

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT

République du Mali

SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

Un Peuple – Un But – Une Foi

SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES

ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO(USTTB)



U.S.T.T-B



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2021/2022

N°.....

Mémoire

CHALLENGE DE LA CHIRURGIE DES LAMBEAUX DU GRAND PECTORAL EN CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE EN MILIEU TROPICAL

Présenté et soutenu publiquement le/...../2023

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Dr Ibrahima FOFANA

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) d'Oto-Rhino-
Laryngologie et Chirurgie cervico-faciale (ORL-CCF)

JURY

President: Pr Mohamed Amadou KEITA

Juges : Pr SINGARE Kadidiatou Epse DOUMBIA

Pr Youssouf SIDIBE

Directeur : Pr Fatogoma Issa KONE

Co-directeur : Dr Kassim DIARRA

REMERCIEMENTS

A notre Maître, Professeur Mohamed Amadou KEITA, Coordinateur du D.E.S d'ORL-CCF, chef de service ORL et chef du département de chirurgie du CHU Gabriel TOURE pour l'enseignement reçu, vos compétences scientifiques, votre disponibilité et votre rigueur sont pour nous une source constante d'inspiration. Permettez-nous de vous exprimer, notre profonde gratitude et notre grande estime.

A notre Maître et Juge, Professeur Kadidiatou SINGARE DOUMBIA

Cher maître, nous vous sommes reconnaissant d'avoir accepté de juger notre travail malgré vos multiples préoccupations. Durant notre séjour nous avons appris auprès de vous de la rigueur scientifique. Votre dévouement dans notre encadrement et votre engagement perpétuel pour la promotion de la qualité des soins ORL font de vous une enseignante admirable. Votre modestie, vos compétences professionnelles et humaines font de vous exemple dans l'exercice de notre profession. Veuillez trouver ici, l'expression de mon respect et de ma très haute considération. Qu'Allah vous accorde santé et longévité.

Cher Maître et Juge, Professeur Youssouf SIDIBÉ.

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. L'opportunité nous est donnée de vous faire part de notre grande admiration et de notre estime que nous portons à votre égard.

Nous avons été impressionnés par vos qualités scientifiques, votre amour du travail bien fait.

Veuillez trouver ici, cher maître, le sentiment de notre profonde reconnaissance

A notre maître et directeur de mémoire, Professeur Fatogoma Issa KONE

Cher maître, Nous ne saurions vous dire toutes les qualités humaines, professionnelles que nous admirons en vous, grand homme de science et de culture et de principe, vos qualités humaines, votre rigueur scientifique. Votre exigence pour le travail bien fait, font de vous, un maître aimé de tous. Veuillez accepter, ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co-directeur Dr Kassim DIARRA, Praticien Hospitalier au CHU GT, nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de co-diriger ce mémoire. Votre culture scientifique et votre simplicité sont pour nous une source d'inspiration et un idéal.

Permettez-nous de vous exprimer, cher maître, notre profonde gratitude et notre estime.

Au corps professoral de la FMOS et particulièrement ceux de la filière ORL, pour l'enseignement reçu.

A tous les médecins en spécialisation ORL-CCF, le personnel du service ORLCCF pour leurs collaborations

A ma famille, mes regrettés père et mère (que leurs âmes reposent en paix), mes amis et collaborateurs, ainsi qu'à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail. Trouvez ici le témoignage de ma profonde gratitude

LA LISTE DES ABREVIATIONS

PDS : Perte De Substances

C (5, 6,7) : (5^e, 6^e et 7^e) Vertèbre Cervical

T1 : 1^{ère} Vertèbre Thoracique

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

Mm : Millimètre

Cm : Centimètre

ATCD : Antécédent

EG : Etat Général

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

T : Température

°C : Degré Celsius

TA : Tension Artérielle

Mm Hg : Millimètre de Mercure

FR : Fréquence Respiratoire

Mn : Minute

PFP : Paralysie Faciale Périphérique

ADP : Adénopathie

VII : 7^e Paire crânienne

IX : 9^e Paire crânienne

X : 10^e Paire crânienne

TDM : Tomodensimétrie

TNM : Tumor Nodes Métastasis

LGP : Lambeau du Grand Pectoral

Liste des figures

Figure 1: Muscle grand pectoral.....	7
Figure 2 : Repérage de la branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale	13
Figure 3 : Dissection de la palette cutanée sur le muscle grand pectoral, et incision le long de la ligne axillaire antérieure	15
Figure 4 : Exposition du muscle grand pectoral.....	17
Figure 5: Dissection du muscle grand pectoral le long de son bord latéral	19
Figure 6: Prélèvement du lambeau du grand pectoral avec préservation du pédicule vasculaire	20
Figure 7 : Transposition du lambeau au-delà de la clavicule au travers d'un large tunnel sous-cutané.....	22
Figure 8 : Masse parotidienne bourgeonnante gauche.....	28
Figure 9 : TDM cervicale objectivant une masse tissulaire hétérogène de la région parotidienne gauche.	29
Figure 10: Avant et après parotidectomie totale et reconstruction par lambeau du grand pectoral	30
Figure 11 : J10 post-chirurgie	31
Figure 12: Masse parotidienne bourgeonnante droite.....	33
Figure 13 : TDM cervicale montrant une masse tissulaire hétérogène de la région parotidienne droite	34
Figure 14: Avant et après parotidectomie totale et reconstruction par lambeau du grand pectoral	35
Figure 15: TDM cervicale objectivant une hypodensité tissulaire associée à une lyse du cartilage thyroïde.	38
Figure 16 : Avant et après laryngectomie totale et résection de la peau et reconstruction par lambeau du grand pectoral	39
Figure 17 : Cicatrisation complète	40

Table des matières

1-Introduction	2
2- OBJECTIFS	4
2-1- Objectif général	4
2-2- Objectifs spécifiques.....	4
3-RAPPELS.....	6
3-1 Historique.....	6
3-2-Anatomie du muscle grand pectoral	6
3-2-1 Origine	8
3-3-Physiologie	10
3-4-La technique chirurgicale	10
3-5-La surveillance.....	23
VI-OBSERVATION	26
V-DISCUSSION	43
CONCLUSION	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	50
Annexes	53
Fiche signalétique.....	53
Abstract.....	55

INTRODUCTION

1-Introduction

La face, vitrine de la personnalité, est au premier plan dans les relations avec l'environnement, aussi bien sur le plan fonctionnel, psychoaffectif qu'esthétique. Son altération peut avoir des retentissements fonctionnels et psychoaffectifs [1].

Diverses lésions peuvent rompre l'harmonie anatomique, esthétique et fonctionnelle de la face, parmi lesquelles les PDS ; elles peuvent être d'origine traumatique, infectieuse ou tumorale. La nécessité de combler une PDS cutané peut faire appel à plusieurs méthodes allant de la simple suture, greffe de la peau jusqu'aux techniques de plus complexes tel que le recours à l'utilisation des lambeaux [2].

Le lambeau se définit par un transfert de tissus autologues avec leur vascularisation propre ou revascularisé par réalisation d'anastomose microchirurgicale [2].

Ils permettent la reconstruction de nombreuses plaies dont la fermeture simple n'est pas possible du faite des caractéristiques de la peau environnante en termes de disponibilité, laxité ou qualité. Ils restent solidaires du corps par l'intermédiaire d'un pédicule qui est la source de leur vascularisation et donc de leur survie [1].

Plusieurs types de lambeaux existent : lambeau aux hasards, lambeau cutanés axiaux, lambeau musculo-cutané, neuro-cutané, pédiculé ou libre, perforant ou bien d'autres. Leur développement et leur évolution ont bénéficié des développements des connaissances en anatomie et microchirurgie [2].

L'apport du lambeau musculo-cutané du pectoralis major en carcinologie cervico-faciale constitue un progrès considérable car il a permis de résoudre, en un seul temps, la plupart des problèmes de chirurgie réparatrice dans notre domaine [3].

OBJECTIFS

2- OBJECTIFS

2-1- Objectif général

Rapporter notre expérience dans la chirurgie réparatrice des pertes de substances complexes par le lambeau du grand pectoral en carcinologie cervico-faciale.

2-2- Objectifs spécifiques

- ❖ Identifier les indications de l'utilisation du lambeau grand pectoral en carcinologie cervico-faciale dans le service d'ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE.
- ❖ Décrire le résultat post chirurgical de la mise en place du lambeau grand pectoral en carcinologie cervico-faciale dans le service d'ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE.

RAPPELS

3-RAPPELS

3-1 Historique [3,4]

Les premiers travaux concernant l'anatomie vasculaire des muscles datent du début du siècle, et notamment ceux de Campbell en 1919, qui réalisa une étude globale de l'apport artériel musculaire, afin de prévenir les gangrènes survenant au décours de blessures de guerre. C'est en 1933 et 1936 que Salmon publia ses travaux fondamentaux sur la vascularisation musculo-cutanée, mais ces travaux ne furent considérés pendant longtemps que comme une étude d'anatomie fondamentale sans application pratique directe. Ce n'est que beaucoup plus tard, dans les années 1950-60, qu'Owens et Bakamjian utilisent, pour la première fois, un lambeau musculo-cutané comprenant muscle sternocléidomastoïdien et peau sus-jacente; mais c'est surtout à partir de 1970 que ces lambeaux musculo-cutanés vont connaître un grand essor, en particulier après les travaux de Hueston et McConchie (1968), Ariyan (1979) et Mathes et Nahai (1978) qui décrivent leurs applications pratiques en chirurgie réparatrice.

Classiquement, le muscle grand pectoral est vascularisé surtout par les branches de l'artère axillaire : celle-ci après avoir donné l'artère thoracique supérieure, donne naissance à l'artère acromio-thoracique, qui se divise en une branche acromiale, destinée principalement au deltoïde et au faisceau claviculaire du grand pectoral, et en une branche thoracique qui va vasculariser le reste de ce muscle

3-2-Anatomie du muscle grand pectoral [1,2, 4, 5, 6]

Le muscle grand pectoral est le muscle le plus superficiel de la paroi thoracique antérieure. Ce muscle large et puissant est le plus volumineux du membre

supérieur, il est tendu de la face antérieure du thorax à l'extrémité supérieure de l'humérus.

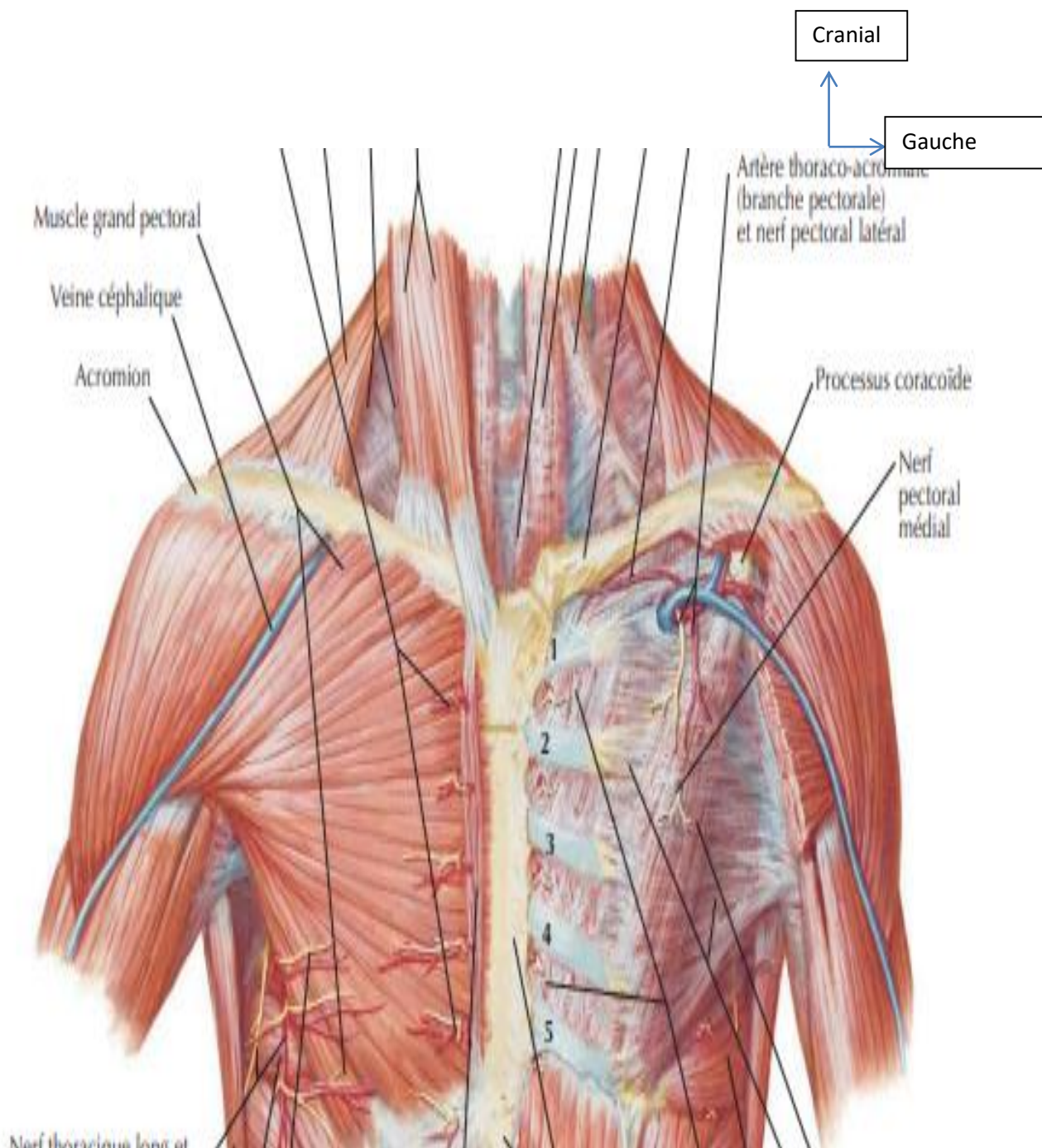


Figure 1: Muscle grand pectoral

Source : Frank H. Netter, MD

3-2-1 Origine

Il naît d'origines multiples et étendues :

- Des 2/3 médiaux du bord antérieur de la clavicule à savoir le faisceau claviculaire, sur la face antérieure du corps du sternum par des fibres aponévrotiques qui s'entrecroisent sur la ligne médiane avec celles du côté opposé.
- Faisceau sterno-chondro-costal
- Des cartilages costaux de la 2ème à la 6ème côte, ainsi que de la partie osseuse de la 7ème côte
- De l'aponévrose du muscle droit de l'abdomen: chef sterno-costal inférieur.

3-2-2 Trajet

Le ventre est épais, triangulaire, en éventail musculaire dont les fibres convergent différemment en trois faisceaux :

- Fibres claviculaires, obliques en dehors et en bas
- Fibres sterno-costales, en dehors horizontalement
- Fibres abdominales, obliques en dehors et en haut.

Il recouvre la partie antéro-supérieure du thorax, ainsi que le muscle petit pectoral. Il laisse un petit espace triangulaire entre lui et le muscle deltoïde l'espace delto-pectoral.

3-2-3 Terminaison

Les trois faisceaux se terminent en deux tendons qui s'insèrent à la face profonde du sillon inter-tuberculaire, et sur la partie antérolatérale du tubercule majeur :

- Tendon supérieur qui est formé des fibres claviculaires et de la moitié supérieure des fibres sternales
- Tendon inférieur qui est formé de la moitié inférieure des fibres sternales et des fibres abdominales.

3-2-4 Vascularisation

La vascularisation du muscle grand pectoral est de type V de Mathes et Nahai, c'est-à-dire qu'il existe un pédicule dominant (principal) et des pédicules accessoires à distribution segmentaire.

- Le pédicule principal du muscle grand pectoral provient de la branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale qui naît de l'artère sous-clavière derrière le muscle petit pectoral puis pénètre dans le fascia clavi-pectoral 6 à 10 cm en dehors du chef sterno-claviculaire , ensuite elle passe 2 à 4 cm sous la clavicule en dehors, avant de suivre un trajet oblique immédiatement en dehors de l'axe acromio-xiphoïdien .Son diamètre est de 3,1 mm avec des extrêmes de 1,5 à 4,2 mm et sa longueur varie de 9 à 22 mm avec une longueur moyenne de 15 mm. Elle se dirige en avant, traverse l'aponévrose clavi-pectorale, et se divise en deux branches: la branche thoracique se dirige en dedans, se distribue aux pectoraux et s'anastomose avec les rameaux perforants de la thoracique interne, et la branche acromiale se porte en dehors sous le deltoïde.
- Les pédicules accessoires assurés par l'artère thoracique latérale qui passe au niveau du bord latéral du muscle petit pectoral avant de pénétrer au niveau de la partie profonde du muscle grand pectoral et à la région mammaire.
- La partie interne du muscle grand pectoral est vascularisée par les branches perforantes de l'artère thoracique médiale.

La vascularisation de la peau recouvrant le muscle grand pectoral est assurée par des vaisseaux droits, musculo-cutanés de type perforant. Toutes les artères et leurs branches sont accompagnées par les veines correspondantes.

3-2-5 Innervation

Le muscle grand pectoral est innervé par le nerf pectoral latéral, issu de l'anse des pectoraux (Racines C5, C6, C7, et T1).

Les derniers travaux anatomiques ont montré que le muscle grand pectoral était innervé par trois branches nerveuses:

- une branche supérieure qui innerve le chef claviculaire
- une branche moyenne qui innerve le chef sternal
- une branche inférieure qui innerve le chef costal.

3-3-Physiologie [2]

- Il est principalement adducteur du bras au niveau de l'épaule
- Il est aussi rotateur médial (anciennement : interne) de l'humérus.
- Sa partie claviculaire aide à l'antépulsion (flexion) du bras ainsi qu'à l'adduction au-delà de la ligne médiane (ligne passant par l'axe du corps).
- Sa partie sternale, avec le muscle grand dorsal et grand rond, étend l'humérus fléchi du côté du tronc lors de l'opposition d'une résistance.
- Il est auxiliaire dans la respiration forcée et engendre une augmentation du volume thoracique

3-4-La technique chirurgicale [3, 6, 7, 8, 9, 10,11]

Il existe deux possibilités de mobiliser un segment tissulaire possédant un pédicule vasculaire : le transfert libre et la transposition.

Le transfert libre implique la section du pédicule vasculaire et sa revascularisation à distance sur des vaisseaux receveurs grâce à des anastomoses vasculaires. Le segment tissulaire ainsi mobilisé correspond à un lambeau libre. À l'opposé, la transposition fait intervenir un simple changement de position des tissus prélevés, obligatoirement limité par l'arc de rotation autour de l'origine du pédicule vasculaire. C'est le cas des lambeaux musculo-cutanés en îlots comme les lambeaux de grand pectoral et de grand dorsal couramment utilisés en chirurgie cervico-faciale.

La réalisation d'un lambeau libre nécessite donc des vaisseaux receveurs de

bonne qualité afin de permettre les anastomoses vasculaires avec l'artère et la (ou les) veine(s) du transplant. Cela implique également des compétences en microchirurgie et un plateau technique adapté afin de réaliser correctement ces anastomoses vasculaires.

3-4-1-Le bilan préopératoire

Outre le bilan de la pathologie initiale, le plus souvent maligne, et ayant motivé l'intervention chirurgicale, il convient de s'assurer de la faisabilité de la reconstruction par lambeau libre. La présence de comorbidités, notamment cardiovasculaires et respiratoires, peut faire renoncer à ce type de chirurgie, en raison d'un risque trop élevé de complications postopératoires ou d'échec du lambeau libre.

La disponibilité de vaisseaux cervicaux receveurs de bonne qualité est recherchée par la réalisation au minimum d'un échodoppler des vaisseaux du cou. En cas d'antécédents thérapeutiques cervico-faciaux (curage cervical et/ou radiothérapie), il est préférable de réaliser un angioscanner (ou une angioimagerie par résonance magnétique [IRM]) pour s'assurer de la perméabilité des artères carotides externes et de leurs branches de division, de même que celle des veines jugulaires internes et de leurs principaux affluents. Concernant le prélèvement du lambeau, sa faisabilité technique doit être précisée par un bilan approprié (imagerie vasculaire) qui dépend du type de lambeau utilisé.

3-4-2-Installation et champage

L'installation du patient doit être réalisée en ayant à l'esprit la longueur prévisible de ce type d'intervention (le plus souvent supérieure à 5 heures). Ceci implique une installation confortable, à l'aide d'un matelas anti-escarre, en prêtant une attention particulière pour éviter tout point de compression. L'intervention est le plus souvent réalisée en double équipe chirurgicale, l'une

assurant l'exérèse tumorale cervico-faciale, l'autre le prélèvement du lambeau. La salle opératoire doit donc être suffisamment grande pour permettre le travail simultané des deux équipes.

Le champage du patient doit être bien réfléchi en préopératoire afin d'autoriser l'accès aux deux sites opératoires. Au niveau cervico-facial, il remonte plus ou moins haut selon la nécessité d'aborder le massif facial du patient.

Un billot est généralement placé sous les épaules dans le but de faciliter la réalisation des éventuels évidements ganglionnaires cervicaux, ainsi que l'exposition des vaisseaux cervicaux receveurs. Il faut par ailleurs veiller à ne pas mélanger les instruments des deux sites opératoires, afin de ne pas contaminer le site donneur du lambeau.

Le patient est ensuite placé en position allongée avec le thorax badigeonné jusqu'à la ligne médiane et au rebord costal en bas. Le bras est légèrement porté en abduction pour exposer la ligne axillaire antérieure et la face latérale du thorax.

3-4-3-Repérage du pédicule vasculaire

Le pédicule thoraco-acromial est le pédicule principal du LGP. Son repérage est effectué en traçant une ligne allant de l'épaule (acromion) au manubrium sternal appelé ligne acromio-xyphoïdienne et une autre ligne perpendiculaire au milieu de la clavicule, le point d'intersection de ces 2 lignes est le repère classique de ce pédicule.

Le dessin doit aussi prendre en compte l'arc de rotation du lambeau dont le point de rotation se situe au milieu du bord inférieur de la clavicule.



Figure 2 : Repérage de la branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale

Source : J.FAGAN [7]

3-4-4-Dessin de la palette cutanée

La palette cutanée est positionnée en regard du muscle grand pectoral, le long du trajet de la branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale. Afin d'assurer une longueur de pédicule adéquate, la distance entre l'extrémité de la palette cutanée et le rebord inférieur de la clavicule doit être identique voire supérieure à la distance entre le site receveur et le rebord inférieur de la clavicule. Chez la femme, la palette peut être positionnée dans le sillon sous-mammaire et inclure la peau de part et d'autre du sillon, tant pour des raisons cosmétiques que pour éviter que le lambeau soit trop volumineux à cause de la glande mammaire. En cas de nécessité d'un pédicule plus long, le lambeau peut être étendu inférieurement jusqu'à 2,5 cm au-delà du muscle grand pectoral, au niveau du rebord costal, en sachant que la vascularisation de cette partie du lambeau se fait alors « au hasard », de manière plus précaire.

3-4-5-Prélèvement de la palette cutanée

La peau est incisée autour de la palette, et la dissection est prolongée obliquement jusqu'à la surface du muscle grand pectoral. Le pédicule étant localisé en profondeur du muscle, cela peut être fait rapidement et sans risque à la pince monopolaire. Il faut faire attention à ne pas disséquer sous la palette, mais plutôt en biseau tout autour d'elle pour inclure autant de perforantes musculo-cutanées que possible, en charge de la vascularisation de la palette cutanée.

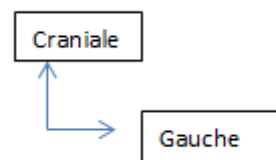


Figure 3 : Dissection de la palette cutanée sur le muscle grand pectoral, et incision le long de la ligne axillaire antérieure

Source : J. FAGAN [7]

3-4-6-Exposition du muscle grand pectoral

L'incision est prolongée latéralement depuis la palette cutanée, le long de la ligne axillaire antérieure, qui est le relief du bord latéral du muscle grand pectoral. La peau et le tissu mammaire au-dessus de la palette cutanée est alors séparée du muscle grand pectoral au bistouri électrique, jusqu'à la clavicule.

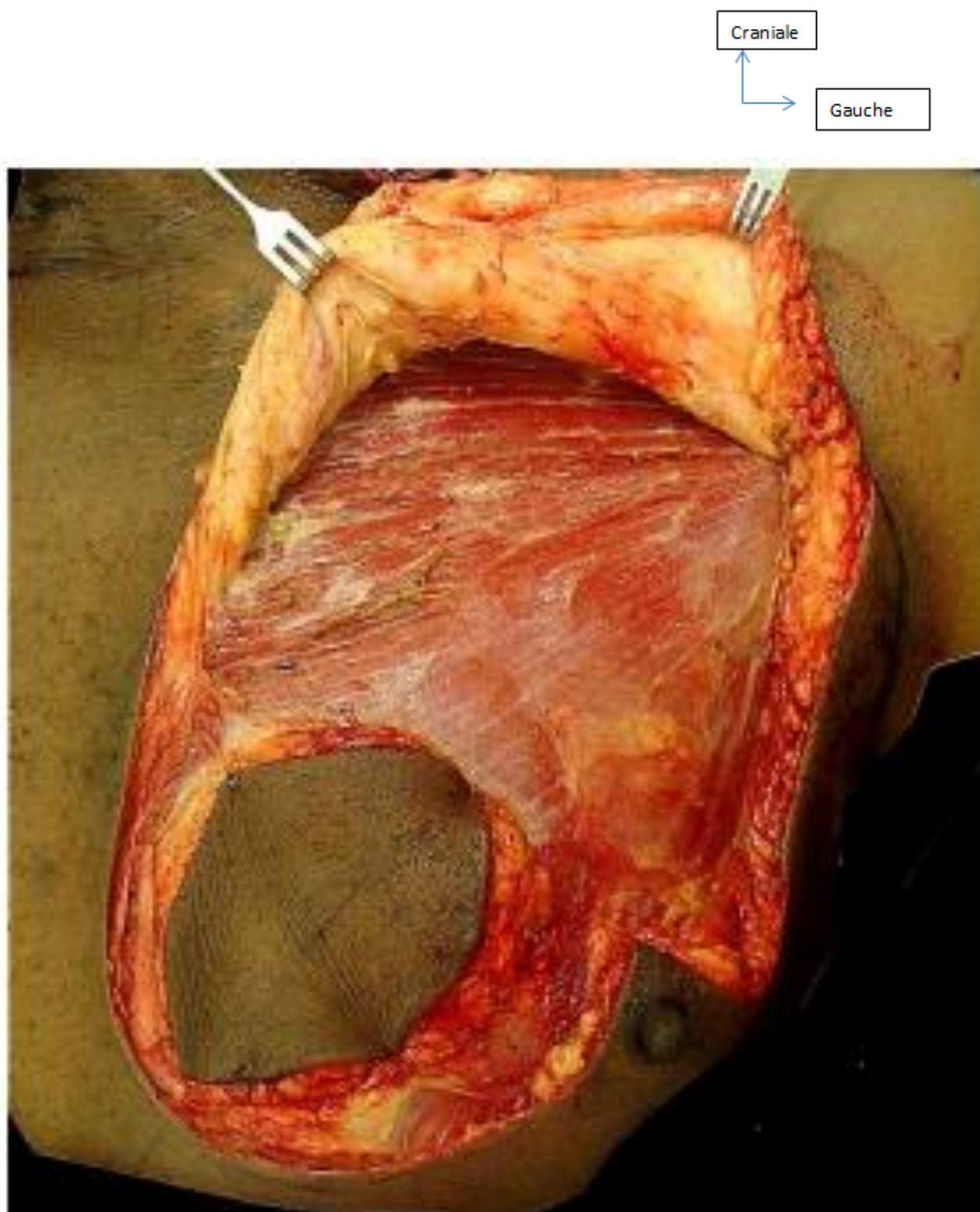


Figure 4 : Exposition du muscle grand pectoral

Source : J. FAGAN [7]

3-4-7-Dissection du pédicule

Le muscle grand pectoral est désinséré au bistouri électrique en dedans et en dessous de la palette cutanée, puis est séparé des côtes et des muscles intercostaux. Le muscle n'est pas sectionné en supérieur de la palette, car cela pourrait sectionner le pédicule vasculaire. Le muscle grand pectoral est alors libéré de ses attaches sternales au bistouri électrique. Durant cette étape, des perforantes provenant de l'artère mammaire interne sont sectionnées et cautérisées.

Le plan de dissection entre le muscle petit et grand pectoral est trouvé en disséquant le long du bord latéral du muscle grand pectoral au bistouri électrique. Une fois ce plan inter-musculaire identifié, on peut aisément disséquer au doigt le muscle grand pectoral et son pédicule vasculaire d'une part, du muscle petit pectoral d'autre part, en direction de la clavicule.

Cela permet une visualisation aisée du pédicule vasculaire (branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale) dans sa lame porte-vaisseaux à la face profonde du muscle grand pectoral. On garde le pédicule en vue tout en sectionnant les branches provenant de l'artère thoracique latérale, et celles du nerf pectoral médial qui traversent le muscle petit pectoral et pénètrent la face profonde du lambeau. Le muscle grand pectoral est sectionné en latéral du pédicule (toujours gardé en vue) et donc libéré de l'humérus.

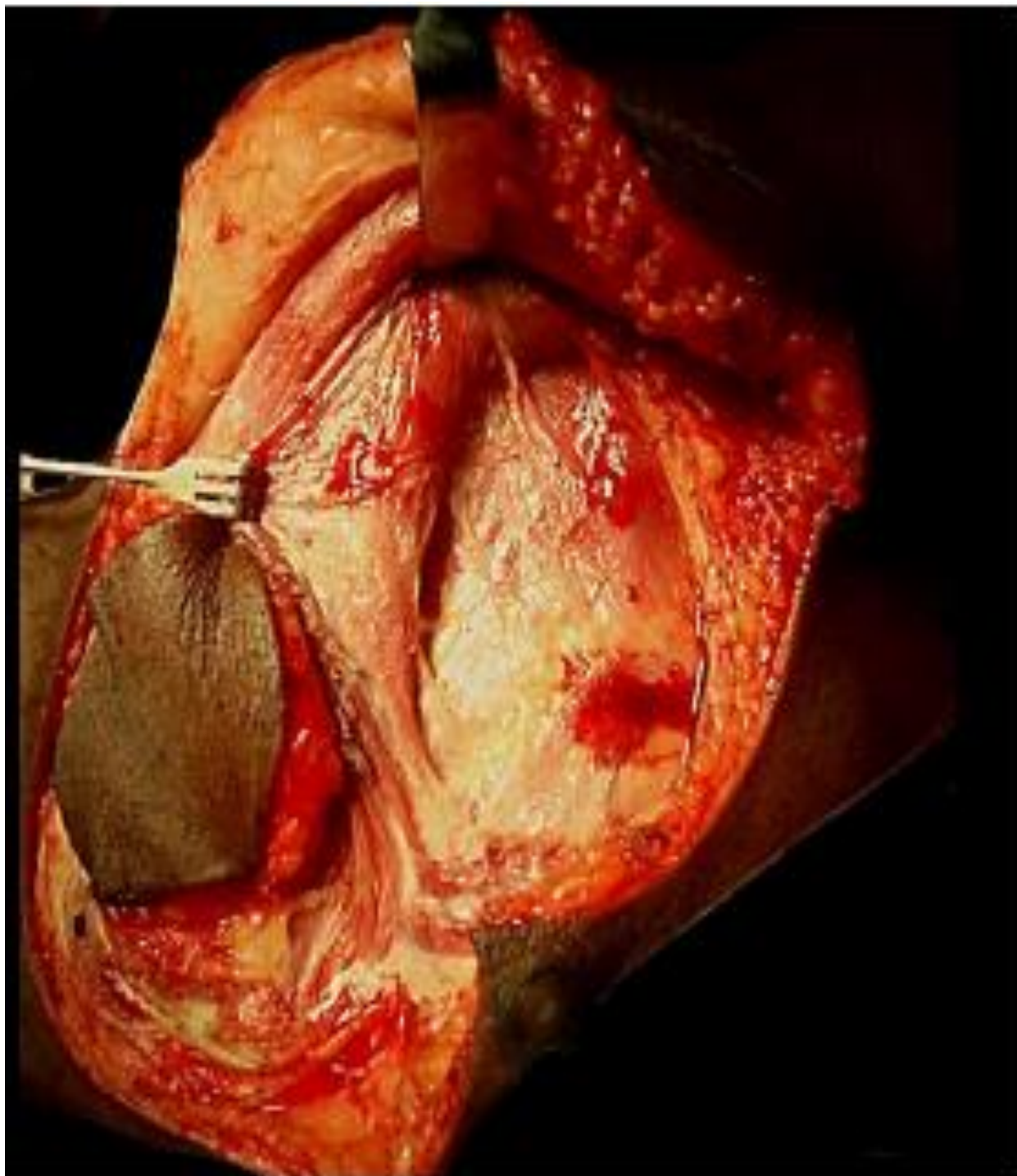
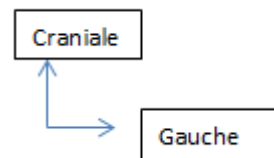


Figure 5: Dissection du muscle grand pectoral le long de son bord latéral
Source : J. FAGAN [7]

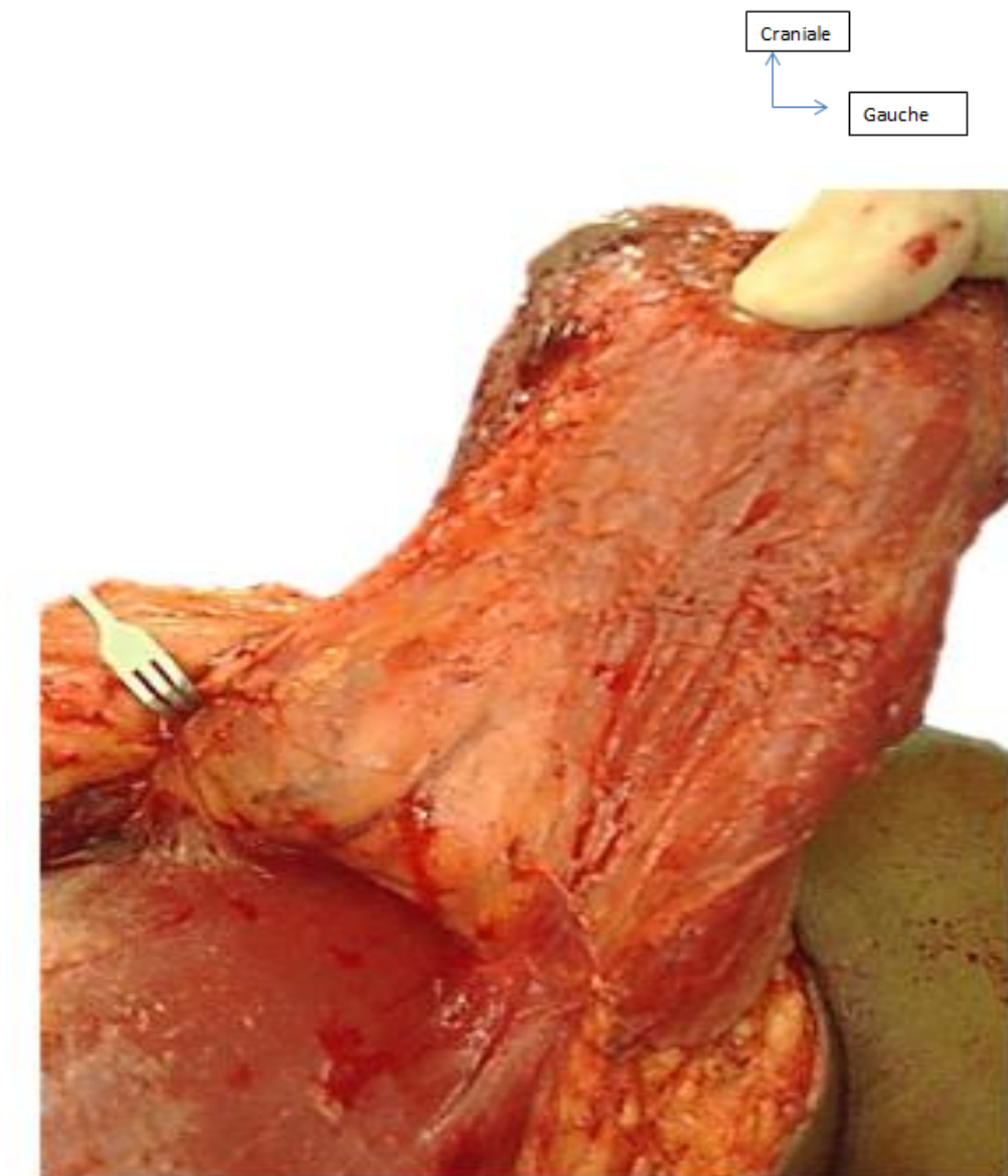


Figure 6: Prélèvement du lambeau du grand pectoral avec préservation du pédicule vasculaire

Source : J. FAGAN [7]

3-4-8-Tunnel sous-cutané au-dessus de la clavicule

Le lambeau est généralement transposé dans le cou au travers d'un large tunnel sous-cutané superficiel à la clavicule.

Le tunnel doit être suffisamment large pour permettre un passage aisé du lambeau dans le cou, sans comprimer le pédicule ni cisailer les perforantes musculo-cutanées vascularisant la palette cutanée. Sectionner les fibres du tissu conjonctif sous-dermique de la peau du tunnel peut aider à gagner de l'espace supplémentaire. Après avoir translaté le lambeau dans le cou, il faut vérifier que le pédicule n'est pas entortillé.

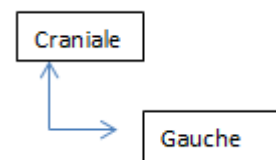


Figure 7 : Transposition du lambeau au-delà de la clavicule au travers d'un large tunnel sous-cutané

Source : J. FAGAN [7]

3-4-9-Obtention de longueur supplémentaire

Si le pédicule est trop court, deux manœuvres peuvent l'allonger. La première est de sectionner le muscle grand pectoral juste sous la clavicule, en prenant garde de ne pas léser le pédicule. Un segment de muscle sous-claviculaire peut également être réséqué. Cela permet d'appliquer le pédicule directement contre la clavicule, sans interposition de muscle. L'avantage secondaire est d'éviter la présence d'une voussure inesthétique au-dessus de la clavicule. Une seconde manœuvre permettant de gagner de la longueur est de faire passer le lambeau derrière la clavicule.

Du fait du risque de lésion des structures vasculaires sous-jacentes à la clavicule, on peut créer un tunnel sous-périosté en incisant le périoste longitudinalement à la fois à la partie supérieure et inférieure de la clavicule. Le périoste étant de nature inextensible, ce tunnel peut être excessivement étroit, mais il peut être détendu en faisant des incisions du périoste à son extrémité médiale et latérale, permettant un passage aisé du lambeau. Cette manœuvre permet d'augmenter la portée du lambeau de 3 à 4 cm.

3-4-10-Fermeture du site donneur

Le site donneur peut être fermé par suture directe sur drain aspiratif, ou par greffe de peau mince. La fermeture directe peut être facilitée par une dissection sous-cutanée de la peau autour du défaut.

3-5-La surveillance [11]

3-5-1- postopératoire des lambeaux libres

Outre la surveillance médicochirurgicale habituelle au niveau des deux sites opératoires (état de la plaie, écoulement, drainage, etc.), il faut veiller essentiellement à la bonne perfusion du lambeau. Le moindre doute concernant la vascularisation du greffon doit conduire à une reprise opératoire en urgence pour vérification des anastomoses vasculaires. En effet, lorsque celles-ci ne sont pas fonctionnelles, les chances de sauver le lambeau sont d'autant plus grandes que la reprise aura été précoce.

3-5-2-Surveillance de la palette cutanée du lambeau

Pour les lambeaux présentant une palette cutanée facilement accessible à l'examen en postopératoire, un examen régulier de l'aspect de la palette cutanée (Coloration, tension, abondance et qualité du saignement après piqûre à l'aiguille fine) doit être réalisé et constitue le point essentiel de la surveillance postopératoire des lambeaux libres.

Il est assuré par l'équipe médicale, au moins deux fois par jour, et le reste du temps, par un personnel infirmier spécialement formé en unité de soins continus, lors de la 1^{re} semaine postopératoire. Ce « monitoring » clinique continu du lambeau dans la période postopératoire initiale apparaît capital car les thromboses des anastomoses vasculaires apparaissent en général dans les 72 premières heures.

OBSERVATIONS

VI-OBSERVATION

Cas 1 :

Il s'agit de I.B âgé de 30 ans, de sexe masculin, berger résident à Yirimadio, admis dans le service pour une tuméfaction parotidienne gauche, sans ATCD médico-chirurgical connu avec une notion de chimiothérapie en 2020 (non documenté), tabagique (tabac chiqué) non alcoolique, alimentation à base de céréales et de lait.

L'histoire clinique remonterait à 02 ans environ, marqué par l'apparition spontanée d'une tuméfaction parotidienne gauche, d'évolution permanente associée à un reflux alimentaire nasal, une toux et une paralysie faciale périphérique évoluant depuis 8 mois de façon permanente.

NB : Biopsie effectuée le 27 Septembre 2022 acheminée à l'examen anatomopathologique à conclure à un carcinome épidermoïde différencié mature et invasif de la parotide gauche.

A l'examen général : son EG était coté à 2 selon l'indice d'activité de l'OMS, conjonctives moyennement colorées, avec des plis de dénutrition.

T=37.2C, TA=110/70 mm Hg, Pouls=101 pulsations/mn, FR=28 Cycles/mn.

A l'examen physique ORL :

-On notait une tuméfaction latéro-cervicale gauche de 15*12 cm de diamètre s'étendant du 1/3 moyen de la mandibule gauche à la région nucale, de la pointe mastoïdienne au 1/3 moyen du cou en regard de la thyroïde associée à une PFP stade V de Bradman-House.

-On notait des ADP du groupe III, IV et V homolatéral à la tuméfaction.

-On notait une atteinte du VII (PFP), IX (absence du reflexe nauséux), XII (déviation de la langue).

Aux examens paracliniques :

-La TDM a objectivé une masse tissulaire hétérogène irrégulière intéressant les parties molles superficielles et profondes de la région parotidienne gauche mesurant 110 mm x 71 mm de grand diamètre, la région rétro-auriculaire, des

muscles masséters, le muscle sterno-cléido-mastoïdien homolatéral associé à des adénopathies latéro-cervicale dont le plus volumineux, mesurait 23 mm de diamètre.

-Echographie abdomino-pelvienne était sans particularité.

Le malade est classé stade IV (T4a N2b M0).

Nous avons effectué une parotidectomie totale gauche avec évidement ganglionnaire homolatérale et une reconstruction de la PDS par le LGP du côté gauche.

Les suites opératoires ont été simples, sans nécrose partielle ni totale

Avec un recul de 6 mois, le patient a bien cicatrisé, il n y a ni poursuite, ni repousse tumorale en attente de la chimiothérapie et de la radiothérapie.

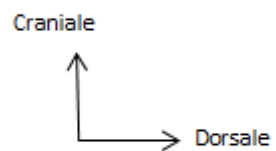


Figure 8 : Masse parotidienne bourgeonnante gauche nécrotique

Source : CHU Gabriel TOURE, Service ORL-CCF

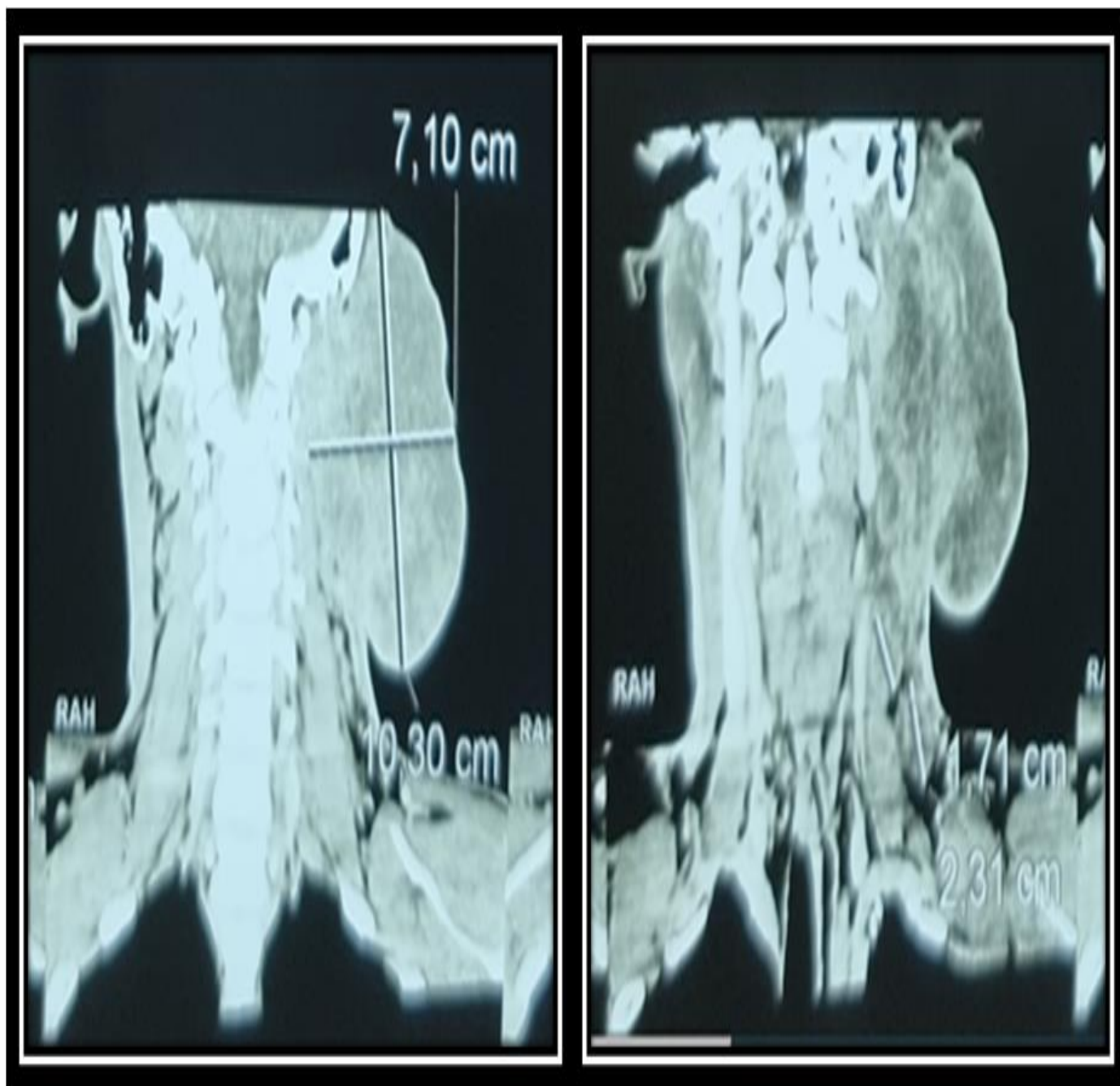


Figure 9 : TDM cervicale objectivant une masse tissulaire hétérogène de la région parotidienne gauche mesurant 10,3 x 7,1 cm.

Source : CHU Gabriel TOURE, Service ORL-CCF



Figure A



Figure B

Figure 10:

A : Avant parotidectomie totale et reconstruction par lambeau du grand pectoral

B : Après parotidectomie totale et reconstruction par lambeau du grand pectoral

Source : CHU Gabriel TOURE, Service ORL-CCF



Figure 11 : Image du patient à J10 post-opératoire

Source : CHU Gabriel TOURE, Service ORL-CCF

Cas 2 :

Il s'agit ST, âgée de 52 ans de sexe féminin ménagère résident à Kati, admise en consultation ORL pour tuméfaction de la région parotidienne droite, sans ATCD médico-chirurgical connu.

L'histoire clinique remonterait à 15 ans environ, marqué par l'apparition spontanée d'une tuméfaction parotidienne droite, d'évolution permanente associée à une paralysie faciale périphérique.

L'examen général : EG coté à 1 selon l'indice OMS, conjonctives normocolorées, pas de plis de dénutrition ni de déshydratation.

T = 37,4°C, TA = 130/80 mm Hg, Pouls= 90 Pulsations/mn, FR=23 Cycles/mn

A l'examen physique ORL :

- On notait une masse bourgeonnante au dépend de la région parotidienne droite, saignante au contact s'étendant au lobule et à la partie cutanée du conduit auditif homolatérale, fixe par rapport aux plans superficiels et profonds avec envahissement de la peau en regard avec une PFP stade V de Bradman-House
- On notait des ADP du groupe IV homolatéral à la masse
- On notait également une atteinte du VII (une PFP de grade V).

Aux examens paracliniques :

-La TDM a objectivé une masse tissulaire hétérogène, irrégulière, intéressant les parties molles superficielles et profondes de la région parotidienne droite mesurant 78 mm x 63mm de grand diamètre. Elle infiltre également l'espace cervical postérieur et la partie cutanée du CAE.

-L'examen anatomo-pathologique de la pièce de biopsie a conclu à un carcinome adénoïde kystique ou cylindrome de la parotide droite.

La patiente classée stade IV (T4a N2a M0)

Nous avons effectué une parotidectomie totale droite avec évidement ganglionnaire homolatérale et une reconstruction de la PDS par le LGP du côté droit.

Les suites ont été simples sans nécrose partielle ni totale

Avec un recul de 6 mois, la patiente a bien cicatrisée, il n'y a ni poursuite, ni repousse tumorale a bénéficiée d'une chimiothérapie mais en attente de la radiothérapie.

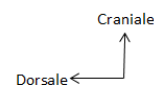


Figure 12: Masse parotidienne bourgeonnante droite image pré-opératoire

Source : CHU Gabriel TOURE ; Service ORL-CCF



Figure 13 : TDM cervicale montrant une masse tissulaire hétérogène de la région parotidienne droite mesurant 99,2 x 51,2 mm de contour irrégulier.

Source : CHU Gabriel TOURE, Service ORL-CCF

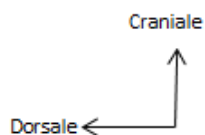


Figure 14:

A : Avant parotidectomie totale et reconstruction par lambeau du grand pectoral

B : Après parotidectomie totale et reconstruction par lambeau du grand pectoral

Source :CHU Gabriel TOURE, Service ORL-CCF

Cas 3 :

Il s'agit FS, âgé 40 ans de sexe masculin cultivateur résident à Ségou, admis en consultation ORL pour tuméfaction de la région parotidienne gauche, sans ATCD médico-chirurgical connu.

L'histoire clinique remonterait à 4 ans environ, marqué par l'apparition spontanée d'une tuméfaction parotidienne gauche, d'évolution permanente associée à une paralysie faciale périphérique.

L'examen général : EG coté à 1 selon l'indice OMS, conjonctives normocolorées, pas de plis de dénutrition ni de déshydratation.

T = 36,7°C, TA = 120/80 mm Hg, Pouls= 79 Pulsations/mn, FR=23 Cycles/mn

A l'examen physique ORL :

-On notait une masse ulcéreuse au dépend de la région parotidienne gauche, saignant, fixe par rapport aux plans superficiels et profonds mesurant 10 x 10 Cm avec envahissement de la peau en regard associée une PFP stade IV de Bradman-House.

-On notait une ADP du groupe II homolatéral à la masse

-On a retrouvé une atteinte du VII (une PFP de grade IV).

Aux examens paracliniques :

-La TDM a objectivé une masse tissulaire hétérogène, irrégulière, intéressant les parties molles superficielles et profondes de la région parotidienne gauche.

-L'examen anatomo-pathologique de la pièce de biopsie a conclu à un carcinome adénoïde kystique de la parotide gauche.

Le patient classé stade IV (T4a N2a M0)

Nous avons effectué une parotidectomie totale gauche avec évidement ganglionnaire homolatérale et une reconstruction de la PDS par le LGP du côté gauche.

Les suites opératoires ont été simples sans nécrose partielle ni totale.

Avec un recul de 6 mois, la patiente a bien cicatrisée, il n'y a ni poursuite, ni repousse tumorale a bénéficié d'une chimiothérapie, mais en attente de la radiothérapie.

Cas 4 :

Il s'agit M.T, âgé 60 ans de sexe masculin, commerçant résident à Koulikoro, admis en consultation ORL pour une dyspnée, sans ATCD médico-chirurgical connu.

L'histoire clinique remonterait à 5 ans environ, marqué par l'installation progressive d'une dysphonie d'évolution permanente associée à une dyspnée évoluant depuis de 6 mois de façon intermittente.

L'examen général : EG coté à 3 selon l'indice OMS, conjonctives normocolorées, une dyspnée stade III selon Chevalier Jackson et Pineau, pas de plis de dénutrition ni de déshydratation.

T= 36,7°C, TA = 150/100 mm Hg, Pouls= 105 Pulsations/mn, FR=28 Cycles/mn

Le patient a bénéficié d'une trachéotomie avec mise en place d'une canule de trachéotomie no 7

A l'examen physique ORL :

-On notait une masse antéro-cervicale avec un point de fistulisation laissant sourdre du pus.

La nasofibroscopie a objectivé une tumeur étendue aux 3 étages du larynx.

-On notait des ADP du groupe III du côté gauche.

Aux examens paracliniques :

-La TDM a objectivé une hypodensité tissulaire associée à une lyse du cartilage thyroïde.

-L'examen anatomo-pathologique de la pièce de biopsie a conclu à un carcinome épidermoïde du larynx.

Le patient classé stade IV (T4a N2a M0)

Nous avons effectué une laryngectomie totale associée à un curage ganglionnaire avec résection de la peau et nous avons procédé à une

reconstruction de la PDS par le LGP du côté droit.

Les suites opératoires ont été simples sans nécrose partielle ni totale.

Avec un recul de 6 mois, le patient a bien cicatrisé, il n'y a ni poursuite, ni repousse tumorale et a bénéficié d'une chimiothérapie et de la radiothérapie.

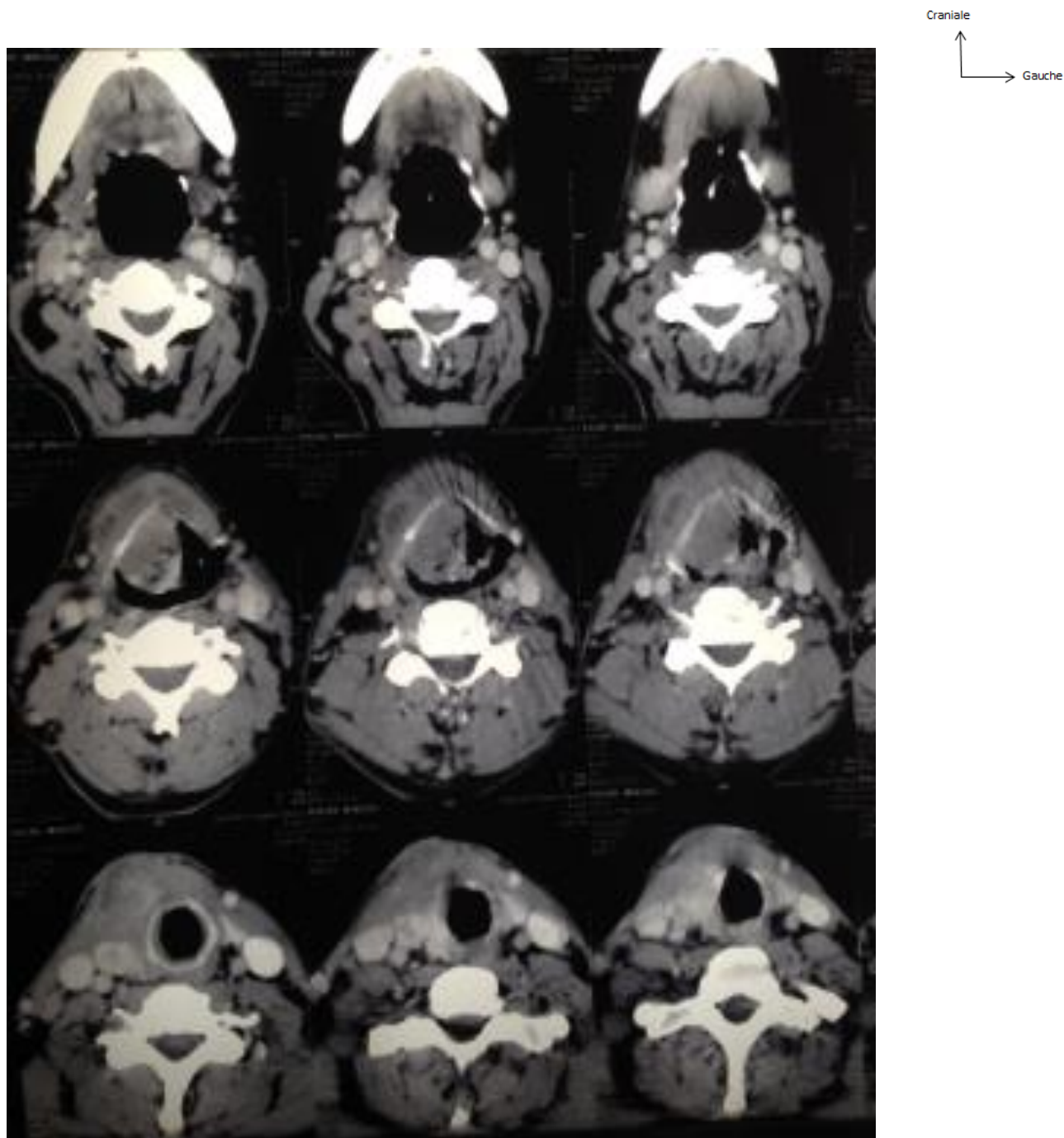


Figure 15: TDM cervicale objectivant une hypodensité tissulaire associée à une lyse du cartilage thyroïde.

Source : CHU Gabriel TOURE, Service ORL-CCF

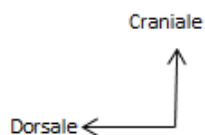


Figure 16 :

A : Avant laryngectomie totale et résection de la peau et reconstruction par lambeau du grand pectoral

B : Après laryngectomie totale et résection de la peau et reconstruction par lambeau du grand pectoral

Source : CHU Gabriel TOURE, Service ORL-CCF

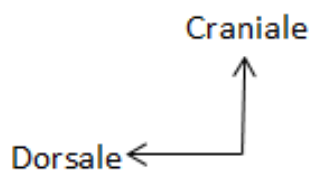


Figure 17 : Image du patient à J 21 post opératoire montrant une cicatrisation complète

Source : CHU Gabriel TOURE, Service ORL-CCF

Tableau1 : Tableau de revue clinique

Variables Auteurs	Sexe	Age moyen (ans)	Siège de la lésion	Type histologique	Classifica- tion TNM	Type de chirurgie	Pronostic	Recul tumoral de 1an
Saoud [2]	M : 10 F : 1	67,5	Cavité buccale	C.épider :	T4	Bucco- pharyngect omie	N.P : 1 C.C : 10	R.T :1
Diallo et al [3]	M : 24 F : 2	51	Pharyngo- laryngé	CE:	T4	Laryngecto mie carrée	N.P :8 N.T :4 C.D :3 C.C :11	-
Kader et al [12]	F : 19 M : 13	34	Parotide	-	-	Parotidecto mie totale	N.P : 3 N.T : 2 C.C :24	-
Nao et al [13]	M : 31 F : 6	51	Pharyngo- laryngé	CE :	T4	Laryngecto mie carrée	N.P :11 N.T :6 C.C :20	-
Notre série	M: 3 F : 1	46 30 60	Parotide 3 Larynx : 1	CAK. : 3 CE : 1	T4:4	P. totale : 3 L. totale : 1	N.P :0 N.T :0 C.C :4	R. T: 1

Légende

M= Masculin

F= Féminin

CE= Carcinome épidermoïde

CAK = Carcinome adénoïde kystique

P. totale= Parotidectomie totale

L. totale=Laryngectomie totale

N.P= Nécrose partielle

N. T= Nécrose total

C.C= Cicatrisation complète

R.T= Repousse tumorale

DISCUSSION

V-DISCUSSION

I-Aspect épidémiologique

L'âge moyen de notre étude était de 46 ans avec des extrêmes de 30 et 60 ans. Ce profil d'âge est classique à celui des tumeurs des VADS et est comparable à celui de l'étude de Diallo et al [3] et Nao et al [13] qui ont tous trouvé un âge moyen de 51 ans.

Mlle Souad [2] a rapporté un âge de 67,5 avec des extrêmes de 48 et 87 ans.

En ce qui concerne le sexe, nous avons observé dans notre série une prédominance masculine avec un taux 75 % soit un sex ratio de 3 et ceci est comparable aux données de la littérature. Souad [2], Diallo et al [3], Nao et al [13] ont également trouvé une prédominance masculine avec respectivement de 90,90%, 83,80 % et 92 %, cependant Kadre AKO et al [12] ont trouvé une prédominance féminine à hauteur de 59%.

Cette prédominance masculine peut s'expliquer par le fait que dans notre série l'exérèse tumorale était le motif de la réparation par le lambeau et que la prévalence des tumeurs des VADS est plus élevée chez le sexe masculin.

II-Les aspects cliniques

1-Etiologies des pertes de substances

Tous nos patients présentaient des pertes de substances consécutives à des exérèses tumorales donc un taux de 100%.

Souad [2], Diallo et al [3] et Nao et al [13] dans leur étude ont fait la même observation avec respectivement 100%, 81% et 70,27%.

En effet l'utilisation des lambeaux musculo-cutanés est indispensable chaque fois que le défaut tissulaire est supérieur à 15 cm². En dessous de cette surface, une tentative par rapprochement semble tout à fait légitime.

Pour des défauts entre 15 et 100 cm², on utilise systématiquement un lambeau musculo-cutané du pectoralis major car ce lambeau a l'avantage de faire face à la plupart des éventualités en chirurgie cervico-faciale.

2-Le siège des pertes de substances

Dans notre série les lésions parotidiennes prédominaient avec un taux de 75% suivie de lésion laryngée représentant 25% de nos patients.

Nos résultats sont plus ou moins comparables à ceux de la littérature, pour Kadre AKO et al [12] la région parotidienne représentait la partie la plus atteinte dans 21,88% des cas.

Tandis que pour Diallo et al [3] et Nao et al [13] la localisation pharyngo-laryngée est la plus rencontrée à hauteur de 67,87% suivie de la localisation de la cavité buccale avec un taux de 13,5%. Pour Souad [2] la cavité buccale prédominait la localisation des lésions avec un taux de 38,38% suivie des lésions laryngée et parotidienne avec des taux respectifs de 18,18 et 18,18%.

Ceci peut se comprendre dans la mesure où les tumeurs parotidiennes envahissent la peau donc leur exérèse entraînent de grandes pertes de substances

3-Classification TNM

Dans notre série tous nos patients ont consulté à un stade tumoral très avancé classé IV.

Notre résultat est comparable à l'étude de Souad [2], Diallo et al [3] et Nao et al [13] qui ont fait le même constat c'est-à-dire les patients reçus au stade T4.

Cette situation peut s'expliquer par le fait que ces malades accusent un retard d'admission lié à plusieurs facteurs notamment la négligence, la méconnaissance des tumeurs, la sous-médicalisation et surtout la situation socio-économique. À cela s'ajoute l'incertitude sur les marges d'exérèse due à l'absence d'examen histologique extemporané dans notre pratique.

III-Aspects thérapeutiques

1-Le prélèvement du lambeau

Dans notre série, nous avons exclusivement utilisé le LGP selon le procédé standard d'Ariyan chez tous les malades donc 100%.

Notre résultat est comparable à celui de Souad [2], Diallo et al [3] et de Nao et

al [13] qui ont tous utilisé le LGP chez tous les patients. Cependant Kadre AKO et al [12] ont utilisé le LGP à un taux de 5,13%

Le lambeau du grand pectoral de par sa longueur, sa maniabilité et sa situation stratégique occupe une place de choix en matière de reconstruction au niveau de cervico-faciale.

2-Les indications

Dans notre série, la parotidectomie totale a été le motif qui a conduit le plus à l'utilisation du lambeau à hauteur de 75% suivie de la laryngectomie étendue à la peau.

Pour Kadre AKO et al [12] la principale indication était la parotidectomie totale.

Tandis que pour Souad [2] la bucco-pharyngectomie-transmandibulaire était le plus représenté 30.306% suivie par une laryngectomie totale élargie et la parotidectomie totale étendue au plan cutané 18.18% et Diallo et al [3] et Nao et al [13] la laryngectomie carrée était la principale indication suivie de cure de pharyngostome.

Ceci peut se comprendre dans la mesure où les tumeurs parotidiennes envahissent la peau donc leur exérèse entraînent de grandes pertes de substances.

3-Le résultat anatomique post- reconstruction

Dans notre série, la cicatrisation était complète chez tous nos patients soit un taux de 100%.

Ce résultat est comparable à celui de Souad [2] et qui a trouvé une cicatrisation complète à 90,91% et un cas de nécrose partielle soit 9,09%. Alors que Diallo et al [3], Kadre AKO [12] et Nao et al [13] ont respectivement enregistrés des cas de nécrose totale (15%, 6,25% et 16,21%) et des cas de nécrose partielle (31%, 9,38% et 29,71%).

Ceci peut s'expliquer d'une part par le fait que dans notre série le LGP a été prélevé comme décrit c'est-à-dire avec préservation du pédicule thoraco-

acromiale qui assure la vascularisation du lambeau et d'autre part par l'état nutritionnel de nos patients et de l'absence de comorbidité.

4-Le recul tumoral

Nous avons recensé dans notre série, un (1) cas de repousse tumorale parotidienne sur une période de 9 mois post-chirurgicale.

Ce constat dans notre série est comparable aux données de Souad [2] qui dans son étude a rapporté un (1) cas de repousse tumoral.

A un certain moment de notre étude l'unité de la radiothérapie n'était pas fonctionnelle et cela explique l'absence de traitement adjuvant de la radiothérapie chez ce patient qui n'avait pas bénéficié de chimiothérapie. Ceci montre que quel que soit la réussite chirurgicale d'une exérèse tumorale, elle ne suffit pas à elle seule d'éradiquer la tumeur, d'où la nécessité du traitement adjuvant en occurrence la radiothérapie.

CONCLUSION

CONCLUSION

Le lambeau du grand pectoral décrit initialement par Hueston et McConchie pour la réparation des PDS de la paroi thoracique antérieure et c'est Ariyan qui l'a introduit en chirurgie maxillo-faciale en décrivant de manière exhaustive sa technique de prélèvement et ses indications. Le lambeau du grand pectoral constitue depuis lors un progrès indéniable dans la reconstruction des pertes de substances cervico-faciale d'où son utilisation incontournable en matière d'exérèse carcinologique cervico-faciale.

Ce lambeau peut aller loin et combler de très importantes pertes de substances et supporte bien la radiothérapie de par sa texture et la particularité de sa vascularisation.

Actuellement, il reste largement indiqué en milieu tropical grâce à son plateau technique simple, facile et rapide.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-Herodote W. TOKPANOUE. Lambeaux utilises dans la réparation des pertes de substances maxillo-faciales : indications, écueils thérapeutiques. [Thèse de médecine]. Université de Bamako .Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie; 2014, 23-30 p.
- 2-Mlle. Souad EL ASRAOUIY. L'intérêt du lambeau musculo-cutané pédiculé du grand pectoral dans la reconstruction des pertes de substance maxillo-faciale. [Thèse de médecine]. Université Sidi Mohamed Ben Abdallah du Maroc. Faculté de Médecine et de Pharmacie ; 2018,44-48p. Thèse N° 103/18
- 3-Diallo AO et al. Apport du lambeau musculo-cutané du pectoralis major en carcinologie cervico-faciale : 26 observations au Sénégal. Med Trop. 2011 ; 71 : 457-459 p.
- 4-A Ducasse et al. Bases anatomiques de l'utilisation du lambeau musculo-cutané du grand pectoral en chirurgie reconstructrice. Anat Clin .1984 ; 5:245-249p.
- 5-Christopher RG et al. Étude anatomique de lambeaux à vaisseau perforant de l'artère acromio-thoracique. Can J Plast Surg. 2003 ; 11(1) :23-27p
- 6- S. Ben Hadj Yahiaa et al. Étude anatomique de la localisation du pédicule Thoraco-acromial. Intérêt dans les lambeaux musculo-cutanés de grand pectoral. Morphologie 2009 ; 93 : 13-19p
- 7- J. FAGAN. Le lambeau de muscle grand pectoral. Disponible sur www.entdev.uct.ac.za. Consulté le 30 Novembre 2022
- 8-ERIC R. CARLSON. The Pectoralis Major Myocutaneous Flap in Oral and Maxillofacial Reconstruction: A Retrospective Analysis of 50 Cases. . J Oral Maxillo-fac Surg .1996 ; 54 :1292-1296p.
- 9-Richard LIU et al. Le lambeau pédiculé myocutané du grand pectoral dans la reconstruction de la tête et du cou : rétrospective des indications et des résultats dans 244 cas consécutifs au Toronto General Hospital. The journal of Otolaryngology.2001; 30(1)

10-Rogério A et al. Pectoralis Major Musculocutaneous Flap in Head and Neck Cancer Reconstruction. World J. Surg. 2002 ; 26 :67–71p

11- Bozec A., Mahdyoun P., Poissonnet G., Dassonville O. Chirurgie reconstructive cervico-faciale par lambeaux libres. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Tête et cou, 2008 ; 46-555p.

12- Kadre A.K.O et al. Utilisation des lambeaux dans les pertes de substances maxillo-faciales: à propos de 32 cas au Niger. European Scientific Journal, ESJ. 2021 ; 17, (17) : 306-317p

13- E.E.M. Nao et al. Indications du lambeau du grand pectoral en carcinologie cervico-faciale : à propos de 37 cas au CHU de Dakar. J. Afr. Cancer 2010 ; 2:166-170p

ANNEXES

Annexes

Fiche signalétique

Nom : FOFANA

Prénom : Ibrahima

Titre : Challenge de la chirurgie des lambeaux du grand pectoral en carcinologie cervico-faciale en milieu tropical.

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de d'odontostomatologie (FMOS).

Secteur d'intérêt : Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie cervico-faciale.

Résumé

Introduction : La face est la vitrine de la personnalité, est au premier plan des relations avec l'environnement et son altération peut avoir des retentissements fonctionnels et psychoactifs. Diverses lésions peuvent provoquer cette altération, parmi lesquelles les PDS qui peuvent être d'origine traumatique, infectieuse ou tumorale. La nécessité de combler ces pertes de substances s'impose d'où l'utilisation des lambeaux du grand pectoral.

Objectif général :

Rapporter notre expérience dans la chirurgie des pertes de substances complexes par le lambeau du grand pectoral en carcinologie cervico-faciale.

Objectifs spécifiques :

-Identifier les indications de l'utilisation du lambeau grand pectoral en carcinologie cervico-faciale dans le service d'ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE.

-Décrire le résultat post chirurgical de la mise en place du lambeau grand pectoral en carcinologie cervico-faciale dans le service d'ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE.

Observation :

Il s'agissait d'une étude clinique étalée sur (deux) 2 ans au cours de laquelle nous avons colligé quatre (04) cas dont trois (03) d'utilisation du lambeau du grand pectoral pour parotidectomie et un (01) pour laryngectomie totale.

Les quatre (04) premiers cas ont été reçus en consultation externe pour tuméfaction parotidienne (deux (02) du côté gauche et un (01) du côté droit) et le dernier pour dysphonie associée à une dyspnée.

Les moyens de diagnostic ont été cliniques et paracliniques.

La clinique était basée sur les résultats de l'interrogatoire et de l'examen physique à la recherche des caractéristiques de la tuméfaction et de la dyspnée.

Sur le plan paraclinique la TDM et l'examen anatopathologique ont été réalisés chez nos patients et ont permis de confirmer le diagnostic, de préciser les limites de la masse, le type histologique et enfin guider la prise en charge.

Nos quatre (04) patients ont tous bénéficié d'un lambeau du grand pectoral après l'exérèse tumorale avec curage ganglionnaire.

L'étude de ces observations nous a permis d'obtenir les résultats suivant ; le sexe masculin (M) était le plus représenté avec un taux de 75% soit un sex ratio de 3, l'âge moyen était de 46 ans avec des extrêmes de 30 et 60 ans, le siège de la lésion le plus retrouvé était la parotide avec un taux de 75%, le type histologique le plus représenté était le carcinome adénoïde kystique à hauteur de 75%, tous nos cas étaient classés T4 selon la classification TNM soit 100%, le type de chirurgie (indication) le plus représenté était la parotidectomie totale, tous nos cas avaient un lambeau bien cicatrisé soit 100%, avec un recul de 9 mois nous avons recensé un cas de repousse tumorale soit 25% de notre série.

Conclusion : La chirurgie en carcinologie cervico-faciale entraîne de grande perte de substance, donc la nécessité de combler cette perte de substance est impérative et l'utilisation du lambeau du grand pectoral est le mieux indiqué.

Mots clés : Carcinologie, Perte de substance, Lambeau du grand pectoral.

Abstract

Name: FOFANA

First name: Ibrahima

Title: Challenge of pectoral major flap surgery in head and neck carcinolgy in tropical environments

Academic year: 2021-2022

Defense City: Bamako

Country of origin: Mali

Drop-off location: Library of the Faculty of Medicine of Odontostomatology.

Area of Interest: Otolaryngology and Head and Neck Surgery.

Summary

Introduction: The face is the showcase of the personality, is in the foreground of relations with the environment and its alteration can have functional and psychoactive repercussions. Various lesions can cause this alteration, including PDS which can be of traumatic, infectious or tumor origin. The need to compensate for these losses of substances is essential, hence the use of the flaps of the pectoralis major.

General objective:

To report our experience in the surgery of complex substance loss through the pectoral major flap in head and neck carcinolgy.

Specific objectives:

- Identify indications for the use of the flap of the pectoralis major in head and neck oncology in the ENT-CCF department of CHU Gabriel TOURE.
- Describe the post-surgical result of placement of the pectoralis major flap in head and neck oncology in the ENT- CCF department of CHU Gabriel TOURE.

Observation:

It was a clinical study spread over 2 years during which we collected four (04) cases including three (03) of use of the pectoralis major flap for parotidectomy and one (01) for total laryngectomy.

The first four (04) cases were received as an outpatient for parotid swelling two (02) on the left side and one (01) on the right side and the last for dysphonia associated with dyspnea.

The means of diagnosis were clinical and paraclinical.

The clinic was based on the findings of the history and physical examination looking for features of swelling and dyspnea.

On the paraclinical level, CT and anatomopathological examination were carried out in our patients and made it possible to confirm the diagnosis, to specify the limits of the mass, the histological type and finally to guide the management.

Our four (04) patients all benefited from a pectoralis major flap after tumor excision with lymph node dissection.

The study of these observations allowed us to obtain the following results; the male sex (M) was the most represented with a rate of 75%, i.e. a sex ratio of 3, the mean age was 46 years with extremes of 30 and 60 years, the most found seat of the lesion was the parotid with a rate of 75%, the most represented histological type was adenoid cystic carcinoma up to 75%, all our cases were classified T4 according to the TNM classification, i.e. 100%, the type of surgery (indication) most represented was total parotidectomy, all our cases had a well healed flap, i.e. 100%, with a follow-up of 9 months we identified a case of tumor regrowth, i.e. 25% of our series.

Conclusion: Surgery in head and neck carcinology causes great loss of substance, so the need to fill this loss of substance is imperative and the use of the flap of the pectoralis major is best indicated

Keywords: Carcinology, Loss of substance, Pectoral major flap.