

INFORMATIONS MEDICALES AVANT RECONSTRUCTION DU PAVILLON DE L'OREILLE PAR CARTILAGE COSTAL AUTOLOGUE 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 classique a été développée dans les années 60, et utilise le cartilage costal du patient pour sculpter la structure. Une technique développée depuis une trentaine d'années utilise une structure fabriquée dans un matériau synthétique, mais elle n'est pas traitée dans cette fiche d'information. Chaque technique présente avantages et inconvénients.

BUT DE LA RECONSTRUCTION A PARTIR DU CARTILAGE COSTAL

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, et retrouve à terme des capacités de cicatrisation permettant des activités en particulier sportives normales.

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.

L'utilisation du cartilage costal nécessite un bon développement de la cage thoracique et n'est pas recommandée en cas de malformation sévère du

thorax. La reconstruction peut être proposée à partir de l'âge de 10 à 12 ans, avec un poids corporel de 35 kg.

La reconstruction du pavillon par cette technique demande deux chirurgies espacées d'environ 6 mois, puis dans certains cas une chirurgie de retouche à distance.

REALISATION DES DEUX INTERVENTIONS

La première intervention consiste dans le prélèvement de cartilage sur les côtes cartilagineuses, avec création d'une structure en cartilage qui a la forme de l'oreille et qui est mise en place sous la peau dans la région habituelle du pavillon. Les reliquats cartilagineux (petite oreille) peuvent être sacrifiés ou partiellement conservés, selon leur forme et leur position. Une cicatrice thoracique est nécessaire pour le prélèvement des côtes, ainsi qu'une cicatrice dans la région de l'oreille pour glisser la structure sous la peau. Le pavillon n'est pas décollé du crâne à ce stade. Des fragments cartilagineux sont souvent conservés en nourrice sous la peau du thorax, pour être utilisés lors de la deuxième intervention.

La deuxième intervention a lieu 6 mois plus tard. Elle a pour objectif de décoller le pavillon. L'oreille est soulevée au niveau du bord libre pour créer le sillon rétroauriculaire. Les fragments cartilagineux laissés en nourrice au niveau thoracique sont prélevés et utilisés derrière l'oreille comme une cale, et une greffe de peau prélevée sur le corps ou sous les cheveux est placée dans le sillon rétroauriculaire.

Après chaque intervention, la durée de la cicatrisation est variable en fonction de la qualité de la peau, mais peut durer de 1 à 3 mois.

Un défaut de cicatrisation n'est pas rare dans ce type de chirurgie, notamment lors du premier temps opératoire, pouvant requérir des pansements

prolongés, une suture en consultation voire une intervention chirurgicale supplémentaire sous anesthésie générale pour assurer la bonne couverture du cartilage par les tissus du patient.

La pratique sportive n'est pas recommandée pendant la phase de cicatrisation, pour éviter les traumatismes de l'oreille qui n'a pas encore retrouvée des capacités de cicatrisation normale. Il est recommandé de ne pas dormir sur l'oreille opérée durant toute la période de reconstruction.

RISQUES IMMEDIATS

Le prélèvement costal est douloureux, mais le recours aux antalgiques et aux anti-inflammatoires par voie générale ou anesthésie locorégionale permet de bien soulager le patient. La survenue d'une brèche de la plèvre (enveloppe du poumon) est possible, mais ne présente en général pas de gravité et cicatrise bien.

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. Le pavillon est souvent peu décollé du crâne, et le sillon est peu profond. La qualité du résultat dépend beaucoup de la qualité de la peau et de la cicatrisation. Un défaut de cicatrisation post-opératoire est susceptible d'abîmer le cartilage et de laisser des déformations du pavillon.

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

Une déformation tardive de la cage thoracique est possible, avec un risque plus important si le prélèvement costal est réalisé chez un jeune enfant.

Dans certains cas, le cartilage se détériore progressivement dans le temps au niveau de l'oreille reconstruite, altérant la qualité du résultat obtenu, mais ce n'est pas systématique.

COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Une paralysie faciale 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 du cartilage

placé au niveau de l'oreille, ou une cicatrisation particulièrement hypertrophique est susceptible d'entraîner une résorption grave, avec pour conséquence un échec de la reconstruction, pouvant nécessiter un nouveau prélèvement de cartilage costal.