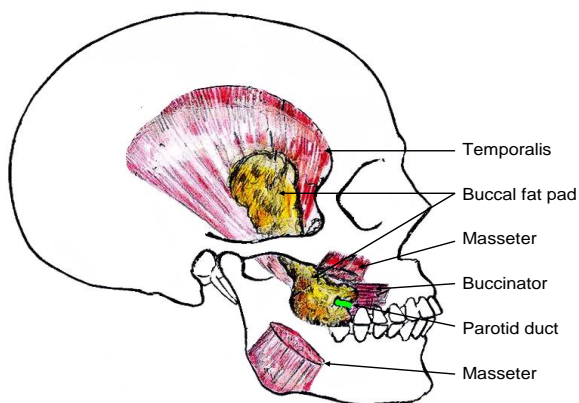


Le corpus adiposum buccae est un lambeau axial qui peut être utilisé pour combler les pertes de substances de petite et de moyenne taille des tissus mous et osseux du palais, ainsi que les défauts de la muqueuse buccale et alvéolaire supérieure et inférieure. Il est facilement repérable car il fait souvent hernie dans le champ opératoire au cours des chirurgies de la région ptérygo-maxillaire.

Anatomie utile

Corpus adiposum buccae

Le corpus adipeux de la joue (*Figure 1*) est une masse encapsulée de tissu adipeux spécialisé, dont le volume varie tout au long de la vie. Elle est distincte de la graisse sous-cutanée (*Figure 2*). Elle remplit les espaces profonds et agit comme un tampon de glissement lorsque les muscles de la mastication et de la mimique se contractent, et comme un coussinet pour des structures importantes contre les forces générées par la contraction musculaire.



Adapted from http://en.wikipedia.org/wiki/Buccal_fat_pad

Figure 1: Le corps adipeux de la joue

Le canal parotidien longe la face latérale du corps graisseux avant de le pénétrer, puis il traverse le muscle buccinateur avant de déboucher dans la cavité orale (*Figure 1*). Il est fixé par six ligaments à

l'os maxillaire, à la partie postérieure du zygoma, aux bords interne et externe de la fissure sous-orbitaire, au tendon du muscle temporal et à la membrane du buccinateur.

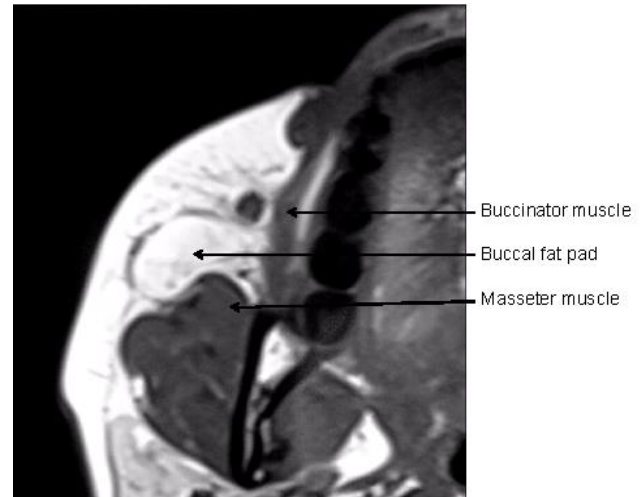


Figure 2: Coupe axiale IRM illustrant la relation anatomique du corps adipeux buccal avec les muscles masséter et buccinateur

Le corpus adipeux buccal a un **corps** et **quatre prolongements**. Le corps se trouve en arrière de l'arcade zygomatique. Le **corps** est divisé en **3 lobes antérieur -, intermédiaire et postérieur**; les ligaments et les vaisseaux nourriciers sont en relation avec la structure des enveloppes lobaires. **Le lobe antérieur** est situé en dessous de l'arcade zygomatique, et s'étend à l'avant du muscle buccinateur, de l'os maxillaire, de l'espace profond du muscle carré de la lèvre supérieure et du muscle grand zygomatique. Le muscle canin provient du trou sous-orbitaire et passe à travers la partie médiane du lobe antérieur. Le canal parotidien passe à travers la partie postérieure de la graisse et la veine faciale antérieure traverse le bord antéro-inférieur. Le lobe antérieur englobe les vaisseaux et le nerf sous-orbitaires qui abordent ensemble le canal infra-orbitaire. Les branches du nerf facial cheminent sur la

face externe de la capsule du corps adipeux. Le lobe **intermédiaire** est situé autour et à l'intérieur du lobe postérieur, de la partie latérale du maxillaire et du lobe antérieur. Il a une structure de type membraneux avec un tissu adipeux fin chez les adultes, alors qu'il est plus volumineux chez les enfants. Le lobe **postérieur** est situé dans les espaces de mastication et les régions voisines. Il s'étend en haut à la fissure infra orbitaire et entoure le muscle temporal, en bas il s'étend au bord supérieur du corps mandibulaire, et en arrière au bord antérieur du tendon temporal et au ramus. Il forme ainsi les processus buccal, ptérygo-palatin et temporal. Les **Quatre processus ou prolongements** (buccal, ptérygoïdien superficiel et temporal profond) s'étendent du corps aux espaces voisins, tels que les fosses ptérygo et infratemporale.

Vascularisation

Le corps adipeux buccal est un lambeau axial. L'artère faciale, l'artère transverse de la face, l'artère maxillaire interne et leurs branches d'anastomose pénètrent la graisse pour former un plexus vasculaire sous-capsulaire (Figures 3 et 4).

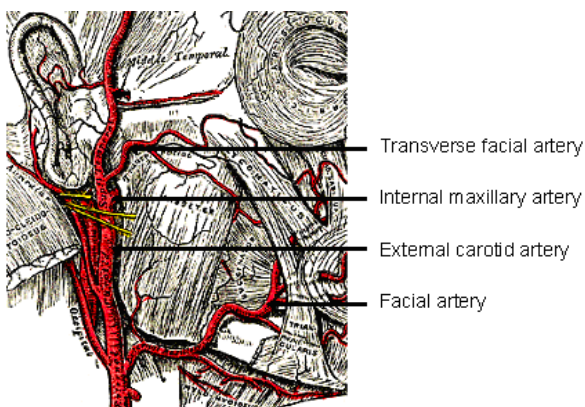


Figure 3: Vascularisation de la boule graisseuse de Bichat

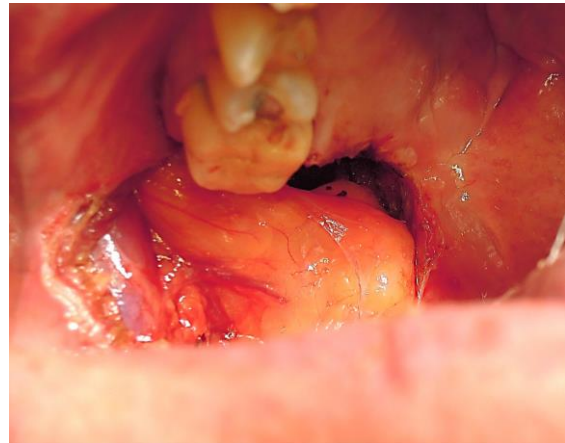


Figure 4: Il faut noter la vascularisation nettement visible du lambeau

Indications

- Reconstruction de défauts tissulaire ou osseux congénitaux ou acquis dans la cavité buccale, de petite ou de moyenne taille (<5cm). Cela comprend les communications oro-nasale et oro-antrale après extraction dentaire; les pertes de substance après chirurgie d'exérèse tumorale ou après exérèse de leucoplasie ou de fibrose sous muqueuse; et les fentes palatines primaires et secondaires (Figure 5)

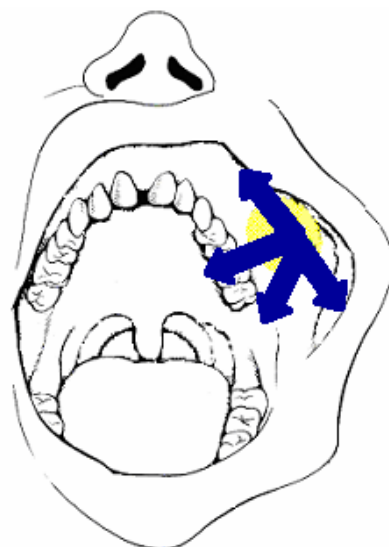


Figure 5: Le lambeau graisseux buccal peut être pivoté afin de combler divers défauts

- Recouvrement de zones dénudées de l'os maxillaire et mandibulaire ou de lambeaux et de greffes osseuses exposées
- Alternative ou moyen de soutien éventuel en cas d'échec de lambeaux d'avancement dans la cavité buccale, des lambeaux palatins de rotation ou de transposition ; des lambeaux de la langue ou nasolabial et des lambeaux libres de l'avant-bras ou lambeau chinois

Etapes chirurgicales

- La chirurgie peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale
- Trois approches (*Figure 6*)
- Inciser la muqueuse buccale à 1cm en dessous de l'ostium du canal parotidien (Méthode Matarasso)
- Inciser en arrière de l'ostium du canal de la parotide (Méthode de Stuzin)
- Inciser dans le sillon gingivobuccal
- Couper à travers le muscle buccinateur par diathermie et disséquer sans crainte jusqu'à la découverte de la graisse buccale
- Inciser la capsule mince de la boule graisseuse de Bichat

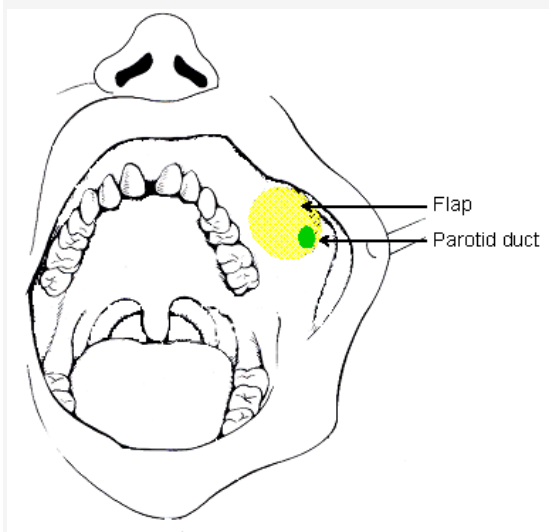


Figure 6: Position du corps adipeux par rapport au conduit de la parotide

- Libérer délicatement le volume requis de tissu adipeux par une traction avec de légers va-et-vient, afin de ne pas perturber l'afflux sanguin et de ne pas dévasculariser le lambeau (*Figure 7*)

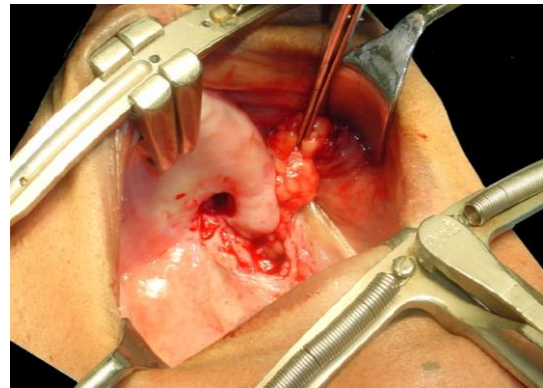


Figure 7: Libération avec précaution de la graisse après incision de la capsule

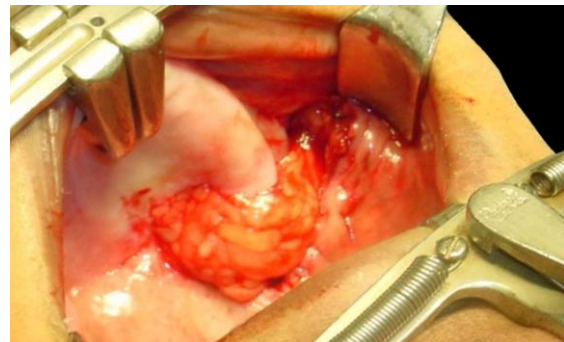


Figure 8: Lambeau couvrant un défaut oronasal

- Evitez les blessures des branches inférieures de l'artère faciale pour le buccinateur de manière à prévenir un hématome
- Aviver les berges du défaut
- Mettre en place le lambeau graisseux au niveau du défaut et le fixer par des sutures résorbables (*Figures 8 et 9*)
- Recouvrir le lambeau avec de la muqueuse, si possible (*Figure 9*)
- Attendre l'épithélialisation du lambeau qui se produit habituellement au bout d'un mois (*Figure 10*)

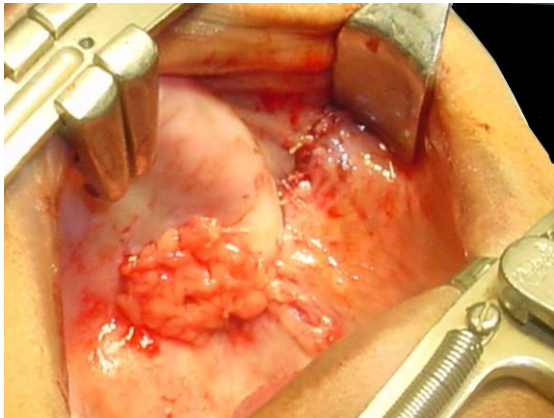


Figure 9: Suture du lambeau et recouvrement du pédicule par-delà muqueuse



Figure 10: Lambeau avec régénération de la muqueuse un mois environ après l'opération

Complications

Les complications se produisent rarement, et peuvent comporter une nécrose partielle et une cicatrisation excessive. Les volumineux lambeaux utilisés pour les défauts buccaux peuvent être à l'origine de fibrose et de trismus.

Résumé

Le lambeau de la boule graisseuse de Bichat est simple, fiable pour la réparation des petits et moyens défauts oraux. Il détient une riche vascularisation et a pour effet une morbidité réduite du site donneur.

Exemple Clinique

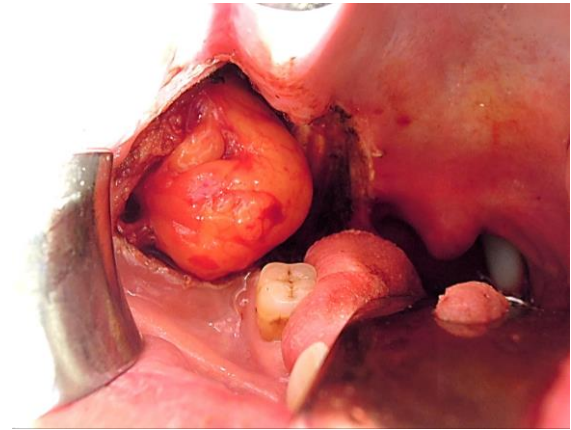


Figure 11: lambeau de la graisse de Bichat jouxtant un défaut interalvéolaire

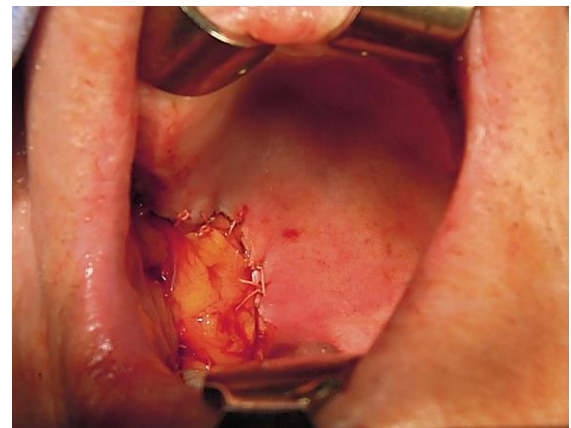


Figure 12: Perte de substance comblé par un lambeau graisseux buccal

Auteur et rédacteur en chef

Johan Fagan MBChB, FCORL, MMed
 Professeur et Chef de Chaire
 Service d'Otorhinolaryngologie et de
 chirurgie cervico-faciale
 Université de Cape Town
 Le Cap
 Afrique du Sud
johannes.fagan@uct.ac.za

Traduction française

Evelyne Diom MBBhB, FCORL
 Maître assistant
 Service d'Otorhinolaryngologie et de
 Chirurgie cervico-faciale

Université Cheikh Anta DIOP de Dakar
Dakar
Sénégal
evelynediom@yahoo.com

***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 is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)