

OPTIONS CHIRURGICALES DANS LA PRISE EN CHARGE DU NOMA

Surgical options in the treatment of noma

Traoré H*, Gueye S*, Traoré D**, Diallo O***, Coulibaly K*, Traoré S*, Garango A*, Kamissoko K*, Ongoïba N**, Sissoko F**

(*) Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS ; (**) Service de chirurgie B, CHU du Point G ; (***) Service de Neuro-chirurgie, Hôpital du Mali

Auteur correspondant : Hamady Traoré, BP : E3982, e-mail : traorhamady@yahoo.fr

RESUME

A la phase aiguë du noma, le rôle de la chirurgie est mineur et consiste en des soins locaux et occasionnellement au traitement de l'hémorragie.

Pour des raisons socioculturelles et économiques, la reconstruction des pertes de substance doit se dérouler sur place. Le traitement chirurgical consiste en l'excision des tissus fibreux, la levée de l'ankylose et la fermeture des PDS par des lambeaux locaux, pédiculés ou libres.

A cause de l'extrême variété des pertes de substance (PDS) et des multiples options chirurgicales, une systématisation et éventuellement, une standardisation de l'approche chirurgicale dans le traitement des séquelles de noma est indispensable. **Mots clés** : Noma, lambeau, perte de substance

ABSTRACT

In the acute phase of noma, the role of surgery is minor and the treatment consists in the realisation of local or regional flaps and sometimes the management of haemorrhagia. For reasons social and economic reconstruction of the loss of substance should be conducted on site. The treatment consists of surgical excision of fibrous tissue, the removal of the ankylosis and the closure of the PDS by local flaps, or free pediculated. Because of the extreme variety of loss of substance (PDS) and the multiple surgical options, a systematic and eventually, the standardization of the surgical approach in the treatment of sequelae of noma is essential. **Keywords**: Noma, flap, loss of substance

INTRODUCTION:

A la phase aiguë du noma, le rôle de la chirurgie est mineur et consiste en des soins locaux et occasionnellement au traitement de l'hémorragie. Pour des raisons socioculturelles et économiques, la reconstruction des pertes de substance doit se dérouler sur place.

Le traitement chirurgical consiste en l'excision des tissus fibreux, la levée de l'ankylose des articulations temporomandibulaires (ATM) et la fermeture des pertes de substances (PDS) par des lambeaux locaux, pédiculés ou libres.

A cause de l'extrême variété des PDS et des multiples options chirurgicales, une systématisation et éventuellement, une standardisation de l'approche chirurgicale dans le traitement des séquelles de Noma est indispensable. [1]

L'extrême variété des lésions séquellaires du Noma rend très difficile l'établissement d'une classification, soit parce que trop complexe pour en tirer des implications thérapeutiques, soit incomplète, car rendue trop schématique pour adhérer à une stratégie thérapeutique. [1,2]

Dans la prise en charge des séquelles de noma, l'implication du personnel médical local, depuis la consultation jusqu'au suivi post-opératoire et la prise en compte des réalités du terrain (plateau technique, réalités socioculturelles, économie) sont indispensables.

Traitement

But

- Supprimer la construction permanente des mâchoires,

- Combler la perte de substance si possible en restaurant la fonction et l'esthétique de la zone reconstruite,
- Eviter la récurrence.

Plan de traitement

Après l'évaluation du patient sur le plan médical, du risque anesthésique, des conditions opératoires et du suivi post-opératoire, les praticiens choisiront le type de réparation convenant à la PDS en tenant compte de certaines règles qui demeurent partout où s'exerce la chirurgie humanitaire :

- prendre en compte les règles socioculturelles et du profil psychologique des patients, qui comprennent mal la nécessité de multiples temps opératoires,
- supprimer définitivement la constriction permanente des mâchoires,
- la perte de substance visible à la phase séquellaire est toujours inférieure à la perte de substance initiale qu'il faut récréer avant toute reconstruction, plan par plan. Il faut donc prévoir de surdimensionner les lambeaux (figure 1). la reconstruction d'un défaut osseux important doit toujours précéder celles du nez. [2]. Les PDS des joues ou de l'hémiface sont souvent associées à une synostose coronoidomalaire soudant la mandibule à la base du crâne.

1-Suppression de la Construction permanente des mâchoires (CPDM) :

ouverture forcée des mâchoires sous anesthésie générale (AG) + simples sections des brides muqueuses (figure 2) ;

- exérèse du bloc de fibrose extra-articulaire avec couverture immédiate par un lambeau

permettant un apport de tissus d'interposition bien vascularisée ;

On distingue 2 grands types d'intervention :

- l'ostéotomie basse de Rizzoli et Esmarch
 - l'intervention de Lagrot [3]
- Ces interventions palliatives et leurs nombreuses variantes sont souvent suivies de récidives. [2,3]

Giessler et al proposent une expérience avec un recul de 4 ans avec la réalisation de lambeaux libres parascapulaires et de grand dorsal en association avec une arthroplastie dans 2 cas et la mise en place d'un dispositif d'interposition (distracteur externe dynamique) entre le zygoma et la mandibule.

Pour prévenir la réossification du site d'ostéotomie et la formation d'une fibrose rétractile, un « coin » musculo-graisseux de lambeau libre est mis en place dans l'entaille osseuse. [4]

2-Procédés chirurgicaux visant à combler la perte de substance :

La diversité et la complexité des lésions séquellaires peuvent faire appel à la totalité de l'arsenal thérapeutique du chirurgien spécialisé. Cependant, il convient de privilégier les réparations les plus fiables en minorant souvent la rançon cicatricielle.

Un apport de tissu bien vascularisé est essentiel et les lambeaux pédiculés ou libres permettent des reconstructions stables avec moins de contraction cicatricielle que les greffes (figures 3 et 4).

Beaucoup d'équipes semblent délaisser le lambeau pédiculé de galéa greffée au profit des lambeaux à distance de grand dorsal pédiculé. Le lambeau de grand dorsal ou de grand pectoral permet de recouvrir d'importantes PDS, mais est contre-indiqué chez la fillette en raison de la déformation thoracique. [3]

La traction vers le bas des lambeaux pédiculés de grands dorsaux du fait de la pesanteur et la rétraction lente du pédicule enfoui en sous cutané au niveau du cou (figure 5) pouvant être responsable d'un relief inesthétique ou même d'une bride pouvant justifier sa résection tardive ; doivent faire penser à la nouvelle option thérapeutique, que représente le lambeau en îlot supra claviculaire, surtout pour les PDS s'étendant à toute l'hémiface (figure 6). [2, 3, 5]

3- Rééducation fonctionnelle

Larroque, le premier, a exposé une stratégie de prévention de la constriction permanente des maxillaires, débutant dès l'élimination de l'escarre, au décours de la phase aiguë chez l'enfant, par une mécanothérapie active (simple pince à linge en bois dont la force élastique est utilisée pour assister l'ouverture buccale) et mécanothérapie passive (port au moins 12 heures sur 24 d'une cale molaire) (figure 7). Plus tard, celle-ci peut être facilitée par un exerciceur de Darcissac ou d'autres types de conformateurs et dilateurs, pouvant être

réalisés par un artisan local. Toutefois, même chez l'adulte coopérant, l'inconfort et la longue durée de ce traitement sont souvent à l'origine d'échecs. [6]

La meilleure arme dans la chirurgie du noma est plus l'expérience du praticien que les moyens dont il pourrait disposer. Cette chirurgie est souvent un vrai challenge d'autant plus qu'elle s'adresse à une population ayant une propension à développer des cicatrices hypertrophiques ou à type de chéloïdes.

Deux arguments doivent prévaloir :

- L'intérêt du patient par rapport à la récupération fonctionnelle et au rétablissement d'une unité esthétique.
- La possibilité de juger de l'efficacité du traitement chirurgical à travers une auto-évaluation de sa pratique par le spécialiste. Ceci implique la possibilité de revoir le patient à distance de la chirurgie.

En résumé, nous proposons :

➤ LAMBEAUX LOCAUX

Indications: pertes de substance mineures, notamment dans les cas de noma avorté.

Avantages: facilement reproductibles; grande fiabilité sur le plan vasculaire

Inconvénients: sur le plan cutané, souvent difficulté pour intégrer les cicatrices initiales.

➤ LAMBEAUX PEDICULES A DISTANCE

- LAMBEAU DE FASCIA TEMPORALIS SUPERFICIALIS

- LAMBEAU SOUS-MENTAL

Indication: réparation des pertes de substance muqueuses étendues.

Avantages: lambeaux fiables sur le plan vasculaire ; bonne intégration au niveau de la muqueuse buccale.

Inconvénient: dissection difficile.

- LAMBEAU DE LATISSIMUS DORSI EXTERNE

- LAMBEAU SUS-CLAVICULAIRE ETENDU

Indication: réparation des pertes de substance du tiers moyen de la face.

Avantages: axe de rotation permettant de remonter haut jusqu'à la limite supérieure du tiers moyen du visage ; fiabilité vasculaire du lambeau chez l'adulte.

Inconvénients: chirurgie lourde chez l'enfant et l'adolescent; gestion de la douleur problématique, danger de souffrance du lambeau si position antalgique coude l'artère thoraco-dorsale ; autonomisation du lambeau par multiples séances de strangulation avec une sonde de Foley; ré-intervention pour le sevrage du lambeau.

- LAMBEAU DE LATISSIMUS DORSI ENFOUI

Indication: réparation des pertes de substance du tiers moyen de la face.

Avantages : confort relatif pour la période post-opératoire ; pas de manipulations pour l'autonomisation du lambeau et de sevrage.

Inconvénient : risque accru de nécrose si surveillance aléatoire.

➤ OSTÉOTOMIE ET CICATRISATION DIRIGÉE

Indications: synostose maxillo-mandibulaire ; constriction permanente.

Avantage : temps opératoire court.

Inconvénients : risque d'hémorragie ; douleurs post-opératoires.

CONCLUSION

La prise en charge chirurgicale du Noma en phase séquellaire reste complexe et nécessite une stratégie chirurgicale standardisée adaptée aux conditions opératoires précaires.

Le respect des principes généraux du traitement précédemment cités constitue un critère de réussite.

REFERENCES

1- Marck KW, de Bruijn HP. Surgical treatment of noma. Oral Dis. 1999; 5(2): 167-71.
 2- Giessler GA, Cornelius CP, Suominen S, Borsche A, Fieger AJ, Schmidt AB, Fischer H. Primary and secondary procedures in functional and aesthetic reconstruction of noma-associated complex central facial defects. Plast Reconstr Surg. 2007; 120(1): 134-43.
 3- Costini B, Baratti-Mayer D, Ouoba K, Bellity P. Noma et son traitement. Encycl Méd Chir, Stomatologie, 22-050-T-10, 2003, 9p.
 4- Heitland AS, Pallua N. The single and double-folded supraclavicular island flap as a new therapy option in the treatment of large facial defects in noma patients. Plast Reconstr Surg. 2005; 115(6): 1591-6.
 5- Hartman EH, Van Damme PA, Sauter H, Suominen SH. The use of the pedicled supraclavicular flap in noma reconstructive surgery. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006; 59(4): 337-42
 6-Giessler GA, Schmidt AB, Deubel U, Cornelius CP. Free flap transfer for closure and interposition-arthroplasty in noma defects of the lateral face associated with bony ankylosis. J Craniofac Surg. 2004; 15(5): 766-72.

OSTEOTOMIE ET CICATRISATION DIRIGEE



Fig : 2a



Fig : 2b



Fig : 2c



Fig 2d

Figures 2 : Ostéotomie et cicatrisation dirigée

Fig.2a: Patient avec synostose maxillo-mandibulaire en pré-opératoire ;

Fig.2b: Préparation à l'ostéotomie

Fig.2c: Ouverture buccale à 3cm

Fig.2d: Patient à J-7

LAMBEAUX LOCAUX



Fig 1a



Fig.1b



Fig 1c

Figures 1 : Lambeau d'Eslander

Fig.1a: Patient avec perte de substance de l'hémi-lèvre gauche et du philtrum en pré-opératoire

Fig.1b: lambeau d'Eslander à J-2

Fig.1c: Patient à J-5

LAMBEAUX PEDICULES A DISTANCE



Fig. 3a; 3b; 3c



Figures 3 : Lambeaux de latissimus dorsi externe et frontal

Fig.3a: Patient porteur de séquelles de noma avec pertes de substance jugale, narinaire, labio-commissurale et maxillaire droites

Fig.3b: Patient à J-15 post-opératoire après lambeaux frontal et latissimus dorssi

Fig.3c: Patient à 2ans post-opératoire

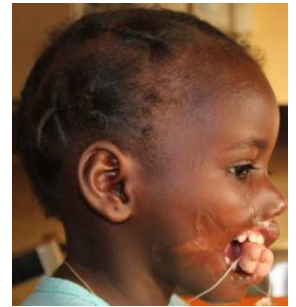
LAMBEAUX PEDICULES A DISTANCE



Figures 4 : Lambeau de fascia temporalis superficialis



a



b



c



d



e



Fig 5a ; 5b ; 5c

Figures 5 : Lambeau de latissimus dorsi enfoui

Fig.5a: Lambeau à J-10

Fig.5b: Lambeau à 1an

Fig.5c: Lambeau à 2ans

LAMBEAUX LOCAUX



Figures 6 : Lambeau sus-claviculaire étendu

Fig.6a: Fin de dissection

Fig.6b: Lambeau en place

Figures 7 : Lambeau de rotation-avancement

Fig.7a: Patiente de 4 ans atteinte de noma avec perte de substance jugo-commissurale droite

Fig.7b: Port de cale pour mécano-thérapie prophylactique

Fig.7c: Réalisation d'un lambeau charnière en collerette

Fig.7d: Lambeau de rotation-avancement en fin d'intervention

Fig.7e: Lambeau à J-3 post-opératoire