

La reconstruction mammaire immédiate par prothèse et lambeau d'avancement abdominal : la solution en un temps ?

RÉSUMÉ : Nous proposons, dans cet article, notre expérience de reconstruction mammaire immédiate avec lambeau d'avancement abdominal.

Cette technique permet d'obtenir un résultat satisfaisant avec une bonne définition du sillon sous-mammaire et une couverture complète de la prothèse.



→ **B. SARFATI**
Chirurgie Plastique
et Reconstructrice,
VILLEJUIF.

La mastectomie avec reconstruction mammaire immédiate (RMI) fait aujourd'hui partie intégrante de la prise en charge du cancer du sein. Les techniques utilisées sont nombreuses et dépendent souvent de l'expérience de l'équipe chirurgicale.

La RMI a un taux de complications supérieur aux reconstructions mammaires secondaires, et le chirurgien a tendance à réaliser une opération "à minima" pour en limiter les complications, en particulier les risques de nécrose des lambeaux cutanés.

La prothèse d'attente

Dans la plupart des cas, le premier temps de RMI par prothèse permet d'obtenir un résultat intermédiaire. La prothèse sert uniquement de *spacer* pour garder l'enveloppe cutanée et éviter sa rétraction. Le résultat esthétique est souvent médiocre (**fig. 1**) et nécessite un second temps opératoire pour changement de prothèse, redéfinition du sillon sous-mammaire par lambeau d'avancement abdominal, incision du *fascia superficialis* et fixation de ce dernier. C'est pourquoi nous avons réuni ces différents temps opératoires dans la même intervention.

La technique

La mastectomie est réalisée dans un plan sous-cutané strict, sans conservation de l'aréole. Le plan profond respecte le fascia pectoral et sous-pectoral. Une incision est réalisée sur le bord inféro-externe du muscle grand pectoral, la loge est décollée en sous-pectoral, puis sous le *fascia* sous-pectoral. Dans la partie inférieure, le décollement se poursuit en avant de la gaine des muscles grands droits, en dépassant le niveau des côtes. Le *fascia superficialis* est incisé et fixé à la gaine des muscles grands droits, au niveau du sillon sous-mammaire,



FIG. 1 : Patiente de 56 ans, opérée d'une mastectomie et reconstruction mammaire immédiate par prothèse. On note le manque de définition du sillon ainsi que le volume insuffisant de la prothèse. Un second temps opératoire sera nécessaire pour augmenter le volume de la prothèse et redéfinir le sillon sous-mammaire.

SEIN

POINTS FORTS

- ➞ La reconstruction mammaire immédiate par prothèse avec lambeau d'avancement abdominal permet d'obtenir une forme satisfaisante du sein en un seul temps opératoire.
- ➞ Elle permet aussi d'obtenir une couverture complète de la prothèse, même si son volume est important.
- ➞ Elle est à réserver aux sujets jeunes sans facteur de risque cardiovasculaire.

par des points séparés de Vicryl 2-0. Le *fascia* du muscle grand dentelé est décollé en postérieur (si besoin, on décolle les dernières digitations). Un redon aspiratif est positionné en rétropectoral. La prothèse est mise place en rétropectoral, et la loge est fermée sans tension entre le *fascia* du muscle grand dentelé et le muscle grand pectoral.

Les résultats

Nous utilisons cette technique depuis plus de deux ans, et nous n'avons relevé qu'une complication à type de nécrose cutanée entraînant une exposition de la prothèse et un retrait de celle-ci (patiente âgée de 68 ans, fumeuse). Aucune infection n'a été rapportée.

Aucune patiente n'a été réopérée pour changement de prothèse et redéfinition du sillon sous-mammaire.

Discussion

● Pourquoi un lambeau d'avancement est-il nécessaire ?

Lorsque nous réalisons une mastectomie en emportant la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM), même en cas de conservation de l'étui cutané, il existe un manque de hauteur de peau correspondant au moins à la hauteur de la PAM. Cela a pour effet d'exercer une traction cutanée vers le haut, diminuant la définition du sillon sous-mammaire. De plus, le décollement important, réalisé lors d'une mastectomie, entraîne une rétraction cutanée diminuant d'autant plus la définition du sillon.

● La sélection des patientes

La crainte du chirurgien est la vitalité des lambeaux cutanés après mastectomie. Le fait de les décoller de façon extensive

diminue leur apport vasculaire. C'est pourquoi nous recommandons de réaliser cette technique chez des patientes d'âge moyen, sans facteur de risque cardiovasculaire.

● Le volume prothétique

Chez les patientes ayant un volume mammaire important, la taille de la prothèse nécessaire peut augmenter de façon importante. Il est alors impossible d'obtenir une couverture complète de cette dernière. Le choix du chirurgien se porte alors souvent sur une prothèse de plus petit volume, ou bien il se résout à laisser la partie inférieure de la prothèse en sous-cutané. Réaliser un lambeau d'avancement abdominal dans le même temps permet de recruter de la peau et de fermer sans tension la loge pour des prothèses de volume important, allant jusqu'à 490 g dans notre série (**fig. 2**).

Conclusion

La reconstruction mammaire immédiate par prothèse et lambeau d'avancement abdominal a permis de résoudre le problème de couverture complète des prothèses mammaires volumineuses. Elle permet aussi d'obtenir un sillon sous-mammaire satisfaisant et évite une nouvelle intervention. Chez des patientes correctement sélectionnées, elle représente aujourd'hui notre technique de référence.

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



FIG. 2 : Patiente de 31 ans présentant un carcinome canalaire in situ étendu. On a réalisé une mastectomie avec reconstruction mammaire immédiate par prothèse anatomique de 310 g associée à un lambeau d'avancement abdominal. La couverture de la prothèse est complète par le muscle pectoral, le fascia sous-pectoral et l'aponévrose du muscle grand dentelé. On note une bonne définition du sillon sous-mammaire.