

Séance de travail

Mercredi 2 février 2001

Des gueules cassées à la chirurgie esthétique Évolution des idées et des techniques

Guy PRINC*

Après la guerre de 1914-1918, de nombreux blessés atrocement défigurés vont fuir le contact social et se regrouper entre eux, créant l'Union des blessés de la face, familièrement les "*gueules cassées*". Les amputations faciales étaient variables et complexes. Il s'agissait de réhabiliter des jeunes blessés de la guerre, alors que la chirurgie esthétique en était à ses balbutiements, d'où le développement de la chirurgie maxillo-faciale. La devise "*Sourire quand même*" symbolisera, sans doute, cette double volonté d'insouciance et de résignation.

Marc Dugoin, dans un livre récemment publié, décrit la vie de son grand-père, mutilé de la face, montrant le calvaire quotidien, vécu par trois jeunes hommes, que le romancier relate avec pudeur, précision, et presque à mi-voix : "*La chambre des officiers*".

La chirurgie maxillo-faciale restera longtemps synonyme des "*gueules cassées*".

Aujourd'hui les indications et les techniques sont multiples :

- chirurgie réparatrice carcinologique,
- malformations des maxillaires,
- chirurgie préimplantaire,
- traumatologie faciale,
- chirurgie esthétique.

LA CARCINOLOGIE DE LA CAVITÉ BUCCALE

Les techniques nouvelles de la chirurgie réparatrice permettent des exérèses plus larges des cancers de la cavité buccale.

* De l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

L'apparition de nouvelles techniques chirurgicales (lambeau myocutané, transfert composite microanastomose) permet d'envisager des reconstructions esthétiques et fonctionnelles et de qualité.

La résection de l'arc antérieur mandibulaire sans reconstruction immédiate, entraîne un déséquilibre ostéo-musculo-dentaire, avec retentissement fonctionnel et esthétique majeur (et donc psychologique).

En effet, de l'exérèse de la région symphysaire mandibulaire, il découle :

- la perte d'insertion des muscles génioglosses et géniohyoïdiens, d'où la nécessité d'une trachéotomie.
- l'amputation du tiers inférieur mandibulaire est responsable du profil dit "Andy Gump". De face, à l'amputation s'associe une incompétence labiale très invalidante.
- l'ascension et la lingualisation des moignons mandibulaires (qui prennent la forme d'un V dans un sens transversal et frontal) rendent la mastication impossible.

Si la stratégie thérapeutique intègre les possibilités de reconstruction, les problèmes techniques restent nombreux, dont le temps final, celui de la réhabilitation prothétique, afin de restaurer une fonction masticatoire.

En cas d'amputations faciales élargies afin de combler le *defect* facial, le lambeau musculocutané de grand pectoral est le plus utilisé. Il peut être prélevé facilement, sans changer la position du patient en peropératoire. La rançon cicatricielle thoracique est minime (chez la femme, des artifices techniques permettent de réduire le préjudice esthétique).

Ce lambeau permet en outre, après échec de la radiothérapie, une "chirurgie de rattrapage" dans les meilleures conditions en utilisant un matériel de qualité, prélevé à distance, en dehors de la zone irradiée, qui assurera une couverture parfaite des axes vasculaires cervicaux et une étanchéité parfaite des cavités nasale, sinusienne et buccale (afin d'éviter un orostome).

Le choix du traitement est effectué par une équipe pluridisciplinaire comprenant un chirurgien maxillo-facial, un radiothérapeute et un chimiothérapeute, en tenant compte des progrès de cette chirurgie réparatrice afin de faciliter la réinsertion sociale du patient.

LA TRAUMATOLOGIE FACIALE

Les ostéosynthèses faciales étaient réalisées classiquement par des fils d'ostéosynthèse. Les microplaques d'ostéosynthèse adaptées aux caractères spécifiques, d'abord des fractures mandibulaires, puis des fractures faciales ont transformé les traitements primaires et secondaires.

Les séquelles

Leur gravité peut être liée à un traitement initial incomplet, voir tardif. Les séquelles morphologiques deviennent, à distance de l'accident, la préoccupation majeure du patient.

Au niveau de l'étage supérieur, une déformation frontale peut résulter d'une embarure parcellaire de la paroi antérieure du sinus frontal.

Au niveau de l'étage moyen, le recul du massif facial peut entraîner une rétrusion nasale de profil, et un télécanthus de face. Parfois, la séquelle peut être médiane, ne touchant que la pyramide nasale.

La fracture du zygoma, non ou mal réduite, peut être responsable d'un enfoncement de la pommette avec parfois limitation de l'ouverture buccale et trouble sensitif (V-2), voire, en cas de fracture complexe, de diplopie.

Au niveau de l'étage inférieur, l'asymétrie mandibulaire est fréquente.

Les séquelles fonctionnelles masticatoires sont fréquentes avec parfois dysfonction articulaire temporo-mandibulaire.

Le traitement orthopédique doit être réalisé, si possible, en un seul temps opératoire, indissociable de celui des parties molles (dans certains cas, en collaboration avec le neurochirurgien). Il est basé sur le repositionnement des structures osseuses, parfois ostéotomies des maxillaires, rhinoseptoplasties. Des greffes osseuses (iliaque ou crânienne) permettent de combler les pertes de substance et de parfaire le remodelage du visage.

LA CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE DES MAXILLAIRES

Cette chirurgie ne se limite plus, comme autrefois, à la correction des prognathismes. Ses indications sont plus larges. En collaboration avec les orthodontistes, elle s'ouvre sur un nouveau domaine : la profiloplastie ou la recherche d'un "équilibre esthétique de la face". En intéressant les maxillaires dans leur intégralité, elle rétablit l'occlusion dentaire et de ce fait parfois améliore la fonction articulaire temporo-mandibulaire.

Historique des techniques

La première ostéotomie segmentaire dentoalvéolaire aurait été décrite par Huliher en 1848. Le patient présentait une déformation du bloc incisivo-canin, induit par des cicatrices chéloïdes cervicales.

Plus tard, Dufourmentel, en 1901, préconisait la résection condylienne comme traitement de la prognathie mandibulaire. Des ostéotomies du maxillaire étaient imaginées, découlant des travaux de Le Fort en traumatologie faciale. L'évolution de la chirurgie orthognathique est liée à celle de l'orthodontie qui occupe la place centrale du traitement. Les ostéotomies les plus fréquemment pratiquées sont :

- l'ostéotomie du maxillaire type Le Fort I : le trait horizontal siège au dessus des apex dentaires. Il permet la mobilisation de l'arcade dentaire et du plateau palatin dans les trois directions de l'espace après disjonction ptérygomaxillaire.
- l'ostéotomie sagittale mandibulaire (OSBM) réalise le clivage des tables osseuses en arrière de la zone dentée, permettant d'obtenir des surfaces osseuses de cooptation importantes, garant d'une bonne consolidation, tout en respectant le paquet vasculonerveux alvéolaire inférieur.

Néanmoins l'OSBM expose à des risques sensitifs dont les patients sont informés.

Les indications découlent des analyses clinique et céphalométrique. Les objectifs sont fonctionnels et esthétiques. En effet, le déplacement osseux maxillaire aura une répercussion non négligeable sur les parties molles et donc sur le profil facial.

La connaissance de ces répercussions permet au chirurgien d'adapter son choix technique pour "normaliser" le menton, le rapport des lèvres, l'angle naso-labial, la pointe du nez, les rapports lèvre supérieure-incisive centrale supérieure au repos, et lors du sourire... Dans certains cas, une rhinoplastie et/ou une génioplastie pourront être associées, soit dans le même temps, soit secondairement. Il est bien évidemment difficile d'objectiver "les critères de beauté" et de cerner la "normalité" à propos du visage.

Les génioplasties peuvent modifier la position du point menton dans les trois plans de l'espace (fig. 1). L'intervention est réalisée par voie endobuccale. La synthèse du fragment basilaire est assurée par une miniplaque.

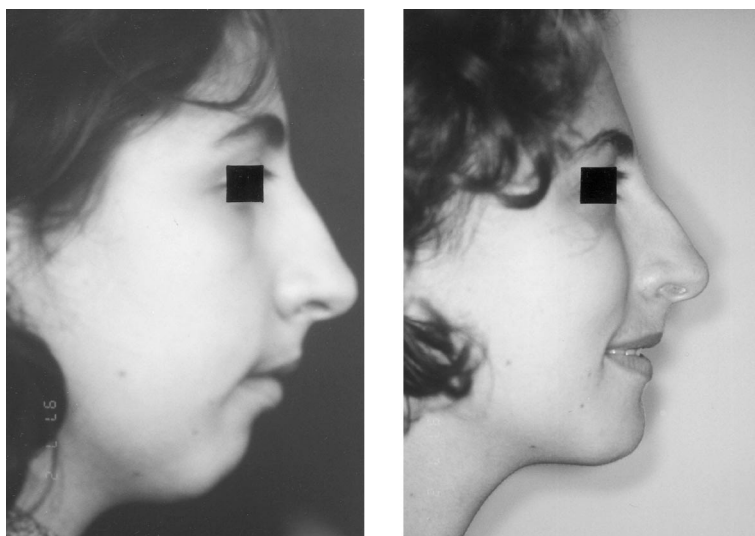


Fig. 1 – À gauche : rétrognéie avant intervention. À droite : après intervention.



Fig. 2 – À gauche : rides frontales avant intervention. À droite : après lifting.

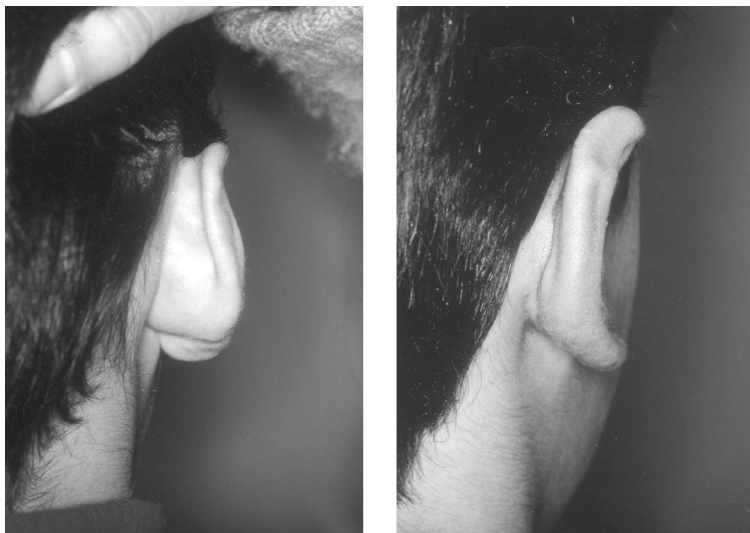


Fig. 3 – À gauche : oreille décollée avant intervention. À droite : après intervention.

La chirurgie esthétique de la face qui comprend, outre les génioplasties parfois combinées à des lipoaspirations sous-mentales :

- les liftings cervico-facial, frontal (fig. 2),
- les blépharoplasties (paupières),
- les otoplasties (oreilles décollées) (fig. 3),
- les rhinoplasties.

De nombreux travaux pluridisciplinaires vont permettre dans les années futures de simplifier les techniques opératoires et de finaliser les traitements dans la recherche de la perfection fonctionnelle et esthétique.