

ATLAS D'ACCES LIBRE EN CHIRURGIE ORL ET CERVICO-FACIALE



LE LAMBEAU DE GRAND DORSAL POUR LA RECONSTRUCTION CERVICO-FACIALE

Patrik Pipkorn, Ryan Jackson, Bruce Haughey

Le grand dorsal est le muscle du corps le plus large par sa surface. Il peut mesurer jusqu'à 20 x 40 cm, ce qui permet aux lambeaux de grand dorsal de couvrir de très grandes pertes de substances (*Figure 1*).



Figure 1 : Large lambeau de grand dorsal pédiculé

Le lambeau peut être prélevé de manière pédiculé ou libre et comme un lambeau musculaire ou musculo-cutané avec une palette cutanée sus-jacente. Il peut également être prélevé avec tout autre lambeau basé sur le système vasculaire sous-scapulaire en tant que lambeau chimérique ou «méga-lambeau» sous-scapulaire. Malgré sa taille, il peut être prélevé sans morbidité significative du site donneur.

Le muscle présente normalement une épaisseur d'environ 1 cm. Parce qu'il s'atrophie considérablement s'il n'est pas réinnervé, il est une option appréciée pour la reconstruction du cuir chevelu et pour d'autres pertes

de substance cervico-faciales, notamment basi-crâniennes et après glossectomie totale.

Avantages

- Prélèvement du Lambeau facile à apprendre
- Muscle large et mince qui peut couvrir de larges pertes de substances
- Pédicule vasculaire long (5 à 15 cm) si disséqué jusqu'à l'artère sous-scapulaire
- L'artère sous-scapulaire a un diamètre de 2 à 5 mm
- Morbidité minimale du site donneur à long terme
- Peut-être prélevé sous forme d'un lambeau musculaire ou avec une palette cutanée
- Peut-être prélevé comme un lambeau chimérique (plusieurs lambeaux indépendants qui ont chacun un apport vasculaire indépendant avec tous les pédicules reliés à un vaisseau source commun) avec d'autres lambeaux basés sur une artère sous-scapulaire unique.

Limites

- Le site donneur est proche de la région cervico-faciale, rendant le travail en double équipe difficile, voire impossible
- Le positionnement du patient est fastidieux en raison du site donneur qui est dans le dos
- Risque élevé de sérome en raison de la largeur de la cicatrice et de l'espace de décollement important

Anatomie chirurgicale

Le muscle grand dorsal entraîne principalement une adduction et une rotation interne du bras. Il permet également l'extension de

l'épaule. Il s'agit d'un muscle fin et plat mesurant environ 20 x 40 cm (Figure 2). Le muscle forme le pli axillaire postérieur avec le muscle grand rond (Figure 2). Il s'insère sur la crête iliaque postérieure, le fascia thoraco-lombaire et les apophyses épineuses de T7-L5. Certaines fibres musculaires peuvent également s'insérer sur les côtes inférieures.

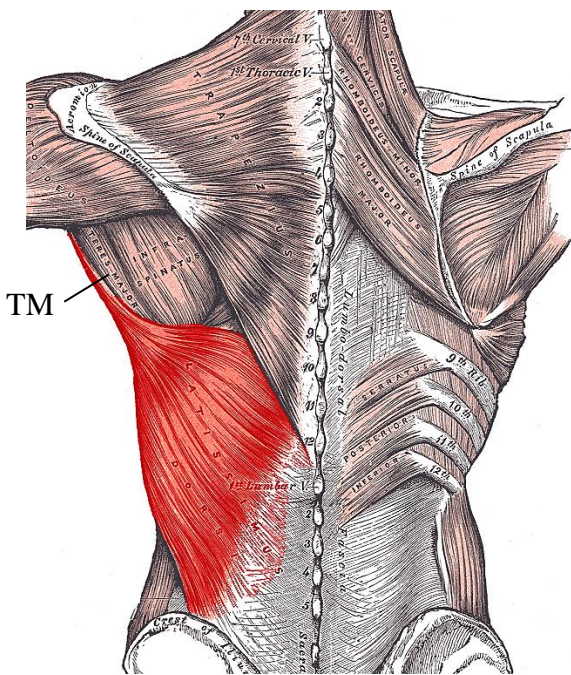


Figure 2 : Vue postérieure du muscle grand dorsal et grand rond (ancien Teres Major) (TM)

Les fibres musculaires se dirigent vers le haut et latéralement et s'insèrent dans le fond du sillon intertuberculaire de l'humérus, entre les muscles grand rond et grand pectoral (Figure 3).

Certaines fibres proviennent également de façon variable de la pointe de la scapula où elles s'entrecroisent avec les fibres du grand rond. En haut et en interne, il se trouve en profondeur sous le muscle trapèze, tandis que le trapèze s'insère jusqu'à T12.

Inférieurement, il recouvre les muscles grand dentelé et abdominaux obliques externes (Figure 3).

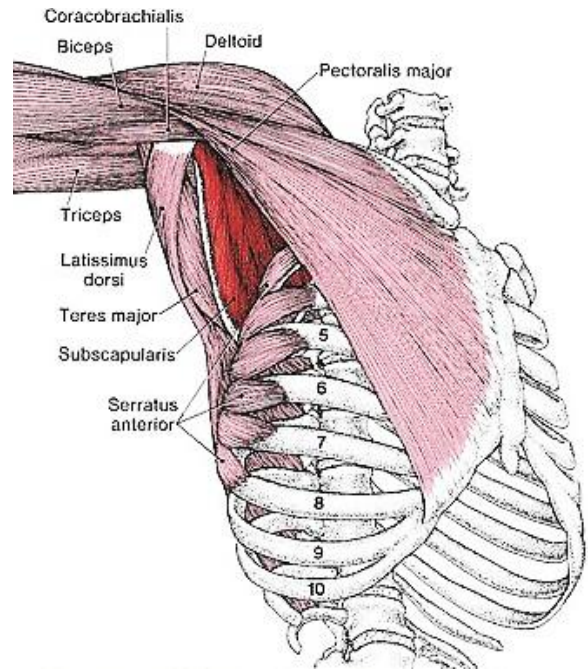


Figure 3 : Vue antérolatérale du grand dorsal, grand rond, grand dentelé et grand pectoral

Innervation

Le grand dorsal est innervé par le nerf thoraco-dorsal. Il dérive des 6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} racines cervicales et provient du faisceau postérieur du plexus brachial. Le nerf chemine avec le pédicule vasculaire thoraco-dorsal. Il innerve uniquement le grand dorsal, donc aucun autre muscle n'est affecté par sa section lors du prélèvement du lambeau.

Anatomie vasculaire

L'artère thoraco-dorsale est l'apport vasculaire principal du muscle grand dorsal ; c'est une branche terminale du système sous-scapulaire (Figure 4).

Une bonne compréhension de la systématiation artérielle sous-scapulaire est donc importante pour un chirurgien microvasculaire lors du prélèvement de lambeaux au niveau du dos. L'artère sous-scapulaire est un système artériel très polyvalent qui vascularise de nombreux lambeaux pouvant

être prélevés seuls ou de façon chimérique avec différents tissus basés sur un pédicule unique.

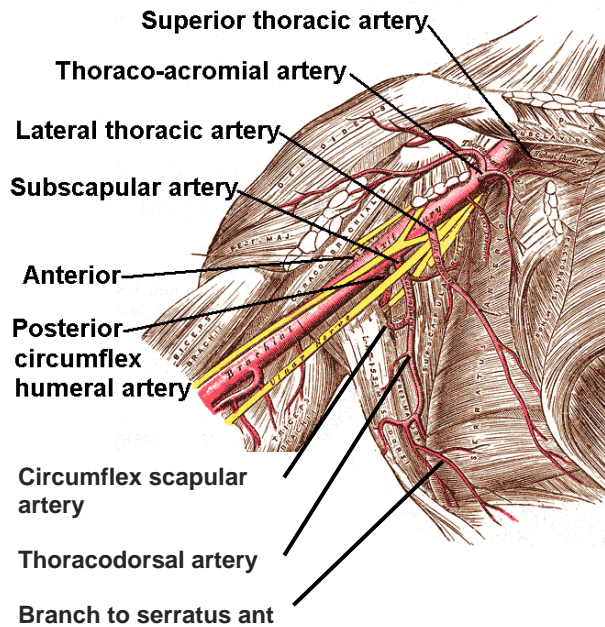


Figure 4 : Vue antérolatérale de l'anatomie vasculaire ; l'artère sous-scapulaire est la plus grande des 3 branches du troisième segment de l'artère axillaire

L'artère sous-scapulaire est une branche du 3ème segment de l'artère axillaire après que celle-ci ait franchi le muscle petit pectoral. Les modèles de ramification du système sous-scapulaire varient considérablement. L'artère sous-scapulaire se divise en artères scapulaire circonflexe (ASC) et thoraco-dorsale (Figure 4). L'ASC continue de la profondeur vers la superficie dans l'espace triangulaire entre le grand rond, le petit rond, le chef long du triceps et le bord latéral de la scapula. Après avoir traversé cet espace triangulaire, l'ASC se divise en une branche terminale horizontale et verticale, toutes deux pouvant être utilisées pour des lambeaux cutanés (Figure 5).

L'artère thoraco-dorsale poursuit son cheminement sous les muscles grand rond et grand dorsal le long de la cage thoracique (Figure 4).

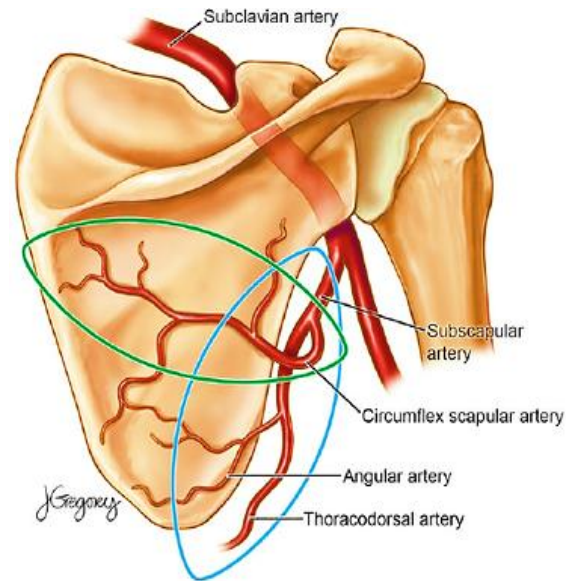


Figure 5 : Artère sous-scapulaire et ses branches, vue postérieure

Il existe une certaine variabilité du modèle de ramification, mais le plus souvent une branche distincte, la branche angulaire, naît de l'artère thoraco-dorsale et vascularise la pointe de la scapula (Figures 5, 6). Avant d'entrer dans le muscle grand dorsal, une deuxième branche, à destination du muscle grand dentelé, se ramifie (Figures 4, 6).

Vascularisation du muscle grand dorsal

L'artère thoraco-dorsale fournit l'apport sanguin principal au grand dorsal. L'artère et la veine thoraco-dorsales se dirigent vers le haut, le long de la paroi thoracique, sur la face profonde du grand dorsal, vers le creux axillaire. L'artère a un diamètre de 1,5 à 4 mm et la veine a généralement un diamètre de 2,5 à 4,5 mm. Le pédicule du muscle peut avoir une longueur de 6 à 16 cm et sa longueur moyenne est de 9 cm. Il pénètre dans le muscle à sa face profonde à environ 8-10 cm de son origine sur l'artère sous-scapulaire (Figure 6). Pour gagner en longueur, l'artère peut être disséquée complètement jusqu'à l'artère axillaire.

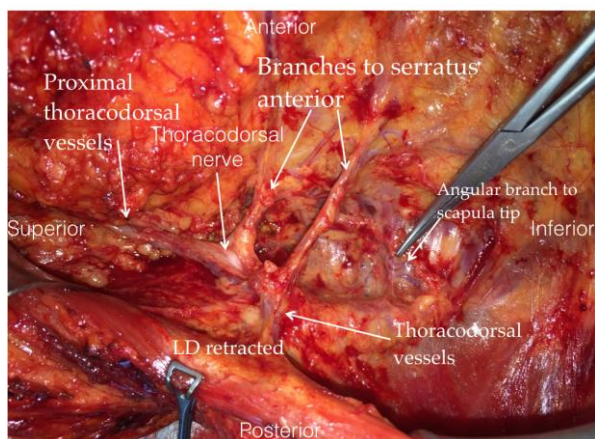


Figure 6 : Vue antérolatérale droite avec grand dorsal (ancien latissimus dorsi) (LD) récliné pour exposer les vaisseaux thoraco-dorsaux, le nerf et les branches à destinée du grand dentelé

Juste après que l'artère thoraco-dorsale pénètre dans le muscle, elle se divise en deux branches, une horizontale et une verticale permettant de prélever deux palettes cutanées différentes. La densité la plus élevée de **vaisseaux perforants** est à environ 2 cm en arrière du bord antérieur du muscle, juste après que l'artère ait pénétré dans le muscle. Comme pour un lambeau de grand pectoral, ces vaisseaux perforants sont petits et ne sont pas systématiquement diséqués lors du prélèvement du lambeau. Pour assurer l'inclusion de ces perforantes dans le lambeau, un Doppler peut être utilisé, bien qu'il ne soit pas indispensable. La réalisation d'une palette cutanée plus grande rend également le lambeau plus fiable en augmentant les chances d'inclure des vaisseaux perforants.

Le muscle reçoit également l'apport sanguin des vaisseaux perforants segmentaires **des artères intercostales thoraciques et lombaires**. Ces artères sont petites et pénètrent dans le muscle à sa face profonde, proche de la colonne vertébrale. Elles vascularisent les portions médiale et inférieure du muscle. Étant donné que ces vaisseaux sont sectionnés lors de la levée du lambeau, l'apport

sanguin au tiers distal du muscle peut ne pas être fiable.

Consentement éclairé

La discussion préopératoire doit inclure le risque d'hématome et de sérome ainsi que les risques de cicatrice disgracieuse. Les patients doivent être informés du risque d'échec du lambeau. La force des épaules peut être légèrement affectée, mais pas de façon notable chez la plupart des patients, sauf si le prélèvement est associé à la réalisation d'autres lambeaux qui pourraient affecter la force des épaules, par exemple : les lambeaux de grand pectoral ou scapulaire.

Positionnement et champage

La manière classique pour positionner un patient lors du prélèvement d'un lambeau vascularisé par le système sous-scapulaire consiste à exposer tout le dos du patient en le plaçant en décubitus latéral. Cela oblige cependant à faire pivoter le patient entre les étapes d'exérèse puis de reconstruction, ce qui nécessite un repositionnement et un nouveau champage, et ajoute du temps et des efforts supplémentaires à la chirurgie.

Cependant, comme l'incision chirurgicale est pratiquée sur la partie latérale du dos et qu'à aucun moment pendant la chirurgie une exposition n'est nécessaire au-delà de la ligne médiane, il est possible de placer le patient avec un angle de 30 à 45 degrés en soutenant son côté controlatéral par un billot gonflable (Figure 7). Une fois que le patient est correctement installé et de manière sécurisée, le lit peut être pivoté d'environ 15 à 20 degrés, ce qui permet une exposition adéquate pour les chirurgiens pratiquant l'exérèse et ceux réalisant la reconstruction. Cette technique de positionnement permet de gagner un temps considérable et de contourner l'un des principaux inconvénients du prélèvement des lam-

beaux dans le dos, à savoir le repositionnement et le re-champage.



Figure 7 : Positionnement pour permettre la résection simultanée du cancer et le prélèvement du lambeau de grand dorsal (avec la permission de Jason Rich)

Points clés pour cette technique de positionnement

- Une fois le patient intubé et toutes les voies intraveineuses et artérielles, la sonde urinaire et les dérivations ECG nécessaires placées, placer le patient sur un billot (*Figure 7*)
- Faire pivoter le patient d'environ 30 à 45 degrés pour faciliter l'exposition du dos pour le prélèvement (*Figure 7*)
- Adapter le billot pour obtenir un soutien ferme et stable pour maintenir le patient en position
- Exposer le dos jusqu'aux apophyses épineuses
- Prendre soin de décharger les points d'appuis pour minimiser les risques d'escarres
- Placer un oreiller entre les genoux, qui devraient être légèrement pliés (*Figure 8*)
- Plier doucement le bras controlatéral avec un rembourrage placé entre le bras et la poitrine ; un billot axillaire n'est pas requis (*Figure 9*)
- Sécuriser correctement le patient sur la table avec des ceintures et du ruban adhésif afin que la table puisse être incli-

née et que le patient reste bien attaché (*Figure 9*)

- Avant de champé, effectuer un « test d'inclinaison » pour s'assurer que le patient est bien attaché



Figure 8 : Le genou est légèrement plié et un oreiller est placé pour minimiser toute pression sur les protubérances osseuses



Figure 9 : Le bras inférieur est légèrement plié et bien protégé. Notez que le patient est bien attaché à la table (avec la permission de Jason Rich)

Conception du lambeau

- Décider si une palette cutanée est nécessaire pour reconstruire la perte de substance chirurgicale
- Si une palette cutanée est nécessaire, elle doit être localisée sur le muscle grand dorsal
- En général, une largeur de 10 cm peut facilement être prélevée, tout en per-

mettant la fermeture primaire de la perte de substance ; un simple « pinch test » en donnera l'indication

- Une palette cutanée plus large tendra à être plus fiable étant donné qu'un nombre plus important de perforantes entrant à sa face profonde seront incorporées

Le lambeau de grand dorsal peut être utilisé soit comme un lambeau libre soit comme un lambeau pédiculé.

Étapes chirurgicales

Dans la présentation suivante, un lambeau libre musculaire seul est levé

- Préparer le dos jusqu'à la colonne vertébrale et inclure le bras homolatéral dans le champ (*Figure 10*)
- Mettre un jersey sur le bras et le fixer aux champs ; pouvoir déplacer le bras améliore considérablement l'exposition lors de la dissection du pédicule dans le creux axillaire (*Figure 11*)
- Identifier le bord antérieur du grand dorsal
 - Cela se fait en identifiant le pli axillaire postérieur (*Figure 12*)
 - Le pli axillaire postérieur est constitué du grand rond et du grand dorsal



Figure 10 : Le patient est préparé avec le bras dans le champ opératoire (avec la permission de Jason Rich)



Figure 11 : Un jersey est placé sur la partie distale du bras et sur la main. Ce jersey peut être fixé aux champs pendant la phase de résection pour éviter qu'il ne tombe de la table. Exposer le dos, des processus épineux en dedans à l'os iliaque en bas



Figure 12 : Commencer par palper le pli axillaire postérieur (grand rond et grand dorsal)

- Réaliser une incision en forme de S allongé quelques centimètres derrière le bord antérieur du muscle (*Figure 13*)



Figure 13 : Lorsqu'une palette cutanée n'est pas nécessaire, une incision en S allongé est

placée le long du bord antérieur du grand dorsal. La position où l'artère thoraco-dorsale pénètre le muscle par sa face profonde est marquée (X) ainsi que les branches verticale et horizontale (lignes pointillées)

- Inciser la peau et le tissu sous-cutané (Figure 14)



Figure 14 : Incision de la peau et du tissu sous-cutané jusqu'au muscle grand dorsal

- Approfondir l'incision jusqu'au muscle (Figure 15)

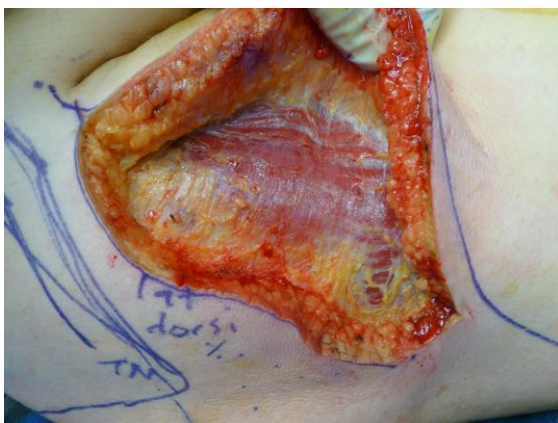


Figure 15 : Muscle grand dorsal exposé

- Lever le lambeau cutané antérieur jusqu'à ce que le bord antérieur du muscle grand dorsal soit identifié (Figure 16)
- Maintenant, lever le lambeau vers l'arrière
- En haut de ce rebord, il peut être plus fastidieux d'identifier où le grand dorsal

s'entremêle aux fibres du muscle grand rond (Figure 17)

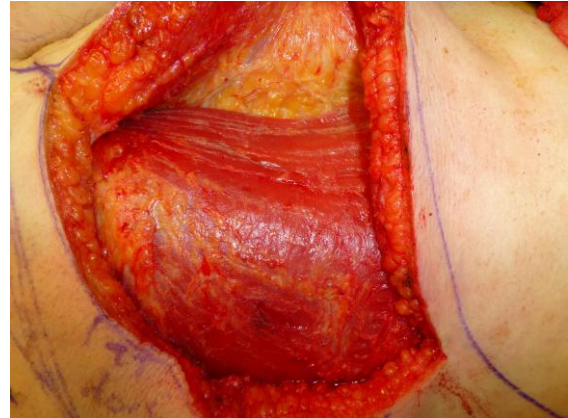


Figure 16 : Identifier le bord antérieur du grand dorsal



Figure 17 : Continuer la dissection vers le haut et identifier le bord postéro-supérieur. Ce bord est beaucoup plus fastidieux à identifier car les fibres s'entrecroisent avec celle des muscles grand rond et certaines fibres s'attachent à la scapula

- Une fois ces repères identifiés, toute la surface du muscle est exposée par électrocoagulation car il n'y a pas de structure vasculaire majeure dans cette zone qui puisse être blessée
- Disséquer le muscle grand dorsal de la paroi thoracique par digitoclasie (Figure 18)
- En haut ce plan de dissection se compose de tissu conjonctif lâche aréolaire qui facilite le clivage entre le grand dorsal et les tissus sous-jacents



Figure 18 : Avec la dissection au doigt (digitoclasie), maintenant identifier mieux le bord antérieur et commencer à séparer le muscle de la paroi thoracique

- En faisant cette manœuvre, le pédicule devrait devenir visible lorsqu'il pénètre dans le muscle à sa face profonde, en haut (Figure 19)

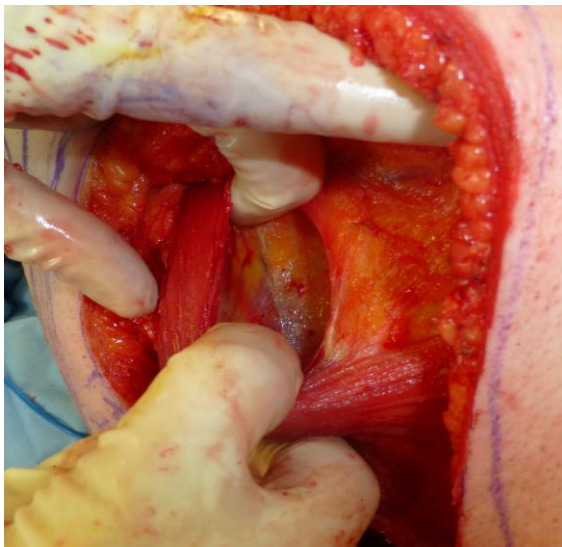


Figure 19 : Identifier le pédicule thoraco-dorsal à sa pénétration à la face profonde du muscle

- Après avoir identifié le pédicule, disséquer le muscle de la paroi thoracique de proximal en distal (Figure 20)
- Contrôler avec soin les petits vaisseaux perforants qui pénètrent dans le muscle par la paroi thoracique

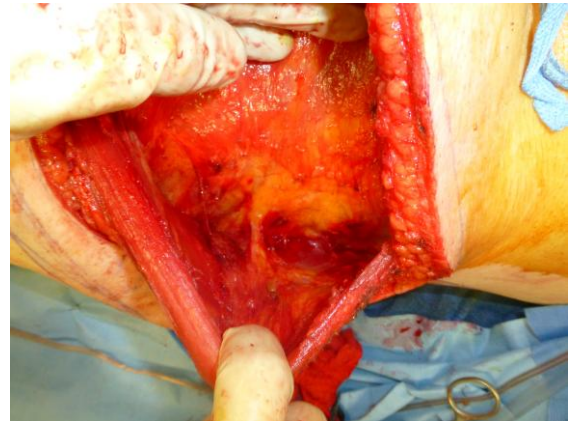


Figure 20 : Le reste du muscle grand dorsal est maintenant exposé ; cela peut être fait rapidement car superficiellement au muscle il n'y a pas de structure dangereuse. Le muscle est écarté de la paroi thoracique. En bas, les fibres musculaires s'entrecroisent avec les muscles grand dentelé et de la paroi abdominale

- Le muscle ne se dissèque pas aussi facilement en bas puisqu'il s'attache à la paroi abdominale et entremêle ses fibres musculaires à celles des muscles grand dentelé et oblique externe
- Une fois que tout le muscle est exposé et séparé de la paroi thoracique, le muscle est sectionné en inférieur (Figure 21)

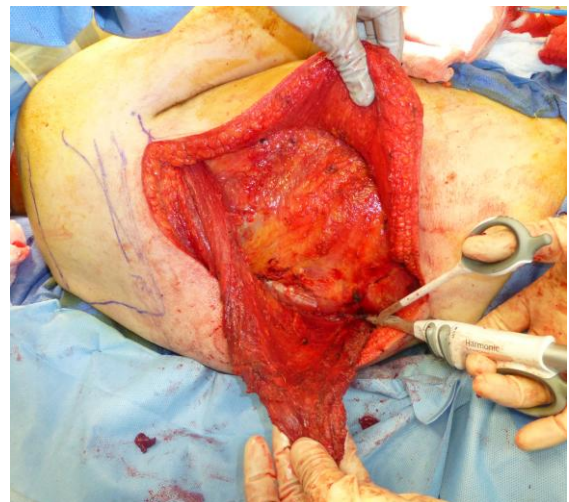


Figure 21 : Commencer par sectionner le muscle en bas, puis le long des processus épineux

- Une fois que le point inféro-médial est atteint, continuer à disséquer le muscle médialement le long de la colonne vertébrale (*Figure 21*)
- Continuer vers le haut le long des processus épineux jusqu'à ce que tout le muscle soit libéré. Assurer une bonne hémostase lorsque l'on rencontre les perforantes vertébrales (*Figure 22*)



Figure 22 : Continuer vers le haut le long des processus épineux jusqu'à ce que tout le muscle soit libéré

- En haut, la partie la plus médiale du muscle peut être masquée par le bord inférieur du muscle trapèze
- Si le lambeau doit être utilisé comme un **lambeau libre**, il est conseillé de retarder la section de l'insertion humérale du grand dorsal tardivement dans le prélèvement car cela permet de soulager le lambeau lors de la dissection du pédicule, évitant ainsi les blessures liées à la traction des vaisseaux
- Le pédicule est maintenant facilement visualisable
- Commencer la dissection du pédicule
- Demander à quelqu'un de lever le bras à la verticale facilite grandement l'exposition axillaire à ce stade
- Exposer l'artère thoraco-dorsale aussi loin que nécessaire pour que le pédicule vasculaire ait une longueur suffisante

- Pour maximiser la longueur du pédicule, l'artère peut être disséquée jusqu'à l'artère axillaire
 - Il existe des variations vasculaires importantes dans cette région
 - Pour obtenir la longueur maximale du pédicule, la branche à destinée du grand dentelé ainsi que les vaisseaux circonflexes doivent généralement être ligaturés s'ils ne sont pas nécessaires pour vasculariser d'autres lambeaux dépendant du système sous-scapulaire
- Sectionner le pédicule et prélever le lambeau une fois les vaisseaux donneurs préparés (*Figure 23*)



Figure 23 : Lambeau libre avec pédicule vasculaire

- Avant de sectionner les vaisseaux, le nerf thoraco-dorsal qui chemine avec le pédicule doit être sectionné
- Avant de refermer la voie d'abord, vérifier que l'hémostase soit excellente
- Insérer 2 grands drains aspiratifs qui seront conservés pendant 2 semaines (*Figure 24*)
- Fermer la peau plan par plan
- Les sutures ou les agrafes sont généralement retirées à 2 semaines



Figure 24 : Le dos est fermé plan par plan après avoir vérifié l'hémostase. Deux grands drains aspiratifs sont placés et conservés pendant environ 2 semaines

Soins post-opératoires

Le patient est encouragé à mobiliser le bras en postopératoire. Les drains sont laissés en place jusqu'à ce que le recueil des exsudats ait diminué. Cela peut prendre 1 à 2 semaines car la voie d'abord et l'espace mort potentiel sont très importants, ce qui entraîne un risque élevé de sérome post-opératoire.

Lambeau régional de grand dorsal pédiculé

Le lambeau de grand dorsal peut également être utilisé comme un lambeau pédiculé, et peut monter **aussi haut que la région temporale ou même le vertex** si la palette cutanée est placée assez bas. Des taux de réussite de 90 à 95% ont été rapportés pour les lambeaux de grand dorsal pédiculés.

Les indications pour les lambeaux de grand dorsal pédiculés par opposition aux libres comprennent :

1. Un cou appauvri en vaisseaux où l'anatomie, la chirurgie antérieure et/ou l'irradiation du patient peuvent ne pas offrir des options sûres pour les anastomoses microvasculaires
2. L'état de santé général d'un patient ne permet pas de prolonger le temps opératoire

et les risques associés à un lambeau libre microvasculaire

3. L'expertise microchirurgicale n'est pas disponible

Étapes chirurgicales

- Si le lambeau doit être prélevé comme un **lambeau pédiculé régional**, alors le muscle est pivoté vers la zone cervico-faciale à travers un tunnel qui est créé entre les muscles grand pectoral et petit pectoral. L'insertion humérale peut ensuite être laissée intacte, sauf si une longueur supplémentaire est nécessaire et pour diminuer la torsion du pédicule
- Lever le lambeau de grand dorsal en suivant les mêmes étapes chirurgicales que celles décrites ci-dessus pour un lambeau libre
- Créer un tunnel entre les muscles grand et petit pectoral pour passer le lambeau de l'aisselle au cou (Figure 25)

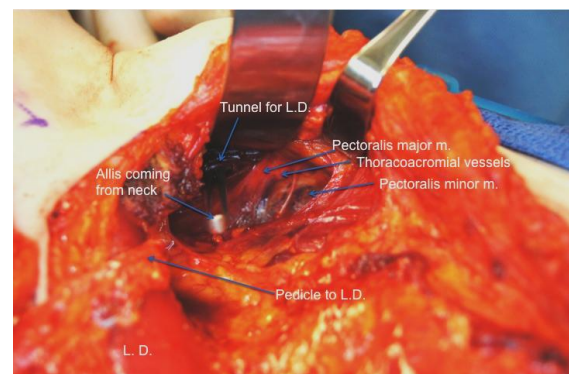


Figure 25 : Tunnel entre les muscles petit et grand pectoraux pour passer le lambeau de l'aisselle au cou (avec la permission de Ralph Gilbert)

- Exposer le bord latéral du muscle grand pectoral comme lors de l'élévation d'un lambeau de grand pectoral (Figure 26)
- Séparer le grand pectoral du petit pectoral par digitoclasie dans le plan conjonctif lâche aréolaire entre les deux muscles
- Désinsérer le grand pectoral de la clavicle sur environ 5 cm par électrocoagulation

lation pour créer un tunnel entre la face superficielle du grand pectoral et la peau recouvrant la clavicule

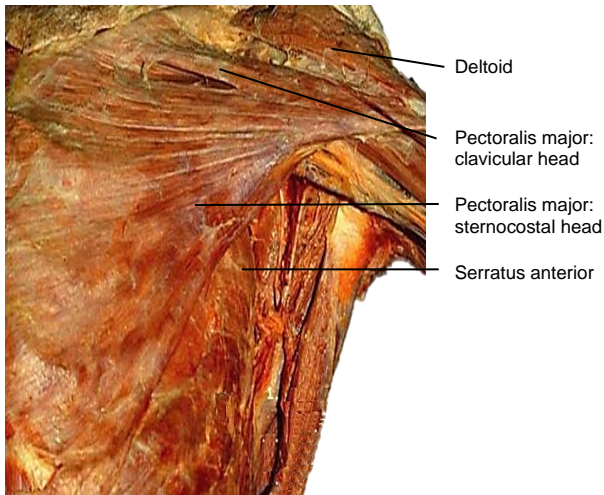


Figure 26 : Grand pectoral et chef claviculaire

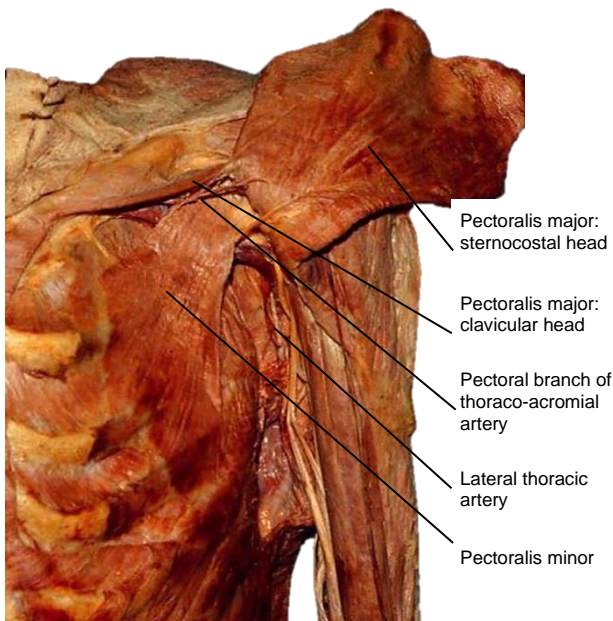


Figure 27 : Rapports profonds du muscle grand pectoral ; noter la branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale et la vascularisation latérale du grand pectoral provenant des vaisseaux thoraciques latéraux

- Veillez à rester latéralement à la branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale afin de préserver le pédicule du

grand pectoral, gardant ainsi ce lambeau comme option ultérieure (Figure 27)

- Les branches latérales à destinées du grand pectoral provenant des vaisseaux thoraciques latéraux peuvent nécessiter une section au cours de cette procédure (Figure 27)
- Le reste du tunnel peut maintenant être créé par voie sous-cutanée de la partie inférieure du cou vers la face antérolatérale de la clavicule
- Disséquer le pédicule du lambeau de grand dorsal jusqu'aux vaisseaux circonflexes
- Ne pas trop disséquer ces vaisseaux pour éviter une torsion excessive du pédicule du lambeau car ils sont pivotés à 180 degrés pour atteindre le cou
- La partie proximale tendineuse du chef huméral, jusqu'à l'endroit où les vaisseaux thoraco-dorsaux pénètrent dans le lambeau, peut être réséquée pour réduire le volume musculaire, qui peut comprimer le pédicule dans le tunnel
- Une fois que le lambeau est mis en place, s'assurer qu'il n'y ait pas de torsion du pédicule et que le tunnel soit suffisamment large pour ne pas exercer de pression sur ce dernier

Variantes du lambeau

Différentes variantes de ce lambeau peuvent être envisagées. Le lambeau de grand dorsal peut être réalisé comme un lambeau chimérique du système sous-scapulaire, en combinaison avec du tissu vascularisé par un vaisseau scapulaire circonflexe ou des branches à destinée du grand dentelé, ou peut être levé seul. Le lambeau peut être adapté aux besoins du site receveur. Le lambeau peut être levé comme un muscle entier ou partiel. Le lambeau peut être levé comme un lambeau musculo-cutané avec une palette cutanée. Le lambeau peut même être levé comme un lambeau osseux avec la 9^{ème} ou 10^{ème} côte sous-jacente. De grandes précautions doivent alors être prises pour ne

pas léser la plèvre sous-jacente ou sectionner les attaches musculaires de la côte qui vascularisent le périoste de la côte prélevée.

Exemples cliniques

Resurfaçage du cou avec un lambeau de grand dorsal pédiculé



Figure 28 : Avec la permission de Ralph Gilbert



Figure 29 : Resurfaçage du cou avec lambeau de grand dorsal pédiculé pour curie-thérapie après irradiation préalable

Reconstruction d'une perte de substance secondaire à une glossectomie totale avec neurorraphie hypoglosso-thoraco-dorsale



Figure 30 : Conception du lambeau avec une grande palette cutanée recouvrant le point d'entrée de l'artère thoraco-dorsale



Figure 31 : Lambeau avec vaisseaux thoraco-dorsaux et nerf thoraco-dorsal



Figure 32 : Lambeau anastomosé aux vaisseaux faciaux et neurorraphie réalisée sur le nerf hypoglosse gauche

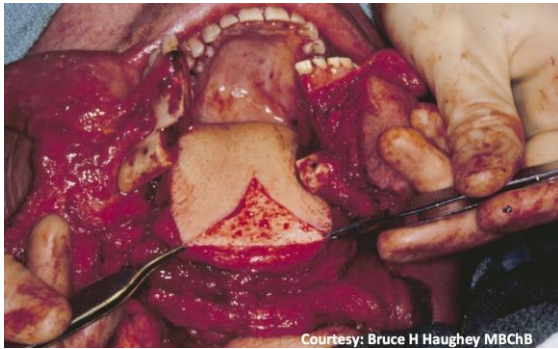


Figure 33 : La désépithélialisation de la partie antérieure et la suture des deux bords épithéliales aident à créer un dôme antérieur



Figure 34 : Résultat post-opératoire immédiat

Lambeau musculo-cutané pour une perte de substance du scalp



Figure 35 : Perte de substance du cuir chevelu après récurrence d'un carcinome épider-

moïde cutané suite à un échec de radiothérapie



Figure 36 : Dessin du lambeau



Figure 37 : Muscle suturé sur l'îlot cutané pour protéger la vascularisation du lambeau

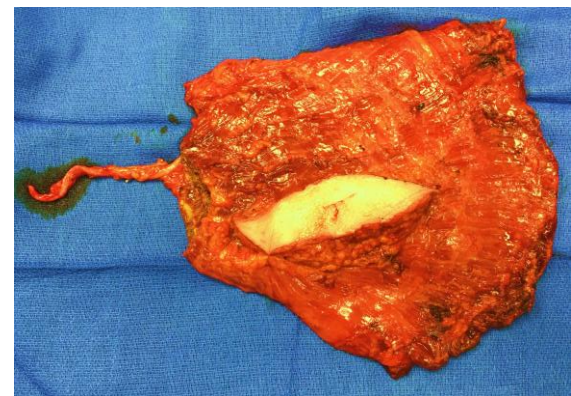


Figure 38 : Lambeau prélevé avec une palette cutanée pour contrôle peropératoire (la peau a ensuite été réséquée)

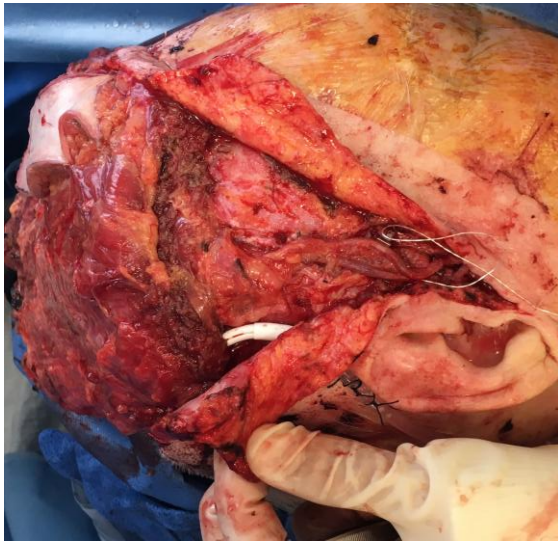


Figure 39 : Anastomose vasculaire aux vaisseaux temporaux superficiels ; les vaisseaux faciaux peuvent souvent être utilisés



Figure 42 : Deux mois post-opératoires ; atrophie musculaire marquée, ressemblant étroitement à l'épaisseur naturelle du cuir chevelu natif

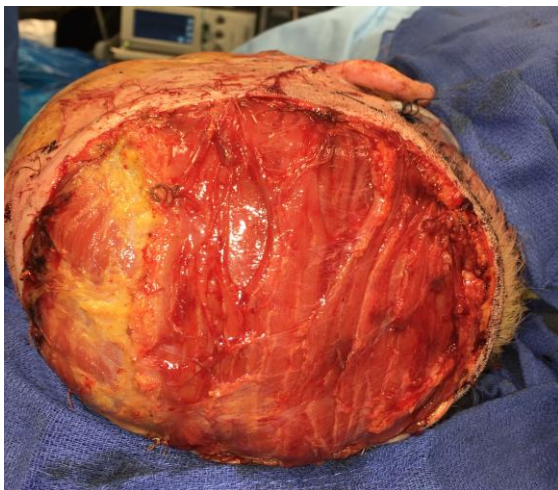


Figure 40 : Lambeau en place

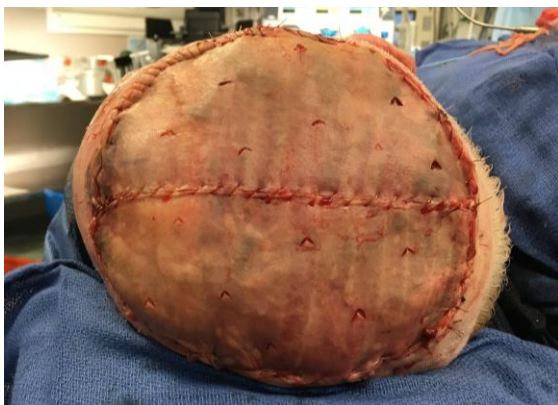


Figure 41 : Greffe de peau mince couvrant le lambeau musculaire

Comment citer ce chapitre

Pipkorn P, Jackson R, Haughey B. (2016). Latissimus dorsi flap for head and neck reconstruction. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Latissimus%20dorsi%20flap%20for%20head%20and%20neck%20reconstruction.pdf>

Autres lambeaux décrits dans *The Open Access Atlas of Otolaryngology Head & Neck Operative Surgery*

- [Le lambeau de muscle grand pectoral](#)
- [Lambeaux de reconstruction cervico-faciale](#)
- [Lambeau fasciocutanéus deltopectoral et cervico-adeltopectoral](#)
- [Le lambeau de la boule graisseuse de bicha](#)
- [Le lambeau myo-muqueux du buccinateur](#)

- [Lambeau naso-genien pour la reconstruction bucco-pharyngee](#)
- [Lambeau de muscle temporal](#)
- [Reconstruction cervicofaciale par le lambeau sous-mental en ilot](#)
- [Le lambeau supraclaviculaire en reconstruction cervicofaciale](#)
- [Lambeaux de trapèze supérieur et inférieur](#)
- [Le lambeau de grand dorsal pour la reconstruction cervicofaciale](#)
- [Technique chirurgicale du lambeau frontal paramedian pour la reconstruction nasale](#)
- [Lambeaux locaux pour la reconstruction faciale](#)
- [Lambeau libre antébrachial: Technique chirurgicale](#)
- [Le lambeau antérolatéral de cuisse](#)
- [Le lambeau de grand droit de l'abdomen](#)
- [Le lambeau libre de fibula](#)
- [Le lambeau de pointe scapulaire vascularisé par l'artère thoraco-dorsale](#)
- [Gracilis microvascular flap](#)
- [Medial sural artery perforator flap](#)
- [Lambeaux libres dans la chirurgie réparatrice de la tête et du cou – technique d'anastomose micro-vasculaire](#)

Traduction

Fiche traduite sous la direction et la validation du Collège Français d'ORL et chirurgie de la face et du cou et de la Société Française d'ORL

Traducteur

Bastien Benbassat (resident) Toulouse University Hospital Toulouse, France
bastien.benbassat@gmail.com

Auteurs

Patrik Pipkorn MD,
Assistant Professor
Head & Neck Microvascular Reconstruction
Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery
Washington University
St Louis, MO, USA
patrikpipkorn@hotmail.com

Ryan Jackson MD
Assistant Professor
Head & Neck Microvascular Reconstruction
Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery
Washington University
St Louis, MO, USA
jacksonrs@wustl.edu

Bruce Haughey MBChB, MS, FRACS
FACS
Head & Neck Oncologic & Reconstructive Surgeon
Florida ENT Surgical Specialists
Florida Hospital Celebration Health
Celebration, FL USA
bruce.haughey.md@flhosp.org

Editor

Johan Fagan MBChB, FCS(ORL), MMed
Emeritus Professor and Past Chair
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD &
NECK OPERATIVE SURGERY**
www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](#)

johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/)

