



Reçu le :
1 octobre 2011
Accepté le :
7 décembre 2012
Disponible en ligne
30 janvier 2013



La reconstruction du voile du palais[☆]

Soft palate reconstruction

G. Bettega

Service de chirurgie plastique et maxillofaciale, hôpital A. Michallon, BP 217, 38043 Grenoble cedex, France

Summary

Soft palate reconstruction is complex. It has to restore swallowing and speech replacing the defect by dynamic and sensitive tissues. The means are multiple from direct suture to free flaps. Local flaps have the advantage to bring a mucosa animated by thin muscles, like in sphincteroplasty. Free flaps allow reconstruction of large defects, but they need some local adaptation (association with a local flap, adherence, suspension with tendon...) to improve the functional result. Indications depend on defect's size and local condition especially radiotherapy history.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Soft palate, Reconstructive surgical procedures

Résumé

La reconstruction du voile du palais est complexe. Elle doit restaurer une déglutition et une phonation normales en comblant la perte de substance par des tissus dynamiques et sensibles. Les moyens sont multiples depuis la suture directe jusqu'aux lambeaux libres. Les lambeaux locaux ont l'avantage d'apporter de la muqueuse animée par des muscles fins, à l'instar des sphinctéropplasties, voire d'être sensibles. Les lambeaux libres permettent de reconstruire de vastes pertes de substance, mais leur résultat fonctionnel doit être amélioré par des artifices locaux (lambeau muqueux associé, adhérences, suspension tendineuses...). Les indications dépendent de l'étendue de la perte de substance et des conditions locales, notamment des antécédents de radiothérapie.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Voile du palais, Chirurgie reconstructrice

La reconstruction du voile du palais est complexe. En théorie elle doit restaurer une déglutition et une phonation normales en comblant la perte de substance par des tissus dynamiques et sensibles.

En principe la reconstruction du voile devrait associer :

- une couverture muqueuse buccale sensible ;
- une couverture muqueuse nasale sensible ;
- une préservation (voire une restauration) des sangles musculaires constitutives du sphincter velopharyngé (fig. 1).

Cet idéal est encore lointain, même si l'on retrouve dans la littérature quelques tentatives de reconstruction par lambeaux sensibilisés. La principale difficulté réside dans la restauration de la dynamique du voile [1].

[☆] Cet article reprend une partie de l'article EMC E. Reyt, C. Righini, V. Beneyton, G. Bettega. Tumeurs malignes du voile du palais. EMC (Elsevier Masson SAS), Oto-rhino-laryngologie, 20-600-A-10, [2012] in press. e-mail : gbettega@chu-grenoble.fr.

Aujourd'hui, l'objectif principal de cette chirurgie est de retrouver le plus rapidement possible une alimentation correcte pour ne pas dire normale. La restauration de la phonation est plus complexe et moins bien évaluée.

Cette difficulté explique la multitude des moyens publiés depuis plus d'un siècle. Aucune technique n'est complètement satisfaisante [2]. Les indications dépendent beaucoup de l'étendue de la perte de substance et des conditions locales.

Les moyens de reconstruction

La prothèse obturatrice

La prothèse obturatrice est un authentique moyen de reconstruction du palais osseux et du maxillaire. Son application à la région vélaire est beaucoup plus discutable, même si elle a pu être proposée, notamment dans les séquelles de fente. Elle

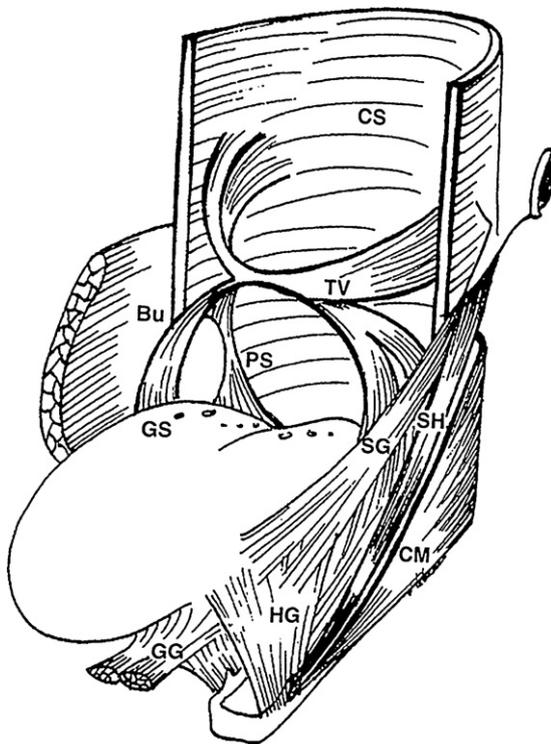


Figure 1. Le sphincter vélopharyngé d'après Chancholle (dessin de J. Lebeau). CS : muscle constrictor supérieur du pharynx ; CM : muscle constrictor moyen du pharynx ; TV : muscle tenseur du voile ; Bu : muscle buccinateur ; GS : muscle glosso-staphylin (palato-glosse) ; PS : muscle pharyngo-staphylin (palato-pharyngien) ; SG : muscle stylo-glosse ; SH : muscle stylo-hyoïdien ; HG : muscle hyoglosse ; GG : muscle génioglosse.

permet néanmoins, dans certaines circonstances (contre-indication à une chirurgie reconstructrice), de limiter le reflux alimentaire vers le rhinopharynx et d'améliorer l'intelligibilité de l'élocution [3]. L'extension postérieure de la prothèse, qui compense le déficit vélaire, est souvent mal supportée, source de nausées impossibles à juguler.

La rigidité de la prothèse s'accommode parfois mal de la mobilité du voile résiduelle, les nombreuses fuites alimentaires et aériennes relativisent le bénéfice. Et, même avec des résines souples, le frottement du moignon de voile sur la prothèse provoque des ulcérations douloureuses.

La suture directe

L'oropharynx se caractérise par une grande laxité, notamment chez l'adulte. Cette laxité est mise à profit depuis très longtemps, notamment dans le traitement du ronflement. Les techniques d'uvulo-palatopharyngoplastie (UPPP) peuvent être appliquées pour fermer une perte de substance du bord libre du voile, via un simple rapprochement des berges et une suture en deux plans. Le décollement du pilier postérieur du voile, voire de la paroi postérieure et latérale du pharynx augmente notablement la laxité des tissus disponibles (fig. 2).

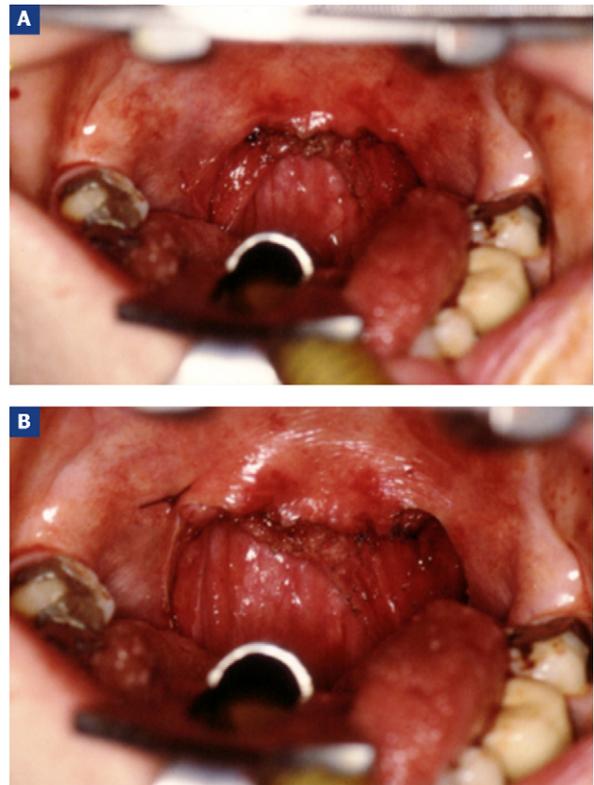


Figure 2. Laxité de la paroi postérieure du pharynx objectivée lors du drapage tissulaire après l'uvulo-palatopharyngoplastie (UPPP).
A. Après résection de la luette et évidement de la loge amygdalienne.
B. Transposition antérieure du pilier postérieur du voile avec déploiement de la paroi postérieure du pharynx.

Les lambeaux locaux

Les possibilités de lambeaux de l'oropharynx et de son environnement sont très nombreuses. La laxité tissulaire et la qualité du réseau vasculaire autorisent de nombreuses combinaisons.

Le lambeau uvulaire

Le tissu vélaire résiduel est exploité pour fermer de petites pertes de substance du bord libre du voile [4]. Le tissu uvulaire est détourné pour rallonger l'hémivoile amputé (fig. 3). Au besoin une partie de la muqueuse uvulaire, du côté de la résection tumorale, peut être réséquée. Cet allongement du bord libre du voile, aussi faible soit-il, peut suffire à éviter une insuffisance vélaire [5]. Il ne permet pas cependant de compenser un raccourcissement de plus d'un centimètre et l'arc de rotation du lambeau ne dépasse pas l'extrémité latérale du voile.

Le lambeau de corps adipeux

Le corps adipeux de la joue est un tissu très plastique. Il est très richement vascularisé par des branches buccales et temporales profondes de l'artère maxillaire interne, par des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3175188>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3175188>

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