

INDICATIONS ET TECHNIQUES DES GLOSSECTOMIES

M. BENOIST.

La glossectomie, intervention ayant pour but de réduire le volume de la langue, a eu des indications très larges il y a une dizaine d'années.

Ces indications sont peut être actuellement plus réduites.

Après avoir fait le point sur ces indications, on décrira les différentes techniques chirurgicales.

QUAND PEUT-ON PARLER DE MACROGLOSSIE?

A — LES MACROGLOSSIES VRAIES: le diagnostic ne se pose pas, la langue est énorme, plicaturée, portant la trace des dents.

Etiologie de ces macroglossies

1 — congénitales: lymphangiome, hypertrophie musculaire associées à certaines débilités: oligophrénie, mongolisme

2 — elles peuvent être acquises: acromégalie, myxoedème, amyloïdose, syphilis tertiaire.

B — LES MACROGLOSSIES RELATIVES: il s'agit d'une *inadaptation* du volume lingual au volume de la boîte à langue. Il n'existe aucun critère de *mesure objective* de la taille de la langue.

Il faudra s'attacher à un *examen clinique soigneux*. L'inspection don-

nera à elle seule une indication sur le volume lingual:

Examen clinique:

1 — au | repos:

2 — en | fonction:

— lors de la déglutition

— lors de la phonation

3 — bilan des malpositions ou malformations dentaires associées.

L'examen clinique détaillé de la langue, mais aussi des déformations secondaires qui l'accompagnent, permettra de poser le diagnostic de *macroglossie relative*.

INDICATION DES GLOSSECTOMIES

I — EN ORTHOPEDIE DENTO- -FACIALE

Au cours de ces 25 dernières années, l'importance fondamentale de l'équilibre musculaire en O. D. F. a été mise en lumière par les auteurs anglo-saxons, et en France par CAUHEPE et ses élèves.

A la sangle labio-jugale force externe, s'oppose la langue force interne.

C'est le mérite de Stockfish et Rheinwald en Allemagne, et de Cernéa, Szpirglas et Chateau en Fran-

ce, d'avoir réalisé les premières glossectomies à but orthodontique pur.

1 — dans les *anomalies verticales ou sagittales*, dues à une anomalie de repos:

- dans les infra-alvéolies incisives ou canines;
- dans les infra- alvéolies molaires;
- dans les pro-alvéolies inférieures;
- dans les bi-pro-alvéolies incisives avec diastèmes.

2 — dans les *anomalies de fonction*:

- en cas d'échec ou d'impossibilité de rééducation du comportement lingual;
- pour lutter contre un réflexe incoercible de protraction de la langue.

3 — dans les prognathismes mandibulaires modérés.

II — EN CHIRURGIE ORTROPEDIQUE

Le problème est ici très difficile, il s'agit souvent d'une affaire d'école, d'habitude personnelle.

Voici notre attitude thérapeutique actuelle:

A) Dans la *correction des prognathismes*, deux types d'intervention peuvent être envisagés:

- intervention sur les branches horizontales,
- intervention sur les branches montantes.

1 — dans les interventions sur les *branches horizontales* il est logique de faire systématiquement une glossectomie.

2 — dans les interventions sur les *branches montantes*, l'attitude doit être plus nuancée. Il faut surveiller attentivement les malades dans la première année qui suit l'intervention; si une tendance à la récurrence se

manifeste, il faut faire une glossectomie.

B) Dans les *ostéotomies alvéolaires*, supérieures ou inférieures, la glossectomie est faite s'il existe:

- une macroglossie relative,
- une interposition en fonction, non accessible à la rééducation.

III — AUTRES INDICATIONS

1 — dans les macroglossies absolues, fréquentes chez les infirmes moteurs cérébraux. ,

2 — la glossectomie serait un traitement adjuvant des pseudarthroses des branches horizontales de la mandibule?

3 — dans les tics de protraction incoercible de la langue des vieillards.

IV — CONTRE - INDICATIONS DES GLOSSECTOMIES

1 — l'état général: s'il existe des troubles hématologiques sévères

2 — l'état local: angiomatose massive

3 — en orthopédie dento-faciale:

- dans les prognathismes avec retro-alvéolie inférieure
- dans les pro-alvéolies inférieures compensant une rétrognathie mandibulaire basale.

RAPPEL ANATOMIQUE

La langue se compose de 17 muscles: huit pairs, un impair. Les principaux sont:

- le génioglosse
- le lingual inférieur
- l'hyoglosse
- le styloglosse.

Elle est vascularisée par:

- l'artère linguale: artère collatérale: dorsale de la langue
- artère terminale: artère ranine

- veines: veine linguale profonde
veine linguale principale
ou ranine

Les nerfs:

- nerf moteur: le grand hypoglosse
- nerf sensitif: le nerf lingual en avant du V lingual.

TECHNIQUE OPERATOIRE

L'intervention la plus courante est une résection cunéiforme aux dépens de la partie médiane et antérieure de la langue.

A) *La glossectomie losangique médiane antérieure*, intervention faite sous anesthésie générale avec intubation nasale et mise en place d'un petit packing (fig. 1).

1 — tracé des repères de section: (fig. 2)

- incision de la face inférieure de la langue qui ne doit pas atteindre la sillone alvéolo-lingual ou se situent les caroncules salivaires
- repérage du point médian sur la face dorsale de la langue
- la section doit être oblique. *de bas en haut et d'avant en arrière* pour enlever le plus de tissu lingual possible.

Nous préférons marquer le tracé d'incision par des fils de nylon, qui sont passés du point inférieur au point supérieur et tendus sur une pince de chaque côté de la langue (fig. 3)

La technique originale décrite par Monsieur CÉRNEA consiste à employer des clamps ou des pinces de Kocher et de sectionner en dedans de ceux-ci.

2 — *l'incision* suit exactement le tracé des fils; l'aide placé à la tête va faire l'hémostase en prenant la langue avec une compresse en compri-

mant entre le pouce et l'index de chaque côté (fig. 4).

3 — l'hémostase doit être soignée, faite de proche en proche, au catgut 00 (fig. 5 et 6)

4 — la suture: tout le résultat final de la reconstitution de la pointe et de sa position médiane dépend du respect de la symétrie au cours de la suture. Elle est faite en trois plans, d'arrière en avant (fig. 7 et 8).

La suture musculaire est fait au catgut 00.

Le plan muqueux inférieur est fait au vicryl 00.

Le plan muqueux supérieur est fait à la soie ou au vicryl 00.

Les points de la langue doivent être larges et ne doivent pas être serrés.

En fin d'intervention, on passe un fil en «U» transfixiant la partie médiane de façon à soulager les sutures (fig. 9).

B) *Autres techniques* (fig. 1)

- glossectomie losangique médiane postérieure (3)
- glossectomie médiane prolongée loin en arrière (5)
- glossectomie marginale bilatérale

PERIODE POST-OPÉRATOIRE

1 — *le traitement post-opératoire*

- antibiotiques
- anti-inflammatoires
- alimentation liquide

2 — *les suites opératoires*: elles sont habituellement simples. L'alimentation redeviendra normale au huitième jour. Le fil en «U» est enlevé vers le troisième jour, les autres vers le dixième jour.

La mobilité de la langue redeviendra normale vers le quinzième jour.

LES COMPLICATIONS

Elles sont le plus souvent dues à des fautes techniques.

— *Complications immédiates:*

- hémorragie post-opératoire
- oedème post-opératoire important
- désunion

— *Complications tardives:*

- ankyloglossie
- langue bifide

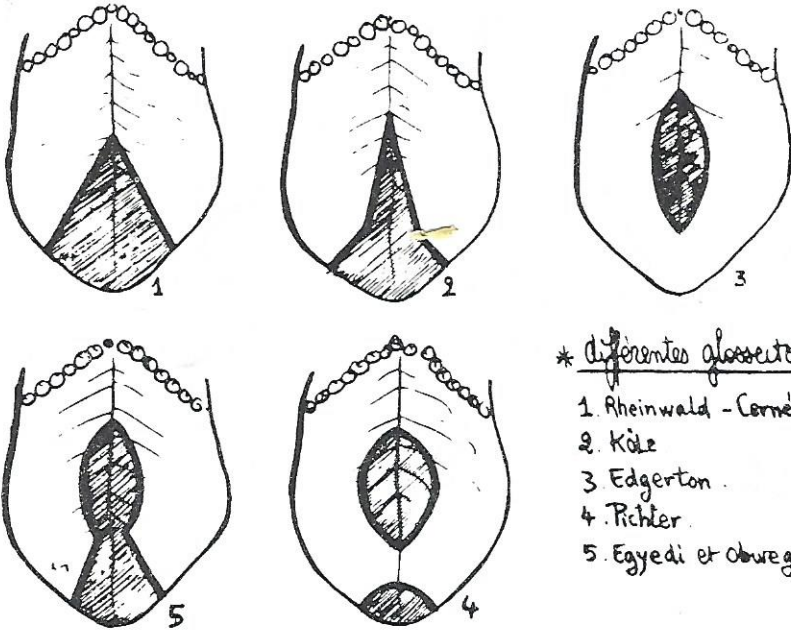
- langue déviée
- paresthésie et douleurs

CONCLUSION

La glossectomie est une intervention qui peut rendre des services appréciables, aussi bien en O. D. F. qu'en Chirurgie Orthopédique; mais ses indications doivent être murement réfléchies. Si la technique est rigoureuse, les complications post-opératoires sont rares.

Glossectomies

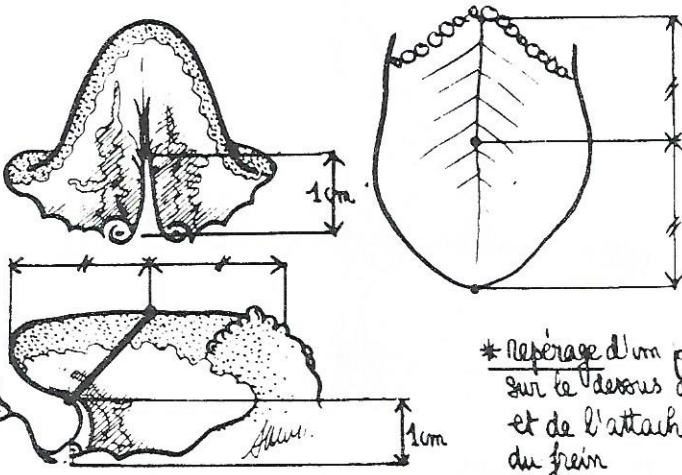
1



* Differentes glossectomies

1. Rheinwald - Cornea - Spinglas.
2. Kôle
3. Edgerton.
4. Richter.
5. Egyedi et Obwegeser.

fig.1

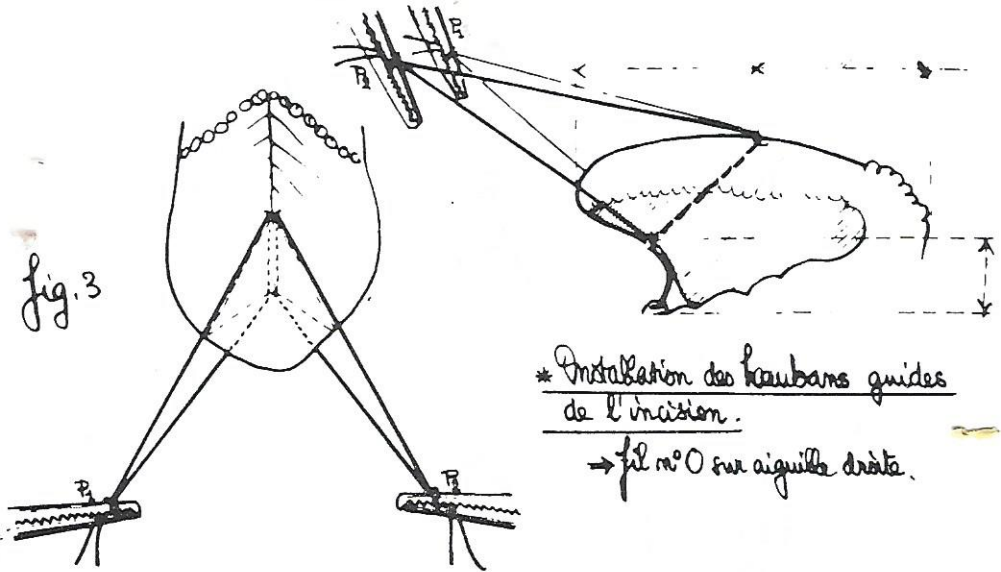


* Repérage d'un point médian
sur le dessus de la langue,
et de l'attache supérieure
du frein

fig.2

Glossectomies.

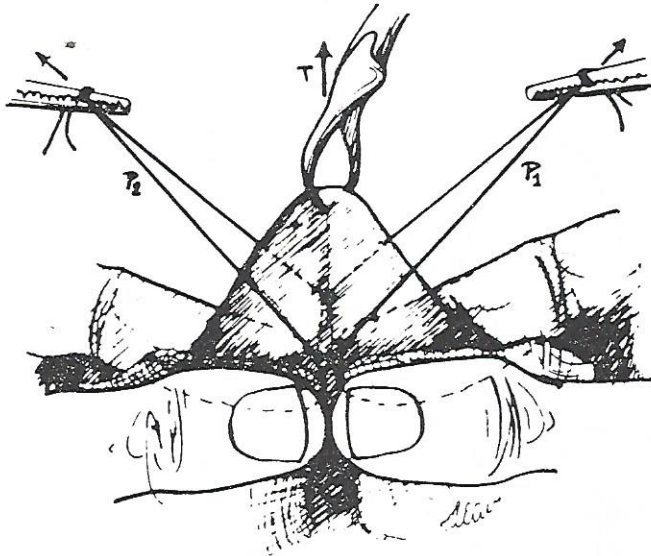
fig. 3



* Installation des haubans guides de l'incision.

→ fil n° 0 sur aiguille droite.

fig. 4



* position des haubans, de la traction en avant de la pointe de la langue et des doigts de l'aide qui assure l'hémostase.

- Glossectomies.

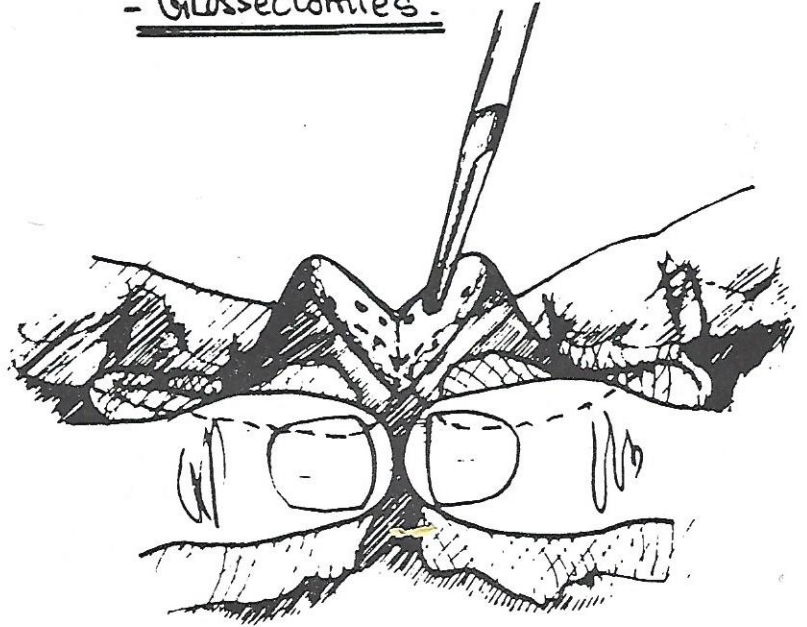


fig. 5

* Hémostase.

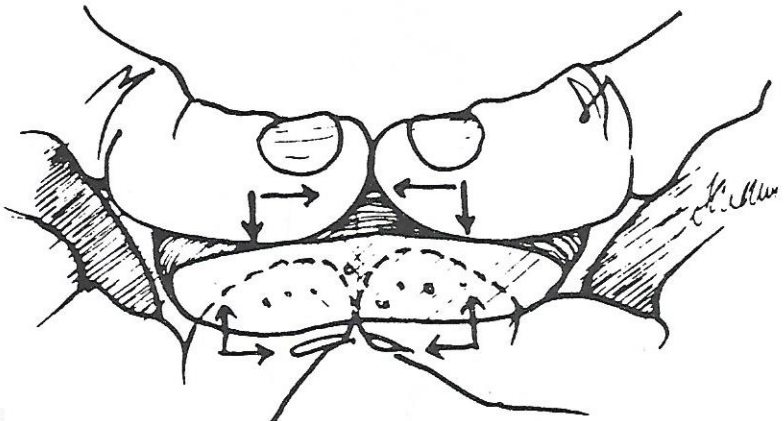
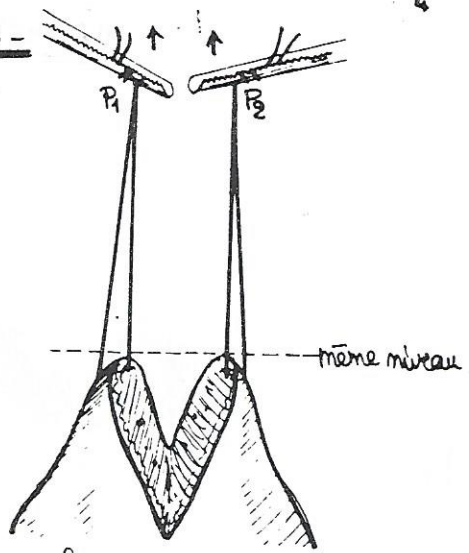
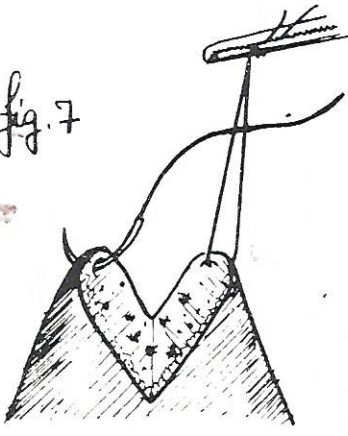


fig. 6

* direction des forces de compression.

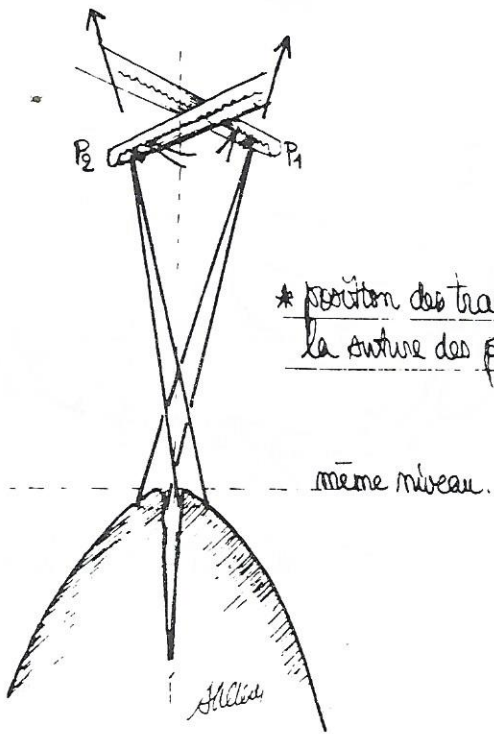
- Glossectomies -

Fig. 7



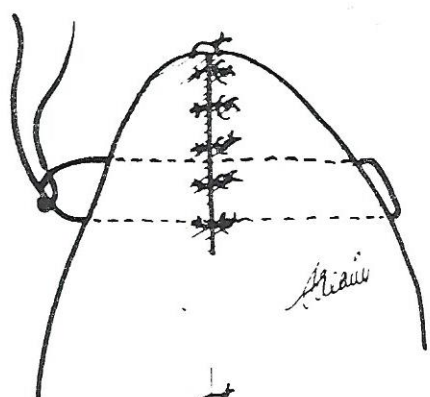
* fils de traction pour suture des plans musculaires au catgut.

Fig. 8.



* position des tractions pour la suture des plans musculaires.

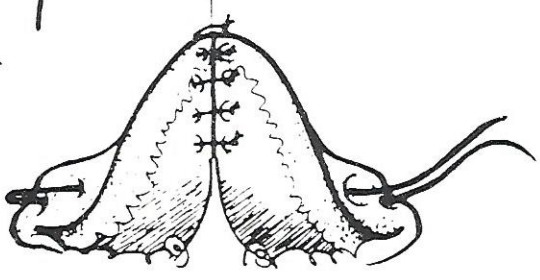
- Glossectomies -



* fil de nylon tressé n° 2

pour éviter la distension des
fils par l'œdème post-opératoire
et donc les risques de désunion.

fig. 9.



BIBLIOGRAPHIE

- CERNEA, P., CREPY C. et SZPIRGLAS H. Traitement chirurgicale des grands prognathismes. Intérêt de la glossectomie systématique. *Rev. Stomat.* sept. 1968, 69, n.° 6, 541-549, 15 fig.
- CERNEA, P., CHATEAU, M., DESCROZAILLES, C. et CHIKHANI, P. Intérêt de la glossectomie partielle en orthopédie dento-faciale. *Rev. Stomat.*, mars 1960, 61.
- CHATEAU - DEPLANGE et GUGNY. La glossectomie. *Rev. Orthop. dento-fac.*, juil. 1970, 4, n.° 3, 259-268.
- DEPLAGNE H. Glossectomie et orthopédie dento-faciale. *Orthodontie franç.*, 1968, 39, 795-796.
- EGYEDI P. et OBWEGESER H. Interventions visant à réduire le volume de la langue. *Deutsche Zahn-Mund-u. Kieferh.*, fév. 1964, 41, n.° 1-2, 16-25, 7 fig. (Bibliogr.).
- MERLE - BERAL et LORFEUVRE. Séméiologie des macroglossies, indications opératoires de la glossectomie. *Rev. franc. odonto-stomat.*, déc. 1967, 14, n.° 10, 1641-1652.
- OLOW - NORDENRAM M. et NORDENRAM A. Excision partielle de la langue dans le traitement de l'apertognathie (béance). *Oral Surg.* fév. 1973, 35, n.° 2, 152-159, 5 fig. (Bibliogr.).
- RHEINWALD U. Diminution de la langue, une aide efficace au traitement de la progénie. *Deutsche Zahn-Mund-u. Kieferth.* Oct. 1967, 49, n.° 1/10, 93-99, 11 fig. (Bibliogr.).
- SCHULZ S. et STERZIK G. Le problème de la réduction de la langue dans les indications orthopédiques. *Zah. Mund. u. Kieferheilk.* 1976, 64, n.° 1, 7-20 (Bibliogr.).
- SZPIRGLAS H. La glossectomie partielle en orthopédie dento-faciale. Thèse Paris, 1962, n.° 1046.
- SWANSON, L. T. et MURRAY J. E. Glossectomie partielle pour stabiliser l'occlusion après correction chirurgicale du prognathisme. *Oral Surg.*, juin 1969, 27, n.° 6, 707-715, 13 fig. (Bibliogr.).