

LE LAMBEAU MYOCUTANÉ DE STERNOCLÉIDOMASTOÏDIEN À PÉDICULE SUPÉRIEUR EN RECONSTRUCTION ORALE APRÈS CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE.

THE STERNOCLEIDOMASTOID MYOCUTANEOUS FLAP WITH SUPERIOR PEDICLE IN ORAL RECONSTRUCTION AFTER CANCER SURGERY.

SALAMI A, ASSOUAN C, ANZOUAN-KACOU E, N'GUESSAN N, VIEIRA-SAWADOGO S, KONAN E

Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale. CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

Correspondance : Dr SALAMI Arnaud

Chef de Clinique, Assistant, e-mail : salami_arnaud@yahoo.fr, Tel : +22507376024

RESUMÉ

Introduction : La reconstruction de la sphère orale après exérèse des cancers fait appel à divers procédés. Plusieurs techniques de lambeaux ont été décrites, particulièrement le lambeau myocutané de sternocléïdomastoidien (SCM) à pédicule supérieur.

L'objectif de ce travail était de rapporter l'utilisation du lambeau myocutané de SCM à pédicule supérieur dans la reconstruction immédiate des pertes de substance (PDS) orales après chirurgie carcinologique.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 10 ans. Ont été inclus, les patients chez qui il a été réalisé un lambeau myocutané de SCM à pédicule supérieur dans un but de reconstruction orale, immédiatement après exérèse d'un cancer de la cavité orale. Les indications de la réalisation du lambeau, la technique opératoire, les complications, les résultats esthétiques et fonctionnels ont été étudiés.

Observations : Deux patients ont été retenus. Il s'agissait de carcinomes épidermoïdes de la langue et du trigone rétro-molaire. La levée du lambeau a été réalisée à partir du chef sternal du muscle SCM et la dissection n'a pas été poursuivie jusqu'à la base d'insertion du lambeau. Aucune complication n'a été observée. Les résultats esthétiques et fonctionnels étaient satisfaisants.

Discussion : Le lambeau myocutané de SCM à pédicule supérieur est une option intéressante de reconstruction immédiate de PDS de la cavité orale après exérèse de tumeurs malignes. Sa réalisation facile et ses avantages sont multiples.

MOTS CLÉS : LAMBEAU MYOCUTANÉ, STERNOCLÉÏDOMASTOÏDIEN, RECONSTRUCTION ORALE, CANCER.

SUMMARY

Introduction : Various methods are used for the reconstruction of the oral cavity. Many have been described, particularly the sternocleidomastoid (SCM) myocutaneous flap with superior pedicle.

The aim of this study is to report the use of the SCM myocutaneous flap with superior pedicle in loss of substance (LOS) reconstruction after oral cancer surgery.

Patients and methods : It is a retrospective study conducted over 10 years. We included two patients. They were operated for oral reconstruction using the SCM myocutaneous flap with superior pedicle, immediately after oral cancer surgery. Indications, surgical technique, complications, aesthetic and functional results have been studied.

Observations : We retained two patients. It was about squamous cell carcinomas of the tongue and the molar region. The elevation of the flap was realized from the sternal head of the sternocleidomastoid muscle and the dissection was not continued until the insertion base of the flap. There were no complications. Aesthetic and functional results were satisfying.

Discussion : The SCM myocutaneous flap with superior pedicle is a very interesting option for the reconstruction of oral LOS after oral cancer surgery. It is easily realised with multiples advantages.

KEY WORDS : MYOCUTANEOUS FLAP, STERNOCLEIDOMASTOID, ORAL RECONSTRUCTION, CANCER

INTRODUCTION

L'usage du lambeau myocutané de SCM dans la reconstruction de certaines pertes de substance (PDS) de la tête et du cou est décrit depuis une quarantaine d'années [1]. Les auteurs rapportent leur expérience de l'utilisation de ce lambeau dans la reconstruction immédiate des PDS de la cavité orale après exérèse de tumeurs malignes.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée au service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du CHU de Treichville du 1^{er} Janvier 2006 au 31 décembre 2015 soit une période de 10 ans.

CRITÈRES DE SELECTION

Ont été inclus, les patients chez qui il a été réalisé un lambeau myocutané de SCM dans un but de reconstruction orale immédiatement après exérèse d'un cancer de la cavité orale.

N'ont pas été inclus dans l'étude, les patients chez qui la reconstruction orale utilisait un procédé autre que le lambeau myocutané de SCM et chez qui la reconstruction par lambeau myocutané de SCM n'intéressait pas la cavité orale.

Ces critères nous ont permis de retenir deux patients.

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Après l'exérèse carcinologique, la reconstruction de la PDS a été réalisée par lambeau myocutané de SCM à pédicule supérieur, homolatéral à la zone d'exérèse et centré sur l'artère thyroïdienne supérieure. Le dessin de la palette cutanée a été réalisé au dessus de la clavicule. L'incision cutanée a été faite au bistouri mécanique en circonscrivant la palette cutanée préalablement dessinée, de taille égale à la PDS à reconstruire. La dissection a été réalisée en profondeur jusqu'au fascia du muscle. Les chefs sterno- et cléido-mastoïdiens ont été individualisés. Le lambeau a été levé avec la palette cutanée à partir du chef sternal. La dissection n'a pas intéressé la base d'insertion du lambeau et n'a pas recherché l'origine de l'artère thyroïdienne supérieure. La palette cutanée a été fixée au fascia du muscle sous-jacent. Les indications du lambeau, la technique opératoire, les complications, les résultats esthétiques et fonctionnels ont été évalués.

OBSERVATIONS

Observation 1

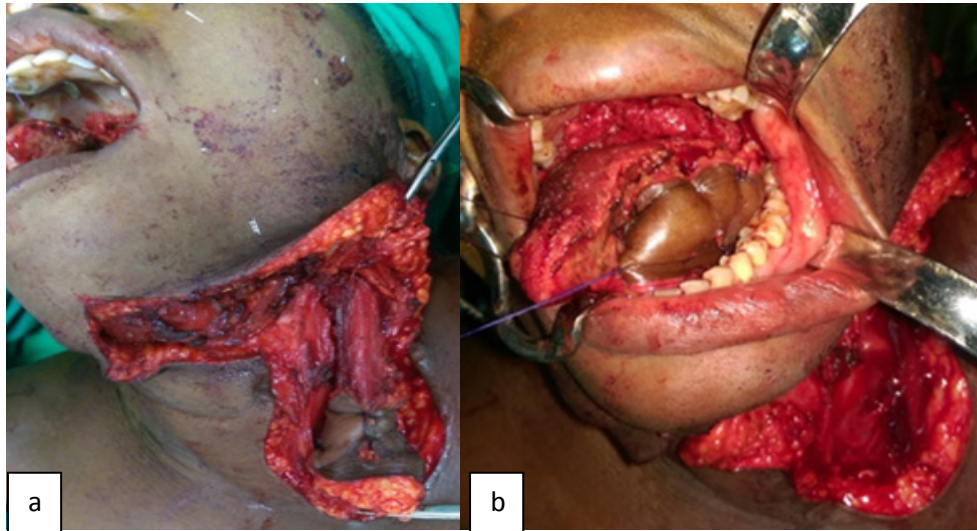
Il s'agit d'une patiente de 43 ans avec notion d'intoxication tabagique, venue consulter pour une tumeur bourgeonnante de la langue. Les examens clinique et anatomo-pathologique après biopsie ont conclu à un carcinome épidermoïde de l'hémilangue mobile gauche, classé T2N1M0 (Classification *Tumor Nodes Metastasis* 2005) (Figure 1).



Figure 1 : Tumeur ulcéro-bourgeonnante de l'hémilangue mobile gauche

Il a été réalisé après abord en *pull-through*, une hémiglossectomie gauche avec évidement fonctionnel de la loge sub-mandibulaire gauche et lymphadénectomie des groupes Ia, Ib et II homolatéraux. La reconstruction de la PDS a été réalisée immédiatement par lambeau myocutané de SCM à pédicule supérieur homolatéral à la zone d'exérèse. Le lambeau a été tunnelisé à la face interne du corpus mandibulaire gauche et fixé à l'hémi-langue droite par des sutures musculaires et muqueuses au fil résorbable (Figures 2 a et b).

Les suites post-opératoires immédiates étaient simples. Au 2^{ème} mois post opératoire, on notait une bonne cicatrisation du lambeau dans la cavité orale avec un aspect de la palette cutanée reproduisant celui de la muqueuse orale (Figure 3). La mobilité linguale était conservée. L'élocution était discrètement gênée. Aucune complication n'a été observée. L'amplitude des mouvements céphalogyres était discrètement limitée. La patiente ne signalait aucune gêne fonctionnelle majeure.



Figures 2 : a : Aspect après lymphadénectomie et levée du lambeau myocutané de SCM
b : Lambeau fixé dans la cavité buccale



Figure 3 : Aspect endobuccal de la palette cutanée du lambeau myocutané de SCM reproduisant l'aspect de la muqueuse de la cavité orale (2^{ème} mois post opératoire)

Observation 2

C'est un patient âgé de 50 ans, avec intoxication éthylique non sevrée venu consulter pour une tuméfaction en région molaire droite. Les examens clinique et anatomo-pathologique après biopsie ont conclu à un carcinome épidermoïde de la région molaire droite, classé T2N1M0 (Figure 4). Il a été réalisé une exérèse tumorale par un double abord exo et endobuccal avec lymphadénectomie homolatérale des groupes Ib et II.

La reconstruction de la PDS a été réalisée immédiatement par lambeau myocutané de SCM à pédicule supérieur. Le lambeau a été tunnelisé à la face interne du ramus mandibulaire droit et fixé aux parties molles adjacentes par des sutures musculaires et muqueuses au fil résorbable (Figure 5).

Les suites post-opératoires immédiates étaient simples. A 1 mois post opératoire on notait une bonne cicatrisation du lambeau dans la cavité orale (Figure 6). Aucune complication n'a été observée. L'amplitude des mouvements céphalogyres était discrètement limitée. Le patient ne signalait aucune gêne fonctionnelle majeure.



Figure 4 : Tumeur de la région molaire droit (tête de flèche noire)

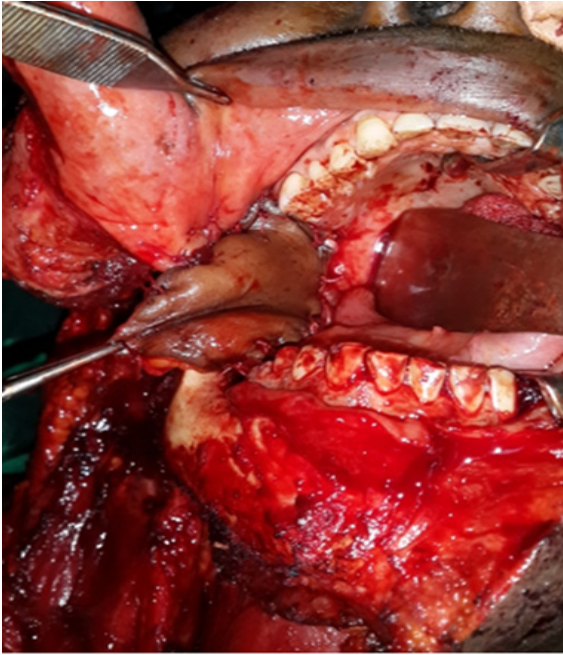


Figure 5 : Lambeau fixé dans la cavité orale



Figure 6 : Vue endobuccale du lambeau à 1 mois post-opératoire

DISCUSSION

L'usage du lambeau myocutané de SCM à pédicule supérieur a été plusieurs fois rapporté dans la littérature en cancérologie maxillo-faciale [2,3]. Il s'agit d'un lambeau oublié mais d'actualité [4]. Certains auteurs contre-indiquent formellement son usage en cas d'extension lymphatique aussi minime soit-elle [4]. D'autres auteurs suggèrent que l'envahissement lymphatique lorsqu'il est limité (atteinte d'un seul relai lymphatique de taille inférieure à 3cm) ne constituait pas une contre-indication à l'usage du lambeau [5]. Aucune étude concernant l'usage de ce lambeau dans la

reconstruction orale après cancer n'est disponible en Afrique subsaharienne. Le lambeau myocutané de SCM est une solution de reconstruction oromaxillo-faciale rarement proposée, peu rapportée dans la littérature mais fiable et donnant de bons résultats. Il permet de reconstruire des PDS de taille petite à moyenne, pouvant aller jusqu'à 6cm x 8cm [6]. Il est sous-estimé par certains auteurs et jouit d'une mauvaise réputation, du fait des cas de nécrose de la palette cutanée, fréquemment rapportés dans la littérature [4,6]. La nécrose serait liée principalement à la lésion de l'artère thyroïdienne supérieure lors de la dissection [7]. La nécrose partielle de la palette cutanée du lambeau ne devrait pas en limiter son usage comme moyen de reconstruction orofaciale, car la zone de nécrose aura tendance à se re-épithélialiser au bout de 2 à 4 semaines à partir des berges de la PDS [8]. Lors de la levée du lambeau, nous avons évité de poursuivre la dissection jusqu'à la base d'insertion du lambeau afin de ne pas léser accidentellement l'artère thyroïdienne supérieure et compromettre ainsi l'irrigation ultérieure du lambeau. Nous n'avons noté aucune complication vasculaire

En cas de reconstruction linguale, il s'agit du lambeau qui présente l'anatomie la plus proche du tissu lingual comparativement au lambeau myocutané du grand pectoral. En effet le lambeau myocutané de SCM est caractérisé par l'absence ou la quantité minime de tissu adipeux entre le fascia et le muscle ; particularité anatomique retrouvée aussi au niveau de la langue [9].

Chez tous les patients opérés, la qualité de vie et la restauration de la fonction orale étaient satisfaisantes après l'intervention. La bonne intégration du lambeau au moignon lingual restant en cas de glossectomie partielle est suffisante pour assurer la mobilité du lambeau sans troubles fonctionnels importants. Le déficit ou la perte d'activité du SCM après levée du lambeau ont été en général bien tolérés par les patients. Le retentissement sur la vie quotidienne était minime et la fonction céphalogyre cervicale était compensée par l'action des muscles trapèzes homolatéraux.

CONCLUSION

Le lambeau myocutané de sternocléïdomastoïdien est une alternative de reconstruction aux lambeaux libres micro-anastomosés. Au départ vulgarisé, puis longtemps sous-estimé, il peut se révéler être une solution intéressante pour la reconstruction PDS orales dans certaines indi-

cations bien précises. Sa réalisation ne présente pas de difficultés techniques particulières. Les résultats fonctionnels et esthétiques sont bons.

REFERENCES

- [1] ARIYAN S. One-stage repair of a cervical esophagostome with two myocutaneous flaps from the neck and shoulder. *Plast Reconstr Surg* 1979;63:426.
- [2] ZHANG X, LIU F, LAN X, LUO K, LI S. Combined submandibular gland flap and sternocleidomastoid musculocutaneous flap for postoperative reconstruction in older aged patients with oral cavity and oropharyngeal cancers. *World J Surg Oncol* 2014;12:259.
- [3] CHEN HC, CHANG HS. The sternocleidomastoid flap for oral cavity reconstruction: extended indications and technical modifications. *J Oral Maxillofac Surg* 2015;73:2429-2439.
- [4] KIERNER AC, ZELENKA I, GSTOETTNER W. The Sternocleidomastoid Flap - Its Indications and Limitations. *Laryngoscope* 2001;111:2201-4.
- [5] ROSS UH, KLENZNER T. The myocutaneous sternocleidomastoid flap for reconstruction of the mouth cavity and pharynx. *Laryngorhinootologie* 1998;77(3):168-71.
- [6] WEI D, LIU JH, ZHAO WQ, ZHU HY, LI ZY, WANG HM. Use of the versatile sternocleidomastoid flap in oral and maxillofacial surgery: our experience. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2013;51:742-746.
- [7] CIVANTOS FJ, NETTERVILLE JL. Complications in Head and neck surgery. *Chapter 60 : Complications of pedicled myocutaneous flaps*. 2009:773-782. doi :10.1016/B978-141604220-4.50064-X.
- [8] KUMAR V, GAUD U, SHUKLA M, PANDEY M. Sternocleidomastoid island flap preserving the branch from superior thyroid artery for the reconstruction following resection of oral cancer. *Eur J Surg Oncol* 2009;35:1011-15.
- [9] MIKAELIAN DO. Reconstruction of the tongue. *Laryngoscope* 1984;94:34-37.