

LE LAMBEAU LIBRE DE GRAND DROIT ABDOMINAL DANS LA COUVERTURE DES PERTES DE SUBSTANCE DU MEMBRE INFÉRIEUR

B. C. COESSENS, J. P. VAN GEERTRUYDEN

Le grand droit abdominal est un des nombreux lambeaux libres disponibles en reconstruction des tissus mous du membre inférieur. Après un bref rappel anatomique et de technique chirurgicale, nous présentons 7 cas récents illustrant sa souplesse d'utilisation, sa fiabilité, et surtout la possibilité qu'il offre de couvrir de très larges pertes de substances, sans préjudices fonctionnels ni esthétiques au niveau du site donneur.

Keywords : free flap ; rectus abdominis ; soft tissue defects ; lower limb.

Mots-clés : lambeau libre ; grand droit abdominal ; perte de substance ; membre inférieur.

INTRODUCTION

Grâce aux évolutions techniques et à l'entraînement des chirurgiens, les reconstructions micro-chirurgicales ont atteint des taux de succès supérieurs à 95%. La réalisation de lambeaux libres doit dès lors tenir compte de facteurs qui semblaient secondaires lorsque leur seule réussite constituait un exploit : le préjudice du site donneur, la durée et la morbidité opératoires. Dans ce contexte, le lambeau libre de grand droit abdominal mérite une place de choix parmi les lambeaux musculaires ou musculo-cutanés. Entre juillet 1990 et septembre 1992, nous l'avons utilisé 12 fois, dont 7 pour reconstruction des tissus mous du membre inférieur.

ANATOMIE

Le grand droit abdominal est un muscle pair, allongé et plat, étendu le long de la ligne médiane

entre le pubis et les 5^e, 6^e et 7^e côtes. Sa longueur peut atteindre 30 cm et sa largeur varie de 7 à 10 cm. Il comprend en moyenne trois intersections tendineuses transversales et est contenu dans une gaine fibro-aponévrotique. La paroi antérieure de cette gaine est constituée par l'aponévrose du grand oblique et le dédoublement de l'aponévrose du petit oblique. Sa paroi postérieure est constituée par le dédoublement de l'aponévrose du petit oblique et par l'aponévrose du transverse au dessus de l'arcade de Douglas, mais par le seul fascia transversalis en dessous de l'arcade. Les gaines antérieures et postérieures droites et gauches s'unissent sur la ligne médiane pour former la ligne blanche.

L'innervation du grand droit est segmentaire et constituée par les branches motrices des nerfs intercostaux 7 à 12, qui abordent le muscle par sa face postérieure (4).

La vascularisation est assurée par deux pédicules principaux, les artères épigastriques supérieure et inférieure, et par des pédicules segmentaires accessoires, branches terminales des artères intercostales. L'artère épigastrique supérieure, branche terminale de la mammaire interne, aborde le muscle par son insertion supérieure. L'artère épigastrique inférieure, de calibre double (3,4 mm en moyenne) (1) est utilisée en microchirurgie. Elle naît de la face interne de l'artère iliaque externe, en face ou en aval de l'artère circonflexe iliaque

Service de Chirurgie Plastique, Hôpital Brugmann, Université Libre de Bruxelles, 4 Place van Gehuchten, 1020 Bruxelles, Belgique.

Correspondance et tirés à part : B. C. Coessens.

profonde, ou parfois de l'artère fémorale juste sous le ligament inguinal. Ce pédicule inférieur remonte derrière le muscle, pénètre sa gaine au niveau de l'arcade de Douglas et s'enfonce dans le muscle à mi-distance entre l'ombilic et le pubis. Il se divise alors en plusieurs branches descendantes et ascendantes qui contractent des anastomoses avec les branches de l'artère épigastrique supérieure.

Boyd *et al.* (1) et Taylor *et al.* (16) ont montré dans la région péri-ombilicale une concentration importante de vaisseaux perforant le muscle pour irriguer la peau sus-jacente. Le réseau vasculaire cutané et sous-cutané permet de prélever une palette de peau débordant largement la zone des vaisseaux perforants (2).

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Lambeau musculaire

Après repérage des limites du muscle et du point présumé de pénétration du pédicule, la longueur de muscle requise est dessinée. Le prélèvement peut se faire par diverses incisions. Il est le plus facile par une pararectale, mais le plus esthétique par une incision transversale basse (type Pfannenstiel). Il peut également se faire par une incision médiane. Si toute la longueur du muscle doit être prélevée par une incision transversale basse, il est nécessaire de désinsérer l'ombilic pendant l'intervention. Après décollement des tissus sous-cutanés, la gaine musculaire antérieure est incisée longitudinalement et clivée du muscle. Cette manœuvre, aisée au niveau des corps charnus, est plus délicate aux niveaux des intersections tendineuses qui adhèrent étroitement à la gaine. Le muscle est sectionné vers le haut à la longueur souhaitée, puis récliné vers le bas en assurant les hémostases des branches des vaisseaux intercostaux qui l'abondent par sa face postérieure. Le pédicule est repéré et disséqué jusqu'à son origine en refoulant le fascia transversalis et le contenu abdominal.

Lambeau musculo-cutané

Différents lambeaux musculo-cutanés de grand droit ont été décrits (5, 9, 13, 16). Hartrampf (6) a popularisé le lambeau à palette cutanée trans-

versale qui autorise un prélèvement de peau abondant, particulièrement chez les patients un peu obèses, tout en laissant une cicatrice abdominale basse, discrète et camouflable dans un simple slip.

Une ellipse de peau est dessinée dans la région sous-ombilicale (fig. 1). Elle peut s'étendre de la ligne axillaire homolatérale au muscle à la ligne médio-claviculaire hétérolatérale. Sa hauteur est fonction de la quantité de tissu présente.

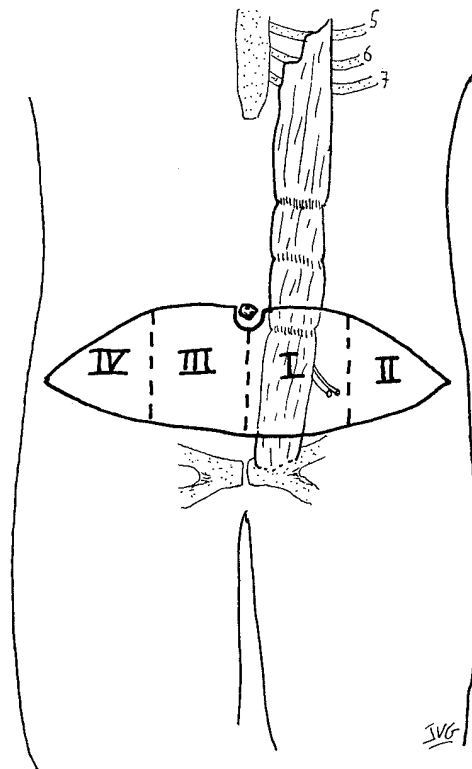


Fig. 1. — Dessin de la palette cutanée du lambeau de grand droit abdominal, avec ses 4 zones vasculaires.

La palette cutanée est soulevée du fascia en commençant du côté contra-latéral au pédicule. Les vaisseaux perforants sont repérés et coagulés jusqu'à la ligne blanche. Du côté du pédicule, le lambeau est soulevé également de l'extérieur vers la ligne médiane jusqu'à l'identification des premiers vaisseaux perforants, en général situés 3 à 4 cm après le bord externe du muscle. Le muscle est alors disséqué en respectant la gaine antérieure traversée par les vaisseaux perforants, puis il est sectionné. Le lambeau est basculé pour aborder le pédicule, puis sectionné sous le point de pénétra-

tion des vaisseaux. Le lambeau est alors mobilisable pour faciliter la dissection de l'origine du pédicule.

Fermeture du site donneur

Une attention toute particulière doit être portée à la fermeture du site donneur pour prévenir toute éventration abdominale. La technique mise au point dans notre service par Lejour *et al.* a permis de prévenir cette complication (7).

Une double mèche de Teflon de 4 cm de large est suturée sous tension aux moignons musculaires et aux bords de la gaine. Le moignon inférieur du muscle est solidarisé à l'arcade de Douglas, puis la gaine est refermée sur la mèche par un surjet. Une plicature de la gaine contralatérale permet de recentrer l'ombilic.

ANALYSE DES CAS

Le lambeau de grand droit abdominal a été utilisé chez 7 patients présentant des séquelles de traumatisme du membre inférieur : 4 fois comme lambeau musculaire et 3 fois comme lambeau musculo-cutané (tabl. I). Dans deux des trois lambeaux musculo-cutanés le lambeau musculaire débordait largement la palette cutanée, offrant ainsi un vaste lambeau en angle droit. Les pertes de substances à couvrir allaient de 104 à 480 cm² (moyenne 248 cm²). Deux patients ont bénéficié dans le même temps opératoire de greffons spongieux pour des défauts osseux de 4 et 6 cm. Les seules complications ont été 2 nécroses marginales du lambeau musculo-cutané, traitées par débridement, cicatrisation dirigée et, dans un des cas, greffe de peau fine avec un excellent résultat final.

Tableau I. — Cas cliniques traités par lambeau de grand droit
(M : musculaire, C : cutané)

Patient	Âge	Indication	Taille (cm) M ou MC	Complication
1	33	Ostéite chronique	M : 23 × 8	—
2	26	Greffe cutanée instable	M : 13 × 8 C : 28 × 10	Nécrose distale
3	50	Pseudarthrose tibia	M : 13 × 8	—
4	52	Exposition de matériel	M : 18 × 7	—
5	77	Pseudarthrose tibia	M : 20 × 8	—
6	30	Séquelles de brûlure	M : 20 × 9 C : 30 × 10	Nécrose distale
7	13	Greffe cutanée instable	MC : 25 × 12	—

Aucune éventration abdominale n'a été observée. À 6 mois, la consolidation osseuse était obtenue dans tous les cas. Aucune correction secondaire ne fut nécessaire sur les lambeaux. Tous les patients sont actuellement ambulatoires avec appui total.

Trois cas démonstratifs peuvent illustrer l'utilisation du lambeau.

Cas n° 1

Un patient de 33 ans présente une plaie chronique de la jambe suite à une fracture du tibia avec perte cutanée 12 ans auparavant (fig. 2a). Il

signale des douleurs intermittentes et un écoulement séro-purulent épisodique. La radiographie montre une consolidation de la fracture, mais la scintigraphie au gallium démontre une ostéite du tibia (fig. 2b et 2c). Après parage large de la plaie et excision de la peau précédemment greffée et adhérente à l'os, le tibia est fraisé jusqu'à obtention d'un saignement homogène (fig. 3). Un lambeau musculaire de grand droit est prélevé par une incision abdominale basse et transféré sur la perte de substance, en le glissant sous la peau saine alentour pour obtenir un contour plus harmonieux. Le pédicule est anastomosé aux vaisseaux tibiaux postérieurs, en termino-latéral pour l'artère et en

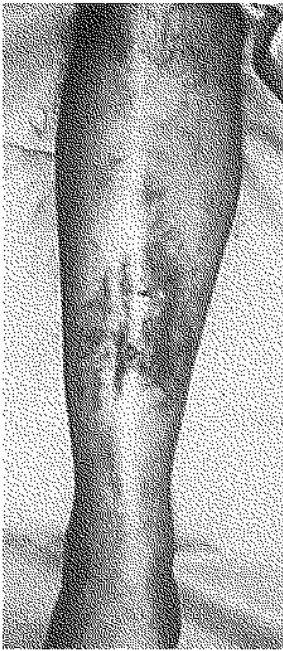


Fig. 2a

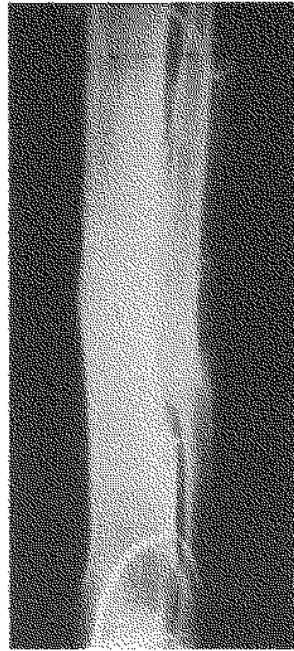


Fig. 2b

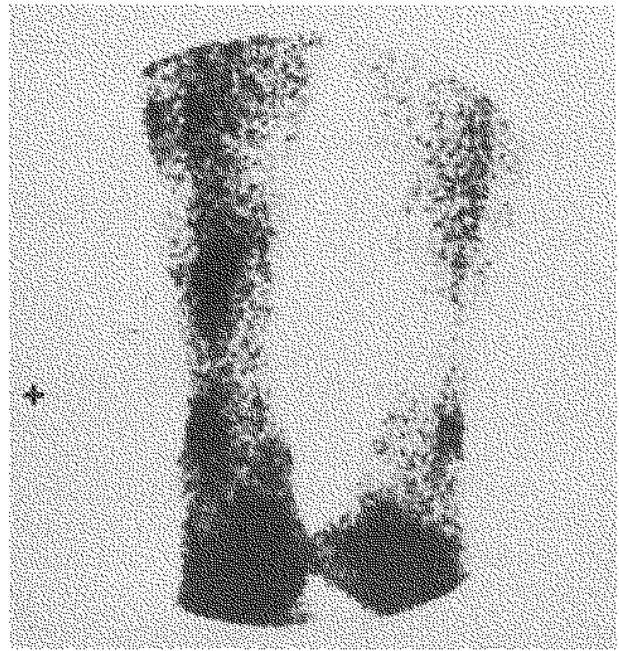


Fig. 2c

Fig. 2. — Cas n° 1, vue pré-opératoire (2a), radiographie (2b) et scintigraphie (2c).

termino-terminal pour la veine. Une greffe de peau maillée à 1,5 est déposée sur le muscle. Grâce à une dissection simultanée des sites donneur et receveur, l'intervention ne dure pas plus de 4 heures.

La marche est autorisée au 10^e jour et le patient quitte l'hôpital au 12^e jour muni d'une compression élastique sur le lambeau. L'aspect de la reconstruction est satisfaisant (fig. 4). Le patient a repris le travail un mois après l'intervention. À 6 mois il ne présente aucune récurrence d'infection.

Cas n° 2

Un patient de 26 ans, victime d'un accident de roulage, avait eu la jambe cisailée sous la roue d'un camion, entraînant une fracture ouverte plurifragmentaire tibio-péronière distale et un traumatisme important des tissus mous. Deux ans après le traumatisme, sa jambe est enserrée dans une véritable gangue fibreuse, avec une peau pré-

tibiale greffée qui s'ulcère chroniquement (fig. 5a et b). La consolidation osseuse est acquise et il n'y a pas de déficit neurologique.

La gangue est incisée verticalement, ouvrant un espace de 28 × 10 cm, puis la peau greffée sur la tubérosité tibiale est excisée créant un défaut horizontal de 13 × 8 cm (fig. 6). Un vaste lambeau musculo-cutané de grand droit abdominal comprenant un long segment musculaire est prélevé, le site donneur pouvant être fermé per primam (fig. 7a, b et c). Le lambeau est mis en place sur la jambe, la portion musculaire venant recouvrir la zone pré-tubérositaire et une large palette cutanée recouvrant le défaut longitudinal (fig. 8a et b). Une nécrose distale de la palette cutanée (extrémité de la zone IV) dut être débridée au 10^e jour post-opératoire, traitée par des soins locaux puis greffée. Le patient quitte l'hôpital au 15^e jour.

À 6 mois, la reconstruction a un aspect satisfaisant (fig. 9a et b).



Fig. 3. — Cas n° 1, vue per-opératoire après parage extensif et fraisage de l'os.



Fig. 4. — Cas n° 1, vue post-opératoire.

Cas n° 3

Un patient de 50 ans présente une pseudarthrose du tiers distal du tibia suite à une fracture ouverte 18 mois auparavant. La peau en regard de la fracture est atrophique (fig. 10). L'intervention comprend un parage large de la pseudarthrose et des téguments adjacents, la mise en place de greffons spongieux avec ostéosynthèse par plaque vissée et

la couverture par un lambeau musculaire de grand droit de 8×13 cm. Le pédicule est anastomosé aux vaisseaux tibiaux postérieurs et le lambeau est recouvert d'une greffe de peau fine (fig. 11).

Le patient a quitté l'hôpital au 13^e jour post-opératoire et a marché avec appui total à 1 mois. Le matériel d'ostéosynthèse fut enlevé à 13 mois en soulevant le lambeau. L'aspect de la jambe est très satisfaisant (fig. 12).

*Fig. 5a**Fig. 5b*

Fig. 5. — Cas n° 2, vues pré-opératoires : (a) face, (b) profil.



Fig. 6. — Cas n° 2, vue per-opératoire du défaut de tissus mous à combler.

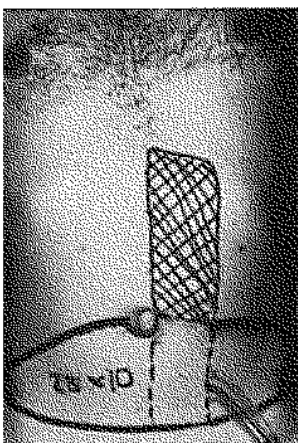
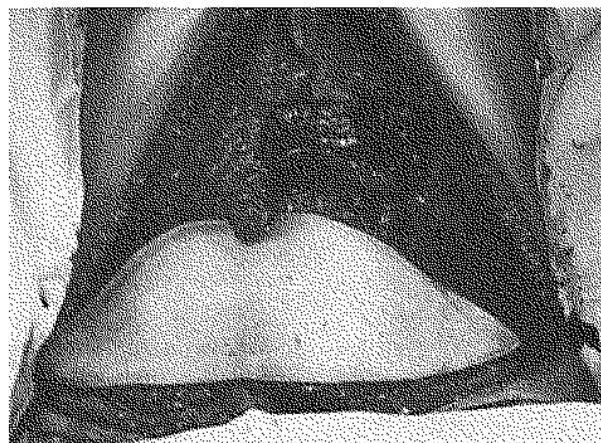
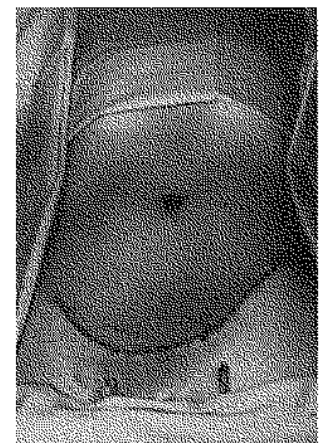
*Fig. 7a**Fig. 7b**Fig. 7c*

Fig. 7. — Cas n° 2, vues per-opératoires du site donneur ; (7a) dessin du lambeau avec ses composantes musculaire (zone hachurée) et cutanée, (7b) lambeau disséqué, (7c) fermeture du site donneur après réinsertion de l'ombilic.



Fig. 8a

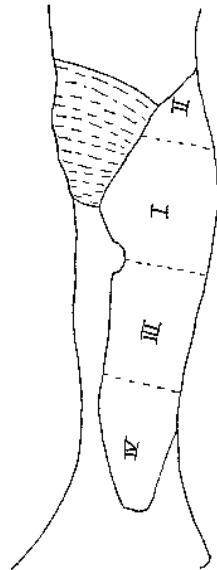


Fig. 8b

Fig. 8. — Cas n° 2, (a) vue per-opératoire, le lambeau en place; (b) schéma montrant les portions musculaire et cutanée et le positionnement du lambeau.

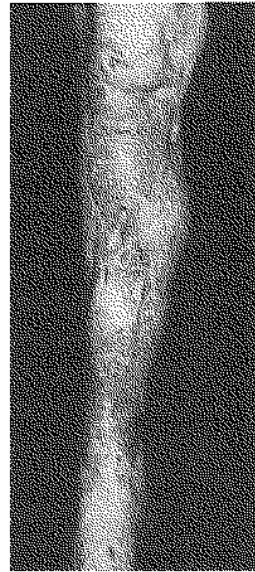


Fig. 9a



Fig. 9b

Fig. 9. — Cas n° 2, vues post-opératoires (a) face, (b) profil.



Fig. 10. — Cas n° 3, vue pré-opératoire.

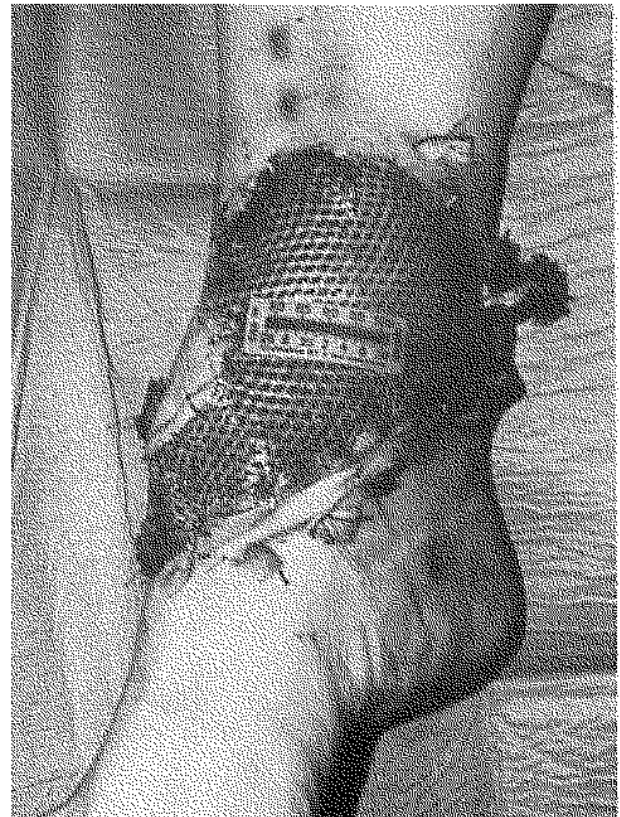


Fig. 11. — Cas n° 3, vue per-opératoire, lambeau en place.



Fig. 12. — Cas n° 3, vue à 22 mois post-opératoire.

DISCUSSION

La reconstruction des tissus mous du membre inférieur s'impose lors de lésions osseuses d'ostéomyélite ou de pseudarthrose, mais également au stade séquellaire. Lorsque la survie du membre n'est plus en danger, il importe de s'attacher à sa fonction et à son aspect esthétique. Les greffes de peau appliquées en zone pré-tibiale risquent à terme d'entraîner des ulcérations chroniques avec risque subséquent d'ostéite. Les greffes circonferentielles produisent en se contractant de véritables gangues formant même obstacle au drainage lymphatique. Chez l'enfant, la densité et la rigidité du tissu cicatriciel peuvent amener des troubles locaux de croissance.

Du tissu bien vascularisé doit être amené en quantité suffisante. Les lambeaux locaux (jumeaux ou soléaire) peuvent rarement satisfaire ces besoins

sans spolier d'avantage le membre traumatisé, et ils ne peuvent recouvrir que des pertes de substance proximales (18, 19). Des solutions telles que les lambeaux «cross-leg» imposent une immobilisation prolongée et n'améliorent en rien la circulation locale une fois le pédicule coupé ; ils n'ont pour nous plus guère d'indication.

La microchirurgie a révolutionné le traitement de ce type de problème. Malgré les difficultés techniques qu'elle représentait à ses débuts, elle s'est rapidement imposée comme technique de choix grâce à des durées d'immobilisation et d'hospitalisation plus courtes, un nombre restreint d'anesthésies, une morbidité générale moindre, et un coût global de traitement inférieur (15). Elle permet d'éviter toute mutilation supplémentaire du membre traumatisé et le site donneur peut varier suivant les besoins et le patient. L'apport de tissus très bien vascularisés offre une meilleure résistance à l'infection (3) et favorise la guérison osseuse (10). Comme le suggèrent Taylor et Daniel (17), le choix du lambeau dépend de plusieurs critères. Il doit être fiable, avec un pédicule constant et de bon calibre. Il doit pouvoir se conformer à la perte de substance (12) et la rançon cicatricielle du site donneur doit être minimale. Un lambeau musculaire est nécessaire lorsqu'il y a atteinte osseuse ; les autres pertes de substance peuvent être couvertes par une palette cutanée. La qualité du recouvrement et l'aspect esthétique de la jambe sont indiscutablement meilleurs lorsque les pertes de substance sont couvertes par des lambeaux à composante cutanée. Les lambeaux musculaires gardent en général un aspect plus cicatriciel dû aux greffes de peau les recouvrant. Cependant, lorsque la perte de substance est confinée à la région pré-tibiale, un lambeau musculo-cutané est le plus souvent trop épais et laisserait une importante voussure inesthétique. C'est alors l'état de l'os sous-jacent qui dictera le choix entre un lambeau fascio-cutané ou un lambeau musculaire recouvert d'une greffe de peau. Lors de reconstructions de défauts plus importants, l'épaisseur du lambeau musculo-cutané peut permettre de reconstituer le galbe de la jambe. Les cas 1, 3, 4 et 5 nécessitaient l'apport de tissu musculaire et, vu la localisation pré-tibiale des pertes de substance, un lambeau musculaire pur

fut utilisé. Pour nous, trois lambeaux musculaires méritent une attention particulière en reconstruction du membre inférieur ; le grand dorsal, le gracilis (droit interne) et le grand droit abdominal.

La fiabilité du lambeau de grand dorsal n'est plus à démontrer (11). Il offre une grande quantité de muscle, mais le prélèvement ne peut pas toujours être fait simultanément par une seconde équipe. La cicatrice de prélèvement dorsale et le «coup de hache» axillaire postérieur dû à l'ablation du muscle peuvent rebuter certains patients. Les séromes sont la principale complication post-opératoire. Le gracilis est un petit lambeau relativement facile à prélever, mais n'est utile que pour des pertes de substance limitées (8) et la brièveté de son pédicule peut constituer un obstacle à son application. Les avantages du lambeau de grand droit sont un plan de dissection quasi avasculaire, une faible épaisseur musculaire qui lui permet de se conformer très bien dans la région pré-tibiale et la possibilité de prélever exactement la longueur de muscle souhaitée en laissant une bonne fonction résiduelle (14). Il permet un travail en deux équipes simultanées qui raccourcit le temps opératoire. Il ne laisse au site donneur qu'une simple cicatrice abdominale basse avec une morbidité minimale à ce niveau : en particulier nous n'avons déploré aucun sérome, complication fréquente lors de prélèvement de grand dorsal. C'est donc pour nous un lambeau musculaire de premier choix en reconstruction du membre inférieur.

Les grandes pertes de substance des cas 2, 6 et 7 ne comportaient pas de pathologie osseuse sous-jacente. La reconstruction devait remplacer une grande surface de tissu cicatriciel. Le choix de lambeau peut donc se faire entre un lambeau fascio-cutané, musculo-cutané ou musculaire avec greffe de peau. Peu de lambeaux musculaires parviennent à couvrir de telles surfaces, supérieures à 300 cm², et l'aspect final de la reconstruction est, comme nous l'avons expliqué, peu satisfaisant. Le lambeau fascio-cutané scapulaire peut apporter une importante surface de tissu, mais au prix d'une cicatrice dorsale disgracieuse ou d'une greffe de peau au site donneur. De plus il impose de retourner le patient en cours d'intervention. Trois lambeaux musculo-cutanés peuvent apporter de très grandes surfaces de tissu ; le grand dorsal, le

tenseur du fascio-lata et le grand droit abdominal. Seule la palette cutanée du grand droit abdominal peut combler de si grandes pertes de substance sans greffe cutanée au site donneur. La viabilité cutanée est assurée lorsque la portion de muscle sous-jacente à la palette est prélevée (cf. description anatomique des vaisseaux perforants). Dans les cas 2 et 6, le prélèvement d'une portion plus importante de muscle nous a permis d'étendre encore la surface de tissus disponible, couvrant jusqu'à 480 cm², et nous offrait un lambeau en angle droit pouvant combler une perte de substance longitudinale étendue et un défaut transversal (fig. 8b).

L'expérience nous a cependant appris que la zone IV de la palette cutanée (fig. 1) doit être éliminée. Nos seules complications résultent du prélèvement de cette zone, et de la nécrose qui s'en suivit.

CONCLUSION

Le lambeau de grand droit abdominal peut être utilisé comme lambeau musculaire ou comme lambeau musculo-cutané. Il permet des recouvrements cutanés allant jusqu'à 500 cm², et une technique de fermeture rigoureuse de la paroi abdominale minimise la morbidité du site donneur en laissant une cicatrice facilement camouflable. Sa fiabilité et sa souplesse d'utilisation lui offrent une bonne place parmi les lambeaux disponibles pour la reconstruction des pertes de substance du membre inférieur.

RÉFÉRENCES

1. Boyd J. B., Taylor G. I., Corlett R. The vascular territories of the superior and deep inferior epigastric systems. *Plast. Rec. Surg.*, 1984, 73, 1-14.
2. Bunckis J., Walton R. L., Mathes S. J., Krizek T. J., Vasconez L. O. Experience with the transverse lower rectus abdominis operation for breast reconstruction. *Plast. Rec. Surg.*, 1983, 72, 819-827.
3. Chang N., Mathes S. J. Comparison of the effect of bacterial inoculation in musculocutaneous and random pattern flaps. *Plast. Rec. Surg.*, 1982, 70, 1-9.
4. Duchateau J., Decléty A., Lejour M. Innervation of the rectus abdominis muscle : implications for rectus flap. *Plast. Rec. Surg.*, 1988, 82, 223-227.
5. Drever J. M. The epigastric island flap. *Plast. Rec. Surg.*, 1977, 59, 343-346.

6. Hartrampf C. R. Hartrampf's breast reconstruction with living tissue. Ed. Raven Press, New York, 1991.
7. Lejour M., Dome M. Abdominal wall function after rectus abdominis transfer. *Plast. Rec. Surg.*, 1991, 87, 1054-1068.
8. Mathes S. J., Alpert B. S., Chang N. Use of the muscle flap in chronic osteomyelitis : experimental and clinical application. *Plast. Rec. Surg.*, 1982, 69, 816-828.
9. Mathes S. J., Bostwick J. III. A rectus abdominis flap to reconstruct abdominal wall defects. *Br. J. Plast. Surg.*, 1977, 30, 282-283.
10. May J. W., Gallico G. G., Lukash F. N. Microvascular transfer of free tissue for closure of bone wounds of the distal lower extremity. *N. Engl. J. Med.*, 1982, 306, 253-257.
11. May J. W., Lukash F. N., Gallico G. G. Latissimus dorsi free muscle flap in lower-extremity reconstruction. *Plast. Rec. Surg.*, 1981, 68, 603-607.
12. Nahai F., Mathes S. J. Aesthetic aspects of reconstructive microsurgery of the lower extremity. *Clin. Plast. Surg.*, 1981, 8, 369-372.
13. Pennington D. G., Lai M. F., Pelly A. D. The rectus abdominis myocutaneous free flap. *Br. J. Plast. Surg.*, 1980, 33, 277-282.
14. Reath D. B., Taylor J. W. The segmental rectus abdominis free flap for ankle and foot reconstruction. *Plast. Rec. Surg.*, 1991, 88, 824-828.
15. Serafin D., Georgiade N. G., Smith D. H. Comparison of free flaps with pedicled flaps for coverage of defects of the leg or foot. *Plast. Rec. Surg.*, 1977, 59, 492-499.
16. Taylor G. I., Corlett R., Boyd J. B. The extended deep inferior epigastric flap : a clinical technique. *Plast. Rec. Surg.*, 1983, 72, 751-764.
17. Taylor G. I., Daniel R. K. The anatomy of several free flap donor sites. *Plast. Rec. Surg.*, 1975, 56, 243-253.
18. Vasconez L. O., McCraw J. B. Reconstructive procedures of the lower extremity. In *Plastic Surgery*, Third edition, Ed. by Grabb W. C. and Smith J. W. Little, Brown and Co, Boston, 1979, pp. 811-817.
19. Yaremchuk M. J. Acute management of severe soft-tissue damage accompanying open fractures of the lower extremity. *Clin. Plast. Surg.*, 1986, 13, 621-629.

SAMENVATTING

*B. C. COESENS, J. P. VAN GEERTRUYDEN.
Rectus abdominis vrije flap bij de bedekking van
substantieverlies van het onderste lidmaat.*

De rectus abdominis is één van de meerdere mogelijke vrije flappen voor de reconstructie van de weke delen van de onderste ledematen. Na een herinnering aan de anatomie en de heelkundige techniek, worden 7 recente gevallen beschreven, met aandacht voor deze betrouwbare en gemakkelijke techniek en voor de mogelijkheid zeer uitgebreide substantieverliezen te bedekken, zonder functionele of esthetische prejudicie t.h.v. de donorstreek.

SUMMARY

*B. C. COESENS, J. P. VAN GEERTRUYDEN.
Rectus abdominis free flap in soft tissue defects of the
lower limb.*

The rectus abdominis is one of the free flaps available to reconstruct soft tissue defects of the lower limb. After a short description of anatomy and surgical technique we report 7 recent cases showing the versatility and reliability of this flap. It may be used to cover large soft tissue defects without functional or esthetic sequelae at the donor site.