



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Lambeau libre de grand dorsal pour reconstruction d'une perte de substance large et complète de la paroi abdominale. À propos d'une tumeur desmoïde[☆]

Free latissimus dorsi flap for reconstruction of full thickness extensive abdominal wall defect. A case of desmoid tumor

V. Kadoch^{*}, F. Bodin, S. Himy,
V. Bollecker, C. Bruant-Rodier

Service de chirurgie plastique et maxillofaciale, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France

Disponible sur Internet le 6 juillet 2010

MOTS CLÉS

Paroi ;
Perte de substance ;
Reconstruction de la
paroi abdominale ;
Lambeau grand
dorsal ;
Fibromatose ;
Tumeur desmoïde

Résumé Les tumeurs desmoïdes se caractérisent par une agressivité locale importante. Les auteurs rapportent le cas d'un patient de 35 ans présentant une tumeur desmoïde de 20 cm de diamètre, envahissant le muscle grand droit. Le traitement a consisté en une large exérèse pariétale. La reconstruction a fait appel à un lambeau libre de grand dorsal associé à une réparation pariétale par une plaque biface. Les auteurs discutent les possibilités thérapeutiques de ces tumeurs rares et les moyens de couverture des pertes de substances étendues de la paroi abdominale.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Abdominal wall;
Loss of substance;
Reconstruction of the
abdominal wall;
Latissimus dorsi free
flap;
Desmoid tumor;
Fibromatosis

Summary Desmoid tumor is a rare, benign fibroblastic tumor that is characterized by highly aggressive local invasiveness. The authors report the case of a 35-year-old male who presented with a 20 cm para-umbilical tumor invading the right rectus abdominis muscle. This required a wide excision of the abdominal wall. The resulting defect was closed with a single-stage latissimus dorsi myocutaneous free flap in combination with a prosthetic mesh reconstruction. The authors discuss the therapeutic options for management of these rare tumors and the variety of available techniques for coverage and reconstruction after extensive parietal loss of substance.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans le *Journal of Visceral Surgery* en utilisant le doi:10.1016/j.jchirv.2010.05.009.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vanessakadoch@yahoo.fr (V. Kadoch).

Les tumeurs desmoïdes sont des tumeurs histologiquement bénignes. Cependant elles sont décrites comme des tumeurs agressives non encapsulées, constituées de cellules fibroblastiques bien différenciées et de collagène, au contact d'un fascia ou d'une structure musculo-aponévrotique.

Observation

Un patient de 35 ans a consulté pour une tumeur de 20 cm de diamètre. Un traumatisme abdominal récent avait précédé l'apparition de la tumeur. Il n'avait pas d'antécédent familial. L'évolution tumorale était décrite à l'interrogatoire sur une période de quatre mois. La tumeur était située dans la région paraombilicale droite (Fig. 1). L'examen des ganglions était négatif. Le patient ne présentait aucun signe d'occlusion ni de trouble du transit.

Une cytoponction montrait la présence de cellules fusiformes, faisant alors évoquer deux diagnostics : sarcome et tumeur desmoïde. À l'échographie, la tumeur était hétérogène et hypervascularisée au Doppler. L'IRM était l'élément clé du bilan d'extension préopératoire. Elle montrait un envahissement du muscle grand droit et de son aponévrose antérieure, de la ligne blanche et arrivait au contact de l'aponévrose antérieure controlatérale.

L'intervention chirurgicale a été réalisée en double équipe (chirurgiens digestifs et plastiques). Elle a consisté en une résection transfixiante monobloc avec 5 cm de marges latérales emportant une pièce de 25 × 25 cm. Celle-ci emportait le muscle grand droit avec ses deux aponévroses antérieure et postérieure, la ligne blanche et l'aponévrose antérieure du muscle grand droit gauche. L'exérèse était complète avec des marges négatives à l'examen extemporané (Fig. 2). L'exploration peropératoire ne trouvait pas de polypes coliques. La reconstruction était assurée dans le même temps opératoire. Elle consistait en une plaque synthétique intrapéritonéale biface suturée aux berges de la résection avec un film inerte au contact des anses (Fig. 3), couverte par un lambeau libre de grand dorsal musculocutané.

Les vaisseaux thoracodorsaux ont été anastomosés sous microscope aux vaisseaux épigastriques inférieurs en termino-terminal (Fig. 4). La palette cutanée de 10 × 20 cm ne couvrait que partiellement le muscle qui a été greffé en peau mince de manière différée, dix jours après cette première intervention. Les suites opératoires ont été simples et



Figure 2. Vue per opératoire après résection : perte de substance (25 × 25 cm).

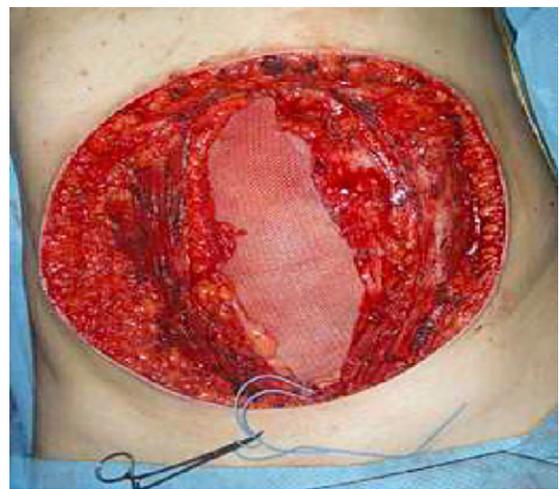


Figure 3. Vue per opératoire : mise en place de la plaque synthétique biface intra péritonéale.

la durée d'hospitalisation fut de 15 jours. L'examen anatomopathologique a conduit à une prolifération fusocellulaire de type fibroblastique, confirmant le diagnostic de tumeur desmoïde. La section chirurgicale passait latéralement à 5 cm de la lésion.

Le patient était exempt de récurrence à 24 mois et présentait une bonne fonction pariétale (Fig. 5).

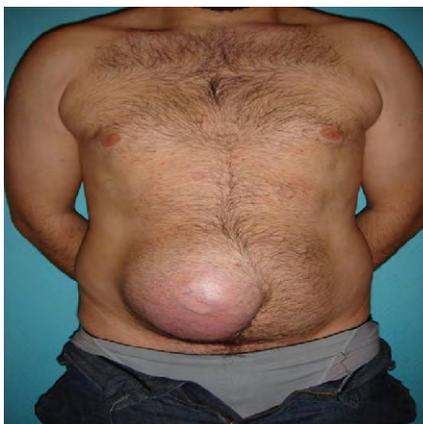


Figure 1. Masse péri-ombilicale de 20 cm de diamètre : vue du patient de face (a) ; infiltration de l'aponévrose du grand droit à l'imagerie par résonance magnétique (b).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3312415>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3312415>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)