

INFORMATIONS MEDICALES AVANT RECONSTRUCTION DU PAVILLON DE L'OREILLE PAR POLY ÉTHYLENE POREUX POUR APLASIE AURICULAIRE CONGÉNITALE

Madame, Monsieur,

La reconstruction auriculaire est une technique chirurgicale proposée en cas d'absence congénitale ou de défaut sévère de développement du pavillon de l'oreille. Elle nécessite de reconstruire une structure de la forme de l'oreille, recouverte des tissus du patient.

La technique du polyéthylène poreux a été développée dans les années 90, et utilise un matériel synthétique, le poly éthylène poreux pour créer la structure de l'oreille. Elle est une alternative proposée à la reconstruction par greffe de cartilage costal. Chaque technique présente avantages et inconvénients.

BUT DE L'INTERVENTION

La reconstruction du pavillon permet de symétriser le visage. Elle peut aussi faciliter le port des lunettes ou des masques attachés aux oreilles. L'oreille reconstruite est vivante, mais reste à surveiller au cours de la vie et exclu la pratique des sports de contact (rugby, lutte...).

Cette chirurgie n'a pas d'objectif sur l'audition. Elle ne crée pas le conduit auditif externe s'il n'existe pas. La réhabilitation chirurgicale auditive de l'oreille et la reconstruction du pavillon doivent être pensées de façon coordonnée depuis l'enfance pour ne pas se gêner l'une et l'autre par des techniques incompatibles. Une prise en charge globale est permise dans des équipes spécialisées qui prennent en compte tous les aspects de la réhabilitation de la malformation congénitale de l'oreille.

Cette intervention ne demandant pas l'utilisation du cartilage costal, elle peut se proposer à partir du plus jeune âge, le plus souvent à partir de la demande motivée de l'enfant, vers 5 ans.

La reconstruction du pavillon par cette technique demande un seul temps opératoire, puis dans certains cas une chirurgie de retouche à distance (rehaussement ou prise en charge de complications).

REALISATION DE L'INTERVENTION

Dès la première intervention on réalise la forme de l'oreille grâce à la mise en place de la structure prothétique sous un lambeau musculaire (le lambeau de fascia temporal superficiel) qui est prélevé sous le cuir chevelu par une cicatrice seulement dans la zone de la nouvelle oreille. Les reliquats cartilagineux (petite oreille) vont être partiellement conservés, selon leur forme et leur position, principalement pour former le tragus. La nouvelle oreille est recouverte de greffes cutanées provenant de la petite oreille, ainsi que du pli inguinal de la cuisse, pour certains patients de la région de l'oreille controlatérale et dans de rare cas sur l'avant-bras.

A la fin de l'intervention, la forme et la projection de l'oreille sont terminées. Une coque protectrice en silicone est cousue sur la peau pour 15 jours et retirée en consultation.

Un redon peut être laissé 48 heures en aspiration sous le cuir chevelu pour éviter la formation d'un hématome dans la zone de prélèvement du lambeau musculaire.

Après chaque intervention, la durée de la cicatrisation est variable en fonction de la qualité de la peau, mais peut durer de 3 à 12 mois.

Un défaut de cicatrisation précoce peut survenir dans ce type de chirurgie, pouvant requérir des pansements prolongés, une suture en consultation voire une intervention chirurgicale supplémentaire sous anesthésie générale pour assurer la bonne couverture de la prothèse par les tissus du patient.

Il ne faut pas dormir sur l'oreille opérée durant les 4 mois qui suivent la chirurgie. Une coque de protection doit être portée la nuit pendant les trois mois postopératoires. La pratique sportive n'est pas recommandée pendant la phase de cicatrisation.

RISQUES IMMEDIATS

Les prélèvements musculaires et cutanés sont peu douloureux, et le recours aux antalgiques et aux anti-inflammatoires par voie générale permet de bien soulager le patient.

RISQUES SECONDAIRES

Les résultats de la reconstruction restent différents d'une oreille native. Les reliefs du pavillon sont moins fins, et l'oreille n'est pas souple. La qualité du résultat dépend beaucoup de la qualité de la peau et de la cicatrisation.

Une évolution inflammatoire des cicatrices de la région auriculaire est possible (cicatrices hypertrophiques, chéloïdes) nécessitant une prise en charge spécifique.

COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Une paralysie faciale périphérique sur le territoire supérieure post-opératoire peut exceptionnellement survenir, surtout en cas de malformation associée du visage. Elle récupère le plus souvent progressivement.

Une infection sévère et non contrôlée de la prothèse devra nécessiter un changement de la prothèse sous anesthésie générale, avec de bons résultats esthétiques secondaires.

Une vigilance à vie de l'oreille opérée est nécessaire pour pouvoir prendre en charge une fracture ou une exposition secondaire de la prothèse suite à un traumatisme. Ces deux complications devront être prise en charge chirurgicalement, avec changement de la prothèse et parfois nécessiter un nouveau prélèvement musculaire local +/- cutané pour couvrir la prothèse. Le résultat esthétique final pourra être compromis en cas d'exposition mal prise en charge.