

SILHOUETTE

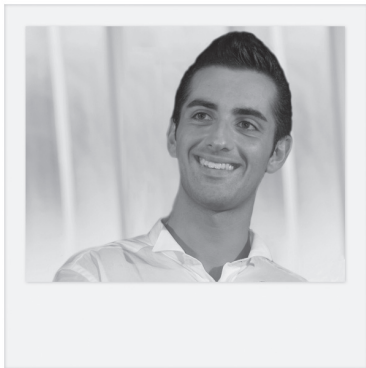
Satisfaction du DIEP : et le ventre ?

RÉSUMÉ : Le taux de satisfaction des patientes concernant leur sein après reconstruction mammaire par DIEP est très élevé, comme l'attestent de nombreuses études. Cependant, aucune étude n'a analysé la satisfaction des patientes concernant les résultats esthétiques abdominaux au cours de cette procédure.

Nous avons donc évalué cette satisfaction en incluant les patientes opérées d'une reconstruction unilatérale par DIEP dans notre service sur 3 ans. Un questionnaire, basé sur une échelle de type Likert, leur a été remis lors d'une consultation de contrôle. Lors de cet entretien, différentes mesures ont également été prises.

50 patientes ont répondu à notre questionnaire lors d'une consultation, avec un recul minimal de 6 mois. Concernant la satisfaction globale, seuls 52 % des patientes étaient satisfaites du résultat esthétique de leur ventre. Les raisons d'insatisfaction les plus fréquentes étaient liées à la présence d'oreilles latérales, d'excédent cutanéograsseux résiduel, ou en rapport avec une cicatrice horizontale disgracieuse. 34 % des patientes ont avoué préférer leur abdomen avant l'intervention. La distance fourchette vulvaire-cicatrice était en moyenne de 10,6 cm.

En conclusion, nous pensons qu'il est nécessaire d'insister en préopératoire sur le fait que l'abdominoplastie réalisée au cours d'un DIEP n'est en aucun cas une plastie abdominale esthétique, et ne pas la promouvoir ou la considérer comme un bénéfice secondaire de l'intervention. Lors de ce type de reconstruction, l'abdomen doit être considéré comme un site donneur de lambeau, au même titre que le dos, ou la face interne des cuisses par exemple.



→ J. NIDDAM

Service de Chirurgie plastique,
reconstructrice et esthétique,
Hôpital Henri-Mondor, CRÉTEIL

Leaux de satisfaction des patientes en chirurgie mammaire, qu'il s'agisse de reconstruction ou d'intervention pour hypertrophie, est très élevé (environ 95 % de satisfaction selon la littérature) [1, 2]. À l'inverse, la plastie abdominale est l'une des interventions de notre spécialité connaissant un des taux de satisfaction les plus faibles, environ 75 %. Il s'agit également, Outre-Atlantique, d'une des procédures les plus pourvoyeuses de litiges et/ou de poursuites judiciaires de la part des patientes [3].

Lors d'une reconstruction mammaire par DIEP, le chirurgien est amené à fermer le site donneur en réalisant une

plastie abdominale. Or, cette abdominoplastie ne ressemble pas du tout à une "PA classique" ou "esthétique". En effet, de nombreux gestes réalisés habituellement, visant à améliorer le résultat esthétique final, ne sont pas effectués en cas de DIEP afin de diminuer les risques peropératoires et le temps d'intervention. Par exemple une lipoaspiration sus-ombilicale peut présenter un risque vasculaire, une cure de diastasis, augmenter le risque thromboembolique déjà élevé... [4].

Tout cela aura une répercussion sur le résultat esthétique final, chez des patientes ayant souvent des attentes importantes concernant celui-ci.

SILHOUETTE

Nous avons donc cherché à évaluer la satisfaction des patientes concernant le résultat esthétique de leur abdomen après reconstruction mammaire par DIEP.

Méthodes

Nous avons inclus toutes les patientes opérées d'une reconstruction mammaire unilatérale par DIEP entre janvier 2010 et janvier 2013 par le même opérateur.

La technique opératoire était considérée comme "classique". L'incision inférieure était placée si possible à 7 cm de la fourchette vulvaire, en fonction du *pinch test*. La levée du lambeau était réalisée au-dessus du fascia *superficialis* en latéral, afin de préserver les vaisseaux lymphatiques à ce niveau. Après prélèvement du lambeau, l'aponévrose était suturée en deux plans (points séparés et surjet de Vicryl 1).

Nous avons ensuite revu ces patientes en consultation de contrôle, au cours de laquelle leur était remis un questionnaire de satisfaction basé sur une

échelle de type Likert, sur 4 niveaux (très contente, contente, satisfaite, insatisfaite). D'autres questions ont nécessité des réponses par "oui" ou "non". Le questionnaire est détaillé dans le **tableau I**.

Lors de cette consultation, des mesures ont été prises chez toutes les patientes :
– distance fourchette vulvaire-cicatrice ;
– distance cicatrice-ombilic ;
– déplacement de l'ombilic par rapport à la ligne médiane.

Résultats

50 patientes ont été incluses dans notre étude. L'âge moyen était de 52,3 ans et la médiane de recul de 18 mois.

Concernant la satisfaction globale, 52 % des patientes étaient contentes ou très contentes de l'aspect esthétique de leur abdomen. Les causes d'insatisfaction les plus fréquemment retrouvées étaient la présence d'oreilles latérales (50 %), un résidu cutanéograsseux abdominal (18 %), ou une cicatrice horizontale disgracieuse (12 %). Chez 40 %

des patientes, cette dernière n'était pas dissimulée dans les sous-vêtements.

34 % des patientes nous ont avoué préférer l'aspect de leur abdomen avant l'intervention... La quasi-totalité des patientes incluses dans l'étude étaient très contentes de l'information préopératoire (82 %). Les résultats détaillés sont présentés dans les **figures 1 à 5** et dans le **tableau II**.

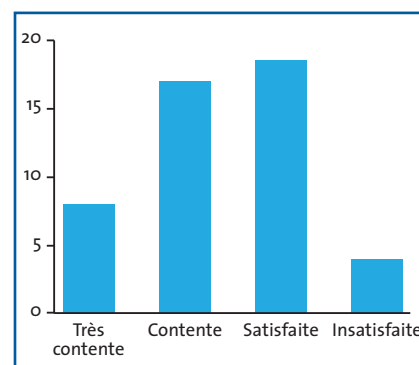


FIG. 1 : Satisfaction globale.

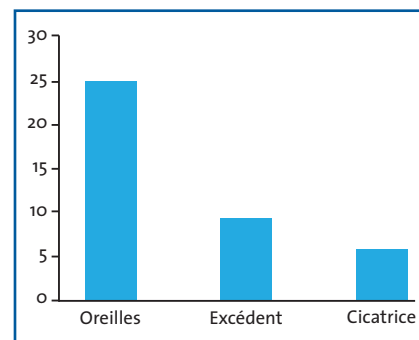


FIG. 2 : Causes d'insatisfaction.

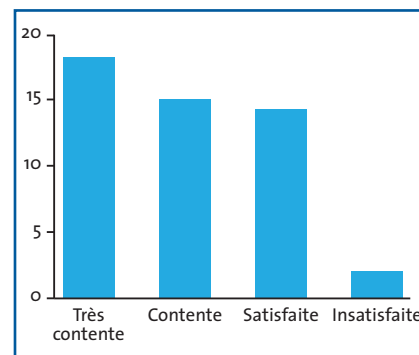


FIG. 3 : Satisfaction concernant l'ombilic.

- Concernant les résultats de votre abdominoplastie, comment jugez-vous :
 - votre satisfaction globale ? Si vous n'êtes pas contente, quelles sont les causes de votre insatisfaction ?
 - l'aspect de votre ombilic ?
 - l'aspect de votre cicatrice ? Est-elle masquée par vos sous-vêtements ?
 - la qualité de l'information préopératoire ?
- Avez-vous bénéficié d'une reprise chirurgicale pour améliorer le résultat abdominal ?
- Préférez-vous votre abdomen maintenant ou avant l'intervention ?
- Votre abdominoplastie a-t-elle modifié votre image corporelle ?
- Votre abdominoplastie a-t-elle modifié votre vie sexuelle ?
- L'opportunité de bénéficier d'une plastie abdominale a-t-il été le critère principal ayant orienté votre choix de reconstruction mammaire vers le DIEP ?

TABLEAU I : Questionnaire de satisfaction.

	Non	Impact négatif	Impact positif
Modification de l'image corporelle	17	16	17
Impact sur la vie sexuelle	40	8	2

TABLEAU II : Résultats concernant l'image corporelle et la vie sexuelle.

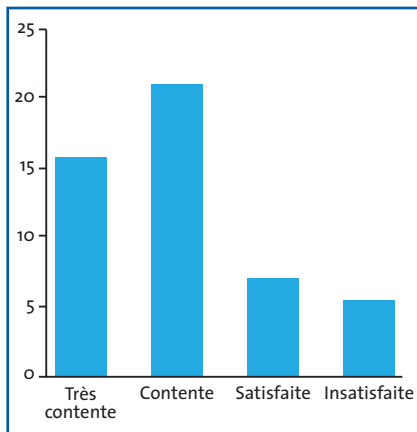


FIG. 4 : Satisfaction concernant la cicatrice horizontale.

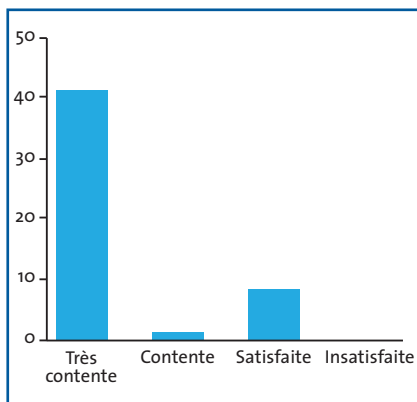


FIG. 5 : Qualité de l'information préopératoire.

D'autres résultats :

- 46 % des patientes ont bénéficié d'une reprise chirurgicale au bloc opératoire en vue d'améliorer le résultat esthétique de leur abdomen ;
- 32 % des patientes ont confié avoir une baisse de leur image corporelle ;
- pour 40 % des patientes, le fait de bénéficier d'une abdominoplastie était le critère principal ayant orienté leur choix de reconstruction mammaire vers le DIEP.

Concernant les mesures prises en consultation (*fig. 6*) :

- la distance fourchette vulvaire-cicatrice était en moyenne de 10,6 cm ;
- la distance cicatrice-ombilic était en moyenne de 8,8 cm ;
- l'ombilic était en moyenne dévié de la ligne médiane de 0,5 cm.

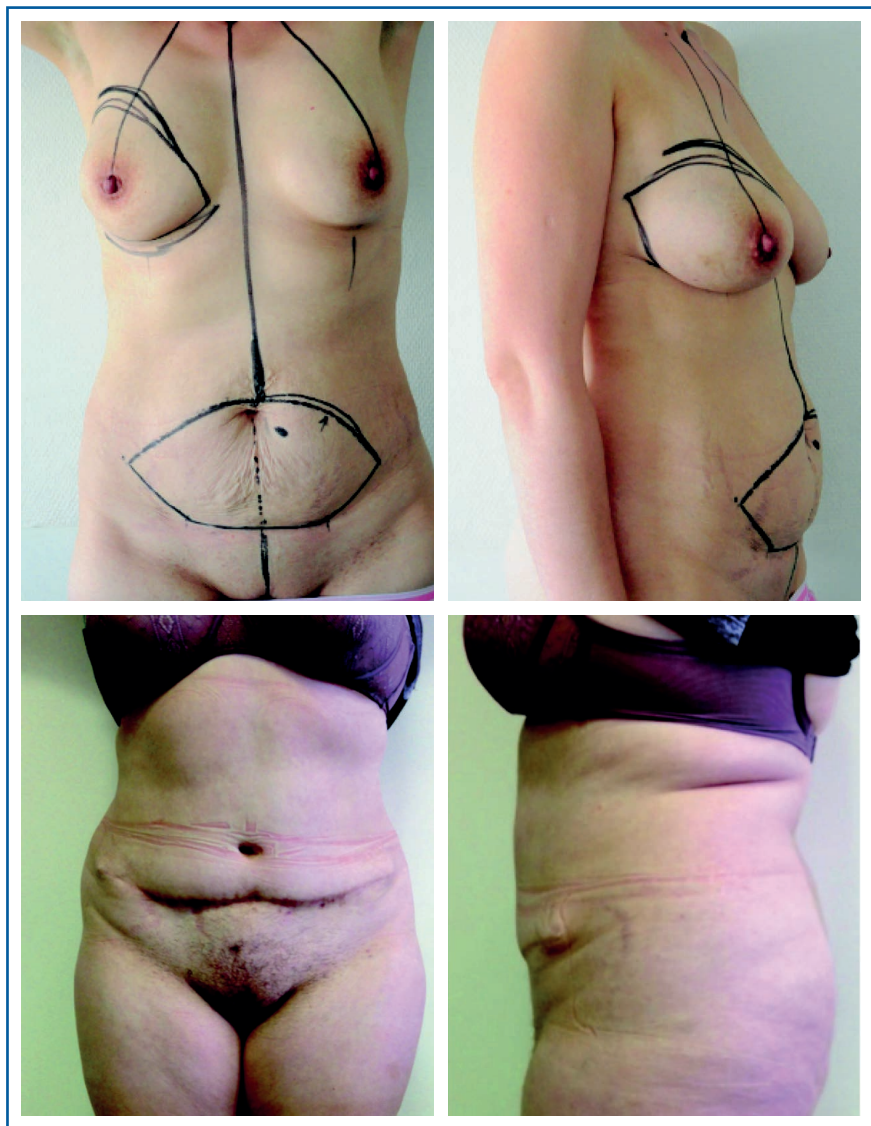


FIG. 6 : Photos pré et postopératoires d'une patiente présentant un *pendulum* abdominal minime, avec cicatrice horizontale finale haute.

Discussion

Si la chirurgie mammaire connaît un taux de satisfaction proche des 100 %, l'abdominoplastie reste l'une des interventions chirurgicales les plus à risques d'insatisfaction, voire de poursuites et litiges. En effet, cette intervention est peu à peu passée d'une chirurgie "réparatrice" à une chirurgie "esthétique" avec des attentes grandissantes des patientes concernant le résultat final.

Cette notion est d'autant plus importante à prendre en compte en cas de reconstruction mammaire par DIEP. En effet, dans notre étude, le fait de bénéficier d'une abdominoplastie était le critère principal ayant orienté le choix de 2 patientes sur 5 vers le DIEP, avant même le critère autologue de la reconstruction, l'absence d'implant, etc.

En 2006, Bragg *et al.* ont évalué la satisfaction des patientes après abdomi-

SILHOUETTE

POINTS FORTS

- ➞ 48 % des patientes de cette étude n'étaient pas contentes du résultat esthétique de leur abdomen.
- ➞ 34 % ont avoué préférer leur abdomen avant l'intervention.
- ➞ Pour 2 patientes sur 5, le fait de bénéficier d'une plastie abdominale a été le critère principal ayant orienté leur choix vers le DIEP.
- ➞ Insister, lors de la consultation préopératoire, sur le résultat esthétique attendu au niveau de l'abdomen.
- ➞ Prévenir d'une cicatrice potentiellement haute.
- ➞ Ne pas considérer l'abdominoplastie comme un bénéfice secondaire voire un "bonus" à l'intervention, mais comme un site donneur de lambeau.

noplastie. 25 % d'entre elles étaient insatisfaites du résultat [3]. Nous avons utilisé pour notre étude un questionnaire et une échelle de satisfaction similaire à la leur.

46 % des patientes ont bénéficié d'une reprise chirurgicale pour amélioration du résultat esthétique abdominal. Ce chiffre est supérieur à ceux retrouvés dans les articles analysant les résultats après plastie abdominale "classique" (13 à 43 %) [5-7].

La cicatrice horizontale finale était, dans notre étude, plus haute que les 7 cm habituellement décrits dans la littérature [8]. Celle-ci était d'ailleurs située au-dessus des sous-vêtements chez 40 % des patientes. Cela est en partie lié au fait que nos indications de DIEP ne sont pas les mêmes que celles d'abdominoplastie. En d'autres termes, nous avons réalisé ce type de reconstructions chez des patients présentant un *pendulum* abdominal minime, et chez lesquels nous n'aurions certainement pas proposé de plastie abdominale avec transposition de l'ombilic. Cela s'explique peut-être par le contexte néoplasique, poussant l'opérateur à étendre ses indications...

Concernant les autres causes d'insatisfaction, certaines d'entre elles pourraient être prévenues lors du temps de reconstruction. En effet, si une lipoaspiration est considérée comme dangereuse avant la levée du lambeau, celle-ci ne pose pas de problème de sécurité vasculaire une fois le lambeau prélevé [9]. Une lipoaspiration des futures oreilles latérales pourrait par exemple s'envisager à la fin de l'intervention, cette procédure n'augmentant que peu le temps opératoire. Le déplacement de l'ombilic de la ligne médiane s'explique par la suture aponévrotique en deux plans au niveau du prélèvement, attirant la tige ombilicale vers celui-ci. Une suture en miroir sur l'aponévrose du muscle grand droit contralatéral pourrait permettre de remédier à cette asymétrie.

Lors de la consultation préopératoire en vue d'un DIEP, certains chirurgiens présentent l'abdominoplastie comme un bénéfice secondaire de l'intervention. Pire, d'autres vont jusqu'à dire "si le lambeau nécrose, vous aurez au moins le ventre plat...". Selon nous, il faut éviter de considérer l'abdominoplastie comme un bonus à l'intervention, mais uniquement comme un site donneur de lambeau, au même titre

que le dos pour un grand dorsal, ou les cuisses pour un TUG.

De plus, l'information préopératoire est primordiale dans ce contexte, notamment en expliquant aux patientes le résultat attendu au niveau de l'abdomen, l'aspect final de la cicatrice, l'éventuelle nécessité d'une retouche chirurgicale pour améliorer le résultat... [10, 11]. Cela nous permettra d'améliorer la satisfaction des patientes concernant leur sein, mais également leur ventre (*tableau I*).

Bibliographie

1. SUGRUE R, MACGREGOR G, SUGRUE M *et al.* An evaluation of patient reported outcomes following breast reconstruction utilizing Breast Q. *Breast*, 2013;22;158-161.
2. YUEH JH, SLAVIN SA, ADESIYUN T *et al.* Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. *Plast Reconstr Surg*, 2010;125;1585-1595.
3. BRAGG TWH, JOSE RM, SRIVASTAVA S. Patient satisfaction following abdominoplasty: an NHS experience. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2007;60;75-78.
4. MISZKIEWICZ K, PERREAULT I, LANDES G *et al.* Venous thromboembolism in plastic surgery: incidence, current practice and recommendations. *J PLAST RECONSTR AESTHET SURG*, 2009;62;580-588.
5. FLOROS C, DAVIS PK. Complications and long-term results following abdominoplasty: a retrospective study. *Br J Plast Surg*, 1991;44;190-194.
6. STEVENS WG, SPRING MA, STOKER DA *et al.* Ten years of outpatient abdominoplasties: safe and effective. *Aesthet Surg J*, 2007;27;269-275.
7. STEWART KJ, STEWART DA, COGHLAN B *et al.* Complications of 278 consecutive abdominoplasties. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2006;59;1152-1155.
8. LE LOUARN C, PASCAL JF. High superior tension abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg*, 2000;24;375-381.
9. HUNSTAD JP. Revision abdominoplasty: Complications and their management. *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery*, 1996;3;67-76.
10. MALAHAS M, LEMONAS P, SCHREUDER F *et al.* Abdominoplasty: to inform about TRAM flaps or not? *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2011;64;78-79.
11. MATARASSO A. Awareness and avoidance of abdominoplasty complications. *Aesthet Surg J*, 1997;17;258-261.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.