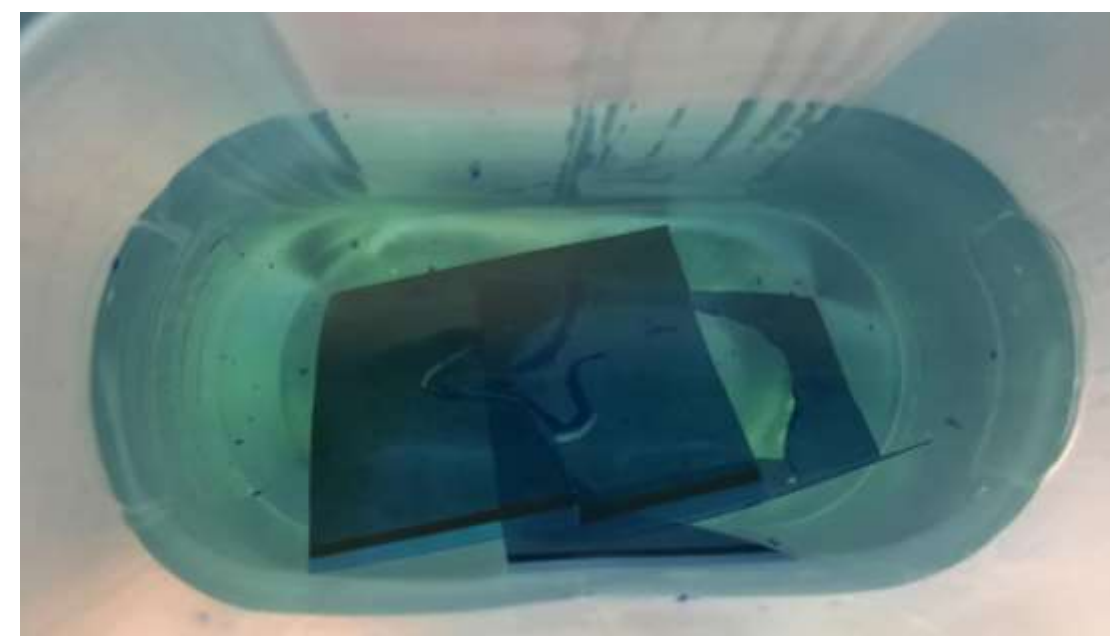


Fig. 6: Gabarit de l'oreille controlatérale.



Fig. 7: Sculpture du cartilage costal

❖ La pièce cartilagineuse enfouie en sous-cutané est prélevée et sculptée pour créer une armature permettant d'élever le pavillon de l'oreille. Elle est ensuite recouverte d'une greffe de peau, prélevée sur la peau supra-claviculaire, et suturée sans tension.

❖ Un pansement adhésif est laissé en place pendant 1 semaine pour empêcher un déplacement du greffon.

❖ Une correction mineure est réalisée un mois plus tard, sous anesthésie locale selon la technique de Nelaton-Ombredanne, pour créer un lobule auriculaire.

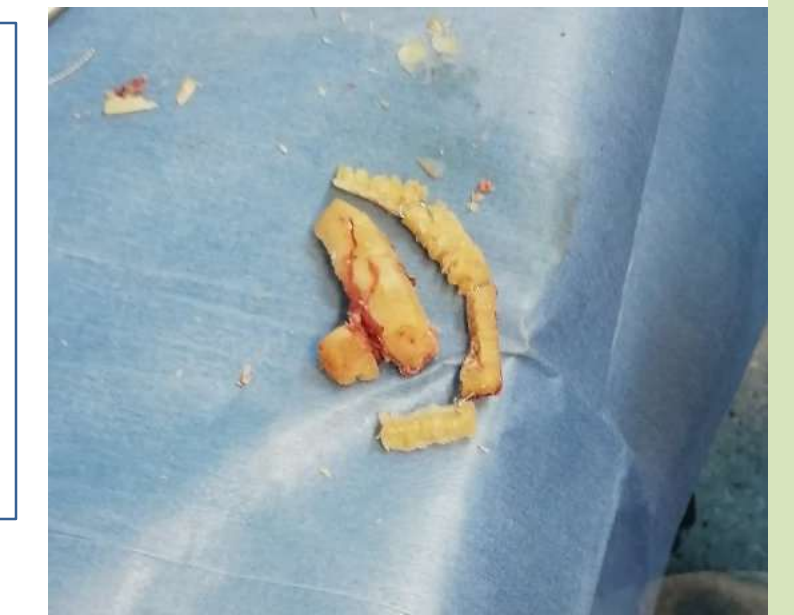


Fig. 8: Maquette du cartilage costal.



Fig. 9: Poche sus-sternale



Fig. 10: Incision retroauriculaire



Fig. 11: 1er temps opératoire

RESULTATS

❖ Un intervalle de 6 mois est respecté entre les deux premières interventions.

❖ Après la deuxième intervention, on obtient une oreille de forme et de dimensions similaires à l'oreille opposée, avec une épaisseur suffisante permettant au patient de porter des lunettes et des masques chirurgicaux.

❖ Le résultat final après cicatrisation est satisfaisant.

❖ Nous avons obtenu une oreille droite fonctionnelle et esthétiquement acceptée par le patient.

❖ Dans ce cas, nous avons opté pour une prise en charge chirurgicale absolue en deux opérations principales, complétées par une chirurgie mineure sous anesthésie locale.

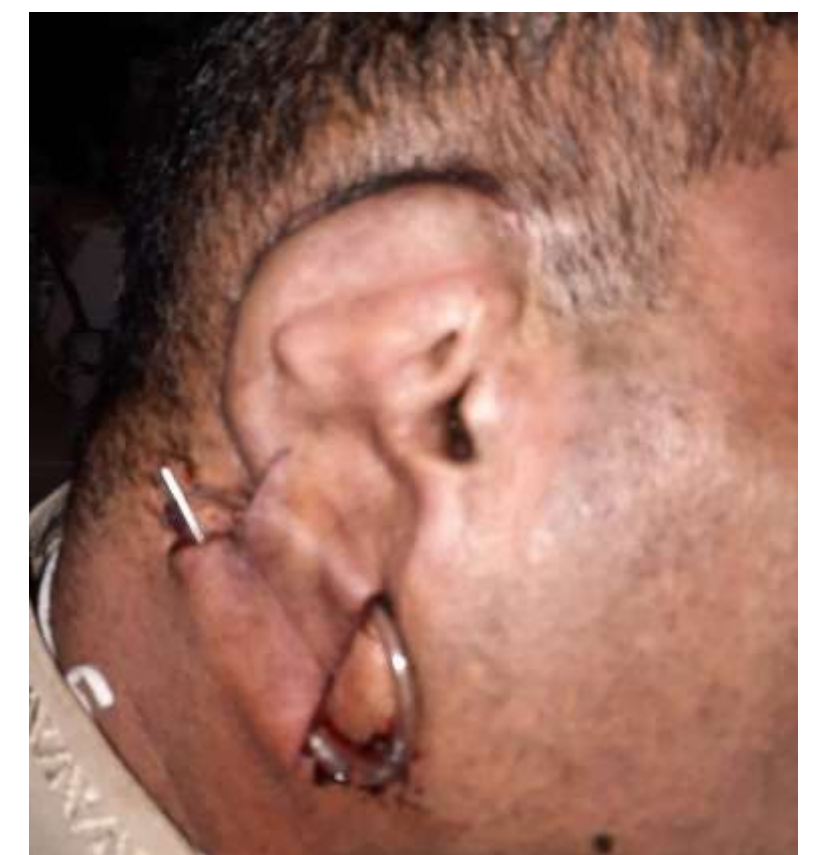


Fig. 12: Création du lobule

CONCLUSION

❖ Il existe plusieurs techniques d'otopoièse; chirurgicales et prothétiques; la technique de Nagata est la plus utilisée.

❖ Les pays d'Amérique latine utilisent plus volontiers le polyéthylène poreux. Cependant, les pays européens ont une grande expérience des greffes autologues, comme le Professeur Firmin qui rapporte d'excellents résultats chez plus de 260 patients sur les 300 rencontrés.

❖ Compétences, technicité et matériel spécifique sont nécessaires pour la sculpture du cartilage.

❖ Dans notre département, nous avons tendance à utiliser la prise en charge chirurgicale pour les reconstructions d'oreilles.



Fig. 13: Aspect final par technique de Nelaton-Ombredanne.

REFERENCES

1- Siegert R. Microtia Repair. In: Vuyk, HD, Lohuis, PJF. M. Facial plastic and reconstructive surgery. London : Edward Arnold; 2006. p. 373-80

2- Kelley BW, Haggerty CJ. Costochondral Graft. In: Haggerty CJ, Laughlin RM. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley Blackwell; 2015. p. 495-98.

DECLARATION D'INTERETS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt