



**HAL**  
open science

## Leçons d'un maître en déplacement de tissus : études des carnets opératoires du médecin général Gustave Ginestet dans ses années Foch (1945–1959)

Matthieu Olivetto, Sylvie Testelin, E. Sorrel Dejerine, Bernard Devauchelle

### ► To cite this version:

Matthieu Olivetto, Sylvie Testelin, E. Sorrel Dejerine, Bernard Devauchelle. Leçons d'un maître en déplacement de tissus : études des carnets opératoires du médecin général Gustave Ginestet dans ses années Foch (1945–1959). *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 2022, 67 (2), pp.57–67. 10.1016/j.anplas.2022.02.003 . hal-03686650

**HAL Id: hal-03686650**

**<https://u-picardie.hal.science/hal-03686650>**

Submitted on 22 Jul 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**Leçons d'un maître en déplacement de tissus : études des carnets opératoires du médecin général Gustave Ginestet dans ses années Foch (1945-1959).**

**Lessons from a master in tissue transfer: a study of the surgical notebooks of General Gustave Ginestet during the Foch years.**

Matthieu OLIVETTO<sup>1,2</sup> (MD.),

Sylvie TESTELIN<sup>2</sup> (MD., Ph.D.),

Eric SORREL DEJERINE<sup>3</sup> (MD.),

Bernard DEVAUCHELLE<sup>2</sup> (MD., Ph.D.)

<sup>1</sup> Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, CH Annecy-Genevois, 1 avenue de l'Hôpital, 74370 Epagny Metz-Tessy, FRANCE

<sup>2</sup> Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU Amiens-Picardie, 1 rue du Pr Christian Cabrol, 80 000 Amiens, FRANCE

<sup>3</sup> Service de Chirurgie plastique et reconstructrice, Clinique Lambert, 63/67 avenue Foch, 92250 La Garenne Colombes, FRANCE

## Introduction

L'histoire du médecin général Gustave Ginestet (1897-1966) est liée à celle de la France en guerre puisqu'il servit durant les deux conflits mondiaux et reçut par la suite dans son service les blessés d'Indochine. Elle est liée également à celle de la France en Orient, où il travailla en Syrie et au Liban. Une biographie exhaustive est fournie par Éric Brue[1,2].

En 1945, après un nouveau retour assez succinct au Val-de-Grâce, il partit pour le Centre Médico-Chirurgical de Foch. Alors lieutenant colonel, il quittera l'armée quelques années plus tard mais sera cependant nommé médecin général en mai 1950.

Le Centre Médico-Chirurgical de l'Hôpital Foch de Suresnes construit en 1937 était une structure privée moderne et confortable. Un Centre national de Chirurgie Réparatrice, unique en France, y fût créé par le service de santé des Armées, destiné aux nombreux mutilés de la seconde guerre mondiale (1939-1945), puis de la guerre d'indépendance d'Indochine (1946-1954).

Dès 1948, trois principaux services le composaient :

- chirurgie maxillo-faciale de Gustave Ginestet qui le dirigea jusqu'en 1966,
- chirurgie orthopédique tenu par Robert Merle d'Aubigné,
- chirurgie plastique et des brûlés, de Paul Tessier, qui fut l'assistant de Ginestet de 1946 à 1948.

Les carnets opératoires du médecin général Gustave Ginestet se présentent soit sous la forme de cahiers comportant des descriptions datées des différentes interventions accompagnées de photographies; soit sous la forme de classeurs ne contenant que des photographies non annotées. Ils couvrent une période allant de décembre 1945 à février 1959. Ils contiennent la prise en charge chirurgicale de pathologies qui concernent la chirurgie maxillo-faciale et la stomatologie dans son exhaustivité. De nombreux patients civils de la région y figurent dont, notamment, un cas exceptionnel de syndrome de Fraser chez un homme adulte avant la description de la maladie en 1962[3]. Cependant, bon nombre de dossiers de reconstructions post-traumatiques sont des blessures de guerre. Ce sont principalement des patients soldats issus du Corps expéditionnaire français en Extrême-Orient, constitué principalement de français et de combattants nord-africains. Auxquels s'y ajoutent des soldats alliés originaires des États associés d'Indochine qui étaient également rapatriés en France pour les lésions les plus graves.

Malheureusement, cette collection de carnets opératoires n'est pas complète, puisque sur les huit récupérés, sans doute plus d'une douzaine supplémentaire devaient exister. Si certains furent peut-être égarés, la majorité a été détruite par l'humidité des conditions de conservation. Les carnets retrouvés en portent d'ailleurs les stigmates (figure 1). Ils correspondent à des périodes étalées dans le temps, ce qui à défaut d'être exhaustif, constitue un témoin très représentatif des pratiques quotidiennes de Gustave Ginestet, quintessence des techniques autoplastiques.

Cette étude ne se focalise que sur les cas de reconstructions nécessitant un apport tissulaire. Les lambeaux historiques se définiront dans ce travail comme les techniques autoplastiques décrites avant les années 1960, et qui ne trouvent plus consensuellement aujourd'hui d'indication depuis l'introduction des lambeaux libres et des lambeaux musculo-cutanés pédiculés notamment.

Il n'est donc pas retenu les techniques de lambeaux locaux (issues de la « méthode française »), car, bien que décrits avant la première moitié du XXe siècle, la plupart sont encore couramment employés. De même pour le lambeau frontal (issue de la « méthode indienne »), qui est toujours une option de référence en reconstruction nasale. Son tracé s'étant depuis décalé sur l'axe du pédicule supra-

trochléaire. Sont alors étudiés tous les autres procédés autoplastiques pédiculés issus des « méthodes indiennes » et des « méthodes italiennes »[4].

La question de la valeur actuelle de ces lambeaux historiques arrive naturellement en arrière-pensée. Devant une situation d'impasse thérapeutique en chirurgie réparatrice de la face et du cou, là où l'indication d'un nouveau lambeau libre ou pédiculé musculo-cutané ne peut être retenue, ces techniques appartenant au passé peuvent-elles être une solution fiable d'apport tissulaire ? L'usage exceptionnel d'une technique chirurgicale sur un terrain très complexe impose alors des précautions toutes particulières qui amènent à une réflexion sur leurs conditions d'utilisation.

L'objectif de ce travail est donc de déterminer les indications et les principes techniques de l'utilisation de lambeaux historiques en situation d'impasse thérapeutique.

## Matériels et méthodes

L'intégralité des fiches des 8 carnets opératoires a été analysé.

Ceux-ci sont répartis sous la forme de :

- 4 classeurs nommés « S » (couvrant une période de 1945 à 1949), « W » (1946-1948), « B2 » (1946-1950) et « P2 » (aucune date mentionnée) contenant des recueils de photographies de patients classés par ordre alphabétique, globalement sans texte explicatif à l'exception de quelques fiches d'observation laissées comme intercalaires
- 4 livres numérotés « 6 » (1950-1951), « 10 » (1952-1953), « 14 » (première moitié de 1956) et « 15 » (fin 1956-début 1957), contenant les comptes-rendus opératoires écrits à la main accompagnés de photographies de patients (pré, per ou post-opératoires).

Seuls les patients avec un lambeau pédiculé selon les techniques autoplastiques dites « italienne » ou « indienne » ont été retenus. Les méthodes françaises (lambeaux locaux) n'étaient pas retenues.

Pour chaque patient étaient recueillis

- le sexe,
- l'âge n'étant pas disponible, il a été noté : « enfant » ou « adulte » par l'observation des photographies,
- la localisation et l'étiologie de la perte de substance reconstruite,
- le type de lambeau utilisé, le nombre et la durée espaçant chaque étape chirurgicale intermédiaire,
- la durée totale entre le début et la fin de la prise en charge comprenant la création du lambeau jusqu'aux remodelages finaux.

Ainsi, pour proposer une analyse par région reconstruite (indications du lambeau utilisé, stratégie de déplacement tissulaire et particularité de préparation du site receveur) 9 régions anatomiques ont été définies :

1. nasale
  2. pavillon auriculaire
  3. fronto-temporo-orbito-palpébrale
  4. scalp
  5. cervicale
  6. maxillo-palatine
- tiers inférieur :
    7. labiale supérieure
    8. labio-mentonnière (lèvre inférieure, menton osseux et parties molles)
    9. jugale (incluant la commissure labiale et la région sous-orbitaire)
  - perte de substance inconnue

Pour proposer une analyse par type de lambeaux, des catégories en fonction du site donneur ont été définies

- pédiculé de scalp, (bipédiculé, unipédiculé, « lambeau scalpant de Converse »)
- frontal médian,
- cylindrique latéro-cervical,
- cylindrique brachial,
- cylindrique thoracique,
- cylindrique abdominal,
- cylindrique dorsal.

## Résultats

### Analyse globale

Déplacements tissulaires (lambeaux) : n = 107 patients, n = 110 lambeaux,

Sexe :

hommes n = 96 (89,7%) dont enfant n = 3

femmes n = 11 (10,3%) dont enfant n = 1

Les étiologies sont non mentionnées dans la très grande majorité des dossiers > 90%.

Un résumé des indications par type de lambeau en fonction des régions reconstruites est fourni dans le tableau 1.

Tableau 1. Résumé des indications par type de lambeau en fonction des régions reconstruites.

	Nasale n=41	Pavillon auriculaire n=16	Fronto- temporo- orbito- palpébrale n=7	Scalp n=2	Cervicale n=5	Maxillo- palatine n=8	Lèvre supérieure n=4	Labio- mentonnaire n=9	Jugale n=15
Unipédiculé de scalp n=3	-	-	-	-	-	-	1	-	2
Bipédiculé de scalp n=4	-	-	-	-	-	-	-	4	-
Lambeau de Converse n=8	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Cylindrique brachial n=25	9	5	3	-	-	3	1	1	3
Cylindrique abdominal n=16	3	-	1	1	2	3	-	1	5
Cylindrique thoracique n=6	1	1	1	-	1	1	-	-	1
Cylindrique dorsal n=6	-	1	1	1	1	-	-	1	1
Cylindrique indéterminé n=19	9	6	1	-	-	1	-	-	2
Lambeau pectoral à pédicule latéral n=1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Cylindrique latérocervical n=12	3	3	-	-	-	-	2	3	1
Frontal médian n=9	9	-	-	-	-	-	-	-	-

Tableau 1. Résumé des indications par type de lambeau en fonction des régions reconstruites.

	Nasale n=41	Pavillon auriculaire n=16	Fronto- temporo- orbito- palpébrale n=7	Scalp n=2	Cervicale n=5	Maxillo- palatine n=8	Lèvre supérieure n=4	Labio- mentonnaire n=9	Jugale n=15
<b>Bipédiculé cervical antérieur n=1</b>	-	-	-	-	-	-	-	1	-

## Discussion

Les carnets opératoires du médecin général Gustave Ginestet font ressortir sa rigueur à travers ses compte-rendus manuscrits, appliqués et organisés. Mais, l'évolution clinique des patients n'est que très rarement présentée puisque l'on n'y trouve que ses observations opératoires. Et l'important manque de données rend illusoire l'élaboration de statistiques exhaustives. Cependant, la centaine de cas de lambeaux pédiculés retrouvés suffisent à témoigner de la variabilité des indications et des techniques employées. La réalité clinique de cette époque considérée comme une apogée des techniques autoplastiques, n'est pas aussi systématisée que la lecture des traités de chirurgie contemporains peut nous laisser croire. Ainsi le contraste est assez marqué entre d'une part les carnets opératoires où une certaine hétérogénéité des pratiques est retrouvée et d'autre part, les livres et les articles où les principes sont bien ordonnés pour chaque indication. La richesse en détails techniques, illustre le caractère prudent des déplacements tissulaires. Dans bon nombre d'interventions, l'aspect du lambeau pousse l'opérateur à arrêter un sevrage débuté ou à repositionner in situ un cylindre dont le transfert ne se fera que quelques semaines plus tard.

Bien que peinant à y trouver « les préceptes » de l'autoplastie, remarquons la place centrale donnée au doute et à un tâtonnement révélant le caractère expérimental dans l'acte opératoire. Quelles sont les raisons de cette irrégularité ?

Certes il y a la notion prédominante d'adaptation au patient, avec des indications « au cas par cas », mais sans doute également les croyances du moment, évoluant au fil des années. Cela est le propre d'une pratique chirurgicale qui n'est pas figée. Ce qui est peut être encore plus marqué en chirurgie reconstructrice où les résultats se jugent véritablement sur le très long terme, du fait des processus rétractile ou d'exposition du tissu de soutien. Il persiste toutefois des principes techniques sur lesquels reposent les stratégies de reconstruction. Il réalisait beaucoup de ses interventions sous anesthésie locale. La notion de temps est prédominante : la durée totale des prises en charge est très longue. Deux tiers de ce temps est dû au remodelage et à l'étalement une fois la perte de substance atteinte par le lambeau déplacé. Cette durée impose une stratégie dans le déplacement des lambeaux.

## Lambeaux cylindriques

Ginestet préféra le terme cylindrique à celui de tubulé. En arguant, qu'un tube est par définition creux, ce qui n'est pas le cas du cylindre qui est plein.

La première étape est celle de la création du lambeau qui est prélevé si possible dans l'axe de la vascularisation cutanée, sans franchir la ligne médiane. Deux incisions sont réalisées en parallèles puis il est réalisé un décollement en forme de pont du tissu cutané-graisseux, dont les bords libres vont être réunis par des sutures. La longueur de ce lambeau « au hasard » ne doit pas excéder trois fois sa largeur selon les règles empiriques. Pour en accroître la taille, la création peut se faire en plusieurs étapes successives laissant à la vascularisation le temps de s'adapter. Il faut veiller à éviter l'hématome par une hémostase soigneuse, et la trop grande tension de fermeture par une résection du tissu adipeux si nécessaire (figure 2). Les zones proches de l'implantation des pédicules sont laissées en cruentation.

Le pansement isole le cylindre du reste des tissus.

Le choix du lambeau est dicté par la qualité, la teinte, l'épaisseur du tissu recherché mais surtout par la destination finale du lambeau. Il faut limiter au minimum le nombre d'étapes intermédiaires (figure 3).

Pour Ginestet, les plus utilisés sont les lambeaux brachiaux, abdominaux et latéro-cervicaux. Le déplacement du lambeau requiert une stratégie qui doit être préparée méticuleusement auparavant. Le transfert, effectué par bascules d'une extrémité à l'autre, inverse successivement la vascularisation dans chacun des sens, à chaque nouvelle transplantation du pédicule (figure 4). Par exemple, lors du transfert d'un cylindre abdominal, un de ses deux pédicules est implanté sur l'avant-bras, puis après au minimum 2 semaines, le deuxième pédicule est transféré de l'abdomen à la face. Ainsi, pendant deux semaines, la vascularisation ne s'effectue que par le pédicule abdominal, puis uniquement par le pédicule de l'avant-bras.

Avant la section du pédicule il est essentiel de s'assurer que la vascularisation provenant de l'autre pédicule est suffisante par l'utilisation d'une pince à cylindre. Cela permet de tester, mais aussi de stimuler la vascularisation. Initialement pincé 5 minutes, toutes les 12 heures, le temps de striction est par la suite doublé tous les jours en cas d'absence de signes de souffrance, jusqu'à arriver à une heure continue (figure 5). Ce test par clampages itératifs peut être remplacé ou associé à une section progressive du pédicule en plusieurs étapes. Dès que le lambeau ne présente aucun signe de souffrance, il est transplanté 8 à 10 jours plus tard.

Le lambeau est mobilisé par déplacements successifs de ses extrémités ou par l'utilisation d'un membre comme hôte intermédiaire. La face radiale du poignet ou le dos de la main offrent le plus d'amplitude.

La section du pédicule se fait soit perpendiculairement à l'axe du cylindre si la longueur est suffisante. Si la longueur doit être maximisée, la section est oblique ou en spatule cutanée (figure 6).

Pour être transplantée, la surface cruentée du pédicule doit être préparée en réséquant le tissu adipeux excédentaire si besoin. La zone d'implantation est sélectionnée en prenant en compte les étapes futures.

Il faut décoller un volet cutané arciforme de taille supérieure à la surface de section du pédicule; l'hémostase doit toujours être soignée. La suture, par un point profond, ferme l'espace de décollement, en effet une collection entraînerait une désunion ou une souffrance distale. Chaque échec pouvant faire perdre des semaines voire des mois de prise en charge. Ginestet attendait en général plus de 6 semaines entre chaque transfert. Dans les suites le pédicule nourricier ne doit ni être plicaturé ou comprimé.

Adeptes du marcottage (figure 7), Ginestet est l'inventeur du lambeau « en Y » prélevé surtout au niveau de l'abdomen, qui augmentait sa fiabilité et préparait l'étalement (figure 8).

Les principales complications de lambeaux cylindriques sont la nécrose et l'infection[5]. Le risque d'infection est le plus important à la suite des interventions, par contamination bactérienne du tissu cellulo-grasieux et mauvaise revascularisation. Momentanément calmée, elle a tendance à récidiver à chaque nouveau déplacement du cylindre. L'infection retarde la cicatrisation et peut entraîner désunion ou nécrose. L'asepsie, l'espacement des temps opératoires et l'antibioprophylaxie sont des moyens de prévention qui peuvent être proposés.

En cas de nécrose partielle du pédicule, il est inutile d'attendre un traitement. Dès les premiers signes de nécrose distale, libérer les sutures adjacentes. Si la nécrose se poursuit, le cylindre peut être coupé jusqu'à ce qu'un saignement satisfaisant se produise à partir des tissus sains. Il est alors temporairement réinséré à un endroit approprié pendant quelques jours, jusqu'à ce que l'aspect enflammé se soit dissipé.

#### Intérêt actuel en situation d'impasse

Pendant très longtemps, les chirurgiens ont peu considéré l'anatomie vasculaire en ignorant le principe de lambeau axial basé sur les territoires vasculaires qui dépendent d'un seul et même vaisseau.

À l'inverse, les techniques actuelles de reconstruction cervico-faciale nous rendent dépendant de l'anatomie vasculaire en utilisant de manière exclusive des lambeaux axiaux. Il est donc nécessaire de disposer de vaisseaux cervicaux assurant un approvisionnement sanguin suffisant aux lambeaux apportés. Chaque nouvelle intervention, diminue alors les possibilités futures par l'amenuisement de la disponibilité vasculaire. Cela est en partie la cause d'impasses thérapeutiques, difficiles à définir mais qui sont associées à l'épuisement des sites donneurs habituels de lambeaux et de leur pédicule et/ou à l'indisponibilité de vaisseaux receveurs cervico-faciaux.

Pourrait-on alors tirer profit de ces techniques autoplastiques historiques développées indépendamment de l'anatomie vasculaire dans des situations actuelles de déserts vasculaires ?  
Quelles techniques historiques utiliser et dans quelles indications ?

Des pratiques de Ginestet, nous peignons à en déterminer une approche absolue et dogmatique de la reconstruction région par région. Il apparaît alors d'emblée utopique de placer ces techniques d'autoplastie dans un hypothétique algorithme décisionnel actuel de prise en charge des cous désertiques.

Mais deux grands principes techniques pourraient retenir notre attention :  
l'intérêt du scalp pour sa richesse vasculaire et l'intérêt des lambeaux cylindriques, retardés puis transplantés par migrations successives.

### L'intérêt du scalp

Qu'il soit bipédiculé [6] ou unipédiculé, le lambeau de scalp permet classiquement la restauration des régions pileuses de l'homme. Doté de la fiabilité d'un lambeau axial, il est bien toléré par les patients, apportant une trophicité intéressante. Étant donné les terrains complexes sur lesquels il est amené à être utilisé, la précaution impose de le retarder.

Des lambeaux locaux en charnières (jugaux ou cervicaux) ont été proposés par Dufourmentel dans sa description originelle [7], puis des lambeaux cylindriques (latérocervical avec spatule thoracique) par Ginestet (figure 9). Il pourrait leur être préféré, lorsque cela est possible, un lambeau musculocutanée de grand pectoral ou un lambeau deltopectoral.

Le lambeau pédiculé de scalp nécessite une architecture osseuse pour une stabilité dans le temps de la reconstruction labio-mentonnaire. En son absence, la vascularisation apportée par le scalp autorise secondairement la réalisation de greffe osseuse, qui doivent alors être réalisées à distance des lambeaux. Idéalement, le greffon osseux costal pourrait être potentialisée par l'intégration dans un lambeau musculo-cutané de grand pectoral. En cas d'impossibilité, il faudrait effectivement greffer secondairement. Cette stratégie, utilisée en situation de désert vasculaire, équivaut alors de réinverser le paradigme de reconstruction osseuse, en apportant d'abord des tissus mous puis et dans un second temps de l'os, comme cela se faisait avant l'arrivée des lambeaux libres osseux.

Demeure la question de la possibilité d'une utilisation chez la femme. Le principe de transférer uniquement une palette cutanée glabre frontal présenté par Dufourmentel, a été repris par Converse [8], qui propose un lambeau unipédiculé de scalp, dont le pédicule correspondant au cuir chevelu sera repositionné sans importante morbidité. La palette cutanée transféré prise en peau glabre frontale. Cette solution, utilisé par Ginestet pour les rhinopoièses, est réputée fiable notamment en région columellaire. Utilisable dans d'autres indications, son principe se doit d'être connu.

### L'intérêt des lambeaux cylindriques

L'idée de se soustraire en partie de l'anatomie vasculaire, en retardant des lambeaux bipédiculés au hasard paraît séduisante sur des terrains de désert vasculaires. Cependant, les contraintes cliniques locales sont manifestes. Comment s'intégrera un lambeau cylindrique sur un terrain irradié ? Techniquement, tous les sites donneurs de lambeaux cylindriques ne peuvent pas être utilisés. La région latérocervicale chez des patients aux cous blindés, irradiés et multiopérés, n'est pas envisageable. D'autres régions peuvent avoir été le site donneur de lambeaux déjà utilisés. Les comorbidités de prélèvement scapulo-dorsaux gênent la mobilité du membre supérieur sollicité comme hôte intermédiaire. Le site abdominal semble intéressant avec un transfert par le poignet requérant l'immobilisation de la main au plus près de la zone receveuse (figure 10). Si certaines

étapes, rapides et peu invasives, peuvent être réalisées sous anesthésie locale ou loco-régionale, elles nécessitent beaucoup de temps et une contrainte positionnelle.

En axant la réflexion sur la région à reconstruire retenons un possible intérêt dans les indications de resurfaçage (jugal, frontal, cervical). Les pyramides nasales et les pavillons auriculaires ne semblent pas candidats à ces techniques historiques étant donné les possibilités de restaurations épithétiques plus rapides et esthétiques. Quant aux régions labiales et palpébrales, les résultats morphologiques difficiles à obtenir seront certainement fonctionnellement décevants. Une utilisation à visée de comblement ou d'étanchéification (orbitaire, maxillo-palatin) peut être envisageable (figure 11).

#### De la psychologie des opérés

Les contraintes de temps et de positions ont jalonné l'histoire des soins aux blessés de guerre. Pour Maurice Virenque, chirurgien des Gueules cassées, la durée d'hospitalisation de ses patients est en moyenne de 2 ans et demi [9]. Quelques années plus tard, les blessés du Vietnam sont hospitalisés en moyenne 289 jours [10], ce qui correspond aux prises en charge constatées chez Gustave Ginestet pour ses patients revenant d'Indochine.

La réflexion sur l'application de ces techniques historiques doit prendre en considération les différences dans la tolérance à ces contraintes en fonction des patients et des époques.

Ainsi, et de façon caricaturale, nous pouvons comparer les périodes où étaient posés couramment les indications de lambeaux historiques (première moitié du XXe siècle) avec celle actuelle, où elle pourrait l'être chez des patients en impasses thérapeutiques.

D'un côté, de jeunes soldats face à un médecin-général représentant l'autorité militaire, qui leur imposait pour la première fois une prise en charge qui était la norme.

D'un autre côté, des patients ayant déjà subis parfois des dizaines d'interventions chirurgicales et des années d'hospitalisation, chez qui il va être demandé de tolérer une méthode rarissime imposant un long temps de prise en charge inconfortable et contraignant.

#### Des indications actuelles

Par définition exceptionnelles, les situations d'impasses thérapeutiques nécessitent une réflexion au cas par cas. Tant sur le plan des indications de lambeaux historiques que sur le plan technique, aucune approche dogmatique ne peut être décrite. Mais nous pouvons retenir les lambeaux historiques comme une potentielle option thérapeutique dans les cas désertiques. Ces techniques ont, dans le passé, fait preuve de leur efficacité sur des patients, toutefois, différents physiologiquement et psychologiquement. Elles nécessitent de réapprendre une patience perdue.

- Pour le chirurgien, habitué aux procédés en une seule étape, qui doit être très précautionneux dans ses déplacements tissulaires.
- Pour le patient, chez qui des soins prolongés sont exigés et dont la collaboration résiliante est la clé.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Bibliographie

1. Brue, Éric, and Maurice Freidel. La vie et l'œuvre du médecin général Gustave Ginestet (1897-1966). Thèse d'exercice : Médecine : Lyon 1 : 1991, 1991.
2. Brue É., Salf E. Le médecin général Gustave Ginestet (1897-1966): Vie et œuvre d'un pionnier de la chirurgie maxillo-faciale esthétique et réparatrice. *Histoire des sciences médicales*, 1995, vol. 29, no 4, p. 307-315.
3. Bouaoud J, Olivetto M, Testelin S, Dakpe S, Bettoni J, Devauchelle B. Fraser syndrome: review of the literature illustrated by a historical adult case. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2020 Jan 22:S0901-5027(20)30007-2. doi: 10.1016/j.ijom.2020.01.007. Epub ahead of print. PMID: 31982235.
4. Blandin, P-F. Autoplastie; ou, Restauration des parties du corps qui ont été détruites: à la faveur d'un emprunt fait à d'autres parties plus ou moins éloignées. Baillière, 1836.
5. Crawford B. S. The management of tube pedicles. *British Journal of Plastic Surgery*, 1965, vol. 18, p. 387-396.
6. Olivetto, M., Bettoni, J., Duisit, J., Dakpé, S., Testelin, S., Bouaoud, J., & Devauchelle, B. (2021). Challenges in lower face soft tissue reconstruction: The value of the historical bipediced scalp flap procedure. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 74(2), 407-447.
7. Dufourmentel L. La Restauration maxillo-faciale : revue pratique de chirurgie et prothèse spéciales, consacrée à l'étude des lésions traumatiques de la face, des maxillaires, des dents, et à leur traitement.... 1919- 03. Disponible sur : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k65199722/f5.item> version française avec iconographies
8. Converse JM. New forehead flap for nasal reconstruction. *Proc R Soc Med* 1942;53:811.
9. Virenque, Maurice, and Dr Georges-Charles-Maurice. Chirurgie réparatrice maxillo-faciale. Autoplastics, prothèse, restauration, par M. Virenque... Maloine, 1940.
10. Curley, Michael D., J. Michael Walsh, Robert G. Triplett. Some adjustment indices of oral-maxillofacial war casualties, limb amputees, and noninjured veterans. *Military medicine* 147.7 (1982): 572-574.

Figure 1. Photographies des carnets opératoires de Ginestet : cahier (au centre) et classeur (à droite et gauche).

Figure 2. Schéma de la création d'un lambeau cylindrique.

Figure 3. Principaux sites donneurs de lambeaux cylindriques.

Figure 4. Schéma de la migration d'un lambeau cylindrique.

Figure 5. Utilisation d'une pince à cylindre, parfois d'une simple pince à linge.

Figure 6. Libération du pédicule d'un lambeau cylindrique.

Figure 7. Reconstruction de scalp

Figure 7a : Après un premier déplacement nuchal de l'extrémité inférieure d'un lambeau cylindrique paramédian dorsal et préparation d'une palette cutanée (« spatule ») à son extrémité supérieure.

Figure 7b : Après second déplacement pariétal de l'extrémité supérieure au niveau d'un des bords latéraux de la perte de substance. « Marcottage » de la portion moyenne du lambeau cylindrique en limite postérieure de la perte de substance, ce principe de marcottage issue de la science botanique permet d'accroître la vascularisation avant l'étalement des lambeaux très volumineux.

Figure 7c : Troisième déplacement directement du cylindre sans spatule et « nidation ovale » au bord contro-latéral de la perte de substance, selon le principe de pontage avant l'étalement du lambeau.

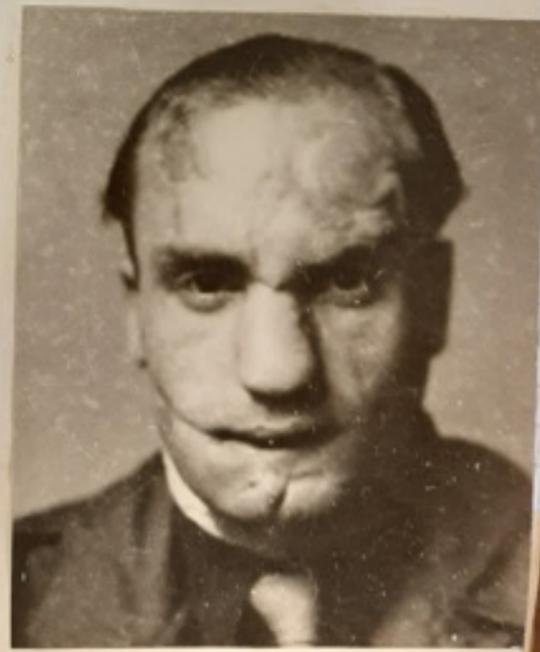
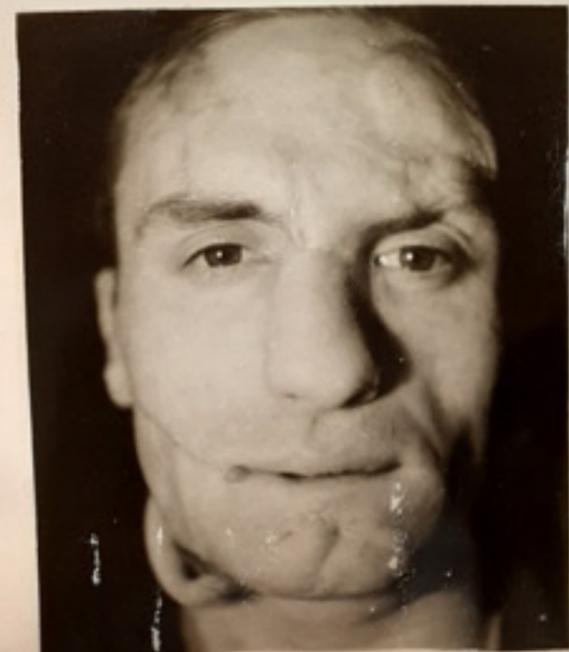
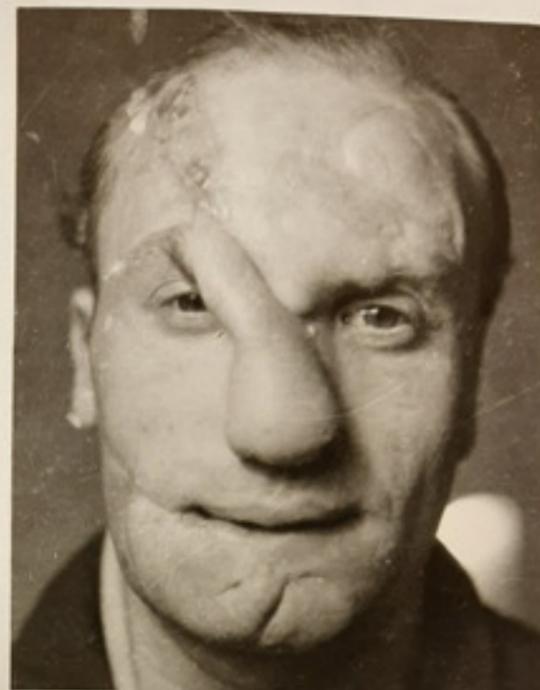
Figure 8. Cas de reconstruction sur bride cervicale avec lambeau cylindrique abdominal, transféré en Y avec le poignet comme hôte intermédiaire.

Figure 9. Illustrations d'un cas de reconstruction labio-mentonnière avec restauration d'un plan interne et d'un plan externe par l'association de deux lambeaux : un bipédiculé de scalp (externe) et cylindrique cervico-thoracique avec spatule cutanée distale (interne). On note la fréquente utilisation d'un « sabot » pour conformer les lambeaux le temps de l'étalement et du modelage. Plusieurs mois après l'apport tissulaire, il peut être réalisé une greffe osseuse secondaire, qui est glissée entre les lambeaux.

Figure 10. Reconstruction labio-mentonnière par un seul lambeau cylindrique volumineux (abdominal), qui va être étalé après un pontage de la perte de substance. Cette étape nécessite la « nidation » du pédicule à un bord supéro-latéral de la perte de substance, puis de l'autre pédicule au bord inférieur controlatéral. Une séparation en deux et une nidation opposée permet de créer un « canon de fusil ». Ces doubles-barres seront par la suite étalées de sorte à conformer les téguments en une face interne et une face externe.

Figure 11. Perte de substance maxillo-zygomatique le long d'un trajet balistique avec point d'entrée orbitaire droit et point de sortie mandibulaire gauche. Utilisation d'un lambeau cylindrique abdominal transféré par le poignet pour un passage transorbitopalatin, avec désépidermisation de la portion intrasinusienne, permettant un comblement et une étanchéification de la perte de substance.

# SCHLACTER



# Moulins Serge

Docteur Ginetet. 1402 Cap  
 Anesthésie locale  
 Excision de la base de la tige  
 placée juste au-dessus de  
 tout muguet qui se  
 trouve de la base.  
 Excision de la tige verticale et  
 mise en place d'une greffe  
 libre dans l'épipharynx par  
 au rasoir. Compression et maintien  
 par un bandage comme d'habitude  
 48h. gras.

25 Mars 1955

Docteur Ginetet - 1402 Cap  
 Anesthésie locale

Prise d'une spatule brachiale  
 au-dessus de l'ostéocécite inférieure  
 côté brachial gauche spatule  
 à une plaque osseuse ultérieure.  
 Excision cutanée suivant les contours  
 d'une façon préalablement marquée  
 autour de la tige d'une greffe à la

14 Août 1955

Docteur Ginetet - 12 Février  
 Anesthésie locale

Excision de l'ostéocécite brachiale  
 de l'opercule.  
 Excision de la plaque brachiale  
 et insertion de l'ostéocécite libre  
 dans la région jugale gauche

1<sup>er</sup> Septembre 1955

Dr. Ginetet - Dr. Ginetet  
 Anesthésie locale

Libération d'un lambeau brachial  
 au niveau de son insertion jugale  
 gauche et fixation de cette tige  
 au niveau de la base du nez par  
 suspension avec suture garde de  
 substance (sphère) par compression

# BEAUCHEF

12 FEVRIER 1957

Pour reconstitution du lobule du nez  
 et d'une partie des ailes préparation  
 d'un lambeau frontal à pédicule cra-  
 nien suivant la technique habituelle.

Suture au crin par points séparés.  
 Biogaze - pansement.

29.3.57.

Drs GINESTET-DUPUIS

Melle Péméja

Reposit on lambeau cranien

Sous A.G.

Remise en place du pédicule du  
 lambeau frontal, reconstituant la  
 pyramide nasale, après ablation de  
 la portion de greffe libre  
 excédentaire.

Technique habituelle.



