



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/annpla



ARTICLE ORIGINAL

Reconstruction mammaire par lambeau libre DIEP : à propos de 30 cas

Breast reconstruction by DIEP free flap: A 30 cases experience

J.-P. Binder^{*}, P. May, J. Masson, M. Revol, J.-M. Servant

Service de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

Reçu le 29 juin 2007 ; accepté le 8 juillet 2007

MOTS CLÉS

Reconstruction
mammaire ;
Lambeau perforant ;
Pédicule épigastrique
inférieur profond

Résumé

But de l'étude. — Le but de l'étude était d'analyser la technique opératoire et les complications postopératoires de nos premiers cas de reconstruction mammaire par lambeau *deep inferior epigastric perforator flap* (DIEP).

Matériel et méthodes. — Il s'agit d'une étude rétrospective de 30 cas opérés par les auteurs entre 2001 et 2005. La reconstruction était différée dans 73 % des cas, immédiate dans 3 % des cas et consécutive à l'échec d'une autre technique dans 27 % des cas. Nous avons étudié la sélection des vaisseaux perforants, la stratégie de branchement vasculaire et les complications (taux de nécroses partielle et totale, complications thromboemboliques, éventrations).

Résultats. — Dans la majorité des cas, le lambeau était levé sur deux perforantes. Les lambeaux étaient unipédiculés dans 22 cas et bipédiculés dans huit cas. Les vaisseaux receveurs étaient le pédicule axillaire dans 70 %, le pédicule circonflexe scapulaire dans 27 % et le pédicule thoracodorsal dans 1 % des cas. Le temps opératoire moyen était de 6 heures 17 minutes pour les lambeaux unipédiculés et de 8 heures 43 minutes pour les lambeaux bipédiculés. Il y eut deux nécroses totales, quatre nécroses partielles, une phlébite et une embolie pulmonaire. Aucune éventration ne fut notée.

Conclusion. — Bien que l'utilisation du DIEP réduise la morbidité du site donneur, le risque thromboembolique n'est pas négligeable. Nous ne réalisons donc une reconstruction par DIEP que lorsque les autres techniques ne sont pas possibles.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

^{*} Auteur correspondant.

Adresses e-mail : docteurbinder@orange.fr, jpbinder@wanadoo.fr (J.-P. Binder).

KEYWORDS

Autologous breast reconstruction;
Perforator flap;
Deep inferior epigastric vessels

Summary

Purpose. — The purpose of this study was to analyse the surgical procedure and the complications in case of breast reconstruction by deep inferior epigastric perforator flap (DIEP).

Materials and methods. — This retrospective study concerns 30 cases performed between 2001 and 2005. The reconstruction was delayed (73%), immediate (3%) or realised after failed attempt to reconstruct the breast with implant or flap (27%). We studied perforator selection, operative time, total flap loss, partial flap loss, and postoperative complications.

Results. — Flap was raised with one pedicle in 22 cases and with two pedicles in eight cases. The recipient vessels were the axillary vessels (70%), circumflex scapular vessels (27%), and the thoracodorsal vessels (1%). Mean operating time was 6 h 17 min for the one-pedicule flaps and 8 h 43 min for the double-pedicule flaps. We noted two total flap necrosis, four partial flap necrosis, one deep venous thrombosis and one pulmonary embolism. Postoperative abdominal hernia or bulge never occurred.

Conclusion. — Although the use of DIEP flap reduces morbidity of the harvest, long operative time and thrombosis complications cause significant morbidity. Therefore we only use the DIEP flap when other procedures cannot be performed.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

Le lambeau *deep inferior epigastric perforator flap* (DIEP) représente l'aboutissement des techniques de reconstruction mammaire utilisant des lambeaux basés sur le rectus abdominis. En préservant l'aponévrose et le muscle, il induit moins de complications pariétales que le *transverse rectus abdominis muscle* (TRAM). Il n'est toutefois pas dénué de risques et ses indications doivent être réfléchies.

L'objectif de cette étude rétrospective était d'analyser les modalités de la technique chirurgicale du lambeau DIEP en reconstruction mammaire et ses complications postopératoires afin d'optimiser les indications et le choix des différentes techniques et variantes.

Matériel et méthodes**Population**

Dans le cadre d'une étude rétrospective, les dossiers de 30 patientes opérées de 2001 à 2005 d'une reconstruction mammaire par lambeau DIEP ont été colligés.

L'âge moyen au moment de l'intervention était de 49,7 ans (34–67 ans), le poids moyen de 67,4 kg (55–82 kg), l'indice de masse corporelle (IMC) de 25,8 (18–29).

Vingt-huit patientes (93 %) avaient été traitées par chimiothérapie, 26 (86 %) par radiothérapie.

Toutes les reconstructions étaient unilatérales. La reconstruction était différée dans 22 cas et immédiate dans un cas ; dans sept cas, il s'agissait d'un échec d'une autre technique de reconstruction par prothèse ou lambeau (Tableau 1). L'intervention était réalisée en moyenne 26 mois (9–120 mois) après la mastectomie.

Technique chirurgicale

L'intervention avait lieu si possible à deux équipes qui s'occupaient respectivement de la levée du lambeau et de la dissection des vaisseaux receveurs. Un doppler réalisé avant l'intervention permettait de localiser les perforantes de calibre important.

L'abord de la région axillaire permettait d'exposer les vaisseaux axillaires et le pédicule circonflexe scapulaire.

Le lambeau était soulevé de l'aponévrose antérieure du muscle *rectus abdominis* de chaque côté en repérant les perforantes. L'incision de l'aponévrose était effectuée du côté où les perforantes étaient du meilleur calibre. La dissection intramusculaire méticuleuse suivait le trajet des vaisseaux jusqu'à l'origine du pédicule épigastrique inférieur profond sur les vaisseaux iliaques. Le pédicule était sectionné à ce niveau.

Après fixation du lambeau sur le thorax par des points de bâti, les anastomoses microchirurgicales étaient réalisées par points séparés pour l'artère et par surjet ou points séparés pour la veine. Les zones mal vascularisées du lambeau étaient réséquées. Le modelage du lambeau était ensuite réalisé et la zone était drainée par une lame. La fermeture abdominale était réalisée plan par plan avec de gros points en X sur l'aponévrose.

La patiente était surveillée en salle de réveil la première nuit et restait hospitalisée une dizaine de jours (une thrombose veineuse peut s'observer jusqu'à dix jours).

Évaluation des résultats

Les critères étudiés étaient : le nombre de perforantes prélevées par lambeau, le type de pédicule (uni ou bipédiculé), la nature des vaisseaux receveurs, la durée d'intervention et la durée d'hospitalisation.

Dans la période postopératoire, les critères étaient les suivants : taux de reprise et nature des complications éventuelles (nécrose totale ou partielle du lambeau, cytotéatonecrose, complications thromboemboliques, complications pariétales).

Résultats

Le nombre de perforantes prélevées par lambeau unipédiculé était de trois dans quatre cas, de deux dans 13 cas et de une dans cinq cas. Dans le cas des lambeaux bipédiculés, le nombre de perforantes par pédicule était de trois dans deux cas, de deux dans 11 cas et de une dans trois cas (Tableau 2).

Les vaisseaux receveurs étaient l'artère axillaire dans 21 cas, l'artère circonflexe scapulaire dans huit cas et l'artère

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184858>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184858>

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