



## JOURNEE DES JEUNES PLASTICIENS TOULOUSE CAHIER DES RESUMES

**JEUDI 30 JUIN 2022**  
HOTEL DIEU TOULOUSE  
09h00 à 13h00

**09h00**

### **Cranio faciale et Maxillo faciale**

Dr. Lauréline ROGUET

L. ROGUET, J. BRIE, J. USSEGLIO-GROSSO, J. LALOZE (Limoges, Limoges, Limoges, Limoges)

*Reconstruction des pertes de substance étendue au niveau du scalp par ALT : 2 cas.*

Résumé: La reconstruction des pertes de substances très étendue du scalp (plus de 15cm) avec exposition osseuse nécessite un lambeau libre. Le lambeau le plus utilisé actuellement reste le lambeau musculaire greffé de grand dorsal. Nous présentons deux cas de reconstruction par ALT avec des résultats très satisfaisant. Matériel et méthodes : La première reconstruction a été effectuée chez un patient greffé rénal présentant de multiples carcinomes épidermoïdes récidivants du scalp. Une exérèse RO nécessitait d'emporter le périoste et d'aboutir à une perte de substance d'environ 15cm de grand axe. Le deuxième patient, victime d'un accident par palle d'ULM présentait un dégantage important avec exposition osseuse nécessitant une reconstruction en semi-urgence. Ils ne présentaient pas de comorbidités particulières, et leur pannicule adipeux était fin. Ainsi, l'option d'un lambeau perforant, auto-fermant paraissait la meilleure option. La palette cutanée nécessaire mesurait 18cm x 13cm pour le premier patient et 12cm x 15cm pour le deuxième, autorisant une fermeture directe du site donneur. Résultats : Les suites opératoires ont été relativement simples, marquées par une reprise sous AG du deuxième patient pour hémorragie des berges du scalp. Les anastomoses étaient perméables et aucune souffrance du lambeau n'a été notée. L'hospitalisation a été courte ainsi que la convalescence. Les deux patients étaient satisfaits de la reconstruction et de son aspect esthétique dans le temps. A un an post-opératoire, une lésion crouteuse est apparue chez le premier patient. La biopsie retrouvait alors un carcinome épidermoïde dont l'exérèse a été effectuée sans difficulté en marge saine. Conclusion : Le lambeau fascio-cutané ALT possède ainsi de nombreux avantages par rapport au lambeau musculaire greffé de grand dorsal. Il permet une reconstruction ad integrum tissu pour tissu, en un temps, sans séquelles du site donneur avec un résultat esthétique excellent.

09h07

## Esthétique

Dr. Elias SABBAGH

E. SABBAGH, J. GIOT (La Tronche, Grenoble)

*Exérèse cutanée par avulsion dans les dermolipectomies des membres.*

**INDICATIONS, SUJET** Cruroplasties et brachioplasties sont à présent des interventions dont les complications sont rares. L'utilisation d'une lipoaspiration préalable à la dermolipectomie a grandement participé à la diminution de ces complications principalement représentées par les séromes. Un des objectifs de cette lipoaspiration est la préservation des vaisseaux lymphatiques et des veines superficielles. Peu de publications décrivent la technique utilisée pour la résection cutanéograsseuse couramment appelée « dé-dermisation ». La plupart des équipes utilisent un bistouri électrique en s'efforçant de rester au-dessus de la trame vasculaire superficielle. Notre but est de décrire une technique d'avulsion permettant une résection rapide tout en préservant la trame vasculaire à coup sûr. **MATERIEL ET METHODES** Notre technique d'avulsion consiste en traction du lambeau cutanéograsseux à l'aide d'une pince Kocher après incision des berges du lambeau à la lame froide. L'opérateur saisit l'extrémité proximale du lambeau à l'aide d'une pince Kocher puis il exerce une traction importante en direction de l'extrémité distale. Il apporte au fur et à mesure de l'avancée de l'avulsion une contre-pression sur la trame vasculaire à l'aide de son autre main jusqu'à avulsion complète. **RESULTATS** En plus du gain de temps considérable qu'apporte cette technique, nous avons remarqué que l'avulsion permet une diminution du temps d'hémostase qui suit la résection. Une étude histologique est en cours pour essayer d'en comprendre les mécanismes. **CONCLUSION** La technique d'avulsion est une méthode simple et efficace de préserver la trame vasculaire sous dermique lors des gestes de dermolipectomie des membres. Elle ne nécessite aucune courbe d'apprentissage et permet un gain de temps considérables sur les temps de résection et d'hémostase post résection.

09h14

## Esthétique

Dr. Élise LUPON

É. LUPON (Toulouse)

*Qu'est-ce la chirurgie globale et quel est le rôle des pays francophones ?*

Les pays à faible et moyen revenu sont les plus affectés par les maladies nécessitant une intervention chirurgicale ou obstétrique. Ainsi, 5 milliards de personnes n'ont pas accès à ces soins et ne possèdent pas les ressources nécessaires pour lutter contre ce fardeau. La chirurgie a ainsi été négligée dans les systèmes de santé des pays en développement, alors qu'elle est la cause d'une morbidité et d'une mortalité importante. La chirurgie mondiale ou globale est un domaine d'étude, de recherche, de pratique et de plaidoirie visant à améliorer et à promouvoir l'équité en matière de santé pour toutes les personnes nécessitant des soins chirurgicaux, obstétricaux et anesthésiques. Ce domaine est récent et encore peu connu, notamment par la communauté francophone. Actuellement, l'acteur le plus célèbre de la chirurgie globale est un chirurgien plasticien, ce qui reflète bien le rôle incontestable que peut avoir le chirurgien plasticien vers l'accès à la chirurgie pour tous. Le but de cette communication est d'apporter aux chirurgiens plasticiens Français une clarification sur cette discipline.

09h21

**Oncologie**

Dr. Léa DIBIASE

L. DIBIASE, L. RUFFENACH, C. BRUANT RODIER, F. BODIN (Strasbourg, Strasbourg, Strasbourg, Strasbourg)

*Reconstruction complexe de la paroi thoracique postérieure par double DIEP et pontage veineux : cas clinique.*

**SUJET** La reconstruction de la paroi thoracique postérieure après une chirurgie carcinologique constitue un challenge pour le chirurgien plasticien. L'obtention d'une bonne couverture est une condition préalable à la chirurgie d'exérèse. L'avènement de la microchirurgie a permis de multiplier les techniques, mais se heurte à une plus grande complexité. **MATERIEL ET METHODE** Il s'agit d'un patient de 58 ans présentant un chondrosarcome de la paroi thoracique postérieure gauche. L'exérèse du sarcome nécessite une exérèse transfixiante du thorax, de la 6ème à la 10ème côte emportant les arcs costaux postérieures, les hémivetèbres des niveaux correspondants, et la plèvre. La perte de substance s'étend de la région para scapulaire à la région lombaire gauche. La reconstruction du plan endothoracique est assurée par une plaque de Goretex et par des tiges d'ostéosynthèses vertébrales de T4 à L1. Nous réalisons une couverture par lambeau libre de grand dorsal et de serratus antérieur. Les suites opératoires sont marquées par une ischémie du lambeau qui nécessite sa dépose. Une nouvelle couverture est réalisée avec un lambeau de DIEP bilatéral, branché au niveau du pédicule thoracodorsal par 2 pontages saphènes, avec une longueur totale de pédicule de 36cm, et un lambeau lombaire en hélice bifolié. **RESULTAT** Survie du lambeau avec couverture dorsale complète, sans exposition de matériel. Cicatrisation acquise après 2 mois. Complications marquées par un séjour en réanimation de 21 jours, avec infection et atelectasie pulmonaire. A 6 mois, reprise complète de la marche avec autonomie à domicile. **CONCLUSION** Ce cas pose les bases d'une reconstruction thoracique fiable, dépendante d'un lambeau et permettant de réaliser une exérèse complète. L'utilisation d'un lambeau ponté a été une condition nécessaire à sa survie, permettant de pallier aux contraintes imposées par la chirurgie d'exérèse.

09h28

**Oncologie**

Dr. Anna AUQUE

A. AUQUE (Strasbourg)

*Couverture d'une fistule gastro-oesophagienne par un lambeau de grand dorsal musculaire pur controlatéral pédiculé : à propos d'un cas.*

Sujet : La fistule anastomotique est considérée comme la première cause de mortalité après une oesogastrectomie polaire supérieure selon Lewis-Santy. Le traitement peut être soit médical, soit nécessiter une reprise chirurgicale pour fermeture de la fistule. A ce jour, l'utilisation d'un lambeau musculaire pur pour couvrir une fistule après une intervention de ce type n'a été décrite que dans le cadre d'une fistule gastro-bronchique. Matériel et Méthode (Cas clinique) : Nous rapportons le cas d'une patiente de 58 ans qui a bénéficié d'une oesogastrectomie polaire supérieure selon Lewis-Santy pour traiter un carcinome épidermoïde du moyen œsophage. L'intervention s'est compliquée précocement d'une fistule gastro-oesophagienne. La fistule a d'abord été fermée par une voie d'abord de thoracotomie postérieure puis couverte par l'interposition d'un lambeau de grand dorsal musculaire pur pédiculé controlatéral. Résultat : Au 15ème jour post-opératoire, la patiente peut reprendre une alimentation per os. A 10 mois de recul, la patiente est en excellent état général avec une alimentation tout-à-fait satisfaisante. Il n'existe pas de récurrence de la fistule. Conclusion : Dans notre cas, la couverture d'une fistule anastomotique après intervention de Lewis-Santy par un lambeau de grand dorsal musculaire pur controlatéral pédiculé a permis de prévenir une récurrence de la fistule. Les résultats à court et moyen terme sont satisfaisants avec notamment une reprise rapide de l'alimentation per os.

09h35

## Oncologie

Dr. Grégory LAFAYE

G. LAFAYE (Toulouse)

*Étude de la fiabilité clinique des lambeaux perforants pédiculés dans la prise en charge des sarcomes des tissus mous des membres et du tronc chez l'adulte.*

**INTRODUCTION :** La chirurgie conservatrice des membres associée à la radiothérapie est devenue le traitement de référence pour les sarcomes des tissus mous. Malgré les nombreux avantages des techniques de reconstruction telles que les lambeaux locaux et lambeaux d'épargne musculaire (« muscle-sparing flap »), l'utilisation des lambeaux perforants pédiculés reste non consensuelle en raison de doutes persistants sur leur fiabilité lorsqu'ils sont associés à la radiothérapie. Cette étude avait pour but d'évaluer la fiabilité clinique de ces lambeaux, dans la chirurgie reconstructrice des sarcomes des tissus mous des membres et du tronc par rapport aux lambeaux de référence (lambeaux régionaux pédiculés et lambeaux libres), en termes de délai de cicatrisation, de troubles de la cicatrisation et de complications postopératoires, indépendamment du type d'irradiation utilisé. **MATÉRIEL ET MÉTHODES :** Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle, bi-centrique étudiant les lambeaux perforants pédiculés et les lambeaux de référence (lambeaux pédiculés régionaux et lambeaux libres) réalisés entre janvier 2015 et janvier 2021. **RÉSULTATS :** 118 lambeaux ont été inclus, dont 63 % dans le groupe des lambeaux perforants pédiculés et 37 % dans le groupe des lambeaux de référence. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le délai de cicatrisation ( $p = 0,4815$ ), les troubles de la cicatrisation comme la nécrose partielle ( $p = 0,1236$ ), la désunion cicatricielle ( $p = 0,1227$ ) et l'analyse globale des complications postopératoires. La durée d'hospitalisation et le temps opératoire étaient significativement plus courts dans le groupe des lambeaux perforants pédiculés ( $p = 0,0032$  et  $p < 0,0001$ ). **CONCLUSION :** Les lambeaux perforants pédiculés sont aussi fiables cliniquement que les lambeaux de référence (pédiculés régionaux et libres) dans le cadre de la prise en charge des sarcomes des tissus mous des membres et du tronc.

09h42

## Plastique Générale

Dr. Antonin VOISIN

A. VOISIN, U. LANCIEN, F. DUTEILLE, J. AUBRIT, P. PERROT (Nantes, Nantes, Nantes, Nantes, Nantes)

*Dermohypodermite bactérienne nécrosante compliquant une dermolipectomie abdominale antérieure: une complication rare d'une particulière gravité. A propos de trois cas et revue de la littérature.*

Introduction : La dermolipectomie abdominale est l'une des interventions de chirurgie plastique les plus fréquentes. Nous rapportons le cas de trois cas de dermohypodermite bactériennes nécrosantes (DHB-FN) compliquant une dermolipectomie abdominale antérieure avec lipoaspiration (QBFA008) dans un contexte de chirurgie post-bariatrique.

Matériel-Méthode: Par une revue des dossiers, nous avons récupéré les explorations (lactate, CPK, créatininémie) et les thérapeutiques (amines, transfusion, dialyse, ventilation mécanique) effectuées en réanimation, la chronologie de la prise en charge (jour et détails des interventions, délai avant cicatrisation ou sevrage en amine), les facteurs de risque d'infection post-opératoire (diabète, AINS, corticothérapie, immunodépression) et l'antibiothérapie (molécule, durée). Résultat : Les patientes sont âgées de 56, 61 et 70 ans, et chacune a nécessité d'une reprise chirurgicale, à deux reprises pour l'une d'entre elles, et ont effectué un séjour en réanimation. Les séjours ont duré 2 à 3 jours, toutes ont été en choc septique avec utilisation d'amines (100%), et une a eu recours à la ventilation mécanique et à une transfusion de CGR (33%). Les prélèvements per-opératoires retrouvent un germe commun : *Staphylococcus lugdunensis* ; nécessitant une bi-antibiothérapie en moyenne de 22 jours [17;30]. Les suites ont toutes été favorables, sans séquelles pour les patientes avec une cicatrisation dirigée seule en moyenne en 41 jours [30;60]. Seule une patiente a déclaré une corticothérapie (33%). Devant les 3 cas d'infection post-opératoires déclarés sur 3 mois, une enquête interne a révélé un problème de stérilisation des canules de lipoaspirations utilisées lors des interventions.



09h49

## Plastique Générale

Dr. François THUAU

F. THUAU, U. LANCIEN, F. DUTEILLE, J. AUBRIT, P. PERROT (Nantes, Nantes, Nantes, Nantes, Nantes)

*Docteur Junior en chirurgie plastique, qu'en est-il en pratique ? Évaluation des pratiques au bout d'un semestre d'application.*

Introduction En 2017, la réforme du troisième cycle des études de médecine a abouti à la création du statut de Docteur Junior, correspondant à la phase de consolidation. Cette phase a pour but une mise en autonomie croissante et supervisée de l'interne. En chirurgie plastique, cette phase dure deux années et fait suite aux quatre premières années d'internat. Le statut de Docteur Junior en chirurgie plastique est apparu pour la première fois en novembre 2021. Nous avons évalué à travers notre étude la mise en pratique de cette réforme. Matériel et Méthodes Nous avons fait parvenir un auto-questionnaire par courriel aux 24 Docteurs Junior en chirurgie plastique. Celui-ci s'intéressait à leur terrain de stage, leur activité de consultation, leur programme opératoire, leur intégration au planning d'astreinte ou garde, l'existence de demi-journées de disponibilités et leur ressenti général sur l'application de cette réforme. Résultats Nous avons recueilli 12 questionnaires. Le sex-ratio était de sept hommes pour cinq femmes. L'âge moyen était de 29 ans. La majorité des répondants travaillait au sein d'un CHU (92%). Un tiers d'entre-eux avaient leurs propres consultations, 42% avaient leurs propres plages opératoires sous anesthésie générale et un tiers sous anesthésie locale. Ils étaient 42% à considérer cette réforme comme une avancée en terme de formation. Un quart d'entre-eux estimait qu'il s'agissait d'une régression et un tiers que cela n'était ni une avancée ni une régression. Conclusion La mise en place du statut de Docteur Junior est contrastée au sein des différents centres hospitaliers. Bien que cette réforme soit globalement perçue d'une manière positive par les Docteurs Junior, il demeure un sentiment de statut intermédiaire avec une difficulté à trouver sa place au sein de l'organisation des services.

PAUSE



10h30

## Plastique Générale

Dr. Lisa BARRY

L. BARRY, L. PASQUESOONE, E. GUERRE, V. DUQUENNOY-MARTINOT (Lille, Lille, Lille, Lille)

*Couverture d'une perte de substance proximale de jambe par lambeau saphène médial hétéro-jambier (cross-leg).*

La couverture des pertes de substances cutanées du tiers proximal de la jambe avec exposition osseuse fait appel à de nombreuses techniques chirurgicales. Celles-ci peuvent aller des lambeaux locaux régionaux (fascio-cutanés ou musculaires) aux lambeaux libres. Néanmoins, les options thérapeutiques sont parfois limitées par le terrain du patient ou l'état local du membre. Les lambeaux hétéro-jambiers gardent une place dans ces situations de reconstructions complexes. Nous présentons dans cette vidéo la technique chirurgicale du lambeau saphène médial hétéro-jambier. Celui-ci a été réalisé dans le cadre d'une ostéite chronique de la métaphyse tibiale proximale avec fistulisation cutanée, après échec de lambeau gastrocnémien médial. Nous décrivons la levée du lambeau étape par étape, ainsi que la mise en place du fixateur externe. La palette cutanée intéresse la face interne des deux tiers proximaux de la jambe, du bord interne du tibia à la partie postérieure du mollet. En raison d'une fiabilité modérée, nous recommandons de conserver un rapport longueur sur largeur de 3/1 maximum. Après section du nerf et de la veine saphène, le lambeau est levé en sous-fascial jusqu'à la partie proximale de la jambe. Il est ensuite mis en place sur la perte de substance et les deux jambes sont solidarisées par un fixateur externe. La zone donneuse est couverte par greffe de peau mince en un ou deux temps. De prélèvement simple, le lambeau saphène médial sous forme hétéro-jambière est d'une grande aide pour permettre le sauvetage de membre lorsque les autres options loco-régionales ou à distance ne sont pas réalisables. Les points difficiles de sa mise en œuvre résident dans le choix de l'indication et dans le positionnement des deux membres inférieurs lors de leur fixation externe. Sa fiabilité reste aléatoire et les séquelles esthétiques du site donneur sont importantes.

**10h37**

### Plastique Générale

Dr. Claire-Sophie BICH JACOB

C. BICH JACOB, A. GLORION (Clamart, Paris)

*Gestion des sites donneurs de greffes.*

La gestion des sites donneurs de greffe de peau peut être un challenge pour le chirurgien en fonction des comorbidités du patients ( âge, obésité, corticothérapie, diabète ...). Ces sites donneurs peuvent poser le problème de retard de cicatrisation, d'infection et contraignent parfois le chirurgien à devoir regreffer ces sites et à en créer d'autres. Nous proposons une technique chirurgicale qui consiste à greffer le site donneur avec des larges expansions en prélevant des bandes de peau contiguës et regreffer le site donneur dans le même temps chez les patients âgés ou fragiles. Il s'agit de prélever deux bandes contiguës : l'une pour couvrir la perte de substance et l'autre pour le site donneur. On expose la bande qui servira à couvrir le site donneur par 3. Si deux bandes sont nécessaires pour couvrir la perte de substance, il faut prélever 3 bandes contiguës et les exposer la bande par 4. On peut se permettre de prélever des bandes de peau minces plus épaisses 0,4 mm comme le site donneur est greffé. Un pansement Alginate est mis en place sur le site donneur pendant 15 jours et est retiré : le site donneur est cicatrisé. Ce protocole est utilisé dans notre service et dans centre de traitement des brûlés sur les cuisses, l'abdomen ou autres sites et a permis de s'affranchir des troubles de cicatrisation des sites donneurs chez les patients âgés et fragiles.

10h44

## Plastique Générale

Dr. Benjamin GUENA

B. GUENA, B. CHAPUT, E. CIUCUR, C. HERLIN (Toulouse, Toulouse, Montpellier, Montpellier)

*Algorithme de conversion d'un lambeau perforant en keystone en cas de précarité vasculaire.*

Les pertes de substances (PDS) de surface modérée fréquemment rencontrées après exérèses de tumeurs cutanées posent problème en terme de reconstruction. Elles sont à la limite de la fermeture directe, une cicatrisation dirigée serait trop prolongée et les greffes de peau offrent une prise variable et présentent un effet patch séquellaire. Pour obtenir les meilleurs résultats fonctionnels et esthétiques, la reconstruction par des tissus de consistance et texture similaires doit être prise en compte. L'arsenal thérapeutique actuel offre pour cela deux solutions majeures: - Le lambeau de keystone qui est fiable avec une technique de dissection aisée mais ayant pour inconvénient une rançon cicatricielle importante du site donneur. - Le lambeau perforant dont l'utilisation exige de bonnes connaissances anatomiques, une technique de dissection précise et un bon réseau vasculaire local. Nous proposons un algorithme simple à décision per-opératoire s'adaptant au réseau vasculaire du patient pour la couverture de ces PDS par lambeau local, type keystone, ou par lambeau perforant.

**10h51**

**Plastique Générale**

Dr. Charline HUTTON

C. HUTTON, L. RUFFENACH (Strasbourg, Strasbourg)

*Changement de prothèse totale du genou et reconstruction simultanée de l'appareil extenseur par allogreffe et lambeau musculo-cutané de grand dorsal libre : cas clinique.*

Introduction : Nous présentons le cas d'un patient de 67 ans, suivi pour une infection sur prothèse totale du genou gauche avec rupture complète de l'appareil extenseur et perte de substance cutanée en regard, dans les suites d'une arthroplastie totale pour gonarthrose post-traumatique. Matériels et méthodes : Ablation des tissus infectés, incluant le tendon patellaire et la patella, et de l'ancienne prothèse, puis nouvelle arthroplastie totale par prothèse cimentée. Reconstruction de l'appareil extenseur par allogreffe de tendon d'Achille et une partie du muscle grand dorsal, couverture cutanée par lambeau musculo-cutané de grand dorsal libre branché sur l'artère descendante du genou. La partie musculaire du lambeau a été greffée secondairement. Résultats : La reconstruction de l'appareil extenseur par utilisation simultanée de l'allogreffe et du grand dorsal a permis une récupération satisfaisante de l'extension active, ainsi qu'une bonne couverture de l'implant sans retard de cicatrisation et sans récurrence septique à 1 an. Discussion : En cas de reprise d'arthroplastie de genou, il est fréquent dans la littérature de devoir recourir à des lambeaux libres de couverture pour pallier des pertes de substance cutanée importantes. L'utilisation d'un lambeau musculo-cutané de grand dorsal permet d'amener à la fois un large matériel de couverture, et une partie tendineuse pouvant être utilisée pour une reconstruction de l'appareil extenseur.

10h58

## Plastique Générale

Dr. Abdulaziz ASIRY

A. ASIRY (Toulouse)

*Risque thromboembolique après dermolipéctomie abdominale antérieure. Mesures de thromboprophylaxie : opportunité et pertinence du score de Caprini.*

La littérature fait état de deux attitudes principales. La première est l'utilisation systématique des HBPM 7 à 10 jours postopératoires en France et l'adaptation de la prise en charge à une catégorie de risque déterminée par l'utilisation d'un modèle d'évaluation du risque. L'objectif de cette étude était d'évaluer le risque thromboembolique d'un échantillon de patients ayant bénéficié d'une abdominoplastie dans un service français et de comparer le rapport coût efficacité de leur prise en charge avec une stratégie dérivée de l'utilisation du modèle de Caprini. Méthodologie : Une étude rétrospective dans le service de chirurgie plastique CHU Rangueil à Toulouse, Nous avons recueilli les données démographiques ainsi que les antécédents médicaux pertinents, les éléments du modèle de Caprini. Résultats : 219 patients (200 femmes et 19 hommes). L'âge moyen était de 42,94 ans (SD 11,7) allant de 20 à 75 ans. Le post-partum (33,33%), le régime et le sport (22,05%) et le bypass gastrique (21,15%) étaient les principales méthodes de perte de poids dans l'échantillon. Le score moyen de Caprini était de 3,29 (SD 1,12), allant de 1 à 10. La durée moyenne du traitement postopératoire à l'héparine était de 14,9 jours (écart-type 1,5), allant de 7 à 28 jours. Nous avons enregistré 1 embolie pulmonaire (0,45%) et 13 hématomes (5,93%). Nous avons constaté que l'Assurance Maladie française économiserait jusqu'à 44,54% des sommes dépensées pour la thromboprophylaxie pharmacologique post abdominoplastie si le modèle de Caprini était utilisé pour prendre en charge ces patients.

**11h05**

**Plastique Générale**

Dr. Florian DELAS

F. DELAS (Rouen)

*Choc septique à Capnocytophaga canimorsus avec nécroses des 4 membres : à propos d'un cas.*

Capnocytophaga canimorsus, germe commensal de la cavité buccale des chiens et des chats, est parfois responsable d'infections humaines gravissimes lors de morsures ou de « léchages », notamment sur terrain d'immunodépression. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 47 ans, sans antécédent, ayant présenté un choc septique compliqué d'une CIVD à la suite d'une contamination probable par son chien. Les suites ont été marquées par une insuffisance rénale aiguë ayant nécessité la mise en place d'une épuration extra-rénale et des nécroses des 4 membres. Initialement, ces nécroses sont apparues très proximales. L'attente des délimitations avec des soins adaptés ont évité les contaminations et ont permis des amputations trans IPP et au niveau des métacarpo-phalangiennes, ainsi qu'en trans-métatarsien. Après un mois de réanimation, la couverture des pertes de substances au niveau des mains a été réalisée en un temps par deux lambeaux de Mac Gregor pour conserver une prise pollici-digitale. Les pieds ont été laissés en cicatrisation dirigée. La patiente a pu quitter le service d'hospitalisation pour un service de convalescence au bout de 4 mois. Ce cas rappelle les difficultés de prise en charge des patients présentant des nécroses des 4 membres suite à CIVD ou complications de la réanimation, avec des objectifs de prise en charge bien définis. Il rappelle également l'extrême gravité potentielle des rares bactériémies à Capnocytophaga canimorsus et illustre le fait que ceci est possible sans contexte d'immunodépression.

**11h12**

**Plastique Générale**

Dr. Guillaume LACROIX

G. LACROIX (Lille)

*Syncinésies et spasmes du muscle buccinateur dans les séquelles de paralysie faciale : examen clinique et traitement par toxine botulique.*

Sujet : La paralysie faciale peut être source de séquelles esthétiques et fonctionnelles à types de spasmes et de syncinésies. L'injection de toxine botulique constitue un des traitements-clefs de ces séquelles. Son utilisation est largement rapportée dans la littérature pour de nombreux muscles de la face mais peu pour le muscle buccinateur. Pourtant, son hyperactivité peut être invalidante, générant des troubles de la mastication et du sourire notamment. Le but de cette étude prospective est de rapporter les effets des injections de toxine botulique grâce à un questionnaire d'évaluation spécifique au muscle buccinateur. Patients et méthodes : L'étude a été menée sur 13 patients. Les paralysies faciales étaient d'origines diverses. Le questionnaire comportait 10 questions évaluant chacune une mimique faciale impliquant le muscle buccinateur. L'échelle de notation allait de - 10 (détérioration majeure) à 10 (amélioration majeure) pour chaque question. L'évaluation était effectuée à 1 et 4 mois de l'injection. Résultats : Nous avons retrouvé une amélioration pour l'ensemble des mimiques et gestes évalués (0 à 7,38 à 1 mois et 0,15 à 6,62 à 4 mois). Cette amélioration est plus importante à 1 mois qu'à 4 mois. Peu d'effets secondaires ont été rapportés. Conclusion : Les injections de toxine botulique constituent une solution thérapeutique efficace, sûre pour le traitement des séquelles de paralysie faciale du muscle buccinateur au travers d'un questionnaire spécifique nouveau. Par la suite, il serait intéressant de réaliser une évaluation sur une population plus importante et comparative avec d'autres scores reconnus dans la paralysie faciale.



11h19

## Plastique Générale

Dr. Quentin DELECROIX

Q. DELECROIX, L. JAYYOSI, L. POUZET, N. CORREIA, N. ISOLA, S. CHIRIAC, C. FRANCOIS (Reims, Reims, Reims, Aix-en-Provence, Orléan, Reims, Reims)

*Facteurs prédictifs des complications de la chirurgie des séquelles abdominales d'amaigrissement, après chirurgie bariatrique chez les non-fumeurs.*

L'objectif de ce travail a été de rechercher les principaux facteurs prédictifs de complication post opératoire, autres que le tabac, après abdominoplastie ou bodylift dans le cadre d'amaigrissements post-bariatrique. Une étude monocentrique rétrospective descriptive, incluant les patients opérés d'une abdominoplastie ou d'un bodylift, après chirurgie bariatrique a été réalisée, entre le 01 janvier 2016 et le 31 décembre 2019. Ont été exclus : les tabagiques actifs, les patients non bariatriques et/ou ayant déjà eu une abdominoplastie ou bodylift et/ou ayant bénéficié d'une chirurgie combinée. Un test de Student ou de WilcoxonMannWhitney pour les variables quantitatives et un test de Chi<sup>2</sup> ou de Fisher pour les variables qualitatives ont été utilisés (degré de significativité de 5%). Les analyses multivariées ont été réalisées par régression logistique. 105 patients ont été inclus (73 bodylifts, 32 abdominoplasties). 68% ont présenté au moins une complication. La majorité d'entre elles n'entraînaient qu'un prolongement des soins locaux. Le taux de complication grave était de 2,9%. Les facteurs de risque de complication étaient : un sujet jeune ( $p=0.014$ ), une perte de poids plus importante ( $p=0.03$ ), un délai entre la chirurgie bariatrique et l'intervention de chirurgie plastique plus important ( $p=0.0002$ ), la réalisation d'un bodylift versus une abdominoplastie ( $p<0.01$ ), l'anneau gastrique ( $p=0.029$ ). A l'inverse le bypass est apparu comme un facteur limitant les complications post séquelles d'amaigrissement ( $p=0.041$ ). Le model prédictif de complication issu de l'étude multivariée conclue au rôle prépondérant du type de chirurgie plastique et de l'IMC pré-opératoire sur les risques de complication. Il s'agit d'une chirurgie avec des complications, mais bénignes pour lesquels l'information de patient est capitale. Il est nécessaire de contrôler les facteurs de risque sur lesquels nous pouvons influencer.

11h26

## Plastique Générale

Dr. Alexia RAMON

A. RAMON (Reims)

*Recommandation sur l'antibioprophylaxie en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique.*

Introduction : En chirurgie plastique, les recommandations sur l'antibioprophylaxie sont imprécises et incomplètes, du fait d'une quasi-absence d'étude de haut niveau de preuve sur le sujet. L'objectif principal est de proposer des recommandations détaillées consensuelles concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie plastique. Matériel et Méthode : Une analyse multicentrique des pratiques au sein de 3 Centres Hospitaliers et Universitaires, comparée à une analyse interdisciplinaire des recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation et de la littérature scientifique a été proposée pour discussion et validation à un groupe de travail. Ce groupe de travail était composé de chirurgiens plasticiens membres du chapitre de plastique générale de la Société française de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, d'infectiologues et d'anesthésistes afin de définir des protocoles d'antibioprophylaxie préopératoire clairs et précis. Résultats : Aucune antibioprophylaxie n'est recommandée lors d'une intervention de chirurgie plastique générale, hors lambeau pédiculé ou implant. Une antibioprophylaxie par céfazoline (ou clindamycine +/- gentamicine en cas d'allergie), est recommandée pour les interventions de chirurgie générale avec lambeau ou prothèse, la chirurgie mammaire avec ou sans prothèse, la lipostructure, les dermolipectomies de membres, les chirurgies abdominales et les rhinoplasties/septorhinoplasties. Conclusion : Nous avons pu parvenir à un accord pour établir des recommandations ce qui représente la première étape. Il faudrait maintenant les évaluer en situation clinique afin de les valider et de les proposer sur le plan national.

**11h33**

## Plastique Générale

Dr. Alice NIBBIO

A. NIBBIO, L. RUFFENACH, É. ROBERT, F. BODIN, C. DISSAUX (Strasbourg, Strasbourg, Colmar, Strasbourg, Strasbourg)

*Évaluation de la forme et du résultat esthétique d'ombilics transposés selon quatre techniques chirurgicales.*

En chirurgie plastique de l'abdomen, l'ombilic est fréquemment transposé, générant des cicatrices et des formes variant selon les techniques employées. De nombreuses techniques de transposition ombilicale ont été décrites. L'objectif de cette étude était de définir la forme et le résultat esthétique obtenus avec quatre procédures chirurgicales différentes, afin d'élire une technique « idéale » de transposition ombilicale. Cette étude rétrospective analysait les caractéristiques d'ombilics transposés chez 50 patientes ayant bénéficié d'une dermolipectomie abdominale à visée esthétique, pour séquelles d'amaigrissement, ou en reconstruction mammaire par Deep-Inferior-Epigastric-Perforator. Quatre techniques chirurgicales étaient retenues, elles se distinguaient par la forme de leur contre-incision dans le lambeau abdominal (Y, Y-inversé, rond désépidermisé avec incision horizontale ou U), et la position des points profonds d'amarrage de l'ombilic (sur un axe horizontal ou vertical). La forme et la profondeur de l'ombilic étaient évaluées par un jury de spécialistes. L'appréciation globale bénéficiait d'une double évaluation, par le jury chirurgical et les patientes. Le type de contre-incision déterminait la forme de l'ombilic : triangulaire pour le Y (60%) ou Y-inversé (41%), rond pour le U (52%) et ovale vertical (67%) ou rond (32%) pour le cercle désépidermisé. La position des points profonds influençait l'axe de l'ombilic. En terme d'appréciation, le rond désépidermisé remportait les meilleurs résultats chez les chirurgiens et les patientes de manière significative (respectivement 72% et 100% de satisfaits), suivi des techniques en Y-inversé (57% et 92%), en Y (55% et 89%), puis en U (50 et 75%). La contre-incision horizontale dans un rond désépidermisé avec points d'amarrage sur un axe vertical génère des ombilics de forme ovale vertical ou ronds, jugés attrayants dans la littérature, et ayant donné le plus haut niveau de satisfaction chez les chirurgiens et les patientes.

**11h40**

**Plastique Générale**

Dr. Silvia GANDOLFI

S. GANDOLFI, T. MERESSE, C. BERTHIER, K. KOLSI, D. GANGLOFF, B. CHAPUT, J. GROLLEAU (Toulouse, Toulouse, Toulouse, Toulouse, Toulouse, Toulouse, Toulouse)

*Lambeaux perforants en chirurgie ambulatoire. A propos d'une expérience de deux ans.*

Introduction : La chirurgie ambulatoire est en constant développement et sa popularité est en augmentation pour diverses raisons : contraintes économiques, évolution dans les pratiques professionnelles, une meilleure adhésion du patient. A l'état actuel, les lambeaux perforants pédiculés qui minimisent la morbidité des sites donneurs et évitent la réalisation des micro-anastomoses, pourraient prendre leur place en chirurgie ambulatoire, si planifiés et gérés par une équipe expérimentée. Méthodes : Dans la période de Janvier 2019 à Janvier 2021, nous avons réalisé des lambeaux perforants pour la couverture des tissus mous sous régime de la chirurgie ambulatoire. Les patients ont été inclus rétrospectivement et les données ont été recueillies en examinant les dossiers médicaux. Les complications ont été enregistrées. Le critère de jugement principal de cette étude était le taux de complications majeures nécessitant une reprise chirurgicale et le transfert du patient dans le service d'hospitalisation conventionnelle. Résultats : La cohorte rétrospective a inclus 32 interventions chirurgicales réalisées chez 32 patients. Dans tous les cas, des lambeaux perforants ont été réalisés pour couvrir des pertes de substance des tissus mous consécutives à des gestes d'exérèse de chirurgie oncologique. Les complications majeures nécessitant une reprise chirurgicale ont été répertoriées 3 fois sur 32 (9,3 %). Dans ces cas, la dépose du lambeau a été réalisée une fois. Le délai moyen de cicatrisation était de 33 jours (15-90) et la durée moyenne de suivi était de 9,6 mois (1-22). Conclusion : Le faible taux de complications dans notre série suggère que cette première expérience sur la réalisation des lambeaux perforants en chirurgie ambulatoire est prometteuse en termes de sûreté et de faisabilité, et que l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire pourrait être une option pratique pour ce type d'actes chirurgicaux en évitant la saturation des services conventionnels.

11h47

## Plastique Générale

Dr. Fiona GOLDAMMER

F. GOLDAMMER (Strasbourg)

*Performances de la mammographie, de l'échographie et de l'IRM dans la détection des ruptures d'implants mammaires : étude rétrospective observationnelle à propos de 367 cas.*

Objectif Le but de cette étude était d'étudier les performances de la mammographie, de l'échographie et de l'IRM mammaire pour le diagnostic des ruptures d'implants mammaires. Méthode Une étude rétrospective incluait toutes les révisions d'implant. L'intégrité de l'implant à la mammographie, échographie et IRM préopératoires était consigné. Le critère de jugement principal était l'état peropératoire. Ont été calculés la sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et négative, rapport de vraisemblance positif et négatif des examens. Résultats 234 patients étaient inclus ; 213 mammographies, 295 échographies et 160 IRM réalisées. Cent quatorze implants étaient rompus, 253 intacts. L'IRM est le plus sensible (99 %) ; devançant la mammographie (sensibilité : 70 %). La mammographie est la plus apte à détecter les implants intacts (spécificité : 93 %), devant l'IRM (spécificité : 78 %). L'échographie présente des propriétés intermédiaires. Une mammographie positive affirme la rupture dans 84 % des cas, alors que l'IRM (valeur prédictive positive : 78 %) est prise en défaut dans 20 % des cas. Une échographie et une IRM normales écartent une rupture (valeur prédictive négative de 93 % et 99 % respectivement). La mammographie et l'échographie sont plus efficaces que l'IRM pour détecter une rupture (rapport de vraisemblance positif de respectivement 9,78, 8,24 et 4,44). L'IRM en affirme l'intégrité (rapport de vraisemblance négatif : 0,02). Conclusion L'échographie serait le meilleur examen chez les patientes de moins de 50 ans. En cas de doute, une mammographie complète le bilan. Après 50 ans, mammographie et échographie devraient être réalisées d'emblée. Au besoin, une IRM élimine une rupture.

11h54

Recherche Idées et innovations

Dr. Hugo CASO

H. CASO, M. ABELLAN LOPEZ, C. PHILANDRIANOS, B. BERTRAND (Marseille, Marseille, Marseille, Marseille)

*La peau bioimprimée : expérience Marseillaise.*

Introduction : La peau est le plus grand organe du corps humain. Malgré les avancées scientifiques dans le domaine de la cicatrisation, la prise en charge des plaies reste un problème de santé publique. Les greffes de peau restent un outils indispensable dans l'arsenal thérapeutique du chirurgien plasticien. Depuis la dernière décennie, on voit émerger la technologie de l'impression 3D. Matériel et Méthodes : Afin de valider l'utilisation d'un substitut dermo-épidermique bioimprimé, nous avons choisi un modèle de plaie chez la souris nude femelle de 8 semaines. A partir de résidus opératoires récupérés lors d'interventions de chirurgie plastique, une partie était utilisée au Laboratoire de Thérapie Cellulaire afin d'extraire les cellules et d'amplifier les fibroblastes et kératinocytes et l'autre était utilisée pour greffer les souris. Concernant les manipulations sur les animaux, plusieurs runs ont été réalisés afin de valider la fixation des greffes, le pansement ainsi que le support de la peau bioimprimée. Le taux de prise et la rétraction ont également été évalués. Résultats : Un total de 28 souris ont été greffées avec un substitut dermo-épidermique bioimprimé. La fixation par points séparés ainsi que le pansement par Tegaderm ont été validés. La majorité des greffes a cicatrisé avec cependant une rétraction importante mais similaire à la peau humaine. Conclusion : Cette étude pré clinique nous conforte sur la faisabilité de l'utilisation de substitut dermo-épidermique bioimprimé. Une étude clinique permettra de confirmer son utilité chez l'Homme.



**12h01**

**Recherche Idées et innovations**

Dr. Haizam OUBARI

H. OUBARI, J. COUDURIER, J. GIOT (La Tronche, Grenoble, Grenoble)

*Application de la technologie piezoélectrique à la dissection de la voie d'abord étendue en rhinoplastie ouverte.*

Sujet Application de la technologie piezoélectrique à la dissection de la voie d'abord étendue en rhinoplastie ouverte. Ces dernières années la rhinoplastie a connu de grandes évolutions avec l'emploi des instrument piézoélectriques pour la réalisation des ostéotomies et le remodelage du nez osseux ainsi que la popularisation de la dissection sous péri-chondrale. Matériel et Méthodes Depuis 2019 nous avons cherché à combiner les bénéfices de ces deux techniques et étendre l'emploi du piezo à la dissection de la voie d'abord de rhinoplastie par truchement d'un moteur de marque Mectron monté d'un insert rugine PR1 pour la dissection sus et sous péri-chondrale dans les voies d'abord ouvertes de rhinoplastie. Les microoscillations piezo électriques se substituant aux mouvements manuels, une dissection précise et douce est possible à l'interface entre une structure rigide (cartilage ou os) et les tissus mous le recouvrant. Une voie d'abord ouverte est utilisée, avec incision columellaire et marginale étendue puis dissection dans le plan sus péri-chondral des cartilages latéraux inférieurs et supérieurs, sous périosté au niveau du nez osseux et dans le plan sous péri-chondral au niveau du septum. Résultats En moyenne 10 à 15 minutes sont nécessaires pour réaliser une voie ouverte étendue sans la septoplastie avec cette technique à la fois douce, efficace et précise. De plus la dissection du septum est aisée et le risque de perforation muqueuse est minimisé notamment dans les cas de déviation septale marquée. Les saignements déjà peu abondants dans ces plans pauci ou avasculaires sont d'autant moins présents grâce à l'emploi d'une irrigation froide. Conclusions La dissection de la voie d'abord de rhinoplastie ouverte à la rugine piézoélectrique est une technique novatrice qui permet un gain de temps et d'aisance dans cette étape parfois délicate.



12h08

### Recherche Idées et innovations

Dr. Yanis BERKANE

Y. BERKANE, A. LELLOUCH, P. GIRARD, M. RANDOLPH, C. CETRULO, K. UYGUN, J. DUISIT (Rennes, Paris, Rennes, Boston, Boston, Boston, Bruxelles)

*2FEP : Développement d'un protocole optimal de perfusion extracorporelle de lambeaux fasciocutanés.*

Introduction/Contexte : Ce projet, dans l'ère des machines de perfusion, a pour but de développer un protocole fiable et reproductible de perfusion in vivo de lambeaux libres par circulation extracorporelle. L'une des applications est la reconstruction cervico-faciale où le traitement combinant chirurgie et radiothérapie peut provoquer des lésions majeures des vaisseaux receveurs habituellement utilisés pour la reconstruction (« vessel depleted necks »). La reconstruction par lambeau libre ne peut donc pas se faire par microchirurgie conventionnelle. Un second cas de figure est celui de patients artériopathes ayant une pathologie vasculaire très évoluée, et présentant une plaie chronique posant l'indication d'un lambeau libre. Les lésions d'athérosclérose/médiocalcose peuvent être telles que la réalisation des anastomoses microchirurgicales est risquée. Enfin, certains patients ayant aux lourds antécédents sont simplement récusés d'une chirurgie prolongée ou à risque vasculaire. Dans le cas de ces impasses thérapeutiques, l'objectif du projet est d'assurer la vascularisation d'un lambeau fascio-cutané en place sur le site receveur et perfusé par circuit extracorporel, jusqu'à son autonomisation (temps cible : 10j). Cette technique très innovante n'a été à ce jour décrite in vivo que par une seule équipe, sur 8 patients au total, avec un bon taux de couverture finale mais après de nombreuses complications ischémiques (épidermolyse, nécroses...), révélant que cette technique doit être optimisée. Méthodes : L'optimisation du protocole est réalisée sur modèle pré-clinique de lambeau fascio-cutané saphène prélevé sur modèle porcin, permettant d'effectuer les mises au point nécessaires sur les paramètres de perfusion, le perfusé et le monitoring, afin de garantir une application clinique optimisée. Conclusion : L'objectif est donc d'apporter une nouvelle solution chirurgicale dans les rares situations d'impasse thérapeutique décrites, afin de compléter l'arsenal des techniques de couverture de pertes de substance complexes.

12h15

## Sénologie

Dr. Inès BOURAHLA

I. BOURAHLA (Lille)

*Reconstruction mammaire autologue par muscle sparing latissimus dorsi : note technique*

Décrit pour la première fois en 1906, le lambeau de grand dorsal, lambeau musculo-cutané, est une des techniques de référence en reconstruction mammaire autologue. Sa fiabilité vasculaire, sa facilité de prélèvement avec une cicatrice discrète, le peu de contre-indications à sa levée et sa capacité à servir de matrice receveuse de graisse autologue en ont fait au fil du temps un choix thérapeutique idéal. Cependant cette technique n'est pas dénuée d'inconvénients avec un risque de sérome important de la zone donneuse en post-opératoire immédiat et de douleurs chroniques et séquelles fonctionnelles à distance. Afin de limiter ces différentes complications, une variation de ce lambeau avec épargne musculaire a été décrite, appelée Muscle Sparing Latissimus Dorsi ou MSLD. Celle-ci consiste à n'emporter qu'une fine bandelette musculaire, pédiculée sur la branche descendante de l'artère thoraco-dorsale. Cette technique de prélèvement permet de conserver fonction, vascularisation et innervation motrice du muscle. Cette vidéo pédagogique a pour objectif de faire un rappel sur les bases anatomiques du Muscle Sparing Latissimus Dorsi, les dessins pré-opératoires à réaliser et la technique de levée de ce lambeau détaillée par étapes associée à celle du lambeau d'avancée abdominale, dans le cadre de la reconstruction mammaire.

12h22

## Sénologie

Dr. Caroline OSPITAL

C. OSPITAL (Lyon)

*Gestion primaire du sillon sous mammaire dans la reconstruction mammaire.*

La fixation du sillon sous mammaire (SSM) dans la reconstruction mammaire après mastectomie est d'une nécessité absolue pour le chirurgien. En effet, bien qu'il ait pu être négligé dans le passé, notre expérience confirme son rôle majeur dans le rendu esthétique du sein reconstruit. La difficulté principale est de rendre ce néo sillon le plus symétrique et naturel possible en comparaison avec le sein controlatéral natif lors d'une reconstruction unilatérale. Les études anatomiques et histologiques récentes nous permettent de mieux comprendre et appréhender la fixation et la reconstruction du sillon sous mammaire. Souvent redouté par les chirurgiens, nous proposons une approche standardisée et une description précise de notre technique chirurgicale. Nos deux problématiques principales dans la reconstruction mammaire sans conservation de l'étui cutané sont la nécessité de reconstruire le sillon sous mammaire et de recréer l'enveloppe cutanée du sein. Pour répondre à ces deux objectifs, nous utilisons une technique de fixation du néo SSM associée au recrutement de la peau thoraco abdominale. Le lambeau d'avancement thoraco abdominal est applicable à tous les programmes de reconstruction mammaire et avec un rendu esthétique semblable au sein controlatéral.

**12h29**

## Sénologie

Dr. Nathan FERREIRA

N. FERREIRA, J. GIOT (La Tronche, Grenoble)

*Reconstruction mammaire bilatérale par lambeau de diep en deux temps : note technique.*

Indications, Sujet Avec l'essor de la chirurgie de prévention du risque, de plus en plus de mastectomies bilatérales sont pratiquées. De nombreux chirurgiens effectuent des reconstructions par double lambeau de Deep Inferior Epigastric Perforator (DIEP), mais cette technique impose une rapidité opératoire ainsi qu'une forte expérience. D'autres facteurs peuvent également faire préférer une reconstruction en deux temps, un sein après l'autre. Nous présentons ici notre technique pour réaliser deux hémi-DIEP lors de deux temps opératoires distincts, en modifiant le dessin du premier lambeau et en réalisant une autonomisation préalable du second. Matériel et Méthodes Nous avons opéré 6 patientes avec une technique en deux temps. Le premier consistait à réaliser un hémi-DIEP sur le pédicule dominant observé à l'angioscanner préopératoire. La palette était prélevée auto-fermante, sans décollement d'abdominoplastie. Le second lambeau était disséqué aux mêmes limites chirurgicales que le côté controlatéral, sans disséquer le plan pré-musculaire ni les perforateurs et en sacrifiant le pédicule épigastrique inférieur superficiel. Des plaques de silicone étaient positionnées dans les incisions supérieures et inférieures afin d'éviter le ré-accolement des tissus et ainsi autonomiser le lambeau sur les perforateurs restants. Le second lambeau était prélevé en moyenne 6 mois après le premier, sans difficultés particulières. Le décollement de plastie abdominale était alors réalisé et la quantité de peau du premier côté adaptée pour obtenir une cicatrice classique d'abdominoplastie. Résultats Les durées opératoires des lambeaux étaient comparables à celles d'un lambeau classique en un temps. Lors du premier geste opératoire, le temps nécessaire à l'autonomisation du second lambeau n'a pas augmenté la durée moyenne de l'intervention. Conclusions La réalisation de deux DIEP en deux temps distincts permet de réaliser les chirurgies sur des temps opératoires classiques, avec de bons résultats et une moindre morbidité.

**12h36**

**Sénologie**

Dr. Camille KUSTER

C. KUSTER (Strasbourg)

*Récidives loco-régionales après reconstruction mammaire par lambeaux libres : suivi d'une cohorte de 117 patientes.*

Indications Les lambeaux libres prennent une place de plus en plus importante en reconstruction mammaire. S'il est aujourd'hui avéré que la reconstruction par lambeau est une technique sûre d'un point de vue carcinologique, il n'en reste pas moins important de réaliser une surveillance afin de diagnostiquer une possible récurrence locorégionale. L'importance d'un suivi radiologique n'est pas consensuelle en France. L'objectif de cette étude était de déterminer l'incidence des récurrences loco-régionales après reconstruction mammaire par lambeau libre de DIEP ou Gracilis et de discuter la pertinence d'une surveillance radiologique. Matériel et méthodes Nous avons réalisé une étude rétrospective d'une série de patientes opérées conjointement au CHU par les services de chirurgie sénologique et de chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice. 117 patientes ayant bénéficié d'une mastectomie puis d'une reconstruction par lambeau libre de DIEP ou Gracilis de janvier 2013 à novembre 2020 ont été incluses. Résultats La durée moyenne de suivi après mastectomie était de 5,4 ans et après reconstruction de 3,2 ans. Une récurrence locale et une récurrence régionale ont eu lieu, soit un taux de récurrence loco-régionale de 1,7%. Le suivi par imagerie des patientes en ville était disparate et non systématique. En revanche les patientes suivies annuellement au CHU pour leur bilan d'imagerie ont bénéficié d'une échographie du lambeau qui n'a jamais conduit à une biopsie inutile. La seule récurrence régionale a été détectée précocement grâce à ces échographies systématiques annuelles. Conclusion Notre étude a retrouvé un taux de récurrence loco-régionale de 1,7% attestant la sécurité des reconstructions mammaires par lambeau libre. Une surveillance échographique annuelle de la reconstruction nous semble envisageable.

12h43

Sénologie

Dr. Lorane FINELLE

L. FINELLE, S. MOLIÈRE, F. BODIN (Toulouse, Strasbourg, Strasbourg)

*Surveillance par imagerie des patientes ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire par lipomodélage : revue de la littérature.*

Résumé : Sujet : L'objectif de notre étude était de déterminer dans quelle mesure le lipomodélage en reconstruction mammaire pouvait induire des difficultés diagnostiques au radiologue pouvant mener à des biopsies « inutiles ». Matériel et méthode : Nous avons sélectionné 16 études prospectives et rétrospectives concernant le suivi radiologique de patientes avec un antécédent de cancer mammaire ayant bénéficié d'une reconstruction par lipomodélage. Résultats : Les 16 études ont permis de comptabiliser 1779 patientes ayant bénéficié de 2700 séances de lipomodélage sur 2199 seins. 404 patientes ont bénéficié d'un suivi par mammographie seule, avec un taux de biopsies de 5,9% et un taux de récurrence tumorale à la biopsie de 8%, 85 patientes ont bénéficié d'un suivi par échographie seule avec un taux de biopsie de 60% et un taux de récurrence tumorale à la biopsie de 3,9%, 81 par mammographie + échographie avec un taux de biopsie de 14,8% et un taux de récurrence tumorale à la biopsie de 8,3% et 79 par mammographie + échographie + IRM avec un taux de biopsie de 5% et un taux de récurrence tumorale à la biopsie de 50%. Au total, 142 biopsies ont été réalisées, soit 6,3% des 2199 seins étudiés avec un taux de récurrence tumorale de 0,5%. Conclusion : Les résultats de cette étude semblent rassurants avec un taux de biopsies relativement faible compte tenu de l'antécédent de cancer, ce qui indique que le lipomodélage n'entraîne pas de grandes difficultés diagnostiques pour un radiologue sénologue entraîné.