Reconstruction

Mise à plat et couverture des pertes de substances axillaires par double lambeau libre type DIEP dans le cadre de l'hydrosadénite suppurative chronique : à propos d'un cas

RÉSUMÉ : Cet article fait la description d'une mise à plat radicale d'hidrosadénite suppurative chronique (HSC) axillaire bilatérale avec couverture immédiate par double lambeau libre type thin DIEP. Il s'agissait d'un patient de 39 ans présentant une HSC de localisation axillaire bilatérale Hurley 3. Les arguments en faveur d'une couverture en un temps étaient basés sur la demande du patient, l'examen clinique et l'angioscanner. La couverture par un lambeau libre abdominal type thin DIEP a été retenue. L'intervention a été un succès. La satisfaction du patient sur le plan fonctionnel et esthétique est importante à trois mois. La couverture en un temps des HSC axillaires par lambeau libre est une chirurgie difficile et dont les indications sont réservées à des patients rigoureusement sélectionnés.

H. CHATEL, B. HERSANT, S. LA PADULA, J.-P. MENINGAUD
Service de Chirurgie plastique et reconstructive
Hôpital Henri Mondor, CRETEIL.

L'hidrosadénite suppurative chronique (HSC) ou maladie de Verneuil affecte les régions axillaires, sous mammaires et génito-périnéales. Elle se caractérise par la présence récurrente de nodules douloureux, abcès, fistules et cicatrices pouvant altérer de façon considérable la qualité de vie des patients [1]. La maladie touche la femme de façon prédominante, volontiers en région axillaire et semble être liée au tabagisme et à l'obésité [2]. Le traitement chirurgical des stades Hurley 3 est la mise à plat des tissus pathologiques. La perte de substance est ensuite souvent laissée en cicatrisation dirigée à l'aide d'un système VAC [3] et greffée secondairement [4]. Selon Soldin *et al.*, la couverture en un temps par lambeaux est très efficace dans le cadre des HSC axillaire [5]. Des techniques ont été décrites avec des lambeaux perforants [6-8], lambeaux en ilôts [9], lambeaux thoraciques [10], lambeaux parascapulaires [11] mais aucun travail ou case report ne fait mention de lambeaux libres dans cette région pourtant riche en possibilités de branchements microchirurgicaux. Nous présentons le cas d'une mise à plat radicale d'HSC axillaire bilatérale avec couverture immédiate par double lambeau libre type *thin DIEP* (DIEP sous fascial) chez un homme de 39 ans.

Case report

Il s'agissait d'un patient de 39 ans présentant une HSC de localisation axillaire bilatérale de stade Hurley 3. Le patient pesait 100 kg pour 1,80 m (IMC à 31) sans tabagisme actif associé. Les argu-

Reconstruction

ments en faveur d'une couverture dans le même temps chirurgical que la mise à plat étaient : la taille importante prévisible de la perte de substance qui dépassait largement la zone pileuse axillaire, l'âge jeune, l'activité professionnelle manuelle (maçon) et la motivation du patient. Le patient présentait à l'examen clinique une importante laxité abdominale, et un angioscanner demandé révélait la présence de perforantes de bon calibre des deux côtés en abdominal en médial. La décision de couverture par un lambeau libre abdominal type thin DIEP a donc été proposée au patient.

1. Procédure chirurgicale

Le geste chirurgical a été réalisé en double équipe par des chirurgiens expérimentés (chirurgien ayant une fréquence opératoire d'un lambeau libre par semaine depuis plus de deux ans). L'équipe 1 a pratiqué la mise à plat des lésions et la préparation des vaisseaux thoraco-dorsaux pendant que l'équipe 2 levait un premier lambeau. L'équipe 1 a ensuite levé le second lambeau pendant que l'équipe 2 réalisait les anastomoses microchirurgicales. Enfin, l'équipe 1 a fermé la zone donneuse du lambeau pendant que l'équipe 2 réalisait les anastomoses du second côté. Les lambeaux on été branchés sur les vaisseaux thoraco-dorsaux des 2 cotés en termino-terminal. Du fait du drainage veineux superficiel prédominant *in situ* des deux lambeaux, ce qui est fréquent chez le sujet de sexe masculin, une anastomose sur la veine épigastrique superficielle a été réalisée. Le modelage des lambeaux a inclus une exérèse de toute la zone en dessous du *fascia superficialis* (*thin DIEP*) pour en réduire l'épaisseur ainsi qu'une résection à la demande pour couvrir les pertes de substances. L'intervention a duré 600 minutes entre l'incision et la fermeture cutanée.

2. Période postopératoire

Le patient a eu un *monitoring* de 12 heures en salle de soins post-interventionnelle avant d'être ramené dans le service. L'intervention a été un succès, aucune complication n'a eu lieu en postopératoire.

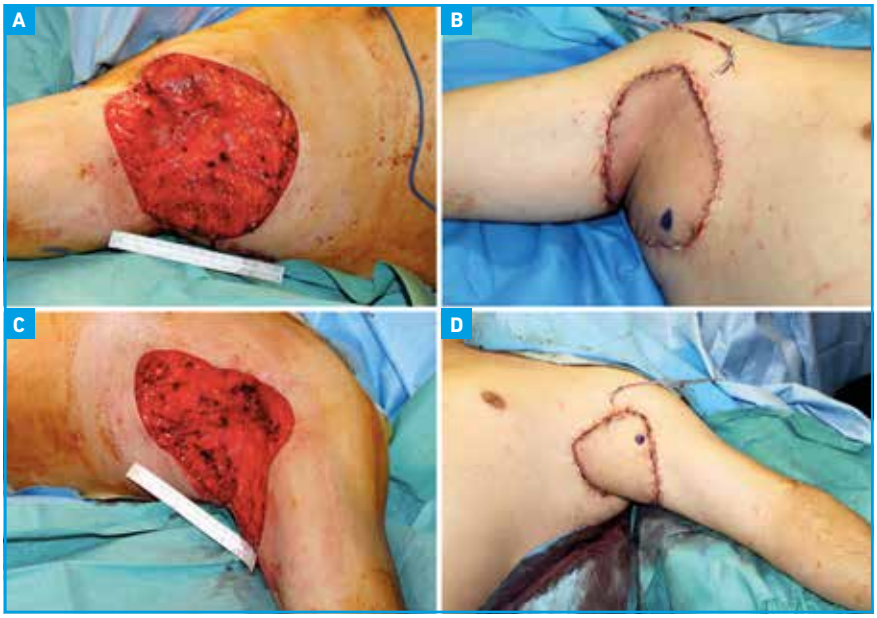

Fig. 1 : Mise à plat de l'unité pileuse axillaire droite (**A**) et gauche (**C**) puis couverture immédiate par double lambeau libre type thin DIEP (**B** et **D**).

Le retrait des drains a été fait au cinquième jour d'hospitalisation et la sortie a eu lieu à une semaine de l'intervention.

La qualité de la couverture était excellente avec des pertes de substance bilatérales totalement couvertes sans nécrose, ni désunion. La satisfaction du patient aussi bien sur le plan fonctionnel qu'esthétique était importante à trois mois (***fig. 1***), cotée à 9 sur une échelle VAS.

Discussion

La chirurgie des lambeaux libres est une chirurgie difficile nécessitant une équipe entraînée [12].

Nous pensons que la couverture en un temps des HSC axillaires est une option envisageable chez certains patients sélectionnés et dont les pertes de substances importantes exposent des structures vasculaires ou nerveuses ou laissent présager une longue convalescence.

Nos équipes ont cependant rencontré plusieurs difficultés. Tout d'abord les indications sont limitées puisque l'intervention nécessite un excès cutané abdominal, une absence de localisation génito-crurale et pubienne de la maladie ainsi que la présence de perforantes des deux côtés en région abdominale sur l'angioscanner.

La seconde difficulté est d'ordre technique. La zone axillaire est le siège dans le cadre de la maladie de remaniements fibreux rendant la préparation des vaisseaux plus difficile que d'ordinaire. Il s'agit également d'une région anatomique ou l'exposition des vaisseaux en vue d'un branchement microchirurgical n'est pas toujours aisée.

L'indication d'un tel geste doit être nuancée, puisqu'il s'agit d'une intervention longue, techniquement difficile et enfin que la localisation pubienne d'une partie du lambeau pourrait être le siège d'une récidive de la maladie. Cependant, nous pensons au regard des résultats

de ce premier cas qu'il peut s'agir chez certains patients motivés d'une option envisageable. La couverture en un temps a déjà montré sa supériorité par rapport à la cicatrisation dirigée [13] et les rançons cicatricielles du lambeau de DIEP semblent plus acceptables que pour certains autres lambeaux.

Conclusion

La couverture en un temps des HSC axillaires par lambeau libre est une chirurgie techniquement difficile mais possible pour des équipes expérimentées. Les indications sont restreintes et réservées aux patients motivés, ayant des impératifs fonctionnels comme les sportifs ou les travailleurs manuels, et souhaitant éviter une longue convalescence.

BIBLIOGRAPHIE

1. Zouboulis CC, Del Marmol V, Mrowietz U *et al.* Hidradenitis Suppurativa/Acne Inversa: Criteria for Diagnosis, Severity Assessment, Classification and Disease Evaluation. *Dermatol Basel Switz*, 2015;231:184-190.
2. Schrader AMR, Deckers IE, van der Zee HH *et al.* Hidradenitis suppurativa: a retrospective study of 846 Dutch patients to identify factors associated with disease severity. *J Am Acad Dermatol*, 2014;71:460-467.
3. Chen YE, Gerstle T, Verma K *et al.* Management of hidradenitis suppurativa wounds with an internal vacuum-assisted closure device. *Plast Reconstr Surg*, 2014;133:370-377.
4. Humphries LS, Kueberuwa E, Beederman M *et al.* Wide excision and healing by secondary intent for the surgical treatment of hidradenitis suppurativa: A single-center experience. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*, 2016.
5. Soldin MG, Tulley P, Kaplan H *et al.* Chronic axillary hidradenitis - the efficacy of wide excision and flap coverage. *British Journal of Plastic Surgery*, 2000;434-436.
6. Alharbi M, Perignon D, Assaf N *et al.* Application of the inner arm perforator flap in the management of axillary hidradenitis suppurativa. *Ann Chir Plast Esthét*, 2014;59:29-34.
7. Hallock GG. Island thoracodorsal artery perforator-based V-Y advancement flap after radical excision of axillary hidradenitis: reply. *Ann Plast Surg*, 2015;74:134-135.
8. Egemen O, Özkaya Ö, Bingöl D *et al.* Islanded perforator flaps in the reconstruction of hidradenitis suppurativa defects. *J Reconstr Microsurg*, 2013;29:297-302.
9. Schmidt M, Dunst-Huemer KM, Lazzeri D *et al.* The versatility of the islanded posterior arm flap for regional reconstruction around the axilla. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*, 2015;68:953-959.
10. Teo W-L, Ong Y-S, Tan B-K. Radical surgical excision and use of lateral thoracic flap for intractable axillary hidradenitis suppurativa. *Arch Plast Surg*, 2012;39:663-666.
11. Tercedor-Sánchez J, Ródenas-López JM, Ramón-Faba P *et al.* Parascapular perforating flap to treat severe axillary hidradenitis suppurativa. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 2015 ;106:669-671.
12. Bauer F, Koerdt S, Hölzle F *et al.* Eight free flaps in 24 hours: a training concept for postgraduate teaching of how to raise microvascular free flaps. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2016;54:35-39.
13. Wormald JCR, Balzano A, Clibbon JJ *et al.* Surgical treatment of severe hidradenitis suppurativa of the axilla: thoracodorsal artery perforator (TDAP) flap *versus* split skin graft. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*, 2014;67:1118-1124.

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