



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Reconstruction mamelonnaire par lambeau en « double drapeau ». Évaluation clinique à propos de 70 cas

« Double flag » flap nipple reconstruction. Clinical evaluation on 70 cases

A. Grosdidier^{a,*}, J. Lebeau^a, C. Ochala^a, R. Payan^b, G. Bettega^a

^a Service de chirurgie plastique, CHU de Grenoble, 38700 La Tronche, France

^b Service de gynécologie, CHU de Grenoble, 38700 La Tronche, France

Reçu le 1^{er} octobre 2012 ; accepté le 30 octobre 2012

MOTS CLÉS

Reconstruction mamelonnaire ; Lambeau ; Mastectomie ; Complexe aréolo-mamelonnaire

KEYWORDS

Nipple reconstruction; Flap; Mastectomy; NAC

Résumé

But de l'étude. — Depuis 2004, nous utilisons un lambeau local en « double drapeau » pour la reconstruction mamelonnaire. Nous avons évalué les résultats à long terme et identifié les facteurs les influençant.

Patients et méthode. — Soixante-dix cas ont été analysés par une étude subjective et objective grâce aux mesures mamelonnaires.

Résultats. — Le recul moyen était de 15 mois. Les résultats étaient jugés satisfaisants pour 74 % des patientes et 66 % du chirurgien. Le diamètre moyen était de 12,6 mm (moins de 1 mm de différence par rapport au controlatéral). La projection moyenne était de 4,9 mm avec un rapport de projection moyen de 0,8 (entre reconstruit et controlatéral). La limite de satisfaction des patientes et du chirurgien se trouvait à 0,7 pour ce rapport. On observait 4 % de nécrose totale.

Conclusion. — Nos résultats comparés à ceux de la littérature sont encourageants. La qualité tégumentaire de la reconstruction mammaire est un facteur très influent sur le résultat mamelonnaire.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary

Background. — Since 2004, we have chosen a nipple reconstruction with a “double flag” local flap. We have retrospectively assessed its results in the long term and identified the factors likely to influence them.

Methods. — Seventy reconstructions have been analyzed through a subjective study and objective one through measures of size and the projection of the nipple.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : agrosdidier@chu-grenoble.fr (A. Grosdidier).

Results. — They were examined in an average of 15 months. The result was found satisfying for 74% of the patients and 66% of the clinician. The diameter of new nipple was 12.6 mm (less 1 mm than controlateral). The average height was 4.9 mm and an average projection ratio was 0.8 (between reconstructed and controlateral). The limit of satisfaction of the patients and of the surgeon corresponded to a 0.7 projection ratio. We observed 4% of complete necroses.

Conclusions. — These results, compared to those of the literature, are very encouraging. The tegument quality of the reconstructed breast has a great influence on that of the nipple.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

Les techniques chirurgicales de reconstruction du complexe aréolo-mamelonnaire sont nombreuses. La restauration du relief mamelonnaire est un défi chirurgical. Les greffes de tissu autologue (lobe d'oreille et pulpe plantaire) s'affaissent et ajoute une morbidité. Le prélèvement sur le mamelon controlatéral est parfois mal accepté par la patiente. L'interposition d'un corps étranger se solde fréquemment par son exposition [1]. Le résultat des lambeaux locaux [2] est très inconstant, en particulier à cause de l'invagination. De nombreuses techniques ont essayé d'assurer la reconstruction sur un socle stable tout en limitant le sacrifice tégumentaire pour éviter les tensions cutanées conduisant à l'évasement de la reconstruction. Depuis 2004, nous utilisons un lambeau local en « double drapeau ». Nous en avons évalué les résultats à long terme et nous avons essayé d'identifier les facteurs susceptibles de les influencer.

Patientes et méthode

Patientes

Deux cent dix-huit mamelons ont été reconstruits par la même technique entre 2004 et janvier 2010 par deux chirurgiens, au CHU de Grenoble. Nous avons revu 84 patientes entre octobre 2008 et avril 2010. Quatorze ont été exclues : trois avaient été vues deux fois, deux reconstructions par une autre technique, deux par un autre opérateur et sept avaient un recul inférieur à trois mois.

Technique

La technique chirurgicale est un lambeau dermo-graisseux local au hasard en « double drapeau » reposant sur une base dermique stable. Elle avait été décrite par Lebeau en 2006 (Fig. 1).

Évaluation

Les patientes ont été convoquées par un courrier unique. Quatre-vingt-quatre patientes ont été revues lors d'une consultation spécifique par deux cliniciens.

Le recueil de données comportait la date de reconstruction mamelonnaire, le mode de reconstruction mammaire, les traitements adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie), le tabagisme, les problèmes de cicatrisation et la date de l'examen.

L'évaluation subjective a été double : par la patiente et par le clinicien. Le questionnaire « patiente » évaluait six

critères : position, taille, projection, comparaison, sensibilité, appréciation générale selon quatre niveaux de satisfaction : très déçue, déçue, satisfaite et très satisfaite. Le clinicien a évalué le résultat général suivant quatre niveaux de satisfaction : nul, moyen, bon, excellent (Fig. 2).

Pour chaque patiente, la projection et la taille des deux mamelons ont été mesurées au pied à coulisse. Nous avons établi un rapport de projection (p) entre le mamelon reconstruit et le controlatéral.

Étude statistique

Un statisticien a analysé les données avec le logiciel SPSS. La relation entre deux variables a été évalué par le test de Student. Le seuil de significativité a été établi à $p < 0,05$. Le degré d'influence d'une variable sur une autre, lorsqu'elles étaient corrélées, a été mesuré par le test de Cramer.

Résultats

L'âge moyen était de 56 ans et quatre mois (37 à 85 ans). Le recul moyen après chirurgie était de 15 mois (quatre à 42 mois). Les types de reconstruction mammaire étaient : mastectomie partielle emportant le mamelon (43 %), expandeur et prothèse (19 %), prothèse (21 %), TRAM (8 %) et grand dorsal (8 %). Elle a été bilatérale pour deux patientes. Six pour cent des patientes étaient fumeuses.

Soixante-dix-huit pour cent d'entre elles avaient été irradiées pour leur cancer (27 avant et 27 après reconstruction mamelonnaire dans le cadre d'une mastectomie partielle).

La taille moyenne du mamelon reconstruit était de 12,6 mm (écart-type de 4,13). Celle du mamelon natif de 11,9 mm soit une différence de 0,7 mm.

La projection moyenne des mamelons reconstruits était de 4,9 mm (de 1 à 13 mm) avec un écart type de 2,97. Celle des mamelons natifs était de 6,8 mm (de 2 à 15 mm) soit un écart de 1,9 mm et un rapport de projection (p) moyen de 0,84.

Les complications ont été trois nécroses totales (4 %) et neuf nécroses partielles ou retards cicatriciels (13 %).

Il n'y avait pas de corrélation entre la qualité de la cicatrisation et la projection ($p > 0,45$) ni entre la qualité de la cicatrisation et la radiothérapie ($p > 0,49$).

Le chirurgien était satisfait dans 66 % des cas (bon résultat 49 % et excellent 17 %). Soixante-quatorze pour cent des patientes jugeaient leur résultat satisfaisant (46 % bon et 28 % excellent).

La sensibilité du mamelon était satisfaisante pour 33 % des patientes (Fig. 3).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184710>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184710>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)