

ATLAS D'ACCES LIBRE EN CHIRURGIE ORL ET CERVICO-FACIALE



CHIRURGIE DES FISTULES PREHELICEENNES

Johan Fagan

Les fistules préhélécéennes sont des malformations congénitales situées juste en avant de la racine de l'hélix (*Figure 1*).



Figure 1 : Fistule préhélécéenne de localisation typique

<http://pinna.hawkelibrary.com/pitsandsinuses>

Elles peuvent sécréter des débris de kératine. Plus fréquentes du côté droit, elles peuvent être bilatérales. L'incidence est variable, jusqu'à 10% dans certaines populations africaines. Elles peuvent être sporadiques ou familiales (transmission autosomique dominante à pénétrance et expressivité variables) et son parfois syndromiques, par exemple dans le cadre du syndrome branchio-oto-rénal.

La chirurgie peut être considérée comme relativement mineure, mais elle doit être rigoureuse car la récurrence n'est pas exceptionnelle, surtout si la technique de référence n'est pas respectée. La chirurgie n'est indiquée qu'en présence de surinfections ou d'abcès (*Figures 2, 3*). En cas d'abcès, on doit d'abord réaliser une ponction puis traiter par antibiothérapie et opérer au décours du traitement, idéalement dans les deux-trois semaines suivantes pour éviter une nouvelle surinfection.



Figure 2: Abscess sur fistule préhélécéenne. On peut noter le point de ponction en avant



Figure 3: Adénopathie abcédée associée à une fistule préhélécéenne

<http://pinna.hawkelibrary.com/pitsandsinuses>

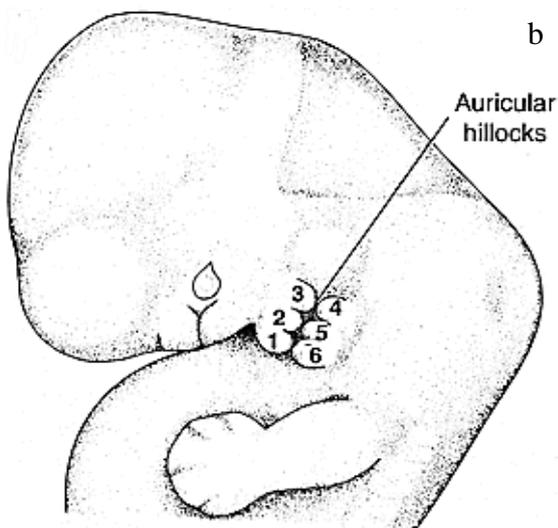
Les kystes préauriculaires ne doivent pas être confondus avec un kyste de la première fente branchiale. La localisation de ces kystes est typique et la confusion n'est possible que pour un volumineux kyste bas situé. Les procédures chirurgi-

cales sont bien sur très différentes (Voir chapitre « Chirurgie des kystes et fistules d'origine branchiale »)

Embryologie

Le pavillon de l'oreille dérive de 6 colliculi, les 3 premiers (n°1-3) dérivant du premier arc branchial et les 3 derniers (n°4-6) du deuxième arc branchial (Figures 4-6). Le méat auditif externe est dérivé du premier arc.

Les colliculi peuvent ne pas fusionner complètement et laisser des fistules entre eux, le plus souvent entre tragus et racine de l'hélix, entre hélix et anthélix, mais aussi rarement dans d'autres régions du pavillon.



Figures 4a, b: Aspect des 6 colliculi à 6 semaines de gestation¹

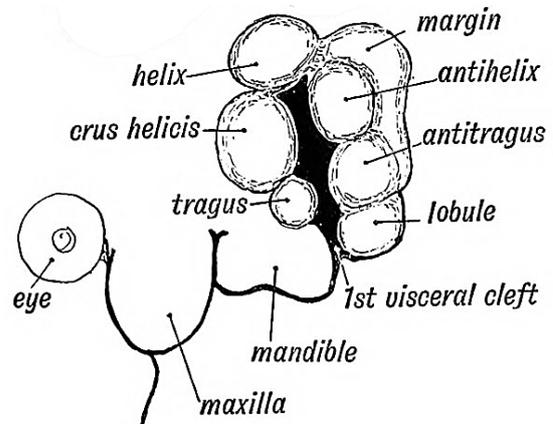


Figure 5 : Contribution des différents colliculi à la formation du pavillon

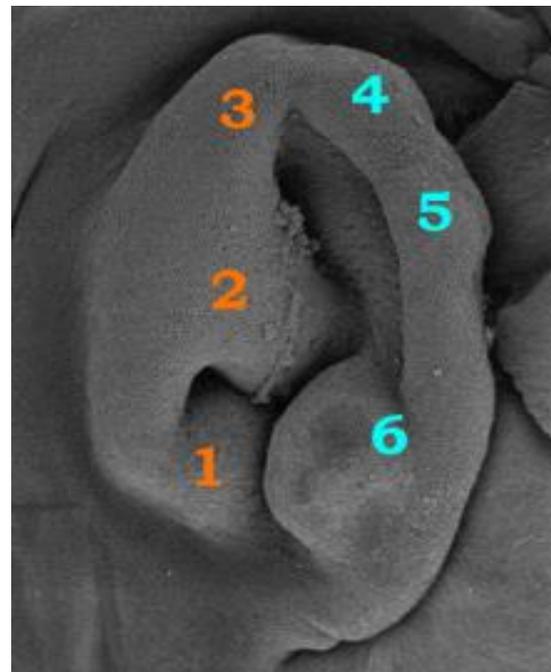


Figure 6 : Contribution des différents colliculi à la formation du pavillon, aspect à 9 semaines de gestation¹

Les malformations des colliculi 1-3 peuvent aussi être responsables de colliculi surnuméraires avec présence d'enchondromes préauriculaires.

Pour revue voir site web d'embryologie recommandé :

[https://embryology.med.unsw.edu.au/embryology/index.php?title=Hearing - Outer Ear Development](https://embryology.med.unsw.edu.au/embryology/index.php?title=Hearing_-_Outer_Ear_Development)

Histopathologie

L'analyse de la pièce opératoire met en évidence une fistule bordée d'un épithélium malpighien stratifié, et entourée de tissu conjonctif avec le plus souvent aspect d'inflammation chronique. Le trajet fistuleux peut être de longueur variable, avoir un trajet tortueux avec plusieurs ramifications.

Anatomie chirurgicale

La fistule reste externe par rapport au fascia temporalis, et se termine au contact ou avec une adhérence au cartilage de l'hélix. Le chirurgien doit bien connaître les structures anatomiques suivantes.

Nerf facial (Figures 7, 8)

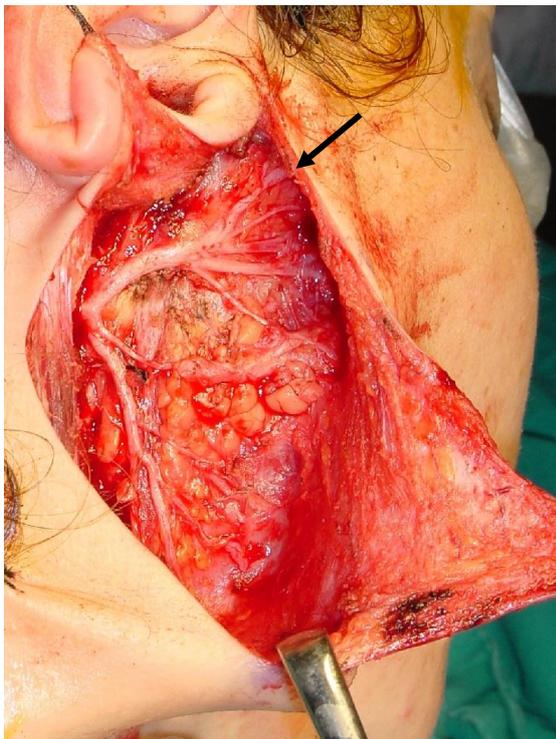


Figure 7: Noter la position de la branche frontale du nerf facial (flèche)

Contrairement aux fistules et kystes de la première fente branchiale ; les fistules pré-auriculaires sont externes et haut situées par rapport au nerf facial et à la parotide

Le tronc du nerf est beaucoup plus bas et profond. La branche frontale croise superficiellement l'arche zygomatique : c'est un risque dans certains kystes volumineux et antérieurs abcédés, obligeant à une résection étendue vers l'avant. Il faut dans ce cas un système de surveillance et stimulation du nerf facial.

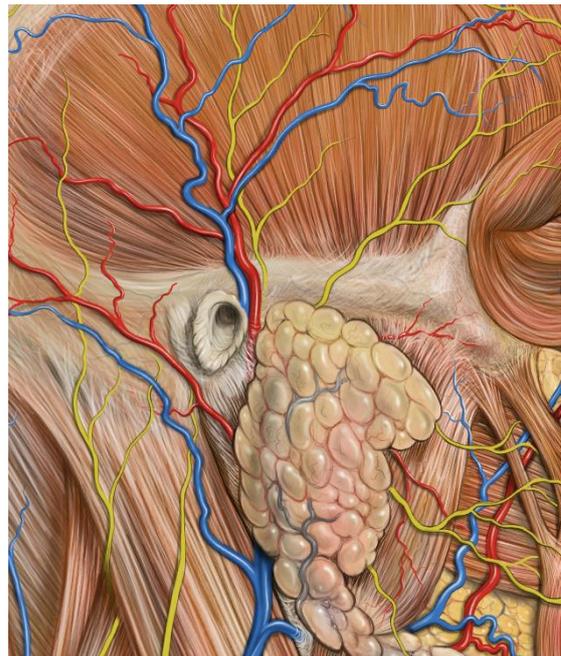


Figure 8: Artère et veine temporales superficielles et branche frontale du nerf facial

Artère et veine temporales superficielles

On voit ces deux vaisseaux sur la *Figure 8*. En cas de blessure, le contrôle du saignement est facile avec simple ligature.

Le cartilage auriculaire (Figure 9)

Les kystes et fistules pré-hélicéens sont adhérents au péri-chondre de la racine de l'hélix. D'après *Dunham et al* la distance mesurée en histologie entre la fistule et le cartilage excisé est $<0.5\text{mm}$ dans plus de la moitié des cas, and le tractus épithélial lui même était impossible à distinguer du péri-chondre dans tous les cas. Ceci conforte la règle d'une excision d'une

petite portion de cartilage autour de l'insertion de la fistule, pour réduire les risques de récurrence.



Figure 9 : Cartilage auriculaire, superposé au pavillon

Le fascia temporalis (Figure 10)

C'est le plan profond de la dissection. La branche frontale du nerf facial traverse la graisse temporale superficielle en avant de la zone de dissection (*Figure 10*).

Le bilan préopératoire

Scanner ou IRM ne sont pas nécessaires dans les formes classiques.

Technique chirurgicale

Le taux de récurrence est élevé si la chirurgie se limite à une incision limitée autour de la fistule et dissection au contact (jusqu'à 40%).



Figure 10 : Le fascia temporalis est le plan profond de la dissection ; en avant le tissu adipeux de glissement temporal

Certaines équipes conseillent l'injection de bleu de méthylène dans la fistule ou le kyste, mais le colorant « fuit » souvent dans le champ opératoire ; d'autres préfèrent cathétériser la fistule, avec une sonde lacrymale ou un crin, mais un faux trajet peut être créé et les petites ramifications ne peuvent être détectées. Les auteurs n'utilisent ni colorant ni cathétérisation pour ces raisons.

Les étapes nécessaires pour limiter la récurrence sont :

- Bonnes conditions pour opérer
 - Ne pas opérer en période infectée
 - Sous anesthésie générale (sans paralysie musculaire pour détecter une stimulation du nerf facial)
- Excision complète de la fistule avec les tissus avoisinants
 - S'exposer largement : étendre l'incision périfistulaire vers le haut

- Ne pas tenter de repérer le trajet fistuleux mais enlever au large les tissus entre hélix et plan profond de l'aponévrose
- Limite postérieure : cartilage de l'hélix
- Limite inférieure : fascia parotidien
- Limite profonde : fascia temporalis
- Excision d'une ellipse de cartilage attendant à la fistule (en exposant le cartilage pour isoler la zone d'adhérence)

Détail des étapes chirurgicales

- Incision elliptique autour de la fistule (*Figure 11*)
- Prolonger l'incision supérieurement, noter la position du nerf facial (*Figure 11*)
- Disséquer jusqu'au fascia temporalis en haut et en avant de la fistule (*Figure 12*)
- Disséquer les tissus mous externes par rapport au fascia dans une direction postéroinférieure (*Figure 13*)
- Repérer le cartilage de l'hélix (*Figure 13*)
- Disséquer le cartilage en sous péri-chondral, et repérer la zone d'adhérence (*Figure 14*)
- Exciser une ellipse de cartilage, en profondeur de l'apex de la fistule, là où les tissus de la fistule adhèrent au cartilage (*Figure 14*)
- Enlever la pièce (*Figures 15, 16, 17*)
- Laver la zone opératoire
- On peut laisser un petit drain ou des crins *in situ*
- Suture en deux plans



Figure 11: Incision elliptique prolongée supérieurement, repérage approximatif de la position du nerf facial

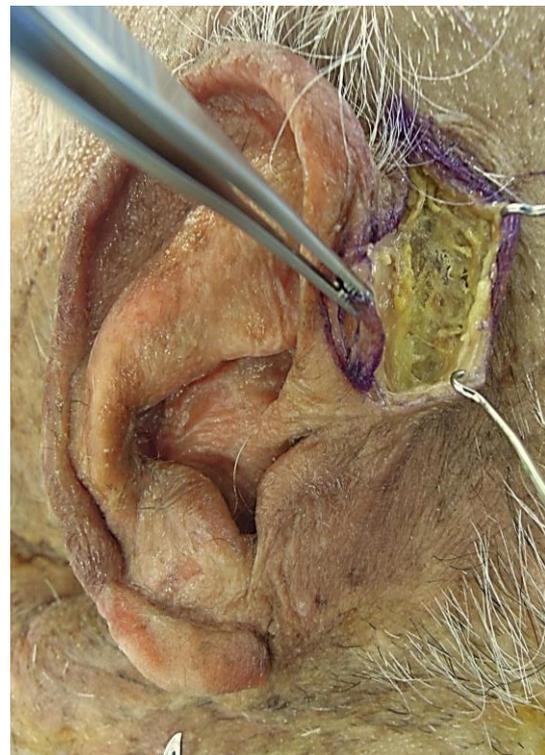


Figure 12 : Disséquer jusqu'au fascia temporalis

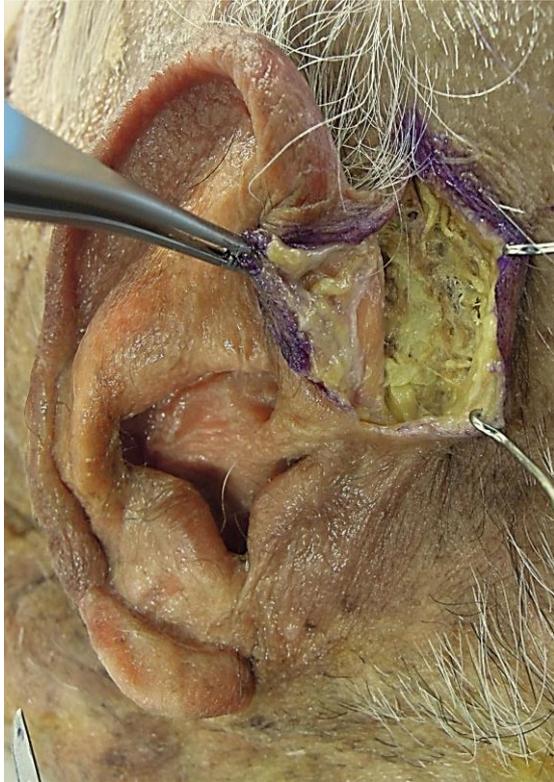


Figure 13: Disséquer dans une direction postéroinférieure jusqu'à l'hélix



Figure 15 : Aspect après exérèse, incluant une ellipse de cartilage d'hélix

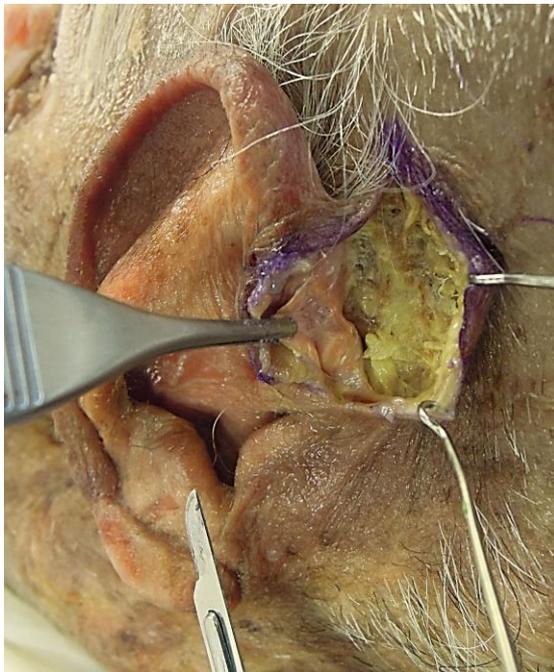


Figure 14 : Exciser une ellipse de cartilage, en profondeur de l'apex de la fistule



Figure 16 : Aspect après exérèse, incluant une ellipse de cartilage d'hélix

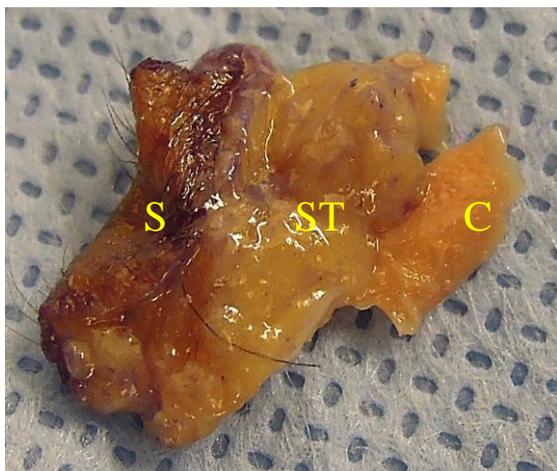


Figure 17 : Specimen : peau (S), parties mous avec la fistule (ST) et cartilage (C)

Bibliographie

1. Dunham B *et al.* The histologic relationship of preauricular sinuses to auricular cartilage. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009 Dec;135(12):1262-5
2. Hill MA (2014) Embryology *Privacy policy*. Retrieved February 8, 2015, https://php.med.unsw.edu.au/embryology/index.php?title=Embryology:Privacy_policy
3. Leopardi Get *al.* [Surgical treatment of recurring preauricular sinus: supra-auricular approach](#). *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2008 Dec;28(6):302–5

Author & Editor

Johan Fagan MBChB, FCORL, MMed
 Professor and Chairman
 Division of Otolaryngology
 University of Cape Town
 Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

Traduction

Fiche traduite sous la direction et la validation du Collège Français d'ORL et chirurgie de la face et du cou et de la Société Française d'ORL

Françoise DENOYELLE
 Professor
 Hôpital Necker 149, Avenue de Sèvres
 75015 PARIS Cedex
f.denoyelle@aphp.fr

**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](#)

