

RECONSTRUCTION DES PERTES DE SUBSTANCE DE LA TÊTE ET DU COU PAR LAMBEAU LIBRE



DÉFINITION

Un lambeau libre (ou micro-anastomosé) est une technique chirurgicale qui permet d'apporter du tissu (peau, tissu graisseux, muscle, os) pour réparer une perte de substance correspondant à la zone où le cancer va être retiré. Dans certains cas cette technique est également proposée sur Gustave Roussy dans des indications non cancéreuse (ostéoradionécrose, reconstruction du visage, tumeurs bénignes). Ce prélèvement est effectué à distance de la région cervico-faciale (jambe, cuisse, thorax, dos, avant-bras, etc.). À la différence de la greffe, le lambeau est vascularisé car il est prélevé avec son pédicule* (artère, veine). Son pédicule est sectionné puis rebranché dans la région cervicale sur une artère et une veine, c'est ce qu'on appelle les anastomoses*. La vitalité et le bon fonctionnement de ce lambeau dépendent de l'apport sanguin effectué par l'artère et de la vidange sanguine effectué par la veine.



OBJECTIFS DE LA RECONSTRUCTION

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer la perte de substance.

En effet, il n'est pas possible de laisser un espace vide car il existe des risques de ne pas pouvoir assurer les fonctions vitales (respirer, parler, manger) ou de ne pas cicatriser (ce qui peut compromettre la réalisation de la radiothérapie, augmente le risque d'infection générale ou d'hémorragie avec risque vital).

Le choix du lambeau libre se fait en fonction de la perte de substance à reconstruire, de votre état général, de la présence d'antécédents cardio-vasculaires et de vos anciens traitements. Cette discussion est faite lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire* (RCP ou comité) et sera discutée avec vous lors de votre consultation spécifique avec le chirurgien en charge de la reconstruction.

Le choix du lambeau vous est expliqué et dans certaines situations plusieurs choix peuvent vous être proposés.

ALTERNATIVE

Le lambeau pédiculé est un lambeau dont le pédicule vasculaire n'est pas coupé. Il est donc à proximité de la perte de substance, et nécessite un passage du pédicule, qui se trouve en général dans la région cervicale.

La technique du lambeau libre est préférée à celle du lambeau pédiculé car cette technique augmente considérablement les possibilités de reconstruction. Les résultats fonctionnels et esthétiques sont également de meilleure qualité lors de la réalisation d'un lambeau libre.

Dans le cas où le risque d'échec est important le chirurgien vous proposera cette alternative.

Elle peut également vous être proposée en cas d'échec de votre lambeau libre.

PRINCIPES

L'intervention de reconstruction est réalisée dans le même temps que l'exérèse de la lésion cancéreuse. Elle est effectuée par une autre équipe que le chirurgien qui retire la tumeur. Cela permet de diminuer le temps de votre intervention. On parle de reconstruction primaire si cette reconstruction est effectuée le même jour.

Si elle est réalisée à distance des traitements complémentaires on parle alors de reconstruction secondaire.

- **Il existe des lambeaux fascio-cutanés utilisés pour leur finesse et lorsque la reconstruction ne nécessite que l'apport de peau et de graisse :**

- > le lambeau anté-brachial (chinois) : il est prélevé sur la face interne de l'avant bras
- > le lambeau antéro latéral de cuisse (ALT pour antero-lateral thigh en anglais) : il est prélevé sur la partie latérale de la cuisse
- > le lambeau perforant thoraco-dorsal (TDAP ThoracoDorsal Artery Perforator Flap) : il est prélevé sous l'aisselle

- **Les lambeaux musculo cutanés sont utilisés car ils permettent d'apporter un tissu cutané et musculaire**

- > le lambeau de grand dorsal : il est prélevé sous l'aisselle

- **Les lambeaux osseux sont utilisés pour la reconstruction de l'os maxillaire (mâchoire supérieure) ou de la mandibule (mâchoire inférieure)**

- > le lambeau scapulo-dorsal : il est prélevé sous l'aisselle et utilise une partie de l'omoplate
- > le lambeau de fibula (péroné) : il est prélevé sur la jambe. Le tibia qui lui n'est pas prélevé permet d'assurer la marche.

- **Les lambeaux digestifs**

- > le lambeau de jéjunum : il est prélevé au niveau abdominal et utilise une partie de l'intestin grêle.

D'autres lambeaux existent et peuvent vous être proposés par votre chirurgien.

AVANT L'INTERVENTION

Un bilan préopératoire peut comprendre :

- Une échographie-doppler des vaisseaux du cou permet de vérifier la qualité des vaisseaux destinés à brancher le pédicule*. Elle indique au chirurgien si les vaisseaux du cou sont de qualité et si un côté est préférable pour le branchement.
- Une échographie-doppler des membres inférieurs ou/ et un angioscanner des membres inférieurs vous sera prescrit avant la réalisation d'un lambeau de fibula. Il est important de vérifier la bonne vascularisation de votre jambe avant de prélever le pédicule* tibial (les deux autres pédicules devront assurer la bonne vascularisation de votre jambe).
- Une consultation avec un médecin anesthésiste.

Il est important d'être sevré du tabac pour augmenter les chances de succès de cette technique, votre médecin pourra vous aider en vous prescrivant des patchs et vous proposer une consultation spécialisée en addictologie.

Si vous avez perdu du poids, il est également très important de consulter un diététicien et/ou médecin nutritionniste et de prendre des compléments alimentaires pour pouvoir cicatriser après l'intervention.

Le maintien d'une activité physique régulière influence également la cicatrisation post opératoire.

L'INTERVENTION

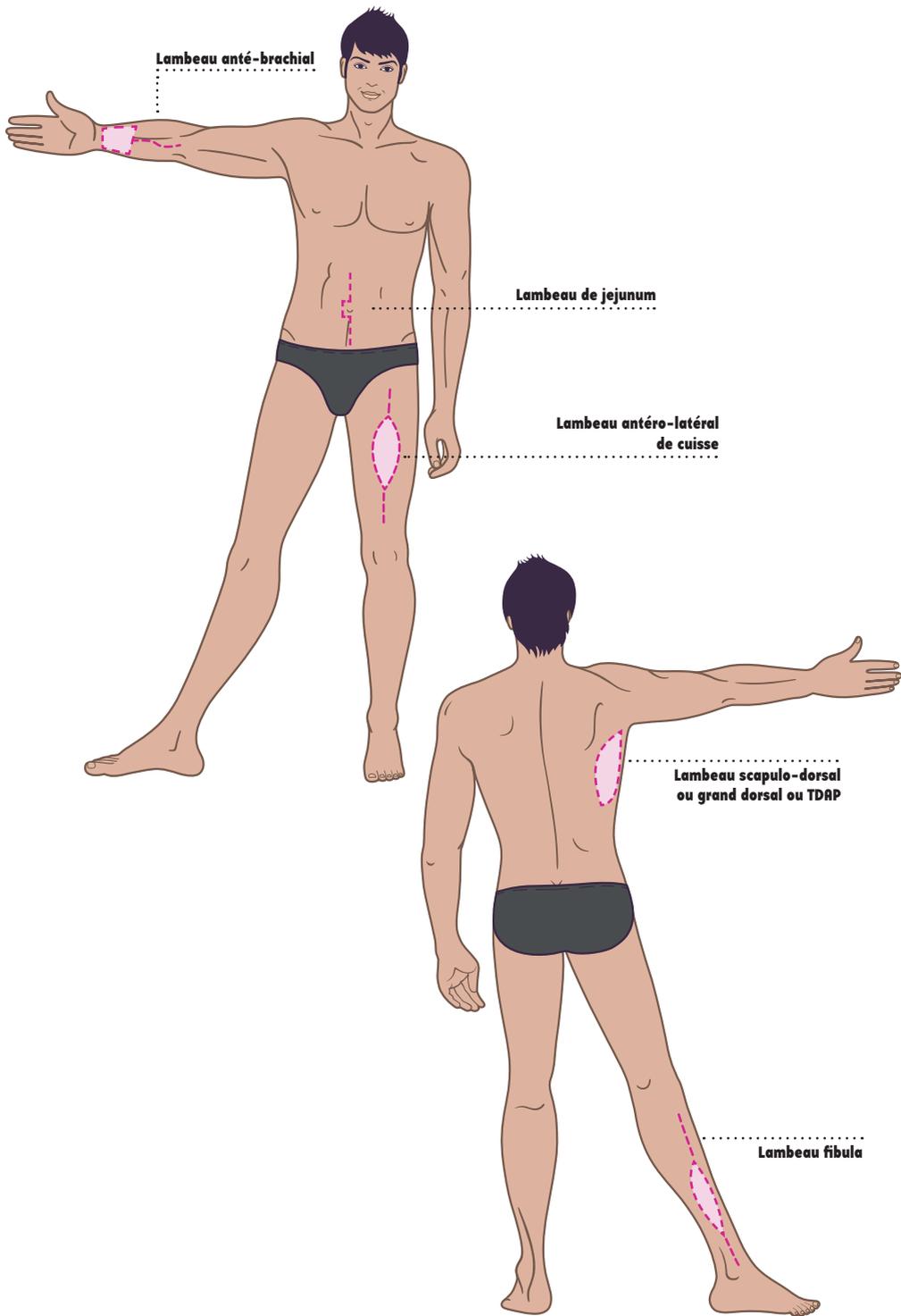
L'intervention dure en général entre 8h à 12h.

En fin d'intervention une sonde pour l'alimentation est le plus souvent mise en place par le nez jusque dans l'estomac (sonde naso-gastrique). On peut également procéder au préalable à la mise en place d'une gastrostomie (sonde mise directement dans l'estomac par l'intermédiaire d'une petite incision cutanée au niveau de l'abdomen). Cette sonde sera maintenue jusqu'à que vous puissiez à nouveau vous alimenter suffisamment par la bouche.

Lorsque l'intervention résèque des tissus de façon étendue, pour des raisons de sécurité respiratoire, on réalise une trachéotomie qui consiste à mettre provisoirement un tuyau dans la trachée pour vous permettre de respirer plus librement. Ce tuyau appelé canule sera lui même retiré dans un délai variable après l'intervention. L'orifice cutanée, situé à la base du cou, se refermera, habituellement tout seul après l'ablation de la canule.

Des drains aspiratifs et lames de drainage, qui permettent d'éviter la survenue d'hématome, seront placés en fin d'intervention dans le cou et sur le site du prélèvement du lambeau et laissés en places quelques jours. En cas de prélèvement d'un lambeau de fibula, une attelle plâtrée pourra être mise en place pour une durée d'environ 10 jours.

La fermeture cutanée du site donneur (site où le lambeau a été prélevé) est généralement effectuée de façon directe si l'élasticité de la peau le permet et si la partie prélevée n'est pas trop importante. Dans le cas contraire, le chirurgien peut décider de fermer la zone à l'aide d'une greffe de peau prélevée au niveau de la cuisse ou de l'avant bras. Il peut également décider de laisser la zone cicatriser toute seule à l'aide de pansements adaptés ou d'un dispositif aspiratif. En fin d'intervention, un pansement pourra être mis sur la cicatrice de la zone prélevée ou bien elle sera simplement laissée à l'air libre.



MODALITÉS D'HOSPITALISATION ET SUITES OPÉRATOIRES

Les lambeaux sont des transferts tissulaires incluant leur propre vascularisation. Cette dernière est au centre des préoccupations et impose une surveillance rapprochée. Les mesures de surveillance font partie intégrante de la prise en charge chirurgicale. Elles permettent de dépister des complications dans les plus brefs délais et de réagir en conséquence. C'est pourquoi après votre chirurgie vous serez hospitalisé en unité de surveillance continue chirurgicale (USCC) au 1er étage pendant une période de 48h à 72h, où vos proches pourront vous rendre visite.

Vos fonctions vitales seront surveillées (pression artérielle, saturation en oxygène, électrocardiogramme ...). Si une de ces fonctions mesurée à une valeur inhabituelle (ou si l'appareil n'arrive pas à faire la mesure par exemple parce qu'il est débranché) une alarme se déclenchera dans votre chambre et dans le poste de soins pour alerter vos soignants. Le maintien de bonnes constantes permet la meilleure perfusion du lambeau libre. Des transfusions sanguines pourront également être nécessaires pour la bonne oxygénation du lambeau.

Par ailleurs l'équipe médicale (chirurgiens, internes, réanimateurs) et paramédicale (infirmiers) surveillera plusieurs fois dans la journée l'aspect extérieur du lambeau (couleur, chaleur, temps de recoloration).

Les suites opératoires peuvent être douloureuses au niveau du site de prélèvement, pouvant nécessiter des puissants antalgiques. Une technique antidouleur au niveau du site donneur (bloc) vous sera proposée en consultation d'anesthésie, en complément de l'anesthésie générale, pour assurer votre confort après l'intervention. Une pompe à morphine autocontrôlée vous permettra en outre d'ajuster le traitement antidouleur en fonction de vos besoins. Il est important de l'utiliser librement. Ces antalgiques seront ensuite relayés par des antalgiques moins puissants prescrit à la demande.

Les pansements seront réalisés régulièrement.

Sans complications, une hospitalisation totale entre 3 et 4 semaines est habituellement nécessaire. Vous quitterez l'hôpital lorsque vous aurez pu reprendre votre alimentation et lorsque votre canule de trachéotomie aura été retirée. Cependant, dans certains cas, nous autorisons nos patients à regagner leur domicile ou à partir en maison de repos (soins de suite), alors que la sonde d'alimentation ou la canule sont encore en place. Cette alimentation peut, en effet, pendant quelques temps être poursuivie à domicile, avec l'aide d'un prestataire de service, de même que les soins de canule.

Il convient d'envisager une convalescence d'au moins 3 mois.

La reprise d'une activité sportive est à évaluer avec votre chirurgien référent.

LES IMPERFECTIONS DE RÉSULTATS

Il est malheureusement impossible de reconstituer parfaitement les éléments du visage.

Des variations de volume et de forme peuvent apparaître.

La palpation de la région reconstruite est différente de la zone initiale.

Les cicatrices feront l'objet d'une surveillance attentive ; il est fréquent qu'elles prennent un aspect rosé et gonflé au cours des premiers mois post opératoires. Elles s'estompent en général pour être moins visibles mais ne disparaissent pas complètement.

Les cicatrices peuvent parfois rester un peu trop visibles et présenter différents aspects disgracieux qui peuvent nécessiter un traitement spécifique.

L'appareillage dentaire est en général proposé dans la mesure du possible, excepté lorsque les lambeaux sont plus épais et moins souples que la gencive.

LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Les reconstructions par lambeau libre sont des interventions chirurgicales complexes et invasives qui comportent des risques.

Des complications peuvent survenir, certaines d'ordre général, inhérentes à tout acte chirurgical, d'autres loco-régionales plus spécifiques de la reconstruction des voies aéro-digestives supérieures*.

Il faut distinguer les complications liées à l'anesthésie générale de celles liées au geste chirurgical.

- En ce qui concerne l'anesthésie, une consultation est indispensable. Le médecin-anesthésiste vous précisera les risques de l'anesthésie générale et vous exposera les différents moyens de lutte contre la douleur post-opératoire.
- En ce qui concerne le geste chirurgical : en choisissant un chirurgien ORL, maxillo-facial ou plasticien qualifié et compétent formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement.

La majorité des interventions se passe sans aucun problème mais les complications doivent cependant être connues et bien comprises, c'est ainsi que l'on peut observer :

- > L'infection : l'infection est un risque présent lors de tout geste chirurgical qui nécessite un traitement antibiotique adapté et parfois une reprise chirurgicale pour drainage.
- > L'hématome : l'hématome est un risque inhérent à tout geste chirurgical. Cette complication peut nécessiter une reprise chirurgicale précoce.
- > Un épanchement séreux : il s'agit en fait plus d'un inconvénient que d'une véritable complication. Une poche liquidienne se forme au niveau du site opératoire ou encore au niveau du site de prélèvement du lambeau (plus fréquent pour un lambeau prélevé au niveau du dos).
- > Désunion : des troubles de la cicatrisation peuvent prolonger votre hospitalisation et éventuellement nécessiter une nouvelle intervention, notamment en cas de lâchage des sutures entre le lambeau et la zone receveur, ce que l'on appelle une désunion.
- > Fistule : des troubles de la cicatrisation peuvent prolonger votre hospitalisation et éventuellement nécessiter une nouvelle intervention, notamment en cas de communication anormale entre la bouche, la gorge et la peau, ce que l'on appelle une fistule par laquelle la salive s'écoule.
- > Nécrose du lambeau : un caillot peut se former au niveau du pédicule vasculaire* de votre lambeau, dans ce cas il peut être nécessaire d'intervenir de nouveau sous anesthésie générale pour essayer de retirer ce caillot. Si cela ne fonctionne pas, parfois, il faut retirer le lambeau et en réaliser un nouveau.
- > Troubles de la cicatrisation : ils peuvent prolonger votre hospitalisation, ils peuvent survenir sur le site de prélèvement du lambeau comme sur le site cervico-facial

La fréquence et la gravité de ces différentes complications sont majorées en cas de radiothérapie préalable, de dénutrition sévère ou de poursuite de l'intoxication tabagique ou alcoolique dans les semaines qui précèdent l'intervention.

LES SÉQUELLES

Les séquelles de l'intervention sont fonction de l'importance de l'ablation chirurgicale et aussi de la technique de reconstruction choisie.

Elles vont concerner la respiration, la parole, l'alimentation et l'aspect esthétique.

Ces séquelles peuvent être définitives mais s'atténuent partiellement avec la rééducation après plusieurs semaines.

Après la radiothérapie, il peut persister une induration ou un gonflement de la zone du lambeau.

La technique de lambeau libre ne permet pas en général de retrouver une sensibilité de la région reconstruite.

Cette intervention a pour but de reconstruire une région où il y avait une tumeur. Le risque de récurrence persiste et nécessite une surveillance appropriée avec votre chirurgien ORL.

Des chirurgies dites « plasties secondaires » peuvent être proposées pour améliorer ces séquelles. En général, elles sont faites à distance de la radiothérapie pour optimiser les chances de succès.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée ». Cette réflexion suscitera peut être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voir la veille de votre intervention.



LEXIQUE

*le pédicule est l'ensemble artère et veine qui permet de vasculariser le lambeau. Il peut être également constitué d'un nerf dans certain type de lambeau.

*Les anastomoses sont les sutures faites par le chirurgien entre deux vaisseaux ou deux nerfs. Il les fait à l'aide de loupes chirurgicales ou d'un microscope car les vaisseaux sont de très petits calibres. C'est ce qu'on appelle de la microchirurgie.

*la réunion de concertation pluridisciplinaire est une Réunion régulière entre professionnels de santé, au cours de laquelle se discutent la situation d'un patient, les traitements possibles en fonction des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et les risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. Les réunions de concertation pluridisciplinaires rassemblent au minimum trois spécialistes différents.

*les voies aéro-digestives supérieures désignent classiquement les sites anatomiques suivants : la cavité buccale, le pharynx, le larynx, l'œsophage, les fosses nasales et les sinus

**DÉPARTEMENT ANESTHÉSIE CHIRURGIE
ET INTERVENTIONNEL**

SERVICE DE CANCÉROLOGIE TÊTE ET COU

Tél. : 01 42 1151 94

comité-ork@gustaveroussy.fr

SERVICE DE CHIRURGIE PLASTIQUE

Tél. : 01 42 11 65 36

chirurgie-plastique@gustaveroussy.fr



En images



114, rue Édouard-Vaillant
94805 Villejuif cedex - France

www.gustaveroussy.fr



**GUSTAVE
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS