

Perte de substance de la paroi thoracique antérieure

→ T. SORIN, J.B. OLIVIER

Institut de Cancérologie de Lorraine,
NANCY.

Les pertes de substances oncologiques de la paroi thoracique antérieure présentent un véritable challenge pour le plasticien. Surtout lorsque celles-ci sont étendues. De nombreuses méthodes de couverture sont à discuter.

Il s'agit d'une patiente de 69 ans, opérée en 2003 d'une mastectomie partielle associée à un curage axillaire gauche pour un carcinome canalaire infiltrant de 20 mm, grade II. À l'examen histologique, l'exérèse est complète. Une radiothérapie adjuvante est réalisée, elle est associée à une chimiothérapie et à une hormonothérapie.

En 2006, des nodules cutanés apparaissent. Les différentes biopsies révèlent des lésions vasculaires atypiques post-radiques. La patiente bénéficie d'une exérèse large de ces lésions dont l'anatomopathologie ne retrouve pas d'argument en faveur d'un angiosarcome. En 2010, les lésions réapparaissent sur le sein gauche restant. Les différentes biopsies retrouvent les mêmes lésions vasculaires atypiques post-radiques. Une dernière biopsie, en 2012, pose le diagnostic d'angiosarcome post-radique (**fig. 1 et 2**).

L'IRM ne montre pas d'extension au muscle grand pectoral. La RCP décide d'un geste d'exérèse large en un bloc des lésions emportant le plan des pectoraux. La pièce est retirée en monobloc et mesure 25 cm de largeur pour 20 cm de hauteur (**fig. 3**). Le plan à reconstruire est constitué du gril costal gauche de la 2^e à la 8^e côte (le périoste est conservé) (**fig. 4**).



FIG. 1 : Taille tumorale macroscopique de 20 x 15 cm.



FIG. 2 : Taille tumorale macroscopique de 20 x 15 cm.



FIG. 3 : Pièce opératoire monobloc 25 x 20 cm emportant un plan anatomique sain.



FIG. 4 : La perte de substance s'étale sur toute la paroi thoracique antérieure gauche, de la 2^e à la 8^e côte.

Quelle couverture pariétale proposer ?

CAS CLINIQUE

Les différentes couvertures

1. Matrice dermique associée à une greffe de peau mince [1]

La matrice permet de retrouver une souplesse relative par rapport à la greffe de peau seule même si l'aspect manquera de trophicité. La surveillance d'une récurrence sera facilitée par la finesse du tissu. Le coût global de cette technique reste onéreux. Les séquelles du site donneur sont minimales.

2. Les lambeaux abdominaux pédiculés

Ils ont l'avantage de pouvoir être prélevés en parallèle de la résection tumorale dans le cadre d'une intervention en double équipe.

- **Vertical Rectus Abdominis Myocutaneous flap (VRAM) [2]/ Oblique Superior Rectus Abdominis Myocutaneous flap (OSRAM)/ Transversal Rectus Abdominis Myocutaneous flap (TRAM) [3]**: il existe une grande réserve de tissu au niveau abdominal permettant les larges couvertures thoraciques. Les techniques de prélèvements sont simples, leurs pédicules sont fiables. Cependant, ces trois lambeaux sont myocutanés et sont pourvoyeurs de séquelles pariétales type éventrations ou bulge syndrome.

- **Anterior Inter Costal Artery Perforator flap (AICAP) [4]**: ce lambeau perforant présente l'avantage de l'épargne musculaire. Cependant, sa taille reste limitée (<300 cm²).

- **Superior Epigastric Artery Perforator flap (SEAP) [5]**: comme le lambeau précédent, le SEAP présente l'avantage de l'épargne musculaire. La taille de ce lambeau peut atteindre 38 x 15 cm. La zone donneuse est autofermante.

- **Grand Omentum**: ce lambeau est contre indiqué du fait du caractère carcinologique de la perte de substance thoracique.

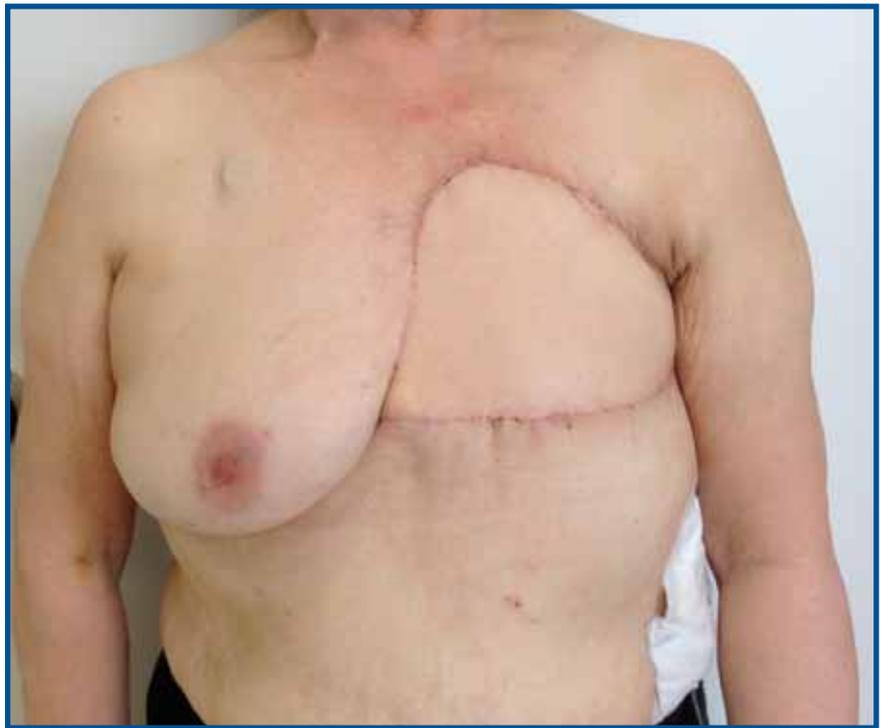


FIG. 5.



FIG. 6.



FIG. 7.

Il existe en effet un risque de dissémination abdominale du processus tumoral.

3. Les lambeaux dorsaux pédiculés

● **Thoraco Dorsal Artery Perforator flap (TDAP) et Lateral Inter Costal Artery Perforator flap (LICAP) [4, 6]** : comme l'AICAP flap, la réduction de la morbidité du site donneur est pondérée par la taille limitée du lambeau (< 250 cm²).

● **Grand Dorsal** : il s'agit du lambeau que nous avons choisi ici. Nous sommes arrivés à la limite extrême du lambeau autofermant : 25 x 20 cm. La fermeture primaire a été possible grâce à la laxité cutanée et aux points de capiton (10 sur le lambeau supérieur et 20 sur le lambeau inférieur) qui ont permis de répartir la tension sur l'ensemble des 2 berges supérieure et inférieure, limitant le risque d'ischémie et de désunion de la cicatrice.

● **Parascapulaire [7,8]** : L'accès à l'artère circonflexe scapulaire serait aisé

dans le cas de cette patiente. La taille de la palette cutanée peut aller jusqu'à environ 400 cm². La seule limite reste l'autofermeture de la zone donneuse. Le pédicule sera passé sous le tendon du muscle Grand Dorsal et Grand Rond.

4. Les lambeaux libres

Les lambeaux libres ont l'avantage de ne pas mettre en relation la zone d'exérèse avec la zone de prélèvement, ce qui n'est pas le cas des lambeaux pédiculés où il existe un risque de récurrence sur l'ensemble du site opératoire du fait du décollement [9].

● **Deep Inferior Epigastric Perforator flap (DIEP) [7]** : comme les lambeaux abdominaux pédiculés, le DIEP présente une grande réserve tissulaire sans avoir les séquelles pariétales causées par la prise du muscle Grand Droit Abdominal.

● **Tenseur du Fascia Lata [10]** : la taille de ce lambeau peut atteindre 35 x 45 cm.

La zone donneuse bénéficiera d'une greffe de peau à la différence du DIEP dont la zone donneuse est autofermante.

Résultats à 4 mois

Le lambeau musculocutané de Grand dorsal a permis de recouvrir entièrement la perte de substance thoracique gauche (fig. 5 et 6).

Le zone de prise de lambeau est autofermante grâce à la grande laxité cutanée et au capitonage (fig. 7).

Bibliographie

1. TUFARO AP, BUCK DW, FISCHER AC. The use of artificial dermis in the reconstruction of oncologic surgical defects. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120:638-46.
2. SUZMAN MS. The "Sideways" VRAM flap for broad soft-tissue chest wall coverage. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117:2526-7.
3. JUNG JA, KIM YW, KANG SR. Reconstruction of unexpected huge chest wall defect after recurrent breast cancer excision using a TRAM flap combined with partial Latissimus Dorsi muscle flap. *Arch Plast Surg.* 2013;40:76-9.
4. HAMDIM, VAN LANDUYT K, DE FRENE B *et al.* The versatility of the inter-costal artery perforator (ICAP) flaps. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59:644-52.
5. ONI G, SHARMA R, RAO R *et al.* Bilateral superior epigastric pedicle perforator flaps for total chest wall coverage. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64:1104-7.
6. YANG LC, WANG XC, BENTZ ML *et al.* Clinical application of the thoracodorsal artery perforator flaps. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2013 Feb;66:193-200.
7. BOSCH R, LEPAGE C, HAMOU C *et al.* Management of chest wall reconstruction after resection for cancer : a retrospective study of 22 consecutive patients. *Ann Plast Surg.* 2011;67:263-8.
8. HWANG JH, HWANG K, BANG SI *et al.* Reliability of vascular territory for a circumflex scapular artery-based flap. *Plast Reconstr Surg.* 2009;123:902-9.
9. RIMAREIX F, MISSANA MC, BONVALOT S. Chirurgie plastique et reconstruction des parois et des confins – Rapport Sofcpre 2009:25-38.
10. TUKIAINEN E, POPOV P, ASKO-SELJAVARA S. Microvascular reconstructions of full thickness oncological chest wall defects. *Ann Surg.* 2003;238:794-801.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.