

## CAS CLINIQUE

# Couverture d'une perte de substance abdominale transfixiante étendue

→ J. QUILICHINI<sup>1</sup>, J. DUCLOS<sup>2</sup>, Ph. WIND<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service de Chirurgie plastique, CH Ballanger, AULNAY-SOUS-BOIS.

<sup>2</sup> Service de Chirurgie digestive, CHU Avicenne, BOBIGNY.

**N**ous présentons le cas d'un patient de 40 ans, pris en charge initialement à l'étranger pour une plaie abdominale compliquée secondairement d'une fistule digestive et d'une nécrose cutanée médiane périombilicale. L'abdomen est multicicatriciel, avec une cicatrice médiane xyphopubienne et deux incisions latérales de décharge.

Il présente actuellement une fistule médiane du grêle, au sein d'une zone cicatricielle. Autour de cette zone, le contenu abdominal n'est recouvert que par une fine épaisseur d'un tissu cicatriciel atrophique. Les muscles *rectus abdominis* sont rétractés latéralement, laissant une zone d'éventration médiane d'environ 15 × 10 cm (**fig. 1**).

Le temps digestif prévoit un rétablissement de continuité en reprenant la voie d'abord médiane. Le patient est jeune et actif, et souhaite pouvoir reprendre une activité physique normale.

**Que pouvez vous proposer à ce patient concernant la reconstruction pariétale ?**



**FIG. 1:** Vue préopératoire.

## CAS CLINIQUE

### Réponse

Chez ce patient, la technique choisie devra répondre à plusieurs impératifs :

- permettre un rétablissement de la continuité du tube digestif avec une bonne protection du contenu abdominal;
- assurer un renforcement de la paroi abdominale;
- permettre une couverture cutanée fiable, sur une surface étendue.

#### 1. Rétablissement de continuité et suture directe de la peau

Il s'agit de l'option thérapeutique la plus simple. Cependant, ce choix ne paraît pas judicieux car la perte de substance cutanée est étendue. Le patient présente une laxité cutanée limitée car son abdomen est multicatriciel, et le risque de nécrose cutanée médiane et de désunion est majeur.

Même s'il est possible de faire bourgeonner le péritoine pour le couvrir secondairement d'une greffe de peau, ce choix ne paraît pas non plus adapté car ce procédé nécessite des pansements quotidiens lourds et longs. Par ailleurs, même en cas de cicatrisation cutanée, le tégument restera fin et fragile. De plus, il n'y aura pas eu de renforcement pariétal, et le patient gardera une distension abdominale invalidante.

#### 2. Rétablissement de continuité, plastie aponévrotique et cutanée locale

Cette technique est particulièrement adaptée pour les éventrations médianes laissant en place des structures musculo-aponévrotiques intactes et facilement mobilisables, permettant de les rapprocher facilement et de réintégrer le sac herniaire sans difficulté. De nombreuses plasties aponévrotiques ont été décrites, et ces gestes peuvent être associés avec la pose d'une prothèse [1, 2].



FIG. 2 : Dessin d'un lambeau antérolatéral de cuisse étendu.

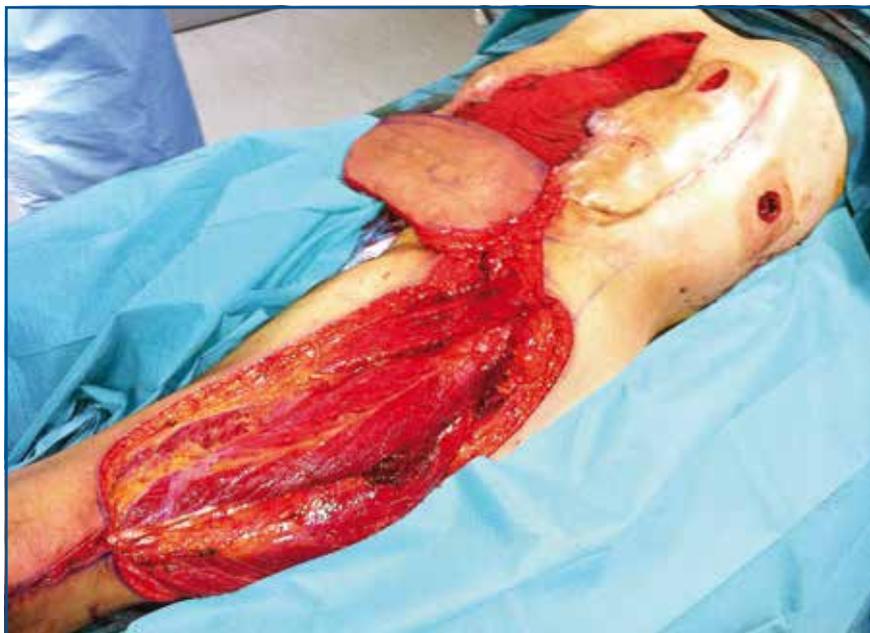


FIG. 3 : Le prélèvement du lambeau se déroule sans sacrifice musculaire. On remarque la dissection transmusculaire au travers du *vastus lateralis* de la perforante à destinée cutanée.

Cependant, dans le cas présenté, l'abdomen est multicatriciel avec un defect aponévrotique majeur, des muscles rétractés et présente déjà de larges incisions de décharges latérales.

Localement, il n'existe pas d'excédent cutané suffisant chez ce patient maigre pour envisager un geste de type dermo-lipectomie abdominale classique ou inversée pour assurer une couverture cutanée fiable.

Il nous semble donc que l'apport d'un lambeau régional ou à distance soit indispensable chez ce patient.

Le lambeau permettra d'apporter une quantité de peau saine importante pour couvrir la large excision cutanée médiane, et une prothèse de renforcement pariétale pourra être utilisée si nécessaire. La discussion porte donc maintenant sur le choix de ce lambeau.

### 3. Rétablissement de continuité, renforcement pariétal prothétique et couverture par lambeau de grand dorsal libre

Il s'agit de l'indication "classique" qui présente de nombreux avantages [3]. Le grand dorsal est un lambeau fiable, de prélèvement relativement facile et rapide. Une grande surface de peau peut être prélevée, en laissant si besoin le site donneur en cicatrisation dirigée. Le nerf du grand dorsal peut être microanastomosé avec un nerf iliohypogastrique pour assurer une bonne tonicité de la paroi et peut éventuellement éviter la pose d'une prothèse [2]. Les vaisseaux épigastriques inférieurs sont un site receveur de choix s'ils sont présents.

Cependant, ce lambeau implique un sacrifice musculaire chez ce patient jeune et actif. De plus, l'installation ne permet pas facilement un travail en double équipe. Enfin, la réalisation des anastomoses microchirurgicales peut compliquer et rallonger le geste opératoire, et ajoute le risque de thrombose postopératoire des anastomoses.

### 4. Rétablissement de continuité, couverture par un lambeau pédiculé de tenseur du fascia lata ± renforcement pariétal prothétique

Ce choix permet de proposer une technique pédiculée sans changement d'installation et un travail en double équipe. Une grande surface cutanée peut être prélevée, et le prélèvement de *fascia lata* permet la reconstruction concomitante de la paroi aponévrotique [4].

Cependant, le prélèvement n'est pas autofermant et peut entraîner une instabilité séquellaire du genou. De plus, l'arc de rotation du lambeau peut être insuffisant si la perte de substance remonte trop vers le haut et du côté controlatéral de la ligne médiane.

### 5. Rétablissement de continuité, renforcement pariétal prothétique et couverture par un lambeau pédiculé antérolatéral de cuisse

C'est la technique que nous avons choisie (fig. 2). Ce lambeau, vascularisé par une perforante de la branche descendante du pédicule circonflexe fémorale

latérale, permet de préserver les muscles de la face antérieure de la cuisse [5, 6] (fig. 3). Une grande surface de tissus peut être prélevée sur une seule perforante, comme dans le cas présenté.

Ce lambeau permet une seule installation et un travail possible en double équipe. Il peut être prélevé avec l'aponévrose de cuisse, comme dans notre cas, qui permettra alors de participer à la réparation pariétale. Il peut aussi être prélevé en sous-cutané pour diminuer les séquelles cicatricielles sur le site donneur.

L'arc de rotation du lambeau permet la couverture des pertes de substance périombilicales. Cependant, dans le cas présent, nous avons dû augmenter l'arc de rotation du lambeau en décroisant le pédicule et la palette cutanée sous l'insertion proximale du muscle *rectus femoris* puis sous le *sartorius* (fig. 4).

Le site donneur sur la cuisse n'est pas autofermant. Nous avons choisi de laisser bourgeonner la cuisse à l'aide d'un pansement à pression négative avant d'envisager une greffe de peau mince expansée (fig. 5).



FIG. 4: Le pédicule est décroisé médialement par rapport au *sartorius* pour augmenter l'axe de rotation.



FIG. 5: Résultat en postopératoire immédiat.

## CAS CLINIQUE

Pour le renforcement pariétal, le choix s'est porté sur une prothèse de type matrice acellulaire d'origine porcine, devant le risque septique important.

Les suites opératoires ont été simples avec une reprise du transit sans récurrence de fistule. La cicatrisation abdominale s'est déroulée sans complication avec une bonne tonicité de la paroi abdominale (**fig. 6**).

### Bibliographie

1. GROLLEAU JL, MICHEAU P. Incisional hernia repair techniques for the abdominal wall. *Ann Chir Plast Esthet*, 1999;44:339-355.
2. Chirurgie plastique et reconstruction des parois et des confins. Rapport SoFCPRE 2009 – Masson.
3. ARNAUD EJ, PERRAULT M, REVOL M *et al.* Surgical treatment of dermatofibrosarcoma protuberans. *Plast Reconstr Surg*, 1997;100:884-895.
4. CHEVRAY PM, SINGH NK. Abdominal wall reconstruction with the free tensor fasciata musculofasciocutaneous flap using intraperitoneal gastroepiploic recipient vessels. *Ann Plast Surg*, 2003;51:97-102.
5. SINNA R, GIANFERMI M, BENHAIM T *et al.* Reconstruction of a full-thickness abdominal wall defect using an anterolateral thigh free flap. *J Visc Surg*, 2010;147:e49-e53.
6. MOULLOT P, PHILANDRIANOS C, GONNELLI D *et al.* Hypogastric abdominal wall reconstruction with a pedicled anterolateral thigh flap. *Ann Chir Plast Esthet*, 2014;59:364-367.

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



**FIG. 6 :** Résultat à J15.