

## Strategie Therapeutique Dans La Prise En Charge D'une Radionecrose Cervicale (A Propos D'un Cas Et Revue De La Litterature)

A.KHALES\*\*\*, A.OUARDI\*, K.ABABOU\*, A. ACHBOUK\*, K.EL KHATIB\*\*

\*Service de chirurgie plastique réparatrice et des brulés Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

\*\*Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat  
Maroc

\*\*\*faculté de médecine et de pharmacie Agadir, université ibn zohr Agadir

---

Date of Submission: 01-08-2021

Date of Acceptance: 15-08-2021

---

### I. Introduction :

Les radionécroses des lésions chroniques dont l'évolution spontanée est l'aggravation. Leur traitement est essentiellement chirurgical. Le parage doit être large et concerner l'ensemble des tissus radiodystrophiques. La reconstruction doit être immédiate.

La localisation cervicale présente le risque de rétraction cutanée en premier plan et celui d'exposition vasculaire plus rare.

La chirurgie des radionécroses est difficile et répond à des critères stricts. Elle doit éviter les risques de surinfection et de cancérisation et permettre d'améliorer la qualité de vie des patients.

Nous présentons dans ce travail la stratégie adoptée par notre équipe dans la prise en charge d'un cas clinique d'une radiodermite cervicale.

### II. Observation :

Le patient M.A, âgée de 55 ans, ayant comme antécédents un tabagisme à raison de 25 PA, suivi pour un cancer du cavum ; suite auquel il a bénéficié de 32 séances de radiothérapie externe au niveau du cou.

Le patient a été admis au service pour une lésion cutanée cervicale droite survenue suite à ces séances de radiothérapie.

L'examen clinique montrait un patient conscient, en bon état général, apyrétique, avec un état hémodynamique stable, présentant une lésion cutanée cervicale droite, de 2 x 8 cm de mensurations, infiltrante, blanchâtre, indurée, ne présentant pas de signes locaux d'infection et ne saignant pas au contact. L'induration s'étend en périphérie sur 2 cm dans les quatre quadrants (figure 1).



Figure 01 : Aspect et siège de la lésion

Le bilan radiologique fait (IRM) était en faveur d'une lésion cutanée s'étendant au plan sous-cutané siégeant dans le territoire irradié.

Les examens bactériologiques des sérosités prélevées au niveau de la lésion objectivaient la présence de quelques bacilles à Gram négatif sensibles à l'amoxicilline + acide clavulanique.

Après la mise en condition, un traitement à base d'antibiothérapie adaptée selon l'antibiogramme ; le traitement était essentiellement chirurgical.

Après avoir tracé la zone d'exérèse et le lambeau de couverture choisi (lambeau de muscle grand dorsal) en position debout puis couché. Le patient a été installé en décubitus latéral gauche bras en abduction. Sous anesthésie générale, le geste chirurgical comportait un parage large de la lésion dépassant de 2 cm les zones d'induration palpée et arrivant en profondeur jusqu'au plan musculaire (figure 02).



Figure 02 : Perte de substance cervicale après parage large

La reconstruction a été assurée par un lambeau de muscle grand dorsal prélevé dans le même temps opératoire, le lambeau a été tunellisé sous le muscle grand pectoral, fixé par des points séparés avec mise en place d'une lame de delbet sous le lambeau et de deux drains de redon au niveau de la zone donneuse suturée (figure 03 et 04).

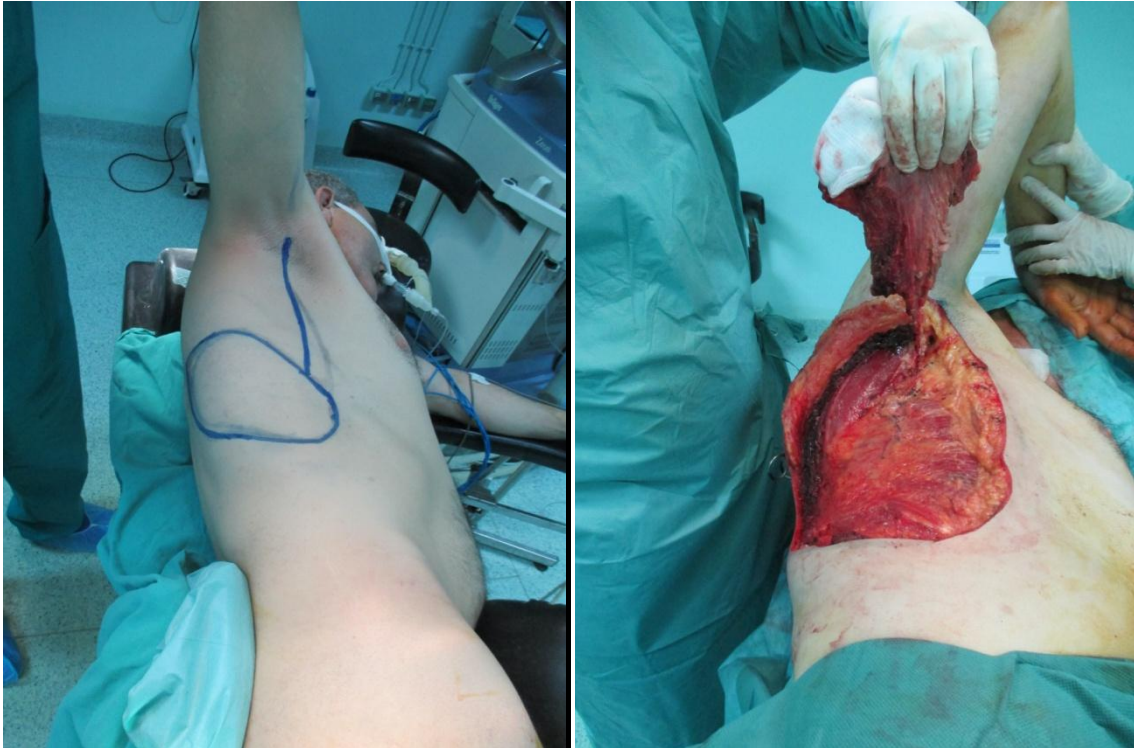


Figure 03 : tracé et levée du lambeau de muscle grand dorsal



Figure 04 : mise en place du lambeau au niveau de la perte de substance cervicale

L'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse a montré la présence d'un tissu cutané siège de remaniements fibro-inflammatoires ulcérés d'allure cicatricielle, avec absence de signes histologiques de malignité.

Le patient a bénéficié de 20 séances d'oxygénothérapie hyperbare.

Les suites opératoires étaient simples avec une évolution favorable à court, moyen et long terme ; aucune complication n'a été remarquée et le patient a récupéré les mouvements de flexion, extension droite et gauche du cou.



**Figure 05 : Aspect postopératoire (J15)**

### **III. Discussion :**

Les phénomènes de radionécrose peuvent concerner l'ensemble des tissus [1]. Au niveau cutané, principale localisation concernant le chirurgien plasticien, la zone radionécrotique prend le plus souvent la forme d'une ulcération centrale atone, plus ou moins profonde, douloureuse et surinfectée.

Ces lésions de radiodermite peuvent présenter un caractère évolutif, associant prurit, desquamation, kératose et érosion [2]

Il est alors nécessaire d'éliminer les diagnostics différentiels de tumeurs en terrain radique : récurrence tumorale, métastase cutanée, sarcome radio-induit, carcinome basocellulaire, carcinome spinocellulaire sur plaie chronique [3- 4].

En cas de surinfection active, une antibiothérapie générale peut être débutée après réalisation de prélèvements bactériologiques.

L'oxygénothérapie hyperbare permet une diminution significative du taux de désunions et d'infections postopératoires respectivement de 37 et 18 %, ainsi que du temps d'hospitalisation de 11 %. Elle est de pratique systématique en cas de radionécrose dans notre service.

Le but du traitement dans ces cas de radionécrose cervicale est d'éviter les brides qui surviennent très rapidement, en raison de la position antalgique en flexion et de la tendance naturelle à la rétraction de toute cicatrisation trop longue [5].

F. Vandebussche a proposé de décrire chaque morphotype de cou séquellaire selon trois critères [6] :

- Type général de description :
  - le cou rétractile majeur ;
  - le cou rétractile moyen ;
  - le cou rétractile mineur.
- Définition de la qualité de la cicatrice rétractile :
  - englué ou fusionné ;
  - chéloïde, en masse, en lacis ou tumoral ;
  - cou à colonnes ;

- bride(s) souple(s) ;
- cou plissé.

Désignation topographique de la rétraction : le cou présente deux sous-unités anatomiques : une sous-unité horizontale et une sous-unité verticale. Le cou est également divisé en trois verticales qui vont constituer les méridiens du cou (M) et trois horizontales qui constitueront les parallèles (P) du cou. Chez notre patient, il s'agit des unités M1 P2 P3.

Le traitement doit restaurer la fonction et en particulier une extension satisfaisante sans mise en tension des téguments sus- et sous-jacents, recréer une esthétique satisfaisante par l'apport de peau saine en quantité et en qualité. Les techniques sont nombreuses allant des plasties locales jusqu'aux lambeaux libres microanastomosés. Les plasties locales sont utilisées pour les brides cicatricielles verticales étroites. Elles nécessitent la présence de peau saine adjacente à la lésion considérée.

Le lambeau musculocutané de muscle grand dorsal (latissimus dorsi) apparaît bien adapté [7]. Il peut être passé en transpectoral afin de prendre la « corde » et augmenter son arc de rotation.

Le lambeau musculocutané de grand pectoral (m. pectoralis major) apparaît bien adapté pour des pertes de substances antérieures mais couvre des surfaces moins importantes. Il peut être utilisé en musculaire pur greffé (Fig. 8) afin de limiter les séquelles esthétiques du prélèvement, notamment chez la femme. Le lambeau musculocutané de trapèze (m. trapezius) permet, quant à lui, la reconstruction des pertes de substance plus limitées, postérieures ou latérocervicales et il est d'utilisation exceptionnelle dans notre expérience.

Les lambeaux microanastomosés sont rarement utilisés du fait de leur inadéquation en couleur et en épaisseur des téguments et de leurs difficultés techniques [8]

#### **IV. Conclusion :**

Les radionécroses constituent une complication redoutable de la radiothérapie, dont l'incidence reste sous-estimée. Le traitement chirurgical doit suivre des règles spécifiques à cette complication, les limites d'exérèse doivent passer en tissu sain, la reconstruction se fera le plus souvent dans le même temps opératoire, sera fonction de la localisation, de la taille de la radionécrose et devra toujours privilégier les techniques les plus simples et les plus fiables.

#### **References :**

- [1]. Cox JD, Byhardt RW, Wilson JF, Haas JS, Komaki R, Olson LE. Complications of radiation therapy and factors in their prevention. *World J Surg* 1986;10:171-88
- [2]. Rubin P, Casarett W. *Clinical radiation pathology*. Philadelphia: Elsevier; 1975
- [3]. Bobin JY, Rivoire M, Delay E, el Arini A, Mignotte H, Wagner P, et al. Radiation induced sarcomas following treatment for breast cancer: presentation of a series of 14 cases treated with an aggressive surgical approach. *J Surg Oncol* 1994;57:171-7
- [4]. Boice Jr. JD, Day NE, Andersen A, Brinton LA, Brown R, Choi NW, et al. Second cancers following radiation treatment for cervical cancer. An international collaboration among cancer registries. *J Natl Cancer Inst* 1985;74:955-75.
- [5]. E.ECHINARD *brulures de la face et du cou. LES BRULURES, chapitre 24. 271.*
- [6]. Vandebussche F, Vandevord J, De Coopman B, Decoux P. Trente cas de séquelles cervicales de brûlures. Morphotypes et points techniques particuliers. *Ann Chir Plast* 1978 ; 23 : 39-44.
- [7]. Barton FE, Spicer TE, Byrd HS. Head and neck reconstruction with latissimus dorsi myocutaneous flap: anatomic observations and report of 60 cases. *Plast Reconstr Surg* 1983;71:199-204.
- [8]. Foyatier JL. Les lambeaux du muscle grand dorsal : étude anatomique, applications en chirurgie plastique et reconstructive. Thèse de médecine, Lyon, 1983.

A.KHALES, et. al. “ Strategie Therapeutique Dans La Prise En Charge D'une Radionecrose Cervicale (A Propos D'un Cas Et Revue De La Litterature).” *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 20(08), 2021, pp. 23-27.