

# Surveillance des lambeaux pédiculés et libres

M. Liot

La réussite d'un lambeau relève souvent du détail. On ne peut concevoir une telle chirurgie sans une technique irréprochable, mais aussi sans une surveillance rigoureuse qui débute dès le temps opératoire. Des conditions optimales doivent être réunies afin de dépister précocement toute complication, et ce jusqu'à la cicatrisation et la stabilité du lambeau.

## Planification du lambeau

Dès la décision chirurgicale prise, la stratégie de couverture doit prendre en compte un certain nombre de paramètres :

- l'état général du patient, sa compréhension du geste et sa compliance prévisible aux soins postopératoires ;
- il faut offrir à l'équipe soignante les meilleures conditions de surveillance du lambeau, de soins locaux et de nursing ;
- le choix du lambeau doit être réfléchi, en fonction du siège de la perte de substance et de l'expérience du chirurgien. La plupart du temps, l'option la plus simple doit être retenue.

Au cours de l'intervention, le chirurgien acquiert la meilleure expertise de la qualité du site receveur. Il est aussi le seul à connaître le trajet exact du pédicule, la situation des microsutures dans le cadre d'un lambeau libre, ou les difficultés techniques rencontrées. Il est donc l'interlocuteur privilégié de l'équipe d'infirmières ou de l'interne de garde, en cas de complication postopératoire, voire de reprise par un autre opérateur.

## Pansement au bloc opératoire

La réalisation du pansement en fin d'intervention est un temps particulièrement important. Il est toujours assuré par le chirurgien lui-même :

- la contention et l'étanchéité par compresses vis-à-vis des sutures cutanées aide à prévenir le risque de contamination ;
- le pansement ne doit en aucun cas être compressif pour le pédicule ou le membre opéré, source d'ischémie, de stagnation veineuse, d'œdème et de douleurs ;

– il comporte un accès pour la surveillance du lambeau à travers une fenêtre. Sa première réfection sera moins douloureuse et facilitée par l'emploi de tulle gras ;

– en plus de leur rôle postural, la confection d'attelles rigides sur mesure protège le site opératoire d'éventuels traumatismes ou d'une compression, sources de souffrance du lambeau, tout en permettant une mobilisation la plus précoce possible (fig. 1).



**Fig. 1** – Attelle en « coquille », immobilisant parfaitement le poignet et la main et autorisant aisément la surveillance d'un lambeau ou d'un doigt replanté.

## Surveillance postopératoire

D'une manière générale, le membre supérieur doit être dans le plan du lit ou légèrement surélevé, pour limiter l'œdème. Une feuille postopératoire détaillée, au besoin avec un schéma, accompagne le patient à la sortie du bloc opératoire. Elle précise clairement les consignes de surveillance, les prescriptions médicamenteuses, de soins ou de rééducation.

La surveillance postopératoire se fait en milieu spécialisé, au sein d'une équipe rodée à cette chirurgie. La chambre doit se trouver à un endroit « stratégique » dans le service, proche du poste infirmier, ce qui facilite la surveillance, les soins réguliers, la température ambiante pouvant être réglée à la demande.

## Dépistage d'une modification dans les caractéristiques du lambeau

Les lambeaux sont des transferts tissulaires incluant leur propre vascularisation. Cette dernière est au centre des préoccupations et impose les modalités de surveillance.

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. Tout retard de prise en charge peut compromettre les chances de sauver le lambeau.

Une surveillance, quasi horaire le premier jour, contrôle le bon état général du patient, relève ses constantes (pouls, température, pression artérielle, saturation) et dépiste localement des signes de souffrance du lambeau en fonction de sa coloration, de sa température locale ou de la rapidité du pouls capillaire, s'il intègre une palette cutanée. L'insuffisance veineuse, complication la plus fréquente, entraîne plutôt une cyanose avec accélération du pouls capillaire. L'insuffisance artérielle est source de pâleur avec froideur. Tous deux sont ischémiant et présagent un échec.

Une souffrance précoce, voire immédiate, témoigne d'une torsion du pédicule, d'un point de fermeture compressif, d'une posture inadéquate ou d'un hématome. Il peut aussi s'agir d'une thrombose de l'anastomose en cas de lambeau libre. Il est généralement admis que le risque de thrombose des microsutures est important durant les cinq premiers jours, diminuant ensuite après endothélialisation des microsutures. Un examen du pédicule au Doppler portable est préconisé par certaines équipes, afin de s'assurer de sa perméabilité.

Ainsi, on peut être amené à refaire un pansement (serré ou imbibé de sang, risquant de faire garrot lorsque le sang sèche), à modifier une attelle (position inadéquate), à réaliser un geste local simple au lit du malade (ablation simple d'un point « de trop »). La reprise chirurgicale est parfois requise, lorsqu'il s'agit d'évacuer un hématome, de faire une hémostase ou de reprendre une anastomose. À un stade plus tardif, le geste peut constituer en une nécrosectomie, un repositionnement du lambeau ou un lavage pour sepsis.

Le terme ultime de la souffrance du lambeau, la nécrose, est un drame pour le patient et pour le chirurgien, car le problème pour lequel la couverture fut requise reste entier (fig. 2). Alors quelle solution choisir ? Un autre lambeau ou une simple cicatrisation dirigée, dont on connaît les risques à la main ?



**Fig. 2** – Nécrose d'un lambeau pulpaire au niveau d'un pouce.

### ***Pansements dans le service***

Les pansements, au mieux en présence du chirurgien, peuvent être espacés, sauf en cas de suppuration ou de macération (lambeau inguinal) nécessitant des soins quotidiens. On recherche un hématome ou des signes d'inflammation, sources de thrombose du pédicule. Le site donneur n'est pas oublié. Les premiers jours, l'emploi de compresses tièdes héparinées améliore les chances de survie, une aiguille de drainage trempée dans l'héparine peut éviter un engorgement veineux.

À l'ablation du pansement, le maintien du poignet dans la même position est souvent « vital », par exemple pour un lambeau antébrachial, comme pour un lambeau interosseux postérieur (risque d'élongation du pédicule, source de souffrance du lambeau).

### Rééducation

Plus qu'ailleurs, la chirurgie des lambeaux à la main se veut reconstructrice, mais aussi fonctionnelle. Une rétraction cicatricielle, une raideur, un syndrome adhérentiel limitant la fonction du membre, peuvent pénaliser le résultat final malgré une couverture satisfaisante du site receveur. Il convient donc d'appliquer à ce type de chirurgie les règles de la chirurgie de la main et de mobiliser les articulations et les tendons le plus tôt possible, ce qui permet de lutter dans le même temps contre l'œdème. La rééducation est entreprise dans, puis hors de l'attelle, avec des consignes très précises quant à la position du poignet (fig. 3).



**Fig. 3** – Séance de rééducation postopératoire immédiate.

### Traitements associés

L'emploi d'anticoagulants ou de vasodilatateurs est très discuté. Une antibiothérapie n'est pas systématique, mais fonction du terrain préopératoire, de la présence de matériel d'ostéosynthèse ou de l'exposition d'un os ou d'une articulation.

Enfin une alimentation riche en protéines, un soutien psychologique et l'arrêt impératif du tabac constituent autant de mesures contribuant au succès.

### Situation particulière : les lambeaux libres

Étant donné que le pédicule nourricier constitue le seul apport sanguin vers le lambeau, la perméabilité des microsutures vasculaires est essentielle à la survie tissulaire. Une thrombose peut survenir au niveau de la microsuture artérielle ou veineuse (ou les deux), mettant immédiatement le lambeau en danger dans tous les cas. Il est largement reconnu que l'origine principale de ces thromboses est la technique chirurgicale. En effet, l'inclusion de structures adventitielles, le traumatisme intimal, une exposition des structures sous-intimales représentent des risques identifiables d'échec par thrombose. La compression par un hématome, la torsion du pédicule lors de la mise en place du lambeau ou la fermeture « sous tension » constituent d'autres causes fréquentes d'échec. D'autres facteurs moins palpables, dont certains sont discutés, représentent des risques supplémentaires d'échec : l'infection préopératoire du site chirurgical, les états hypercoagulables, l'interposition de greffes veineuses. Les mesures de surveillance étudiées auparavant permettent de réagir au plus vite en cas de suspicion de thrombose vasculaire.