

ELSEVIER
MASSON

Reçu le :
18 janvier 2010
Accepté le :
28 décembre 2011
Disponible en ligne
10 février 2012

Disponible en ligne sur

SciVerse ScienceDirect

www.sciencedirect.com

La voie d'abord sous-angulo-mandibulaire en dehors de la traumatologie

Modified Risdon approach for non-traumatic ramus surgery

A. Ganeval, S. Zink, D. Del Pin, J.-C. Lutz, A. Wilk, P. Barrière*

Service de stomatologie, chirurgie maxillo-faciale, plastique et reconstructrice, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, BP 426, Strasbourg cedex, France

Summary

Introduction. The Risdon modified approach, for mandibular surgery, is well adapted to treatment of low subcondylar fractures. According to our experience, this approach with a low rate of complications should also be considered for non-traumatic ramus surgery.

Material and methods. Twenty Risdon modified approaches were used in 11 patients for non-traumatic indications (seven bilateral osteotomies, four unilateral osteotomies, one biopsy, one bone graft). One patient was operated twice with the same approach.

Results. In all cases, the planned surgery could be performed using this approach.

The only complication was a case of temporary paresis of the facial nerve's mandibular branch. The scar was always considered as quite acceptable.

Discussion. As for traumatology, the Risdon modified approach is an improvement for ramus non-traumatic surgery. It has a very low rate of complications, especially for the facial nerve. The intraoral approach avoids scarring, but the resulting exposure is insufficient and requires using a transcutaneous device or endoscopy. In orthognathic surgery, the wide exposure of the lateral aspect of the ramus, the corpus, and the basilar edge, facilitates important mandibular advancement.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Surgical procedures, Facial nerve, Osteotomy, Mandible

Résumé

Introduction. Parmi les voies d'abord de la mandibule, la voie sous-angulo-mandibulaire est parfaitement adaptée au traitement des fractures sous-condyliennes basses. Notre expérience dans la pratique de cet abord, et son très faible taux de complications, nous ont conduit à l'envisager dans d'autres indications hors traumatologie.

Matériel et méthodes. Vingt voies sous-angulo-mandibulaires ont été pratiquées chez 11 patients pour des indications non traumatiques (sept ostéotomies bilatérales, quatre ostéotomies unilatérales, une biopsie, une greffe osseuse). Un patient a été opéré à deux reprises par la même voie.

Résultats. L'abord sous-angulo-mandibulaire a toujours permis d'effectuer le geste planifié. La seule complication a été une parésie transitoire du rameau mentonnier du nerf facial, résolutive en trois mois. La rançon cicatricielle a toujours été jugée très acceptable.

Discussion. Comme dans les indications traumatologiques, la voie sous-angulo-mandibulaire est un progrès dans la chirurgie du ramus non traumatique. Son taux de complications est très faible, notamment pour le nerf facial. La voie endobuccale évite la cicatrice cutanée, mais le jour sur le ramus est insuffisant, justifiant une instrumentation transjugale ou endoscopique. En chirurgie orthognathique, le décollement étendu à la face latérale du ramus, de la branche horizontale et du rebord basilaire, facilite les avancées mandibulaires de grande amplitude.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Technique chirurgicale, Nerf facial, Ostéotomie, Mandibule

Introduction

Les voies d'abord du ramus et du condyle mandibulaire sont nombreuses. Elles sont endobuccales ou cutanées : voie de

* Auteur correspondant.

e-mail : Philippe.Barriere@chru-strasbourg.fr (P. Barrière).

Risdon, voie rétro-mandibulaire, voie pré-auriculaire et voie rétro-auriculaire [1]. Ces techniques exposent à un taux variable de complications (atteinte du nerf facial, fistules salivaires, séquelles cicatricielles) [2].

Risdon, en 1934 [3], utilisait la voie sous-angulo-mandibulaire (VSAM) pour le traitement des ankyloses de l'articulation temporomandibulaire (ATM). Son application aux fractures

de la région condylienne est le fait de Petzel puis d'Eckelt dans les années 1980 [4]. Elle a été modifiée par Meyer dans les années 2000 [5].

Cette voie d'abord est rapide, facile à apprendre, elle réduit considérablement le risque d'atteinte du nerf facial. Elle expose largement le ramus mandibulaire et la rançon cicatricielle en est faible. L'utilisant depuis plusieurs années, nous avons progressivement élargi nos indications, en pathologie non traumatique, aux gestes nécessitant un accès au ramus mandibulaire. Nous exposons ces différentes applications.

Matériels et méthodes

Cette étude rétrospective sur 12 dossiers reprend 20 VSAM, hors traumatologie, opérés entre février 1999 et juillet 2009. La technique est celle décrite par Meyer et al. [5].

Nous détaillons les indications, en vérifiant leur pertinence par l'appréciation de la faisabilité des gestes programmés. Et nous avons recherché les complications nerveuses, cicatricielles et salivaires.

Résultats

Les dossiers de trois hommes et de neuf femmes ont été étudiés. Leur âge moyen était de 33 ans (de 19 à 49 ans). Le recul moyen postopératoire était de 17 mois (de deux à 74 mois). Pour 11 patients, l'indication était une ostéotomie sus- et rétro-lingulaire dans le cadre d'un projet orthognathique sur : quatre microsomies hémifaciales, cinq hypoplasies maxillo-mandibulaires (syndrome du premier arc), un syndrome de Franchescetti et un syndrome oto-mandibulaire (tableau I). Pour un de ces patients (n° 10), la voie a permis en plus d'ôter le matériel d'ostéosynthèse et d'adapter une greffe osseuse du ramus et de l'angle mandibulaire. Pour un patient, l'objectif était la biopsie d'une tumeur osseuse du ramus mandibulaire.

La VSAM a été bilatérale dans sept cas et unilatérale dans cinq. Les opérateurs ont été deux chirurgiens séniors.

La chirurgie était réglée, sous anesthésie générale, dans le cadre d'une hospitalisation de cinq à sept jours.

La VSAM (fig. 1) a toujours permis de réaliser le geste planifié (tableau II). L'accès au ramus a été direct, avec une large exposition de la région. Les ostéotomies ont été aisées sous contrôle de la vue. L'adaptation du matériel d'ostéosynthèse et le vissage ont été possibles dans un axe proche de la perpendiculaire, sans tension excessive sur les tissus mous (fig. 2a et b).

Une parésie mentonnière a totalement régressé en trois mois. Il n'y a pas eu de lésion permanente du nerf facial. La cicatrice était très discrète, car masquée dans un pli cutané. Elle a été jugée très acceptable par les patients et par le chirurgien. La cicatrisation osseuse a été obtenue dans les délais habituels. Il n'y a eu aucun déplacement secondaire du matériel d'ostéo-

Tableau I
Description des patients.

Patient	Sexe	Âge (année)	Diagnostic	Côté opéré
1	H	29	Sd Franchescetti	D, G
2	F	28	MHF droite	D
3	F	42	Sd du 1 ^{er} arc	D, G
4	F	31	Sd du 1 ^{er} arc	D, G
5	F	39	MHF droite	D
6	F	21	MHF gauche	G
7	F	42	Sd du 1 ^{er} arc	D, G
8	H	19	Ostéite	D
9	F	41	Sd du 1 ^{er} arc	D, G
10	H	27	Sd oto-mandibulaire	D
11	F	28	Sd du 1 ^{er} arc	D, G
12	F	49	MHF droite	D, G

H : homme ; F : femme ; Sd : syndrome ; MHF : microsomie hémifaciale ; D : droit ; G : gauche.

synthèse, aucune pseudarthrose, aucune infection du site opératoire.

Dans les indications de chirurgie orthognathique, l'avancée mandibulaire moyenne a été de 9,7 mm (4,5 à 13,7 mm).

Le patient n° 10 a été réopéré par VSAM. Sa microsomie hémifaciale a d'abord été traitée par ostéotomie sus- et rétro-lingulaire. La persistance d'un déficit transversal du tiers inférieur de la face et une insuffisance de hauteur du ramus mandibulaire ont conduit à une greffe calvariale d'apposition. Nous avons repris la même VSAM sans complication (fig. 3a et b).

Discussion

La VSAM a toujours permis une exposition large de l'angle et du ramus mandibulaire, contrairement aux voies d'abord endobuccales, longtemps privilégiées pour limiter le risque d'atteinte du nerf facial. Des gestes sur l'angle et le ramus sont possibles par voie endobuccale, mais au prix d'artifices



Figure 1. Tracé de l'incision cutanée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174128>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174128>

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