

EXPERIENCE DE 6 GREFFONS OSSEUX EN CHIRURGIE DE LA FACE A LA CLINIQUE MUTUALISTE DE COTONOU

ADJIBABI W¹ ; BIO-TCHANE I¹ ; BIAOU O² ; ALAMOU S³ ;
DOMMAUT P¹ ; ALAO N³ ; HOUNKPE Y. Y. C.¹

1 Service ORL-CCMF CNHU Cotonou, 2 Service d'Imagerie Médicale CNHU Cotonou, 3 Clinique Mutualiste de Cotonou (CMC)

RESUME

Dans une étude rétrospective d'Avril 2000 à Mars 2002, les auteurs ont rapporté leur expérience de 6 cas de greffe osseuse en chirurgie de la face.

Le greffon iliaque a été utilisé dans la reconstruction de la mandibule post tumorectomie dans 3 cas, et dans la fracture du plancher de l'orbite dans un cas.

Le greffon pariétal a été utilisé pour reconstruire le plancher de l'orbite dans un cas et dans un cas de septorhinoplastie.

Après deux ans de recul les résultats ont été excellents en dehors d'un rejet de greffon mandibulaire par infection.

Mots clés : Greffon autologue, reconstruction, face.

SUMMARY

The authors presented their experience of graft bone in a retrospective study from April 2000 to March 2002 about 6 patients.

Iliac crest graft has been used in 3 cases of mandibular reconstruction and in one case of orbital floor fracture.

Parietal bone graft has been used in one case of orbital floor fracture and in one case of septorhinoplasty.

Two years after surgery our results are excellent. We have had one failure by infection in mandibular site

Keys words : Autologous bone graft, reconstruction, face.

INTRODUCTION

Le visage, élément de la face, identifie chaque individu.

Il peut-être l'objet d'affections diverses : traumatiques, tumorales, infectieuses ou malformatives. Pour restaurer au mieux l'intégrité esthétique, fonctionnelle et psychique des patients, sa réparation nécessite parfois une reconstruction par greffe. A cet effet, les auto greffes, les homogreffes et les biomatériaux sont diversement utilisées [1, 4, 10].

Le but de notre étude a été de rapporter notre expérience des autogreffes osseuses utilisées en chirurgie de la face et de démontrer leurs avantages.

MATERIEL ET METHODE

Notre étude a été rétrospective et a concerné les patients qui avaient bénéficié d'une chirurgie réparatrice de la face à la Clinique Mutualiste de Cotonou d'Avril 2000 à Mars 2002.

Le bilan préopératoire a été clinique et radiologique et avait permis le choix du site de greffon.

Le traitement chirurgical avait comporté dans tous les cas deux volets :

* Préparation du site receveur :

- Pour les tumeurs mandibulaires une voie d'abord de

cervicotomie transversale haute a permis l'exposition et l'exérèse de la tumeur en monobloc.

- Le plancher de l'orbite a été abordé par voie antérieure, infra orbitaire sous palpébrale basse.

- La voie externe de septo-rhinoplastie a abordé le dorsum et la loge septale.

Ces différentes voies avaient permis une appréciation de l'étendue du défaut ou du dégât, ce qui a orienté la taille du greffon et a confirmé le site donneur.

* Préparation du site donneur :

- Pour le greffon pariétal nous avons pratiqué une incision longitudinale de 7 cm environ du cuir chevelu dans la région pariétale. Le volet osseux pariétal a été délimité à la fraise et découpé à l'ostéotome. Un volet osseux de 5 cm x 2cm a été prélevé.

- Pour le greffon iliaque nous avons pratiqué une incision cutanée de 5-7 cm en regard de la crête iliaque ; a été prélevée aux dépens de la face postéro-externe de celle-ci une baguette osseuse de 6 x 3 cm.

Le greffon a été ensuite taillé et remodelé en fonction du défaut à corriger.

Ont été inclus : les patients ayant eu une résection mandibulaire touchant les 2 corticales, les patients ayant présenté une fracture-effondrement du plancher de l'orbite et ceux ayant eu un fracas nasofrontal.

Tableau I : Signes radio cliniques et les sites donneur et receveur

Receveur	Clinique	Radiologie	Site iliaque*	Site pariétal
Orbite	Enophtamie Diplopie Hypoesthésie sous orbitaire	Fracure-effondrement du plancher Hémosinus	1	1
Nez	Obstruction nasale bilatérale Ensellure nasale	Eclatement OPN et de la cloison		1
Mandibule	Tuméfaction jugale Déformation faciès Mobilité anormale de dents	Tumeur de grande taille Rupture des 2 corticales	3	

Ont été exclus les patients dont le défaut n'était pas justiciable d'une greffe osseuse et ceux qui ont été traités par biomatériaux et hallogreffes.

Ainsi 6 patients ont été retenus, le plus jeune était âgé de 13 ans, le plus âgé 45 ans, l'âge moyen était de 35 ans ; cette étude avait concerné 3 femmes et 3 hommes.

Les paramètres suivants ont été étudiés : les doléances des patients, la morbidité, la complication et les séquelles sur les sites à J30, J90, 6 mois, 1 an et plus.

A 2 ans de recul on a apprécié la stabilité sur le plan clinique et radiologique

RESULTATS

Les doléances des patients ont été fonctionnelles dans 3 cas, esthétiques dans 1 cas, les 2 à la fois dans 2 cas.

Tableau II : Complications et séquelles au niveau des sites (D/R)

	J30	J90	6 mois et plus
Hématome	0/1	0/1	0/0
Infection	0/1	0/1	0/0
Rejet	0	0	1

D = Donneur

R = Receveur

Tableau III : Morbidité selon le site donneur (I/P)

	J 30	J90
Algie	4/0	0/0
Infection	0/0	0/0
Boiterie à la marche	1/0	0/0

I = Iliaque

P = Pariétal

Tableau IV : Complications au niveau du site receveur (P/M/N)

	J30	J90	6 mois	1 an et plus
Infection	0/1/0	0/1/0	0/0/0	0/0/0
Hématome	0/1/0	0/1/0	0/0/0	0/0/0
Rejet	0/0/0	0/0/0	0/1/0	*

* Patient opéré pour ablation du greffon

P = Plancher

M = Mandibule

N = Nez

2 malades greffés sur 3 au niveau mandibulaire ont retrouvé une mastication normale des 2 côtés.

La septo-rhinoplastie a permis la restauration de la perméabilité et la correction de l'ensellure nasales.

La restauration du plancher orbitaire a corrigé l'énophtalmie et a facilité la duction dans les deux cas.

Hormis le rejet nos résultats étaient stables après 2 ans de recul.

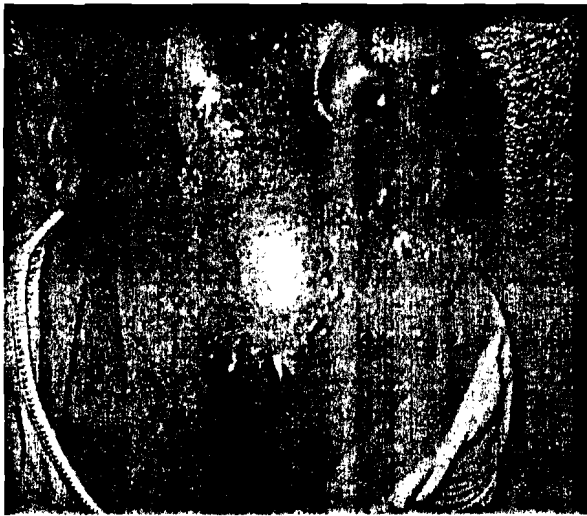


Fig 1 : Améloblastome

DISCUSSION

Depuis la vulgarisation en 1982 des autogreffes osseuses par TESSIER [6], la reconstruction cranio-faciale a connu un nouveau regain.

Le risque infectieux limité, le faible taux de rejet, la bonne tolérance, l'ostéo intégration à long terme et le coût peu élevé des greffons osseux autologues expliquent leur usage de plus en plus fréquent [4,17].

Nous avons utilisé le greffon iliaque dans la reconstruction de la mandibule comme OBIECHINA et TOLL-MAN [14,16]. Ce choix, soutenu par la solidité et la forme de l'os iliaque, permet un bon encrage de la prothèse dentaire. Selon FAOU et Coll le taux de résorption de l'os iliaque est important de l'ordre de 30 à 50% et serait à l'origine d'un résultat aléatoire [7]. Dans notre série un cas de résorption complète a été observée suite à une infection bactérienne. Les autres types de greffon costal et pariétal, ont été d'usage peu fréquent [8, 15]. CHALA et Coll n'avaient utilisé le greffon costal qu'une fois sur dix avec des complications de latéro-déviations et d'asymétries faciales à partir de 3 mois [4].

Le greffon iliaque a été aussi utilisé dans la reconstruction du plancher de l'orbite. A cet effet SIDDIQUE et coll n'avaient pas trouvé de différence significative de résultats dans l'utilisation de l'os iliaque et de l'os pariétal [15].

ZANARET et Coll avaient utilisé le greffon pariétal avec succès chez 27 patients pour la reconstruction du nez [17]. La solidité, la densité corticale, l'origine membraneuse et la bonne ostéo intégration confèrent au greffon pariétal un faible taux de résorption [8] ; ce taux est inférieur à 1% [5] contre 10% en moyenne pour les autres matériaux [3].

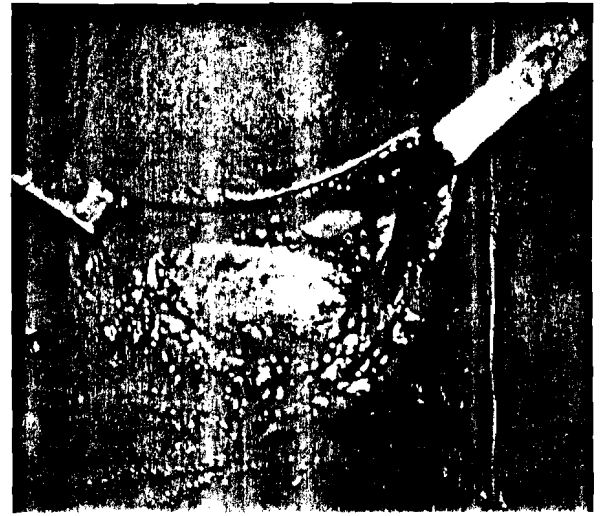


Fig 2 : Mise en place du greffon après ablation

L'os pariétal avait également servi à reconstruire le plancher de l'orbite en raison de sa courbure semblable à celle du plancher et de sa rigidité à bien supporter le contenu orbitaire [7,10,11,12].

La morbidité au niveau du site donneur n'est pas négligeable [6,9,13].

Dans notre série un état morbide mineur a été noté au niveau du site iliaque avec une très bonne évolution.

Exceptionnellement ont été signalées les complications d'hématome intra cérébral [6], d'hématome iliaque [13] et de dilacération des sinus veineux [2].

Au plan fonctionnel et esthétique, nos résultats ont été excellents. Néanmoins les limites de la reconstruction par greffe autologue restent les gros défauts après tumorectomie et les fracas post traumatiques [11,12] ; c'était le cas de l'enophtalmie résiduelle d'une de nos reconstructions du plancher de l'orbite.

CONCLUSION

Notre étude sur l'usage des greffons osseux autologues en chirurgie cervico-maxillo-faciale dans la réparation du nez, du plancher orbitaire post traumatiques et de la mandibule post tumorale nous a révélé de bons résultats ; le choix du greffon dépend du type et de la taille du site receveur.

De notre expérience il ressort que l'os pariétal peut être indiqué dans la reconstruction du plancher de l'orbite et du nez, l'os iliaque dans celle de la mandibule.

REFERENCES

- 1- **BEAUVILLAIN de MONTREUIL C., LASFARGUE J.M., BOTREL R., BORDURE PH., LEGENT F.**
La correction des ensellures nasales importantes ou majeures par greffons osseux : à propos de 22 cas
Revue de laryngologie, 1994 ; 115 (1) : 143-146
- 2- **CANNELLA D.M., HOPKINS L.N.**
Superior sagittal sinus laceration complicating an autogenous calvarial bone graft harvest of a case
J. Oral. Maxillo-fac. Surg. ,1990 ; 48 (7) : 741-3
- 3- **CANNONI M., PECH A., THOMASSIN G.M., ZANARET M., GOUBERT J.L., JALLUT Y.**
Le traitement chirurgical de l'ensellure nasale
JF. D'ORL, 1983 ; 32 : 3-16
- 4- **CHALA S., NASSIH M., RZIN A., JIDAL B.**
Notre expérience des améloblastomes de la mandibule
Rev. stomatol. Chir. Maxillo. Fac. 2002 ; 103 (4) : 247-250
- 5- **CHENEY M., RICHARD E.,**
The use of calvarial bone in nasal reconstruction
Arch. otolaryngol. head neck surg. 1995; 121: 643-648
- 6- **DUPOIRIEUX L., SICILIANO S., SAVASTANO G., SOUYRIS F.**
The advantage of the autologous parietal bone graft in posttraumatic rhinoplasty.
Minerva stomatol. 1994 ; 43 (11) : 507-12
- 7- **Le FAOU T., KRASTINOVA D.**
Reconstruction du plancher orbitaire fracturé par des matériaux autologues.
Rev. Stomatol., chir. Maxillo-fac. 1997, 98, (4) : 240-242
- 8- **FLEURIDAS G., FAVRE E., PARANQUE A., CHIKHANI L., LOCKHART R., DUBRUILLE J. H., BERTRAND J.C., GUILBERT F.**
Parietal grafts in maxillo-facial and pre-implant surgery
Rev. stomatol. chir. Maxillo-fac., 1998 ; 99 (3) : 165-169
- 9- **GARCIA P.G., BONMIEUX PH., BRUHIER M.**
La rhinoplastie esthétique chez les sujets de race noire.
Revue off de la société Française d'ORL, 1999-2000 ; 58 (6) :
- 10- **GAS C., SIDJILAMI B M., DODART L., BONTAUF F.**
Fractures isolées du plancher orbitaire
Conclusion d'une étude rétrospective portant sur 85 Cas
Rev. stomato. chir. maxillo-fac., 1999 ; 100 (1) : 27-
- 11- **LAHBABI M., LOCKHART R., FLEURIDAS G., CHIKHANI L., BERTRAND JC., GUILBERT F.**
Enophtalmies post traumatiques. Considérations physiolo-pathologiques et thérapeutiques actuelles
Rev. stomatol. chir. maxillo-fac. ,1999; 100 (4) : 165 - 174
- 12 - **EL MANSOURI Y., KADIRI F. H., SAIDI A., LAOUALI SI M., ZAGHLOUL K., IDRISSE CHEKKOUNY A., BENCHAKROUN Y., AMRAOUI A .**
Les séquelles oculomotrices des fractures du plancher de l'orbite
J. fr., Ophtalmol., 2000 ; 23 : (5) 445-448 Masson Paris, 2000
- 13- **NIEDHART C., PINGSMANN A. , JURGENS C. MARR A., BLATT R. NIETHARD F. U.**
Donor site morbidity after bone graft harvesting from the ventral and dorsal iliac crest - a prospective controlled study
Z orthop Ihre greuzgeb, 2003 ; 141(4) : 481-6
- 14 - **OBIECHINA AE., OGUNLADE SO., FASOLA A. ARROTIBA JT.**
Mandibular segmental reconstruction with iliac crest
West Afr. J. Med., 2003 ; 22 (1) : 46 - 9
- 15- **SIDDIQUE SA., MATHOG RH.**
A comparison of parietal and iliac crest bone grafts for orbital reconstruction
J. Oral Maxillo-fac Sur. ,2002 ; 60, (1) : 44- 50 ; discussion 50 - 52
- 16- **TOLLMAN D-E., DESJARDINS R.P., JACKSON I. BRANEMARK P.I.**
Complex craniofacial reconstruction using an implant supported prothesis; case report with long term follow-up
Int. Jour of oral and maxillo implants, 1997; 12 (2) : 243 - 51
- 17- **ZANARET M., BOUVIER C., BONNEFILLE E. ESTUBLIER N., GIOVANNI A.**
Rhinoplastie d'augmentation par greffon osseux apport du greffon pariétal
Ann. otolaryngol chir. cervico-facial, 1999 116 (1) : 16 - 26