

Complications post-opératoires des implants de thorax 3D sur-mesure : prévention et gestion



Pr Jean-Pierre Chavoïn

Ex-chef du service de chirurgie Plastique au CHU de Toulouse, ex secrétaire général de la Société Française de chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (SoFCPRE) pendant 13 ans puis président

Référent dans le traitement des malformations par implants sur-mesure 3D avec plus de 800 cas opérés

SOMMAIRE

HÉMATOMES	3
Prévention.....	3
Traitement précoce.....	3
Traitement retardé.....	3
INFECTION	4
Prévention.....	4
Traitement précoce.....	4
MIGRATION	5
Prévention.....	5
CONTACTS	6

HÉMATOMES

Le risque d'hématome est commun à tout acte chirurgical invasif.

Dans les malformations thoraciques congénitales, il est plus fréquent en cas de pédicules perforants volumineux ou de sections musculaires (pectus excavatum) qu'avec des perforantes atrophiques et l'absence de sections musculaires (Syndrome de Poland, mollets).

Il peut être déclenché en post-opératoire immédiat par le gradient de dépression d'un drainage aspiratif qui peut décoller le caillot de coagulation d'une grosse perforante (2-3ème espace intercostal), même posé à distance de celui-ci : le drain est entre les deux plans parfaitement lisses de la cage thoracique et de l'implant.

Prévention

Hémostase méticuleuse pas à pas au cours de la désinsertion musculaire puis du décollement musculaire ; cela nécessite un très bon éclairage à la lumière froide frontale ou sur écarteur éclairant à griffes (Stortz 9cm). Le bistouri électrique doit être réglé pour assurer une coagulation continue sur toute la surface libérée. On utilise des électrodes courtes protégées (pour éviter une brûlure des berges cutanées), puis des longues (pour atteindre les limites du décollement). En cas de persistance d'un saignement en nappe, en fin de dissection, on peut introduire des grandes compresses abdominales imbibées de sérum physiologique très chaud pour activer la coagulation (transformation du fibrinogène en fibrine). On peut ensuite compléter la coagulation au Bistouri Électrique en mode fulguration.

Plusieurs vérifications sont souvent nécessaires pour obtenir un plan de dissection exsangué et pouvoir introduire l'implant qui est sorti stérile de sa poche au dernier moment.

Traitement précoce

Le diagnostic d'hématome doit être précoce : évident en cas de voussure de la paroi, il peut être plus discret et caché derrière l'implant. Le signe d'appel est la persistance d'une coloration hématique après les trois premières ponctions. Le mieux est de ne pas hésiter à faire une révision rapide au moindre doute après une échographie de contrôle.

On reprend le patient sous anesthésie générale, on ouvre la loge, on sort l'implant, on évacue l'hématome, décaillote, lave et complète l'hémostase. En cas de saignement incontrôlable en nappe, utiliser le temps nécessaire pour poser d'abord les compresses abdominales trempées dans du sérum très chaud puis compléter au bistouri électrique si nécessaire en mode fulguration. Quand le champ est exsangué, l'implant est réintroduit dans sa loge et la fermeture en trois plans, assurée au fil résorbable sans drainage.

Traitement retardé

Un saignement peut survenir après la sortie du patient et son retour à domicile dans les jours qui suivent, à partir d'une grosse perforante : reprise immédiate devant une symptomatologie évidente avec douleur et voussure abdominale.

Un hématome négligé entraînerait une fibrose puis une rétraction progressive difficile à libérer et à traiter chirurgicalement.

INFECTION

Le risque d'infection est commun à tout acte chirurgical invasif mais aggravé par la mise en place d'un corps étranger volumineux dans un espace préparé. Ce risque est le plus souvent en rapport avec une contamination bactérienne par la cicatrice proche de l'implant dans sa partie caudale.

Prévention

Antibiothérapie dissuasive à l'induction : une injection de céfazoline 2g.

Mise en place immédiate de l'implant dans sa loge après son extraction de la poche stérile et un dernier contrôle des limites suffisantes de la dissection et de l'hémostase.

Fermeture en 3 plans séparés :

- suture du plan musculaire de haut en bas, à points séparés inversés, au fil résorbable 0 (vicryl/ polysorb) grande aiguille : les nœuds sont courts et restent sous le muscle. En l'absence de muscle suturable dans la partie basse, un point inversé charge le fascia sous-cutané profond
- suture du plan sous-cutané à points inversés séparés au fil monocryl 3/0. Le nœud est réalisé court (pas de tresse), en évitant la sortie des brins vers l'extérieur.
- les berges dermo-épidermiques sont suturées parfaitement avec un surjet intra-dermique au monocryl 3/0 ou de la colle (Dermabond).

Le but est de fermer de façon parfaitement hermétique les trois plans, sans risque d'extériorisation des fils et sans la moindre brèche qui pourraient être une voie d'entrée des germes saprophytes ou virulents présents ou apportés au cours de pansements.

Drainage aspiratif à éviter :

Un drain est proscrit à proximité de tout implant en raison du risque de contamination. Cette dernière peut se faire par des germes saprophytes présents (surtout chez l'homme dans les zones pileuses axillaires ++) et qui pénètrent via la sortie cutanée du drain, irritée par les mouvements et sa présence prolongée.

Éviter les pansements à domicile :

Le pansement standard mis au bloc est changé le jour de la sortie, après une éventuelle ponction séro-hématique par le chirurgien responsable, avec des précautions renforcées (antisepsie, gants stériles, petits champs de bordure). Il met en place pour huit jours un pansement hydrocellulaire (type mepilex border EM) : pas de changement à domicile, consultation à 8 jours par le chirurgien responsable et ponction si nécessaire. Ablation du pansement à 15 jours.

Ponctions du sérome :

Toujours réalisées par le chirurgien responsable avec précautions d'asepsie avec un trocard 19 Gauge et seringues luer-lock de 60cc. Un liquide séreux clair est rassurant, un liquide trouble après les trois premières ponctions fera l'objet d'un prélèvement bactériologique et d'un antibiogramme.

Traitement précoce

Un épanchement séreux qui se prolonge (au-delà de cinq ponctions) et devient trouble doit entraîner un prélèvement bactériologique et un bilan sanguin.

En cas de présence de germes saprophytes (*Cutibacterium acnes* le plus souvent), d'absence de signes d'infection clinique (fièvre, douleur) et biologique (VS, CRP, leucocytes), on peut décider une reprise au bloc opératoire avec couverture antibiotique : ablation de l'implant, lavage abondant au sérum physiologique de la cavité et des fausses membranes éventuelles, remise en place de l'implant et fermeture.

En cas de signes infectieux et de présence d'un germe pathogène (staphylocoque doré) l'ablation de l'implant est nécessaire. Il ne pourra plus être restérilisé.

Une ré-intervention est possible dans un délai minimum de 6 mois avec un nouvel implant et une couverture antibiotique adaptée.

MIGRATION

Le risque de migration post-opératoire de l'implant est rare si l'on respecte strictement le protocole opératoire : si l'implant sort de sa position initiale et de sa loge, il peut être visible sous la peau dans les zones basses non recouvertes par les muscles grand pectoraux.

Prévention

- respect strict du protocole chirurgical surtout dans la région abdominale haute où l'implant doit être stabilisé et son apex caudal recouvert par le fascia des muscles droits de l'abdomen.
- en cas de survenue d'un sérome séro-hématique, les ponctions doivent être poursuivies à la consultation chaque semaine jusqu'à une diminution à moins de 20cc.
- la contention circulaire douce par ceinture thoracique et tampon est maintenue pendant un mois 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

CONTACTS



Pr Jean-Pierre Chavoin

jean-pierre.chavoin@orange.fr



Design :
AnatomikModeling

19 rue Jean Mermoz,
31100 Toulouse, France

contact@anatomikmodeling.com

+33 (0)5 62 83 31 04

www.anatomikmodeling.com



Sebbin
PARIS

Fabrication et distribution :
Groupe Sebbin SAS

17 rue des Oziers 95310
Saint-Ouen-l'Aumône France

contact@sebbin.com

+33 (0)1 34 42 13 28

www.sebbin.com