

LE POINT SUR LA CHIRURGIE DES OREILLES DÉCOLLÉES

Docteur Rami Selinger

INTRODUCTION

Les oreilles décollées sont une déformation fréquente suscitant une demande de chirurgie correctrice dès l'âge scolaire : il s'agit donc d'une chirurgie esthétique autant de l'enfant que de l'adulte.

Plusieurs concepts chirurgicaux seront développés en passant en revue : les méthodes classiques, les difficultés à surmonter ainsi que de nouveaux concepts que nous avons choisis, notamment dans le but de simplifier la technique et les suites opératoires.

CARACTÉRISTIQUES ANATOMIQUES ET PROBLÈMES POSÉS LORS DE LA CORRECTION CHIRURGICALE :

Anatomie (fig. 1) :



Figure 1 : rappel anatomique.

- | | |
|-------------|---------------------|
| 1. Hélix | 4. Lobule |
| 2. Anthélix | 5. Queue de l'hélix |
| 3. Conque | 6. Tragus |

Le pavillon de l'oreille est constitué d'une peau fine appliquée quasiment directement sur le péri-chondre et suivant les reliefs cartilagineux ; le bord périphérique correspond à l'hélix : c'est une gouttière concave venant s'adosser sur la convexité de l'anthélix ; ce dernier décrit une courbure parallèle mais plus centrale et se dédouble en haut.

Encore plus centrale est la concavité de la conque dont le bord antéro-interne s'implante sur le crâne entre la mastoïde en arrière et le conduit auditif externe en avant. Le lobule dépourvu d'armature cartilagineuse, fait suite en bas à la queue de l'hélix.

Une oreille décollée associe de façon variable les déformations élémentaires suivantes :

- Valgus de la conque : angle trop ouvert entre la surface postéro-interne de la conque et le plan de la mastoïde.
- Défaut de définition de l'anthélix dont la convexité est insuffisante.
- Protrusion du lobule (souvent)
- Hypertrophie de la conque plus ou moins importante (parfois).

CHIRURGIE DES OREILLES DÉCOLLÉES - PRINCIPAUX OBJECTIFS :

1- Corriger les différentes déformations

- Abord dans le grand axe du sillon rétro-auriculaire avec une

résection cutanée fusiforme : cette dernière permet à la fois une adaptation cutanée et une contention (du moins provisoire).

- Appliquer la conque sur le plan mastoïdien : différents moyens de fixation sont possibles.
- Redéfinir la convexité de l'anthélix par une plicature cartilagineuse après fragilisation dont nous reverrons les modalités.
- Il faut parfois corriger la protrusion du lobule.
- Pour certains, corriger l'hypertrophie éventuelle de la conque par des résections cartilagineuses.

2- Eviter la récurrence :

Il s'agit principalement d'utiliser des procédés diminuant la force des ressorts cartilagineux notamment par une fragilisation cartilagineuse avant la plicature de l'anthélix.

3 - Prévenir les "fractures" cartilagineuses

Disgracieuses car toujours visibles à travers la peau, elles sont prévenues par une grande prudence lors des procédés de fragilisation cartilagineuse.

4- Fragilisation cartilagineuse ; modalités

■ La plus simple est la fragilisation postérieure de l'anthélix : dans la voie d'abord, sous contrôle de la vue, des scarifications superficielles péri-chondrales et cartilagineuses superficielles sont effectuées : il s'agit de la méthode dite de CONVERSE.

■ La plus logique est la fragilisation antérieure. Pourquoi ? (fig. 2)

Car il est logique de fragiliser le côté qui va augmenter sa surface, c'est-à-dire celui dont on augmente la convexité ;

Elle peut se faire :

- soit par râpage après décollement antérieur de la peau de l'anthélix : il s'agit de la méthode de STENSTRÖM utilisant des rugines et des râpes dont la courbure est adaptée.
- soit par fragilisation per-cutanée à l'aiguille sans décollement. Il s'agit d'une méthode que nous avons préconisée et utilisée de 1994 pour les avantages suivants :
 - moins de risque d'ischémie cutanée et d'hématomes (absence de décollement cutané) ;
 - moins de risque de fracture cartilagineuse disgracieuse (qu'un râpage même soigneux ne peut pas toujours éviter).

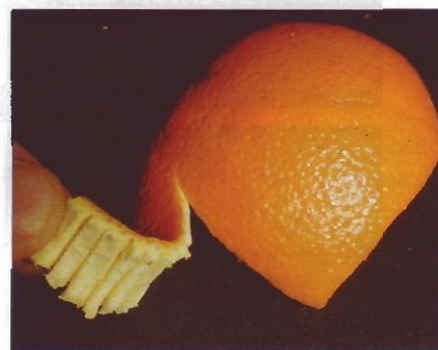


Figure 2 : fragilisation cartilagineuse imagée. Il est plus logique de fragiliser le côté dont on veut accentuer la convexité.

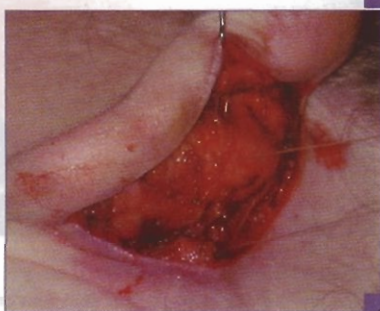
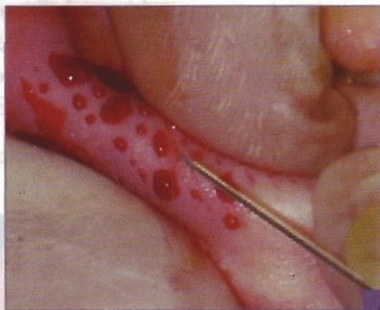
Méthode opératoire-nos choix techniques (fig.3) :



a. Excision fusiforme postérieure.



b et c. Fragilisation antérieure per-cutanée à l'aiguille.



d. Transposition musculaire.



e. Aspect post-opératoire immédiat.

Figure 3 : aspects techniques.

L'anesthésie est soit générale, soit une neuroleptanalgésie associée à une anesthésie locale (plutôt chez l'adulte).

L'infiltration est composée de xylocaïne adrénalinée à 1%, diluée de moitié au sérum physiologique.

Le patient est installé en décubitus dorsal mais la table peut au besoin être basculée dans la direction contro-latérale à l'oreille opérée.

Le premier temps est une excision cutanée rétro-auriculaire fusiforme verticale limitée en dedans par le sillon rétro-auriculaire. La conque est décollée, ce qui permettra son glissement et le muscle rétro-auriculaire désinséré de la conque est chargé sur un fil en attente de sa réinsertion ultérieure.

L'hémostase est soignée.

On réalise ensuite une fragilisation antérieure de l'anthélix per-cutanée à l'aiguille, sans aucun décollement cutané. On utilise volontiers des aiguilles de 23 gauge (aiguilles bleues); le biseau de l'aiguille est maintenu parallèlement à l'axe de l'anthélix. Pendant que la main contro-latérale du chirurgien pince l'anthélix en vue d'exagérer sa convexité, de multiples perforations cutané-cartilagineuses sont effectuées. Souvent, le même orifice cutané est utilisé pour plusieurs perforations cartilagineuses (en modifiant à chaque fois l'angle d'attaque de l'aiguille). Ceci est important pour ne pas multiplier les orifices cutanés, ce qui pourrait être responsable d'ischémie localisée (on peut par exemple effectuer 5 à 7 rangées parallèles de points de ponction espacés chacun d'1 mm environ).

A la fin de cette étape, les doigts qui pincent l'anthélix ressentent une diminution de la résistance cartilagineuse.

C'est à ce stade que sont effectués les points de plicature : il s'agit d'un temps délicat car de lui dépend la régularité de la courbure de l'anthélix et par conséquent l'aspect esthétique du pavillon de l'oreille opérée.

Cette plicature se fait par 2 à 4 points en "U" postérieurs péri-chondro-cartilagineux au fil non-résorbable ou très lentement résorbable (PDS). La régularité de la forme obtenue dépend de la position de chacun des points, dont le réglage se fait en s'aidant au besoin de différents moyens de repérage :

- traversée antéro-postérieure d'aiguille : repérée visuellement pour poser un point à l'endroit de son émergence postérieure.

- manœuvre de traction sur le fil mis en place sur une des berges cartilagineuses : repérage visuel qui donnera la direction du deuxième point d'arrimage.

- utilisation de la pince à disséquer prenant le pavillon entre ses deux mors : permettant de faire correspondre un futur point d'arrimage postérieur à un emplacement antérieur repéré visuellement : l'intérêt de la pince étant de pouvoir simuler une plicature grâce à des manoeuvres de pulsion/traction.

Il faut prendre soin de vérifier le caractère non-transfixiant de tous ces points de suture et surtout de contrôler en permanence l'aspect obtenu, ne pas hésiter à défaire et refaire les points de suture inadéquats : c'est de cette minutie que dépendra tout l'aspect esthétique de l'oreille opérée.

Correction du "décollement" de la conque (valgus) : la conque doit être fixée au plan mastoïdien et nous avons choisi comme Claude NICOLETIS : le ré-amarrage plus périphérique du muscle auriculaire postérieur au nylon ou au PDS.

Le problème de la protrusion du lobule : plutôt que des procédés complexes (résection du bord libre de l'antitragus, dégraissage, résection de la queue de l'hélix...), nous avons choisi une simple translation supérieure de la berge externe en s'aidant d'un point de bâti qui sera enlevé après la fermeture définitive. La fermeture cutanée se fait par un surjet intra-dermique.

Le pansement est moulant non-compressif : compresses grasses (Tulle Gras), pansement américain, bandage en "turban" bien fixé par de longues bandes adhésives élastiques (Elastoplast de 3 cm).

SUITES POST-OPÉRATOIRES :

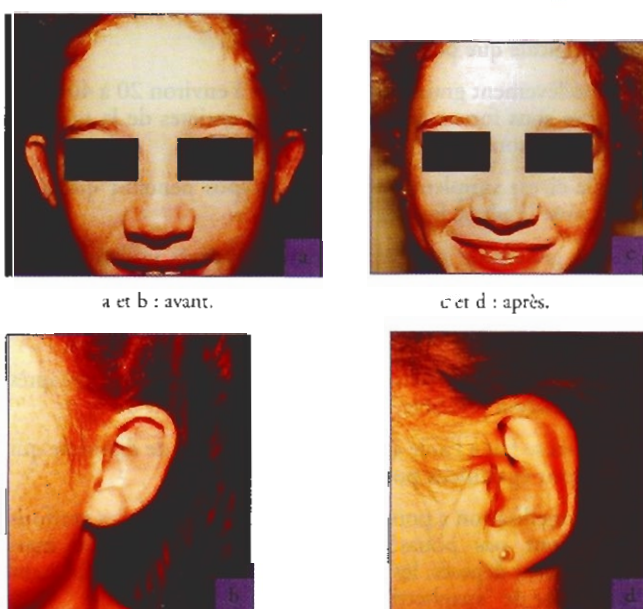
La cicatrisation des points de ponction de l'anthélix se fait sans aucune séquelle : de multiples petites croûtes vont complètement disparaître en 10 à 12 jours.

Un bandeau élastique peut être porté la nuit pendant une quinzaine de jours.

RÉSULTATS :

Nous utilisons cette technique opératoire depuis 1994.

Figure 4 : résultat à trois mois post-opératoires.



Sur une série de 60 patients opérés la cicatrisation s'est faite sans séquelle. Un seul cas de nécrose punctiforme (2 mm de diamètre) dans une zone de points de ponction trop jointifs.

Aucune fracture cartilagineuse n'a été notée. L'aspect ourlé harmonieux de l'anthélix (fig.4) a quasiment toujours été obtenu.

Une reprise chirurgicale pour récurrence unilatérale d'oreille décollée a été nécessaire dans 3 cas.

Discussion :

Les apports de notre méthode vont dans le sens d'une simplification à la fois technique et des suites opératoires.

Concernant la résection cutanée postérieure : elle est classique dans toutes les méthodes, ayant un rôle à la fois d'adaptation cutanée et de contention.

Concernant la fragilisation antérieure per-cutanée à l'aiguille : le caractère antérieur de la fragilisation est logique comme dans la méthode de STENSTRÖM, mais sans les risques de complications liées au décollement cutané (hématomes, nécroses) et à l'inévitable agressivité de la râpe même maniée prudemment (fractures cartilagineuses, toujours disgracieuses et dont la correction est problématique).

Concernant la fixation de la conque à l'aide de la translation d'une zone d'insertion musculaire : elle a l'avantage d'être simple, physiologique et moins iatrogène (hématome, etc.) que les techniques qui préconisent des résections musculaires totales, sans augmenter le risque de récurrence d'oreille décollée.

Nous avons vu la simplicité du choix technique concernant la correction de la protrusion du lobule.

Quant à l'hypertrophie de la conque : dans la quasi-totalité des cas, nous choisirons de faire "l'impasse" sur la correction de cet élément - tant peuvent être disgracieuses les séquelles des résections cartilagineuses (arrêtes saillant sous la peau) - quitte à conserver l'impression d'une oreille "un peu grande".

CONCLUSION :

Les oreilles décollées sont une déformation fréquente suscitant souvent une demande opératoire dès l'âge scolaire. Cette déformation nécessite une technique fiable, simple à réaliser et minimisant le risque à la fois de complications et de récurrence.

A ces objectifs correspondent des choix techniques dont nous avons discuté les modalités à chaque étape de l'intervention.

Ainsi, l'ensemble de ces choix techniques a abouti à une méthode standardisée qui, notamment grâce à la fragilisation antérieure de l'anthélix à l'aiguille, répond aujourd'hui aux critères de simplicité et de fiabilité.