



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



NOTE TECHNIQUE

Le lambeau de grand épiploon : traitement des plaies et lymphorrhées chroniques : à propos d'un cas

Greater omentum flap: Treatment of chronic wounds and seroma: About a case

D. Boccara *, K. Serror, M. Mimoun, M. Chaouat

Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, centre de traitement des brûlés, hôpital Saint-Louis, université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, AP-HP, 75475 Paris, France

Reçu le 12 octobre 2017 ; accepté le 1^{er} février 2018

MOTS CLÉS

Lymphorrhée ;
Lambeau
de grand épiploon ;
Fistule digestive ;
Plaie chronique

Résumé

Introduction. – Les complications cicatricielles post-chirurgie abdominale ou pelvienne sont plus fréquentes chez les patientes obèses. L'infection, les séromes et les retards de cicatrisation occasionnés peuvent dans ce cas être extrêmement difficiles à traiter. L'objectif de cette note technique est de vous présenter un cas original d'une patiente de 48 ans obèse, opérée neuf ans auparavant d'une hystérectomie par laparotomie et présentant de manière chronique une fistule chronique associée à une lymphorrhée septique non résolutive malgré de multiples interventions chirurgicales, dont la guérison a pu être obtenue par un lambeau de grand épiploon.

Technique chirurgicale. – L'idéal est de réaliser cette intervention en double équipe avec un chirurgien digestif en cas de survenue de plaie viscérale ou vasculaire intra-abdominale durant la dissection. Le lambeau de grand épiploon était levé de manière classique sur l'artère gastro-épiploïque droite. Un orifice suffisamment large doit être laissé au niveau de l'aponévrose abdominale afin d'éviter toute compression du pédicule. Enfin, le lambeau doit être étalé sur toute la surface du décollement et fixé à l'aponévrose antérieure.

Conclusion. – La fiabilité et la richesse à la fois vasculaire et lymphatique font du lambeau de grand épiploon une méthode très efficace dans les cas de plaies chroniques associées à une lymphorrhée majeure. La cicatrisation obtenue dans le cas clinique présenté met ainsi en valeur les qualités spécifiques de ce lambeau.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant. 1, avenue Vellefaux, 75010 Paris, France.
Adresse e-mail : davboc9@hotmail.com (D. Boccara).

KEYWORDS

Seroma;
Greater omentum flap;
Chronic wound;
Digestive fistula

Summary

Introduction. — Cicatricial complications after abdominal or pelvic surgery are more frequent in obese patients. In this case, infection, seroma and delays in scarring can be extremely difficult to treat. The objective of this technical note is to present an original case of an obese patient operated nine years ago of a hysterectomy by laparotomy and chronically presenting a non-resolving septic seroma despite multiple surgical procedures whose healing could be obtained by a flap of greater omentum.

Surgical technique. — The ideal is to carry out this intervention in a double team with a digestive surgeon in case of intra-abdominal visceral or vascular wound during dissection. The greater omentum flap was raised in a conventional manner over the gastroepiploic artery. A sufficiently wide orifice should be left at the level of the abdominal aponeurosis in order to avoid any compression of the pedicle. Finally, the flap must be spread over the whole surface of the detachment and fixed to the anterior aponeurosis.

Conclusion. — Reliability and vascular and lymphatic richness make the greater omentum flap a very effective method in chronic wound cases associated with important seroma. The scarring obtained in the clinical case presented thus highlights the specific qualities of this flap.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les complications cicatricielles post-chirurgie abdominale ou pelvienne sont plus fréquentes chez les patientes obèses. L'infection, les séromes et les retards de cicatrisation occasionnés peuvent dans ce cas être extrêmement difficiles à traiter [1].

Le lambeau de grand épiploon, repli péritonéal suspendu à la grande courbure de l'estomac et à la partie proximale du duodénum, peut aider à la cicatrisation de certaines plaies chroniques accompagnées d'importantes lymphorrhées.

Sa plasticité, son potentiel angiogénique [2], ses fonctions immunologiques et d'échangeur lymphatique en font un lambeau intéressant sur les plaies chroniques, septiques [3] et les lymphorrhées non résolutive.

S'il est rarement utilisé en première intention [4], ce lambeau est indiqué en cas de plaies chroniques en chirurgie thoracique (médiastinites, radionécroses...) [5] ou digestive (fistules, anastomoses, sepsis.) [6]. Depuis plusieurs années, ce lambeau est également utilisé pour les lymphorrhées chroniques en chirurgie plastique [7].

Cette note technique rapporte un cas original d'une patiente obèse, opérée neuf ans auparavant d'une hystérectomie par laparotomie et présentant de manière chronique une lymphorrhée septique non résolutive malgré de multiples interventions chirurgicales (Fig. 1 et 2). L'utilisation d'un lambeau de grand épiploon a permis la guérison et la cicatrisation complète.

Grand épiploon

Utilisé depuis le 18^e siècle dans le traitement des plaies chroniques, l'épiploon est un repli péritonéal suspendu à la grande courbure de l'estomac et à la partie proximale du duodénum. Après être descendu, il se replie vers l'arrière pour s'attacher à la face antérieure du côlon et du mésocôlon transverses. Il couvre ainsi la majeure partie des anses intestinales.

Si sa taille n'est pas corrélée à la morphologie de l'individu, sa surface moyenne varie de 300 à 500 cm² et peut

même aller jusqu'à 1500 cm², permettant ainsi de couvrir de grands décollement ou pertes de substance [8–10].

La vascularisation principale de l'épiploon se fait par les artères gastro-épiploïques droite et gauche. Ce sont des branches de l'artère gastro-duodénale et de l'artère splénique, toutes deux originaires du tronc cœliaque. Elles se rejoignent le long de la grande courbure de l'estomac tout en donnant plusieurs artères épiploïques formant un réseau anastomotique (plexus vasculaire) très développé. Le réseau veineux parcourt l'épiploon parallèlement aux artères et se draine dans le système porte. Il existe plusieurs variantes interindividuelles des grands axes vasculaires [11].

Il présente à sa surface des formations blanchâtres lymphoréticulées constituées de macrophages et d'histiocytes appelés « tâches laiteuses » de Ranvier. Leur nombre est inversement proportionnel à l'âge. Richement vascularisées, ces structures jouent un rôle dans l'action antibactérienne de l'épiploon, leur taille augmentant lors de pathologies intra-abdominales.

Cas clinique

Cette patiente de 48 ans, nous a été adressée pour prise en charge d'une plaie chronique étendue dans les suites d'une hystérectomie par voie de Pfannenstiel réalisée 8 ans auparavant. Elle présentait alors un BMI à 42.

Cette plaie chronique a été à l'origine d'épisodes répétés d'érysipèles, de cellulites, et d'une lymphorrhée septique persistante.

Tous les épisodes septiques étaient d'origine bactérienne (anaérobies et Bacilles gram négatifs) et avaient été traités par antibiothérapie intraveineuse adaptée à l'antibiogramme.

Au total, la patiente avait été opérée à sept reprises pour évacuation-drainage de lymphorrhée septique (cinq fois) ; une fois pour curetage-fermeture de fistule ; et une fois pour réalisation de deux lambeaux en Y-V pour fermer la perte de substance.

Une cicatrisation complète n'a jamais pu être obtenue durant ces huit années. La patiente a également été victime

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8710801>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8710801>

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