

## CAS CLINIQUE

# Couverture d'une perte de substance post-traumatique de la face antérieure du genou

→ M. DERDER, L. LANTIERI  
Service de Chirurgie plastique,  
reconstructrice et esthétique,  
Hôpital européen Georges-Pompidou,  
PARIS.

**N**ous vous présentons le cas d'une patiente âgée de 18 ans, sans aucun antécédent, victime d'un accident de la voie publique. Elle présentait lors de son admission aux urgences :

- une fracture de la diaphyse fémorale gauche (traitée en urgence par réduction et enclouage centromédullaire);
- une brûlure du 3<sup>e</sup> degré de la face antérieure du genou droit (par contact prolongé avec le pot d'échappement du véhicule).

Elle nous a été transférée 1 mois après la prise en charge initiale pour couverture de la perte de substance du genou (*fig. 1*). La patiente ne présentait alors aucun signe clinique ou paraclinique en faveur d'une infection ostéoarticulaire, et les clichés radiologiques montraient une ostéosynthèse satisfaisante.

**Que pouvez-vous proposer pour la couverture de cette perte de substance chez cette jeune femme sans comorbidité?**



FIG. 1.

## CAS CLINIQUE

### Plusieurs options thérapeutiques peuvent être discutées

#### >>> Cicatrisation dirigée et couverture par une greffe de peau

Dans ce cas, le bourgeonnement semble impossible, ou au mieux incertain ou partiel, car la mise à plat des tissus nécrotiques a exposé la patella qui est déperiostée. De plus, la perte de substance est étendue et située en regard de l'articulation avec un risque important d'arthrite septique durant la longue période de bourgeonnement. Enfin, les rétractions de la greffe de peau peuvent entraîner une limitation des amplitudes articulaires de genou, invalidante chez cette patiente jeune.

#### >>> Couverture par un lambeau locorégional musculaire ou fascio-cutané

Les choix sont limités pour la couverture du genou. Les lambeaux musculaires de gastrocnémiens risquent d'atteindre avec difficulté le pôle supérieur de la perte de substance, même en utilisant certains artifices techniques (passage du lambeau sous les muscles de la patte d'oie, incisions des aponévroses profondes, etc.). De plus, les résultats morphologiques et les séquelles fonctionnelles chez une femme jeune nous ont poussé à récuser ces lambeaux en première indication. Quant aux lambeaux fascio-cutanés, ils imposeraient un deuxième temps de sevrage et présentent aussi des séquelles morphologiques non négligeables.

#### >>> Couverture par un lambeau perforant pédiculé ou par un lambeau en hélice

Cette option présente l'avantage d'utiliser des tissus de faible épaisseur, à proximité de la perte de substance, sans avoir recours à la microchirurgie et sans sacrifice musculaire. Plusieurs lambeaux peuvent être réalisés, comme



FIG. 2.



FIG. 3.

par exemple un lambeau antérolatéral de cuisse à flux inversé. Une anastomose veineuse type “*supercharging*” peut être réalisée sur la veine saphène pour améliorer le retour veineux. Nous avons choisi de réaliser un lambeau perforant de *Medial Sural Artery* (MSAP *flap*), autofermant et pédiculé, dont nous détaillons plus bas les détails techniques.

### >>> Réalisation d'un lambeau libre

Il faut idéalement choisir un lambeau fin, entraînant le moins de séquelles sur le site donneur, pour ne pas compliquer la rééducation et la reverticalisation notamment, car la patiente aura besoin de béquilles. Le choix du pédicule receveur se fera en fonction des vaisseaux disponibles en veillant à ne pas diminuer le capital vasculaire de la jambe et en privilégiant si possible les anastomoses terminolatérales sur les gros troncs ou terminotermiales sur des branches collatérales. Le pédicule géniculaire descendant aurait, dans le cas présent, notre préférence du fait de sa localisation fiable, sa dissection facile et pour son calibre compatible avec la microchirurgie. Il présente par ailleurs l'avantage de ne pas sacrifier d'axe majeur de la jambe.

>>> Les *cross-legs* et lambeaux semi-libres n'ont aucune place pour nous en première intention.

### Notre choix thérapeutique

Tout d'abord, nous avons incisé la peau jusqu'au plan sous-fascial, 4 cm en arrière du bord médial du tibia (bord antérieur de la palette), au niveau de la jonction 1/3 supérieur et 1/3 moyen de la jambe, après repérage Doppler de la perforante (*fig. 2*).

La dissection est réalisée dans un plan sous-fascial, de médial à latéral à la recherche des perforantes. Nous avons



FIG. 4.



FIG. 5.



FIG. 6.

## CAS CLINIQUE

sélectionné une perforante de calibre convenable pour la vascularisation de notre palette (**fig. 3**). Une fois la perforante repérée, le dessin de la palette est ajusté si besoin en fonction de sa localisation pour assurer une bonne mobilisation du lambeau, tout en gardant un site donneur autofermant. Afin d'obtenir plus d'exposition, l'ensemble de la palette est incisé.

La dissection se poursuit en intramusculaire à travers le muscle gastrocnémien médial, dans le cas présent jusqu'à son origine au niveau poplité pour augmenter l'arc de rotation du

lambeau (**fig. 4**). Pour gagner encore plus de longueur, nous avons passé la palette cutanée sous les tendons de la patte d'oie. Nous avons pratiqué un test de fluorescence au vert d'indocyanine, avant la fixation du lambeau, ce dernier a montré une bonne vascularisation du lambeau. La zone donneuse a pu être fermée directement sous tension.

À 3 mois, le résultat est satisfaisant, avec une cicatrisation acquise (**fig. 5 et 6**). Le résultat morphologique est satisfaisant. Les séquelles fonctionnelles sur le site donneur sont quasi nulles et la patiente

a pu reprendre un appui sur le membre inférieur sans être gênée durant sa rééducation.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

**Vous auriez peut-être proposé un autre traitement ?**

**Pour réagir :**

**[info@realites-chirplastique.com](mailto:info@realites-chirplastique.com)**

## SUPPLÉMENT VIDÉO



→ **L. BENADIBA<sup>1</sup>, J. NIDDAM<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Chirurgien Plasticien, PARIS

<sup>2</sup> CHU Henri-Mondor, CRÉTEIL

### **Injection de toxine botulique : la patte d'oie**

Ce supplément vidéo présente les repères et la technique d'injection de toxine botulique dans la patte d'oie. Ce film fait partie d'une série de vidéos sur les injectables qui vous seront régulièrement proposés dans les prochains numéros de la revue.

Toutes ces vidéos sont réalisées en partenariat avec le DUTIC : Diplôme d'Université de techniques d'injection et de comblement.

#### **Retrouvez cette vidéo :**

– à partir du flashcode\* suivant

– en suivant le lien :  
<http://tinyurl.com/toxinebotulique>



\* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.

