



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Note technique

Technique de féminisation fronto-orbitaire. Une stratégie chirurgicale par fraisage fronto-orbitaire ± technique de la coquille d'œuf pour optimiser le rapport bénéfice/risque[☆]

A. Villepelet^{a,b}, A. Jafari^a, B. Baujat^{a,*,b}

^a Service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, hôpital Tenon, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^b Sorbonne Université GRC 10 Papillophar, APHP Hôpital Tenon, 75020 Paris, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Féminisation fronto-orbitaire
 Chirurgie de féminisation faciale
 Mask-lift
 Canthopexie latérale

RÉSUMÉ

La demande de féminisation faciale augmente au sein de la population des patients transsexuels. Le front masculin a des bosses supra-orbitaires avec un angle glabellaire plus aigu tandis que le front féminin a des traits plus doux. L'objectif de cet article est de décrire notre technique chirurgicale de féminisation fronto-orbitaire. La technique du mask-lift est un lifting de la partie supérieure de la face. Il permet un rajeunissement en corrigeant les traits effondrés et une féminisation fronto-orbitaire par un fraisage des rebords orbitaires et des canthopexies latérales. Selon la taille du sinus frontal et l'épaisseur de sa paroi antérieure, le remodelage frontal est effectué par fraisage simple ou par la technique de la coquille d'œuf. Le remodelage orbitaire comprend une ouverture supéro-externe de l'orbite, une réduction des rebords et un tunnel sur le rebord latéral pour guider la canthopexie. Des myectomies frontales du corrugateur et du procerus, ainsi qu'une excision minimale du scalp, complètent la chirurgie. Notre technique permet une féminisation significative et d'aspect naturel. Aucune complication n'a été observée dans notre série de patients. La technique de la coquille d'œuf est une alternative au volet osseux en cas de sinus frontal très pneumatisé. La féminisation fronto-orbitaire est au cœur d'une large stratégie chirurgicale. Elle peut être associée à une rhinoplastie, une génioplastie, un remodelage des angles mandibulaires, un lifting facial et une laryngoplastie. Entreprendre la féminisation faciale en 2 ou 3 étapes permet une meilleure tolérance physiologique et psychologique.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Le transsexualisme se définit comme un trouble de l'identité de genre chez des patients exprimant un fort désir de vivre et d'être acceptés en tant que membre du sexe opposé. En Europe, la prévalence des transsexuels *male to female* s'est accrue et se situe actuellement entre 1/10 000 et 1/45 000 habitants [1]. Ainsi, la demande de féminisation faciale augmente chez les patients transsexuels qui sont convaincus de ne pas vivre selon le genre qui leur correspond.

Une étude des différences anatomiques entre le front masculin et le front féminin est nécessaire afin de comprendre les enjeux d'une chirurgie de féminisation fronto-orbitaire. Le front masculin comporte souvent des bosses frontales volumineuses. Les bosses supra-orbitaires féminines sont le plus souvent inexistantes. Le front féminin est plus vertical avec une courbure douce, continue et une absence de zone plane. Les rebords orbitaires masculins sont plus prononcés dans leur portion supéro-externe. Les sourcils masculins sont rectilignes et se situent au niveau du rebord orbitaire supérieur tandis que les sourcils féminins sont arqués et se situent au-dessus du rebord orbitaire supérieur [2].

Il est aussi important d'étudier les variations anatomiques du sinus frontal dont la taille varie de l'agénésie à la pneumatisation massive. Lee et al. ont étudié l'anatomie du sinus frontal et ses variations selon le genre sur 150 scanners maxillo-faciaux : l'angle naso-frontal était plus aigu chez la femme que chez l'homme (120° contre 134°), la profondeur moyenne antéro-postérieure variait entre 8,0 et 9,3 mm et l'épaisseur de la table antérieure entre 2,6 et 4,1 mm [3]. Il existe donc plusieurs techniques chirurgicales pour

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2018.04.007>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bertrand.baujat@tnn.aphp.fr (B. Baujat).

<https://doi.org/10.1016/j.aforl.2017.01.005>

1879-7261/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

le remodelage frontal. L'objectif de l'étude est de décrire notre stratégie chirurgicale de féminisation fronto-orbitaire.

2. Technique

Huit patients ont été inclus entre janvier 2011 et décembre 2014. L'âge des patients, compris entre 27 et 67 ans, était en moyenne de 47,4 ans. Les patients suivaient une psychothérapie depuis au moins 2 ans et étaient traités par hormonothérapie depuis au moins 2 ans. La chirurgie était programmée après obtention de l'accord écrit du psychiatre. Un scanner préopératoire maxillo-facial était effectué, avec des coupes axiales et coronales, des reconstructions sagittales et en 3 dimensions afin d'étudier précisément la morphologie du sinus frontal. Un examen ophtalmologique préopératoire permettait d'évaluer l'acuité visuelle, le fond d'œil, la tension oculaire, l'oculomotricité, la convergence et l'intégrité de la cornée. En effet, la canthopexie latérale peut décompenser une faiblesse musculaire latente et entraîner une diplopie.

Tous les patients ont donné leur consentement pour l'utilisation de leurs photographies dans des publications scientifiques en conformité avec les règles de protection des personnes en vigueur.

2.1. Voie coronale et dissection périorbitaire

Le rasage d'un centimètre de cheveux est effectué sur le trajet de l'incision coronale. Cette incision de forme incurvée débute verticalement au niveau du tragus puis se dirige en arrière avant d'atteindre le milieu du front, 3 à 4 cm en arrière de la ligne d'implantation capillaire, décrivant une courbe en S, afin de gagner en laxité lors de l'exposition des orbites. Elle est effectuée symétriquement du côté opposé. La première étape est la même que pour un mask-lift [4] : la dissection commence dans le plan subgalléal, par un décollement du péricrâne et du fascia temporalis. Deux à 4 cm au-dessus des rebords orbitaires supérieurs, la dissection devient sous-périostée, avec une dissection de la glabelle à la suture naso-frontale, libérant le pédicule supraorbitaire homolatéral. La dissection intéresse ensuite les rebords et les parois orbitaires supérieurs, médiaux et latéraux et le processus zygomatic. Le rebord orbitaire inférieur et le processus malaire sont disséqués jusqu'au foramen du nerf infra-orbitaire.

2.2. Remodelage frontal par fraisage simple ou technique de la coquille d'œuf

Le sinus frontal peut être très large et pneumatiqué avec une paroi antérieure fine ou petite avec une paroi antérieure plus épaisse. Dans le second type, un fraisage simple, avec une fraise à pans puis une fraise diamantée, aboutit à un front plus mince et plus vertical. En cas de sinus très pneumatiqué, nous employons la technique de la coquille d'œuf : la paroi antérieure est affinée et affaiblie par fraisage puis méticuleusement enfoncée (avec une compresse humide et un marteau ou au doigt) préservant l'intégrité de la muqueuse (Fig. 1). Quand des irrégularités frontales sont visibles, nous utilisons la poudre osseuse résultant du fraisage pour combler les défauts, en la maintenant par une couche de Surgicel®. Une antibioprophylaxie systémique peropératoire prévient la surinfection de la poudre d'os. Cette technique évite la greffe osseuse et ses complications potentielles telles que l'infection, l'emphysème et la résorption osseuse [5].

2.3. Remodelage orbitaire

Le fraisage des rebords orbitaires permet d'ouvrir la partie supéro-externe de l'orbite et de réduire la projection des rebords (Fig. 2).



Fig. 1. Technique de la coquille d'œuf : la paroi antérieure du sinus frontal est affinée et affaiblie par fraisage puis méticuleusement impactée en préservant l'intégrité de la muqueuse.

2.4. Fraisage de l'angle naso-frontal

Le fraisage de la zone supra-glabellaire permet une ouverture de l'angle naso-frontal.

2.5. Canthopexie latérale

Une canthopexie latérale est ensuite réalisée pour étirer et élever la sangle palpébrale. Une dissection circonférentielle de l'orbite de l'angle supéro-interne au foramen du nerf infra-orbitaire est nécessaire. Pour réaliser cette canthopexie, un tunnel est fraisé au milieu du rebord orbitaire latéral, permettant que la sangle palpébrale ne soit pas projetée en avant. Le canthus latéral est saisi à l'aide d'un crochet et légèrement tracté latéralement et en haut.

Lorsqu'il est en bonne position, le canthus latéral est amarré par un point de fil non résorbable à l'aponévrose temporale. La tension de la suture doit étirer la sangle palpébrale sans excès et doit résulter en l'élongation et l'élévation de la fissure palpébrale, afin de rajeunir et de féminiser le regard [6].

2.6. Myectomies frontales, du corrugateur et du procerus

Une résection partielle des muscles frontaux, corrugateur et procerus est faite. Des aiguilles transcutanées sont placées au site des rides frontales afin de localiser les aires de résection sur la face profonde. Ces résections demeurent 3 cm au-dessus du foramen supra-orbitaire. Des bandes musculaires frontales horizontales de 5 cm × 3 mm sont réséquées en respectant les branches du nerf supra-orbitaire. Les muscles procerus et corrugateur sont disséqués et réduits de moitié. Ces gestes permettent une réduction des rides aboutissant à un rajeunissement facial.

2.7. Résection cutanée mesurée

Une résection cutanée en avant de la ligne d'implantation capillaire réduit un excès de hauteur du front masculin. Cette résection cutanée est en forme de croissant, latérale au niveau des golfes frontaux, jamais médiane, ayant pour objectif une tension supéro-externe des sourcils et non pas un regard surpris. Ce geste diminue les golfes frontaux. Ces résections ne doivent pas entraîner de tension sur les sutures, ainsi la largeur de la résection cutanée n'est généralement pas supérieure à 2 cm (Fig. 3).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/11013489>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/11013489>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)