

Utilisation Du Lambeau Perforant De L'artère Iliaque Circonflexe Superficielle Dans La Correction D'une Fistule Uréthro-Cutanée Au Niveau Hypogastrique (A Propos D'un Cas)

H.El Kamch, M.S.Diallo, S.Ezzaim , J.Hafidi, N.Gharib, A.Abassi, S.Elmazouz.
Service De Chirurgie Plastique Et Des Brulés, Chu Ibn Sina, Rabat, Maroc

Résumé

Le lambeau inguinal perforant de l'artère iliaque circonflexe superficielle est un lambeau « axial » pédiculé à distance vascularisé par l'artère circonflexe iliaque supérieure. Nous rapportons un cas clinique intéressant, illustrant l'intérêt de ce lambeau dans la correction d'une fistule urethro-cutanée avec issue du sperme et déviation importante de la verge lors de l'érection.

Date of Submission: 03-05-2024

Date of Acceptance: 13-05-2024

I. Introduction :

Le lambeau cutané inguinal pédiculé est décrit pour la première fois par Jackson et Mac Gregor en 1972 sous sa forme pédiculée et en 1973 sous sa forme libre (1). Il s'agit d'un lambeau cutané inguinal à vascularisation axiale aux dépens de l'artère circonflexe iliaque superficielle (2). Il a été démontré qu'une seule perforante de l'artère iliaque circonflexe superficielle est suffisante pour vasculariser un lambeau cutané inguinal de taille modérée, c'est ainsi que le lambeau cutané inguinal pédiculé basé sur la perforante de l'artère circonflexe iliaque superficielle a été décrit pour la première fois par Koshima en 2004 (3).

L'objectif de cet article est de démontrer les avantages de lambeau cutané inguinal pédiculé basé sur la perforante de l'artère circonflexe iliaque superficielle pour la couverture des pertes de substance cutanée notamment dans ses indications au niveau des membres supérieurs, inférieurs, de la région pelvi périnéo-génitale et pubienne, mais plus précisément nous utiliserons dans cet article le lambeau pour la couverture de la perte de substance cutanée de la région pubienne avec exposition de la vessie secondaire à la fermeture d'une fistule urinaire de la face dorsale de la racine de la verge associée à une déviation et rétraction de la verge de 45° sur sa face dorsale.

Nous décrivons également la technique opératoire ainsi que les avantages et inconvénients de ce lambeau cutané inguinal pédiculé basé sur la perforante de l'artère circonflexe iliaque superficielle pour la couverture de la perte de substance cutanée pubienne avec exposition de la vessie secondaire à la fermeture d'une fistule urinaire au niveau de la face dorsale de la racine de la verge associée à une déviation et rétraction de la verge de 45°, nous expliqueront également notre choix par rapport à d'autres types de lambeaux.

Rapport de cas :

Un patient de sexe masculin né avec un syndrome poly malformatif urogénital (Extrophie vésicale) ayant subi plusieurs interventions par les urologues, en 1995 à la naissance pour fermeture de la paroi vésicale antérieure puis en 1997 il a bénéficié d'une uréthroplastie associée à un allongement de la verge qui s'est compliquée d'une fistule urinaire à la racine de la verge et d'incontinence urinaire avec reflux vésicale-urétrale. En 2001, il a bénéficié d'une d'entérocystoplastie associée à une Mitrofanoff et qui s'est compliquée par la non perméabilisation de la stomie appendiculaire puis de la réapparition de la fistule à la racine de la verge. Il a subi une cystectomie et la mise en place d'une dérivation urinaire avec mise en place d'une valve d'iléo-caecale de Bencheckroun faite avec succès en 2016 puis d'une plastie de la verge en 2017. Il a subi une cathétérisation de la valve de Bencheckroun pour infection urinaire à répétition et insuffisance rénale en 2019, puis d'une néphrostomie percutanée gauche secondaire à l'aggravation de l'insuffisance rénale obstructive en 2021.

En 2022, il a subi une dilatation de l'anastomose urétéro-néo-vésicale gauche avec descente de la sonde JJ avec persistance de la fistule et perte de substance cutanée avec exposition de la vessie à la racine de la verge sur sa face dorsale associée à une déviation et rétraction de la verge à 45° lors de l'érection et au repos.

Nous avons décidé de procéder en 2 étapes :

1^{er} étape : effectuée par les urologues consistait à la résection du placard cicatriciel permettant de d'exposer la vessie, la fermeture de la fistule urinaire au niveau de la racine de la verge sur sa face dorsale et en même temps d'évaluer la taille de la perte de substance de 14*10cm à couvrir par un lambeau cutané pédiculée de la perforante de l'artère circonflexe iliaque superficielle.

2^{ème} étape: l'examen minutieux du site de prélèvement pour s'assurer de l'absence de cicatrice d'hernie, curage ganglionnaire, résection tumorale et de radiothérapie.

Une échodoppler au préalable pour visualiser la perforante de l'artère iliaque circonflexe superficielle (taille, calibre, longueur, perméabilité, territoire cutané vascularisé). Nous avons procédé à l'installation du patient en décubitus dorsal, avec un billot sous la fesse ipsilatérale, ce qui permis de parfaitement dégager la crête iliaque. Le prélèvement a été faite sur le côté gauche guidé par la localisation de la perte de substance également le coté où le lambeau est moins tordu. Nous avons procédé au marquage du lambeau d'une taille de 15*10cm à partir des repères anatomiques comme suit par le repérage du ligament inguinal, en joignant par un trait l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro supérieure ; repérage de l'émergence de l'artère circonflexe iliaque superficielle environ 2,5 cm au-dessous du ligament inguinal, par la palpation de l'artère fémorale (grossièrement à deux travers de doigts) ; l'axe du lambeau est tracé, correspondant à la ligne rejoignant le point d'émergence de l'artère de la perforante de l'artère iliaque circonflexe superficielle à l'EIAS ; on a centré le dessin du lambeau autour de cette ligne, selon la de taille de 15*11 cm pour la couverture de la perte de substance cutanée. Le lambeau dessiné prend la forme d'une raquette, présentant à son origine, de part et d'autre l'émergence de la perforante de l'artère iliaque circonflexe superficielle, une largeur de 2,5 cm (deux travers de doigts).

Le prélèvement débute à la partie distale ou latérale, en emportant tout le tissu sous-cutané, en restant sous fascial. Au bord supérieur du prélèvement, on poursuit la dissection jusqu'au ligament inguinal ; en revanche, au bord inférieur, il faut repérer le bord latéral du muscle sartorius. Quand on arrive à son bord latéral, il faut emporter le fascia recouvrant le muscle pour ne pas léser le paquet artérioveineux. Il n'est pas nécessaire de poursuivre la dissection jusqu'à l'émergence de la perforante de l'artère iliaque circonflexe superficielle.

Vérification de la viabilité du lambeau basé sur la perforante de l'artère iliaque circonflexe superficielle et ses veines satellites puis nous procédons à la rotation du lambeau 90°, tubulisation pour couvrir la perte de substance cutanée de la région pubienne avec exposition de la vessie permettant en même temps de diminuer la déviation et rétraction de la verge puis la mise en place d'une lame de delbet pour le drainage sans compression dur le lambeau. la fermeture du site donneur doit se faire avant de fixation du lambeau sur le site receveur et s'est faite en 2 plans (sous cutanée et cutanée).

Le patient a été hospitalisé pendant 1 semaine en postopératoire au cours de laquelle le drain a été retiré aux 3^{èmes} jours devant l'absence de production (hématomes, seromes).

Les soins se faisaient chaque 48 heures sans signes infectieux, ni de souffrance, ni de nécrose avec une bonne évolution cicatricielle et ablation des fils à J15.

Le lambeau cutané inguinal pédiculée basé sur la perforante de l'artère iliaque circonflexe superficielle permet une couverture de la région pubienne relativement épais, sensible avec des reliquats cicatriciels et fonctionnels modestes tant au niveau du site donneur que du site receveur.

L'évaluation de la satisfaction sur le plan fonctionnel est jugée excellente avec la correction de la déviation de la verge permettant une reprise normale de la miction, l'érection et de l'éjaculation.

II. Discussion :

Les pertes de substance cutanée pubienne sont rares mais constitue une région anatomiquement riche due faite des structures nobles sous-jacentes et avec des étiologies variables (tumorales, urologiques, infectieux etc....)

La reconstruction des pertes de substances pubiennes est primordiale et il existe différentes méthodes de reconstruction allant de greffe de peau avec risque rétraction secondaire sur la verge à l'utilisation de différents lambeaux.

Historiquement le lambeau d'aine basé sur l'artère circonflexe iliaque superficielle décrit en 1972 par Mac Gregor et Jackson, fut l'année suivante, de l'initiative de Daniel et Taylor, le premier succès des lambeaux libres cutanés. Le caractère aisément dissimulable de son site donneur ainsi que la grande surface de peau glabre qu'il offre, l'a rendu très populaire pendant de nombreuses années.

Cependant le développement ultérieur de nouvelles techniques a fait souligner les nombreux écueils du lambeau inguinal, tels que des lymphœdèmes post opératoires, le caractère variable de son anatomie vasculaire, la brièveté de son pédicule et l'épaisseur de sa palette, le sevrage, dégraissage secondaire qui ont peu à peu fait tomber en désuétude du site donneur inguinal au profit des lambeaux musculocutanées plus surs.

En 2004, Koshima évoque pour la première fois un lambeau inguinal basé sur une perforante de l'artère circonflexe iliaque superficielle (SCIP), est un lambeau polyvalent, elle est décrit comme un lambeau étendu inguinal de grande finesse permettant la couverture de perte de substance locale ou à distance (membres

supérieurs, inférieurs, région pelvi périneo génitale et pubienne) surmontant tous les inconvénients du lambeau classique inguinal avec la fermeture en même temps de son site donneur.

Le lambeau SCIP et son prédécesseur, le lambeau inguinal, sont basés sur l'artère iliaque circonflexe superficielle. L'origine du SCIA se situe généralement à 3 cm sous le ligament inguinal avec plusieurs variations dans les schémas de ramification vasculaire, bien que le pédicule vasculaire soit parallèle au ligament inguinal. Généralement, le SCIA provient de l'artère fémorale (70 %) ou de l'artère épigastrique superficielle (30 %). Le SCIA a une division profonde (latérale) et superficielle (médiale), qui donne en tout 5 perforantes (musculocutanées, septocutanées, cutanées directes) dominantes ou non.

Dans notre cas, peu de lambeaux peuvent offrir une couverture suffisante, assez épaisse, fiable, rapide, élasticité, facilitée technique de réalisation ce qui rend le lambeau de SCIP toujours très efficace avec moins de risque due au faite de sa proximité avec la perte de substance cutanée pubienne et permettant en même temps de corriger la rétraction et la déviation de la verge.

Ce lambeau de SCIP ne nécessite pas de sevrage, de dégraissage secondaire, moins délabrant pour la zone donneuse avec une raçon cicatricielle minime et donc esthétiquement plus accepté ceux qui explique son utilité par rapport au lambeau inguinal classique.

Le lambeau SCIP peut être conçu comme un lambeau chimérique avec inclusion de la crête iliaque, de la graisse sous-cutanée, des ganglions lymphatiques inguinaux, du nerf sous-costal thoracique 12.

En comparaison aux autres types de lambeaux locorégionaux comme le lambeau antérolatéral de la cuisse, le lambeau du tenseur du fascia Lata, gracilis qui sont techniquement plus difficile, temps de prélèvement beaucoup plus long, moins fiable, trop épaisse, plus délabrant et loin de la perte de substance cutané pubienne avec une raçon cicatricielle majeure.

III. Conclusion :

Les lambeaux de SCIP constituent aujourd'hui, le raffinement ultime des lambeaux microchirurgicaux dans l'algorithme décisionnel du chirurgien pour les pertes de substances cutanées pubiennes, de la région pelvi génitales, des membres supérieurs et inférieurs.

Le développement des lambeaux perforants a permis l'obtention de lambeaux plus fins et moins mutilants, tandis que les progrès en imagerie ont fournies l'identification plus fiable des perforantes et des réseaux vasculaires. Ainsi, le concept de lambeau perforant est venu donner une nouvelle jeunesse au site donneur inguinal par le biais du lambeau cutané pédiculé basé sur l'artère circonflexe iliaque superficielle.

Référence :

- [1] Jackson T, McGregor A. The Groin Flap. Br J Plast Surg 1972;25:3-16.
- [2] Révol M, Servant Jm. Les Lambeaux. Dans: Manuel De Chirurgie Plastique Reconstructrice Et Esthétique. 1^{ère} Ed. Paris; Éditions Pradel: 1993. Pages 26-49.
- [3] C.Ma Et Al
Lambeau Perforateur Superficiel De L'artère Iliaque Circonflexe : Un Candidat Prometteur Pour La Reconstruction Des Tissus Mous De Grande Taille Des Défauts Buccaux Rétrémolaires Et Latéraux Après Une Chirurgie Oncologique J Chirurgie Maxillo-Faciale Orale (2015)
- [4] Tassin X, Teot L (1993) Lambeau Inguinal. In: « Lambeaux Cutanés, Osseux Et Musculaires Du Membre Inférieur ». F Bonnel, L Téot, E Lebreton Et Al. (Eds). Sauramps, Montpellier
- [5] Legré R, Samson P, Magalon G (1996) Chirurgie Des Pertes De Substance Cutanée Du Membre Supérieur. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) Techniques Chirurgicales. Chirurgie Plastique Reconstructrice Et Esthétique, 45-690, 20 P
- [6] Baron JI, Bénichou M, Louchahi N Et Al. (1991) Techniques Et Indications Actuelles Du Lambeau Inguinal Pédiculé En Chirurgie De La Main. À Propos De Cent Observations. Ann Chir Plast Esthét 36 : 31-44