

## C14 : Impact de l'introduction de la RAAC dans la reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal, en comparaison à une prise en charge traditionnelle

### Titre

**Français :** Impact de l'introduction de la RAAC dans la reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal, en comparaison à une prise en charge traditionnelle

**Anglais :** Impact of the introduction of ERAS in breast reconstruction with a latissimus dorsi flap, compared to traditional management

### Auteurs

G TABA (1), V CECCATO (1), F REYAL (1), J HOTTON (1)

(1) Département de chirurgie oncologique, Institut Godinot, rue du Général Koenig, 51100, Reims, FRANCE

### Responsable de la présentation

**Nom :** HOTTON

**Prénom :** Judicaël

**Adresse professionnelle :** rue du Général Koenig

**Code postal :** 51100

**Ville :** Reims

**Pays :** FRANCE

**Newsletter :** 1

### Mots clés

**Français :** RAAC; lambeau de grand dorsal; reconstruction mammaire; cancer du sein

**Anglais :** ERAS, latissimus dorsi flap, breast reconstruction, breast cancer

### Spécialité

**Principale :** Chirurgie

**Secondaire :** Gynécologie

### Texte

**Contexte :** Les programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) sont associés à une amélioration des prises en charge, une diminution des durées d'hospitalisation et des taux de complications en chirurgie gynécologique oncologique (1). En chirurgie mammaire, malgré les résultats prometteurs des programmes de RAAC appliqués pour les lambeaux DIEP - où la durée moyenne de séjour (DMS) diminue généralement d'environ 50 % sans augmenter le taux de complications - la littérature concernant son application dans d'autres techniques de reconstruction comme le lambeau de grand dorsal (LGD) est plus limitée (2).

**Objectif :** Évaluer l'impact de la RAAC sur les DMS et la morbidité post-opératoire, dans la reconstruction mammaire par LGD en comparaison au protocole de récupération classique.

**Méthode :** Toutes les patientes opérées par LGD entre décembre 2014 et octobre 2020 : celles prises en charge avant avril 2018, date d'instauration du protocole RAAC, étaient incluses dans le groupe « Non RAAC », et au-delà dans le groupe « RAAC »

**Résultats :** Sur 193 patientes, 129 étaient incluses dans le groupe « RAAC » et 64 dans le groupe « Non RAAC ». Il y avait une différence significative entre les deux groupes sur la DMS, ( $4,2 \pm 1,5$  jours dans le groupe « RAAC » vs.  $5,4 \pm 1,9$  jours dans le groupe « Non RAAC » ;  $p < 0,001$ ), sur les complications de haut grade à 30 jours (9,3 % dans le groupe « RAAC » vs. 25 % dans le groupe « Non RAAC » ;  $p = 0,01$ ), sur le taux de reprises chirurgicales (13,9 % vs. 26,6 %, respectivement ;  $p = 0,02$ ) et le taux de ré-hospitalisation à 30 jours (6,2 % dans le groupe « RAAC » vs. 15,6 % dans le groupe « Non RAAC » ;  $p = 0,03$ ).

**Discussion :** La reconstruction mammaire ayant pour but d'améliorer la qualité de vie des patientes, elle ne devrait pas être source d'inconfort supplémentaire à la mastectomie et aux traitements adjuvants, ni source de séquelles invalidantes sur une autre partie du corps. L'application de la RAAC ne semble pas augmenter de manière significative le taux de complications ; et quand celles-ci existent, il s'agit le plus souvent de complications de bas grade plutôt que de haut grade. Il existe une forte corrélation entre la compliance aux items des protocoles RAAC et les bénéfices qu'ils apportent (l'augmentation d'un point du score de compliance s'accompagne d'une diminution de 12% du taux de complications ;  $OR = 0,88$ ; 95%IC, [0.78-1.00] ;  $p < 0,05$ ; et l'augmentation d'un point du score de compliance s'accompagne d'une diminution de 8 % de la DMS,  $OR = 0,92$ ; 95% IC, [0.90-0.95] ;  $p < 0,001$ ) (3).

**Conclusion :** Le protocole RAAC impacte positivement la reconstruction par LGD, sans générer d'effets indésirables supplémentaires. Ces résultats

plaident en faveur de la démocratisation de ces protocoles pour la chirurgie de reconstruction mammaire.

**Bibliographie :**

1. Lambaudie E, de Nonneville A, Brun C, et al. (2017) Enhanced recovery after surgery program in Gynaecologic Oncological surgery in a minimally invasive techniques expert center. *BMC Surg.* 17(1):136 (une seule page).
2. Højvig JH, Kehlet H, Bonde CT. (2021) Enhanced recovery after breast reconstruction with a pedicled Latissimus Dorsi flap—A prospective clinical study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 74(8):1725-30
3. Wijk L, Udumyan R, Pache B, et al. (2019) International validation of Enhanced Recovery After Surgery Society guidelines on enhanced recovery for gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 221(3):237.e1-237.e11.