ELSEVIER MASSON

Reçu le :
2 novembre 2010
Accepté le :
21 décembre 2010
Disponible en ligne
2 février 2011

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Le lambeau de langue dans la reconstruction des pertes de substances du palais

The tongue flap in palatal defect reconstruction

S. Adam[a], F. Salles[a], L. Guyot[b], F. Cheynet[a], C. Chossegros[a,*], J.-L. Blanc[a]

[a] *Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, hôpital de la Timone, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille cedex 5, France*
[b] *Service de stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et plastique de la face, hôpital Nord, centre hospitalier des Bourrelys, 13015 Marseille, France*

Summary

Introduction. A palatal defect with bucconasal fistula often follows exeresis of palatal tumors. It cannot be directly sutured. Several techniques have been used to cure such defects: palatal obturator, free, or local flaps.

Technical note. The tongue pediculated flap is an easy, safe, and reliable surgical option to reconstruct palatal defects. The tongue flap is a double-layer muscular and mucosal flap that requires two surgeries. During the first, the flap is harvested on the tongue and partially sutured on the anterior portion of the palatal defect. During the second, the pedicle is freed from the tongue and sutured to the posterior portion of the palatal defect. Between these two surgeries the patient is fed through a nasogastric tube.

Discussion. The tongue flap is easy and reproducible. It can be recommended in mediopalatal defects after cancer palatal surgery. Its esthetical and functional results are excellent. It is an alternative to palatal obturator, which are not well tolerated in the long run. Similar but uneven results are obtained with free flaps. Free flaps do not require a second surgery but are more difficult to implement in developing countries.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Tongue, Surgical flaps, Palate, Reconstructive surgical procedure

Résumé

Introduction. L'exérèse carcinologique des tumeurs du palais se solde souvent par une communication bucconasale qui ne peut se fermer par suture directe. Les solutions sont multiples : prothèses obturatrices, lambeaux libres et lambeaux locorégionaux.

Note technique. Le lambeau de langue est un lambeau simple, fiable et facile. Il nécessite deux temps opératoires. Le premier est le prélèvement du lambeau et sa suture partielle à la berge antérieure de la communication bucconasale, en préservant un pédicule lingual. Le deuxième temps de sevrage du pédicule ferme complètement la communication bucconasale trois semaines plus tard. Entre les deux temps opératoires, l'alimentation est exclusivement assurée par une sonde nasogastrique.

Discussion. Le lambeau de langue est simple et reproductible. Il permet de couvrir les pertes de substance médiopalatines avec communication bucconasale notamment après chirurgie carcinologique. Ses résultats fonctionnels et esthétiques sont excellents et les suites sont simples. C'est une alternative intéressante à la prothèse obturatrice souvent mal tolérée à long terme. Les lambeaux libres ont des résultats similaires mais moins constants ; ils dispensent du second temps opératoire mais ils sont plus difficiles à mettre en œuvre notamment dans les pays défavorisés.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Langue, Lambeau, Palais, Reconstruction

Introduction

L'exérèse carcinologique des tumeurs du palais se solde souvent par une communication bucconasale. Cette communication pose des problèmes d'élocution, de régurgitations nasales, et d'hygiène buccale [1]. La fibromuqueuse palatine se prête peu à la chirurgie et elle cicatrise mal.

Plusieurs techniques ont été décrites pour combler les pertes de substances de la cavité buccale après exérèse carcinologique [1–4]. La prothèse obturatrice a été la première. Elle pose des problèmes d'étanchéité et surtout de tolérance [5]. Les lambeaux locaux apportent des tissus de même nature mais

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail: cchossegros@ap-hm.fr, CryilleMarie.CHOSSEGROS@ap-hm.fr (C. Chossegros).

0035-1768/$ - see front matter © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
10.1016/j.stomax.2010.12.006 Rev Stomatol Chir Maxillofac 2011;112:22-26

ne peuvent être utilisés dans les pertes de substance étendues. Les lambeaux libres sont alors plus adaptés. Mais c'est une chirurgie complexe marquée par la morbidité du site donneur et le tissu apporté est différent de celui du site receveur.
Le lambeau de langue est une technique de reconstruction simple, facile et fiable, adapté aux pertes de substance relativement étendues.

Note technique

Premier temps opératoire

Installation

Le patient est placé en décubitus dorsal, tête immobilisée en hyperextension sur une têtière, billot sous les épaules. L'anesthésie est générale avec intubation nasotrachéale *(fig. 1)*. Après désinfection de la cavité buccale à la polyvidone iodée, la perte de substance du palais est mesurée à l'aide d'une réglette graduée *(fig. 2)*.

Site receveur

Les berges de la perte de substance sont avivées par incision au bistouri à lame froide. Un lambeau palatin à pédicule antérieur est taillé sur l'hémicirconférence antérieure. Le décollement sous-muqueux s'étend sur un centimètre *(fig. 3)*. Le décollement sous-muqueux de la moitié postérieure prépare un lambeau à pédicule postérieur, en prévisions du second temps opératoire *(fig. 4)*.

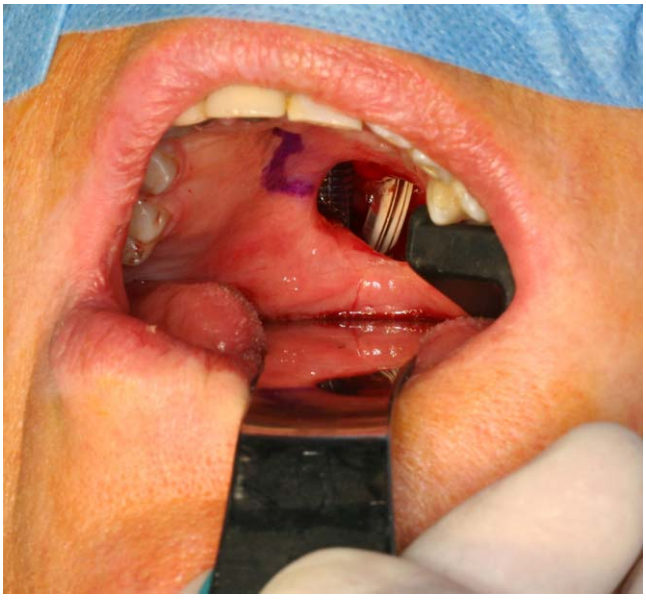

Figure 1. Lambeau de langue pour reconstruction du palais chez une patiente de 57 ans, deux ans après exérèse d'un cylindrome. Aspect du champ opératoire. La sonde nasogastrique et la sonde d'intubation nasotrachéale sont visibles au travers de la perte de substance. Vue inférieure.

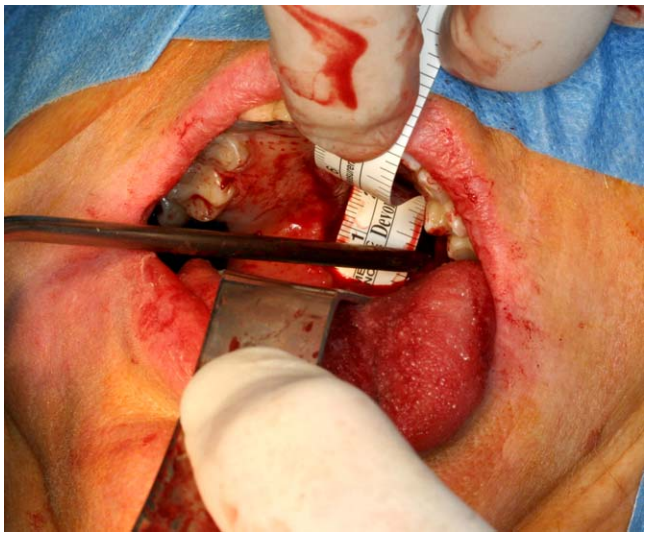

Figure 2. Mesure de la perte de substance du palais.

Site donneur

Un fil transfixiant tracte la pointe de la langue. Le lambeau lingual est dessiné. La muqueuse est infiltrée au sérum adrénaliné. Le lambeau est découpé aux dimensions de la perte de substance. Son épaisseur est de 5 mm. Il comporte un plan muqueux et un plan musculaire. Son pédicule est antérieur *(fig. 5)*. Après hémostase à la pince bipolaire, le site donneur est suturé par des points de Blair Donati, jusqu'à la base du pédicule qui est laissée lâche *(fig. 6)*.

Suture du lambeau

L'extrémité postérieure du lambeau lingual est suturée à la berge antérieure de la communication bucconasale par des

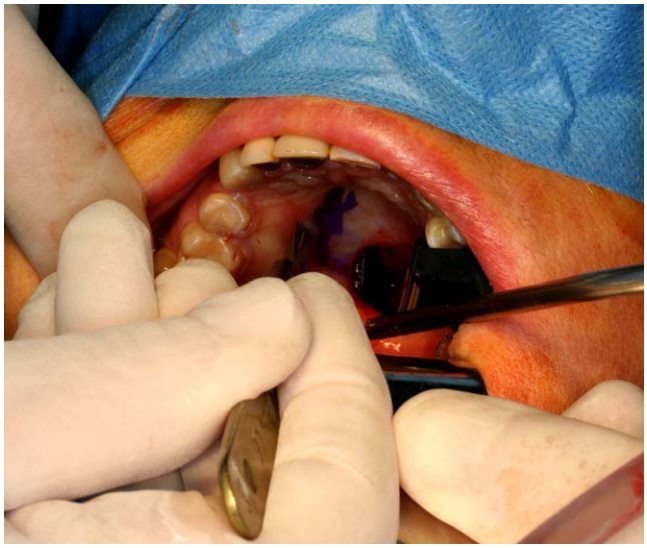

Figure 3. Préparation du site receveur. Incision puis décollement du lambeau palatin (180° antérieurs) après dessin et infiltration.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3174282

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3174282

Daneshyari.com