

Les voies d'abord

Vt

DARINA KRASTINOVA-LOLOV, THIERRY LE FAOU, JEAN-CHARLES ODIN, MICHEL JASINSKI

Les voies d'abord de la région sont nombreuses, variées, complexes et souvent spécifiques.

Elles sont guidées par le respect de multiples éléments anatomiques dont la préservation est l'objectif premier.

Elles doivent prendre en compte le résultat esthétique final et la rançon cicatricielle doit être minime. Elles doivent enfin permettre une large exposition au chirurgien, conciliant efficacité et sécurité dans une région d'accès difficile.

La voie d'abord est un temps opératoire systématique et reproductible qui ne doit jamais perturber le déroulement de l'intervention, permettant au chirurgien de consacrer toute son énergie et son attention aux temps spécifiques. Le respect rigoureux de procédures standardisées est donc la règle.

La voie coronale est la voie d'abord royale, permettant l'accès sous-périosté global de la région orbito-palpébrale. Elle est complétée par des voies d'abord directes chaque fois que nécessaire.

La voie coronale

Le shampooing constitue le premier geste spécifique de la voie d'abord coronale. Il est réalisé à la Bétadine scrub sur toute la tête, suivi d'un rinçage au sérum physiologique. **Le rasage et le tracé de l'incision** sont effectués successivement.

La forme du tracé de l'incision, ondulée en S allongé, répond à plusieurs objectifs. En peropératoire, elle autorise un meilleur déroulement du lambeau de scalp permettant à la dissection d'atteindre les malaires tout en assurant la dissimulation de la cicatrice en région temporale. Elle permet également des résections localisées du cuir chevelu notamment en région temporale.

Elle entraîne enfin une rupture des lignes de tension lors de la rétraction tissulaire postopératoire, diminuant ainsi la sensation d'étau dans les premiers mois postopératoires.

Le positionnement du tracé de l'incision répond à plusieurs objectifs et doit tenir compte :

- de la taille des golfes temporaux, actuelle et future. Elle est donc située plus postérieurement chez l'homme que chez la femme ;
- de la quantité et de la localisation de la résection de cuir chevelu, déterminées par les indications du relèvement du masque facial.

Le tracé débute juste au-dessus de l'oreille et reste à deux travers de doigt en arrière de la ligne chevelue.

La largeur du rasage est la plus faible possible. En l'absence de résection du cuir

chevelu, sa largeur est d'un centimètre afin de faciliter l'incision et d'éviter la présence de cheveux dans le champ opératoire. Le rasage est élargi aux zones de résection du cuir chevelu.

Le coiffage. On prend des points de repère médians et latéraux. Les cheveux situés sur le futur lambeau de scalp antérieur sont séparés en deux ou trois paquets qui sont isolés sur élastiques. Les cheveux situés sur le futur lambeau de scalp postérieur, s'ils sont en quantité trop importante, sont également réunis en une natte immobilisée par un ou plusieurs élastiques.

L'infiltration. Nous utilisons de la xylocaïne adrénalinée à 1 %, d'une part à visée hémostatique et d'autre part pour assurer une hydrodissection préalable.

L'infiltration est réalisée en sous-cutané au niveau de la zone d'incision du cuir chevelu et en sous-périosté au niveau des rebords orbitaires supérieurs et externes (en protégeant le contenu orbitaire par l'interposition d'un doigt), au niveau de la glabelle et le long de l'arcade zygomatique.

Elle est effectuée après badigeonnage des zones concernées, mais avant la préparation de la tête afin d'obtenir un effet vasoconstricteur optimal au moment de l'incision.

Le badigeonnage concerne toute la tête, la partie proximale de la sonde d'intubation et s'étend jusqu'au cou.

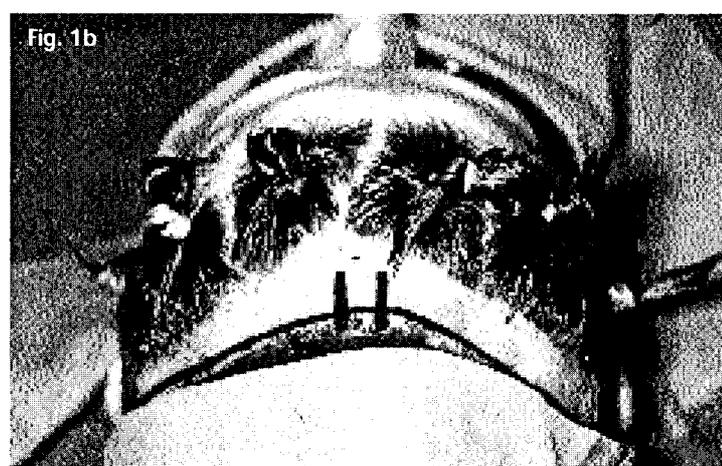
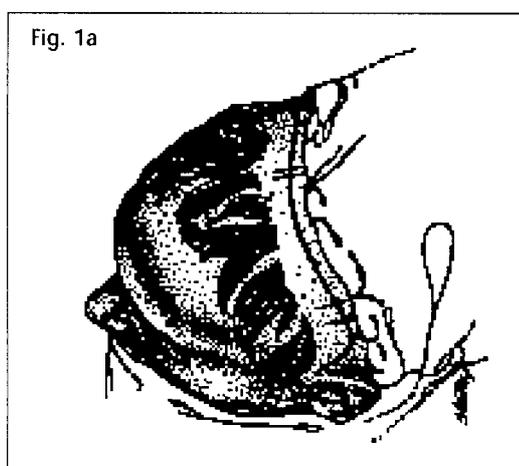
L'installation des champs opératoires est réalisée de façon à isoler la tête et le cou. Le champ entourant la tête est fixé à la partie postérieure de l'incision par des agrafes. Un champ tétra est placé en longueur sous la nuque de façon à faciliter les mouvements peropératoire de rotation de la tête.

L'instrumentation est spécifique et adaptée à la chirurgie orbito-palpébrale. Nous utilisons celle créée par le docteur Tessier en collaboration avec les laboratoires Leibinger®.

L'incision (Fig. 1a, 1b) est précédée par le tracé réalisé à l'encre stérile et par des marques faites au bistouri manuel, d'une part au milieu de l'incision sur la ligne sagittale, et d'autre part latéralement à la jonction des régions temporales et occipito-frontales.

L'incision est réalisée au bistouri manuel, à la lame n° 21 ou 23. Nous proscrivons l'incision au bistouri électrique qui peut engendrer des alopecies postopératoires par destruction des bulbes pileux. Le plan profond est constitué en région frontale par le périoste et se poursuit latéralement par l'aponévrose du muscle temporal. Une fois l'incision réalisée, la berge postérieure est légèrement décollée afin de permettre la mise en place de clips hémostatiques.

Figures 1a et 1b - Voie coronale intracapillaire, tracé de l'incision, marquage central et latéral.



Le décollement du lambeau de scalp antérieur (Fig. 2). Il se fait un côté après l'autre. La berge antérieure est soulevée et mise en traction vers l'opérateur, à l'aide d'écarteurs de Senn Müller placés en région temporale, permettant de tendre les fibres de l'espace cellulaire lâche et de mettre en évidence le plan de dissection de façon nette.

La dissection est réalisée tout d'abord au bistouri manuel (Lame n° 21 ou 23), en débutant dans la partie latérale temporale, en raclant l'aponévrose du muscle temporal de l'extérieur vers l'intérieur. Le respect de cette procédure est capital pour débiter la dissection dans le bon plan. La dissection se poursuit à la rugine large d'Obwegeser, toujours de dehors en dedans, le lambeau de scalp étant tendu à partir de ce moment par l'opérateur vers lui-même.

Le décollement du lambeau se fait dans le plan sous-galéal, en débutant dans les régions temporales. Le décollement à la rugine se fait d'abord en direction de la racine de l'apophyse zygomatique de l'os temporal, visant à préparer la dissection sous-périostée de l'arcade zygomatique.

Une tente marquée est alors placée dans la zone de décollement vers l'arcade zygomatique, afin de maintenir cet espace de décollement.

Le mouvement de la rugine se poursuit de dehors en dedans en particulier au niveau des insertions périostées de l'aponévrose du muscle temporal sur la ligne courbe temporale supérieure. La dissection doit se situer au-dessus de l'aponévrose du muscle temporal et sous le *fascia temporalis superficialis*.

Elle est poursuivie à la main dans la région pariéto-frontale jusqu'à deux travers de doigts des rebords orbitaires. Une incision périostée transversale est alors réalisée et la dissection se poursuit dans le plan sous-périosté jusqu'aux rebords orbitaires. L'hémostase peut alors être réalisée sur la berge antérieure du lambeau de scalp, car cette zone sera réséquée pour la remise en tension du scalp avant suture. Elle est poursuivie par la mise en place de clips hémostatiques.

Une compresse trempée d'eau oxygénée est étalée sur la partie interne du lambeau de scalp qui est retourné.

La voie d'abord coronale *stricto-sensu* est alors terminée. Elle permet en tant que telle l'abord de toute la région fronto-temporale et sera complétée à la demande en fonction des indications chirurgicales.

La fermeture

Les 2 lambeaux de scalp sont rapprochés par un point de bâti central et deux points de bâti temporaux. Elle est effectuée en deux plans profond ne prenant que la galéa, réalisé au Vicryl® 2/0 et superficiel, par des agrafes.

Une lame de Delbet est placée à chaque extrémité de l'incision, poussée vers le canthus externe, sans être fixée à la peau.

Le pansement

Il doit être effectué par le chirurgien.

Les zones d'incision et de décollement sont recouvertes de tulle gras. Une compresse est placée derrière chaque oreille afin d'éviter tout risque d'ischémie pendant la durée du pansement.

La deuxième épaisseur est constituée par des compresses, permettant d'absorber et d'arrêter un éventuel saignement postopératoire.



Figure 2 - Dissection de la glabella et des rebords orbitaires supérieurs

La troisième épaisseur est constituée par du coton hydrophile, permettant une compression douce des zones décollées et incisées.

Deux bandes maintiennent la totalité du pansement, la première en contention simple et la seconde serrée pour assurer une compression à visée hémostatique et anti-oedémateuse.

Ce pansement est complété par une ou deux bandes d'élastoplaste, placées l'une sur l'incision coronale et l'autre en compression frontale.

La position postopératoire

Elle a pour objectifs de permettre une bonne ventilation, de favoriser le retour veineux et de prévenir l'oedème postopératoire.

La position demi-assise avec la tête légèrement défléchie répond à ces impératifs.

La voie trans-conjonctivale (Fig. 3a, 3b, 4, 5 et 6)

Fig. 3a, 3b - Voie trans-conjonctivale : schéma et vue opératoire

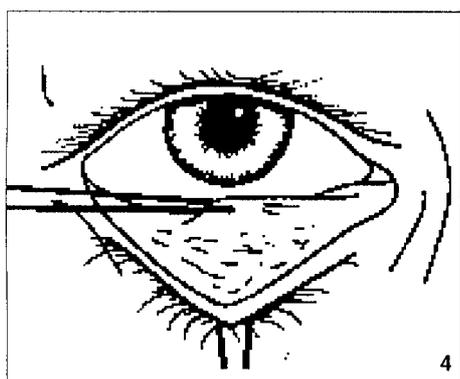
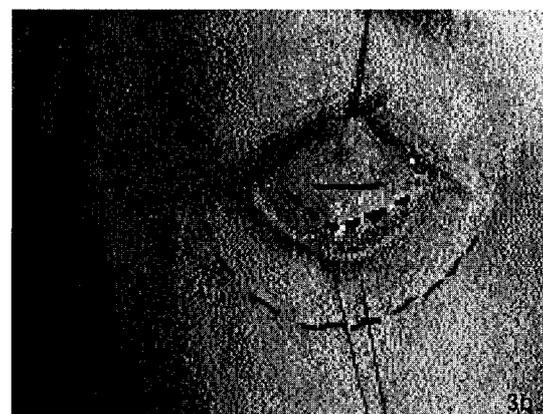
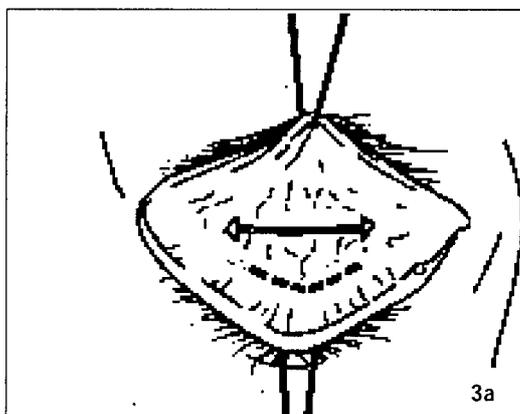


Fig. 4 - Voie trans-conjonctivale : fils de traction sur le bord libre et sur le fornix inférieur de la paupière inférieure

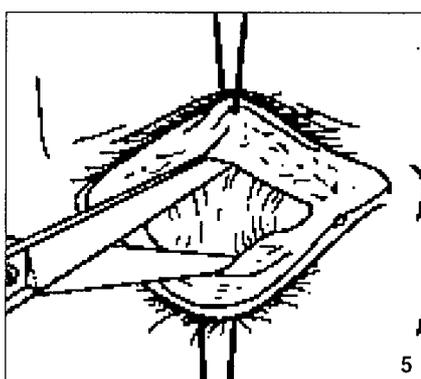


Fig. 5 - Voie trans-conjonctivale : ouverture de la conjonctive.

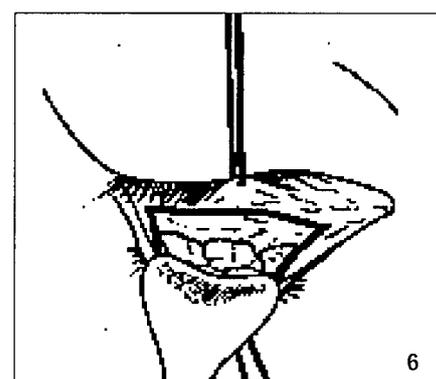


Fig. 6 - Voie trans-conjonctivale : localisation des loges graisseuses.

Cette voie d'abord initialement décrite par Bourguet dans la blépharoplastie inférieure, a été reprise et détaillée par Tessier dans ses applications à la chirurgie orbitaire.

L'étroitesse du champ opératoire et les éléments anatomiques de voisinage nécessitent l'emploi d'une technique standardisée.

Deux fils de traction sont placés, sur le bord palpébral tracté vers le bas, et au fond du fornix tracté vers le haut.

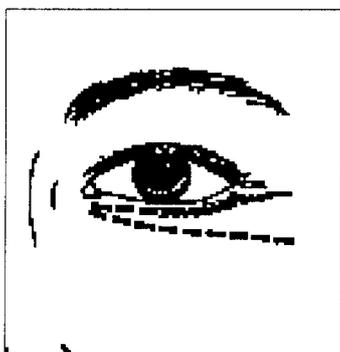
L'incision conjonctivale se situe à 2 ou 3 mm du bord inférieur du tarse et concerne également le muscle rétracteur peu adhérent à la conjonctive à ce niveau.

L'incision est médiane, d'une longueur d'1 cm environ, permettant de respecter les insertions latérales du muscle rétracteur, évitant l'arrachement du point lacrymal par traction et prévenant la survenue d'un entropion ou d'un ectropion.

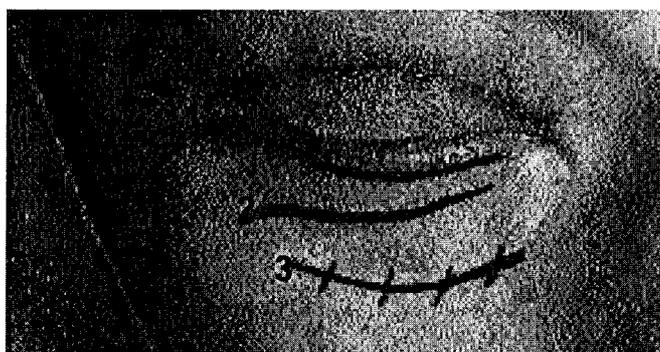
La dissection se poursuit entre le septum en arrière et le muscle orbiculaire en avant en réclinant la graisse orbitaire au moyen d'une lame malléable.

Compte tenu de l'exiguïté du champ opératoire, les difficultés de cette voie d'abord résident d'une part dans le repérage du plan rétro-musculaire et pré-septal, d'autre part dans le respect du septum et des rétracteurs.

La voie sous-ciliaire (Fig. 7a et 7b)



7a



7b

Fig. 7a - Voie sous-ciliaire
voie sous-tarsale

Fig. 7b - Tracés d'incision

- 1 - voie sous-ciliaire
- 2 - voie sous-tarsale
- 3 - voie sous-orbitaire

Elle est très utilisée du fait de sa dissimulation sous les cils et doit être située à 2 ou 3 mm du bord libre cutané en respectant les cils. Elle consiste à réaliser un lambeau cutané-orbitaire jusqu'au rebord orbitaire inférieur, la dissection se situant dans le plan rétro-orbitaire et préseptal.

L'incision musculaire est décalée vers le bas par rapport à l'incision cutanée, afin de préserver la portion marginale du muscle orbiculaire et de maintenir la tonicité du bord libre palpébral. C'est la voie d'abord électorale de la blépharoplastie inférieure esthétique.

La voie sous-tarsale (Fig. 7a et 7b)

Les principaux avantages de cette voie d'abord sont de permettre une exposition large et totale du rebord orbitaire jusqu'à la partie postérieure du plancher et d'autoriser l'emploi de toutes les tailles de matériaux éventuels. Sa forme et sa localisation la rendent peu visible avec le temps, diminuant le caractère séquentaire de la cicatrice.

L'incision cutanée est réalisée dans le premier pli palpébral existant ou présumé par la mobilisation des parties molles prémales vers le haut. Sa forme en « S » permet de respecter les lignes de la face de Lange, d'épouser la forme palpébrale et de respecter le drainage lymphatique.

L'ouverture du plan orbiculaire est réalisée 3 à 5 mm plus bas que l'incision cutanée, d'une part pour préserver une quantité plus importante d'orbiculaire dans ses portions pré-tarsales

et préseptale et permettre ainsi une meilleure coaptation des plans et d'autre part pour prévenir la rétraction de la paupière inférieure en créant deux sites différents de cicatrisation.

La dissection du lambeau cutané-orbitaire se poursuit par dissection dans le plan rétro-musculaire et préseptal. Elle atteint et dépasse le rebord orbitaire inférieur.

La suspension de la paupière inférieure au front en fin d'intervention permet d'éviter sa rétraction, voire l'ectropion postopératoire.

La voie sous-orbitaire (Fig. 7b)

Elle se situe en regard du rebord orbitaire inférieur et permet son abord direct. Elle n'est plus guère employée en raison :

- de ses séquelles esthétiques, dues à sa situation entre deux régions aux épaisseurs cutanées différentes ;
- de son caractère très visible ;
- de l'œdème résiduel et persistant qu'elle entraîne, secondaire à la section des voies de drainage lymphatique.

La voie orbito-nasale de Tessier (Fig. 8a et 8b)

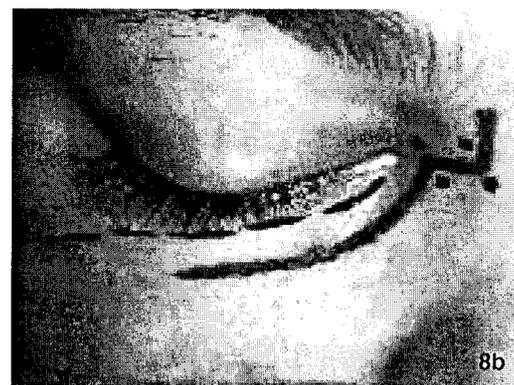
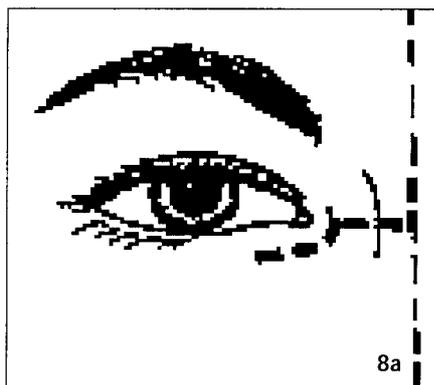


Fig. 8a - Voie orbito-nasale de Tessier

Fig. 8b - Tracés d'incision : voie orbito-nasale de Tessier

Elle constitue le complément de la voie cutanée palpébrale inférieure (sous tarsale ou sous orbitaire), en cas d'association d'une fracture des parois inférieure et interne à un mask-lift esthétique, en cas de gestes associés sur les voies lacrymales et éventuellement sur le canthus interne.

Sa forme est particulière par la succession de lignes brisées permettant d'élargir l'exposition opératoire et d'éviter la constitution de brides cicatricielles. Elle prolonge la voie cutanée palpébrale inférieure horizontalement sous le canthus interne puis remonte verticalement à angle droit devant celui-ci après avoir traversé l'orbiculaire et le périoste. Elle se dirige alors à nouveau horizontalement vers la ligne médio-nasale en traversant successivement le muscle pyramidal et le périoste, puis bifurque à angle droit pour se diriger verticalement sur la ligne médio-nasale, toujours en situation sous-périostée.

La voie vestibulaire supérieure (Fig. 9a et 9b)

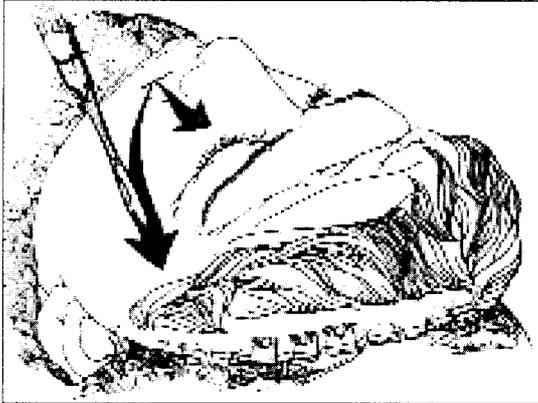


Fig. 9a - Voie vestibulaire courte



Fig. 9b - Voie vestibulaire large

Cette voie d'abord constitue une voie d'abord complémentaire pour la mise en place de greffons osseux du pré-maxillaire et permet une dissection sous-périostée large du maxillaire. La dissection à la rugine est effectuée prudemment en protégeant le nerf sous-orbitaire repéré par la voie d'abord principale. La fermeture muqueuse comprend une plastie en VY médiane afin d'éviter les brides cicatricielles lorsque l'incision a concerné le frein.

