

Les cancers du plancher buccal (FOM) sont généralement traités par une chirurgie de résection première (Figures 1 et 2). L'irradiation adjuvante est indiquée pour les tumeurs avancées, les tumeurs avec envahissement périnerveux (PNI) ou avec des marges de résection incertaines ou trop proches.



Figure 1 : Le cancer du plancher latéral



Figure 2 : Le cancer du plancher antérieur

La résection de cancers du plancher buccal, sans prendre en compte la **fonction orale** peut gravement handicaper le patient dans les fonctions de la parole, de la mastication, du transport des aliments et de la déglutition. La résection de la voûte antérieure de la mandibule, au-delà de la ligne médiane, sans reconstruire l'os et la perte des attaches antérieures des muscles suprahyoïdiens (digastrique, géniohyoïdien, mylohyoïdien,

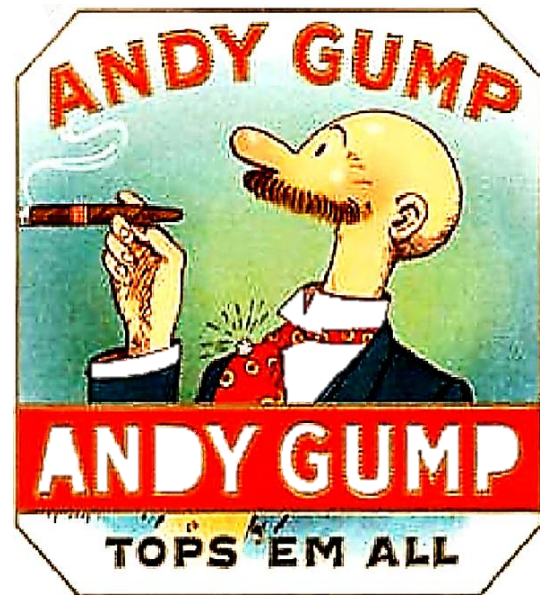


Figure 3 : Déformation Andy Gump

génio-glosse) conduit à une *déformation du genre Andy Gump* avec une perte de la fonction orale, un bavage continu et enfin un résultat esthétique dérisoire (Figure 3).

Anatomie chirurgicale

Le plancher buccal est une surface en forme de fer à cheval qui est limitée en dehors par la face intérieure (face linguale) de la mandibule. Il s'étend en arrière de la jonction du pilier antérieur amygdalien et du sillon amygdaloglosse et fusionne en dedans avec la face ventrale de la langue mobile. Il présente un revêtement par de la muqueuse buccale fine à travers laquelle les parois minces des veines sublinguales / ranines sont visibles. **Le frein** est un repli muqueux qui s'étend le long de la ligne médiane entre les ostia des **conduits submandibulaires** (Figure 4).

Le muscle **mylohyoïdien** forme le diaphragme de la cavité buccale et sépare le plancher buccal des triangles sous mental et sous-maxillaire du cou (Figures 5, 6, 7).

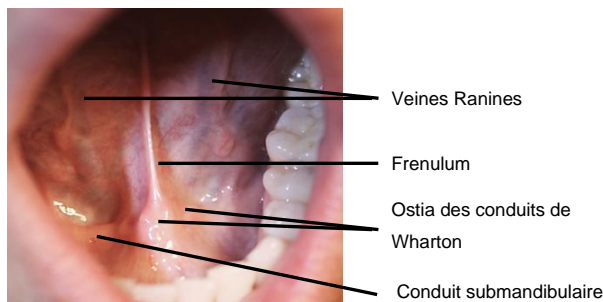


Figure 4 : Plancher buccal antérieur

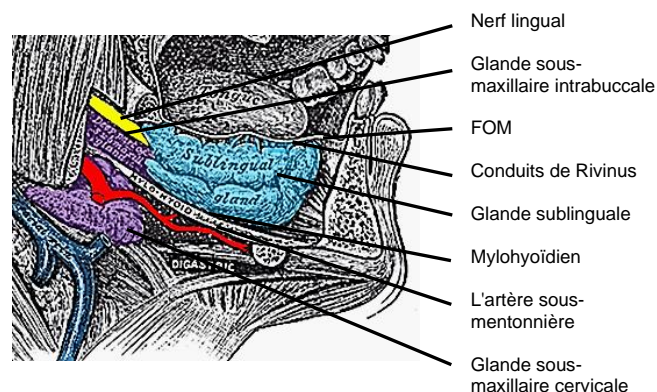


Figure 7 : Vue sagittale du plancher buccal

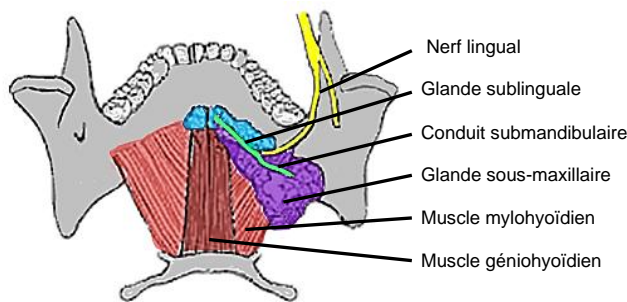


Figure 5 : Vue supérieure du plancher buccal, de la glande sous-maxillaire et de son conduit, du nerf lingual et des muscles mylohyoïdiens et géniohyoïdien

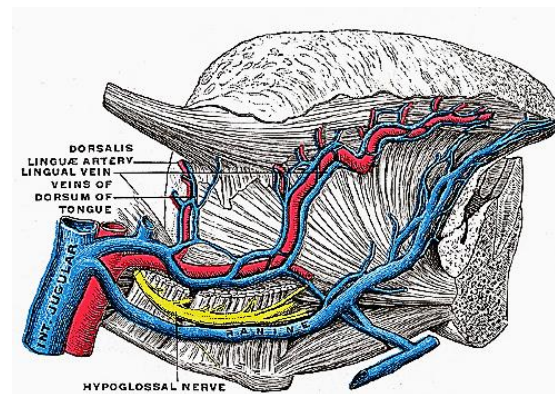


Figure 8 : XII^e accompagné par les veines ranines

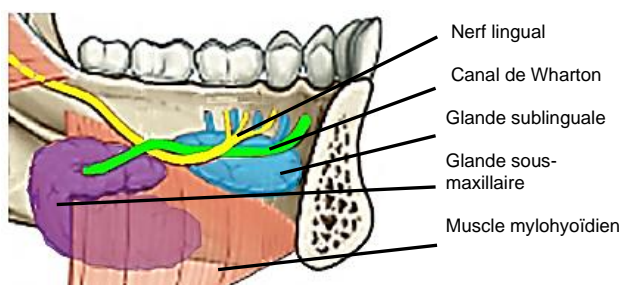


Figure 6 : Vue endobuccale de la glande sublinguale gauche avec les conduits de Rivinus, de la glande sous-maxillaire et de son conduit, du nerf lingual et des muscles mylohyoïdiens

Les **glandes salivaires sublinguales** sont **paires et** sont situées en dessous de la muqueuse du plancher buccal antérieur, en avant des conduits submandibulaires et au-dessus des muscles mylohyoïdien et géniohyoïdien (Figures 5, 6, 7). Ces glandes se drainent par l'intermédiaire de 8 à 20 canaux excréteurs de Rivinus dans le conduit excréteur sous-maxillaire et également directement dans la bouche par une crête surélevée de la muqueuse appelée *fimbriata plica* qui est formée par la glande et est située de part et d'autre du frein de la langue (Figures 6, 7).

Les structures suivantes se situent entre la muqueuse et le muscle mylohyoïdien : les muscles pairs **géniohyoïdiens** au niveau de la ligne médiane (Figure 5) ; les **glandes salivaires sublinguales** (Figures 5, 6, 7), les canaux **sous-maxillaires** (Figures 5, 6), la partie buccale de la **glande sous-maxillaire** (Figures 5, 6, 7), le muscle **génio-glosse** (Figure 8), et les **nerfs linguaux** (Figures 5, 6, 7) et **hypoglosses** (Figure 8).

Le **canal de Wharton** est situé en profondeur dans la muqueuse du plancher buccal antérieur et latéral et s'ouvre dans la cavité buccale par les caroncules de chaque côté du frein (Figures 4, 5, 6).

Le **nerf lingual** est le nerf sensitif du plancher buccal. Il rétrocroise le canal de Wharton dans le plancher latéral (Figures 5, 6, 7). Dans le plancher antérieur, il se situe en arrière du canal de Wharton (Figure 5).

Les veines ranines sont visibles au niveau de la surface ventrale de la langue, et accompagnent le nerf hypoglosse (Figures 4, 8).

La vascularisation artérielle de la langue et du plancher buccal provient de l'artère linguale, de ses branches (**artères ranine, dorsalis linguae et les artères sublinguales**) (Figures 8, 9) ; et des branches sous-mentonnière et mylohyoïdienne de **l'artère faciale**.

L'artère linguale naît de l'artère carotide externe entre la thyroïdienne supérieure et les artères faciales et se dirige oblique, en avant et en dedans de la grande corne de l'os hyoïde (Figures 8, 9).

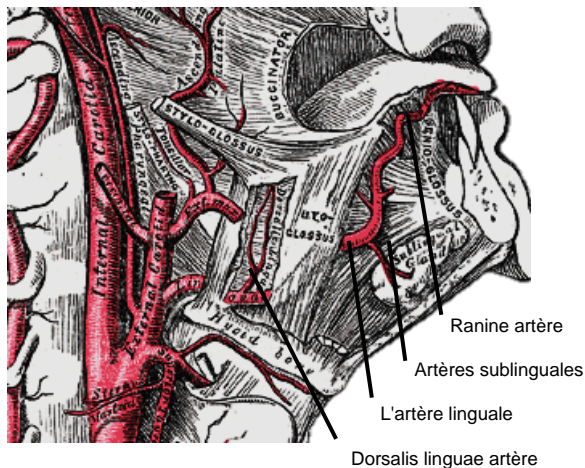


Figure 9 : L'artère linguale

Elle réalise une boucle en bas et en avant et croise en dedans le nerf XII et le muscle stylohyoïdien. Elle chemine en avant et en dessous de l'hyoglosse, devient **l'artère ranine** (linguae profunda) et monte à la sous-muqueuse de la face inférieure de la langue jusqu'à sa pointe. Elle se situe de chaque côté du muscle génio-glosse et est accompagnée par le nerf lingual. Deux ou trois

petites artères linguae dorsales émergent de sous le muscle hyoglosse et remontent à la partie postérieure de la face dorsale de la langue. Elles vascularisent aussi la muqueuse du plancher buccal postérieur et de l'oropharynx. **L'artère sublinguale** naît de l'artère linguale au bord antérieur du muscle hyoglosse et se dirige en avant entre le génio-glosse et le mylohyoïdien ; elle vascularise la glande sublinguale, la muqueuse du plancher buccal et la gencive (Figures 8, 9). Une branche de **l'artère sublinguale** traverse le muscle mylohyoïdien et s'anastomose avec la branche **sous-mentonnière de l'artère faciale**.

La branche **sous-mentonnière de l'artère faciale chemine le long de la face interne du bord inférieur** de la mandibule (Figures 10).

L'artère et la veine mylohyoïdiennes sont rencontrées lorsque le chirurgien élève la glande sous-maxillaire de la face latérale du muscle mylohyoïdien (Figures 10 & 11). C'est une branche tributaire de l'artère alvéolaire inférieure juste avant qu'elle ne pénètre dans le foramen mandibulaire, traverse le muscle mylohyoïdien, et disparaît vers l'avant en arrière du digastrique. Elle a des anastomoses avec l'artère sous-mentonnière et avec l'artère sublinguale dans le plancher buccal, par l'intermédiaire d'un défaut dans le muscle mylohyoïdien.

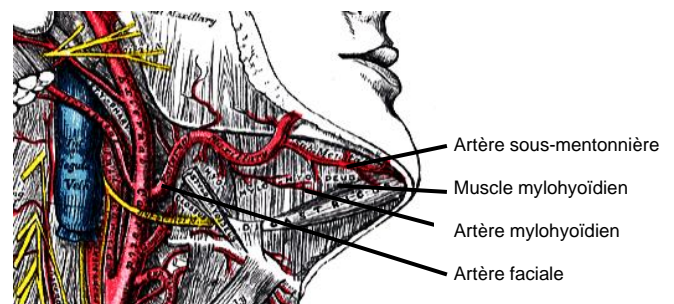


Figure 10 : L'artère faciale émerge de derrière le ventre postérieur du digastrique (retiré), et donne naissance à quelques branches, dont l'artère sous-mentonnière

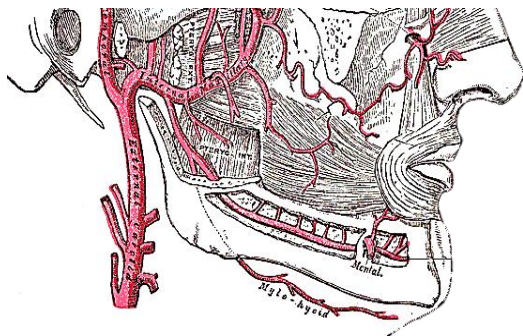


Figure 11 : L'artère mylohyoïdienne est une branche de l'artère alvéolaire inférieure

La **mandibule** forme la limite périphérique du plancher buccal et peut être impliquée dans la pathologie tumorale du plancher buccal. Elle peut être sectionnée (mandibulotomie) ou réséquée (alvéolectomie ou mandibulectomie marginale (non interromptrice)/mandibulectomie segmentaire (interromptrice) ou hemimandibulectomie). Il existe d'importantes caractéristiques chirurgicales: la position du trou mentonnier à travers lequel les nerfs mentonniers sortent pour innerver la lèvre inférieure; la ligne mylohyoïdienne où se trouve l'attache du muscle mylohyoïdien, et à laquelle il faut penser lors de la mandibulectomie marginale; la hauteur du corps de la mandibule et la profondeur des racines dentaires (Figures 12a, b).

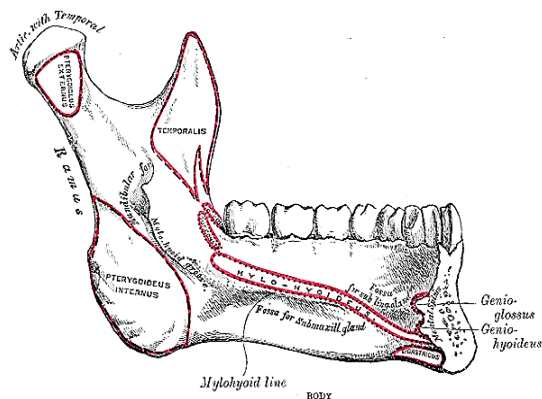


Figure 12a : Attaches musculaires du mylohyoïdien, géniohyoïdien, génioglosse et des muscles digastriques au niveau de la face interne de la mandibule

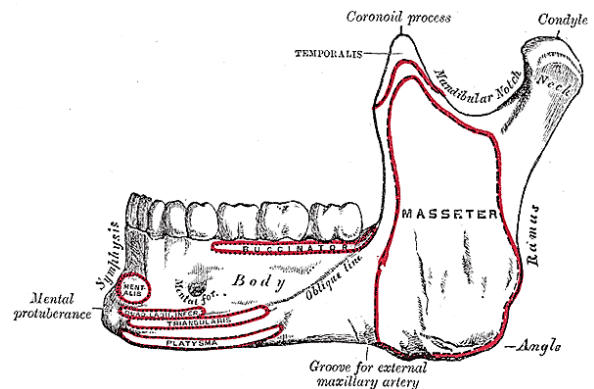


Figure 12b : Les attaches des muscles au niveau de la face externe de la mandibule et l'emplacement du foramen mental

Le foramen mental et le nerf alvéolaire inférieur peuvent être très proches du bord supérieur dans les mandibules amincies comme on le voit chez les patients âgés édentés (Figure 13). Une mandibulectomie marginale ou alvéolectomie peut ne pas être possible dans ces cas en raison de l'absence d'os résiduel.

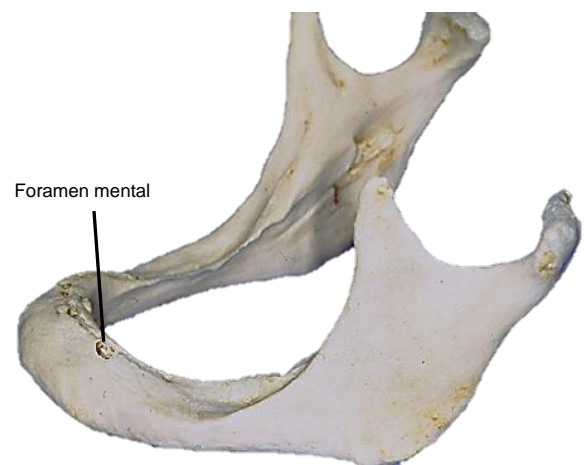


Figure 13 : Position du foramen mental sur une mandibule amincie

Objectifs chirurgicaux

- Les marges de résection doivent être claires
- Évitez les fistules orocervicales postopératoires (orostomes)

- Optimiser le résultat esthétique et la fonction
 - Maintenir la longueur et la mobilité de la langue
 - Eviter le mélange et la stagnation des sécrétions et des aliments dans le plancher buccal reconstruit
 - Eviter l'obstruction des canaux de Wharton
 - Éviter les blessures des nerfs lingual et hypoglosse
 - Maintenir la continuité de la mandibule et sa force
 - Rétablir la dentition

L'auteur préconise un curage ganglionnaire cervical sélectif (END) des niveaux I-IV pour les carcinomes épidermoïdes dont l'épaisseur est > à 4 mm et / ou avec un stade > au stade T2. Une règle utile est : qu'une tumeur palpable est susceptible d'avoir une épaisseur tumorale qui justifie un curage sélectif. Les tumeurs du plancher antérieur qui dépassent la ligne médiane justifient un curage ganglionnaire bilatéral.

Le reste de ce chapitre mettra l'accent sur le traitement chirurgical de la tumeur primaire.

L'évaluation préopératoire

1. ***Y a-t-il d'autres tumeurs cervicales primaires synchrones ou des métastases à distance ?***
2. ***Est-ce une tumeur résécable ?*** En dehors des tumeurs qui s'étendent en arrière et qui envahissent la gaine carotidienne, très peu de tumeurs du plancher buccal sont inopérables. La principale considération est la morbidité chirurgicale. Ce qui dépend de la portée et de la fiabilité de la chirurgie reconstructrice disponible. Par exemple, la résection de la mandibule au-delà de la ligne médiane n'est faisable que s'il est possible de reconstruire l'os avec un lambeau libre du péroné afin d'éviter une déformation de type Andy Gump (*Figure 3*)
3. ***Y a-t-il des signes cliniques d'invasion périneurale (PNI) ?*** Examinez le patient à la recherche de déficits neurologiques des nerfs hypoglosses, mentonnières, et des nerfs alvéolaires inférieurs et linguaux. L'élargissement du canal alvéolaire mandibulaire à l'orthopantomographie (Panorex) peut être objectivé. L'IRM peut montrer une invasion périneurale. En cas de preuve de PNI, une dissection proximale du nerf devrait être faite jusqu'à avoir des marges de résection saines à l'examen extemporané. Pour un cas touchant le nerf alvéolaire inférieur, une hémimandibulectomie ou une mandibulectomie segmentaire (interruptrice) qui emporte l'ensemble du canal alvéolaire inférieur est nécessaire.
4. ***Statut de la dentition ?*** Les caries dentaires peuvent entraîner une ostéoradionécrose. Les dents cariées objectivées sur la Panoramique dentaire peuvent être extraites au moment de la chirurgie
5. ***Mandibule :*** Les cancers du plancher buccal envahissant la mandibule, nécessitent des marges de résection oncologiques adéquates, peuvent appeler une reconstruction par lambeau osseux et ont des taux de récurrence locaux élevés. La tumeur peut envahir le périoste ou uniquement le cortex interne ou affecter l'os médullaire. Les tumeurs étendues uniquement à la muqueuse alvéolaire linguale, adjacente à la mandibule sans toucher à l'os, ou avec une érosion seule du cortex, ne nécessitent qu'une mandibulectomie marginale, tandis qu'un envahissement franc de la mandibule et une atteinte de la moelle osseuse nécessitent une résection segmentaire.

Les facteurs de risque d'envahissement tumoral de la mandibule comprennent la taille, le siège et la profondeur de l'envahissement des tissus mous ; les tumeurs les plus grosses et les plus profondes sont plus susceptibles de s'étendre à la mandibule et éventuellement de l'envahir. Les modèles de propagation dans l'os sont liés à l'étendue de la tumeur, plutôt qu'aux facteurs anatomiques à l'origine de voies et de barrières potentielles à la propagation de la tumeur ¹. Les tumeurs pénètrent dans la mandibule aux points de butée (souvent à la jonction des attaches de la muqueuse dans les mandibules, dans les portions dentées et édentées) plutôt qu'à travers la surface occlusale, les forams neurax ou les membranes parodontales. La présence ou l'absence de dents n'a pas d'influence sur les modèles d'envahissement, et l'augmentation de la hauteur de l'os alvéolaire dans les mâchoires dentées ne retarde pas l'invasion osseuse.

Il existe deux modèles d'envahissement tumoral de la mandibule ¹ avec un modèle invasif où des digitations et des îlots tumoraux avancent indépendamment dans les espaces spongieux avec une faible activité ostéoclastique et aucun tissu conjonctif intermédiaire ; et un second modèle érosif où la tumeur avance sur un large front avec une couche de tissu conjonctif et des ostéoclastes actifs séparant la tumeur de l'os.

Un modèle érosif peut évoluer vers un modèle invasif, en fonction de l'étendue et de la profondeur de l'envahissement. Un schéma invasif est associé à un taux de récurrence locale significativement plus élevé et à une survie spécifique à 5 ans plus faible ².

La radiographie panoramique (Panorex) est peu coûteuse et offre une excellente vue du corps, de la branche mon-

tante (ramus) et du canal alvéolaire inférieur (Figure 14). Elle a une sensibilité de 80 à 92% et une spécificité de 72 à 88% pour l'invasion de la mandibule. ^{3,4} La superposition de la colonne vertébrale peut obscurcir la région symphysaire et il peut être difficile de faire la différence entre maladie parodontale et érosion tumorale.

Les tomographies (Figure 15) ont tendance à sous-estimer la présence et l'étendue de l'envahissement.

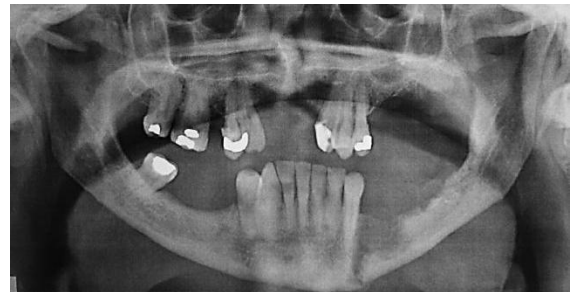


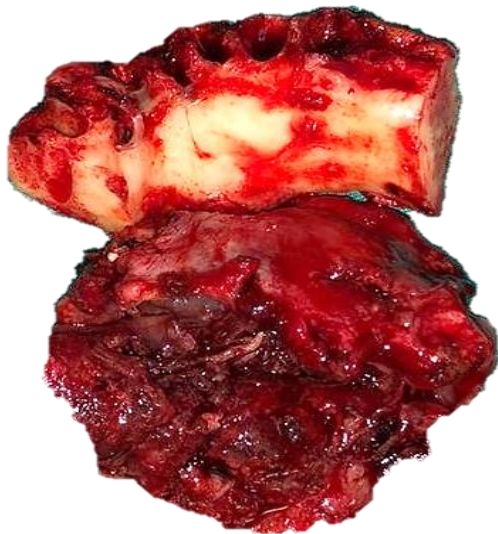
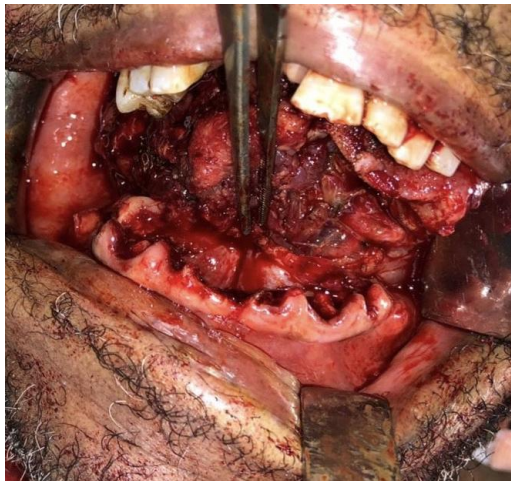
Figure 14 : Panorex : vue de l'érosion et d'une fracture pathologique



Figure 15 : Scanner montrant une érosion corticale

L'IRM et la tomographie par émission de photons uniques (SPECT) sont beaucoup plus sensibles, mais elles ont tendance à surestimer l'étendue de l'atteinte osseuse. ⁵

En l'absence de tomodensitométrie, un chirurgien peut choisir de procéder à un décapage ou décollement périosté de la tumeur de l'os au moment de la résection pour inspecter l'os à la recherche de signes d'infiltration tumorale et décider de la manière de procéder. Le stripping périosté se fait facilement à l'aide d'un décolleur périosté et constitue la méthode la plus précise pour déterminer l'érosion osseuse.⁶ Il a une sensibilité de 96% et une spécificité de 65%.³ (Figures 16a, b)



Figures 16a, b : Le stripping ou décollement périosté révèle un os normal et une indication de mandibulectomie marginale

Les indications de résection osseuse comprennent :

- Des résultats cliniques ou radiographiques préopératoires suggérant une atteinte mandibulaire
- Lorsque la tumeur adhère à la mandibule et que à la radiographie l'invasion est absente, un décollement périosté peropératoire peut être effectué pour mettre en évidence une invasion osseuse ; ainsi l'étendue de l'invasion dictera une résection marginale ou segmentaire

La mandibulectomie marginale est indiquée dans :

- Les cancers empiétant sur le cortex mandibulaire, y adhérant ou l'envahissant superficiellement
- Le carcinome gingival avec invasion osseuse superficielle au même niveau que l'alvéole dentaire
- En cas d'invasion corticale seulement s'il existe au minimum un centimètre (1 cm) de hauteur de la mandibule restante. Par conséquent, il est important de déterminer la hauteur verticale de la mandibule cliniquement ou par Panorex pour prédire si un lambeau composite osseux libre sera nécessaire pour renforcer la mandibule restante.

La mandibulectomie segmentaire est indiquée - en cas d'invasion médullaire ; - de radiothérapie antérieure ; - afin de maintenir la marge de sécurité oncologique des tissus mous dans les tumeurs plus profondément envahissantes ; - et si l'os restant résulte insuffisant si une mandibulectomie marginale est pratiquée

Des marges de résection d'au moins 1 à 2 cm d'os non envahi mesurées à partir de la tumeur macroscopique ou d'une atteinte osseuse suspectée sont néces-

saires. Cela peut nécessiter l'extraction d'une dent de chaque côté de la tumeur chez les patients dentés. Certains chirurgiens incluent l'ensemble déroulement nerveux en cas d'invasion de la moelle osseuse.

6. **Est-ce qu'une trachéotomie est nécessaire ?** Les patients présentant de petites tumeurs du plancher buccal antérieur peuvent ne pas nécessiter de trachéotomie temporaire. Cependant à chaque fois que le soutien laryngé des muscles mylohyoïdiens, géniohyoïdiens et génioglosses est perdu et surtout lorsqu'un lambeau est utilisé pour reconstruire un défaut du plancher, le patient a un risque d'obstruction des voies respiratoires et doit avoir une trachéotomie temporaire.

7. **Glandes salivaires sous-maxillaires :** Une tumeur du plancher buccal peut envahir le canal de Wharton et donner une glande sous-maxillaire dure, fibreuse qui peut prêter à confusion avec une métastase ganglionnaire. Pour une petite tumeur T1 du plancher buccal antérieur qui envahit le canal et pour laquelle un évidement ganglionnaire n'est pas indiqué, il est nécessaire de réimplanter le conduit restant afin de préserver le flux salivaire. Ceci est un geste simple : il s'agit de tunneler en-dessous de la muqueuse du plancher latéral, le conduit à l'aide d'une pince hémostatique. L'extrémité de la gaine du conduit sectionné est ensuite saisie par une pince hémostatique et transmis à l'arrière le long du tunnel puis recueillie à travers une incision. Il est fixé à la muqueuse par un fil résorbable (Figure 17)

8. **Quel type de reconstruction est nécessaire- ?**

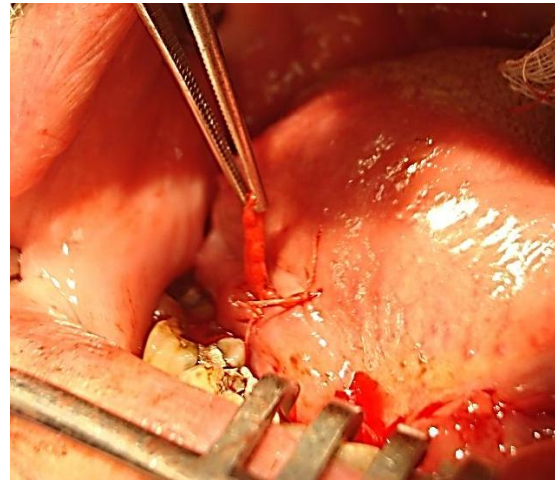


Figure 17 : Canal salivaire de la glande sous-maxillaire réimplanté au plancher latéral droit et suturé à la muqueuse avec un fil vicryl

Anesthésie

L'intubation nasale est suivie d'une trachéotomie. Des antibiotiques sont administrés en préopératoire.

Abords chirurgicaux

Transoral : L'exérèse de petites tumeurs (T1-T2) est généralement facile à travers la bouche ouverte chez un patient édenté. La bouche est maintenue largement ouverte, soit avec un bloc de morsure dentaire « dental bite bloc » (Figure 18) ou avec un écarteur autostatique en prenant soin de protéger les dents (Figure 19).

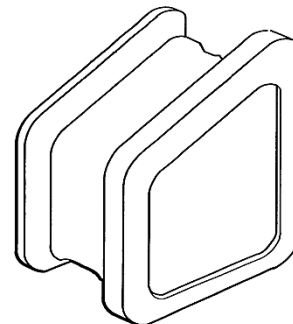


Figure 18 : Bloc de morsure dentaire interposé entre les dents latérales afin de garder la bouche ouverte

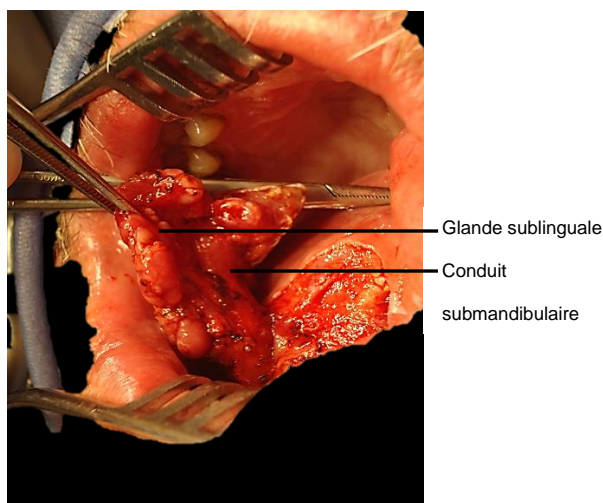


Figure 19 : Ecarteur auto-statique en place

Cependant, l'exérèse d'une tumeur du plancher antérieur peut s'avérer être difficile chez un patient ayant toutes ses dents inférieures ; en effet les dents peuvent gêner l'accès au plancher buccal antérieur.

Dans une telle situation, les dents inférieures devraient être extraites et une mandibulectomie marginale (Figure 20) ou une mandibulotomie (interruption de la mandibule) peut être requise pour l'abord.

Lorsqu'une tumeur du plancher jouxte la mandibule antérieure, effectuer une mandibulectomie marginale en même temps que l'exérèse de la tumeur facilite largement sa résection.



Figure 20 : Cette perte de substance suite à une mandibulectomie marginale a été comblée par l'avancement de la muqueuse gingivolabiale sur l'os et sa suture à la berge du defect

Incision labiomentonnière médiane : La lèvre est incisée sur la ligne médiane, après avoir marqué un repère sur le vermillon afin d'assurer une réparation précise. Les tissus mous sont clivés de la mandibule en avant. (Figure 21).

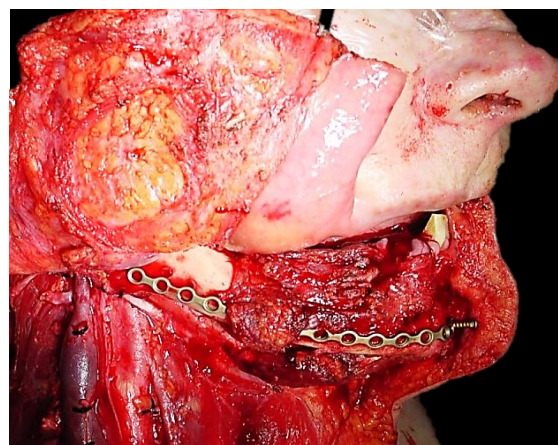


Figure 21 : Incision labiomentonnière médiane et mesure d'une maquette de la mandibule avant d'effectuer la mandibulectomie segmentaire (interruptrice) et la résection tumorale

Lambeau de type Visière : Ce résultat est obtenu en sectionnant la muqueuse le long du sillon gingivolabial et gingivobuccal à environ 1cm de l'os de façon à permettre une fermeture plus facile de la plaie, puis de dénuder les tissus mous de la face externe de la mandibule. Veillez à ne pas sectionner les nerfs mentaux s'ils peuvent être sauvegardés. Le lambeau de peau est ensuite écarté vers le haut pour exposer la mandibule (Figure 22).

Exérèse tumorale après avoir tracté la lésion dans la région cervicale : il peut être utilisé lorsque la tumeur jouxte la face interne de la mandibule. Après le curage ganglionnaire bilatéral des niveaux 1a et 1b, les attaches mandibulaires des muscles du ventre antérieur du digastrique, du mylohyoïdien, du géniohyoïdien et du génioglosse sont sectionnées grâce au bistouri électrique à partir de la face inférieure (Figure 12a).

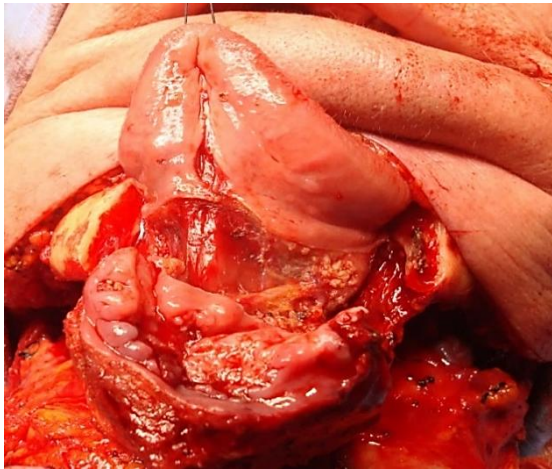


Figure 22 : Approche de type Visière dans une mandibulectomie segmentaire antérieure pour un cancer du plancher antérieur et de la gencive

La muqueuse du plancher antérieur est ensuite incisée à 1cm de la face interne de la mandibule (afin de faciliter plus tard la réparation). Ceci permet au chirurgien de délivrer le plancher buccal antérieur et la langue, de l'attirer dans la région cervicale et de procéder à la résection.

L'exérèse tumorale

Tout d'abord curage cervical ganglionnaire complet des niveaux 1a et b avant de procéder à la résection tumorale. Cela permet au chirurgien de pouvoir couper à travers les muscles du plancher et de la langue en connaissant l'emplacement du nerf XII, du nerf lingual et de l'artère linguale.

Mandibulectomie : Si une **mandibulectomie marginale (non interruptrice)** ou segmentaire (interruptrice) est prévue, elle devrait être faite avant la résection de la tumeur du plancher car elle améliore l'exposition chirurgicale (Figure 22). Si une mandibulectomie segmentaire (interruptrice) est indiquée, il faut créer une **pré-plaque** de la mandibule (maquette) avec une plaque de reconstruction de manière à assurer l'alignement des dents et un bon contour osseux (Figure 21). Les mandibulectomies margi-

nales se font avec de **petites ostéotomes tranchants** de manière à éviter la fracture accidentelle de la mandibule, ou avec une scie à moteur oscillant ou alternatif. Dans le cas d'une mandibulectomie marginale, la coupe est effectuée en oblique de manière à préserver la hauteur de la corticale externe pour la force mandibulaire, mais aussi pour enlever le cortex interne qui vient en butée contre la tumeur. Dans la **mandibulectomie segmentaire (interruptrice)** l'os est coupé au moins à 2 cm de la tumeur visible (Figure 22).

Tumeur : Une fois que la mandibulectomie a été complétée, garder la pièce tumorale au contact de l'os et séparer la muqueuse gingivale de la face interne des coupes osseuses, ce qui va libérer la tumeur de l'os et faciliter la libération de la pièce opératoire. Identifier et préserver les canaux de Wharton, le nerf lingual et hypoglosse(s) si possible. La glande sublinguale peut être rencontrée dans les résections de cancer de plancher buccal antérieur (Figure 19). Utilisez le bistouri électrique pour l'exérèse de la tumeur avec au moins 1 cm de marges saines. Cautériser les vaisseaux linguaux pendant l'exérèse. Les plus grosses branches de l'artère linguale sont liguées quand elles sont rencontrées. Le résultat de l'examen des marges tumorales à l'examen extemporané doit être obtenu si cet examen est disponible.

Réparer

Après l'exérèse tumorale, le chirurgien évalue avec soin la perte de substance afin de déterminer la meilleure façon de **restaurer la forme et la fonction** mandibulaire c.-à-d. l'intégrité et le contour et les capacités orales, de mastication, de transport des aliments, de déglutition et de parole.

Points essentiels dans la reconstruction

- La mobilité de la langue est la clé de la fonction orale
- Il est impératif que les chirurgiens plastiques suivent les patients à long terme pour apprendre à optimiser la fonction du lambeau
- La longueur de la langue est plus importante que sa largeur
- Ne jamais suturer le bord de la langue à la gencive ; maintenir toujours la mobilité de la langue par un lambeau
- Éviter de lier la pointe de la langue
- Il est préférable de laisser certains défauts sans reconstruction en vue d'une cicatrisation dirigée que d'altérer la mobilité de la langue
- Façonner un lambeau afin de le faire correspondre au volume de tissu réséqué peut certes restaurer la forme, mais avoir un mauvais résultat fonctionnel
- Un lambeau trop volumineux dans le plancher buccal peut gêner le transport des aliments
- Une mandibulectomie marginale (non interromptrice) peut entrer dans le cadre de la procédure de reconstruction pour permettre au chirurgien de suturer la muqueuse gingivobuccale ou gingivolabiale à la muqueuse du plancher buccal ou au lambeau (*Figure 20*)
- Réduire le risque de fistules oro-cervicales (orostomes) en rapprochant le muscle mylohyoïdien au muscle digastrique et veiller à ce que le drain d'aspiration ne soit pas placé dans la partie supérieure du cou

Aucune réparation : les petites résections et/ou superficielle, au-dessus du mylohyoïdien, qui ne communiquent pas avec le cou peuvent être laissées telles quelles et guérir comme une plaie d'amygdalectomie. Résistez à la tentation de suturer ces petits défauts au risque de modifier la forme de la langue ou de la fixer au plancher antérieur.

La fermeture primaire : Éviter de lier ou de tordre la langue. Lire le commentaire ci-dessus à propos de la mandibulectomie marginale (*Figure 20*).

La greffe de peau. Elle peut être utilisée : - pour combler un défaut qui pourrait être laissé tel quel ; - en cas d'existence d'un orostome - elle peut recouvrir la tranche de section d'une mandibulectomie marginale (*Figure 23*). La peau est suturée aux berges du défaut par des points avec du fil résorbable, coupé long. Un sommier de compresses imbibé d'antiseptique est placé sur la greffe de peau et est retenu avec les longs fils de suture laissés en place. L'ablation du paquet de compresses est faite après environ 5 jours.



Figure 23 : Cicatrisation d'une greffe de peau sur un défaut d'une mandibulectomie marginale non interromptrice⁷

Le lambeau myomuqueux du Buccinateur (*Figures 24a, b, c*) Il s'agit d'un excellent lambeau pour les pertes de substance du plancher buccal antérieur et latéral car il possède les mêmes qualités physiques que les tissus du plancher. Le pédicule doit cependant franchir la mandibule et est donc mieux adapté aux patients édentés, aux patients avec des dents manquantes, ou qui ont subi une mandibulectomie marginale. (Voir le chapitre : [Le lambeau myomuqueux du Buccinateur](#))

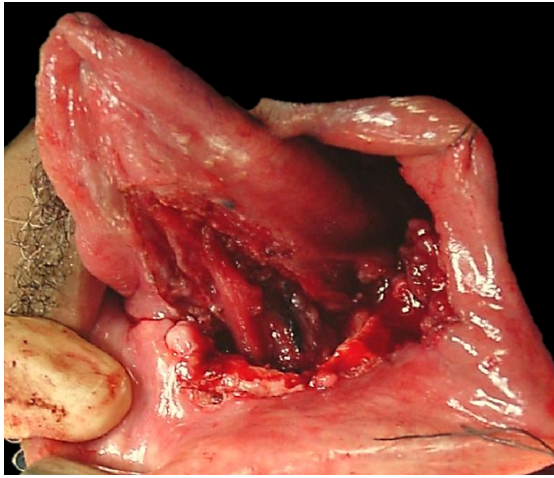


Figure 24a : Défect du plancher à la suite d'une mandibulectomie marginale

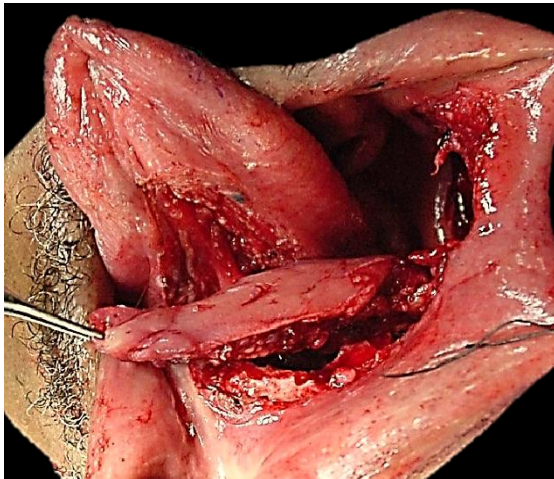


Figure 24b : Lambeau du Buccinateur pédiculés sur l'artère faciale



Figure 24c : Lambeau du Buccinateur pour la reconstruction d'un défaut après exérèse d'une lésion maligne du plancher avec mandibulectomie marginale

Lambeau du Grand Pectoral : Ce lambeau volet n'est utilisé que si les autres énumérés ci-dessus ne sont pas disponibles. (Voir le chapitre : [Lambeau du Grand Pectoral](#))

Lambeau antébrachial radial : Il est fréquemment le choix pour la réparation du plancher buccal car mince et souple. Un lambeau ostéocutané peut être utilisé comme greffe pour des défauts causés par les mandibulectomie marginales « placé en onlay » (Figure 25a, b) (Voir le chapitre: [Lambeau antébrachial radial](#))

Lambeau antéro-latérale de cuisse : le muscle prélevé avec le lambeau peut être adapté en fonction du volume de la lésion. Toutefois, il est moins souple que le lambeau antébrachial radial et ne convient pour la reconstruction orale qu'aux patients aux cuisses minces. (Figure 26) (Voir le chapitre: [Lambeau antéro-latérale de cuisse](#))

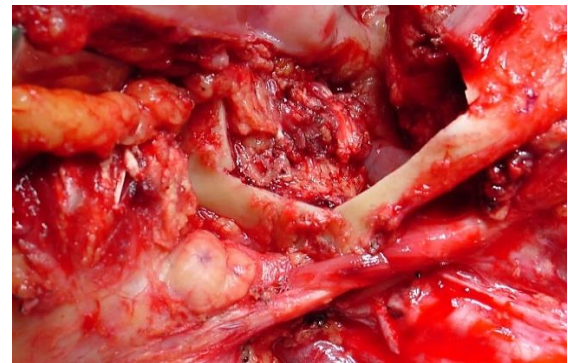


Figure 25a : Perte de substance après mandibulectomie marginale

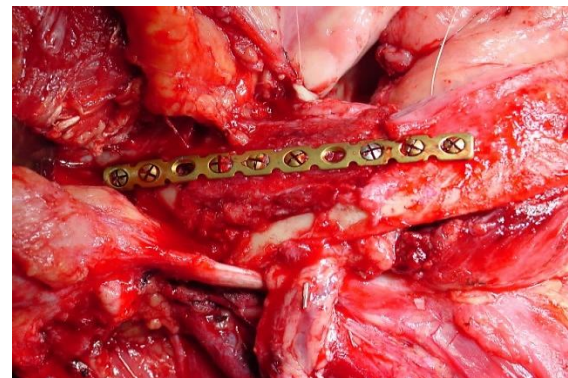


Figure 25b : Lambeau ostéocutané placé en onlay



Figure 26 : Lambeau libre Antérolatéral de la cuisse utilisée pour le plancher latéral et la langue

Lambeau du péroné : C'est le cheval de bataille de la reconstruction mandibulaire après une mandibulectomie segmentaire. Il peut aussi être utilisé comme un lambeau en onlay. Il est adapté aux implants dentaires (Figure 27 a, b). (Voir le chapitre: [Le lambeau libre de fibula](#))



Figure 27a : Résection du plancher buccal pour une tumeur maligne des glandes salivaires accessoires

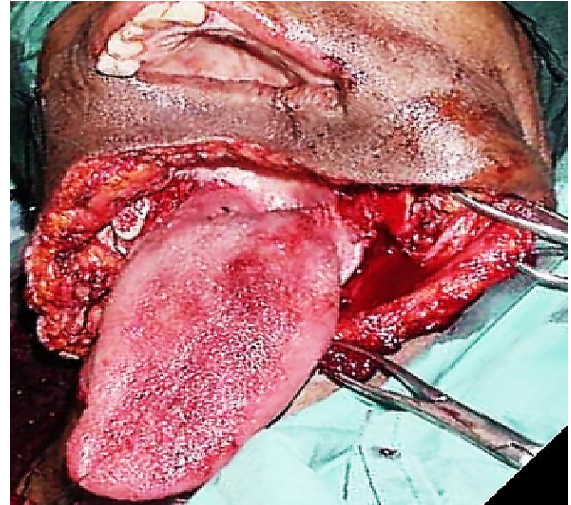


Figure 27b : Notez l'absence de corps mandibulaire et du plancher buccal



Figure 27c : Reconstruction mandibulaire par un lambeau libre du péroné



Figure 28a : Pose d'implants dentaires après un lambeau libre du péroné pour combler une mandibulectomie segmentaire



Figure 28b : Appareil dentaire placé au-dessus des implants

Reconstruction par plaque de Titanium :

Bien qu'il puisse être utilisé pour remplacer la mandibule, il est sujet à des extrusions à la fois à l'intérieur de la bouche et à travers la peau (Figure 29).

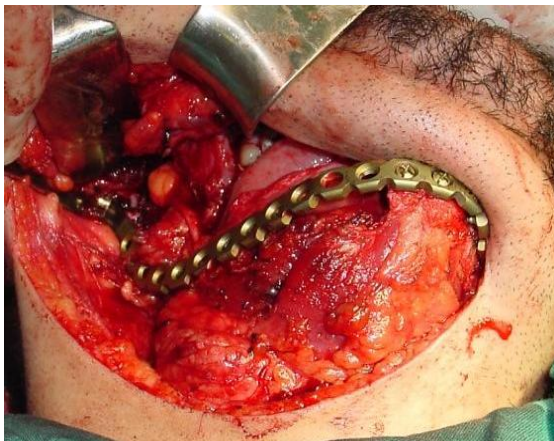


Figure 29 : Reconstruction par une plaque de Titanium

Observations finales

La résection de tumeurs du plancher buccal est difficile en particulier en ce qui concerne la conservation des fonctions buccales. L'équipe chirurgicale doit maîtriser un large éventail de techniques de reconstruction de manière à assurer les meilleurs résultats fonctionnels et esthétiques.

Références

1. Brown JS, Lowe D, Kalavrezos N, D'Souza J, Magennis P, Woolgar J. Patterns of invasion and routes of tumor entry into the mandible by oral squamous cell carcinoma. *Head Neck*. 2002; 24(4):370-83
2. Shaw RJ, Brown JS, Woolgar JA, Lowe D, Rogers SN, Vaughan ED. The influence of the pattern of mandibular invasion on recurrence and survival in oral squamous cell carcinoma. *Head Neck J Sci Spec Head Neck*. 2004; 26(10):861-9
3. Rao LP, Das SR, Mathews A, Naik BR, Chacko E, Pandey M. Mandibular invasion in oral squamous cell carcinoma: investigation by clinical examination and orthopantomogram. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004;33(5):454-7
4. Acton CHC, Layt C, Gwynne R, Cooke R, Seaton D. Investigative modalities of mandibular invasion by squamous cell carcinoma. *Laryngoscope*. 2000; 110 (12):2050-5
5. Brown JS, Browne RM. Factors influencing the patterns of invasion of the mandible by oral squamous cell carcinoma. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1995;24(6):417-26
6. Genden EM, Rinaldo A, Jacobson A, et al. Management of mandibular invasion: When is a marginal mandibulectomy appropriate? *Oral Oncol*. 2005; 41(8):776-82
7. Deleyiannis F, Dunkleberger J, Lee E, Gastman B, Lai S, Ferris R, Myers EN, Johnson J. Reconstruction of the marginal mandibulectomy defect: an update. *Am J Otolaryngol Head Neck Med Surg*. 2007; 28 (6): 363-6

Lignes directrices de pratique clinique de l'AfHNS pour les cancers de la bouche dans les pays en développement et les milieux à ressources limitées

<https://developingworldheadandneckcancerguidelines.com/cancer-of-the-oral-cavity/>

Comment citer ce chapitre

Fagan JJ, Viljoen G. (2012). Resection of floor of mouth cancers. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Resection%20of%20floor%20of%20mouth%20cancers.pdf>

Traduction française

Fiche traduite sous la direction et la validation du Collège Français d'ORL et chirurgie de la face et du cou et de la Société Française d'ORL

Evelyne Siga Diom MBBhB, FCORL
Maître assistant
Service d'Otorhinolaryngologie et de Chirurgie cervico-faciale
Université Cheikh Anta DIOP de Dakar
Dakar, Sénégal
evelynediom@yahoo.com

Auteur

Gerrit Viljoen MBChB, FCORL, MMed
Resident
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
dr.gerrit.viljoen@gmail.com

Auteur et rédacteur en chef

Johan Fagan MBChB, FCS (ORL), MMed
Professeure émérite et ancienne présidente
Service d'Otorhinolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale
Université de Cape Town
Le Cap, Afrique du Sud
johannes.fagan@uct.ac.za

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD &
NECK OPERATIVE SURGERY**

www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\) johannes.fagan@uct.ac.za](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za) is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/)

