

Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal partiel: évaluation rétrospective du confort scapulo-huméral et du résultat esthétique

Contexte

Le cancer du sein est responsable de 20000 mastectomies par an, seules 19% des patientes bénéficient d'une RMI. La reconstruction mammaire avec lambeau de grand dorsal a longtemps été la technique autologue de référence mais présente une morbidité non négligeable notamment sur l'usage du membre supérieur(1). Le lambeau de grand dorsal partiel (LGDP) permet de limiter la morbidité sur le plan fonctionnel puisqu'une grande partie du muscle est préservée (2)(3).

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique incluant nos reconstructions par LGDP. L'objectif principal de notre étude est l'évaluation fonctionnelle de l'épaule et du membre supérieur, à l'aide d'un questionnaire standardisé. Les objectifs secondaires sont la satisfaction esthétique évaluée par la patiente et un panel de professionnels, la survenue de complications post opératoires, la durée du séjour, la durée du drainage, le nombre de ponctions pour sérome, le nombre total d'interventions nécessaires pour une fin de reconstruction.

Résultats

Nous avons inclus 90 patientes (74.4 % de reconstructions mammaires immédiates et 25.6 % de reconstructions mammaires différées). **Les patientes n'étaient pas ou peu limitées dans l'usage de leur membre supérieur** selon le questionnaire DASH (score moyen de 16,1/100 au module fonction, 19,8/100 au module sport, 21,6/100 au module travail). **77% des patientes étaient très satisfaites du résultat esthétique obtenu.** Le résultat esthétique était évalué entre 3.6 et 4.1/5 par notre panel de professionnels. 8% des patientes ont présenté des complications de grade II ou III (55% ont subi des ponctions), et seule une patiente a nécessité une dépose du lambeau pour nécrose.

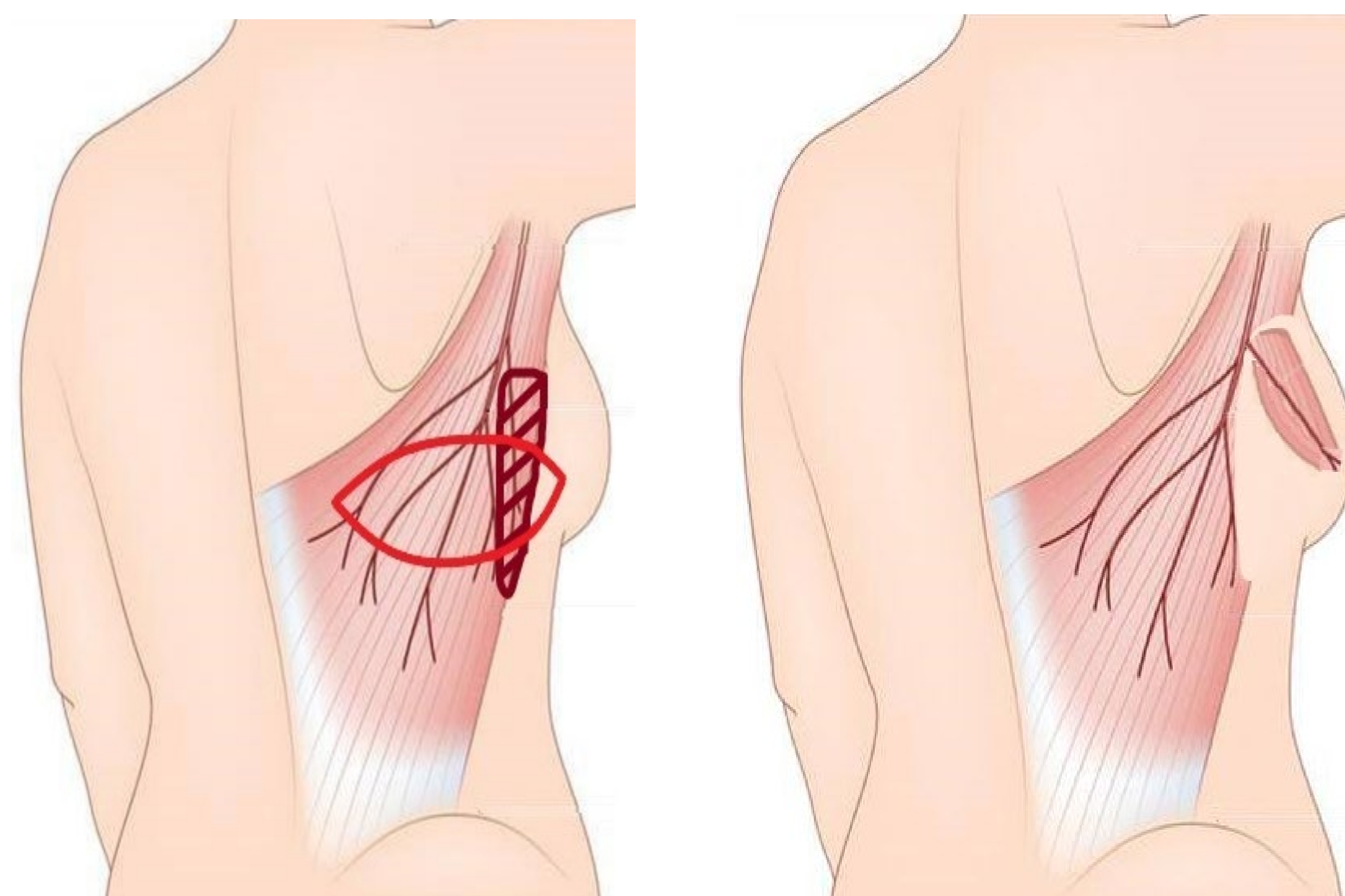


Schéma de la technique

Tableau 1 : caractéristiques de la population

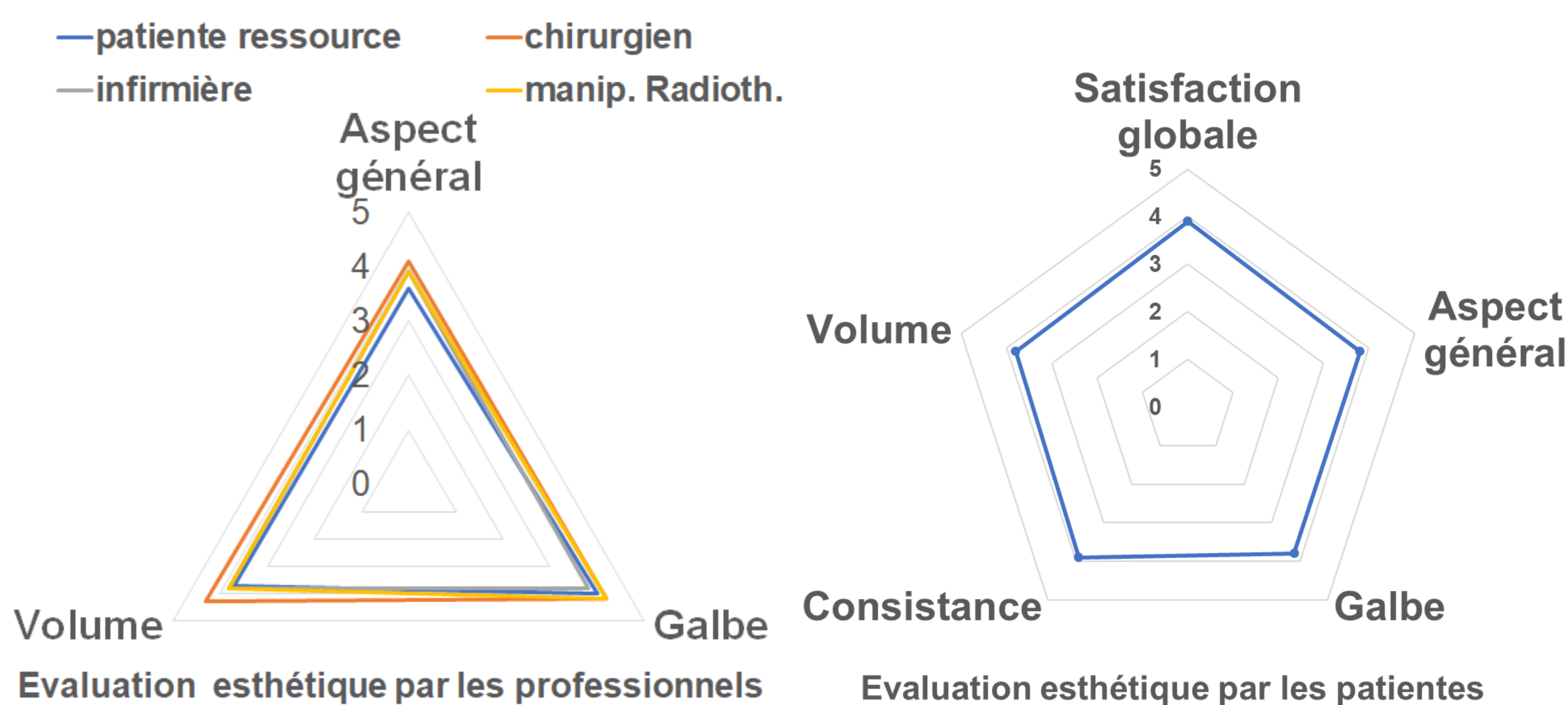
Paramètre	Méd, (IQR) ou n (%)
Age à la reconstruction	
≤ 65	82 (91.1%)
> 65	8 (8.9%)
Indice de masse corporelle	26.0 (23.2-29.7)
18-25	39 (43.8%)
> 25	28 (31.5%)
> 30	19 (21.3%)
> 40	3 (3.4%)
PS ou ECOG	
0	81 (92.0%)
1	7 (8.0%)
RT préop ?	
Non	59 (65.6%)
Oui	31 (34.4%)
Délai RT - chir	55.0 (48.0-455.0)
Chimiothérapie Néoadj	
Oui	48 (53.9%)
Non	41 (46.1%)

Tableau 2 : caractéristiques de la chirurgie

Paramètre	Médiane (IQR) ou n (%)
Type de chirurgie	
Immédiate	67 (74.4%)
Différée	23 (25.6%)
Poids mastectomie (g)	494.0 (320.0-771.0)
Durée mastectomie (h)	0.5 (0.4-0.8)
Durée reconstruction (en h)	1.6 (1.2-2.0)
Durée d'hospit (jr)	3.0 (3.0-4.0)

Tableau 3 : complications

Paramètre	Médiane (IQR) ou n (%)
Ponctions dorsales	
Nombre	1.0 (0.0-2.0)
Volume total	160.0 (77.5-272.5)
Ponctions mammaires	
Nombre	0.0 (0.0-0.0)
Volume total	20.0 (10.0-100.0)
Grade maximum des complications (Pas de complication)	73 (81.1%)
I	10 (11.1%)
II	2 (2.2%)
IIIB	5 (5.6%)



Discussion

Cette technique permet de reconstruire des patientes de morphotype très différent avec dans notre cohorte des IMC de 18,5 à 45. La durée opératoire est courte tout comme la durée d'hospitalisation moyenne. Cette technique est également fiable : notre taux de complication semble acceptable avec un taux de reprise opératoire non programmée de 5,6%.

Nos résultats semblent comparables avec les données de la littérature, seule l'étude de Saint-Cyr et al.(4) a utilisé ce questionnaire sur un effectif de 20 patientes. Peu d'études se sont intéressées au confort scapulo-huméral et mettaient en évidence un faible impact de cette chirurgie.

L'intérêt de notre étude est le nombre de patientes incluses, l'évaluation fonctionnelle de membre supérieur par une échelle validée, mais également une évaluation du résultat esthétique par les patientes et par un panel de professionnels.

Notre travail est toutefois limité par son caractère rétrospectif et monocentrique si bien que nous souhaitons conforter ces résultats et menons actuellement une étude prospective comportant des reconstructions par lambeau et par prothèse en y associant une évaluation de la qualité de vie par l'échelle BREAST-Q.

Conclusion

La reconstruction par LGDP est une technique fiable et rapide, elle apporte satisfaction aux patientes sur le plan esthétique avec une morbidité limitée et adaptée à différents morphotypes. Il faudra attendre les résultats de notre étude prospective pour discuter des résultats du LGDP avec ceux obtenus pour les reconstructions par prothèse. Ceci pourra nourrir la discussion avec nos patientes quant aux choix du type de reconstruction dans la cadre de la décision partagée.

(1) M. Ismaïl, F. Boucher, J. Chauvel-Picard, et al. (2014) Séquelles du prélèvement du lambeau de grand dorsal et ses dérivés — Revue de la littérature. Ann Chir Plast Esthet. Oct;59(5) : 348-54

(2) A Mojallal, M Saint-Cyr, C Wong, et al. (2010) Muscle-sparing latissimus dorsi flap. Vascular anatomy and indications in breast reconstruction. Ann Chir Plast Esthet. 55(2) : 87-96

(3) Hyungsuk Kim, Elica Sapphira Wiraatmadja, So-Young Lim, et al. (2013) Comparison of morbidity of donor site following pedicled muscle-sparing latissimus dorsi flap versus extended latissimus dorsi flap breast reconstruction. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 66(5) : 640-6

(4) Saint-Cyr M, Nagarkar P, Schaverien M, Dauwe P, Wong C, Rohrich RJ. The pedicled descending branch muscle-sparing latissimus dorsi flap for breast reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2009 Jan;123(1):13-24