



Cas clinique

Le lambeau du muscle temporal : une alternative à la prothèse maxillofaciale dans la reconstruction des pertes de substances chirurgicales palatines

The temporal muscle flap: an alternative to maxillofacial prosthesis in the reconstruction of loss of palatine surgical substances

A Coulibaly*¹, M Sanfo¹, C Assouan², D N'guessan², P Pare¹, KE Konan²

Résumé

Introduction : L'exérèse des tumeurs maxillaires dans notre contexte, est souvent responsable de pertes de substances palatines nécessitant une reconstruction immédiate. Cette reconstruction peut être faite par lambeau ou par prothèse obturatrice. Nous rapportons deux cas cliniques de reconstruction du palais par lambeau du muscle temporal en lieu et place de la prothèse obturatrice maxillofaciale.

Cas cliniques : Le premier cas clinique a concerné une patiente âgée de 48 ans chez qui le diagnostic de carcinome épidermoïde du palais évoluant depuis environ deux ans a été posé. Le deuxième cas clinique était une patiente de 22 ans chez qui le diagnostic d'adénome pléomorphe du maxillaire évoluant depuis environ 10 ans a été posé. Une maxillectomie subtotale a été réalisée chez la première patiente et une maxillectomie gauche chez la deuxième occasionnant des pertes de substances maxillaires et palatines. Les pertes de substances palatines dans les deux cas ont été immédiatement reconstruites par lambeau du muscle temporal.

Les résultats post-opératoires ont été jugés satisfaisants avec une restauration des fonctions manducatrices.

Toutefois une dépression temporale du site donneur et une édentation maxillaire ont été notées à des degrés variables chez les deux patientes.

Conclusion : Le lambeau du muscle temporal donne de bons résultats dans la reconstruction immédiate des pertes de substances palatines. Elle constitue ainsi une alternative fiable à la prothèse dans notre contexte.

Mots-clefs : maxillectomie, reconstruction palais, lambeau muscle temporal.

Abstract

Introduction: The excision of maxillary tumors or maxillectomy in our context, is often responsible for loss of palatal substances requiring immediate reconstruction. This reconstruction can be done by flap or by obturator prosthesis. We report two clinical cases of reconstruction of the palate using a temporal muscle flap instead of the maxillofacial obturator prosthesis.

Clinical case: The first clinical case concerned a 48-year-old patient in whom the diagnosis of squamous cell carcinoma of the palate, evolving for about 02 years, was made. The second clinical case

was a 22-year-old patient diagnosed with pleomorphic adenoma of the maxilla which had progressed for approximately 10 years. A subtotal maxillectomy was performed in the first patient and a left maxillectomy in the second, causing loss of maxillary and palatal substances. The losses of palatal substances in both cases were immediately reconstructed by flap of the temporalis muscle.

The postoperative results were considered satisfactory with restoration of the manducator functions. However, temporal depression of the donor site and maxillary edentation were noted to varying degrees in the two patients.

Conclusion: The temporal muscle flap gives good results in the immediate reconstruction of the loss of palatal substances. It thus constitutes a reliable alternative to the prosthesis in our context.

Keywords: maxillectomy, palate reconstruction, temporal muscle flap.

Introduction

L'exérèse de certaines tumeurs maxillo-faciales dans notre contexte, est source de vastes pertes de substances. Ces pertes de substances ont des retentissements morphologiques, fonctionnels et psychologiques [1]. Leur reconstruction s'impose pour le confort vital et la réinsertion sociale du patient. Les pertes de substances chirurgicales palatines, quant à elles, consécutives à une maxillectomie partielle ou totale sont à l'origine d'une communication bucco-sinusale et / ou bucco-nasale. Il en résulte une perturbation des fonctions de déglutition, de mastication, de phonation-élocution et de respiration. La reconstruction immédiate du palais après cette maxillectomie devient ainsi une nécessité vitale et fonctionnelle afin d'assurer une restauration partielle ou totale de ses fonctions. Cette reconstruction des pertes de substances palatines a été pendant longtemps synonyme de reconstruction prothétique [2]. Les progrès constants dans les techniques chirurgicales et anesthésiologiques ont permis actuellement

l'utilisation de lambeaux pour la reconstruction [3]. Plusieurs lambeaux ont été décrits dont, le lambeau pédiculé du muscle du temporal, les lambeaux micro-vascularisés antébrachial et fibulaire [3 ;4]. Ce type de reconstruction est parfois une alternative à la prothèse dans notre contexte. En effet, le coût de la prothèse n'est pas accessible à la grande majorité de nos patients dans notre contexte.

Le lambeau pédiculé du muscle temporal utilisé depuis de nombreuses années, a montré sa fiabilité dans la reconstruction des pertes de substances palatines après maxillectomie [5 ; 6].

Nous rapportons deux cas cliniques de reconstruction du palais après maxillectomie par lambeau du muscle temporal comme alternative à la prothèse maxillofaciale dans notre contexte.

Cas cliniques

Cas N°1 :

La première observation clinique était celle d'une patiente âgée de 48 ans reçue pour tuméfaction douloureuse de l'hémiface droite étendue à la quasi-totalité du palais dur évoluant depuis deux ans (figure 1). Les explorations cliniques et paracliniques ont conclu à un carcinome épidermoïde du maxillaire droit. Une maxillectomie droite plus reconstruction immédiate du palais par lambeau du muscle temporal a été indiquée (figure 2).

L'intervention a consisté à une maxillectomie subtotale suivie d'une reconstruction immédiate du palais par lambeau du muscle temporal. Une incision hémicoronale, circonscrivant la fosse temporale suivie d'une dissection du tissu cellulaire sous-cutané a permis la levée du lambeau cutané exposant le muscle temporal. Une incision du périoste au-dessus de la ligne temporale supérieure a servi de plan de rugination sous-périostée permettant de lever le muscle temporal. Le passage du lambeau dans la cavité orale a été possible grâce à une tunellisation sous l'arcade zygomatique. Les suites opératoires ont été simples en dehors de la dépression temporale droite et d'une

édentation maxillaire quasi-totale. Après un recul de 18 mois le lambeau s'était totalement épithéliasé sans récurrence tumorale et le palais bien étanche (figure 3).

Cas N°2 :

La deuxième observation a concerné une patiente de 22 ans présentant une volumineuse tumeur de l'hémiface gauche étendue au palais et comblant la quasi-totalité de la cavité orale évoluant depuis 10 ans (figure 4). Les explorations cliniques et paracliniques ont conclu à un adénome pléomorphe du maxillaire. Une maxillectomie gauche a été

indiquée plus reconstruction du palais par lambeau du muscle temporal gauche (figure 5). La technique de prélèvement du lambeau a été identique à la première observation. Toutefois l'ostéotomie de l'arcade zygomatique a été utilisée en lieu et place de la tunellisation sous l'arcade zygomatique pour faire passer le lambeau dans la cavité orale. Les suites opératoires ont été simples en dehors de la dépression temporale gauche et d'une édentation maxillaire gauche. Après un recul de 21 jours le lambeau s'était bien épithéliasé et le palais bien étanche (figure 6).

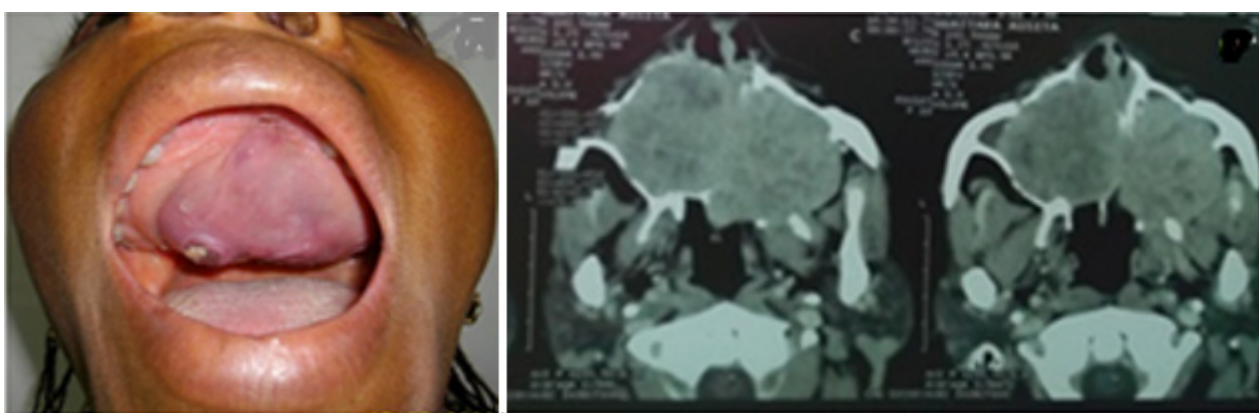


Figure 1 : tumeur maxillaire droite étendue à la quasi-totalité du palais dur



Figure 2 : reconstruction du palais par lambeau du muscle temporal après exérèse tumorale

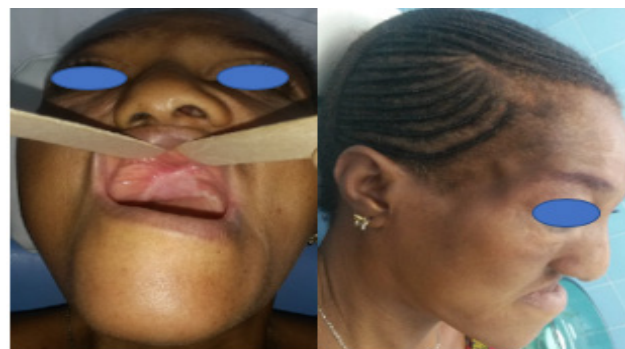


Figure 3 : patiente après un recul de 18mois

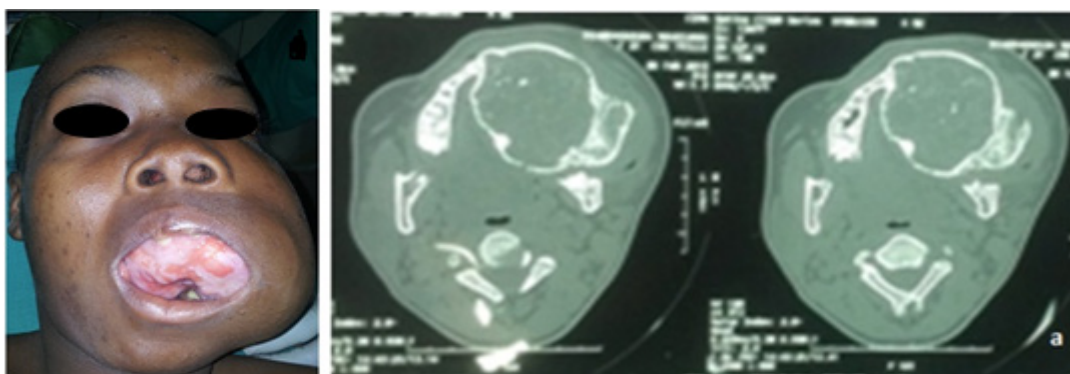


Figure 4 : tumeur maxillaire gauche étendue au palais

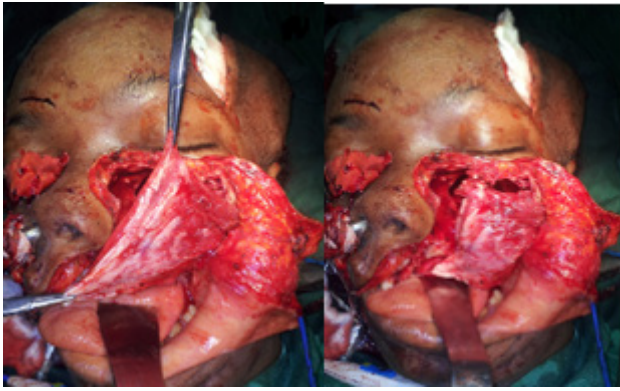


Figure 5 : reconstruction du palais par lambeau du muscle temporal après exérèse tumorale



Figure 6 : patiente après un recul de 21 jours

Discussion

La reconstruction des pertes de substances chirurgicales palatines est une nécessité vitale et fonctionnelle pour le patient [1]. La voûte palatine constitue une barrière anatomique entre cavités orale et sinuso-nasale et rend possible les fonctions de respiration, d'alimentation et de phonation-élocution. Deux techniques de reconstruction sont rapportées dans la littérature. Il s'agit de la reconstruction soit par prothèse soit par lambeaux [7]. Toutefois ces deux techniques de reconstruction ne font pas l'objet de consensus.

La réhabilitation par prothèse constitue la méthode la plus ancienne de reconstruction du palais mais elle reste encore d'actualité. Particulièrement adaptée aux défauts limités de la voûte palatine, cette technique simple de reconstruction rétablit rapidement les fonctions essentielles de mastication, d'élocution-

phonation et de respiration [2].

En revanche, la reconstruction chirurgicale après maxillectomie a progressivement évolué dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients. Une série de lambeaux dont le lambeau du muscle temporal peut être utilisée pour la fermeture d'une perte de substance palatine après maxillectomie [3 ; 4]. Dans nos deux cas cliniques, le lambeau pédiculé du muscle temporal a été utilisé comme alternative à la prothèse obturatrice maxillofaciale pour la reconstruction des pertes de substances palatines. Ce choix repose sur la qualité du lambeau du muscle temporal et surtout l'inaccessibilité financière à la prothèse dans notre contexte. Le lambeau du muscle temporal permet une reconstruction immédiate de la perte de substance. Ce type de reconstruction ne permet pas une inspection suffisante de la cavité pour la détection précoce d'une récurrence tumorale comme c'est le cas dans la reconstruction prothétique. Toutefois, les techniques d'imagerie actuelle (nasoendoscopie à fibres optiques, scanner, IRM) ont éliminé la nécessité d'une surveillance visuelle du site d'exérèse car elles peuvent évaluer avec précision ce dernier [8]. En outre la reconstruction chirurgicale par lambeau du muscle temporal permet d'éviter le reflux et l'inconfort nasal associés à un obturateur prothétique. En effet, la prothèse en plus de son coût qui n'est pas accessible à tous les patients, doit être entretenue et nécessite de ce fait une évacuation fréquente du dispositif pour le nettoyage. Les troubles de la parole et de la déglutition, les problèmes d'étanchéité de la prothèse à l'origine des fuites et les régurgitations oro-nasales sont des rappels constants de la défiguration occasionnant ainsi un retentissement psychologique important [2 ; 7]. Cependant, la prothèse fournit un support pour les tissus de la joue et donc une meilleure apparence du visage [7]. De même la procédure opératoire dans la reconstruction chirurgicale est prolongée que dans la prothèse obturatrice et le site donneur constitue une morbidité supplémentaire.

La technique de prélèvement du lambeau du muscle temporal est relativement facile et rapide [10 ; 11]. Toutefois, la voie d'abord, la technique de dissection

et de l'évée du lambeau puis la rotation et l'introduction du lambeau dans la cavité orale requièrent une certaine expérience du chirurgien [12]. Une ostéotomie de l'arcade zygomatique ou une tunnelisation sous l'arcade a été recommandée selon les auteurs pour faire passer le lambeau dans la cavité orale afin de ne pas comprimer le pédicule [6 ; 13].

Dans notre étude , nous avons préféré la dépose partielle de l'arcade zygomatique chez la patiente du cas clinique N°2 en raison de l'importance du volume du muscle temporal comparativement au diamètre du tunnel.

Certaines complications dont la parésie et la paralysie de la branche frontale du VII peuvent être observées après prélèvement du muscle temporal [14]. La connaissance de l'anatomie de la région temporale ainsi qu'une dissection chirurgicale délicate sont nécessaires pour minimiser l'apparition de ces complications [12]. La dépression temporale et l'édentation maxillaire ont été les seules séquelles chirurgicales dans nos cas cliniques. Le comblement de la dépression temporale se fait généralement par l'utilisation de biomatériaux[9]. Toutefois pour MANI cette dépression peut se faire par le prélèvement de la moitié antérieure du muscle temporal tandis que la moitié postérieure sera translatée en avant pour combler la fosse temporale, l'évidement étant plus prononcé dans la région antérieure [10].

Cette reconstruction du palais par lambeau du muscle temporal peut être considérée comme une bonne alternative à la prothèse maxillofaciale car elle a permis d'avoir une fermeture étanche du palais et une restauration partielle des fonctions manducatrices.

Conclusion

La reconstruction des pertes de substances du palais après maxillectomie dans notre contexte est une hantise pour le chirurgien et relève d'un véritable challenge. En effet, le choix du type de reconstruction se trouve réduit d'une part, par le plateau technique qui est insuffisant et d'autre part par l'indigence financière de nos patients. Cependant, le lambeau du

muscle temporal a été utilisé avec succès dans nos deux cas cliniques avec une restauration plus ou moins partielle des fonctions manducatrices . Toutefois, une dépression temporale et une édentation maxillaire ont constitué les seules séquelles chirurgicales.

Ainsi, le lambeau du muscle temporal est une alternative fiable à la prothèse dans la reconstruction des pertes de substances palatines dans notre contexte. Cependant une reconstruction secondaire osseuse du maxillaire de même que la réhabilitation dentaire permettrait d'améliorer l'esthétique et la fonction manducatrice des patients.

*Correspondance

Arsène COULIBALY

arsencool@yahoo.fr

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

1 : Service de Chirurgie Maxillofaciale; CHU Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

2 :

3 : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillofaciale; CHU Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] BOUTAULT F, PAOLI JR, LAUWERS F. Reconstruction chirurgicale des pertes de substances des maxillaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-087-E-10. 2005 [p. 1-18].
- [2] HURYN JM, PIRO JD. The maxillary immediate surgical obturator prosthesis. J PROSTHET DENT.1989 ;61 :343-347.
- [3] KOLB F, JULIERON M. Mise au point, Chirurgie réparatrice en cancérologie ORL : principales méthodes et

indications. *Cancer Radiother.*2005 ;9 :16-30.

- [4] COSTA H, ZENHA H, SEQUEIRA H. Microsurgical reconstruction of the maxilla: algorithm and concepts. *J plast reconstructr aesth surg.*2014;12:002
- [5] VEYSSIERE A, TAUPIN A, LEPROVOST N, CAILLOT A, COMPERE JF, BENATEAU H. Le lambeau de muscle temporal dédoublé vascularisé par le pédicule temporal superficiel. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.*2013 ;114 :377-380.
- [6] [6] ABUBAKER AO, ABOUZGIA MB. The temporalis muscle flap in reconstruction of intraoral defects: an appraisal of the technique. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*2002 ;94 :24-30
- [7] ALI A, FARDY MJ, PATTON DW. Maxillectomy- to reconstruct or obturate? Results of a UK survey of oral and maxillofacial surgeons. *Brit J oral Maxillofac surg.*1995 ; 33 :207-210
- [8] WEBSTER, JP. Temporalis muscle transplants for defects following orbital exenteration. In *Transactions of the First International Congress of Plastic Surgery.* Williams & Wilkins, Baltimore 1957 :291.
- [9] LALOZE J, BRIE J, CHAPUT B, USSEGLIO J. Depression after temporal muscle flap: A systematic review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg.* 2019 ; 47 : 1104-1109
- [10] MANI V, PANDA AK. Versatility of temporalis myofascial flap in maxillofacial reconstruction : analysis of 30 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.*2003 ; 32 :368-372.
- [11] AHMED DK, LI Z, LI ZB. Temporalis muscle flap for immediate reconstruction of maxillary defects: review of 39 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.*2011 ; 40 :715-721.
- [12] DALLAN I, LENZI R, SELLARI-FRANCESCHINI S, TSCHABITSCHER M, MUSCATELLO L. Temporalis myofascial flap in maxillary reconstruction : anatomical study and clinical application. *J Craniomaxillofac Surg.*2009 ;37 :96-101.
- [13] ABU-EL NI, LEISER Y, LIBERMAN R, PELED M. The use of the temporalis myofascial flap in oral cancer patient. *J Oral Maxillofac Surg.*2010 ; 68 :578-583.
- [14] CLAUSER L, CURIONI C, SPANIO S. The use of the temporalis muscle flap in facial and craniofacial reconstructive surgery. A review of 182 cases. *J Craniomaxillofac Surg.*1995;2:203-214..

Pour citer cet article :

A Coulibaly, M Sanfo, C Assouan, D N'guessan, P Pare, KE Konan. Le lambeau du muscle temporal : une alternative à la prothèse maxillofaciale dans la reconstruction des pertes de substances chirurgicales palatines. *Jaccr Africa 2021; 5(4): 98-103*