

Case report

Lambeau grand dorsal dans la reconstruction d'une tumeur géante de la paroi abdominale: à propos d'un cas rare



Latissimus dorsi flap in reconstruction following treatment of giant tumor of the abdominal wall: about a rare case

Karim Bourra^{1,&}, Samir El Mazouz²

¹Service de Chirurgie Plastique, Hôpital Al Farabi Oujda, Maroc, ²Service de Chirurgie Plastique, Hôpital Avicenne, Rabat, Maroc

[&]Corresponding author: Karim Bourra, Service de Chirurgie Plastique, Hôpital Al Farabi Oujda, Maroc

Mots clés: Musculo-skin flap, latissimus dorsi flap, free flap, microsurgery, termino lateral anastomosis

Received: 04/11/2016 - Accepted: 30/05/2017 - Published: 06/07/2017

Résumé

Nous nous permettons de vous présenter le cas d'un jeune patient, âgé de 16 ans, qui présente une grosse tumeur de la paroi abdominale, multinodulaire de nature mésoenchymateuse occupant la moitié abdominale gauche et mesurant dans les 25 cm d'axe vertical / 20 cm d'axe transversal, mobile par rapport aux plans profonds, et augmentant progressivement de volume depuis l'enfance et négligée. Nous avons dans le but du traitement chirurgical, après petite exérèse biopsique qui a révélé la nature «desmoïde» de la tumeur, réalisé une exérèse chirurgicale totale de la tumeur avec reconstruction immédiate par un lambeau musculo-cutané de grand dorsal libre, branché sur les gros vaisseaux du pli de l'aîne (artère iliaque et veine iliaque externes gauches), branchés en anastomose termino-latérale. La survie du lambeau s'est faite correctement et la reconstruction a ainsi été réussie.

Pan African Medical Journal. 2017; 27:181 doi:10.11604/pamj.2017.27.181.11028

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/27/181/full/>

© Karim Bourra et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

We report the case of a 16-year old patient presenting with giant, multinodular, mesenchymal tumor of the abdominal wall occupying the left abdominal region and measuring 25 cm on the vertical axis, 20 cm on the transverse axis, mobile when compared with the deep structures and gradually increasing in volume over childhood and neglected. After small biopsy, which showed desmoid tumor, the patient underwent complete surgical resection of the tumor with immediate reconstruction by free musculo skin flap of the latissimus dorsi attached to the large blood vessels of the inguinal fold (left iliac artery and left external iliac vein), connected by termino lateral anastomosis. Flap survival was correctly performed and reconstruction was successful.

Key words: Musculo-skin flap, latissimus dorsi flap, free flap, microsurgery, termino lateral anastomosis

Introduction

Nous présentons le cas d'un jeune patient, âgé de 16 ans, qui présente une grosse tumeur de la paroi abdominale (Figure 1), dont l'exérèse large a nécessité le recours au lambeau musculo-cutané de grand dorsal, prélevé libre de ses vaisseaux et branché aux gros vaisseaux du pli de l'aîne pour la couverture définitive et correcte de cette perte de substance abdominale (tout en un temps chirurgical) [1]. Avec un premier temps chirurgical, d'exérèse tumoral (Figure 2, Figure 3) puis un deuxième temps chirurgical de lambeau libre, prélevé en changeant de position puis un troisième temps chirurgical et dernier temps, de microchirurgie, pour brancher le pédicule thoraco-dorsal du muscle (artère et veine) aux vaisseaux inguinaux (artère et veine iliaques externes) [2].

Patient et observation

Notre cas rare de tumeur abdominale géante, multinodulaire de nature fibromateuse développée aux dépens des muscles de la paroi abdominale, apparaissant chez un garçon âgé de 16 ans, touchant tout le quadrant abdominal gauche et intéressant la moitié de l'hypocondre gauche, tout le flanc gauche ainsi que le pli de l'aîne gauche. La tumeur a évolué à bas bruit depuis des années en augmentant progressivement de volume. Le bilan biologique ne montre aucune anomalie particulière. Le bilan radiologique a consisté en une échographie abdomino-pelvienne et un scanner thoraco-abdominal avec et sans injection de produits de contraste. L'échographie a montré une masse tumorale hétérogène hyperéchogène avec des zones hypoéchogènes. Les masses tumorales sont encapsulées. La tumeur est mobile par rapport au plan profond et libre de toute adhérence profonde. Le scanner abdomino-pelvien réalisé a montré la masse tumorale multinodulaire constituées de nodules encapsulés développés aux dépens des tissus musculaires de paroi abdominale. Une petite exérèse biopsique a permis de confirmer le diagnostic de « tumeur desmoïde » [2].

Diagnostic différentiel

Cette forme immature pose un diagnostic différentiel crucial, avec un rhabdomyosarcome embryonnaire [3-5]. L'analyse morphologique très scrupuleuse de la prolifération notant l'absence d'anomalies cytologiques, la rareté des mitoses, la répartition homogène des éléments cellulaires doivent être pris en compte, ainsi que l'immunophénotype. Le diagnostic différentiel se pose aussi avec un fibrosarcome infantile, certains critères doivent être particulièrement pris en compte, tel que le caractère infiltrant, l'absence d'anomalie cytologique, la présence d'une chromatine fine claire, la rareté des mitoses (inférieure à 3 mitoses pour 10 grands champs), sont des éléments en faveur de la fibromatose.

Caractères évolutifs

Bien que ces tumeurs ne donnent pas de métastase, elles ont une grande tendance à récidiver si l'exérèse initiale n'a pas été satisfaisante. Le traitement de choix est une exérèse satisfaisante la plus large possible (Figure 4, Figure 5). Bien que l'étiopathogénie ne soit pas claire [6,7], un traumatisme a pu être évoqué dans certains cas.

Discussion

Nous discutons la reconstruction de la perte de substance de la paroi abdominale par l'utilisation de greffe de peau mince après bourgeonnement de la perte de substance de la paroi abdominale 4 semaines après l'exérèse de la tumeur abdominale initiale et cicatrisation dirigée. Par opposition à la mise en place d'un lambeau libre du muscle grand dorsal homolatéral prélevé libre avec son pédicule (Figure 6, Figure 7) et branché par anastomose termino-latérale sur les vaisseaux inguinaux homolatéraux [8,9]. Après étude des avantages et inconvénients des deux méthodes, nous concluons que la technique du lambeau grand dorsal libre branché [10], présente un avantage certain à celle de greffe de peau mince pour un meilleur résultat esthétique et fonctionnel pour le patient (Tableau 1).

Conclusion

Notre étude comparative a permis de faire le choix de la fiabilité et de l'esthétique en utilisant le lambeau du grand dorsal libre branché grâce à son pédicule aux vaisseaux iliaques externes. Notre lambeau mis en place a permis la couverture totale de la perte de substance abdominale obtenue après exérèse complète de la volumineuse tumeur abdominale. Résultat post-opératoire satisfaisant après reconstruction réussie de la paroi abdominale en trois temps opératoires (Tout en un temps) mais dont la durée assez longue constitue l'inconvénient majeur. Le patient fut suivi à 3 mois, 6 mois et un an avec un bilan post-opératoire rapproché et un bilan d'extension tumoral pour détecter à temps une éventuelle récurrence locale.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Karim bourra: la recherche documentaire et la rédaction de l'article et prise en charge clinique du patient. Samir Mazouz: correction de l'article. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Tableau et figures

Tableau 1: Comparatif entre GPM et LGD avantages/inconvénients

Figure 1: Vu de la tumeur géante occupant une large partie de l'abdomen

Figure 2: Dessin de la palette cutanée du lambeau grand dorsal utile identique à celle mesurée sur la surface de la tumeur

Figure 3: Vu du prolongement axillaire du pédicule thoraco-dorsal vascularisant le lambeau du grand dorsal

Figure 4: Vu per opératoire de la pièce de résection

Figure 5: La perte de substance ainsi obtenue après l'exérèse tumorale

Figure 6: Vu en post-opératoire du lambeau mis en place et vivant à J3 post-opératoire

Figure 7: Vu de la paroi abdominale reconstruite par notre lambeau sans souffrance cutanée ni nécrose (patient mis sous ATC pendant 7 jours)

Références

- Mojallaj A, Saint-Cyr M, Wrong C, Veber M, Braye F, Rohrich R. Lambeau de Grand dorsal avec conservation du muscle: étude anatomique et indications en reconstruction mammaire. *Ann Chir Plast Esthet.* 2010 Apr; 55(2): 87-96. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
- Paradol P-O, Tonssoun G, Delberc M, Delaporte T, Delay E. Tm desmoïde extra-abdominale sur cicatrice de prélèvement de lambeau grand dorsal: à propos d'un cas. *Annales de chirurgie plastique esthétique.* Février 2008; 53(1): 63-69. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
- Barr FG, Qualman SJ, Macris MH et al. Genetic heterogeneity in the alveolar rhabdomyosarcome subset without typical gene fusions. *Cancer Res.* 2002 Aug 15; 62(16): 4704-10. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
- Barrett AW, Morgan M, Ramsay AD et al. A clinicopathologic and immunohistochemical analysis of melanotic neuroectodermal tumor of infancy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002 Jun; 93(6): 688-98. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
- Cavazzana AO, Schmidt D, NINFO V et al. Spindle cell rhabdomyosarcoma. A prognostic ally favorable variant of rhabdomyosarcoma. *Am J Surg Pathol.* 1992 Mar; 16(3): 229-35. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
- Cessna MH, Zhou H, Sanger WG et al. Expression of ALK1 and p80 in inflammatory myofibroblastic tumor and its mesenchymal mimics: a study of 135 cases. *Mod Pathol.* 2002 Sep; 15(9): 931-8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
- Minetti C, Colson T et al. Utilisation du lambeau perforant thoracodorsal dans les séquelles traumatiques cutanées thoracomammaires de l'enfant: illustration par 2 cas cliniques. *Annale de chirurgie plastique esthétique.* Février 2014; 59(1): 61-64. [Google Scholar](#)
- Pittlet B, Cheretakis A, Montandon D. Correction des rétractions cervicales après brûlures par lambeau musculo-cutané pédiculé du grand dorsal. *Ann Chir Plast Esthet.* 2001 Jun; 46(3): 235-42. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
- Durooure F, Fadoul S, Fyad J-P, Stricker M, Simon E. Couverture d'une radionécrose lombaire par lambeau libre musculo-cutané du grand dorsal avec allongement pédiculaire par greffon veineux. *Ann Chir Plast Esthet.* 2005 Feb; 50(1): 80-4; discussion 85. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
- Belmahi A, Gharib NE, Bencheich AR, Abassi A, Mizahi M. Reconstruction de larges pertes de substances du scalp et du calvarium par association de lambeau semi libre différé de grand dorsal et cranioplastie au méthyl méthacrylate. August 2002. [Google Scholar](#)

Tableau 1: comparatif entre GPM et LGD avantages/inconvénients		
	Greffe de peau mince	Lambeau grand dorsal
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Facile à prélever - Cicatrisation rapide - Guérison rapide 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiable - Facile à prélever - Vaisseaux fiables - Microchirurgie facile - Résultat constant
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Cicatrice indélébile - Cicatrice en carreaux si greffe en maille de filet 	<ul style="list-style-type: none"> - Marche avec béquilles si nécessaire difficile - Surface du lambeau limité - Possibilité d'échec d'anastomose
Abréviations: ATC = anticoagulants		



Figure 1: Vu de la tumeur géante occupant une large partie de l'abdomen



Figure 2: Dessin de la palette cutanée du lambeau grand dorsal utile identique à celle mesurée sur la surface de la tumeur



Figure 3: Vu du prolongement axillaire du pédicule thoraco-dorsal vascularisant le lambeau du grand dorsal



Figure 4: Vu per opératoire de la pièce de résection



Figure 5: La perte de substance ainsi obtenue après l'exérèse tumorale



Figure 6: Vu en post-opératoire du lambeau mis en place et vivant à J3 post-opératoire



Figure 7: Vu de la paroi abdominale reconstruite par notre lambeau sans souffrance cutanée ni nécrose (patient mis sous ATC pendant 7 jours)