



Parotidectomie: intérêt de l'incision de lifting pré-capillaire et lambeau de Système Musculo Aponévrotique superficiel

NP Ramarozatovo ^{*1}, J Paris ², B Lafont ², M Zanaret ²,

¹ Service d'ORL, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service d'ORL, La Timone Marseille, France

Résumé

Objectifs: Evaluer la faisabilité de l'incision de liftings pré-capillaire et le bénéfice clinique en terme de rançon cicatricielle et de dépression rétro-mandibulaire.

Patients et méthodes: C'était une étude prospective étalée sur deux ans entre 2005 et 2006. Dix patients étaient opérés d'une parotidectomie de type lifting associée à un lambeau de Système Musculo Aponévrotique Superficiel.

Résultats: Aucune difficulté d'exposition de la glande parotide n'était rapportée. La cicatrice cutanée et la dépression rétro-mandibulaire étaient considérées satisfaisantes aussi bien pour les patients que les chirurgiens.

Conclusion: Toute parotidectomie doit être menée dans un souci à la fois oncologique et esthétique. L'incision doit répondre à des impératifs essentiels: exposer correctement la totalité de la région parotidienne et laisser un minimum de séquelle esthétique.

Mots-clés: Lambeau; ORL; Parotide; Syndrome de Frey; Tumeur

Abstract

Parotidectomy: pre-capillary facelift incision with the flap Superficial Musculo Aponevrotic System

Aim: Evaluate feasibility of the pre-capillary facelift incision and clinical benefit in terms of ransom scarring and retro-mandibular depression.

Patients and methods: It was a prospective study for two years. Between 2005 and 2006, ten patients were operated for parotidectomy type lifting with Superficial Musculo Aponevrotic System flap.

Results: No difficulty of parotid gland exhibition was reported. Skin's cicatricial and retromandibular depression were considered satisfactory for both patients and surgeons.

Conclusion: All parotidectomy must take account of oncology and esthetic interests. Incision should respond to these crucial requirements: to expose correctly the parotid region and leave less scar sequels.

Keywords: ENT; Flap; Parotid; Frey syndrome; Tumor

Introduction

L'incision classique en baïonnette de la parotidectomie est adaptée par rapport à l'exérèse tumorale mais reste inesthétique. Trois inconvénients caractérisent ce type d'incision: la rançon cicatricielle latéro-cervicale, la dépression rétro-mandibulaire et l'association fréquente d'un syndrome de Frey [1]. Afin d'y pallier, nous proposons une incision type lifting pré-capillaire associée à un lambeau de Système Musculo-Aponévrotique Superficiel (SMAS). L'objectif de ce travail prospectif était d'évaluer la faisabilité de ce type d'incision et le bénéfice clinique en terme de rançon cicatricielle et de dépression rétro-mandibulaire.

Patients et méthodes

Notre étude était réalisée dans l'institution d'ORL de La Timone (Marseille) et comprenait dix patients (cinq hommes et cinq femmes) âgés de 42 à 67 ans. C'était une étude prospective effectuée entre l'année 2005 et 2006. Seuls les patients porteurs de tumeurs bénignes étaient sélectionnés. Une cytoponction et/ou une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) étaient demandées en pré-opératoire de manière à s'assurer de la nature de la tumeur [2]. Les critères «dépression rétro-mandibulaire», «cicatrice cutanée» et «syndrome de Frey» étaient évalués chez tous les patients. Une échelle de satisfaction de 1 à 10

était proposée aux patients à 15 jours, un mois et six mois post opératoire. Le bilan préopératoire, l'installation du patient, le repérage du nerf facial et la dissection de ses branches ne différaient pas de la technique classique. Seuls changeaient le tracé de l'incision et la réfection d'un lambeau de SMAS. L'incision cutanée comprenait trois segments: une incision préauriculaire réalisée en avant du tragus, une incision tournant sous le lobule de l'oreille et remontant ensuite en arrière dans le sillon mastoïdo-auriculaire et le segment occipital positionné au niveau de la ligne d'insertion des cheveux. Ce troisième segment occipital de l'incision cutanée différait de la technique classique de l'incision dissimulée de lifting précapillaire. (Figure 1). Le lambeau cutané était ainsi décollé au raz des bulbes pileux jusqu'au bord antérieur de la parotide. Le SMAS était incisé en L inversé à charnière antérieure. La branche horizontale était réalisée en pré-tragien, en initiant l'incision à 1cm en avant du tragus, et se prolongeant sur 2cm vers l'avant. La branche verticale partait de l'extrémité postérieure de la branche horizontale et se prolongeait vers le bas. Pour faciliter le décollement, une hydrodissection préalable pouvait être réalisée. Le lambeau était ainsi réfectionné en s'assurant de conserver une distance de sécurité avec la capsule tumorale sous-jacente de manière à ne pas l'exposer (Figure 2). La parotidectomie proprement dite était alors réalisée sur un mode conventionnel. La reconstitution du lit de parotidectomie était faite au moyen du lambeau de SMAS, fixé solidement en arrière sur l'aponévrose mastoïdienne du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) de sorte à créer un plan

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: njakapsc@yahoo.fr (NP Ramarozatovo).

¹ Adresse actuelle: Service d'ORL, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar

bien tendu. Ainsi la cavité de parotidectomie apparaissait couverte par ce lambeau obturateur. La peau est re-drapée et suturée sans tension sur drain aspiratif dont la zone de pénétration cutanée était dissimulée au niveau capillaire occipital.

Résultats

Avec cette technique, l'exposition chirurgicale de la région parotidienne avait permis une exérèse chirurgicale sécurisée chez les dix patients opérés. Il n'y avait pas de dépression rétro-mandibulaire dans tous les cas. L'aspect post-opératoire en terme de dépression était considéré comme symétrique et satisfaisant. Six patients avaient noté ce critère 8/10 et quatre autres 10/10. L'ablation des points était réalisée entre le 8^{ème} et le 11^{ème} jour. La cicatrice cutanée était considérée satisfaisante dès l'ablation des points étant donné sa localisation. A trois mois post-opératoire, six patients ont noté ce critère 9/10 et quatre autres 10/10 (Figure 3). Aucun syndrome de Frey n'était mis en évidence ni rapporté par le patient au terme d'un suivi d'un an.

Discussion

Le tracé de parotidectomie dit «classique» a été décrit initialement par Adson et Ott en 1923. De légères modifications ont été proposées par la suite, basées sur le tracé initial. Depuis, c'est la voie d'abord de parotidectomie de loin la plus pratiquée. Pour ce type de tracé, l'aspect esthétique est souvent considéré comme secondaire. Pourtant, la grande majorité des tumeurs parotidiennes sont bénignes d'où l'importance d'une cicatrice esthétique [2]. Ainsi, différents types d'incision ont été proposés pour optimiser les résultats esthétiques des parotidectomies [3]. L'incision type lifting associée à un lambeau de SMAS était proposée par Appiani et Delfino dès 1967, puis modifiée par Ferreira en 1990 [4]. Cette modification était plus à visée esthétique qu'oncologique. Malgré sa pertinence sur le plan esthétique, cette voie d'abord n'est pas une technique de routine pour beaucoup de chirurgiens. Dans une étude rétrospective, Marchal n'a recensé que quarante patients opérés d'une parotidectomie associée à un lambeau de SMAS entre 1978 et 1999 [5]. Cette technique ne peut pas être réalisée systématiquement, en particulier pour des raisons de règles d'exérèse carcinologique. Ceci concerne les tumeurs malignes et les tumeurs mixtes très superficielles au contact du SMAS, dont l'exérèse doit emporter l'environnement péri-capsulaire afin d'éviter de laisser dans le champ opératoire de pseudopodes et nodules satellites [6]. Dans notre étude, cette incision était réservée aux patients présentant une tumeur parotidienne à priori bénigne (clinique, IRM, cytoponction concordante) [2]. L'intérêt de cette technique d'incision dissimulée de lifting pré-capillaire associée à un lambeau de SMAS est de ne laisser aucune séquelle cicatricielle cutanée, tout en permettant une excellente exposition de la région parotidienne. Elle permet en effet d'atténuer la cicatrice cervicale. Néanmoins, elle risque d'être plus apparente si la coiffure choisie est le chignon. Une variante sur le troisième segment de l'incision cutanée, prolongée en arrière dans les cheveux, a été ainsi proposée par Meningaud [7]. Toute parotidectomie est à l'origine d'une dépression rétro-mandibulaire d'autant plus marquée que la résection

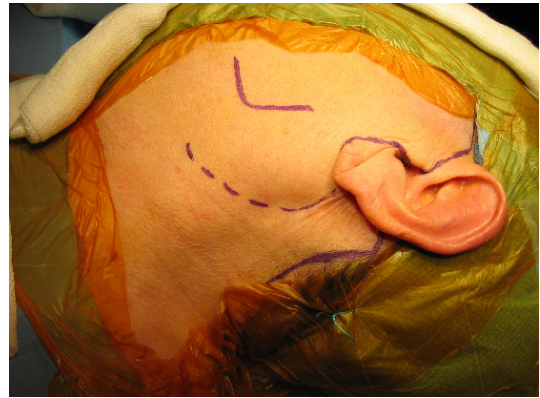


Fig. 1: Incision classique de Redon (portion cervicale en pointillés) et incision de lifting pré-auriculaire (trait plein)

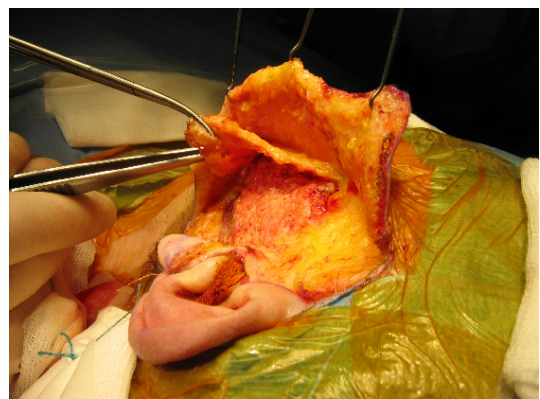


Fig. 2: Lambeau cutané et lambeau de SMAS à charnière antérieure



Fig. 3: Resultat cosmétique deux mois après une parotidectomie totale par voie de lifting pré-auriculaire et lambeau de SMAS: l'incision est dissimulée et la dépression rétro-mandibulaire est invisible

glandulaire a été importante. Le lambeau de SMAS diminue significativement cette dépression et si le patient est observé de face ou du côté opéré, aucun creux n'est remarqué. Différents procédés ont été proposés afin d'éviter l'apparition de la dépression rétro-mandibulaire en post-opératoire. Certains auteurs ont proposé l'utilisation du fascia temporalis, d'un lambeau de muscle sterno-cléido-mastoïdien, d'un caillot sanguin ou d'un greffon graisseux [8]. Le lambeau de SMAS permet d'une part de limiter la dépression rétro-mandibulaire et d'autre part de limiter le

développement d'un syndrome de Frey, par effet mécanique d'interposition tissulaire entre le nerf auriculo-temporal et le lambeau cutané. Il a l'avantage d'être plus physiologique que les autres procédés de comblement, sans modifier les rapports anatomiques. Ceci présente un intérêt particulier étant donné la possibilité de reprise chirurgicale future. Le syndrome de Frey apparaît classiquement un à deux mois après l'intervention, le plus souvent dans les six mois postopératoires. Sa fréquence est diversement appréciée, variant de 10 à 40% selon les statistiques [7,9]. Cette incidence semble sous-estimée par la seule observation clinique. Le test à l'amidon iodé se montre toujours positif dans des suites de parotidectomie comprenant une dissection du nerf facial [7]. Le lambeau de SMAS diminue l'incidence du syndrome de Frey en s'interposant entre les deux contingents nerveux. Les quelques syndromes de Frey survenant avec cette technique semblent être dus à des lambeaux de SMAS trop fins ou perforés lors de la dissection et non réparés [7]. Dans notre série, aucun de syndrome de Frey n'était rapporté par les patients au terme d'un recul d'un an. Sur trente patients opérés d'une parotidectomie avec réfection de lambeau de SMAS, Meningaud n'a trouvé aucune cicatrice disgracieuse ni d'asymétrie de contour du visage ni de syndrome de Frey [7]. Tandis que pour Marchal, l'incidence de syndrome de Frey était seulement de 2% sur les quarante patients opérés [5]. Outre ces trois principaux avantages de cette technique, certains auteurs ont mentionné son intérêt fonctionnel sur la parésie faciale. Pour Casteleyn, le lambeau de SMAS diminue significativement le temps de récupération nerveuse. Le mécanisme serait celui de l'apport vasculaire de cette lame porte vaisseaux [10].

Conclusion

Les patients sont demandeurs d'incision permettant une cicatrisation de bonne qualité, discrète, idéalement dissimulée. Le problème de dépression rétro-mandibulaire ainsi que le potentiel syndrome de Frey doivent être pris en considération et évités par l'utilisation d'un lambeau de SAMS. L'utilisation de l'incision type lifting est d'autant plus justifiée qu'il s'agit de patients jeunes, porteurs de tumeurs bénignes, chez qui la rançon cicatricielle peut devenir à terme le seul critère de non satisfaction.

Références

- 1- Boynton JF, Cohen BE, Barrera A. Rhytidectomy and parotidectomy combined in the same patient. *Aesthetic Plast Surg* 2006; 30:125-31.
- 2- Paris J, Facon F, Pascal T, Chrestian MA, Moulin G, Zanaret M. Preoperative diagnostic values of fine-needle cytology and MRI in parotid gland tumors. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262: 27-31.
- 3- Bonanno PC. Parotidectomy: a plastic approach. *Aesthetic Plast Surg* 2000; 24:235.
- 4- Appiani A. Surgical management of parotid tumors. *Rev Argent Cirugia* 1967;21: 236-39.
- 5- Marchal F, Sacoun A, Pieyre JM. Advantage of lifting in parotidectomy. *Schweiz Med Wochenschr* 2000; Suppl 125: 116S-21S.
- 6- Paris J, Coulet O, Facon F, Chrestian MA, Giovanni A, Zanaret M. Cancers primitifs de la parotide: approche anatomo-clinique. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2004; 105:309-15.
- 7- Meningaud JP, Bertolus C, Bertrand JC. Parotidectomy: assessment of a surgical technique including facelift incision and SMAS advancement. *J Craniomaxillofac Surg* 2006; 34 : 34-7.
- 8- Chow TL, Lam CY, Chiu PW, Lim BH, Kwoc SP. Sternomastoid-muscle transposition improves the cosmetic outcome of superficial contour deformity during parotidectomy. *Ann Plast Surg* 2001; 54 : 409-11.
- 9- Gehanno P, Guerrier B., Pessey JJ, Zanaret M. Les tumeurs de la parotide. *Les monographies du CCA groupe* 2003; n°35.
- 10- Meningaud JP. Parotidectomy subtotale par voie de lifting. *Encycl Med Chir, Stomatologie*, 22-351-A-11: 1-4.