

Cranioplastie par lambeau libre ostéomusculaire temporo-pariétal

V. Bouetel, P. Roulé, A. Danton, R.-C. Rémy

Service de chirurgie maxillo-faciale, plastique, reconstructrice et esthétique, Centre Hospitalier Régional d'Orléans-La Source, 14, avenue de l'Hôpital, 45067 Orléans Cedex 2.
Tirés à part : V. Bouetel, à l'adresse ci-dessus.

Free temporoparietal osteomuscular flap for cranioplasty

V. Bouetel, P. Roulé, A. Danton, R.-C. Rémy

Rev Stomatol Chir Maxillofac, 2005 ; 106, 1 : 22-26

Purpose: Advances in composite materials for craniofacial reconstruction surgery has tended to limit indications for osteomuscular free flaps which nevertheless must be used for certain septic patients. The purpose of this report was to illustrate the usefulness of the free temporoparietal osteomuscular flap in this particular situation.

Case report: A 47-year-old man underwent surgical repair of an aneurysm of the anterior communicating artery complicated by acute hydrocephaly treated by external then ventriculo-peritoneal bypass. The fronto-pteryonal approach was used. The early postoperative period was complicated by osteitis of the cranial piece requiring revision. The revision procedure, performed at the end of the septic period, involved cranioplasty with acrylic cement. Recurrent infection contraindicated any new attempt for prosthetic repair. The patient was treated with a contralateral free temporoparietal osteomuscular flap to achieve cranioplasty. The postoperative period was uneventful with no infection and satisfactory healing. Flap vitality was very satisfactory. The patient's neurological status improved and no further complication developed.

Discussion: In certain therapeutic situations, several different techniques may be required to overcome postoperative complications or manage particularly difficult cases. A free osteomuscular flap can be a useful alternative for cranioplasty. This technique is rarely used but can offer an optimal solution in selected patients, particularly for second intention revision after failure of prosthetic repair.

Keywords: Cranioplasty, Free flap, Temporal vessels.

Cranioplastie par lambeau libre ostéomusculaire temporo-pariétal

Objectifs : L'essor des matériaux composites dans la chirurgie reconstructrice crânio-faciale limite souvent les indications de lambeaux libres ostéomusculaires. Toutefois, les conditions septiques imposent parfois ce type de plastie. L'objectif de ce travail est de montrer qu'une cranioplastie par lambeau libre ostéomusculaire temporo-pariétal est une technique de choix dans cette indication particulière.

Cas clinique : Un patient de 47 ans a été opéré par voie fronto-ptéryonale d'un anévrysme de l'artère communicante antérieure, compliqué d'une hydrocéphalie aiguë traitée par dérivation ventriculaire externe puis ventriculo-péritonéale. L'évolution postopératoire précoce a été marquée par une ostéite du volet crânien imposant sa dépose. Dans un second temps, en fin de période septique, une cranioplastie au ciment acrylique a été réalisée. De nouvelles complications septiques ont fait proscrire toute nouvelle tentative prothétique. Le patient a bénéficié d'une cranioplastie par lambeau ostéo-musculaire libre temporo-pariétal controlatéral. L'évolution postopératoire s'est déroulée sans problème particulier, tant septique que cicatriciel. La vitalité du lambeau est restée très satisfaisante. L'état neurologique du patient s'est amélioré en l'absence de survenue de complication.

Discussion : Certaines situations thérapeutiques nécessitent de disposer de plusieurs techniques afin de faire face à la survenue de complications postopératoires ou de terrains particuliers. Le lambeau libre ostéo-musculaire de voûte crânienne est une technique de reconstruction peu employée, mais elle a, dans ce cas extrême notamment, une place de choix. Il s'agit d'un traitement de deuxième intention après les cranioplasties par matériaux prothétiques.

Mots-clés : Cranioplastie, Lambeau libre, Vaisseaux temporaux.

INTRODUCTION

La chirurgie reconstructrice de la voûte crânienne est depuis de nombreuses années dominée par les cranioplasties par ciment acrylique. Peu de place est faite aux reconstructions par lambeaux, tant pédiculés que libres. Il est vrai que les matériaux synthétiques présentent de nombreux avantages, dont les principaux sont leur facilité d'utilisation et leur grande fiabilité. Certaines situations limitent pourtant leur utilisation, notamment les états septiques. La nécessité de clore la cavité cérébrale doit être pondérée par les risques d'une intervention chirurgicale relativement lourde. C'est dans ces situations que les lambeaux libres peuvent se révéler utiles. Nous rapportons le cas d'un patient dont l'histoire clinique est émaillée de complications contre-indiquant la réalisation d'une cranioplastie par matériaux synthétiques et chez qui a été réalisée une cranioplastie par lambeau ostéomusculaire libre temporo-pariétal.

CAS CLINIQUE

M. James B., 47 ans, aux antécédents de primo-infection tuberculeuse dans l'enfance et de psoriasis, a consulté aux Urgences pour la persistance de céphalées diffuses associées à des cervicalgies. Ce tableau clinique est survenu une semaine après avoir ressenti une céphalée brutale postérieure consécutive à un effort de toux. L'exa-

men clinique retrouvait des éléments en faveur d'un syndrome méningé. Le scanner cérébral montrait une hémorragie sous-arachnoïdienne prédominant dans la vallée sylvienne gauche associée à une dilatation ventriculaire. Le bilan angiographique confirmait l'anévrisme de l'artère communicante antérieure. Deux clips de Yasargil ont été mis en place sur le sac anévrysmal, par un abord fronto-ptéryonal droit, le volet osseux restant pédiculé sur la galéa. L'évolution postopératoire s'est déroulée sans incident jusqu'au 15^e jour. Une suppuration cicatricielle, à *staphylococcus aureus* multi-sensible, a nécessité le parage de la cicatrice, associé à une antibiothérapie adaptée et prolongée. Le syndrome inflammatoire biologique a persisté et la suppuration a récidivé 1 mois plus tard, mettant le volet osseux à nu. Le bilan scanographique orientait vers une ostéite du volet fronto-ptéryonal. Le volet a été déposé et le sinus frontal droit a été cranialisé dans le même temps, en raison de la présence d'une petite brèche. Le scalp a été suturé en 2 plans sans cranioplastie. 3 mois plus tard, l'état neurologique s'est dégradé à cause d'une hydrocéphalie. Une dérivation lombo-péritonéale, puis ventriculo-péritonéale programmable, a été mise en place. Le corps de la dérivation a été placé dans la région rétro-auriculaire droite. L'amélioration clinique a été manifeste dans un premier temps, puis le patient s'est à nouveau dégradé à 4 mois. La tomodynamométrie objectivait alors une dépression importante en regard de la perte de substance osseuse fronto-temporale droite engendrant un effet de masse sur les structures médianes (fig. 1). Il s'agissait d'un mécanisme d'hyper-drainage de dérivation par siphonage dû à l'absence de volet osseux en regard.

Il a alors été décidé, 4 mois après l'ablation du volet osseux, de réaliser une cranioplastie au ciment acrylique, fixée au périoste par 3 fils non-résorbables. Les suites postopératoires immédiates ont été compliquées par un hématome extra-dural justifiant une évacuation, et la repose du volet acrylique. À 10 mois, soit 5 mois après la dernière intervention, une nouvelle suppuration est survenue en regard de la cranioplastie avec fistulisation à la peau et mise à nu du volet acrylique sur 2 cm² en région pariétale droite (fig. 2). L'analyse bactériologique identifiait un *staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, traité par une antibiothérapie parentérale et prolongée. Sans être touché, le corps de la dérivation était à proximité du site infecté, ce qui contre-indiquait toute reconstruction par un matériau de synthèse. Ce milieu septique imposait donc la mise en place d'un greffon vascularisé. Nous avons opté, à distance de l'épisode infectieux, pour un lambeau libre ostéo-musculaire temporo-pariétal controlatéral. L'intervention a eu lieu à 13 mois. Le premier temps a consisté en l'ablation de la cranioplastie acrylique associée à une excision des berges cutanées de la fistule septique (fig. 3). Le lambeau a ensuite été prélevé : après dissection des vaisseaux temporaux, une palette osseuse temporo-pariétale gauche a été dessinée à la taille de la perte de substance osseuse controlatérale, la cranioplastie acrylique servant de patron. Le pédicule musculaire n'a intéressé que la moitié postérieure du temporal. Le volet osseux a été prélevé en pleine épaisseur. La partie proximale du muscle a ensuite été désinsérée jusqu'au pédicule artério-veineux temporal superficiel. Les 2 tables osseuses ont été dédoublées en respectant l'intégrité de la table externe et en fragmentant la table interne en 4 parties. La table osseuse du

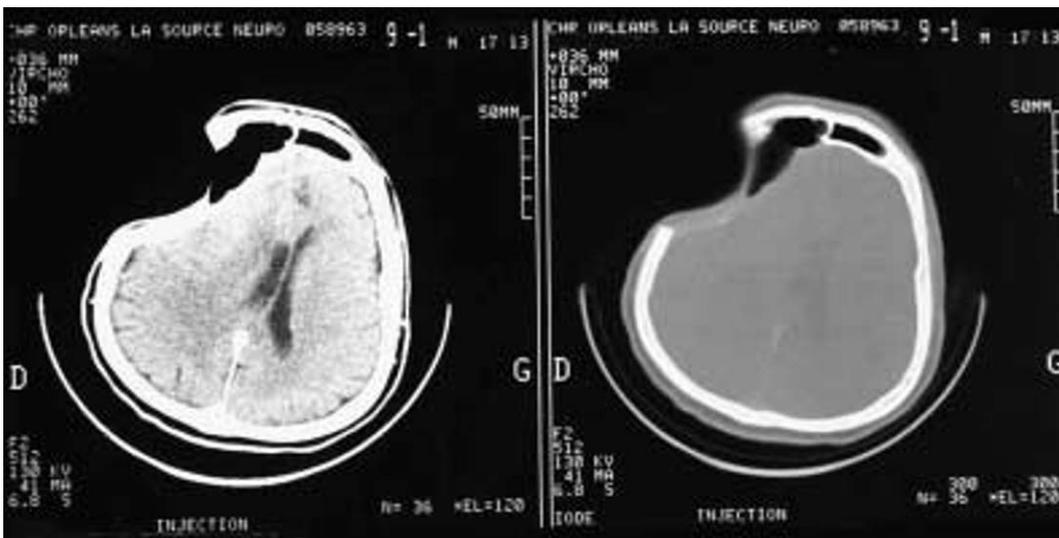


Figure 1 : TDM cérébral avec injection, coupes en fenêtre parenchymateuse et osseuse. Mise en évidence du defect osseux temporo-pariétal, associé à une dépression en regard avec effet de masse sur les structures cérébrales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9220240>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9220240>

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