

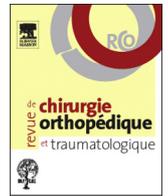


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Note de technique

Couverture de la région olécraniennne par un lambeau musculo-cutané de *flexor carpi ulnaris*[☆]



Soft-tissue coverage of olecranon with musculocutaneous flexor carpi ulnaris flap

A. André^{*}, N. Bonnevalle, J.-L. Grolleau, P. Mansat

Institut de l'appareil locomoteur, unité de chirurgie réparatrice des membres, centre hospitalier universitaire de Toulouse, place Baylac, 31059 Toulouse cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Accepté le 3 octobre 2014

Mots clés :
Olécrane
Perte de substance
Lambeau de couverture
Muscle *flexor carpi ulnaris*

RÉSUMÉ

La couverture de la région olécraniennne est une situation problématique en orthopédie et en traumatologie. Elle s'explique notamment par les conditions anatomiques locales (peau fine, absence de couverture musculaire, pannicule adipeux absent) qui entraîne une exposition de l'olécrane ou du matériel mis en place en cas de trouble cicatriciel ou de perte de substance post-traumatique. Nous présentons une technique de couverture de la région olécraniennne par un lambeau musculo-cutané de *flexor carpi ulnaris* (FCU) à pédicule proximal tout en précisant ses limites et ses indications. Sa faible morbidité, sa fiabilité et sa rapidité de réalisation sans microchirurgie, en a fait notre lambeau de choix dans les pertes de substances cutanées de l'olécrane puisqu'il répond par ailleurs aux impératifs fonctionnels d'une mobilisation précoce de l'articulation.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La prise en charge des pertes de substance de la région olécraniennne est une situation clinique difficile en traumatologie et en orthopédie [1–4]. Les conditions anatomiques locales sont défavorables avec une structure osseuse protégée seulement par une peau fine, sans environnement musculaire épais et un faible pannicule adipeux. Par ailleurs, la tension cutanée varie avec la position du coude augmentant lorsque le coude est en flexion, ce qui peut être une contrainte post-opératoire limitant la mobilisation précoce du coude (élément essentiel pour optimiser le résultat fonctionnel).

Les pertes de substances sont généralement limitées, plus longues que larges. Les solutions chirurgicales locales de couvertures sont en général suffisantes [5,6] : lambeaux musculaires (*anconeus* [7] et *brachio-radialis*), ou lambeaux fascio-cutanés (antébrachial ulnaire ou radial, interosseux, brachial externe).

Nous présentons ici une note technique sur la couverture de la région olécraniennne par une technique simple, rapide, fiable,

sans recours à la technique microchirurgicale : le lambeau musculo-cutané de *flexor carpi ulnaris* (FCU) à pédicule proximal.

2. Technique chirurgicale

2.1. Bases anatomiques et vasculaires

Le muscle FCU est un muscle superficiel de l'avant-bras. Il comporte deux chefs : huméral (s'insère sur l'épicondyle médial) et ulnaire (s'insère notamment sur les 2/3 supérieur du bord postérieur de l'ulna par une lame tendineuse). Le corps musculaire, dont la longueur est en moyenne de 25,9 cm, descend verticalement dans l'avant-bras et s'arrête entre 0,8 et 3,5 cm du pisiforme [8].

Il reçoit sa vascularisation de branches issues [9] :

- de l'artère ulnaire : un pédicule proximal au niveau du premier tiers du muscle, et un pédicule distal au niveau de la jonction tendino-musculaire ;
- de l'artère récurrente ulnaire postérieure : deux à trois pédicules pénétrant le muscle au niveau de son tiers proximal.

Le lambeau du muscle FCU est levé sur son pédicule proximal en provenance de l'artère ulnaire. La distance entre l'olécrâne et le point d'entrée du pédicule dans le muscle est approximativement de 5,9 cm, ce pédicule est par ailleurs constant [8].

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2014.09.013>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : andre.a@chu-toulouse.fr (A. André).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2014.10.003>

1877-0517/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



Fig. 1. Radiographies du coude. Visualisation indirecte de la perte de substance cutanée en regard de la pointe de l'olécrâne.

2.2. Dessin de la palette cutanée

La crête ulnaire, les reliefs du pisiforme et du tendon du muscle *FCU* sont marqués à la peau. L'avant-bras est divisé en trois tiers. La palette cutanée, centrée sur le corps musculaire, est positionnée au niveau de la partie distale du deuxième tiers de l'avant-bras. Sa taille maximale en largeur est de 4 cm, pour 6 à 10 cm en longueur.

2.3. Levée du lambeau

La berge distale de la palette est incisée en premier, le tendon du *FCU* est repéré. Ce temps permet éventuellement de repositionner la palette cutanée et de la recentrer sur le corps musculaire. Le tendon est sectionné au niveau de son insertion sur le pisiforme. Cette portion tendineuse pure permet d'amarrer solidement le lambeau au niveau de son site receveur, autorisant une mobilisation précoce du coude. Les autres berges de la palette sont incisées. La levée du lambeau se fait de distal en proximal. La lame tendineuse d'insertion du chef ulnaire est progressivement sectionnée. La dissection s'arrête lorsque le pédicule vasculaire proximal est identifié : le point d'entrée des vaisseaux nourriciers correspond

au point de rotation du lambeau. Il est localisé à environ 6 cm de la pointe de l'olécrâne. Le lambeau est ensuite retourné à 180° et mis en place sans tension. La laxité cutanée autorise en général une fermeture directe au niveau du poignet.

3. Cas clinique 1

Il s'agit d'une patiente âgée de 76 ans, droitère, prise en charge pour séquelle de fracture ouverte de la palette humérale de type C selon l'AO, traitée initialement par fixateur externe. Le Mayo Elbow Performance Score (MEPS) initial était de 20 points, associé à un syndrome algoneurodystrophique ayant occasionné une raideur majeure du poignet et des doigts homolatéral. L'indication d'une arthroplastie totale de coude semi-contrainte cimentée (Coonrad-Morrey) (Fig. 1) a été décidée en un temps par voie postérieure de Bryan-Morrey. Les prélèvements bactériologiques per-opératoires systématiques étaient stériles à 21 jours de mise en culture.

À 15 jours de l'intervention, la patiente a chuté sur le coude opéré, avec un traumatisme direct sur l'olécrâne, entraînant une désunion cutanée et une exposition de l'olécrâne et de l'implant. Aucune fracture autour des tiges n'a été identifiée. Une reprise chirurgicale en urgence a été décidée avec nettoyage des implants par désadaptation de la charnière sans changement des tiges humérale et ulnaire. La perte de substance mesurait après parage cutané 6 × 3 cm (Fig. 2). La couverture a été assurée par un lambeau musculo-cutané de *FCU* à pédicule proximal dans le même temps opératoire (Fig. 3). La cicatrisation au niveau du coude a été obtenue sans difficulté. Le site donneur a été fermé directement. La mobilisation sans restriction a été autorisée immédiatement sans mesures rééducatives.

Le résultat clinique à 3 ans de recul est satisfaisant avec un MEPS score de 75 points et l'absence d'anomalie radiologique.

4. Cas clinique 2

Il s'agit d'un patient âgé de 26 ans, polytraumatisé, droitier, qui présentait initialement une luxation trans-olécranienne ouverte (Gustilo 2) du coude gauche. Après réduction, lavage, parage et ostéosynthèse par plaque, les suites opératoires ont été marquées

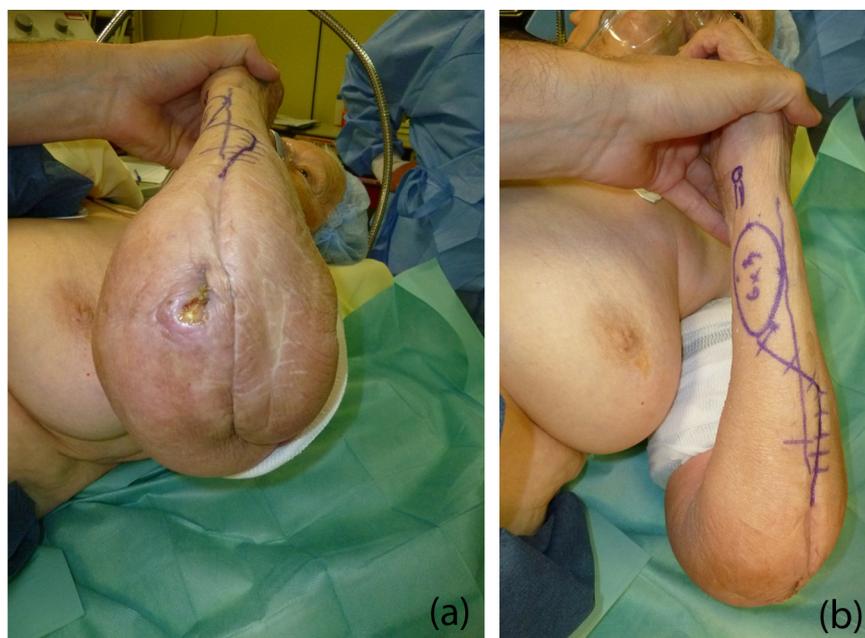


Fig. 2. a : exposition osseuse sur coude multicatriciel ; b : dessin de la palette cutanée et voie d'abord du lambeau.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4089913>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4089913>

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