



HAL
open science

Laçage de lambeau libre de grand dorsal dans le cadre des soins locaux d'un lambeau en nourrice du cuir chevelu

Y. Véleine, S. Chiriac, L. Pouzet, L. Jayyosi, N. Correia, Catherine François

► **To cite this version:**

Y. Véleine, S. Chiriac, L. Pouzet, L. Jayyosi, N. Correia, et al.. Laçage de lambeau libre de grand dorsal dans le cadre des soins locaux d'un lambeau en nourrice du cuir chevelu. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 2019, 64 (4), pp.380-383. <10.1016/j.anplas.2019.01.002>. <hal-03106894>

HAL Id: hal-03106894

<https://hal.science/hal-03106894v1>

Submitted on 20 Jul 2022

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 CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Titre :

Laçage de lambeau libre de grand dorsal dans le cadre des soins locaux d'un lambeau en nourrice du cuir chevelu.

Free latissimus dorsi flap lacing and local care in two-stage scalp reconstruction.

Auteurs et coordonnées

1. Yohanan Véleine

Academic degree : Resident

Affiliation : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital Maison Blanche, CHU de Reims, 45, rue Cognacq-Jay, 51100 Reims

E-mail adress : yveleine@chu-reims.fr / yohanan.veleine@gmail.com

Country : France

2. Sergiu Chiriac

Academic degree : MD

Affiliation : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital Maison Blanche, CHU de Reims, 45, rue Cognacq-Jay, 51100 Reims

E-mail adress : schiriac@chu-reims.fr

Country : France

3. Laurine Pouzet

Academic degree : Resident

Affiliation : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital Maison Blanche, CHU de Reims, 45, rue Cognacq-Jay, 51100 Reims

E-mail adress : lpouzet@chu-reims.fr

Country : France

4. Laura Jayyosi

Academic degree : Resident

Affiliation : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital Maison Blanche, CHU de Reims, 45, rue Cognacq-Jay, 51100 Reims

E-mail adress : ljayyosi@chu-reims.fr

Country : France

5. Nicolas Correia

Academic degree : MD

Affiliation : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital Maison Blanche, CHU de Reims, 45, rue Cognacq-Jay, 51100 Reims

E-mail adress : ncorreia@chu-reims.fr

Country : France

6. Caroline François

Academic degree : MD-PhD

Affiliation : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital Maison Blanche, CHU de Reims, 45, rue Cognacq-Jay, 51092 Reims; EA 3801 université de Champagne-Ardenne, 51, rue Cognacq-Jay, 51100 Reims

E-mail adress : cfrancois@chu-reims.fr

Country : France

Introduction

L'exérèse chirurgicale de lésions cutanées extensives en territoire irradié peuvent conduire à un geste de couverture en deux temps : lambeau libre en nourrice et exérèse chirurgicale dans un deuxième temps, après s'être assuré de la viabilité du lambeau [1-4]. La technique de mise en nourrice consiste alors le plus souvent à suturer le lambeau sur lui-même à proximité du futur site receveur, tel que décrit pour la première fois par Servant lors du congrès de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique en 1984, à propos du lambeau « chausson aux pommes ».

Nous vous rapportons une solution originale concernant le laçage de lambeau libre de grand dorsal dans le cadre d'une gestion de soins locaux d'un lambeau en nourrice du cuir chevelu.

Matériel clinique

M. C., 70 ans, est atteint d'une cylindromatose familiale, une pathologie génétique du spectre des atteintes du syndrome de Brooke-Spiegler. Autosomique dominante à pénétrance variable, son substrat est la mutation du gène CYLD cutané [5,6]. Elle est notamment responsable de l'apparition de multiples lésions cutanées, les cylindromes, présentant un faible risque de transformation maligne. Ces lésions douloureuses nécessitent des exérèses itératives.

Le patient avait bénéficié en 1999 d'une curiethérapie de l'extrémité céphalique. Celle-ci n'a pu empêcher l'apparition de nouvelles lésions douloureuses du cuir chevelu, avec de surcroît des troubles de cicatrisation, empêchant les exérèses répétées. La seule possibilité de prise en charge de ces tumeurs bénignes responsables de douleurs invalidantes était l'exérèse monobloc de l'ensemble de la zone pathologique (tumorale et irradiée). La couverture par lambeau libre a été retenue devant la surface étendue et les antécédents d'irradiation de ces lésions du scalp.

Le choix du lambeau de grand dorsal a été posé aux vues de sa taille et de sa fiabilité [7,8].

Le choix d'une technique en deux temps a été motivé par la fragilité du patient (âge, état clinique et psychologique), ses antécédents (parotidectomie et curage cervical droits pour carcinome adénoïde kystique, exérèses temporales), et la surface et localisation de la future perte de substance. Il a alors été décidé de mettre en attente ce lambeau pour s'assurer de sa viabilité avant de réaliser l'exérèse d'une zone irradiée de grande surface. Le terrain particulier du patient était également un argument : il n'existait que peu, ou pas d'alternatives en cas d'échec. En effet, il présentait peu de vaisseaux receveurs avec l'antécédent de curage cervical, et des vaisseaux temporaux inutilisables selon l'angioscanner préopératoire ; concernant les sites donneurs : un seul muscle grand dorsal était fiable, et l'abdomen, non favorable.

Après prélèvement du lambeau myocutané de muscle grand dorsal droit (avec une palette cutanée de surveillance), son pédicule a été anastomosé en terminoterminal à l'artère linguale et au tronc veineux thyrolinguofacial gauches, qui étaient les premiers vaisseaux utilisables. Nous n'avons pas souhaité laisser le lambeau en attente au niveau de la région cervicale, pour mettre d'emblée son pédicule dans son axe définitif et éviter toute compression dans cette zone. Le pédicule a donc été placé en rétroauriculaire gauche. La fermeture directe en regard des anastomoses n'a pas été envisageable devant le risque de compression du pédicule. Une mise en cicatrisation dirigée a été réalisée à ce niveau, avec suture lâche des berges cutanées et mise en place d'un pansement gras.

L'objectif était de placer d'emblée le lambeau sur la future zone d'exérèse, en situation la plus « anatomique » possible. Une fixation par laçage a été effectuée. Des agrafes (Appose TM ULC Auto Suture TM 35 W COVIDIEN TM Ref 8886803712) ont été fixées sur le pourtour de la future zone d'exérèse sur deux rangées de manière à servir d'ancres pour le laçage du lambeau. (Figure 1) Nous avons utilisé des fils polyester tressés non résorbables 2-0 (Mersutures TM 2-0 ETHICON ref F2542) pour une meilleure maniabilité et limiter le risque de desserrage des nœuds [9]. Les deux rangées d'agrafes devaient nous permettre au fil du temps de majorer la tension et donc le positionnement du lambeau au niveau du scalp en parallèle de la disparition progressive de l'œdème. Il était ainsi possible de positionner le lambeau, progressivement, pour éviter sa rétraction ou sa lacération et obtenir sa conformation. Les fils ont été noués comme des lacets de chaussures afin de pouvoir être défaits et refaits à volonté.

Ceci nous donnait un accès facile et rapide à la partie profonde du lambeau pour la réalisation des soins (pas de macération sur la peau native du scalp et un maintien en milieu gras et humide de l'ensemble du lambeau)

Figure 1. Technique de laçage du lambeau

Les pansements du scalp ont été réalisés tous les deux jours en chambre, par deux opérateurs gantés stérilement pour permettre la manipulation précautionneuse du lambeau. Les nœuds étaient défaits, le lambeau mobilisé (figure 2) et les soins ont pu être réalisés aussi bien au niveau de la face superficielle qu'au niveau de la face profonde du lambeau (mise en place de tulle gras sur les deux faces, puis capeline). L'ensemble de la surface du lambeau était alors évaluable. En réglant la tension du lambeau, nous avons pu optimiser sa conformation : éviter à la fois une extension trop marquée au risque d'une souffrance de celui-ci, ou l'exérèse d'une surface lésionnelle dépassant sa capacité de couverture.

Figure 2. Manipulation du lambeau

La couverture a été réalisée dans un deuxième temps à une semaine post opératoire avec exérèse du scalp suivant les contours du lambeau dessinés sur celui-ci, autorisant une perte

de substance de 25 x 25 cm. La face profonde du fascia musculaire a été scarifiée pour encore augmenter son amplitude. La palette cutanée a été réséquée, et une greffe de peau mince non expansée effectuée sur l'ensemble de sa surface. La peau était prélevée sur les cuisses, peu atteintes par la maladie. (figure 3a et 3b)

Figure 3 : a. Exérèse du scalp et montée du lambeau : aspect peropératoire b. Résultats à 1 an

Discussion

Le traitement chirurgical des lésions cutanées étendues entraîne des pertes de substance n'autorisant pas la fermeture directe ou la cicatrisation dirigée. Le lambeau libre de grand dorsal est un lambeau fiable, et sa taille permet de couvrir des pertes de substance du scalp avoisinant 30x30 cm. [7,10–13]

Bien que la fiabilité des lambeaux libres chez le sujet âgé ait été démontrée [14], devant le terrain du patient et la taille de la perte de substance, il nous est apparu nécessaire de nous assurer de la viabilité du lambeau libre de grand dorsal chez notre patient avant l'exérèse chirurgicale du scalp.

Ce procédé simple nous a permis de nous assurer de la viabilité du lambeau durant une procédure d'attente avant la réalisation d'une perte de substance pour laquelle les possibilités alternatives de couverture étaient très limitées. Le positionnement des vaisseaux et l'absence de compression cervicale étaient une priorité pour la réussite du geste.

Le positionnement du lambeau au niveau du scalp a été facilité par la traction progressive au niveau de la première puis de la deuxième rangée d'agrafes. Nous avons pu ainsi réaliser un « modelage » progressif en fonction de l'œdème, tout en ayant un contrôle régulier sur la tolérance. La diminution de l'œdème, nous a permis d'avancer petit à petit le lambeau et de nous assurer de la bonne zone d'exérèse en limitant partiellement les problématiques de tension et de rétraction postopératoire en « boule ».

Dans ce cas la viabilité du lambeau était notre priorité avant d'envisager l'exérèse chirurgicale ; toutefois ce procédé peut aussi être proposé après exérèse de lésion carcinologique du scalp de grande taille, en attendant des résultats histologiques.

La mise en nourrice du lambeau libre de muscle grand dorsal avant exérèse du cuir chevelu, nous a permis d'assurer la fiabilité de la couverture. Le système de laçage nous a permis la réalisation des soins réguliers avec une manipulation aisée du lambeau, un positionnement en situation « réelle » de ce dernier tout en évitant sa rétraction.

Références :

- [1] Coudurier J, Hitier M, Ochala C, Hamou C. Use of a free antero-lateral thigh flap for two-stage reconstruction of a large thoracic defect. *Ann Chir Plast Esthet* 2015;60:231–4.

- [2] Fejjal N, Hafidi J, Belmir R, El Mazouz S, Abbassi A, Lahlou K, et al. Two-stage free latissimus dorsi flap: a safe strategy for reconstruction of large defects of the abdominal wall. *J Plast Surg Hand Surg* 2013;47:232–3.
- [3] Philandrianos C, Casanova D, D'journo XB, Thomas PA. Two-stage free anterolateral thigh flap in the management of full-thickness chest wall resection. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;50:1208–9.
- [4] Boehmler JH, Francis SH, Grawe RK, Mayerson JL. Reconstruction of an external hemipelvectomy defect with a two-stage fillet of leg-free flap. *J Reconstr Microsurg* 2010;26:271–6.
- [5] Kazakov DV. Brooke-Spiegler Syndrome and Phenotypic Variants: An Update. *Head Neck Pathol* 2016;10:125–30.
- [6] Rathi M, Awasthi S, Budania SK, Ahmad F, Dutta S, Kumar A. Brooke-spiegler syndrome: a rare entity. *Case Rep Pathol* 2014;2014:231895.
- [7] Pradier J-P, Revol M, Servant J-M. Free flaps in elective reconstructive surgery over a 20 year period. *Ann Chir Plast Esthet* 2007;52:77–88.
- [8] Duchateau J, Guelinckx PJ, Deraemaeker R, De Mey A, Declety A, Jabri M, et al. Analysis of 163 latissimus dorsi muscle flaps. *Acta Chir Belg* 1987;87:275–81.
- [9] Loutzenheiser TD, Harryman DT, Ziegler DW, Yung SW. Optimizing arthroscopic knots using braided or monofilament suture. *Arthroscopy* 1998;14:57–65.
- [10] Desai SC, Sand JP, Sharon JD, Branham G, Nussenbaum B. Scalp reconstruction: an algorithmic approach and systematic review. *JAMA Facial Plast Surg* 2015;17:56–66.
- [11] Rochlin DH, Broyles JM, Sacks JM. Scalp Reconstruction With Free Latissimus Dorsi Muscle. *Eplasty* 2013;13.
- [12] Mutlu OO, Colak O, Canli M, Akcay A. Scalp Reconstruction With Free Latissimus Dorsi Flap in a Patient With Giant Cutis Verticis Gyrata. *J Craniofac Surg* 2016;27:e553-554.
- [13] Lipa JE, Butler CE. Enhancing the outcome of free latissimus dorsi muscle flap reconstruction of scalp defects. *Head Neck* 2004;26:46–53.
- [14] Perrot P, Le Floch R, Bellier-Waast F, Bourdais L, Pannier M, Duteille F. Free-flap reconstruction in the elderly patient. *Ann Chir Plast Esthet* 2008;53:420–3.

Conflits d'intérêts : aucun







