

Oreilles

L'otoplastie pour oreilles décollées chez l'enfant et l'adulte : comment choisir entre techniques classiques et techniques mini-invasives ?

RÉSUMÉ : Dans cet article, nous allons apprendre à analyser les oreilles décollées et comprendre comment choisir entre les différentes techniques qui sont à notre disposition en 2020. Les 3 anomalies de l'oreille décollée sont : le défaut de plicature de l'anthélix, le valgus de la conque, associé parfois à une hypertrophie de la conque, et le valgus du lobe. Ces 3 éléments sont plus ou moins associés et le trait le plus fréquent est le défaut de plicature de l'anthélix.

L'otoplastie classique se réalise par voie postérieure et implique des points de suture et/ou un râpage antérieur, alors que l'otoplastie mini-invasive se fait par voie antérieure avec un implant de Nitinol (Earfold). Chaque technique a des avantages et des inconvénients, il faut bien les comprendre pour conseiller au mieux ses patients.



A. MARCHAC

Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, reconstruction auriculaire, chirurgie et médecine esthétique, PARIS.

En 2020, il existe à ma connaissance 6 grandes méthodes pour corriger les oreilles décollées : le modelage néonatal (de 0 à 6 semaines de vie, *neonatal molding*) [1] puis, à partir de 6-7 ans, le râpage antérieur (*anterior scoring*, Stenström, 1963) [2], les incisions transcartilagineuses (*cartilage tubing*, Converse, 1955) [3], les points de suture postérieurs (*posterior anthelical sutures and conchal sutures*, Mustardé pour l'anthélix, 1960, Furnas pour la conque, 1968) [4, 5], les fils de suture transcartilagineux sans incision (*incisionless otoplasty*, Fritsch, 1995) [6] et finalement l'implant Earfold (Kang, 2016) [7].

L'oreille est un peu comme le nez : il existe de nombreuses variantes d'oreilles décollées et il faut souvent adapter sa technique chirurgicale. La première étape pour progresser en otoplastie est donc d'analyser avec méthode le problème posé par le

patient : de quelle forme d'oreille décollée s'agit-il ? La deuxième est de déterminer la technique la plus adaptée dans ce cas précis : puis-je proposer une technique mini-invasive (fils ou Earfold) à mon patient ou bien dois-je lui proposer une otoplastie plus complexe, type Mustardé ou Stenström ? La troisième est de dérouler son plan de traitement avec précision. Et il y a enfin la quatrième étape du temps postopératoire où, dans mon expérience, des conseils simples issus des neurosciences améliorent significativement la perception du résultat.

L'analyse préopératoire des oreilles décollées

1. Analyse psychologique

Je commence toujours l'analyse clinique par une évaluation psychologique du

Oreilles

retentissement des oreilles décollées dans la vie du patient. J'ai participé au développement du module francophone du EarQ (module oreille du FaceQ) [8] mais la longueur du questionnaire le rend difficilement utilisable en pratique clinique libérale. Depuis 4 ans, j'utilise un questionnaire pratique et court en 5 items avec une échelle de Likert en 5 points, inspiré du questionnaire d'Utrecht sur la rhinoplastie [9], qui me permet de savoir rapidement si le retentissement psychologique exprimé par le patient est discordant par rapport à l'anomalie de l'oreille.

Je suis particulièrement vigilant aux patients qui disent être "vraiment beaucoup" gênés par leurs oreilles dans leurs relations amoureuses et dans leur vie professionnelle, car cela indique généralement un *body dysmorphic disorder* (BDD). Comme pour la rhinoplastie, la consultation d'otoplastie, surtout chez les patients adultes, comporte un taux élevé de BDD. Constantian rapporte qu'en rhinoplastie, le taux de satisfaction postopératoire des patients BDD est de 6 % [10]. Dans mon expérience, c'est tout à fait identique en otoplastie. J'évite donc d'opérer ces patients car ils sont rarement satisfaits à long terme du résultat. Tout l'enjeu de la consultation est alors de les adresser à un psychanalyste. Je leur fais prendre conscience de la discordance entre leur plainte et l'anomalie de l'oreille, j'utilise les photos, les mesures, le questionnaire et nous parlons longtemps. C'est clairement une partie difficile dans l'activité d'otoplastie.

Par ailleurs, on dit un peu trop facilement que la motivation pour une otoplastie vient forcément des moqueries des autres enfants à l'école, elle vient aussi souvent des parents qui ne supportent pas d'avoir un enfant avec des oreilles décollées. Lorsque je vois un enfant pour une otoplastie, j'observe attentivement la relation parent-enfant et je recherche des signes de toxicité parentale. Il faut être particulièrement vigilant lorsque l'on rencontre des enfants de 5-6 ans,

Jade a 6 ans et demi, c'est une ravissante petite fille en robe à fleurs, elle a des oreilles décollées avec un défaut de plicature de l'anthélix, sans hypertrophie de conque ni valgus du lobe, une forme bilatérale et simple. Elle entre dans mon cabinet, tirée par sa maman, elle aussi jolie femme, très apprêtée, la quarantaine oisive. La maman me tend le questionnaire d'évaluation psychologique qu'elle a rempli elle-même, parce que Jade "n'était pas capable de répondre aux questions". Elle a indiqué que ces oreilles ont un 0 sur 10 (très laides) et qu'elle est "vraiment gênée" (5/5) à toutes les questions posées. Comme toujours, je parle directement à l'enfant en ignorant volontairement les parents, mais Jade reste mutique et sa maman répond à toutes mes questions :

- "Jade, peux-tu me montrer dans le miroir comment tu voudrais que soient tes oreilles ?
- Eh bien Docteur, voyons, bien collées contre le crâne, pour que l'on ne les voit plus, je pensais que vous étiez un spécialiste ! On vient de loin, vous savez !
 - Jade, tes oreilles te gênent-elles ?
 - Non mais, Docteur, qu'est-ce que c'est que cette question, bien sûr que ça la gêne ! Depuis qu'elle est née, tout le monde voit bien qu'elle a des oreilles comme un singe. Ma mère l'a vu tout de suite à la maternité. Elle a dit que cela venait certainement de mon mari, il y a des idiots de son côté. C'est forcément génétique, n'est-ce pas Docteur ?
 - Jade, depuis quand es-tu gênée par tes oreilles ?
 - Oh elle n'en parle pas trop mais nous, on attend cette consultation depuis des années, je ne supporte plus de la voir comme cela, elle souffre beaucoup la petite, il faut faire quelque chose Docteur et vite. Elle va avoir 7 ans en août. Avez-vous de la place en juillet ? Ce n'est pas grave si elle ne se baigne pas cet été, pourvu que ses oreilles soient recollées."

très jeunes, car ce sont souvent les parents qui poussent à la chirurgie. Cela ne signifie pas que l'on refusera de les opérer, mais il faut être particulièrement vigilant car ce type de parent est généralement très intolérant aux imperfections et exigera une reprise chirurgicale alors que l'enfant est très heureux du résultat.

L'histoire de Jade (voir encadré) est un exemple parmi d'autres de toxicité parentale. Il s'agit d'une authentique forme de maltraitance infantile qui fait le lit des BDD [11]. Chercher le souvenir de cette maltraitance chez les patients adultes discordants est souvent la clef pour leur faire prendre conscience de la part psychologique dans leur problème et les amener à consulter un psychanalyste.

2. Analyse morphologique : de quelle forme d'oreille décollée s'agit-il ?

Les 3 anomalies de l'oreille décollée sont : le défaut de plicature de l'anthélix, le valgus de la conque, associé parfois à une hypertrophie de la conque, et le valgus du lobe. Ces 3 éléments sont plus ou moins associés et le trait le plus fréquent est le défaut de plicature de l'anthélix. Dans 70 % des cas, le défaut de plicature de l'anthélix est le seul élément

de l'oreille décollée [12]. Il faut aussi se méfier des anomalies du scapha et de l'hélix qui n'apparaissent pas lorsque l'oreille est dépliée.

>>> Le défaut de plicature de l'anthélix

La distance hélix-mastoïde (HM) est, dans mon expérience, une manière simple d'évaluer et de suivre une otoplastie. Il faut une règle métallique d'écolier de 20 ou 25 cm démarant à 0. On se place face au patient et on place la règle contre la mastoïde (**fig. 1**). On

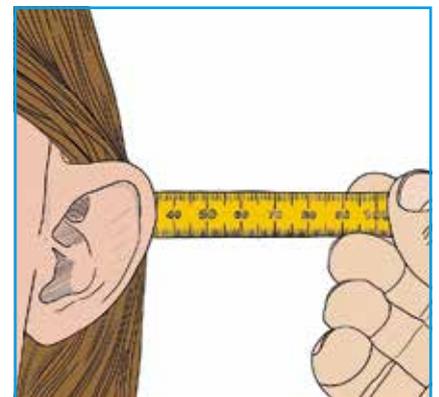


Fig. 1 : La mesure de la distance hélix-mastoïde est une façon simple d'évaluer le degré de décollement des oreilles. La normale est de 18 à 25 mm. Elle peut servir à mesurer de manière objective le résultat d'une otoplastie.

mesure la plus grande distance de projection, habituellement au niveau du tubercule de Darwin, c'est-à-dire au tiers supérieur de l'oreille. La normale est de 18 à 25 mm [12]. Une fois l'oreille à taille adulte, vers 7-8 ans, cette distance est fixe au cours de la vie. On raconte parfois que certaines oreilles se recollent toutes seules, ce qui est inexact car la distance hélix-mastoïde ne change pas. En revanche, le reste du visage grandit à l'adolescence et l'oreille paraît proportionnellement moins décollée. On trouve souvent de petites asymétries entre les 2 côtés, 29 mm à droite et 31 mm à gauche par exemple, et je le souligne bien au patient, car il est rarement au fait des asymétries préexistantes.

>>> Le valgus du mur postérieur de conque

La profondeur du mur postérieur de conque est une autre mesure intéressante. On place la règle dans la conque et l'on mesure la distance jusqu'à l'anthélix. Un mur postérieur de conque mesure normalement 10 à 12 mm. De 12 à 20 mm, on peut corriger le valgus par des points de Furnas. Au-delà de 20 mm, c'est une véritable hypertrophie de la conque et j'ajoute une excision de cartilage de la base du mur postérieur de conque.

>>> L'hypertrophie du scapha et de l'hélix

L'hypertrophie du scapha et de l'hélix entre dans le cadre des macroties et j'utilise une méthode spécifique, qui s'inspire du lambeau d'Antia-Buch. Il est important de les diagnostiquer avant de faire une otoplastie classique, car si l'on plie l'anthélix alors que le scapha est trop large (au-delà de 7 mm de large), l'oreille prendra une forme dysharmonieuse. On ne peut pas combiner une réduction de scapha (abord antérieur) à une otoplastie par voie postérieure car le risque d'ischémie de l'hélix est trop élevé. Dans ces situations, je procède en deux temps ou bien je combine un Earfold et une réduction de scapha/hélix par voie antérieure.

>>> Le valgus du lobe

Le valgus du lobe est simple à mesurer grâce à la règle d'écolier placée en regard du lobe. La distance de projection doit être identique à celle souhaitée pour l'hélix, autour de 18-20 mm.

>>> La souplesse du cartilage et l'épaisseur de la peau

Le cartilage des oreilles est plus ou moins souple et cela va influencer la facilité avec laquelle l'anthélix se pliera sous l'effet du râpage antérieur, des points de suture ou du clip Earfold. Le râpage antérieur utilise l'effet Gibson, qui postule que l'affaiblissement du périchondre antérieur provoque une plicature dans le sens opposé, par contraction du périchondre postérieur. Plus le cartilage est souple, plus le pli sera important. Les points de suture auront moins de risque de lâcher si le cartilage est souple. Chez l'homme adulte, le cartilage est souvent très rigide et il faut fragiliser celui-ci en regard de l'anthélix pour qu'il se plie plus facilement. On peut faire cela par voie antérieure (râpage à la râpe de Stenström), par voie postérieure (râpage à la lame 15) ou bien par une douzaine de perforations à l'aiguille de 21 G.

L'épaisseur de la peau est importante à évaluer, surtout si on veut utiliser

l'implant Earfold. Il faut éviter cette technique si la peau antérieure est très fine ou si elle a été abimée par une intervention préalable (râpage antérieur en particulier).

>>> Photographie des oreilles

Je prends des photos de tous mes patients (face, oblique, profil, vue postérieure) avec un objectif portrait (85 à 100 mm) et je les montre aux patients lors de la consultation. Ils sont souvent surpris par l'apparence de leurs oreilles, qui ne correspond pas à ce qu'ils voient sur leurs selfies. Comme pour la rhinoplastie, les objectifs des smartphones entraînent une déformation optique (anamorphose du visage) qui affecte les oreilles. Sur la photo de face, je leur montre les petites asymétries préexistantes, en particulier les tubercules de Darwin qui se voient plus lorsque l'anthélix est plié (fig. 2).

>>> Simulation avec le Prefold

L'un des éléments les plus intéressants du système Earfold est la possibilité de simuler le résultat d'une plicature de l'anthélix avec le Prefold lors de la consultation. Je fais toujours ce test en consultation, car on voit alors immédiatement si la correction est harmonieuse ou non. Les patients peuvent voir leur oreille recollée et il y a alors souvent une adhésion



Fig. 2A : Les asymétries sont fréquentes au niveau des oreilles. À droite, la patiente a un petit tubercule de Darwin sur l'hélix et le lobe est plus projeté que le gauche. **B :** résultat après une otoplastie par points de suture. Les petites asymétries préopératoires ne peuvent pas toutes être corrigées et il faut en avertir les patients.

Oreilles

immédiate. Dans le cas contraire, je fais formuler au patient ce qui manque : une conque à recoller, un lobe, un hélix trop grand. Certains patients ont une bonne idée de ce qui embellirait leur visage, alors que d'autres en sont incapables. Je fais particulièrement attention avec ce dernier type de patients, il faut redoubler de pédagogie car ils sont très sensibles aux critiques extérieures.

La simulation est très proche du résultat final, avec une marge d'erreur de 1 mm, et je peux donc m'engager avec confiance sur le résultat obtenu, ce qui n'est pas le cas avec les autres méthodes d'otoplastie.

>>> Oreille décollée ou oreille désaxée ?

Ces dernières années, j'ai compris que ce n'est pas seulement le degré de décollement qui importe, mais aussi – et peut-être même surtout – l'axe de l'oreille. Pour être harmonieuse par rapport au reste du visage, une oreille doit être parallèle au grand axe de la joue. Certains patients ont une distance hélix-mastoïde de 20 mm, c'est-à-dire dans la normale, mais l'axe de l'oreille diverge par rapport au grand axe de la joue (qui correspond au ramus mandibulaire) et ce n'est pas harmonieux. À l'inverse, on peut avoir une oreille tout à fait harmonieuse à 26 mm, à condition que l'axe soit parallèle à la joue. Il est plus important de réaxer les oreilles que de les recoller. La photographie de face est très utile pour analyser l'axe de l'oreille par rapport à celui des joues.

Quelle technique chirurgicale choisir ?

Dans la majorité des cas, je propose à mes patients soit une otoplastie avec des points de suture (Mustardé + Furnas), soit une otoplastie Earfold. Dans de rares cas, il m'arrive d'utiliser le râpage antérieur ou les fils de suture transfixiants. En 2019, l'implant Earfold a représenté 59 % des indications d'otoplastie, les sutures 35 % et des techniques diverses 6 %.

Beaucoup de mes collègues sont très à l'aise avec le râpage antérieur de Stenström mais, si le râpage est trop agressif, cette technique peut endommager le cartilage de manière irréversible et on ne contrôle pas précisément le degré de correction. De la même façon, à force de voir des complications d'otoplasties, j'évite la technique du tube (Converse, 2 incisions transfixiantes parallèles de part et d'autre de l'anthélix), car les déformations peuvent être très visibles et irréversibles, avec le bord du cartilage saillant sous la peau.

L'otoplastie à points de suture (Mustardé) est versatile, on peut donner une forme très précise à l'oreille, mais le risque principal réside dans la détente précoce de la plicature par lâchage des points. Ce risque est élevé et frustrant (10 à 20 % selon les séries), mais je préfère devoir remettre un point de suture que d'être dans l'impossibilité de corriger une face antérieure abimée. Lorsque le cartilage est très rigide et que je prévois une otoplastie avec des points de suture, je combine sutures postérieures et affaiblissement du cartilage. Cela peut se faire par un râpage antérieur (cette combinaison a été décrite par Francesconi en 1982) ou bien par une dizaine de perforations du cartilage à l'aiguille 21 G.

J'utilise Earfold depuis mai 2016, j'ai opéré 689 patients (mai 2016-août 2020)

et, dans mon expérience, le taux de complication avec cette technique est inférieur à celui de la technique de suture. À ce jour, j'ai eu 1 infection précoce ayant nécessité l'ablation de l'implant, 1 extrusion d'implant à J+ 21 (l'implant a bougé lorsque le patient a aplati l'oreille pour la nettoyer), 1 cas de douleurs chroniques et 9 cas où les patients jugeaient l'implant trop visible. Je n'ai pas encore vu apparaître de complications tardives, en particulier un affinement de la peau en regard de l'implant. Cette technique est mini-invasive (5 minutes sous anesthésie locale), précise (la marge d'erreur entre la simulation et le résultat final est de l'ordre du millimètre) et réversible (l'ablation de l'implant est simple et n'abîme pas le cartilage).

En fonction de la simulation avec le Prefold, je choisirais donc soit une otoplastie avec des points de suture, soit une technique mini-invasive Earfold.

1. L'otoplastie avec des points de suture (stitch otoplasty)

L'otoplastie avec des points de suture est une méthode inspirée des techniques de Mustardé et Furnas. On peut replier un anthélix de bas en haut, corriger un valgus de conque et un valgus de lobe (fig. 3).

Chez les petits enfants, l'opération se déroule sous anesthésie générale, et sous



Fig. 3A : Cette petite fille de 8 ans a un petit défaut de plicature de l'anthélix et surtout un valgus de la conque. Le test avec le Prefold ne donnait pas une forme harmonieuse à l'oreille et nous avons donc réalisé une otoplastie avec des points de suture. **B :** résultat à 1 an d'une otoplastie par points de suture, 3 points sur l'anthélix et 2 points de Furnas pour la conque.



Retrouvez la vidéo relative à cet article :

– à partir du flashcode* suivant



– en suivant le lien :

<https://www.realites-chirplastique.com/videotheque/stitch-otoplasty/>

* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.

sédation intraveineuse chez les adolescents et les adultes. Elle dure de 20 à 30 minutes par côté, selon le nombre d'éléments à corriger. Comme pour une rhinoplastie, j'infiltrerai l'oreille avec 2 cc de xylocaïne adrénalinée 1 % avec une aiguille 30 G, sans ballonner. Il y a une vieille règle qui contre-indique la xylocaïne adrénalinée au niveau de l'oreille mais, lors de mon fellowship, Françoise Firmin m'a appris que cela n'est pas vrai et je n'ai jamais vu de nécrose, même lorsque j'infiltrerai les deux faces simultanément [13].

Voici les points clefs de la technique des points de suture :

>>> Prendre les mesures hélix-mastoïde des deux côtés.

>>> Exciser un fuseau de peau étroit (moins de 5 mm), pour diminuer le risque de cicatrice hypertrophique.

>>> Décoller la peau dans le plan sous-cutané et non pas dans le plan sous-périchondral, pour laisser un maximum de tissus mous adhérent au cartilage.

>>> Exposer le muscle rétro-auriculaire, le désinsérer et le préserver.

>>> Fragiliser la face postérieure de l'anthélix par un râpage non transfixiant à la lame 15.

>>> Placer de 2 à 3 points en U de Prolène 4/0 incolore pour plier l'anthélix de façon harmonieuse.

>>> Couper soi-même les fils de suture et faire coulisser le nœud pour qu'il soit bien enfoui au centre de l'anthélix.

>>> Si besoin, corriger le valgus de la conque par 2 points de Prolène 4/0 incolore entre le mur postérieur de conque et le fascia mastoïdien.

>>> Réinsérer le muscle rétro-auriculaire au Monocryl 4/0. Il assure une protection contre l'extrusion des fils et sert de hauban pour éviter une détente secondaire.

>>> Si besoin, corriger le valgus du lobe. Commencer par un point de Prolène 4/0 incolore entre la fin de l'anthélix et la conque, et si besoin compléter par une excision des parties molles de la face postérieure du lobe.

>>> À la fin de l'intervention, vérifier la mesure hélix-mastoïde, qui doit être entre 17 et 20 mm habituellement, vérifier que tous les éléments de l'oreille sont bien dans le même plan (de haut en bas, hélix, anthélix et lobe doivent se placer sur une ligne droite) et bien parallèles à la joue.

>>> Suturer la peau en deux plans pour diminuer le risque de cicatrice hypertrophique.

>>> Après avoir fait l'autre côté, s'assurer de la symétrie entre les oreilles.

>>> Faire un pansement casque modelant non compressif. Tous les patients sont en ambulatoire et sont revus le lendemain au cabinet pour enlever le pansement et le remplacer par un bandeau non compressif et des compresses non tissées.

2. L'otoplastie avec l'implant Earfold

Earfold est un clip de Nitinol, un alliage titane-nickel ayant des propriétés super-élastiques, inventé par Norbert Kang, un collègue anglais. Il a été utilisé 7 ans au Royaume-Uni puis a été racheté par Allergan en 2016. Pour l'instant, il est uniquement disponible en Europe. Le Nitinol est utilisé dans les stents cardiaques, les arcs dentaires et de nombreuses autres applications médicales. Il n'y a pas d'allergies décrites au Nitinol et ce métal peut se plier et se déplier des millions de fois sans casser. Earfold a une forme de fer à cheval et, placé sur l'anthélix, va se plier plus ou moins, en fonction de la résistance du cartilage. La correction obtenue avec Earfold est remarquablement proche de la simulation obtenue en consultation, la marge d'erreur est de 1 mm et il n'y a pas de possibilité de décollement secondaire. Voici les grandes lignes de la technique d'implantation d'Earfold :

>>> Refaire la simulation de correction en plaçant le Prefold sur la peau et choisir précisément l'endroit où placer l'implant. Cet emplacement est généralement situé dans la partie centrale de l'anthélix, sous la division des racines



Retrouvez la vidéo relative à cet article :

– à partir du flashcode* suivant



– en suivant le lien :

<https://www.realites-chirplastique.com/videotheque/earfold/>

* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.

Oreilles

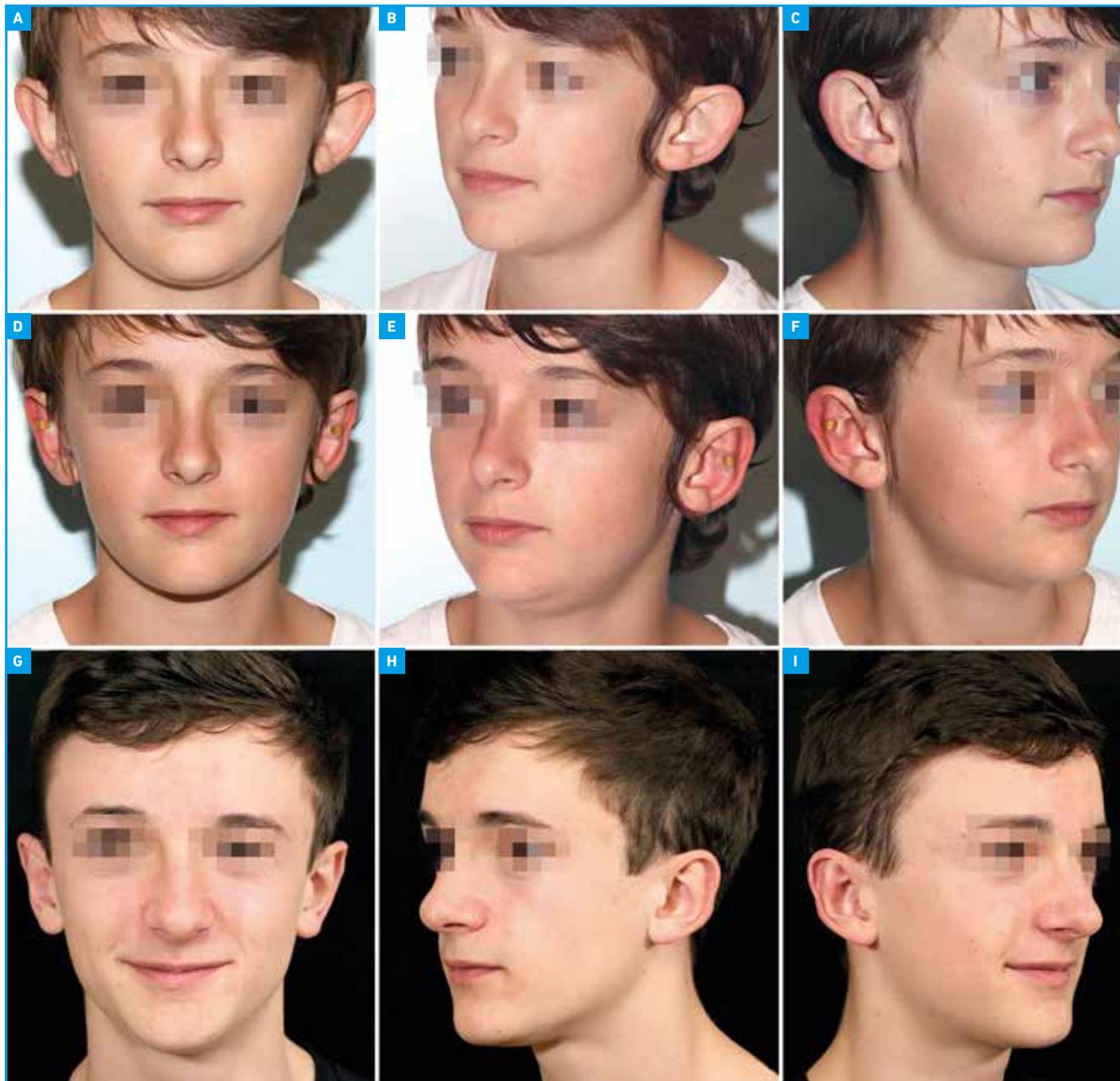


Fig. 4A, B et C : Ce jeune garçon a un défaut de pliquature de l'anthélix avec une asymétrie. **D, E et F :** en positionnant le Prefold plus ou moins haut sur l'anthélix, on peut plier plus ou moins l'anthélix. **G, H et I :** Résultat à 4 ans d'une otoplastie par Earfold.

antérieure et postérieure. Il faut que le Prefold épouse parfaitement l'anthélix. Si ce n'est pas le cas, il se verra (fig. 4).

>>> Effectuer une anesthésie locale avec xylocaïne adrénalinée 1 % tamponnée au bicarbonate, 1 cc à la face antérieure de l'oreille.

>>> Faire une incision de 6 mm au niveau de l'hélix.

>>> Décoller dans le plan sous-périchondral avec le bord le plus large d'un élévateur de Freer (attention au bord tranchant, car on peut aisément transpercer le cartilage).

>>> Mettre en place l'implant sous le périchondre, à l'aide de l'introducteur spécial qui positionne Earfold à plat.

>>> Vérifier que l'implant est parfaitement bien positionné et que l'on ne sent pas ses bords. Si besoin, enlever l'implant et le repositionner.

>>> Faire un point de suture de Vicryl rapide 6/0 (ne pas suturer de façon étanche, car on ne peut pas faire d'hémostase et le sang doit s'évacuer par l'incision).

>>> Placer 3 Steri-Strip fins.

>>> Montrer tout de suite le résultat au patient dans un miroir.

■ Que faire après l'opération ?

1. Pour l'otoplastie avec des points de suture

Les patients bénéficient tous d'une antibioprofylaxie et d'un double nettoyage approfondi des circonvolutions de l'oreille ainsi que du conduit auditif externe. Je préviens toujours les patients du risque de chondrite, mais l'incidence est très faible en pratique clinique. Il faut enlever le pansement le lendemain, car les oreilles gonflent la première nuit et la compression dans le pansement est douloureuse. On met ensuite une fine couche de pommade à l'acide fusidique sur la cicatrice et des compresses non tissées maintenues par un bandeau large et léger, surtout non compressif. Je conseille des bandeaux de course à pied plutôt que les bandeaux de pharmacie, car l'adhésion est meilleure si le bandeau est joli. Les patients doivent porter un bandeau la nuit pendant 6 semaines et pendant la journée s'il y a un risque de retournement accidentel. On fait des mesures hélix-mastoïde à J + 1 puis à 2 mois. Si une oreille se redécolle légèrement, je propose de mettre un point en U transfixiant sous anesthésie locale, ce qui évite de reprendre la cicatrice.

Il faut suivre avec une attention particulière les adolescents, qui peuvent faire des cicatrices chéloïdes 12 à 24 mois après l'intervention.

2. Pour Earfold

Je donne une antibioprofylaxie *per os*. On ne met pas de pansement, des antalgiques palier 2 le soir de l'intervention puis palier 1 pendant 48 h sont prescrits. Les activités professionnelles peuvent reprendre le lendemain, le sport dans les 24 heures. Le patient ne porte pas de bandeau. Il ne faut pas retourner l'oreille pendant 4 semaines pour que le tunnel se referme bien et que l'implant ne risque pas de bouger. On revoit les patients à J + 15 pour enlever les strips.

Je revois les patients tous les ans, pour évaluer l'évolution de l'implant à long terme, et je n'ai pas encore vu apparaître de complications tardives (fig. 4).

Je revois les patients tous les ans, pour évaluer l'évolution de l'implant à long terme, et je n'ai pas encore vu apparaître de complications tardives (fig. 4).

3. Rééducation sensitive précoce

Dans les otoplasties secondaires, on voit souvent des patients opérés il y a de nombreuses années, avec une peau et une cicatrice tout à fait normales, et que l'on ne peut pourtant pas toucher tant ils trouvent cela pénible. Ces patients racontent habituellement une histoire typique avec un pansement gardé longtemps, un bandeau serré et prolongé, et une interdiction de toucher les oreilles pendant des mois.

POINTS FORTS

- La distance hélix-mastoïde est une manière simple d'évaluer et de suivre une otoplastie. La normale est de 18 à 25 mm.
- Pour être harmonieuse par rapport au reste du visage, une oreille doit être parallèle au grand axe de la joue. Il est plus important de réaxer les oreilles que de les recoller.
- Je propose à mes patients soit une otoplastie avec des points de suture (Mustardé + Furnas), soit une otoplastie mini-invasive Earfold.
- L'un des éléments les plus intéressants du système Earfold est la possibilité de simuler le résultat d'une plicature de l'anthélix avec le Prefold lors de la consultation. Je fais toujours ce test, car on voit alors immédiatement si la correction est harmonieuse ou non.
- Après l'opération, une rééducation sensitive précoce est utile pour diminuer les douleurs chroniques et améliorer significativement la perception du résultat.

Par analogie avec la rééducation sensitivomotrice précoce de la chirurgie de la main, qui non seulement lutte contre les adhérences mais prévient aussi l'exclusion du schéma corporel, je demande à tous mes patients de caresser leurs oreilles dès le lendemain de l'opération, face à un miroir, pour retrouver des sensations normales. Je leur explique l'importance de la boucle de feedback (doigt-oreille-yeux-cerveau), la signification de l'homunculus somesthésique dans notre schéma corporel, ainsi que ses changements au cours de la vie (neuroplasticité cérébrale). Je leur demande aussi de se sourire face au miroir et d'avoir des pensées positives. J'ai l'impression très nette que cela aide mes patients à aimer leurs nouvelles oreilles et je ne vois plus de patients se plaignant de douleurs chroniques.

■ Conclusion

En 2020, les techniques d'otoplastie développées par Mustardé et Stenström dans les années 1960 sont toujours d'actualité et il existe également une méthode

Oreilles

mini-invasive, particulièrement intéressante pour les adultes qui ont peur des opérations classiques. Chaque technique a des avantages et des inconvénients et, s'il existe plusieurs techniques, cela signifie qu'aucune n'est parfaite. Dans ce sens, on peut donc dire que l'on n'a pas révolutionné l'otoplastie depuis Mustardé et Stenström, mais nous avons un plus grand panel de solutions techniques à notre disposition. Au-delà de la technique, la prise en charge psychologique et la rééducation sensorielle font partie intégrante du traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- VINCENT PL, VOULLIAUME D, COUDERT A *et al.* Anomalies congénitales de l'oreille externe : traitement néonatal par conformation. *Ann Chir Plast Esthet*, 2019;64:334-343.
- STENSTROM SJ, HEFTNER J. The Stenstrom otoplasty. *Clin Plast Surg*, 1978;5:465-470.
- CONVERSE JM, NIGRO A, WILSON FA *et al.* A technique for surgical correction of lop ears. *Plast Reconstr Surg*, 1955;15:411-418.
- MUSTARDÉ J. The correction of prominent ears using simple mattress sutures. *Plast Reconstr Surg*, 1963;32:486.
- FURNAS DW. Correction of prominent ears by concha-mastoid sutures. *Plast Reconstr Surg*, 1968;42:189.
- FRITSCH MH. Incisionless otoplasty. *Laryngoscope*, 1995;105:1-11.
- KANG NV, KERSTEIN RL. Treatment of prominent ears with an implantable clip system: a pilot study. *Aesthet Surg J*, 2016;36:NP100-116.
- KLASSEN AF, LONGMIRE NM, BULSTRODE NW *et al.* Development of a new patient-reported outcome measure for ear conditions: the EAR-Q. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 2018;6:e1842.
- LOHUIS PJFM, HAKIM S, DUIVESTEIJN W *et al.* Benefits of a short, practical questionnaire to measure subjective perception of nasal appearance after aesthetic rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 2013;132:913e-923e.
- CONSTANTIAN MB. *Childhood Abuse, Body Shame, and Addictive Plastic Surgery: The Face of Trauma*. Routledge; 2018.
- CONSTANTIAN MB, LIN CP. Why some patients are unhappy: part 1. Relationship of preoperative nasal deformity to number of operations and a history of abuse or neglect. *Plast Reconstr Surg*, 2014;134:823-835.
- ALEXANDER KS, STOTT DJ, SIVAKUMAR B *et al.* A morphometric study of the human ear. *Br J Plast Surg*, 2010;64:1-7.
- FIRMIN F, DUSSELDORP JR, MARCHAC A. *Auricular Reconstruction*. Stuttgart: Thieme; 2016.

L'auteur a déclaré recevoir des rémunérations du laboratoire Allergan lors de formations médicales sur la technique Earfold.