Reconstruction

DIEP en secteur libéral : et pourquoi pas ?

RÉSUMÉ : En France, la microchirurgie est l'apanage des centres hospitalo-universitaires où elle est quasi-exclusivement pratiquée. Avec l'avènement des reconstructions mammaires autologues microchirurgicales, la demande s'est fortement accrue ces 10 dernières années et les files d'attentes sont souvent longues pour avoir accès à ces interventions. Les chirurgiens plasticiens, y compris ceux formés par ces centres experts, sont souvent réticents à exporter cette pratique dans leur activité de ville lors de leur installation.

La microchirurgie en secteur privé est très anxiogène pour les chirurgiens à cause du risque de réinterventions pour thrombose, de la surveillance rapprochée et très spécialisée, ainsi que du plateau technique nécessaire.

Toutefois, en travaillant en équipe (au minimum un binôme de chirurgiens) et au sein d'un établissement désireux de promouvoir une chirurgie de pointe, les différents points techniques qui peuvent poser problème sont surmontables.

C. OZIL, V. HUNSINGER
Clinique Blomet, PARIS.

Chaque année en France plus de 20 000 femmes subissent une mastectomie pour un cancer du sein [1]. Environ une moitié d'entre elles effectuera une reconstruction du sein [2]. Parmi ces patientes qui auront à opter pour l'une des nombreuses techniques de reconstruction du sein existantes à l'heure actuelle, environ les deux tiers s'orienteront vers le secteur privé, et seulement un tiers d'entre elles réalisera leur reconstruction à l'hôpital public [2].

Pourtant, malgré la prédominance du secteur privé dans la reconstruction mammaire, on estime que moins de 5 % des reconstructions mammaires microchirurgicales sont effectuées dans ce secteur, ces méthodes restant encore très fortement l'apanage des hôpitaux universitaires, malheureusement souvent débordés par la demande et proposant parfois des délais assez longs, pouvant dépasser les 9 à 12 mois.

Nous relatons notre expérience personnelle de démarrage d'une activité de reconstruction mammaire microchirurgicale dans un établissement privé : la clinique Blomet à Paris entre mars 2016 et novembre 2017.

Matériel et méthodes

La période de réalisation s'étend de mars 2016 à novembre 2017. Les interventions chirurgicales ont été réalisées sur deux sites à Paris, la Clinique Blomet et la Clinique Geoffroy Saint Hilaire.

L'ensemble des interventions ont été réalisées par les deux mêmes opérateurs seniors avec la collaboration de deux aides opératoires, dont une instrumentiste. Pour chaque intervention, un anesthésiste référent et un IADE étaient dédiés. Un microscope de type Zeiss a été utilisé pour la réalisation des microanastomoses.

Reconstruction

Les critères d'exclusion des patientes étaient : le tabagisme actif, un diabète non équilibré et une obésité morbide. Il a été réalisé pour chaque patiente un angioscanner abdominal et/ou des membres inférieurs préopératoires chez un radiologue unique et spécialisé en secteur libéral.

Résultats

Réalisation chez 19 patientes de 20 lambeaux libres entre mars 2016 et novembre 2017.

La moyenne d'âge des patientes était de 50,8 ans.

Les résultats sont rapportés dans le ***tableau I***.

Discussion

Lorsque l'on interroge des chirurgiens formés aux techniques de reconstruction mammaire microchirurgicales au moment de l'installation, la grande majorité d'entre eux refusent de pratiquer cette chirurgie en privé et arrêtent progressivement cette activité que la plupart pratiquait pourtant régulièrement lors de leur post-internat hospitalier.

Les raisons sont diverses : le caractère long et difficile de cette chirurgie, le risque d'échec et de reprises chirurgicales, le potentiel défaut de surveillance dans une structure non entraînée, la lourdeur de la gestion des suites postopératoires et enfin la mauvaise rémunération de ces actes.

Malgré tous ces inconvénients, et sans revenir sur les nombreux avantages relatifs à la qualité des résultats des reconstructions par DIEP [3], la reconstruction microchirurgicale nous semble un des piliers de la reconstruction du sein [4], et il paraît actuellement difficile de pratiquer la reconstruction du sein sans pouvoir proposer aux patientes l'ensemble des techniques existantes (***fig. 1***).

	Âge	Côté	Type	Durée intervention	Complications	Hospitalisation (jours)
Patiente 1	49	Droit puis gauche	PAP PAP	6 h 20 4 h 30	0	7 jours 6 jours
Patiente 2	64	droit	DIEP	3 h 30	Thrombose veineuse	9
Patiente 3	41	gauche	DIEP	4 h 10	0	6
Patiente 4	39	gauche	DIEP	4 h 45	0	5
Patiente 5	54	droit	DIEP	5 h 30	0	6
Patiente 6	45	gauche	DIEP	6 h 10	0	6
Patiente 7	29	gauche	PAP	4 h 00	Nécrose partielle 30 %	10
Patiente 8	59	droit	DIEP	3 h 45	0	6
Patiente 9	63	droit	DIEP	3 h 50	0	6
Patiente 10	54	droit	DIEP	4 h 45	0	6
Patiente 11	50	droit	PAP	4 h 45	0	5
Patiente 12	48	gauche	DIEP	4 h 20	0	6
Patiente 13	61	droit	DIEP	4 h 40	0	6
Patiente 14	42	gauche	DIEP	3 h 50	0	5
Patiente 15	44	droit	DIEP	3 h 40	0	6
Patiente 16	66	droit	DIEP	4 h 50	0	6
Patiente 17	47	bilatéral	Double DIEP	10 h 00	0	7
Patiente 18	50	gauche	DIEP	4 h 10	0	6
Patiente 19	60	gauche	DIEP	4 h 45	0	6
Total patientes : 19	Âge moyen : 50,8 ans (29-66)	-	4 PAP 15 DIEP 1 double DIEP	Durée moyenne d'intervention : 5 h	-	Durée d'hospitalisation moyenne : 6,3 jours

Tableau I : Résultats après réalisation de 20 lambeaux libres en reconstruction mammaire chez 19 patientes. Âge, type de reconstruction, durée d'intervention, complications, durée d'hospitalisation.

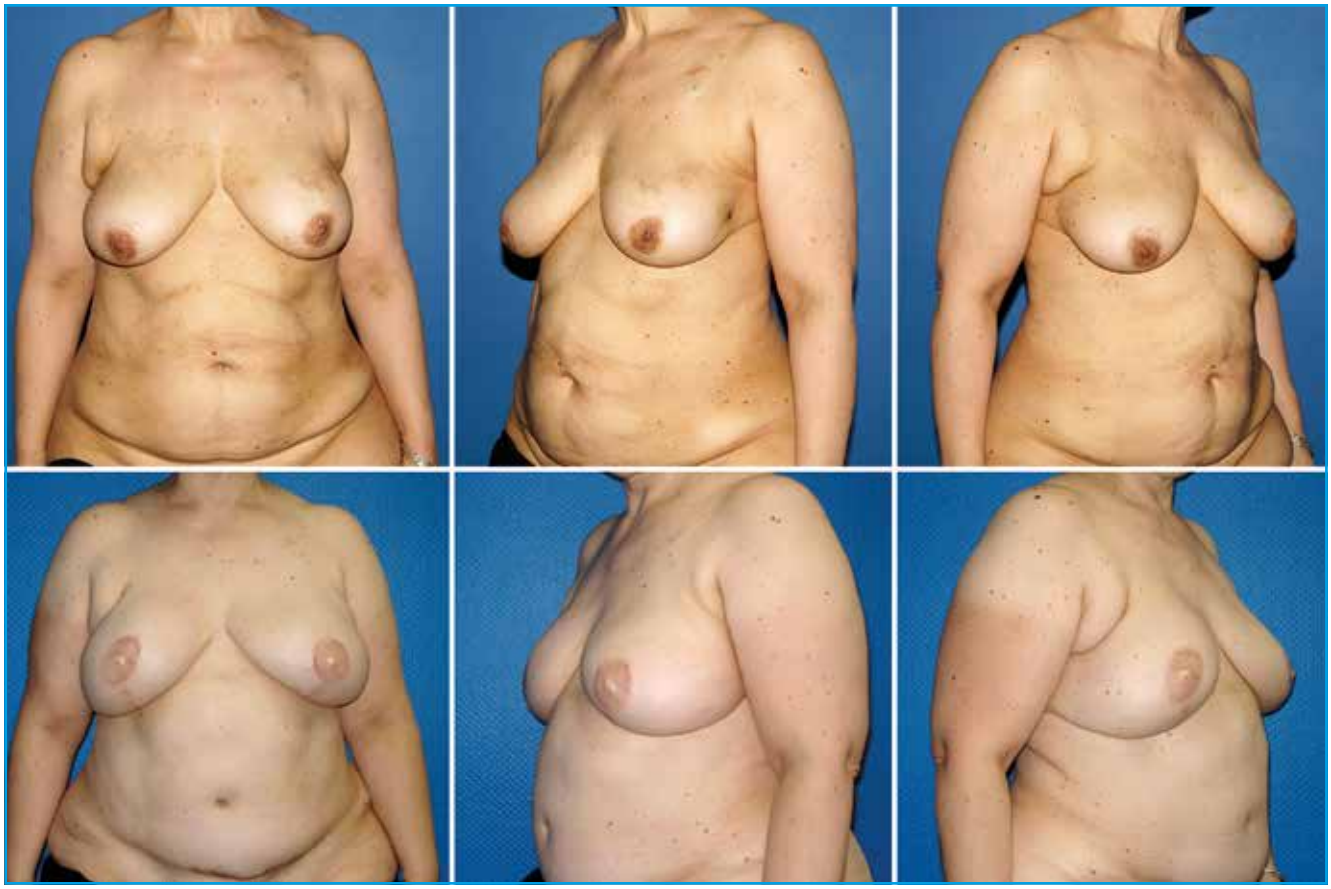

Fig. 1 : Vues préopératoires d'une patiente de 52 ans avec carcinome canalaire infiltrant du sein gauche et mutation BRCA 2 (**en haut**) et à 1 an après double DIEP en reconstruction mammaire immédiate non conservatrice des PAM (**en bas**).

La première étape, lors d'un démarrage de cette activité est de constituer une équipe, d'au minimum deux chirurgiens, tous les deux formés à la microchirurgie et s'entendant parfaitement bien…

Ensuite, l'étape certainement la plus difficile est celle de trouver un établissement prêt à accueillir cette activité et à réaliser l'investissement initial indispensable.

L'idéal est de trouver un établissement possédant déjà un microscope, ce qui permet de le mutualiser entre plusieurs équipes (chirurgie de la main, ORL, ophtalmologie…).

Il faut ensuite obtenir l'adhésion de l'équipe d'anesthésie. Dans notre cas, l'équipe d'anesthésie de la Clinique Blomet est composée de 6 anesthésistes. Aucun d'entre eux n'avait pratiqué d'anesthésie pour ce type d'interventions. Après une réunion où nous avons exposé les principaux éléments qui nous semblaient importants (lutter contre l'hypotension et l'anémie, limiter au maximum le recours aux drogues vascoconstrictrices… par exemple, ainsi que l'ensemble des précautions non spécifiques liées à la microchirurgie), nous n'avons rencontré aucun problème lors des différentes anesthésies. Au contraire, le fait que l'un des anesthésistes se dédie à cette activité et devienne notre unique interlocuteur a rendu la communication beaucoup plus simple que dans les centres hospitaliers où on a recours à de très nombreux interlocuteurs différents parfois même au cours d'une même intervention.

Pour la surveillance postopératoire, nous avons assuré la formation de l'équipe infirmière, qui présentait l'avantage d'être petite (5 infirmières dans le *pool*), la formation a été personnalisée, au lit du malade, dès la première semaine.

Nous avons fiabilisé la surveillance par l'utilisation d'une sonde de saturométrie tissulaire (sonde Licox).

Enfin, une infirmière issue d'une centre anti-cancer rodée à cette chirurgie, a été dédiée aux patientes opérées les 2 premières nuits postopératoires pour chaque patiente, de manière à fiabiliser la surveillance initiale et à soulager l'équipe infirmière de nuit classique.

La présence d'une réanimation dans l'établissement ne nous a pas semblé

Reconstruction

POINTS **FORTS**

- Le démarrage d'une activité de microchirurgie en privé requiert :
  – la constitution d'une équipe chirurgicale rodée ;
  – la collaboration d'une équipe d'anesthésie ;
  – l'accueil par un établissement équipé ou prêt à réaliser des investissements (microscope) ;
  – la formation d'une équipe paramédicale pour la surveillance des lambeaux libres.
- Le secteur privé est prédominant dans la reconstruction du sein, deux tiers des reconstructions du sein en France y sont effectuées, mais il ne prend en charge que moins de 5 % des reconstructions mammaires microchirurgicales.

obligatoire. En effet, le passage en réanimation ou salle de réveil la première nuit est essentiellement liée à la nécessité d'une surveillance horaire ou bi-horaire lors des premières heures plus qu'à la réalisation de soins réanimatoires. La présence d'une infirmière dédiée à la patiente ainsi que la possibilité d'un accès en salle de réveil rapide nous ont paru suffisants pour garantir la sécurité des soins. Seule la réalisation des doubles DIEP nous paraît nécessiter une réanimation et nous effectuons ce type d'intervention dans une clinique du groupe disposant d'un service de réanimation.

L'aspect financier est le dernier élément à considérer. Depuis janvier 2015, il existe un code CCAM spécifique pour le DIEP. : QEMA 020 : reconstruction du sein par lambeau cutanéo-graisseux perforant de l'abdomen avec anastomoses vasculaires. Il présente la particularité de prévoir une rémunération pour deux chirurgiens : activité 1 : 850,80 euros, activité 2 : 425, 40 euros et activité 4 (anesthésie) : 240,20 euros.

Le recours à un courtier en assurance santé pour permettre aux patientes d'obtenir les meilleurs remboursements pour leur reconstruction nous a paru intéressant.

Enfin, pour l'établissement, le DIEP pour un GHS niveau I est de 2 311,73 et passe à 3 833 euros pour un GHS de niveau II (thrombose ou transfusion) contre largement plus du double en secteur hospitalier. Une réévaluation du GHS pour ce type de chirurgie sera certainement nécessaire dans les années à venir pour développer cette chirurgie en secteur libéral et coller de plus près aux dépenses réelles qu'elle engage.

Entre l'évocation du projet et la première intervention, il s'est écoulé environ 6 mois pour mettre en place cette activité de microchirurgie.

Les résultats ont été bons, avec des taux de complications comparables à nos activités respectives en CHU, mais avec une diminution du temps opératoire moyen.

Le ressenti des patientes a également été bon, grâce aux recours aux mêmes interlocuteurs (chirurgiens, anesthésistes et infirmières) tout au long de l'hospitalisation.

Conclusion

La réalisation de microchirurgie mammaire nous paraît possible dans de bonnes conditions de confort et de sécurité pour la patiente et les chirurgiens. Cela nécessite bien sûr de constituer une équipe motivée autour du projet. Il existe à notre sens un avenir probable de cette technique dans le secteur privé vu l'engorgement des centres hospitaliers pratiquant cette méthode, mais pour cela il conviendra certainement d'obtenir une réévaluation du GHS pour assurer une rémunération juste aux établissements privés, et optimiser au maximum les remboursements, afin de rendre le reste à charge pour les patientes acceptable éventuellement en passant par des courtiers en assurances santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les Cancers en France, édition 2016. INCA
2. 4e Rapport de l'Observatoire Sociétal des Cancers. La Ligue contre le Cancer, 2014.
3. Hunsinger V , Hivelin M, Derder M *et al.* Long-term Follow-Up of Quality of Life following DIEP Flap Breast Reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 2016;137:1361-1371.
4. Healy C, Allen R. The Evolution of perforator flap breast reconstruction: twenty years after the first DIEP flap. *J Reconstr Microsurg*, 2014;30:121-125.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.