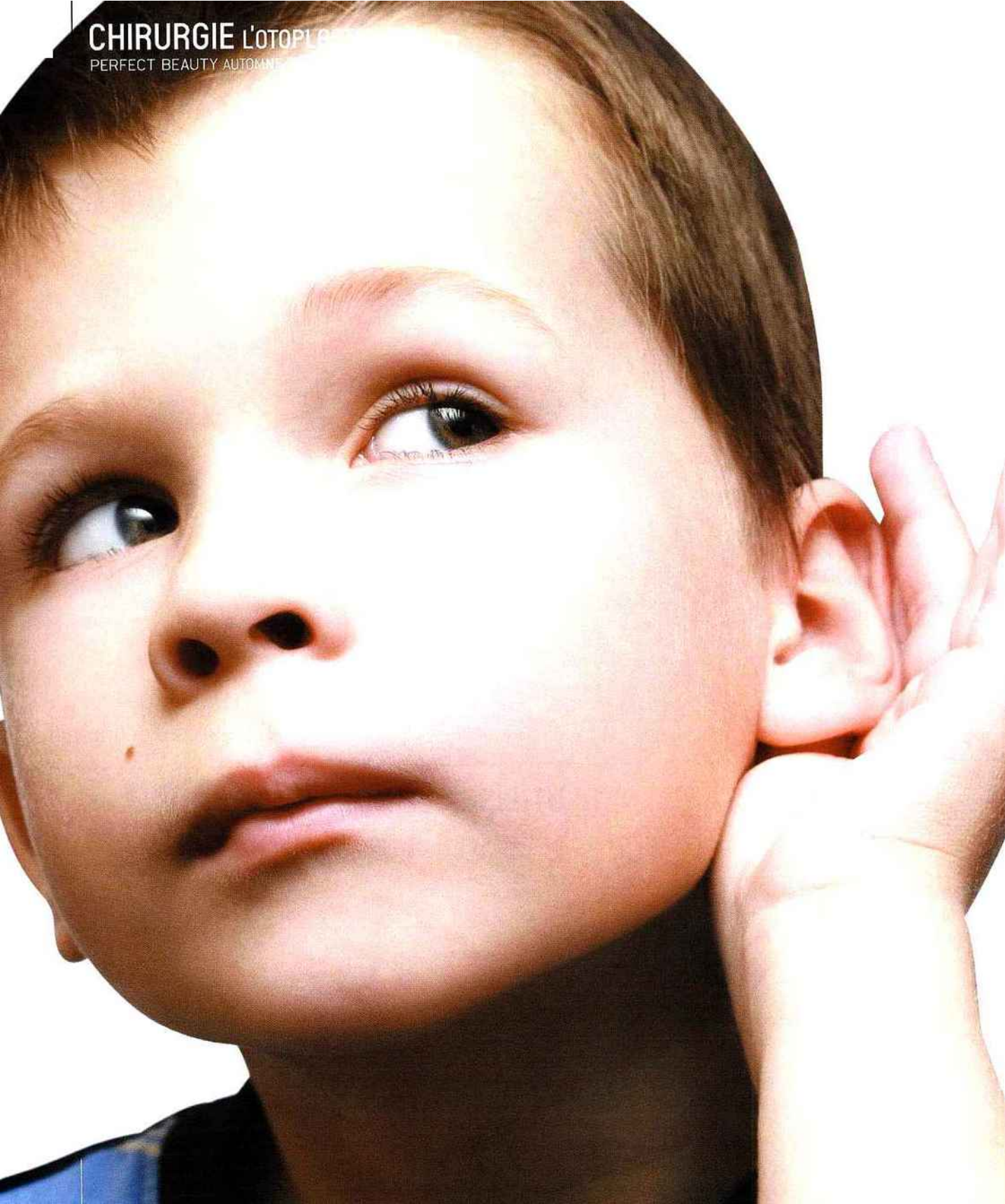




CHIRURGIE L'OTOPLASTIE
PERFECT BEAUTY AUTOMNE 11

La chirurgie plastique des oreilles

LA CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE EST PEU PRATiquÉE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT. Une des seules exceptions : L'OTOPLASTIE, LA CHIRURGIE DES OREILLES DÉCOLLÉES. DÉFAUT mineur mais à l'origine de complexes parfois importants, DE MOQUERIES ET DE SARCASMES, LES OREILLES DÉCOLLÉES SONT LE PLUS SOUVENT OPÉRÉES ENTRE L'ÂGE DE 6-7 ANS ET LA PUBERTÉ. C'EST UNE INTERVENTION COURANTE ET BIEN CODIFIÉE, MÊME S'IL EXISTE UNE MULTITUDE D'APPROCHES.

CENDRINE BARRUYER

Dossier réalisé avec le Dr Laurence **Bénouaiche**, chirurgien plasticien, Institut du visage de l'enfant, hôpital Necker, et les Drs **Bertrand Chrétien-Marquet**, spécialisé en chirurgie plastique pédiatrique, **Gérard Ménager**, ORL, qualifié en chirurgie plastique réparatrice et esthétique, ainsi que les Drs **Rami Selinger** et **Joël Melka**, chirurgiens plasticiens, respectivement présidents 2011 et 2010 de la SOFCEP.

les principales anomalies



après l'opération



avant l'intervention



témoignage entretien



l'opération



glossaire



Les principales anomalies de l'oreille



01 ANATOMIE

L'otoplastie concerne le pavillon de l'oreille ou « oreille externe », qui se subdivise en plusieurs parties.

La conque est la cuvette centrale, qui va du conduit auditif jusqu'au premier pli. **Le scapha** forme la plus grande portion du pavillon : il va de la conque jusqu'au bord de l'oreille et comporte la deuxième plicature de l'oreille ou **anthélix**. **L'hélix** forme la bordure externe qui entoure le pavillon. Enfin, **le lobule** est un petit morceau charnu, un appendice non cartilagineux qui pend à la base de la conque.

02 CAUSES

Pourquoi les oreilles sont-elles décollées, on ne le sait pas. Parfois, le défaut est héréditaire (papa a de grandes oreilles et son fils aussi...). Le plus souvent, aucun autre membre de la famille n'est touché et l'anomalie survient de façon isolée. Le couchage de bébé ou les coiffures (cheveux derrière l'oreille), souvent incriminés, n'y sont pour rien. A priori, il ne sert donc à rien de suivre les conseils des grands-mères qui suggèrent de faire porter un bandeau aux bébés pour éviter que l'oreille se décolle.

03 TROIS DÉFAUTS SOUVENT ASSOCIÉS

L'aspect décollé des oreilles est dû à trois défauts principaux. L'angle formé par l'oreille et le crâne peut être trop ouvert. La conque peut être hypertrophiée (trop grande). Enfin, la plicature de l'anthélix peut être insuffisante, voire inexistante (l'oreille est lisse : au lieu de se rabattre vers l'arrière, elle poursuit la courbure de la conque). La chirurgie permettra de corriger le ou les défauts pour redonner des plis esthétiques au pavillon et rapprocher l'oreille du crâne. Il est exceptionnel que l'on ait besoin de réduire le volume de l'oreille.

04 AUTRES ANOMALIES

Le lobule peut être disharmonieux en raison de sa taille, ou parce que le port récurrent de boucles d'oreilles a modifié son aspect (lobule allongé et amaigri, fendu, cicatrices hypertrophiques dues à un arrachage de boucle). **L'hélix** (bord externe de l'oreille) est parfois mal ourlé. **La microtie** (petite oreille, à peine développée) est une anomalie rare et souvent unilatérale. Dans **la cryptotie** (oreille enfouie), le pavillon est resté sous la peau. Il faut le dégager et le faire ressortir. Il s'intègre parfois dans un syndrome malformatif. Les séquelles d'accidents (morsure, coup de sabot de cheval...) conduisent aussi à demander une otoplastie. Enfin, d'autres anomalies, rarissimes, peuvent toucher l'oreille et son cartilage, comme ces « **fibrochondromes** » (petites boules de cartilage disséminées sur le visage) qui sont des restes embryonnaires du cartilage de l'oreille. Ils peuvent être associés à d'autres anomalies majeures de la face et doivent être pris en charge par des équipes spécialisées.

L'OTOPLASTIE CONSISTE À CORRIGER UNE OREILLE D'ASPECT ANORMAL. L'IMMENSE MAJORITÉ DES OTOPLASTIES SONT RÉALISÉES SUR DES OREILLES DÉCOLLÉES, QUI VONT ÊTRE RAPPROCHÉES DU CRÂNE ET DONT LES PLIS, QUAND ILS SONT INSUFFISANTS, VONT ÊTRE REFORMÉS AFIN D'ABOUTIR À UN RÉSULTAT ESTHÉTIQUE SATISFAISANT.

Avant l'intervention



01 À QUI S'ADRESSER ?

Deux spécialistes sont habilités à pratiquer des otoplasties : les plasticiens, qui réalisent en routine ces interventions simples, et les ORL titulaires d'une formation à l'esthétique ou à la chirurgie cervico-faciale. Certains défauts comme les cryptoties ou les agénésies de l'oreille (absence de pavillon) sont souvent accompagnées d'anomalies de l'oreille moyenne et donc de l'audition, et seront vues en priorité par des ORL. D'autres défauts plus rares sont associés à des malformations majeures de la face et du crâne. Elles doivent être prises en charge par des équipes de chirurgie pédiatrique ou des équipes pluridisciplinaires (neurologie) comme le centre de référence des maladies ORL rares de l'hôpital Trousseau à Paris et ses centres de compétence associés en province, ou encore l'Institut du visage de l'enfant à l'hôpital Necker.

Dr Gérard Ménager, ORL, qualifié en chirurgie plastique réparatrice et esthétique, Versailles.

« Les demandes d'adultes sont rares. Quand un adulte a vécu depuis toujours avec ses oreilles décollées et que subitement il demande à les opérer, cela peut exprimer une fragilité psychologique transitoire, qu'il faudra prendre en considération. Il est important de garder du temps pour le faire parler et connaître sa véritable motivation. »

Dr Bertrand Chrétien-Marquet, spécialisé en chirurgie plastique pédiatrique, Paris.

« L'âge idéal, c'est entre 7 et 11 ans. Parfois, les parents demandent des interventions très précoces (vers 3-4 ans). Il faut savoir leur dire non. Quant à la puberté, ce n'est pas une contre-indication, mais le risque de cicatrisation hypertrophique est probablement plus élevé. »

02 INDICATIONS

Une seule indication est valable : si l'enfant souffre de complexes dus à ses oreilles. Tous les spécialistes s'accordent à dire que la demande doit émaner de l'enfant lui-même et non de son entourage. Chez l'adulte, l'opération est rarement pratiquée, car la majorité des oreilles décollées ont été opérées pendant l'enfance ou l'adolescence. Ceux qui n'ont pas fait appel à la chirurgie sont le plus souvent des personnes que cette petite anomalie n'affecte pas ou peu, et qui préfèrent vivre avec plutôt que de passer au bloc.

Dr Joël Melka,
chirurgien spécialisé
en chirurgie plastique
reconstructrice et
esthétique, Perpignan, et
expert auprès de la cour
d'appel de Montpellier.

« Il y a deux types
de chirurgie : la chirurgie
reconstructrice et réparatrice
qui est prise en charge par la
sécurité sociale, et la chirurgie
esthétique qui n'est pas prise
en charge par la sécurité
sociale. En ce qui concerne
l'otoplastie, cette chirurgie
est prise en charge par la
sécurité sociale, ce qui
sous-entend qu'il n'y a pas
besoin d'appliquer les règles
imposées pour la chirurgie
esthétique. Cependant,
cette opération a une forte
composante esthétique
et à ce titre, et au moins
par précaution, il vaut mieux
respecter le principe de
prudence imposant deux
consultations préalables,
la remise d'un devis et d'un
document informatif sur
l'intervention, ses suites, ses
risques, prendre en compte
la relation bénéfice/risque et
imposer un délai de réflexion
de 15 jours au patient
ou aux parents. »

**Dr Laurence
Benouaiche,**
chirurgien plasticien,
Institut du visage de
l'enfant, hôpital Necker.

« C'est vraiment important
de penser aux cheveux
(coiffure, coupe) avant
l'opération. Parmi toutes les
otoplasties que j'ai réalisées,
une seule infection est
survenue : C'était sur un
enfant qui n'avait pas coupé
ses cheveux. J'avais des
mèches dans le champ
opératoire, c'était
insupportable. »

03 CONTRE-INDICATIONS

Habituellement, on n'opère pas les enfants de moins de 6-7 ans. A la fois parce qu'il vaut mieux attendre que l'oreille ait grandi avant d'intervenir, mais surtout parce que la majorité des demandes surviennent après que l'enfant ait abordé l'école primaire. Les antécédents de cicatrices chéloïdes (bourgeonnantes) suite à une plaie ou à une chirurgie doivent aussi être pris en considération avant de proposer une intervention sur l'oreille.

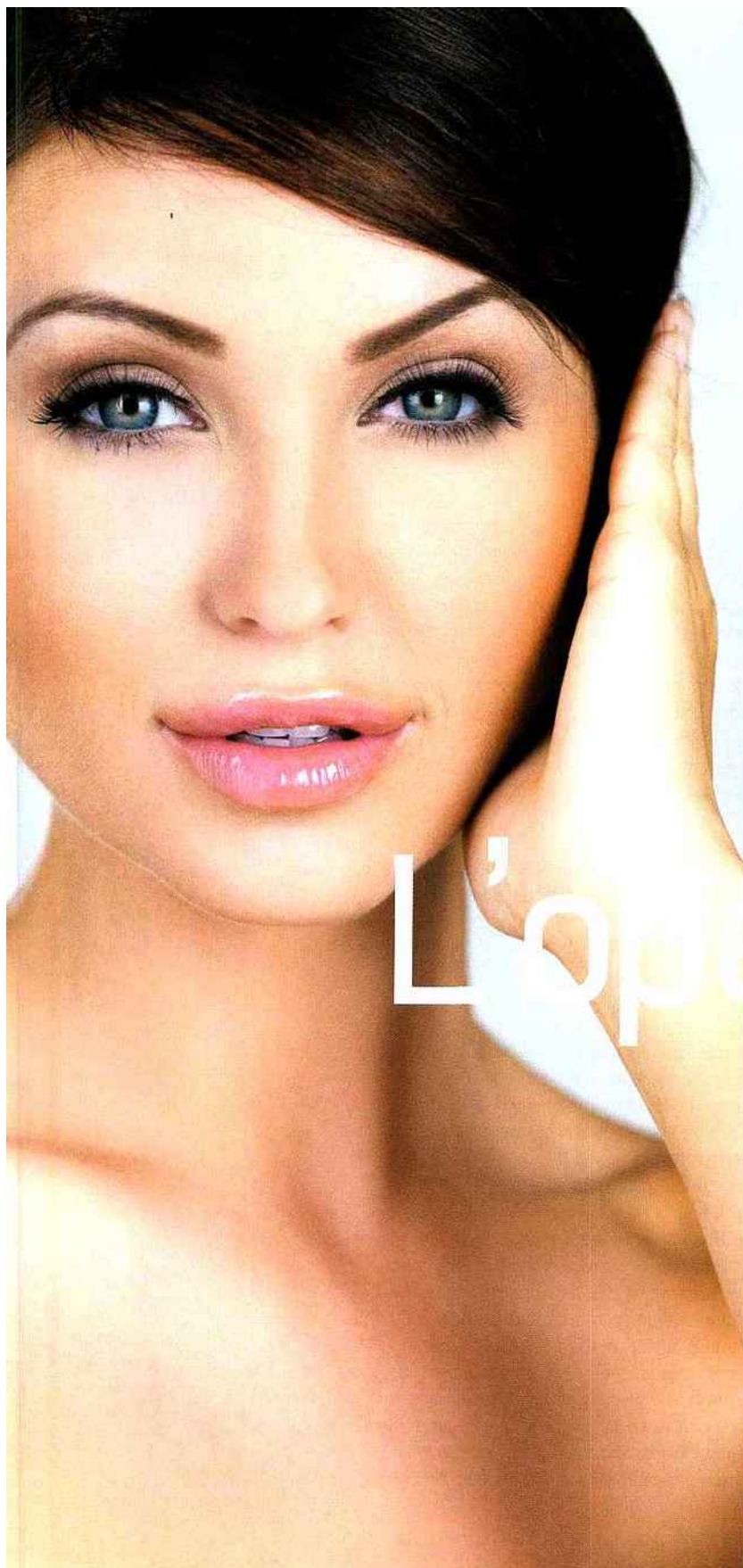
04 LA PREMIÈRE CONSULTATION

Elle se fait en famille avec l'enfant et ses parents. Après avoir écouté la famille et vérifié que la demande émane bien de l'enfant, le praticien réalise des photos (face, côté, arrière). Il explique l'intervention qu'il compte pratiquer, les complications éventuelles et les suites opératoires. Même si cette chirurgie est qualifiée de chirurgie réparatrice en fonction des critères de la sécurité sociale, il faut prendre les précautions imposées pour la chirurgie esthétique, à savoir : deux consultations chez le chirurgien, un délai de réflexion de 15 jours et la signature d'un consentement préalable éclairé qui énonce les possibles complications.

05 LA VEILLE

Laver les cheveux (ils seront de toute façon désinfectés avec une solution antiseptique le jour de l'opération). Si possible, passer chez le coiffeur pour bien dégager les oreilles, ou, pour les filles qui souhaitent conserver leurs cheveux longs, faire une tresse serrée.

Toutes les informations nécessaires sur :
www.chirurgiens-esthetiques-plasticiens.com



Dr Laurence Benouaiche,
chirurgien plasticien,
Institut du visage de
l'enfant, hôpital Necker.

*« Ce sont les enfants
qui décident du mode
d'anesthésie ; la générale
est souvent préférée,
parce que 45 mn ou plus
pendant lesquelles on entend
les bruits, on sent qu'on
vous opère, c'est long pour
un enfant ! »*

Dr Bertrand Chrétien-Marquet,
spécialisé en chirurgie
plastique pédiatrique,
Paris.

*« J'ai longtemps opéré sous
anesthésie locale. Quand
l'enfant est demandeur
et qu'il est bien préparé,
cela se passe très bien. »*

L'opération

**D'UNE DURÉE ALLANT DE 45 mn À 1 H 30,
L'OTOPLASTIE EST HABITUELLEMENT RÉALISÉE
SUR LES DEUX OREILLES À LA FOIS.**

01 LE JOUR J

L'opération se déroule en ambulatoire : le patient arrive le matin à jeun et ressort en fin d'après-midi. Si la famille est angoissée, l'enfant peut être hospitalisé un ou deux jours. Mais il s'agit là d'une solution de confort. L'anesthésie réalisée est souvent générale chez l'enfant. Elle peut être locale (accompagnée ou non d'une sédation vigile) chez l'adulte ou chez l'adolescent. La plupart des oreilles sont à la fois insuffisamment pliées et forment avec le crâne un angle trop ouvert. L'opération devra résoudre ces deux défauts.

Dr Bertrand
Chrétien-Marquet,
spécialisé en chirurgie
plastique pédiatrique,
Paris.

« Le geste principal,
c'est la plicature.
Car c'est l'absence de pli
qui rend l'oreille décollée
si "visible". »

Dr Ramí Selinger,
chirurgien spécialisé
en chirurgie plastique
reconstructrice et
esthétique, Paris.

« Le cartilage est un ressort.
S'on se contente de couper
la peau pour retendre l'oreille,
ça ne suffit pas. Il faut
fragiliser le cartilage.
Si on utilise la méthode de
Converse (qui scarifie l'arrière
de l'oreille), on fragilise le
cartilage du mauvais côté.
La technique de Stenström
est plus efficace et plus
élégante, puisqu'elle passe
par l'arrière mais fragilise
le cartilage par l'avant. Pour
ma part, je préfère une autre
méthode, qui consiste à piquer
le cartilage de multiples fois
à l'aiguille par la face avant.
Il n'y a pas de décollement
de la peau et donc pas
d'hématome induit.
Cela cicatrise en une
semaine. En outre, il n'y a
pas de risque de fractures
disgracieuses du cartilage. »

02 LES TROIS TEMPS OPÉRATOIRES

L'intervention se fait en trois temps : après avoir dénudé le cartilage, le praticien fragilise ce dernier pour le rendre plus malléable et le recoud de manière à reformer le pli de l'anthélix. Dans un second temps, il réduit l'angle entre le crâne et la conque. Enfin, il suture les plans cutanés pour fermer l'incision.

• Pour fragiliser le cartilage

Chaque praticien a sa méthode, mais une majorité s'inspire de la technique dite de Stenström. Le chirurgien incise les tissus derrière l'oreille. Il passe une première sonde sous la queue de l'hélix (au-dessus du lobe) qui passe en avant du cartilage sous la peau de l'oreille, mais sans franchir la peau de la face antérieure. Il décolle cette peau du cartilage pour pouvoir travailler directement sur ce dernier. Il insère ensuite une seconde sonde munie d'une petite râpe (râpe de Stenström), avec laquelle il va délicatement user le cartilage, puis il le plisse et le coud dans la position choisie. Ce réglage est délicat et demande une bonne habitude. Enfin, il suture la peau pour qu'elle se redrape harmonieusement sur le cartilage. Chez l'adulte, le cartilage est souvent un peu plus dur : il faut l'assouplir plus longuement avec la râpe. Il est également possible d'affaiblir le cartilage par l'arrière, soit à l'aide d'une râpe, soit avec le méplat du bistouri.

• Pour plisser l'oreille

Un surjet est réalisé, soit au fil lentement résorbable (6 semaines à un an), soit au fil incolore, soit encore avec un fil non résorbable, que, selon les méthodes employées, il faudra retirer ultérieurement (s'il est visible) ou non (s'il est à l'intérieur, sous la peau). La majorité des chirurgiens utilisent des techniques qui permettent d'éviter l'ablation des fils après cicatrisation.

• Pour recoller l'oreille

De nombreux praticiens retirent le muscle auriculaire postérieur. Ce muscle, dont l'utilité initiale était de pouvoir bouger et orienter le pavillon de l'oreille (quelques personnes arrivent à le faire !) ne joue pas un rôle très important chez l'homme moderne. En l'enlevant, on libère de l'espace et on peut faire basculer la conque dans la loge ainsi créée. Il faut aussi rapprocher l'oreille du crâne. Une des méthodes consiste à « coudre » directement sur le périoste (au fil non résorbable), puis à suturer (au fil résorbable) la peau par-dessus pour refermer la zone. Certains praticiens enlèvent également des morceaux de conque. La nécessité de cette intervention est discutée. La résection de conque est utile lorsque sa remise en place réduit trop le conduit auditif. Il n'est pas rare qu'une oreille soit plus décollée que l'autre, voire une oreille décollée et l'autre pas du tout. La logique voudrait dans ce cas que l'on opère seulement l'oreille anormale. L'expérience montre que le résultat sera plus beau, plus symétrique, si les deux oreilles sont réparées. Il existe une multitude de méthodes d'opération et c'est le rôle du praticien de vous expliquer comment il opère. Il le fera en fonction du patient et des conditions locales, en particulier le type de déformation et de la résistance du cartilage. Le chirurgien adaptera aussi sa pratique en tenant compte de ses habitudes, et chaque méthode saura satisfaire l'enfant et les parents.

Dr Gérard Ménager,
ORL, qualifié en chirurgie
plastique réparatrice et
esthétique, Versailles.

« Pour la plicature de l'oreille,
je déshabille le cartilage,
je modélise le pli à réaliser
en piquant des aiguilles
dans la zone. Avec le bistouri,
j'incise de façon incomplète
le cartilage pour l'affaiblir,
puis je place 2 à 4 points
au fil non résorbable.
Ensuite, je redrape la peau
sur le cartilage et je suture. »

Dr Laurence
Benouaïche,
chirurgien plasticien,
Institut du visage de
l'enfant, hôpital Necker.

« Les gens qui ont les oreilles
décollées ont souvent
un muscle auriculaire
hypertrophié. C'est une des
raisons pour lesquelles je
préfère enlever ce muscle. »

Dr Ramí Selinger,
chirurgien spécialisé
en chirurgie plastique
reconstructrice et
esthétique, Paris.

« Je n'enlève pas le muscle,
je le transpose plus loin,
sur le scapha. Cette technique
(méthode de Nicolétis)
a deux avantages : il y a
moins d'"espace mort"
donc moins de risque
d'hématomes, et le muscle,
une fois remplacé et
réamarré de façon distale
va servir à retenir l'oreille
vers le crâne. »

03 DURÉE

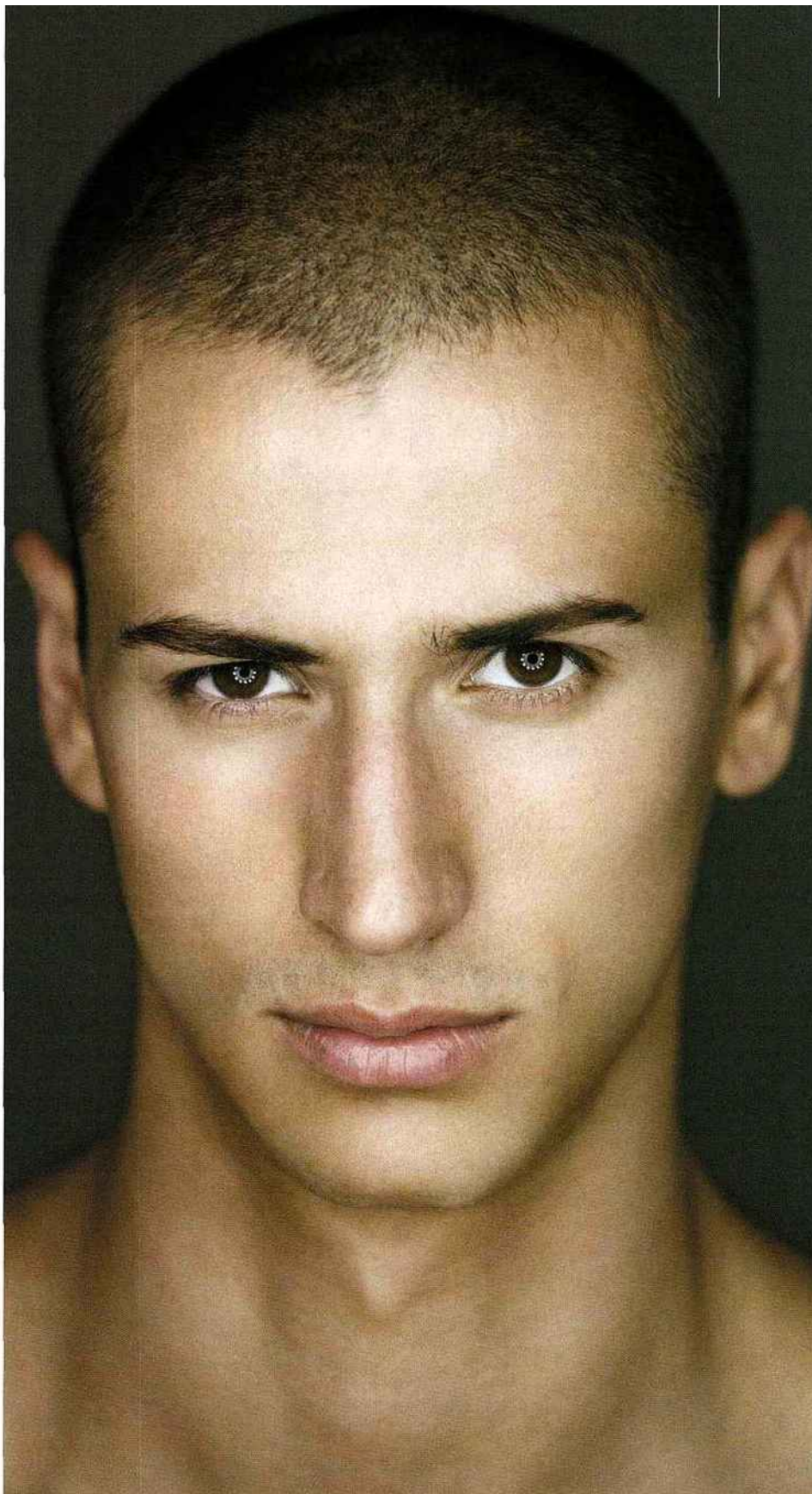
Selon les plasticiens, selon la difficulté de l'intervention (cartilage difficile, défauts associés à corriger sur l'hélix et le lobule) et selon la méthode employée, entre 45 mn et 1h30.

04 LE PRIX

Compter entre 800 et 1 800 euros. Chez l'enfant, jusqu'à l'âge de 16 ans, l'intervention est prise en charge par l'Assurance Maladie dans la limite du tarif conventionné (Cama 008 pour une seule oreille soit 118,59 euros, et Cama 013 pour les deux oreilles soit 190,01 euros). Le reste est à la charge de la famille et de la mutuelle.

05 LES AUTRES INTERVENTIONS

Sur le lobule. Lorsqu'il est amaigri, des injections d'acide hyaluronique (tous les ans ou tous les deux ans) lui redonnent un aspect charnu. Un lobule trop volumineux peut à l'inverse être réduit. Un lobule fendu (en raison du port de boucles d'oreilles trop lourdes) peut être reconstruit par une plastie en W. Un lobule projeté en avant (défaut fréquemment associé aux oreilles décollées) sera refixé vers l'arrière. **Un pavillon inexistant ou minuscule** peut aussi être créé ex nihilo en cas de **microtie**. La technique (intervention de Nagata ou de Brent) consiste à prélever du cartilage sur les côtes, à façonner une oreille cartilagineuse, à enfouir dans un premier temps ce cartilage sculpté sous la peau, puis, une fois qu'il a été colonisé par du tissu cutané, à le ressortir pour l'implanter définitivement. Les résultats sont assez réussis. Ces interventions nécessitent de recourir à un centre spécialisé. Les spécialistes formés à ces techniques se comptent sur les doigts de la main.



Après l'opération

LES SUITES OPÉRATOIRES SONT HABITUELLEMENT SIMPLES.
L'ÉVOLUTION D'UNE OTOPLASTIE EST RAREMENT DÉFAVORABLE.

01 LES SUITES OPÉRATOIRES

Dr Joël Melka,
chirurgien spécialisé
en chirurgie plastique
reconstructrice et
esthétique, Perpignan.

« Le tulle gras est placé de manière à mouler les plis naturels de l'oreille et éviter la formation d'hématome. Ceci permet de faire un emballage pour protéger l'oreille qui est fragile. Cela évite d'écraser toutes les structures et particulièrement le pavillon. »

« Dans le cas des grandes oreilles non plicaturees, l'expérience du praticien est déterminante car ce cas demande de la part du chirurgien une grande réflexion sur la technique à mettre en œuvre. »



Le patient sort du bloc avec un énorme pansement sur la tête (casque). De la biogaze ou du tulle gras sont mis dans les oreilles, puis la tête est entourée d'une bande volumineuse. Ce « casque » en forme d'œuf de Pâques sert à protéger les oreilles et à les maintenir bien en place. Selon les praticiens, la durée pendant laquelle cet énorme pansement occlusif demeure en place varie de deux à cinq jours. S'il fait chaud, le pansement est éventuellement refait au bout de deux ou trois jours avant d'être totalement enlevé au cinquième jour. Une fois le casque ôté, il est possible de laver les cheveux (en faisant attention à ne pas trop mouiller la plaie). Les bains (piscine, mer ou bains hygiéniques) sont en revanche interdits pendant trois semaines par de nombreux praticiens. Pas de panique si les oreilles sont encore bleues ou violettes quand le « casque » est retiré ! Lorsque le chirurgien a dû râper le cartilage pour l'assouplir ou s'il a dû enlever le muscle rétro-auriculaire, un hématome peut se créer qui met entre dix jours et trois semaines à se résorber totalement. De même, les oreilles vont rester gonflées pendant ce laps de temps. Une fois le « casque » ôté, des soins réguliers doivent être apportés à la plaie, qui suinte discrètement (une à deux semaines). Après la douche, quand les croûtes sont bien humectées, on passe de la vaseline derrière l'oreille pour les décoller, on nettoie avec un coton-tige, puis on désinfecte (Bétadine). Des pansements sont refaits régulièrement derrière l'oreille tant que la plaie n'est pas fermée. Ces compresses servent à la fois à évacuer les petits suintements et à éviter que l'oreille soit trop comprimée contre le crâne.



02 LE RETOUR À L'ÉCOLE

Un enfant opéré un mardi ou un mercredi pourra revenir dès la semaine suivante en classe. Beaucoup d'interventions sont réalisées pendant les petites vacances scolaires pour éviter une absence, et aussi parce que les enfants n'ont pas toujours envie de s'exhiber en classe avec un bandeau sur la tête. Le sport est habituellement proscrit pendant 2 mois. Le port d'un bandeau (style bandeau de tennis ou de maquillage) est souvent proposé pendant un mois. Les quinze premiers jours, il est porté nuit et jour. Ensuite, seulement la nuit. Ce bandeau vise à éviter que l'oreille ait tendance à se replier contre l'oreiller et que cette tension fasse sauter les fils. Les enfants porteurs de lunettes devront essayer de faire tenir au mieux leurs binocles sur le casque pendant les premiers jours. Ensuite, ils pourront remettre leurs lunettes normalement, à condition de bien désinfecter les branches à chaque fois. Pour le docteur Joël Melka, le port d'un bandeau style tennis est obligatoire lors du retour à l'école et pendant les semaines qui suivent pour protéger l'enfant de camarades trop curieux. Il servira aussi de pense-bête à l'enfant opéré, qui prendra plus de précautions dans ses habitudes quotidiennes. Cependant, ce bandeau ne doit pas être trop serré et surtout ne pas faire mal. Il ne doit pas non plus être trop lâche pour rester en place sans frottement.

03 LA DOULEUR

La douleur persiste 24 à 48 heures. Elle est normalement soulagée par des antalgiques de niveau 1 (paracétamol). Souvent, des anti-inflammatoires sont associés. Pendant les mois qui suivent, une insensibilité peut apparaître ou au contraire une hypersensibilité à la chaleur et au froid. Ce petit trouble rentre dans l'ordre spontanément.

04 LES OREILLES DIFFICILES

Ce sont essentiellement celles dont le cartilage est très dur, très solide. Il faut savoir le fragiliser juste assez mais pas trop, car s'il « casse », l'oreille aura un aspect anguleux inesthétique. Les oreilles trop souples, avec un cartilage trop fin, sont également des oreilles plus délicates à opérer dans la mesure où il n'est pas toujours aisé de proposer une correction naturelle et invisible. Enfin, les grandes oreilles non plicaturées sont également plus complexes pour le praticien.

05 LES VISITES POST-OPÉRATOIRES

Deux visites sont souhaitables : l'une dans les 5 à 8 jours qui suivent l'opération, l'autre à 2 ou 3 mois pour apprécier un résultat que l'on peut considérer comme définitif. Les praticiens demandent également aux parents de regarder régulièrement les oreilles des enfants pour vérifier que la cicatrice n'est pas en train de bourgeonner (cicatrice chéloïde). Si cela se produit, il faut consulter à nouveau. Plus on intervient vite sur une cicatrice qui bourgeonne, mieux on parvient à stopper cette évolution défavorable.



Dr Laurence Benouaïche,
chirurgien plasticien,
Institut du visage de
l'enfant, hôpital Necker.

« J'évite d'opérer les enfants juste avant l'été, parce que partir au bord de la mer, voir toute la famille s'amuser et être obligé de rester sur la plage, ce n'est pas marrant. »

Dr Gérard Ménager,
ORL, qualifié en chirurgie
plastique réparatrice et
esthétique, Versailles.

« Certains enfants sont très angoissés par le gros pansement sur la tête. Il est important de bien tout leur expliquer avant l'opération. »

Dr Bertrand Chrétien-Marquet,
spécialisé en chirurgie
plastique pédiatrique,
Paris.

« Certains chirurgiens choisissent des techniques inutilement complexes qui augmentent aussi le risque. Mais avec des méthodes simples, on arrive à de très bons résultats. »

Dr Laurence Benouaiche,
chirurgien plasticien,
Institut du visage de
l'enfant, hôpital Necker.

« Je fais l'incision 1 cm
au-dessus du sillon
rétro-auculaire et je
déplace la cicatrice vers
le haut de la conque.
Cela diminue le risque
de cicatrice hypertrophique.
Sur plus d'une centaine
d'opérations des oreilles,
cela ne s'est produit
qu'une seule fois. »

« Les complications graves
sont rarissimes. L'oreille
est tellement vascularisée
qu'elle récupère bien
de l'intervention. »

06 LE RÉSULTAT

Au sortir de l'opération, les oreilles peuvent sembler trop collées. C'est normal. Les oreilles ont tendance à se redécoller discrètement dans les mois qui suivent l'intervention.

La majorité des praticiens optent donc pour une « surcorrection ». Le résultat définitif est acquis vers 2-3 mois. Quelques complications sont encore possibles dans l'année qui suit, notamment des évolutions défavorables de la cicatrice. Il est exceptionnel que les oreilles, une fois opérées, reviennent dans leur position initiale. Parfois, un fil se défait, qui nécessite une reprise de l'opération.

07 LES RATÉS

Si les points ont été trop serrés et que les oreilles semblent trop plissées ou trop collées, il est possible, avec un pansage habile, de corriger ce défaut sans intervenir à nouveau. Au praticien de trouver la juste mesure : il doit discrètement surcorriger pour que le résultat final soit harmonieux ; s'il surcorrige trop, l'enfant n'est pas toujours simple à réopérer. Une correction excessive avec exérèse cutanée trop importante au niveau de la conque peut aussi être responsable d'une « oreille en téléphone » (conque très enfoncée et bords externes relevés).



08 LES COMPLICATIONS

Elles sont rares. Comme pour toute intervention, une surinfection (chondrite) peut survenir. Elle est prévenue par une flash antibiothérapie pendant l'intervention ou par une cure d'antibiotiques par voie orale après l'opération. La survenue d'un hématome postérieur important est rare, mais possible (0,8 % de risque). Si des suintements réguliers se manifestent sous le casque, il faut retourner voir rapidement le chirurgien pour qu'il évacue la poche de sang. La principale évolution défavorable et la plus ennuyeuse concerne la cicatrice : la peau située derrière l'oreille est une peau dont la qualité de cicatrisation est parfois médiocre, avec notamment l'apparition de chéloïdes [cicatrices hypertrophiques et disgracieuses]. L'autre complication possible est le décollement de l'oreille, ce qui est toutefois exceptionnel. L'audition n'est pas modifiée, sauf dans les cas très rares où le conduit est trop fermé.

09 LE SUIVI

Habituellement, au bout d'un an si tout va bien, aucune complication n'est plus à redouter. Toutefois, certains chirurgiens préfèrent revoir leurs patients à deux ans car parfois, la cicatrice peut évoluer défavorablement de manière très tardive. Deux méthodes permettent de réduire ces cicatrices hypertrophiques : des corticoïdes locaux en piqûres intracicatricielles ou une reprise chirurgicale. Parfois, après l'opération, les oreilles sont parfaitement en place mais le lobule semble un peu en avant (protrusion). Une chirurgie rapide permet de corriger ce petit défaut.

Témoignage

"PETITE, ON LUI DISAIT QU'ELLE RESSEMBLAIT À UN LUTIN AVEC SON OREILLE DÉCOLLÉE"

« Je sais plus c'est laquelle ». Il faut regarder les photos pour que Violette, opérée en mars 2010, se souvienne quelle oreille était décollée. A 13 ans, bientôt 14, Violette, comme presque toute ses camarades, porte les cheveux longs et remet de temps en temps négligemment une mèche derrière les oreilles. Comme si de rien n'était. Caractère bien trempé (elle est scolarisée en Belgique alors que sa famille vit à Paris), Violette a toujours bien vécu avec son « oreille de lutin ».

« Petite, on lui disait qu'elle était mi-humaine, mi-lutin avec son oreille décollée », explique Frédérique, sa maman. C'est à l'approche de la puberté que Frédérique se dit que si les petits aiment bien les lutins, sa bientôt jeune fille y sera sans doute moins sensible et risque de développer un complexe. « J'ai proposé à Violette une opération. Elle a tout de suite dit oui. On ne l'a pas fait tout de suite. Elle m'a relancée deux fois. Elle était décidée à le faire ».

Rendez-vous est pris en décembre 2009.

L'opération est programmée au printemps. Juste avant le long week-end de Pâques. L'intervention se déroule bien. « Je suis sortie de là, j'étais la femme canon, la tête enveloppée de pansements ».

Pas très confortable, le casque : « ça grattait horriblement en dessous. Je passais un stylo sous les pansements pour aller frotter un peu et pour me soulager... Tu meurs de chaud là-dessous. En plus, tu n'entends pas bien avec ce truc sur la tête ».

Le plus dur n'a pas été l'opération, mais l'anesthésie, que Violette n'a pas supporté.

« Je n'arrêtais pas de vomir. Du coup, j'ai eu mal aux oreilles parce que je ne gardais rien, pas même les médicaments contre la douleur ». Idée de génie du papa : du paracétamol en suppositoires. Reste que la première journée a été difficile !

« L'ambulatoire, c'est bien, mais ça a ses limites, note Frédérique. Moi, j'aurais bien aimé que ma fille dorme une nuit à la clinique ».

« Quand on a enlevé le casque, j'ai eu un choc : les oreilles étaient rouge cramoisi et gonflées. J'avais encore un peu mal. Mais pas trop. Très vite, j'ai oublié mon opération. Sauf le soir quand je me mettais au lit ou pendant la journée si j'appuyais mes oreilles contre le dossier d'un fauteuil ; là, ça faisait mal », explique Violette. Au bout de 15 jours, les oreilles sont redevenues blanches, les plaies ont bien cicatrisé... « Il y avait juste un petit bout de peau qui pendouillait. Une sorte d'excroissance qui s'était développée pendant la phase de cicatrisation et qu'il a fallu couper », précise Frédérique.

Paradoxe : Violette, qui portait souvent la queue de cheval quand son oreille était décollée, a désormais opté pour une coiffure cheveux dénoués... comme toutes les ados. « Je trouve que l'opération a changé quelque chose : Violette est devenue plus féminine, elle se regarde plus dans la glace, elle s'est achetée des fringues... », observe Frédérique.

Du côté de Violette, une chose est sûre : « je suis contente de l'avoir fait. Parce que si c'était à refaire, je ne suis pas sûre que j'aurais le courage de me lancer ! »

Entretien



VICTORIA HERRMANI

PSYCHOLOGUE ET COACH ESTHÉTIQUE⁽¹⁾

Vous êtes psychologue clinicienne et considérez l'esthétique comme une approche thérapeutique...

Je suis actuellement en charge d'adolescents atteints de troubles du comportement. Ces enfants sont touchés par des pathologies lourdes, de type psychose. La rébellion qu'ils manifestent, leur violence, sont le signe du désamour profond qu'ils éprouvent vis-à-vis des autres et vis-à-vis d'eux-mêmes. Nous avons fait appel à des socio esthéticiennes pour que ces jeunes aient le souci de plaire et de se plaire. Ce sont en effet souvent des enfants qui n'ont pas su trouver dans leur environnement familial l'attention, les encouragements, qui leur auraient permis de se construire une image de soi positive, une estime de soi solide. Ils ont, pourrait-on dire, manqué le « stade du miroir » cher à Lacan, qui permet à l'être humain de se comprendre comme un être unifié, doté d'une identité propre... Par l'approche esthétique, nous cherchons à les réconcilier avec leur image et donc avec eux-mêmes...

L'intervention sur des oreilles décollées vise, elle aussi, à réconcilier un enfant avec son image. Quel regard portez-vous sur cette opération ?

Des raisons médicales amènent les médecins à préconiser l'opération entre 7 et 11 ans. Sur le plan de la maturité psychologique, c'est aussi la période idéale. Jusqu'à l'âge de 11 ans, un enfant aimé par ses parents se vit « beau », même s'il a une disgrâce. Car l'amour de ses parents le magnifie. Qui plus est, la période 7-11 ans est connue comme une période de « latence ». L'enfant est sorti du « tout séduction » de l'œdipe, il n'est pas encore entré dans l'adolescence qui voit apparaître

d'autres modes de séduction. L'aspect physique ne tient pas une place centrale pour lui. Cette période est aussi une période de « remaniements ».

Le corps commence à changer. L'opération des oreilles décollées prend place dans cette dynamique. L'enfant est doté de « nouvelles » oreilles tandis qu'apparaissent les premiers poils, que les seins dessinent un premier bombement... Il apprend à habiter un corps en mutation.

En somme, la réaction de Violette vis-à-vis de son oreille décollée puis son acceptation sereine de l'intervention ne vous étonnent pas ?

La réaction de la maman de Violette me semble tout particulièrement intéressante : d'abord, elle a aidé Violette à apprivoiser son « oreille de lutin », puis elle a su lui proposer au bon moment l'opération. Elle a proposé, mais c'est Violette qui est restée actrice de la demande. Le détail de la queue de cheval est également instructif. Tant que l'oreille était décollée, Violette la montrait. On observe souvent cette surcompensation, ce surinvestissement d'un défaut ou d'un handicap : en l'occurrence, Violette revendique ce défaut, elle se construit avec sa différence. Après l'opération, elle peut laisser ses cheveux libres.

Quels conseils donneriez-vous aux parents ?

Ne jamais oublier que l'enfant se construit dans le regard de ses parents. Il faut donc garder un regard bienveillant à la fois sur le défaut, mais aussi sur le résultat de l'opération. Quand l'enfant retire son « casque » et découvre ses oreilles cramoisies, il est important que les parents sachent le rassurer.

⁽¹⁾ Société Aimage, coaching esthétique et psychologique, www.aimage.eu



glossaire

AGÉNÉSIE DE L'OREILLE

Absence de pavillon.

AMBULATOIRE

Se dit d'une opération qui ne nécessite pas de séjour à l'hôpital.

ANTHÉLIX (1)

Partie creuse de l'oreille délimitée par l'hélix.

ANTITRAGUS (2)

Situé à l'opposé du tragus.

CARTILAGE

Il sert d'armature au pavillon de l'oreille, à l'exclusion du lobule.

CICATRICE CHÉLOÏDE

Cicatrice hypertrophique et disgracieuse qui apparaît derrière l'oreille.

CONQUE (3)

Cuvette centrale, qui va du conduit auditif jusqu'au premier pli.

CRYPTOTIE

Oreille enfouie.

FIBROCHONDROMES

Petites boules de cartilage disséminées sur le visage.

FOSETTE NAVICULAIRE (4)

Repli de l'oreille situé en haut.

HÉLIX (5)

Bordure externe qui entoure le pavillon.

LOBULE (6)

Petit morceau charnu, appendice non cartilagineux qui pend à la base de la conque.

MICROTIE

Petite oreille, à peine développée. C'est une anomalie rare et souvent unilatérale.

PAVILLON DE L'OREILLE

Organe de l'ouïe situé de chaque côté de la tête dont une partie est externe et l'autre interne. Ce que l'on appelle couramment tout simplement l'oreille.

PLICATURE

Fait de plier, de former des plis.

SCAPHA

C'est la plus grande portion du pavillon qui va de la conque jusqu'au bord de l'oreille et qui comporte la deuxième plicature de l'oreille ou « anthélix ».

TRAGUS (7)

Situé à l'avant de l'oreille, il recouvre l'entrée du conduit auditif.