

Gérer les complications des expositions aseptiques de prothèse lors d'une reconstruction mammaire

RÉSUMÉ : Les complications sont souvent les problèmes les plus difficiles à prendre en charge, et une mauvaise décision ou un retard de prise en charge va grever le résultat à long terme et les séquelles dues à cette décision. Dans ces cas, non rares, d'exposition précoce d'implant lors de reconstruction mammaire par prothèse, une prise en charge rapide et adaptée doit être mise en route.

Il s'agit de bien confirmer qu'il n'existe pas de critères infectieux et que l'exposition est aseptique. On pourra alors mettre en route une reprise chirurgicale adaptée avec un lambeau d'avancement abdominal afin de recruter quelques centimètres de peau, mais aussi de limiter la tension sur la cicatrice de mastectomie, gage de bonne fermeture de la peau. La peau recrutée sera désépidermée et plicaturée en regard de l'implant afin de remplacer le muscle pectoral qui a fait défaut. L'utilisation d'un petit implant ou d'un expandeur dégonflé est recommandée pour ces mêmes raisons.



→ A. FITOUSSI
Centre du Sein, PARIS.

La reconstruction mammaire par prothèse (ou expandeur) reste l'intervention la plus fréquente après mastectomie. Les suites opératoires sont souvent simples et les résultats satisfaisants. Malgré tout, dans certains cas et surtout sur des peaux irradiées, il existe un risque d'exposition de l'implant dans les 3 mois après l'intervention.

Certains éléments sont mis en cause comme facteurs de risque : la radiothérapie en premier lieu, le tabac et pour certains la chimiothérapie néoadjuvante [1]. Mais, dans un certain nombre de cas, la cicatrice se désunit, le muscle cède et la prothèse s'expose progressivement. Dans ce cas, deux tableaux sont le plus souvent retrouvés : un tableau septique (écoulement louche, staphylocoque + hyperleucocytose, fièvre et CRP élevées...), ou un tableau opposé aseptique, sans fièvre et sans processus inflammatoire.

>>> Dans le premier cas, l'attitude la plus classique est l'ablation de l'implant avec lavage et antibiothérapie, reprise de la reconstruction par lambeau musculocutané le plus souvent à distance [2].

>>> Dans le deuxième cas, un "sauvetage de l'implant" peut être tenté grâce à une technique qui permet de protéger et de couvrir l'implant afin qu'il ne s'expose pas de nouveau. En effet, les sutures simples sont le plus souvent vouées à l'échec. Un procédé simple qui va associer un lambeau d'avancement abdominal (LAA) [3] et une couverture de l'implant par deux lambeaux de peau supérieure et inférieure désépidermés et suturés en paletot.

Nous avons repris 738 patientes opérées entre 1989 et 2005 ; elles avaient présenté 29 cas d'exposition d'implant dont 7 avaient pu être sauvés en immédiat et, dans 3 cas, grâce à cet artifice technique que nous allons vous présenter.

SEINS

CAS CLINIQUE N° 1



Mme HAM, 46 ans, reconstruction immédiate par prothèse. Un mois après l'intervention, apparition dans un tableau aseptique d'un orifice de 2 cm sur 1 cm au centre de la cicatrice de mastectomie qui laisse apparaître l'implant en dessous et la disparition de la couverture musculaire dans cette zone.



Sous anesthésie générale et après avoir confirmé qu'il n'existe pas de syndrome infectieux (CRP normale), on va retirer l'implant, vérifier que la cavité est propre et pratiquer au sauvetage de la prothèse. Pour ce faire, on va créer un lambeau d'avancement abdominal (LAA) au maximum des possibilités (4 ou 5 cm), ce qui permet de récupérer 2 ou 3 cm de peau en excès à la partie supérieure et inférieure de la cicatrice de mastectomie qui sera désépidermée.



Puis, les points du LAA seront positionnés afin de récupérer les quelques centimètres de peau nécessaire, mais aussi de limiter la traction sur la cicatrice de mastectomie.



Ensuite, une prothèse de petit volume, ou un expandeur très peu rempli, est positionnée dans la loge.



La fermeture se fera en 2 ou 3 plans du derme le plus profond au plus superficiel afin de protéger au maximum l'implant.



La plicature du derme qui est enfouie viendra remplacer le muscle déficient.



Il s'agissait, dans ce cas, d'un expandeur qui sera gonflé très lentement bien après la cicatrisation définitive de la peau. Un an après, la prothèse définitive est mise en place sans complication, et le résultat restera stable pendant 6 ans.

CAS CLINIQUE N° 2

Mme LAR..., 58 ans : reconstruction secondaire par prothèse sur une paroi irradiée. Trois semaines après l'intervention, le tableau est identique avec une exposition de l'implant au centre de la cicatrice de mastectomie.



La même stratégie est définie, et la peau en excès est désépidermée.



Le derme fermé en plusieurs plans est enfoui, et une prothèse de petit volume est mise en place.



La patiente, après cet épisode et le sauvetage de l'implant, refusera tout geste de reprise de l'implant ou de symétrisation.



Malgré 6 ans de recul sans problème, la patiente refuse toute reprise de reconstruction.

La troisième patiente est perdue de vue à 7 mois après la même intervention sans exposition de l'implant à court terme.

Nous voyons donc, au travers de ces 3 cas, qu'un sauvetage d'une reconstruction mammaire par implant est possible s'il est pris en charge très tôt (orifice de petit volume), s'il n'existe pas d'infection locale et si les deux artifices que sont le LAA et l'interposition de plusieurs épaisseurs de derme désépidermés suturés en paletot sont réalisables. On utilisera un implant de petit volume ou un expandeur dégonflé afin de limiter la pression exercée sur la cicatrice de mastectomie. Au contraire, les complications infectieuses avec souvent une recherche de germes positives ne peuvent pas, le plus souvent, être traitées de la même façon.

Bibliographie

1. BENNET SP, FITOUSSI AD, BERRY MG *et al.* Management of exposed, infected implant-based breast reconstruction and strategies for salvage. *Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2011;64:1270-1277.
2. PRINCE MD, SUBER JS, AYA-AY ML *et al.* Prosthesis salvage in breast reconstruction patients with periprosthetic infection and exposure. *Plast Reconstr Surg*, 2012;129:42-48.
3. URBAN K, KMENT L, MESTAK J *et al.* Our eight-year experience with breast reconstruction using abdominal advancement flap (207 reconstructions). *Acta Chir Plast*, 2012;54:63-66.

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