Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 5 (1949)

Heft: 2-3

Artikel: Anastomose des extrémités distales du facial avec l'hypoglosse

Autor: Jentzer, Albert

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-309169

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Séance scientifique du 16 septembre 1948
à Zurich

C. D. 617. 51 : 616. 833. 089

Anastomose des extrémités distales du facial avec l'hypoglosse

Par **Albert Jentzer**, Genève

La méthode d'anastomose des extrémités distales du facial avec l'hypoglosse n'est exécutée que dans certains cas spéciaux de paralysie faciale récente, d'origine traumatique ou d'origine chirurgicale. Nous en préciserons tout à l'heure l'emploi car, pour les autres paralysies de la face, nous possédons de nombreuses techniques, toutes plus ingénieuses les unes que les autres, qui tendent à remédier aux inconvénients de la paralysie faciale. Les voici :

1° Méthode sous-cutanée
2° Méthode de la cicatrice sous-cutanée
3° Méthode myoplastique
4° Méthode plastique aponévrotique
5° Méthode agissant sur le sympathique
6° Méthode neuroplastique bitronculaire
7° Méthode neuroplastique unitronculaire

Examinons tour à tour chacune de ces méthodes et voyons la valeur propre de chacune d'entre elles.

1° *Méthode sous-cutanée.* On extirpe, de la partie paralysée, un lambeau de peau de la joue, de forme triangulaire, le sommet vers la comissure. Suture des bords du triangle dans le sens antéro-postérieur, afin d'empêcher la déviation de la bouche du côté opposé. On évite ainsi la stagnation des matières alimentaires dans le sillon gingivo-buccal.

2° *Méthode de la cicatrice sous-cutanée.* Elle consiste à introduire des fils de lin disposés en éventail sous la peau, partant de l'arcade zygomatique et convergeant vers la commissure paralysée, ou encore un seul fil de soie attaché aux deux bouts du périoste du zygoma et passant dans l'anse de la commissure.

3° *Méthode myoplastique.* Elle consiste à utiliser des lambeaux musculaires sains (temporal, masséter, digastrique et stylo-hyoïdien) que l'on fixe par leurs extrémités à la commissure paralysée. On préfère prélever un lambeau du ventre postérieur du digastrique ou du stylo-hyoïdien, innervés par le facial, qu'un lambeau du masséter innervé par le maxillaire inférieur.

4° *Méthode plastique aponévrotique.* Une bandelette de fascia lata est enfilée dans une aiguille; on la fait pénétrer dans la peau, à 1 cm devant le tragus; puis on la conduit d'arrière en avant sous la peau, jusqu'à la lèvre supérieure, en prenant garde d'éviter le canal de Sténon. A 2 cm environ de la commissure, petite incision au bistouri, de laquelle on ressort la bandelette aponévrotique que l'on fait coulisser sous la peau, vers le bas, en contournant les muscles de la profondeur; petite incision symétrique de la lèvre inférieure. Extériorisation de la bandelette et glissement de cette dernière sous la peau en sens inverse, d'avant en arrière, pour sortir par l'incision prétargienne. Par de petites tractions sur les deux chefs de la bandelette, on réalise la suspension la plus esthétique de la commissure labiale. Suture des deux chefs aponévrotiques dans la profondeur.

5° *Méthode des opérations sur le système nerveux sympathique.* Des quantités de théories ont été émises pour expliquer ces phénomènes paradoxaux de la suppression partielle ou totale de la paralysie faciale à la suite d'une opération sur le sympathique. Dans tous les cas, l'ablation du ganglion cervical provoque une correction immédiate et admirable de la lagophtalmie. La paralysie des lèvres, par contre, doit être généralement corrigée par une myoplastie.

6° *Méthode neuroplastique bitronculaire.* On anastomose le tronc périphérique du facial inférieur avec le tronc central du spinal ou de l'hypoglosse, les fibres du facial supérieur ayant pu être conservées. L'anastomose avec le spinal a le grand inconvénient de provoquer une paralysie très disgracieuse du trapèze et des mouvements associés de la région de l'omoplate. C'est pourquoi, on préfère utiliser l'anastomose avec le nerf hypoglosse qui, si elle n'est pas faite trop tardivement (précisons que la distance n'est pas grande entre le tronc périphérique du facial sortant du trou stylo-mastoïdien et le tronc central de l'hypoglosse) nous a donné des résultats inespérés et très encourageants. Elle est indiquée dans les cas de paralysie faciale survenant à la suite de mastoïdite suppurée effondrant le canal de Fallope ou de lésions nerveuses apparaissant au cours des opérations mastoïdiennes.

7° *Enfin, la méthode neuroplastique unitronculaire,* que nous proposons. On anastomose les filets nerveux périphériques distaux du facial avec le tronc central de l'hypoglosse. Cette méthode rend de signalés services lorsqu'on est astreint à extirper un cancer parotidien ou un cancer de la joue, opérations qui, par leur étendue, nécessitent le sacrifice d'une longue portion du nerf facial, empêchant ainsi toute anastomose bitronculaire. Force est donc de disséquer tous les filets périphériques du facial et de les

anastomoser avec le bout central de l'hypoglosse. Voici la technique que nous avons imaginée; elle nous permet, à l'aide d'un petit appareil que nous allons décrire, de faire un électro-diagnostic inter-operationem d'une fibre nerveuse d'une fibre aponévrotique, car il s'agit, avant tout, et ce n'est pas toujours facile, de ne pas suturer une fibre aponévrotique, qui ressemble à s'y méprendre à un nerf, avec le nerf hypoglosse. Ce petit appareil est transportable, très simple et bon marché. Il se compose d'une petite bobine faradique, alimentée par une pile de poche, de deux aiguilles à tricoter métalliques, isolées par des tubes de caoutchouc jusqu'à 3 mm de leur extrémité. Ces deux aiguilles sont fixées parallèlement sur un manche isolant où elles prennent contact avec la source du courant. Elles peuvent être facilement enlevées pour être stérilisées. Les fibres nerveuses, qui ont été préalablement mises à nu, sont très sensibles; il est prudent de commencer avec le courant minimum. On touche alors à peine ce que l'on croit être le nerf, avec les deux extrémités libres des aiguilles, distantes de un à quelques centimètres, et on augmente légèrement le courant. Si la réponse est négative, on exclut la présence d'un nerf et on parle d'une fibre aponévrotique; si elle est positive, on localise une fibre nerveuse. Une fois les fibres nerveuses bien précisées, on fera des sutures termino-terminales et termino-latérales, en se rappelant que toute traction doit être proscrite et que les extrémités nerveuses ne doivent être rapprochées que par l'épinèvre, sans toucher au périnèvre et à l'endonèvre. On enduira d'unguentolan toute la région des sutures. En fait, c'est une opération longue, qui exige une grande patience, mais qui, comme nous allons le voir, peut être couronnée de succès, même immédiatement dès la fin de l'intervention. Je souligne un succès définitif, car, dans les méthodes neuroplastiques, il n'y a jamais de relâchement tissulaire comme on le voit si souvent dans les autres méthodes.

Voici l'anamnèse de deux malades auxquels nous avons appliqué cette technique.

1° Homme de 59 ans, n'a jamais été malade. Il y a 6 ans, début d'une petite tumeur au niveau de l'oreille gauche. En palpant cette grosseur de temps en temps, il s'aperçoit qu'elle augmente de volume. Il s'en inquiète et, le 11 février 1928, on procède à l'énucléation de la tumeur. Guérison sans complication. Examen anatomo-pathologique (Prof. *Askanazy*): tumeur mixte de la parotide. Récidive en 1934: il n'y a ni adénopathie cervicale ni adénopathies sous-maxillaires ni adénopathies susclaviculaires. Nous expliquons au malade les risques éventuels d'une paralysie faciale définitive en cas d'extirpation totale de la tumeur. Le malade préfère s'exposer à une paralysie faciale éventuelle qu'à une tumeur qui récidiverait continuellement. Opération le 14 août 1934: on procède suivant la technique décrite précédemment. Le malade guérit par première intention et, six mois après, l'état du facial était considéré comme tout à fait normal.

2° Fillette de 8 ans, Ul. J. Une petite tumeur apparaît à la joue droite, à la fin de 1934. Cette tumeur grossissant de mois en mois, la mère s'inquiète et vient nous trouver. On procède à une biopsie et le Prof. *Rutishauser* répond: cancer glandulaire de la

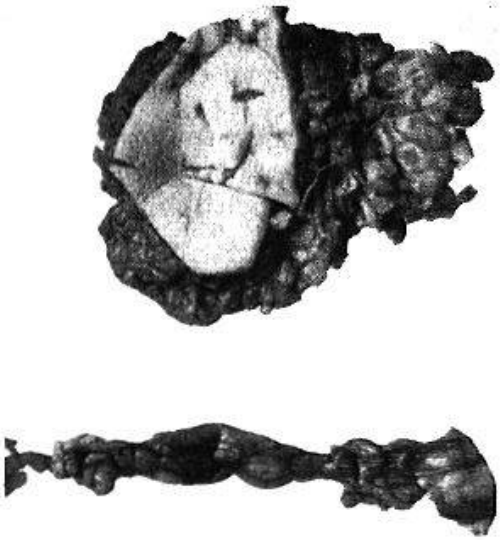

Fig. 1. Tumeur extirpée.

Fig. 2. Préparation des fibres distales du nerf facial.

Fig. 3 et 4. Deux jours après l'opération, l'influx nerveux passe, il n'y a pas de signe de paralysie faciale.

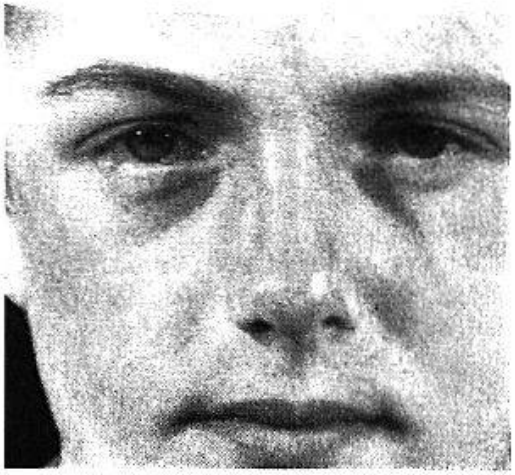

Fig. 5. 1948, 4 ans de guérison.

joue. Opération le 4 novembre 1944: large extirpation de la tumeur (fig. 1). Après avoir disséqué minutieusement toutes les petites fibres nerveuses distales du facial (fig. 2), on les excite faradiquement afin de savoir si ce sont bien des fibres nerveuses et non des fibres aponévrotiques. On dissèque ainsi une dizaine de branches périphériques du facial; on cherche ensuite l'hypoglosse qui est coupé à sa partie antérieure, le plus loin possible, et on procède à une anastomose termino-terminale entre une branche périphérique du facial et le chef central du nerf hypoglosse; les autres fibres sont greffées par anastomose termino-latérale. L'opération terminée, on excite le bout central du nerf hypoglosse et l'on observe que l'influx éléctrique passe à travers la suture et provoque les contractions physiologiques de la face. Suture des plans profonds. Suture de la peau. Guérison (fig. 3 et 4, 2 jours après opération l'influx nerveux passe, il n'y a pas de signe de paralysie faciale). Cette guérison, et du cancer et de la paralysie faciale momentanée, persiste depuis 1944. La seule chose que l'on constate de pathologique est une hémi-atrophie partielle de la langue, qui ne gêne d'ailleurs nullement la malade (fig. 5, 1948, 4 ans de guérison).

Résumé

L'anastomose du tronc distal du facial avec le tronc proximal de l'hypoglosse, lors de paralysie faciale, est une opération de vieille date; les plissements des muscles faciaux, les tractions sur les coins de lèvres avec des fibres aponévrotiques également. L'anastomose des extrémités distales du facial avec le tronc proximal de l'hypoglosse est, par contre, une opération récente. Elle est spécialement indiquée dans les cas de tumeurs récidivantes de la parotide ou de cancer de la joue, car dans ces cas une exérèse totale de la tumeur exige non seulement le sacrifice du tronc principal du facial inférieur, mais aussi celui du facial supérieur. L'auteur décrit un cas d'exérèse d'une tumeur parotidienne récidivante chez un adulte et un cas de cancer de la joue chez un enfant. Chez ces deux malades la récupération postopératoire de la mimique a été presque complète; il faut chercher les vestiges d'une paralysie faciale. L'auteur décrit sa technique; c'est une opération longue et délicate. Comme il y a plusieurs fibres périphériques et un seul bout central, l'opérateur a pris la fibre périphérique la plus forte pour la greffer avec le bout central. Quant aux autres fibres périphériques, il a fait des greffes termino-latérales sur le tronc principal. L'opération de l'enfant ayant été filmée, l'auteur a la possibilité de nous montrer les détails de l'intervention chirurgicale avec ses résultats.

Zusammenfassung

Die Anastomose des distalen Facialisstammes mit dem proximalen Hypoglossusstamm bei der Lähmung des Facialis ist eine schon seit langer Zeit bekannte Operation; ebenso die Raffung der mimischen Muskulatur und das Anlegen von Zügen an die Mundwinkel mit Hilfe von aponeurotischen Fasern. Die Anastomose der distalen Facialisendigungen mit dem proximalen Stamm des Hypoglossus ist dagegen

eine neuere Operation. Sie ist besonders bei recidivierenden Tumoren der Parotis oder beim Karzinom der Wange indiziert, denn in diesen Fällen verlangt die totale Exstirpation nicht nur die Opferung des unteren, sondern auch des oberen Hauptastes des Facialis. Der Autor beschreibt einen Fall von recidivierendem Parotistumor bei einem Erwachsenen und einen Fall eines Wangenkarzinoms bei einem Kind. Bei diesen beiden Patienten war die postoperative Wiederherstellung der Mimik fast vollständig; die Spuren einer Facialislähmung müssen geradezu gesucht werden. Der Autor beschreibt seine Technik; es handelt sich um eine lange und schwierige Operation; da es mehrere periphere Fasern aber nur einen einzigen zentralen Stumpf gibt, sucht der Operateur die kräftigste periphere Faser und pfropft sie auf den zentralen Stumpf auf. Die andern peripheren Fasern werden durch termino-laterale Transplantate mit dem Hauptstamm verbunden. Da die Operation des Kindes gefilmt wurde, ist der Autor in der Lage, uns die Einzelheiten des chirurgischen Eingriffes und dessen Resultate zu zeigen.

Riassunto

L'anastomosi del tronco distale del facciale col tronco prossimale dell'ipoglosso in caso di paralisi facciale, è un'operazione di vecchia data, come anche quella delle pighettature dei muscoli facciali e delle trazioni agli angoli delle labbra con fibre aponevrotiche. L'anastomosi delle estremità distali del facciale col tronco prossimale dell'ipoglosso è invece un'operazione recente. È specialmente indicata nei casi di tumori recidivanti della parotide o di cancro della guancia, considerando che una eseresi totale del tumore richiede non solo il sacrificio del tronco principale del facciale inferiore, ma anche quello del tronco superiore. L'A. descrive un caso d'eseresi di un tumore parotidico recidivante in un' adulto e un caso di cancro della guancia in un bambino. Nei due soggetti il ricupero post-operatorio della mimica è stato quasi totale; si devono ricercare le vestigi di una paralisi facciale. L'A. descrive la sua tecnica: l'operazione è lunga e delicata. Essendoci parecchie fibre periferiche e solo un tronco centrale, l'operatore prende la fibra periferica più forte per innestarla sul tronco centrale. Le altre fibre periferiche sono fissate mediante innesti termino-laterali sul tronco principale. Essendo stata girata in film l'operazione del bambino, l'A. ha la possibilità di mostrare i dettagli dell'intervento chirurgico e dei suoi risultati.

Summary

The anastomosis of the distal trunk of the facial nerve with the proximal trunk of the hypoglossal nerve in cases of facial paralysis is an old opera-

tion. The same is also true of pleating of the facial muscles and traction on the corners of the lips with aponeurotic fibres. On the other hand, anastomosis of the distal extremities of the facial nerve with the proximal trunk of the hypoglossal nerve is a recent operation. It is particularly indicated in recurrent tumors of the parotid or in cancer of the cheek, for, in such cases, total excision of the tumor necessitates not only the sacrifice of the principal trunk of the inferior facial nerve, but also that of the superior branch. The author describes a case of excision of a recurrent parotid tumor in an adult and a case of cancer of the cheek in a child. In both these patients, the post-operative recovery was practically complete and it was necessary to search for traces of facial paralysis. The author describes his technique, involving a long and delicate operation. As there are several peripheral fibres and a single central extremity, the strongest peripheral fibre was selected for grafting to the central extremity. The remaining peripheral fibres were connected to the principal trunk by termino-lateral grafts. As the operation on the child was filmed, the author is able to show the details of the surgical intervention and its results.