

Le lambeau myo-muqueux du Buccinateur est un lambeau pédiculé sur les artères faciale et /ou buccale. Il s'agit d'un lambeau flexible et pratique, bien adapté à la reconstruction des défauts de tissus mous : de la cloison nasale, de la cavité buccale et de l'oropharynx. Contrairement à la plupart des lambeaux libres qui fournissent de la peau, le lambeau myo-muqueux apporte de la muqueuse. Ce qui est plus adéquat dans la cavité buccale, l'oropharynx et le nez. Le site donneur peut généralement se fermer sans déformation ou cicatrisation disgracieuse. Le lambeau est d'environ 5 mm d'épaisseur, et comprend la muqueuse buccale, la sous-muqueuse et le muscle buccinateur, avec les vaisseaux nourriciers.

Anatomie utile

Le muscle buccinateur

Le muscle buccinateur est un muscle quadrilatère mince, situé dans la joue. Il part des faces externes des processus alvéolaires du maxillaire et de la mandibule. En arrière, il part du raphé ptérygo-mandibulaire. En avant, il s'insère dans le muscle orbiculaire des lèvres. Latéralement, il a des rapports avec la branche de la mandibule, le masséter et le muscle ptérygoïdien médial, la boule graisseuse de Bichat et le fascia bucco-pharyngé. En dedans, il est recouvert par la sous-muqueuse et la muqueuse de la joue. Il fait partie du système de sphincter pharyngo-bucco-orbiculaire et facilite les fonctions de siffler, sucer, de propulser la nourriture après la mastication et enfin la de vidange la cavité buccale.

Vascularisation du muscle buccinateur : plexus vasculaire (Figure 1)

Les artères buccales, faciales et alvéolaires postéro-supérieures vascularisent le lambeau du Buccinateur. Ces artères forment

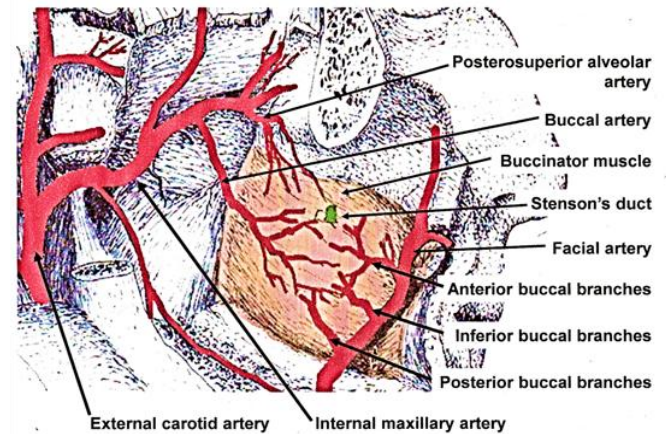


Figure 1 : Apport vasculaire : Plexus vasculaire du muscle buccinateur

un plexus vasculaire anastomotique étendu sur la face latérale du muscle et à l'intérieur de ses fibres.

L'artère faciale crochète le bord inférieur de la mandibule au niveau du bord antérieur du muscle masséter et fournit de nombreuses branches au muscle buccinateur, dont la plus importante est l'artère buccale postérieure qui approvisionne la moitié postérieure du muscle. L'artère faciale donne également 1 à 3 branches buccales inférieures pour vasculariser la moitié inférieure du muscle, puis se poursuit en avant et en haut pour donner 3 à 5 petites branches buccales antérieures destinées à la moitié antérieure du muscle. *L'artère alvéolaire postéro-supérieure* est une branche de l'artère maxillaire interne, elle donne 2 petites branches qui pénètrent dans le muscle au niveau de sa partie postéro-supérieure. *L'artère sous-orbitaire* donne quelques branches à la partie antéro-supérieure du muscle. *Le drainage veineux* se fait par le plexus ptérygoïdien et la veine maxillaire interne. Il se situe en arrière, à la partie supérieure et superficielle du muscle buccinateur et se jette dans la veine buccale par l'intermédiaire de la veine faciale profonde. En avant, la veine

faciale profonde se jette dans la veine faciale.

Innervation

L'innervation sensitive de la muqueuse se fait par le nerf buccal, une branche de la division maxillaire du nerf trijumeau, qui chemine avec la branche vestibulaire de l'artère maxillaire interne. L'innervation motrice du muscle buccinateur est faite via des branches de division temporale et cervicale du nerf facial, latéralement dans la graisse de Bichat.

Le canal de Sténon

Le canal parotidien traverse le muscle buccinateur en regard de la deuxième molaire supérieure, légèrement au-dessus du centre du muscle, et devrait être identifié et préservé en décollant le lambeau.

Le décollement du lambeau

Un lambeau de 7x5 cm peut être prélevé. Il est limité en haut et en arrière par le canal de la parotide, en avant par la commissure buccale et en arrière par le raphé ptérygo-mandibulaire. Il peut avoir une base ***arrière*** basée sur ***l'artère buccale, ou en avant (artère faciale) ou vers le haut (artère faciale).***

Bien que non nécessaire, un Doppler de poche peut être utilisé pour cartographier l'artère faciale et l'artère buccale avant de décoller le lambeau (*Figure 2*). Si le Doppler n'est pas utilisé, il faut que les premières incisions soient faites de façon à ne pas séparer les vaisseaux du lambeau.

L'incision de la muqueuse buccale et du muscle buccinateur se fait au niveau du fascia bucco-pharyngé, et le lambeau est décollé d'avant en arrière. Le lambeau est décollé dans un plan lâche aréolaire situé

entre le muscle buccinateur et le fascia bucco-pharyngé.



Figure 2 : Identification du trajet des vaisseaux grâce à une sonde de Doppler de poche

L'artère sur laquelle le lambeau sera basé est identifiée ; et la dissection se fait entre l'artère et le fascia bucco-pharyngé en direction de l'origine du vaisseau à l'aide de ciseaux à disséquer. (Le vaisseau est toujours contrôlé) (*Figures 3, 4*). La préservation de l'aponévrose bucco-pharyngée prévient les hernies de la graisse de Bichat et évite les blessures des branches du nerf facial. Les saignements mineurs sont coagulés par électrocoagulation au bipolaire.

La rotation du lambeau permet de combler les défauts de tissu mou. La muqueuse et le muscle ne sont généralement pas séparés là où le lambeau est pédiculé. Cependant le pédicule peut être isolé pour faciliter la rotation, et la création d'un ***"îlot myo-muqueux neuro-vasculaire pédiculé du buccinateur"***.

Si le pédicule doit traverser l'os alvéolaire pour atteindre le plancher buccal, il ne faut pas l'interposer entre les molaires car, avec la mastication il y a un risque de le blesser. Dans ces cas, certaines dents peuvent être extraites pour créer un espace pour le pédicule. Autrement un lambeau en îlot peut être créé, ou enfin le pédicule vasculaire

peut être lié après un délai de quelques semaines. En raison de l'élasticité de la muqueuse buccale, le site donneur peut généralement être fermé avec des sutures absorbables en Vicryl.

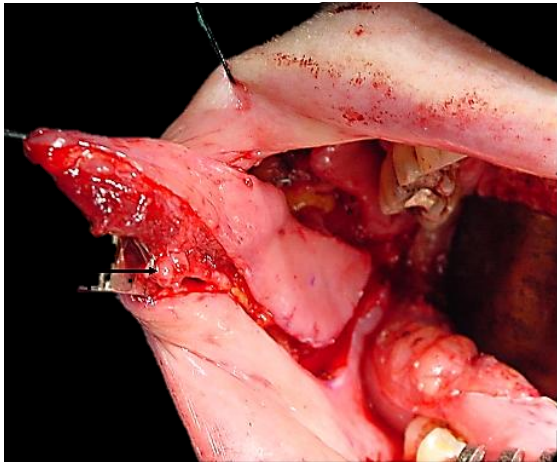


Figure 3 : Le décollement du lambeau débute après l'identification de l'artère (flèche noire)

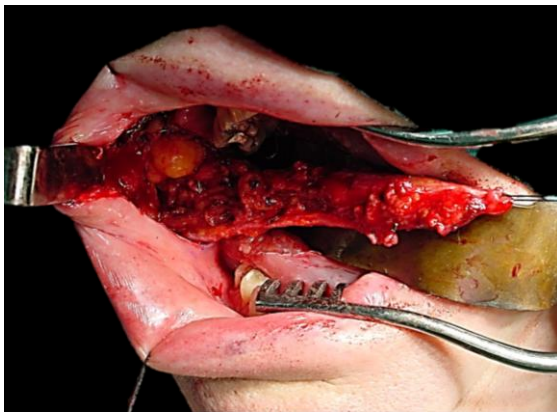


Figure 4 : Décollement du lambeau en maintenant l'artère en vue

Lambeau du Buccinateur basé en arrière ou à charnière postérieure

Ce lambeau peut être 'tourné' pour reconstruire les défauts de l'oropharynx (palais mou, base de la langue, les loges amygdaliennes), plancher buccal latéral et le bord latéral de la langue. Il est dépend en arrière de *l'artère buccale* et du plexus veineux buccal (Figure 5).

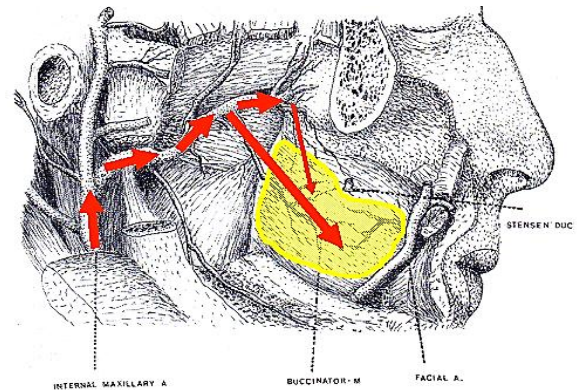


Figure 5 : Vascularisation du lambeau du buccinateur à charnière postérieure

Une fois le trajet de l'artère buccale identifié avec le Doppler à ultrasons, la muqueuse buccale et le muscle buccinateur sont incisés jusqu'au niveau du fascia buccopharyngé. Le lambeau est décollé d'avant en arrière jusqu'au raphé ptérygo-mandibulaire où le paquet vasculo-nerveux pénètre dans le lambeau. La muqueuse à l'extrémité postérieure du lambeau peut être disséquée à partir du muscle sous-jacent et être libérée de son insertion au niveau du raphé ptérygo-mandibulaire. Elle peut être passée à travers un court tunnel sous le ligament ptérygo-mandibulaire.

Le lambeau du Buccinateur à charnière antérieure

Le lambeau basé en antérieur est adapté à la reconstruction des défauts de tissu mou de la région alvéolaire inférieure, du plancher buccal latéral et antérieur, de la langue mobile et de la lèvre inférieure (Figure 6). Il est pédiculé en antéro-inférieur sur les branches buccales inférieures et postérieures de l'artère faciale (Figure 7).

Il est ainsi essentiel *que l'artère faciale soit conservée* lors des curages cervicaux au niveau 1b. Cela nécessite la dissection et la ligature des branches de l'artère faciale destinées à la glande sous-maxillaire (Figure 8).

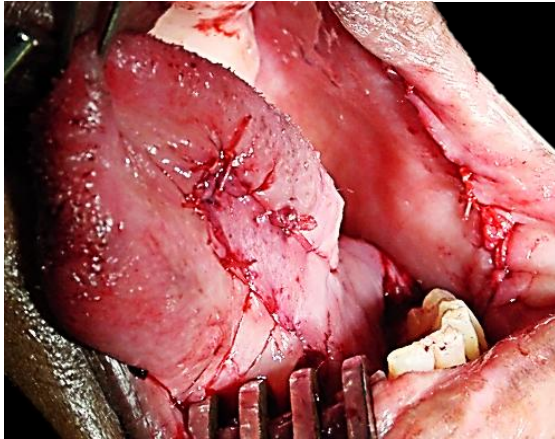


Figure 6 : Lambeau destiné à la reconstruction du plancher buccal antérieur

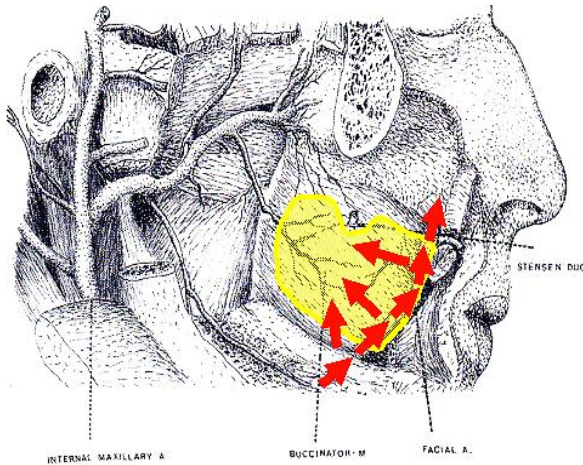


Figure 7 : Vascularisation du lambeau du buccinateur à charnière antérieure

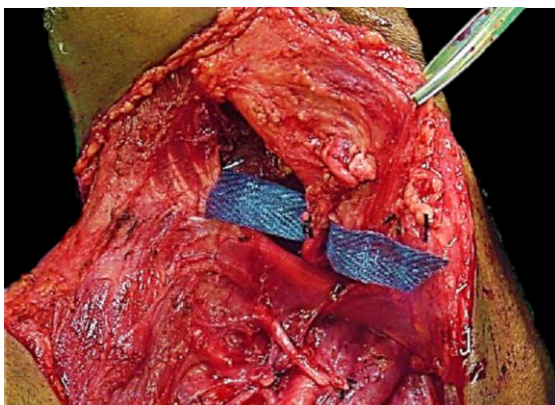


Figure 8 : Préservation de l'artère faciale au cours d'un curage cervical au niveau 1

La muqueuse et le muscle buccinateur sont incisés juste en arrière (environ 1cm) de la

commisure buccale et l'artère faciale est identifiée dans la joue. L'artère est ligaturée et sectionnée en haut. La dissection continue dans un plan latéral au vaisseau, de manière à ce que le lambeau soit décollé d'avant en arrière et de haut en bas.

Le lambeau du Buccinateur à charnière supérieure

Il s'agit d'un lambeau de flux inverse pédiculé sur l'artère faciale et ses branches buccales antérieures (Figure 9).

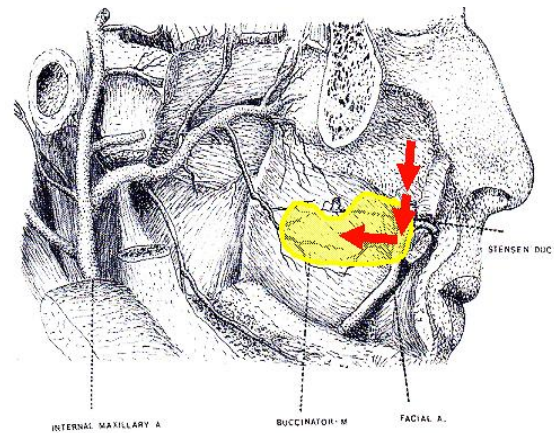


Figure 9 : Vascularisation du lambeau du Buccinateur à charnière supérieure

Il peut être utilisé pour les pertes de substance de tissu mou de la voûte palatine et de l'os alvéolaire supérieur (Figure 10 a), y compris les fistules ou communications oroantrales et oronasales, ainsi que pour les défauts du septum nasal.

La dissection est débutée à l'extrémité antérieure /inférieure du lambeau où l'artère faciale est identifiée et ligaturée ; le lambeau est ensuite décollé vers le haut, et enfin suturé avec du Vicryl au niveau du défaut. Si le défaut de la zone donneuse ne peut être complètement fermé, il est alors laissé tel quel. (Figures 10b-d).

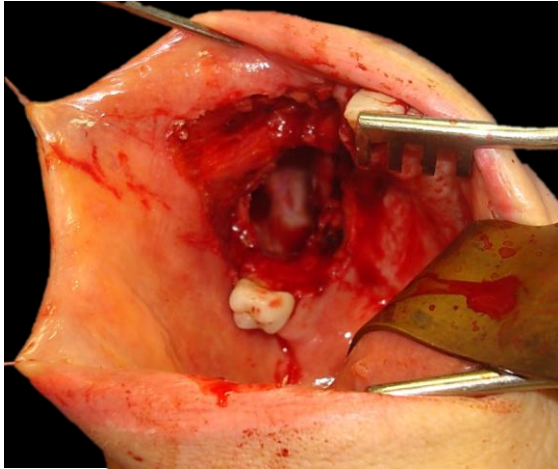


Figure 10a : Défect ou communication bucco-antrale après exérèse de l'os alvéolaire

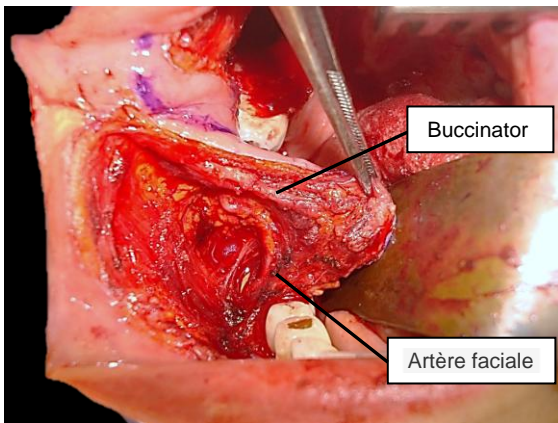


Figure 10b : Décollement du lambeau après le repérage de l'artère faciale avec le Doppler (ligne violette)

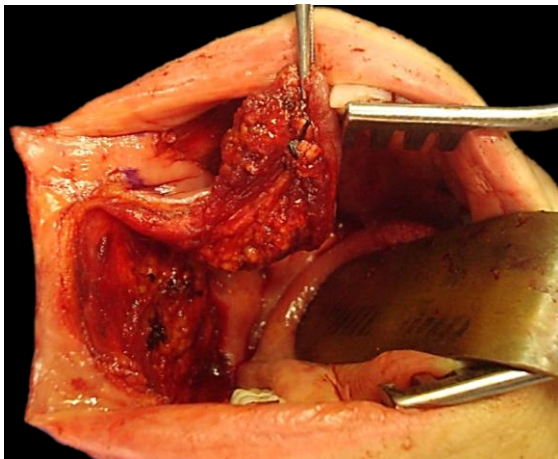


Figure 10c : Lambeau à charnière supérieure ; l'artère faciale est liée au ras de la mandibule

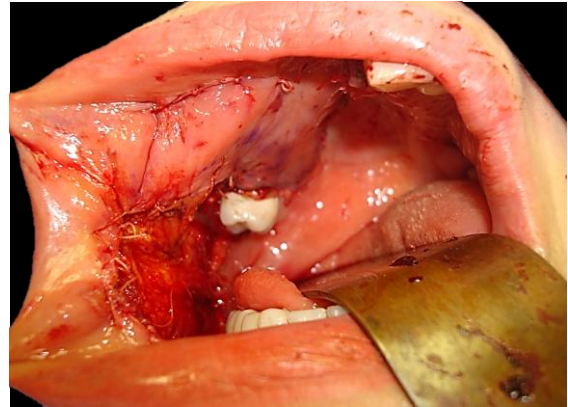


Figure 10d : Lambeau du buccinateur qui comble une communication bucco-sinusienne

Avantages de l'utilisation d'un lambeau du buccinateur

Le lambeau du Buccinateur est un lambeau pratique qui peut être utilisé pour reconstruire de nombreux défauts. Il est très fiable, simple et rapide à faire. Il remplace de la muqueuse avec de la muqueuse et est donc plus compatible et mieux adapté que d'autres lambeaux apportant de la peau. Il y a peu de complications survenant au niveau du site donneur. Remarquablement malléable, il peut être étiré pour se conformer à des défauts de forme complexe. C'est une excellente alternative aux lambeaux libres de l'avant-bras pour la reconstruction des petites et moyennes pertes de substance de la cavité buccale et de l'oropharynx (Figures 11a-c, 12).



Figure 11a : Perte de substance de la cavité buccale après pelvi-mandibulectomie

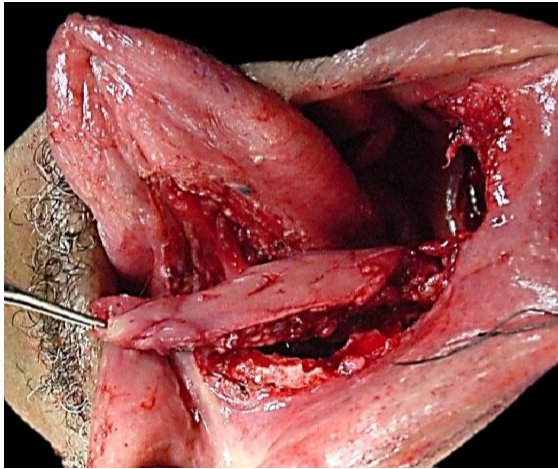


Figure 13a : Cancer épidermoïde de la lèvre inférieure



Figures 11b, c : Mise en place du lambeau

Figure 13b : Lambeau d'avant-bras radial libre plié avec une bande de lambeau de buccinateur posée sur un lambeau de profondeur pour reconstruire le vermillon

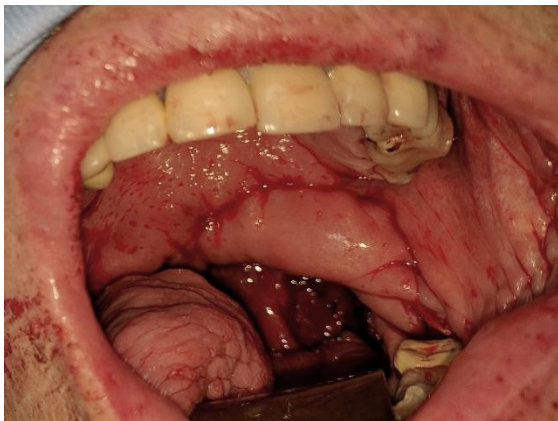


Figure 12 : Défaut du palais mou et de la fosse des amygdales reconstruit avec le rabat du buccinateur

Référence utile

Van Lierop A, Fagan JJ. Buccinator myomucosal flap: Clinical results and review of anatomy, surgical technique and applications. *J Laryngol Otol*, 2008;122: 181-7

Comment citer ce chapitre

Fagan JJ. (2025). Buccinator myomucosal flap. 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/Buccinator%20myomucosal%20flap-1.pdf>

Les figures 13a et b illustrent l'utilisation de la texture et de la couleur de la muqueuse buccale pour reconstruire le vermillon.

Autres lambeaux décrits dans *The Open Access Atlas of Otolaryngology Head & Neck Operative Surgery*

- [Le lambeau de muscle grand pectoral](#)
- [Lambeaux de reconstruction cervico-faciale](#)
- [Lambeau fasciocutaneous deltopectoral et cervico-adeltopectoral](#)
- [Le lambeau de la boule graisseuse de bicha](#)
- [Le lambeau myo-muqueux du buccinateur](#)
- [Lambeau naso-genien pour la reconstruction bucco-pharyngée](#)
- [Lambeau de muscle temporal](#)
- [Reconstruction cervicofaciale par le lambeau sous-mental en ilot](#)
- [Le lambeau supraclaviculaire en reconstruction cervicofaciale](#)
- [Lambeaux de trapèze supérieur et inférieur](#)
- [Le lambeau de grand dorsal pour la reconstruction cervicofaciale](#)
- [Technique chirurgicale du lambeau frontal paramédian pour la reconstruction nasale](#)
- [Lambeaux locaux pour la reconstruction faciale](#)
- [Lambeau libre antébrachial: Technique chirurgicale](#)
- [Le lambeau antérolatéral de cuisse](#)
- [Le lambeau de grand droit de l'abdomen](#)
- [Le lambeau libre de fibula](#)
- [Le lambeau de pointe scapulaire vascularisé par l'artère thoraco-dorsale](#)
- [Gracilis microvascular flap](#)
- [Medial sural artery perforator flap](#)
- [Lambeaux libres dans la chirurgie réparatrice de la tête et du cou – technique d'anastomose micro-vasculaire](#)

Traduction

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

Auteur et rédacteur en chef

Johan Fagan MBChB, FCS (ORL), MMed
Emeritus Professor and Past Chair
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
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](#)

