

# Curage axillaire sur le modèle cadavérique chez une population malienne au laboratoire d'anatomie des facultés de médecine d'odontostomatologie et de pharmacie de Bamako

S. Kanté, D Traoré, B. Bengaly, S Diallo, S Sanogo, B Togola, D Ouattara, N Ongoiba, AK Koumaré, P Rouanet

**Objectifs** : Etudier les éléments anatomiques du creux axillaire, rechercher les variations anatomiques.

**Méthodologie** : étude prospective de 4 mois portant sur 11 cadavres.

**Résultats** : Il y avait 10 corps masculin et un corps féminin, une variation anatomique de la paroi au niveau du creux axillaire il s'agit d'un muscle accessoires s'étendant du muscle dorsal au muscle grand pectoral, l'arche de Langer. Les premiers, deuxièmes et troisièmes nerfs inter-costo-brachiaux ont été trouvés respectivement dans 0% ,100% et dans 9,09% de cas. Le pédicule du grand dorsal avait une longueur moyenne de 8,5cm et le trajet du nerf thoraco-dorsal était sous l'artère et la veine dans 20cas, entre l'artère et la veine dans un cas et sur l'artère et la veine dans un cas. La terminaison du pédicule était une bifurcation dans 9,09% et trifurcation 90,9% de cas.

**Discussion**: Dans notre série nous avons noté une variation anatomique de la paroi au niveau du creux axillaire il s'agit d'un muscle accessoires s'étendant du muscle dorsal au muscle grand pectoral, l'arche de Langer, encore dénommé muscle pectoro-axillaire, arc axillaire, ou Aschelsbogen est la variation anatomique musculaire la plus commune du creux axillaire [1,2]. La littérature retrouve une fréquence moyenne de 4 à 14 % dans les séries anatomiques de cadavres il est le plus souvent unilatéral . Il prédominerait du côté droit pour certains, dans notre série la variation a concerné le cote droite d'un sujet masculin. L'arche de Langer peut présenter des variations d'insertion terminale sur le petit pectoral, le coraco-brachial, le chef court ou long du muscle biceps, le processus coracoïde, la première côte, le fascia axillaire ou encore le fascia coraco-brachiale , dans le seul cas que nous avons eu il s'étendait du muscle grand dorsal au petit pectoral.

Le danger lié à sa présence est de méconnaître cette arche et de la confondre avec le bord latéral du muscle grand dorsal : on risque premièrement de conduire la dissection au-dessus et en avant de la veine axillaire à l'intérieur du plexus brachial, avec la possibilité de léser ce plexus et l'artère axillaire. Deuxièmement, la lymphadénectomie s'avérera difficile, voire incomplète avec le risque ultérieur de récurrence car ce muscle masque souvent le groupe ganglionnaire latéral et postérieur par rapport à l'arcade.

**Conclusion** : Tout chirurgien pratiquant la chirurgie carcinologique du creux axillaire doit connaître l'anatomie du creux axillaire ainsi que ses variations anatomiques pour réduire les difficultés peropératoires et les complications postopératoires.

**Mots clés** : curage axillaire modèle cadavérique

## REFERENCES

1. Le Bouëdec G, Dauplat J, Guillot M, Vanneville G. Le muscle pectoroaxillaire. J Chir (Paris) 1993(2):66-9.
2. Langer C. Zur Anatomie des musculus latissimus dorsi. Oesterreichische Med Wochenschrift 1846;15:454-8.
3. Petrusek AJ, Semple JL, Mc Cready DR. The surgical and oncologic significance of the axillary arch during axillary lymphadenectomy. Can J Surg 1997;40(1):44-7.
4. Tountas CP, Bergman RA. In: Anatomic Variations of the upper extremity. New-York: Churchill Livingstone; 1993. p. 79-81.

