



Cas clinique

L'intérêt d'un lambeau frontal pour la reconstitution d'une cavité orbitaire par exentération : Description d'une observation en Guinée Conakry

The interest of a frontal flap for the reconstitution of orbitary cavity by exenteration:
Description of an observation in Guinea Conakry

M Fofana², A keïta¹, MMR Diallo¹, I Diallo¹, A Cissé³, A Camara¹, M A Diallo¹, M keïta¹, G Camara¹, S Sacko¹

Résumé

Nous rapportons la première expérience sur l'utilisation du lambeau musculaire frontal chez un patient âgé de 77 ans. Vu et orienté par les ophtalmologues après avoir suspecté un carcinome épidermoïde pour une prise en charge pluridisciplinaire. C'est dans ce cadre que nous avons réalisé l'exentération orbitaire élargie et de reconstruction avec le lambeau musculaire frontal qui nous a apporté des résultats cliniques et esthétiques appréciables.

Mots clés : Exentération, Lambeau musculaire, Oto-rhino-laryngologie, Chorioretinite, Guinée

Abstract

We report the first experiment on the use of the frontal muscle flap in a 77-year-old patient. Seen and oriented by ophthalmologists after suspecting squamous cell carcinoma for multidisciplinary care. It is within this framework that we performed the extended orbital exenteration and reconstruction with frontal muscle flap which brought us significant clinical and aesthetic results.

Keywords: Exenteration, Muscle flap, Otorhinolaryngology, Chorioretinitis, Guinea

Introduction

L'exentération orbitaire est une technique chirurgicale défigurante. Elle consiste à faire une exérèse de tout le contenu orbitaire avec le périoste, laissant ainsi à nu les parois osseuses de l'orbite. Cette exérèse peut être élargie aux tissus adjacents ou aux cavités périorbitaires lorsque la lésion est extensive [1]. Ce geste délabrant et invasif laisse les séquelles physiques et psychologiques importantes. Elle a comme objectif de réhabiliter au mieux l'aspect esthétique du visage, favorisant une meilleure réinsertion sociale du patient et le confort personnel, tout en permettant une surveillance carcinologique adaptée.

Dans le passé, la principale technique utilisée est une transposition d'un lambeau musculaire, en particulier le muscle temporal. Récemment, les

techniques de réhabilitation de la cavité orbitaire après exentération se sont améliorées.

Cas Clinique

Le 03 mars 2015, patient de 77 ans, cultivateur, résidant à Conakry/Guinée était adressé dans le service d'Ophtalmologie pour plaie oculaire, évoluant depuis 8 ans environ. Ses antécédents et son mode de vie étaient sans particularités. Il nous raconta que le début de la symptomatologie était d'installation progressive, marquée par la survenue d'une plaie oculaire suite à un jet de cailloux, le motiva ainsi à consulter à la clinique ophtalmologique où il bénéficia d'une intervention ophtalmologique non documentée, sans suite favorable et vu la dégradation son état clinique, il fut orienté dans un centre d'application ophtalmologique, où un prélèvement biopsique fut réalisé et plaidait en faveur d'un carcinome épidermoïde bien différencié. À l'issu du résultat, il fut orienté dans notre service pour une prise en charge spécialisée.

Il s'agissait d'un patient conscient, coopérant. Les téguments et conjonctives bien colorés et un état général bon. À l'examen ORL, nous avons objectivé des bouchons de cérumens bilatéraux, l'hypertrophie des cornets inférieurs, des mauvais états buccodentaires et une ulcération du globe oculaire droit. Le Scanner cérébral fut réalisé qui plaidait en faveur d'une cellulite périorbitaire droite avec des bulles gazeuses sous-cutanées. Pas de lésions oculaires ou orbitaires et ni de métastases cérébrales. Le bilan sanguin était sans particularités.

L'exentération oculaire droite avec utilisation du lambeau frontal fut réalisé et envoi de la pièce opératoire à l'anatomopathologie qui a conclu à la présence d'une répercussion inflammatoire

chronique en faveur d'une Chorioretinite ulcéreuse. En post opératoire, il a été soumis à l'antibiothérapie (Ceftriaxone : 1g x 3/j pendant 10 jours), corticothérapie (Bétaméthazone : 1mg/kg/j pendant 10 jours) et l'antalgique (Paracétamol : 1gx3/j pendant 8 jours). Les suites opératoires ont été favorables au bout de 2 semaines.



Figure 1 : plaie orbitaire droite.



Figure 2 : Exentération orbitaire droite.



Figure 3 : présentation patient après l'exentération orbitaire droite.

Discussion

La prise en charge des tumeurs malignes oculo-orbito-palpébrales impose parfois une exentération orbitaire. Celle-ci est indiquée en cas d'envahissement orbitaire dont le taux varie de 1 à 8 % en fonction des lésions [2]. La principale indication des exentérations orbitaires est le carcinome baso-cellulaire palpébral, ce qui correspond aux données de la littérature (de 20 à 53 % de carcinomes baso-cellulaires selon les séries) [2,3]. Cette tumeur a la réputation d'être peu agressive et pourtant son potentiel d'envahissement local est important. Ceci impose un dépistage précoce et la réalisation d'une biopsie au moindre caractère suspect. Il faut surtout se méfier des lésions du canthus interne car l'infiltration orbitaire peut passer inaperçue. Certaines étiologies sont retrouvées dans la littérature, qui sont le carcinome épidermoïde palpébral, le mélanome conjonctival puis le carcinome sébacé [4-6]. Ce qui correspond à notre cas. Plusieurs techniques de reconstruction de la

cavité orbitaire existent. Le type de reconstruction choisie dépend du type d'exentération, de l'importance du défaut facial post opératoire. Les techniques de reconstruction les plus utilisées sont les lambeaux musculaires (25 à 77 %) [7] et les greffes cutanées (23 à 63 %) [8,9]. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une épithèse collée au revêtement cutané ou montée sur des lunettes. Depuis plusieurs années, les implants ostéo-intégrés sont de plus en plus utilisés. Mais dans notre cas, nous avons réalisé une exentération élargie et reconstruction par lambeau musculaire frontal (Figure 2). Tout en sachant que le lambeau musculaire temporal a un grand avantage du fait de sa fiabilité vasculaire et offre par ailleurs un volume tissulaire important.

Cependant, le principal inconvénient des lambeaux musculaires est qu'ils peuvent masquer une récurrence tumorale. C'est pourquoi, nous avons renvoyé la pièce opératoire à l'anatomopathologie pour une élucidation. A l'issue des comptes rendus contraires, nous avons toujours suivi le patient sur le plan carcinologique qui était sans particularités. Au bout d'un mois, le patient a eu une évolution favorable avec une présentation esthétique appréciable (Figure 3). Il est à signaler que l'utilisation des greffes cutanées pour recouvrir les cavités exentérées est moins répandue du fait du risque de rétraction du tissu greffé, de desquamation de la peau et de nécrose de la greffe. De plus, elles peuvent masquer une récurrence tumorale

Conclusion

L'exentération orbitaire au lambeau musculaire frontal a été notre première expérience. Elle a permis l'obtention d'un aspect esthétique acceptable du patient, sans empêcher la détection précoce d'une récurrence tumorale. Etant donné que

le lambeau musculaire temporal est le plus utilisé nous proposons aussi l'usage du lambeau musculaire frontal aux chirurgiens ORL-O, oncologues et prothésistes.

*Correspondance

Abdoulaye keïta

(abdoulayeorl@gmail.com)

Reçu: 29 Avril, 2018 ; **Accepté:** 22 Juin, 2018; **Publié:** 17 Juillet, 2018

¹Service Service ORL Hôpital National Donka, Conakry, Guinée

²Service de Service ORL Hôpital Régional de Kankan, Guinée

³Service ORL Hôpital Régional de Labé, Guinée

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] Hornblass A, Vincent MP. Oculoplastic, Orbital and Reconstructive Surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1990;86(5):1033.
- [2] Croce A, Moretti A, D'agostino L, Zingariello P. Orbital exentération in elderly patients: personal experience. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2008;28(4):193.
- [3] Hanasono MM, Lee JC, Yang JS, Skoracki RJ, Reece GP, Esmali B. An algorithmic approach to reconstructive surgery and prosthetic rehabilitation after orbital exentération. *Plast Reconstr Surg.* 2009;123(1):98–105.
- [4] Levin PS, Dutton JJ. A 20-year series of orbital exentération. *Am J Ophthalmol.* 1991;112(5):496–501.
- [5] Maheshwari R. Review of orbital exentération from an eye care centre in Western India. *Orbit.* 2010;29(1):35–38.
- [6] Montandon D. Paralysie faciale en plasties et reconstructions orbitopalpébrales. *Médecine Hygiène Genève.* 1988;
- [7] Nassab RS, Thomas SS, Murray D. Orbital exentération for advanced periorbital skin cancers: 20 years experience. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2007;60(10):1103–1109.
- [8] Nemet AY, Martin P, Bengner R, Kourt G, Sharma V, Ghabrial R, et al. Orbital exentération: a 15-year study of 38 cases. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2007;23(6):468–472.
- [9] Rahman I, Cook AE, Leatherbarrow B. Orbital exentération: a 13 year Manchester experience. *Br J Ophthalmol.* 2005;89(10):1335–1340.

Pour citer cet article:

Fofana Mamady Keita Abdoulaye, Diallo Ramata MM et al.
L'intérêt d'un lambeau frontal pour la reconstitution d'une cavité orbitaire par exentération : Description d'une observation en Guinée Conakry. *Jaccr Africa 2018; 2(3): 293-296.*