



Cas clinique

Approche combinée lambeau de Rehrmann et boule graisseuse de la joue dans le traitement de la communication bucco-sinusienne. A propos d'un cas clinique

Rehrmann's combined approach lambeau and cheek fat ball in the treatment of oral-sinusian communication

M Konate *¹, M Haitami¹, I Benyahya¹

RESUME

Introduction : La communication bucco-sinusienne est une complication rencontrée dans les chirurgies des maxillaires. De nombreuses techniques chirurgicales ont été décrites. Le choix de la technique doit être bien réfléchi et adapté à la situation clinique au risque d'avoir des récurrences.

Objectif : Ce travail rapporte la fermeture d'une communication bucco-sinusienne par approche combinée entre le lambeau de Rehrmann et la boule graisseuse de la joue.

Cas clinique : Un jeune homme de 38 ans, tabagique chronique avec un bon état de santé général apparent a été adressé pour une large communication bucco-sinusienne. Les examens clinique et radiologique ont révélé une communication d'un diamètre de 8mm dans la zone maxillaire gauche. Le traitement chirurgical de fermeture a été réalisée sous anesthésie locale par approche combinée lambeau de Rehrmann et boule graisseuse de la joue. Une guérison complète avec une excellente cicatrisation a été obtenue après 30 jours.

Conclusion : L'approche combinée entre lambeau de Rehrmann et boule graisseuse de la joue est une nouvelle technique dans le traitement de la

communication bucco-sinusienne. Elle est facile à réaliser et constitue la technique de choix dans certaines situations cliniques.

Mots-clés : Communication bucco-sinusienne, lambeau de Rehrmann, boule graisseuse de la joue.

ABSTRACT

Introduction: Oroantral communication is a complication encountered in maxillary surgeries. Many surgical techniques have been described. The choice of the technique must be well thought out and adapted to the clinical situation, if not adhered to, can lead to recurrence.

Purpose: This paper reports the closure of oroantral communication using a combined approach between Rehrman's flap and pedicled buccal fat pad graft.

Case description: A 38-year-old, chronic smoking male patient, in good general health, was referred for closure of an oroantral communication. Upon clinical and radiological examination, an approximately 8 mm fistula was observed connecting the oral cavity to the left maxillary sinus. An outpatient surgical procedure was performed with the use of local anesthetics to close the oroantral communication with a combined approach between Rehrman's

flap and pedicled buccal fat pad graft. Healing and closure of the defect were seen after a postoperative period of 30 days, with complete epithelialization.

Conclusion: Combined approach between Rehrman's flap and pedicled buccal fat pad graft is a new technique in the treatment of oral sinus communication. It is easy to perform and is the technique of choice in certain clinical situations.

Keywords: Oroantral communication; Rehrmann's flap; Buccal fat pad.

Introduction

La communication bucco-sinusienne (CBS) se définit comme un espace créé entre le sinus maxillaire et la cavité orale qui lorsqu'elle n'est pas traitée évolue vers une fistule bucco-sinusienne ou une sinusite chronique. [1] Il s'agit d'une complication fréquente en chirurgie orale. Diverses étiologies ont été rapportées telles les énucléations de tumeurs ou kystes maxillaires, les traumatismes, les infections locales touchant le maxillaire et surtout les extractions de dents dites antrales ou sinusiennes. [2 ; 3] En effet la communication bucco-sinusienne est retrouvée dans 5% des extractions de molaires maxillaires.[4] Une communication bucco-sinusienne inférieure à 5 mm de diamètre se ferme spontanément avec un caillot sanguin de qualité et en présence d'un sinus sain, au delà elle persiste et un traitement chirurgical de fermeture est fortement recommandé.[3] Plusieurs techniques ont été décrites notamment les lambeaux de tissus mous (lambeau vestibulaire, palatin...), les greffes osseuses, la boule graisseuse de la joue communément appelée « Boule de Bichat ».[5] La multiplicité des techniques fait de leur choix un véritable défi pour le chirurgien dentiste ou maxillo-facial.

Le lambeau mucopériosté vestibulaire tracté coronairement ainsi que la fermeture par boule

graisseuse de la joue sont des techniques qui ont fait leurs preuves individuellement. Le lambeau mucopériosté tracté coronairement, la plus ancienne des techniques, a été introduit par Rehrmann en 1936.[6] Cette technique a été par la suite indiquée surtout pour des communications n'excédant pas 10mm de diamètre.[3 ; 7] La boule graisseuse de la joue a été utilisée pour la première fois pour le traitement de la communication bucco-sinusienne par Egyedi en 1977.[8] Bien vascularisée et connue pour sa rapidité d'épithélialisation, elle est indiquée dans le traitement des communications plus larges. [5 ; 9 ; 10]

Ce travail rapporte le cas d'une large communication bucco-sinusienne (CBS) traitée par approche combinée entre le lambeau vestibulaire tracté coronairement et la boule graisseuse de la joue chez un patient tabagique chronique.

Cas clinique

Un homme de 38 ans tabagique depuis plus de 10 ans à raison de 5 à 6 cigarettes par jour avec un bon état général apparent s'était présenté pour un reflux naso-oral purulent et une sensation de douleur génienne haute gauche accentuée à la pesanteur suite à l'extraction de molaires maxillaires gauches 2 mois auparavant. L'examen clinique avait objectivé une fistule bucco-sinusienne purulente de 8mm de diamètre dans la zone maxillaire gauche. La radiographie panoramique montrait une solution de continuité entre la cavité orale et le sinus maxillaire gauche présentant par ailleurs une radio-opacité en faveur d'une sinusite. (Figure 1)

Le patient avait bénéficié d'une antibiothérapie à raison de 1g d'Amoxicilline et de 125mg d'acide clavulanique 3 fois par jour pendant 10 jours, un lavage nasal et un rinçage par une solution saline à travers la communication. Le patient avait également été sevré du tabagisme, gage de la réussite de tout traitement envisagé. Une anesthésie locale à base de lidocaïne dosée à 1 :100.000 d'adrénaline avait été

réalisé. L'incision sous forme trapézoïdale à base large, comportant deux incisions verticales de part et d'autre de la communication et divergentes dans le sens corono-apical et une incision horizontale légèrement déportée en palatin pour reposer sur la crête alvéolaire, avait été réalisée (Figure 3). Un décollement d'épaisseur totale jusqu'à la ligne muco-gingivale permettait d'objectiver le diamètre réel de la perte osseuse évaluée à 10 mm. (Figure 4) Au delà de la ligne muco-gingivale une incision permettait d'objectiver la boule graisseuse de la joue ou boule de Bichat (Figure 5) qui a été tractée et suturée à l'aide de fils de sutures 4 :0 résorbables au rebord de la communication afin de la recouvrir (Figure 6).

Au niveau de la ligne muco-gingivale le passage en épaisseur partielle a permis d'augmenter la laxité du lambeau afin de tracter le lambeau et recouvrir la boule graisseuse de la joue. Des points de sutures séparés à l'aide d'un fil 3 :0 non résorbable ont permis de maintenir le lambeau en place. (Figure 7) L'ablation des fils de suture avait été réalisée 15 jours après (figure 8) sans aucune complication postopératoire. A un mois (figure 9) une bonne cicatrisation et une fermeture complète de la communication avaient été obtenus.

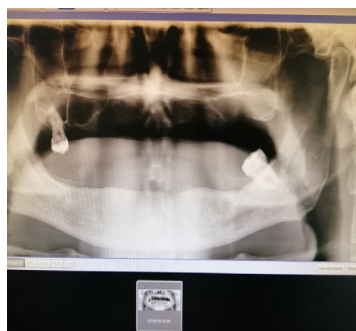


Figure 1 : Radiographie panoramique permettant d'objectiver la perte osseuse.



Figure 2 : Vue endo-buccale de la CBS gauche de 8mm de diamètre.



Figure 3 : tracé d'incision en forme trapézoïdale à base large.



Figure 4 : Décollement mucopériosté.

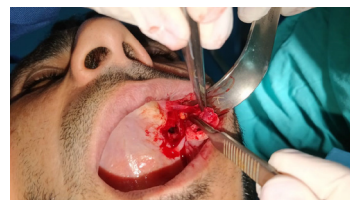


Figure 5 : Mise en évidence de la boule de Bichat.



Figure 6 : Suture de la boule de Bichat.



Figure 7 : Vue immédiatement en postopératoire.



Figure 8 : Contrôle à 15 jours.



Figure 9 : Contrôle à 1 mois.

Discussion

La communication bucco-sinusienne, quelque soit son étiologie, en fonction de sa taille peut être très contraignante pour le patient. On retrouve, entre autres, un reflux naso-oral ou une rhinorrhée antérieure et postérieure. Ceci altère la qualité de vie de ce dernier. Lorsqu'elle n'est pas traitée, la communication évolue rapidement vers une sinusite chronique. [11] Toute infection doit être traitée préalablement par antibiothérapie afin d'intervenir sur un sinus sain [5] comme ce qui a été fait dans le cas présent. De multiples techniques chirurgicales ont été décrites. Les méthodes autogènes font appel soit à des tissus mous, de la fibrine et/ou des greffes osseuses. Les techniques utilisant les tissus mous sont variées à majorité locales par des lambeaux vestibulaires (tracté coronairement ou latéralement), des lambeaux palatins, la boule graisseuse de la joue, la greffe de muqueuse libre. Des méthodes allogènes (colle de fibrine...), xénogènes (collagène, Bio-os...), synthétiques (plaques d'or, d'aluminium...) et d'autres techniques (transplantation de dent de sagesse, laser...) ont été également décrites. [12]

Le lambeau vestibulaire tracté coronairement, décrit par Rehrmann en 1936, constitue la plus ancienne technique de fermeture des communications bucco-sinusiennes. Elle reste néanmoins la technique la plus utilisée aujourd'hui vu sa simplicité et sa reproductibilité. [12] Plusieurs variantes du lambeau de Rehrmann ont vu le jour notamment le lambeau de rotation vestibulo-gingival décrit par Krompotie and Bagatin ou lambeau de Móczáir. Killey et al, ont décrit un taux de réussite de cette technique de

93% pour des communications qui n'excèdent pas 10mm de diamètre. [3] Le principal inconvénient de la fermeture par lambeau de Rehrmann est la diminution de la profondeur de vestibule pouvant impacter négativement une réhabilitation par prothèse amovible.

La boule graisseuse de la joue a été utilisée pour la première fois pour la fermeture de la communication bucco-sinusienne en 1977 par Egyedi. [8] La boule graisseuse de la joue est une masse lobulée de tissu adipeux entourée d'une légère capsule. Elle est localisée dans les espaces masticatoires limitée médialement par le muscle buccinateur, le ramus et la partie antérieure du masséter. Elle est limitée latéralement par l'arcade zygomatique. [13] En plus d'une masse centrale elle présente 4 processus : ptérygoïde, temporal, buccal et ptérygo-palatin. C'est le processus buccal qui est utilisé dans le traitement des communications bucco-sinusiennes. Ce dernier est mis en évidence par une incision verticale dans le périoste du fond de vestibule au niveau de la tubérosité maxillaire. [3 ; 12] Ceci suppose un décollement d'un lambeau mucopériosté préalable. Une fois mise en évidence, la boule graisseuse est tractée à l'aide de ciseaux mousses en exerçant une pression en extra-oral en dessous de l'arcade zygomatique. Finalement la boule graisseuse ou boule de Bichat est suturée à la muqueuse palatine en recouvrant la communication. La boule graisseuse s'épithélialise ensuite entre 4 à 6 semaines permettant la fermeture du défaut osseux. [9] la réussite de cette technique s'explique par la bonne vascularisation de la boule graisseuse provenant des artères maxillaire, temporale superficielle et faciale. Daif et al, en 2016 ont apporté des résultats positifs quant à la longévité des résultats obtenus par cette technique. [14] cette technique est indiquée dans les défauts osseux plus larges. Son principal inconvénient est le risque de nécrose de la boule graisseuse laissée exposée, ce qui engendrerait un échec de traitement. [12]

La technique rapportée dans ce travail à savoir

l'approche combinée Lambeau de Rehrmann et Boule graisseuse de la joue permet de profiter des avantages de la boule de Bichat en minimisant au maximum le risque de nécrose secondaire grâce au lambeau qui la recouvre. La réussite de cette technique reste nuancée par l'inconvénient inhérent au lambeau mucopériosté de Rehrmann à savoir la diminution de la profondeur du vestibule. Une réhabilitation supra-implantaire ou une chirurgie ultérieure d'approfondissement de vestibule permettront de surmonter cet obstacle.

Une technique similaire a été réalisée par Georges et al, [6] en 2018 en associant à la technique décrite dans ce travail, une membrane de fibrine riche en plaquettes. Elle a présenté de très bons résultats mais le coût de la membrane constitue un inconvénient non négligeable contrairement à notre technique qui n'engendre aucun coût supplémentaire.

Conclusion

La communication bucco-sinusienne constitue une complication non négligeable en chirurgie orale. Le choix de la technique chirurgicale de fermeture dépend de la situation clinique. L'approche combinée lambeau de Rehrmann et boule graisseuse de la joue décrite dans ce travail, présente de nombreux avantages lorsque l'indication est posée.

*Correspondance :

Mahamadou Konaté

mahamadoukonate370@gmail.com

Disponible en ligne: 17 Février 2020

1 Odontologie Chirurgicale, Centre de Consultation et de Traitements Dentaires, CHU Ibn Roch Casablanca

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] Abuabara A, Cortez AL, Passeri LA, et al. Evaluation of different treatments for oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35:155.
- [2] Lerat J, Aubry K, Brie J, Perez AF, Orsel S, Bessede JP. Communications bucco-naso-sinusiennes. EMC (Elsevier Masson Paris SAS) Oto-rhino-laryngologie (20-480-M-10)2011.
- [3] Harry Dym, Joshua C. Wolf. Oroantral Communication. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 24 (2012) 239–247.
- [4] Del Rey-Santamaria M, Valmaseda CE, Berini AL, et al: Incidence of oral sinus communications in 389 upper third molar extraction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 11:E334, 2006.
- [5] Visscher, van Minnen, and Bos. Closure of Oroantral Communications. *J Oral Maxillofac Surg* 2010.
- [6] E GEAORGE; Triple-layered closure of oroantral fistulas. A case report. *Int J Oral Maxillofacial Implants* 2018;33:e33-e36.
- [7] Von Wowern N: Closure of oroantral fistula with buccal flap: Rehrmann versus Moczar. *Int J Oral Surg* 11:156, 1982.
- [8] Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communication. *J Maxillofac Surg* 1977;5:241–4.
- [9] Arce K. Buccal fat pad in maxillary reconstruction. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2007;15:23–32.
- [10] Ruy de Oliveira et al. Oroantral communication using a pedicled buccal fat pad graft. *Rev. Odonto Ciênc* 2005;25(1): 100-103.
- [11] Del Junco R, Rappaport I, Allison GR. Persistent oral antral fistulas. *Arch Otolaryngol* 1998;114:1315–6.
- [12] Parvini et al. Surgical options in oroantral fistula management: a narrative review. *International Journal of Implant Dentistry* (2018) 4:40.
- [13] Stuzin JM, Wagstrom L, Kawamoto HK, et al: The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. *Plast Reconstr Surg* 85:29, 1990.
- [14] Daif ET. Long-term effectiveness of the pedicled buccal fat pad in the closure of a large oroantral fistula. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016; 74:1718–22.

Pour citer cet article

Konate M, Haitami M, Benyahya I. Approche combinée Lambeau de Rehrmann et Boule graisseuse de la joue dans le traitement de la communication bucco-sinusienne. A propos d'un cas clinique. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 205-210