

Parotidectomie subtotale par voie de lifting

J.-P. Meningaud

Par ordre décroissant, les motifs d'inquiétude des patients placés dans la perspective d'une parotidectomie sont : la parésie faciale, la cicatrice, la modification du contour du visage et le syndrome de Frey. La voie de lifting associée au lambeau de système musculoaponévrotique superficiel (SMAS) diminue considérablement ces problèmes. Pourtant, bien que sa sûreté ait été documentée et malgré sa pertinence sur le plan esthétique, cette voie d'abord n'est pas une technique de routine pour beaucoup de chirurgiens. Cet article décrit les astuces de cette voie d'abord qui devrait être la technique de référence, excepté pour les patients obèses et les cancers.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Parotidectomie ; Lifting ; Système musculoaponévrotique superficiel ; Parotide ; Frey

Plan

■ Introduction	1
■ Technique opératoire	1
Cicatrice	1
Comblement de la perte de substance	1
■ Intérêt fonctionnel du lambeau de système musculoaponévrotique superficiel	3
Récupération plus rapide de la parésie faciale (paralysie incomplète et transitoire)	3
Diminution de l'incidence du syndrome de Frey	3
■ Conclusion	4

■ Introduction

Les deux séquelles qui angoissent le plus les patients pour lesquels une parotidectomie est indiquée sont la cicatrice et la parésie faciale (voir Paralysie, EMC 22067 B 10). Cette inquiétude est d'autant plus marquée que les indications de parotidectomie pour adénome pléiomorphe concernent souvent des femmes jeunes. Cette peur a même des effets délétères dans la mesure où il n'est pas rare de voir des patients différer indéfiniment cette intervention au risque de voir se développer une tumeur cancéreuse. Une fois que la parotidectomie a été réalisée par voie classique, les deux séquelles qui perturbent le plus les patients sont le creux au niveau de la zone opérée et le syndrome de Frey. Or, ces séquelles peuvent être considérablement diminuées par la voie de lifting [1, 2] et le comblement de la perte de substance par un lambeau de système musculoaponévrotique superficiel [3] (SMAS).

■ Technique opératoire

Le bilan préopératoire, l'installation du patient, le repérage du tronc du nerf facial et la dissection de ses branches ne diffèrent

pas de la technique classique. [4] Seuls changent le tracé de l'incision et la réalisation d'un lambeau de SMAS.

Cicatrice

Pour mémoire, l'incision de Redon comporte un segment préauriculaire vertical, un segment curviligne sous-lobulaire s'arrêtant au bord antérieur de la mastoïde puis un segment vertical descendant le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien qui se termine dans un pli du cou. L'incision de lifting passe derrière le tragus, dans le pli du lobule, derrière l'oreille et se termine dans les cheveux (Fig. 1A). Si l'incision est suffisamment prolongée en arrière dans les cheveux, les tissus peuvent être correctement réclinés (Fig. 1B) de telle sorte que la visibilité sur l'ensemble du nerf facial est excellente : le risque de lésion nerveuse n'est pas augmenté. Avec ce type d'incision, l'utilisation d'une valve éclairante à lumière froide n'est pas nécessaire (Fig. 2). Une variante consiste à prolonger l'incision rétroauriculaire vers la nuque au ras du cuir chevelu, la dissection sera un peu plus facile, mais la cicatrice risque de se voir si la coiffure choisie est le chignon. Que ce soit dans la voie d'abord de Redon ou de lifting, un fil de traction est placé sur le lobule pour le récliner en arrière.

Comblement de la perte de substance

Le lambeau de SMAS peut être réalisé dès le début de l'intervention (juste après le décollement cutané) ou plus simplement lorsque la dissection du lobe superficiel est bien avancée. En effet, à cette étape, le plan de dissection à suivre est directement accessible. Pour faciliter le décollement du SMAS, des ciseaux spatulés peuvent être utilisés et une hydrodissection préalable peut être réalisée. La dissection se fait au ras de l'aponévrose parotidienne. Elle est relativement facile, tant que l'on se trouve sur l'aire parotidienne. La couleur grisâtre de la parotide qui tranche avec la couleur jaune du SMAS permet d'éviter la confusion des plans. Une fois terminée cette dissection, qui ne

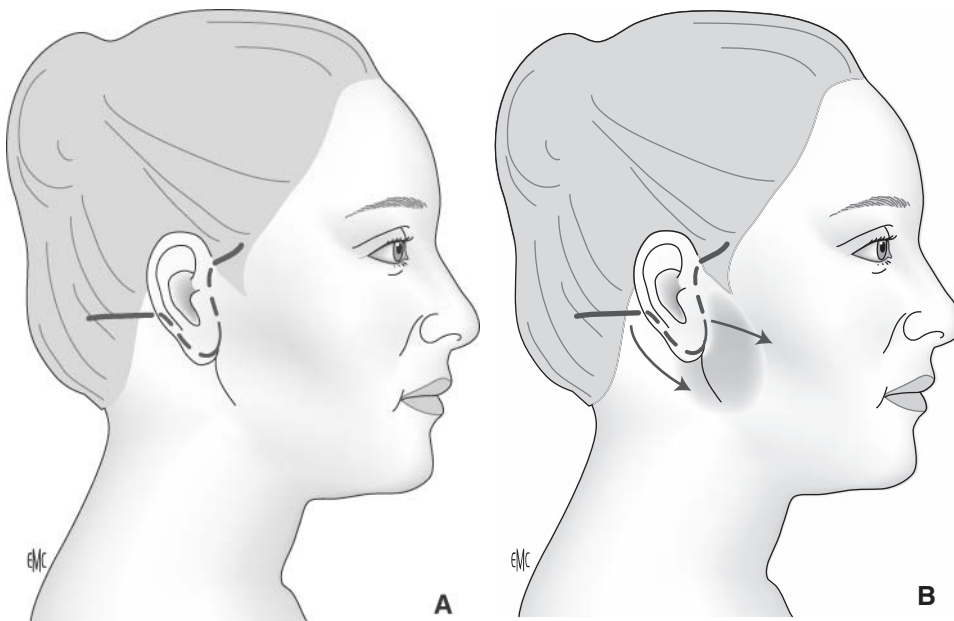


Figure 1.

A. Abord par voie de lifting. L'incision passe derrière le tragus, dans le pli du lobule, derrière l'oreille et se termine dans les cheveux. En pointillés, la cicatrice est cachée derrière le tragus et derrière le pavillon de l'oreille.

B. Si l'incision est correctement prolongée en arrière dans les cheveux, les tissus peuvent être correctement réclinés de telle sorte que la visibilité sur l'ensemble du nerf facial est excellente : le risque de lésion nerveuse n'est pas augmenté.



Figure 2. Photo montrant en haut à gauche la parotide superficielle pédiculée sur son canal (Sténon) et en bas les branches du nerf facial sur la parotide profonde. En changeant la position des écarteurs en fonction des branches, leur visualisation reste excellente ; l'utilisation d'une valve éclairante à lumière froide n'est pas nécessaire.

prend que quelques minutes, l'intervention reprend son cours habituel avec la finalisation de la parotidectomie. En fin d'intervention, l'extrémité externe du lambeau de SMAS est repliée et enfouie dans la perte de substance (Fig. 3). La charnière du lambeau est suturée solidement au muscle sterno-cléido-mastoïdien de sorte à créer un plan bien tendu. L'équivalent d'une membrane de cicatrisation telle qu'on les utilise en parodontologie est ainsi réalisé. Une cicatrisation (réellement) dirigée des tissus profonds vers ce plan solide est ainsi favorisée. Il s'agit d'éviter que le plan cutané ne se plaque trop rapidement sur le nerf et empêche ainsi cette cicatrisation dirigée. Si la dissection au large de la tumeur a nécessité de perforer le lambeau de SMAS, il suffit de le réparer par quelques points de suture. Cette technique diminue significativement les rétractions rétomandibulaires de telle sorte que si l'on observe le patient de face ou du côté opéré, on ne remarque pas de creux (Fig. 4-6). En revanche, si l'on compare méthodiquement le côté opéré au côté sain, une petite différence subsiste. Or, dans la vie sociale, nous nous regardons de face ou de trois quarts, éventuellement de profil, mais

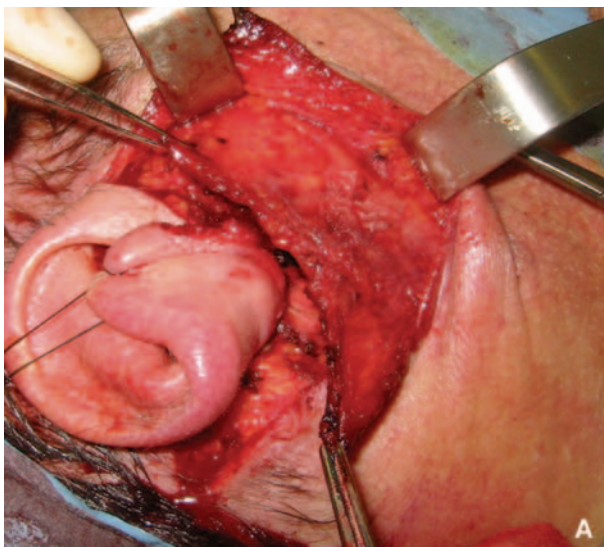


Figure 3.

A. Lambeau de système musculoaponévrotique superficiel (SMAS) dont l'extrémité externe et inférieure (pince droite) va être enfouie dans la perte de substance.

B. Suture de la charnière au muscle sterno-cléido-mastoïdien. Un pertuis est ménagé à l'extrémité supérieure de la cicatrice afin de faciliter le drainage. Le drain est appliqué au-dessus du SMAS et non au contact du nerf de façon à éliminer tout risque de lésion lors de son ablation.



Figure 4. Parotidectomie subtotale gauche par voie de lifting avec lambeau de système musculoaponévrotique superficiel (SMAS), résultat à 1 mois. L'incision de lifting passe derrière le tragus, dans le pli du lobule, derrière l'oreille et se termine dans les cheveux.



Figure 5. Même patiente, résultat à 9 mois.



Figure 6. Même patiente, résultat à 9 mois de face et au sourire.

■ Intérêt fonctionnel du lambeau de système musculoaponévrotique superficiel

Récupération plus rapide de la parésie faciale (paralysie incomplète et transitoire)

La parésie faciale est en grande partie favorisée par la dévascularisation du nerf lors de la réalisation d'une parotidectomie subtotale. Cette thématique a entraîné dans le passé une intense discussion sur la nécessité ou pas de réaliser une parotidectomie subtotale. Si l'on prend l'exemple de la tumeur la plus fréquente, à savoir l'adénome pléiomorphe, il faut savoir qu'elle est très finement encapsulée (les déhiscences capsulaires sont fréquentes sous la forme de pseudopodes ou de nodules satellites), de telle sorte qu'il faut éviter toute dissection au contact de la tumeur. Une dissection au contact de la tumeur (énucléation) fait courir un grand risque de récurrence (20 à 45 %). Par ailleurs, le risque de paralysie faciale est augmenté en cas de réintervention. Les localisations multicentriques d'adénome pléiomorphe (deux nodules tumoraux ou plus) sont en fait très rares, mais existent. En revanche, une marge de sécurité de tissu glandulaire sain excessive, comme dans les parotidectomies totales conservatrices du nerf facial, ne paraît pas non plus justifiée. C'est pourquoi il semble préférable de réaliser d'emblée une parotidectomie subtotale (lobes profond et superficiel), mais non extensive et conservant le VII. Cette attitude est indiquée pour les tumeurs du lobe profond et celles qui ont un contact étroit avec les premières branches de division du nerf facial. Pour les tumeurs isolées du lobe superficiel, dont les constatations peropératoires permettent d'être sûr qu'il n'y a pas eu d'exposition tumorale, une parotidectomie superficielle (voire superficielle partielle comme dans certaines tumeurs polaires inférieures) est acceptable. L'intérêt de la parotidectomie superficielle isolée est de diminuer l'incidence de la parésie en évitant une dissection excessive du VII ; mais elle ne doit pas se faire au prix d'une exérèse tumorale incomplète.

La récupération de la parésie faciale est fonction de plusieurs facteurs :

- de l'importance de la dévascularisation du nerf et donc de la localisation de la tumeur : plus une tumeur est située loin du tronc, c'est-à-dire proche de la bouche ou de l'œil, plus la parésie est fréquente et longue à récupérer bien que plus localisée ;
- de l'âge du patient : un patient jeune a moins de risques d'avoir une parésie et, à défaut, récupère plus vite ;
- de l'expérience gestuelle du chirurgien : « les heures du vol de pilote d'avion sont les heures de bloc du chirurgien » ;
- du fait qu'il s'agit bien d'une première intervention et non d'une reprise chirurgicale car une seconde intervention augmente considérablement les difficultés techniques et donc les risques ;
- du caractère anastomotique ou pas du nerf (Fig. 7). Les nerfs faciaux anastomotiques sont plus difficiles à disséquer mais sont très peu sujets aux parésies.

Cesteley et al. ont montré que le lambeau de SMAS diminuait significativement le temps de récupération nerveuse, le faisant passer en moyenne de 3 mois à 6 semaines.^[5] Le mécanisme serait celui de l'apport vasculaire de cette lame porte-vaisseaux.

Diminution de l'incidence du syndrome de Frey

Le syndrome de Frey se manifeste par une hypersudation et un érythème (rougeur) de la région temporale pendant les repas dus à la réinnervation erronée des glandes sudoripares par le nerf auriculotemporal. Des fibres parasympathiques destinées à la glande salivaire envahissent les axones des fibres sympathiques destinées à la peau et aux glandes sudoripares de la zone de décollement cutané.^[6] Ces fibres sympathiques sudoripares ont la particularité d'être cholinergiques, ce qui constitue une

nous ne regardons évidemment pas les deux profils simultanément. Ainsi, si chacun des deux profils apparaît harmonieux, rien ne sera noté par l'entourage du patient.

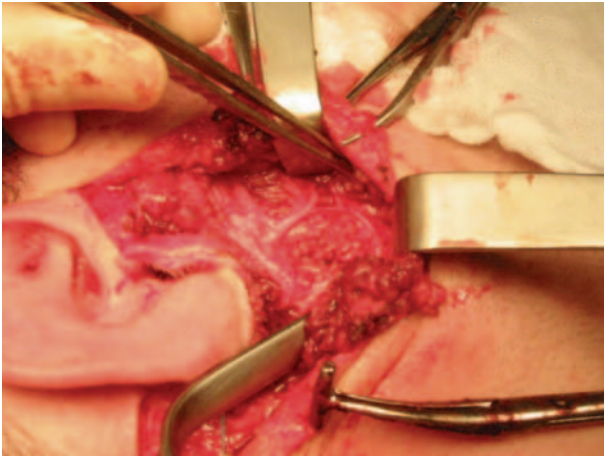


Figure 7. Exemple de nerf facial très anastomotique : type plexulaire de Tortella.

exception dans la physiologie du système sympathique. Ainsi les deux types de fibres sont tous deux cholinergiques et fonctionnent donc avec le même médiateur et la régénérescence de fibres à destinée salivaire à l'intérieur des fibres à destinée sudoripare suffit à expliquer le changement de fonction. Le lambeau de SMAS visible sur la Figure 3 diminue l'incidence du syndrome de Frey en s'interposant entre les deux contingents nerveux [7-9] (incidence passant de 33 à 4 %). Les quelques syndromes de Frey survenant avec cette technique semblent être dus à des lambeaux de SMAS trop fins ou perforés lors de la dissection et non réparés. Il est cependant à noter que la toxine botulique s'est révélée très efficace dans le traitement de ce syndrome, mais « mieux vaut prévenir que guérir ».

■ Conclusion

La technique associant voie d'abord de lifting et lambeau de SMAS devrait devenir la technique de référence du fait non seulement des avantages décrits ci-dessus, mais aussi de sa rapidité d'exécution (elle ne rallonge le temps opératoire que d'une dizaine de minutes), du fait qu'elle n'aggrave pas la rançon opératoire comparée aux techniques utilisant d'autres

lambeaux [10-12] et de son faible coût comparé aux techniques utilisant des membranes d'interposition. [13, 14] En revanche, la technique classique doit être privilégiée chez les patients obèses ou atteints de cancer.



■ Références

- [1] Terris DJ, Tuffo KM, Fee Jr WE. Modified facelift incision for parotidectomy. *J Laryngol Otol* 1994;**108**:574-8.
- [2] Charakorn C. The scarless rhytidectomy incision in superficial parotidectomy. *J Med Assoc Thai* 1998;**81**:705-7.
- [3] Marchal F, Sacoun A, Pieyre JM. Intérêt du lifting dans la parotidectomie. *Schweiz Med Wochenschr* 2000;**125**:116S-121S [suppl].
- [4] Malka G, Danino A. Chirurgie de la glande parotide et de la glande sous-mandibulaire. *Encycl Méd Chir* (Elsevier SAS, Paris), Stomatologie, 22-351-A-10, 2003: 9p.
- [5] Cesteley L, Helman J, King S, Van de Vyvere G. Temporoparietal fascia flaps and superficial musculoaponeurotic system plication in parotid surgery reduces Frey's syndrome. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;**60**:1284-98.
- [6] Laskawi R, Ellies M, Rodel R, Schoenebeck C. Gustatory sweating: clinical implications and etiologic aspects. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;**57**:642-9.
- [7] Allison GR, Rappaport I. Prevention of Frey's syndrome with superficial musculoaponeurotic system interposition. *Am J Surg* 1993;**166**:407-10.
- [8] Bonanno PC, Casson PR. Frey's syndrome: a preventable phenomenon. *Plast Reconstr Surg* 1992;**89**:452-8.
- [9] Bonanno PC, Palaia D, Rosenberg M, Casson P. Prophylaxis against Frey's syndrome in parotid surgery. *Ann Plast Surg* 2000;**44**:498-501.
- [10] Kerawala CJ, McAloney N, Stassen LF. Prospective randomised trial of the benefits of a sternocleidomastoid flap after superficial parotidectomy. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002;**40**:468-72.
- [11] Jost G, Guenon P, Gentil S. Parotidectomy: a plastic approach. *Aesthetic Plast Surg* 1999;**23**:1-4.
- [12] Gooden EA, Gullane PJ, Irish J, Katz M, Carroll C. Role of the sternocleidomastoid muscle flap preventing Frey's syndrome and maintaining facial contour following superficial parotidectomy. *J Otolaryngol* 2001;**30**:98-101.
- [13] Saray A. Porcine dermal collagen (Permacol) for facial contour augmentation: preliminary report. *Aesthetic Plast Surg* 2003;**27**:368-75.
- [14] Sinha UK, Saadat D, Doherty CM, Rice DH. Use of AlloDerm implant to prevent Frey's syndrome after parotidectomy. *Arch Facial Plast Surg* 2003;**5**:109-12.

J.-P. Meningaud* (meningaud@noos.fr).

Service de chirurgie maxillofaciale du professeur J.-C. Bertrand, CHU Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Meningaud J.-P. Parotidectomie subtotale par voie de lifting. EMC (Elsevier SAS, Paris), Stomatologie, 22-351-A-11, 2005.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres décisionnels



Iconographies supplémentaires



Vidéos / Animations



Documents légaux



Information au patient



Informations supplémentaires



Auto-évaluations