



# Reconstruction immédiate : pièges et incertitudes

## *Immediate reconstruction: traps and doubts*

**Mots-clés :** Reconstruction mammaire différée, Reconstruction mammaire immédiate, Prothèse, Prothèse d'expansion, Lambeau myocutané.

**Keywords :** *Delayed breast reconstruction, Immediate breast reconstruction, Breast implant, Expander, Myocutaneous flap.*

### N. Bricout<sup>(1)</sup>

**A**u début des années 1970, évoquer la reconstruction mammaire pouvait faire scandale, non pas tellement que les techniques n'en étaient qu'à leurs balbutiements et les résultats bien souvent décevants, mais que l'idée même n'était pas rentrée dans les mœurs. *“Madame, estimez-vous heureuse que l'on soigne votre cancer ! Vous n'allez quand même pas chercher encore des ennuis au prix d'interventions inutiles, voire dangereuses, qui pourraient peut-être réactiver votre maladie ?”* était un discours assez couramment tenu par les oncologues, évidemment en grande majorité du sexe masculin, et souvent relayé par les proches... Heureusement, les femmes, dans leur demande, et les chirurgiens plasticiens, dans leurs efforts, ont persévéré et des progrès considérables ont été réalisés. Nous sommes maintenant dans l'ère du raffinement des techniques, capables de proposer dans la grande majorité des cas une alternative satisfaisante à la prothèse mammaire externe, objet utile, certes, mais si misérable produit de substitution qu'il faut déposer dans la salle de bains ou sur la table de nuit au crépuscule...

Après avoir raccourci les délais de la reconstruction différée, un autre tournant a été pris avec la reconstruction mammaire immédiate (RMI) : les oncologues en ont entendu parler, les femmes aussi, mais presque trop. S'il paraît évidemment légitime de minimiser au maximum le traumatisme que représente l'amputation mammaire, il ne faut pas proposer une RMI à n'importe quel prix, notamment si le résultat doit être moins satisfaisant (et parfois irrattrapable) que ne l'aurait été celui d'une reconstruction différée. Il ne sert à rien, pour éviter une attente de quelques mois, de compromettre

---

1. 96, avenue Victor-Hugo, Paris.

définitivement le résultat d'une reconstruction, en alléguant l'argument psychologique comme élément décisionnel prioritaire. L'échec d'une reconstruction mammaire immédiate, ou un résultat ne correspondant pas à l'attente, justifiée ou non, de la patiente sera à assumer psychologiquement et physiquement pour le restant de ses jours...

Comme pour tout nouveau concept, on a assisté à des abus et des échecs, certains facilement explicables, d'autres qui restent encore à analyser pour éviter de reproduire les mêmes erreurs dans l'avenir. Largement relayée par les médias, les oncologues et les patientes qui s'estiment tous nettement mieux informés, ce qui est vrai, bien sûr, mais à mon avis incomplètement, la reconstruction immédiate fait maintenant presque figure, sinon d'obligation, de suite logique, voire banale, à la mammectomie. Ne serait-ce que pour essayer de sauter l'étape intermédiaire de cet hémithorax plat, témoin de la mutilation et de la trace externe, visible, de la maladie. Mais il y a, d'une patiente à l'autre, bien plus de facteurs à considérer que la simple probabilité d'une radiothérapie postopératoire, longtemps considérée (et même négligée au début de cet engouement pour la RMI) comme le seul facteur contraignant à différer valablement celle-ci.

Les pièges et incertitudes d'une RMI sont d'ordre carcinologique, trophique, morphologique, anatomique et psychologique. Les pièges sont chirurgicaux, les incertitudes concernent les traitements complémentaires dans leurs indications et leur délai de mise en route risque d'être retardé s'il y a un problème important de cicatrisation. Les moyens techniques sont les mêmes qu'en reconstruction différée, mais utilisés diversement et avec des nuances dans la réalisation. Les indications doivent être posées avec réflexion et c'est certainement là qu'il faut raisonner avec discernement, pour ne pas compromettre les chances d'un rattrapage secondaire, en ayant, par exemple, utilisé d'emblée un lambeau, qui aurait représenté la seule planche de salut ultérieure.

## Sur le plan carcinologique

---

Chirurgicalement, le but évident et logique d'une mammectomie est de supprimer tout le tissu mammaire. Sur le plan cutané, nous avons appris au fil du temps à être plus économes, le fuseau cutané utile et nécessaire devant emporter la plaque aréolo-mamelonnaire, point de terminaison des canaux galactophores, et la cicatrice de tumorectomie précédente, surtout si les berges de l'exérèse n'étaient pas saines (le sacrifice cutané en regard de la lésion ne se justifie qu'en cas d'adhérence de la lésion à la peau ou d'envahissement cutané). Ce fuseau sera plus ou moins long pour permettre une bonne visibilité et la réalisation correcte du geste : si l'aréole est suffisamment vaste, ce sera parfois une exérèse périaréolaire ; sinon, la longueur et l'orientation du tracé dépendront du siège de la tumorectomie initiale et du volume du sein, épargnant autant que possible le décolleté dans les quadrants internes, mais permettant toujours une bonne visibilité et une réalisation correcte de la mammectomie et du curage éventuel. Si les différents types d'incision sont bien systématisés, il persiste un flou, qui ne devrait pas l'être, en ce qui

concerne le plan de dissection sous-cutané. Ce flou peut s'expliquer par l'origine embryologique [1] de la glande mammaire. Dérivé ectodermique, c'est une annexe cutanée, ce qui explique d'ailleurs sa vascularisation et son seul moyen de soutien : la peau. Il n'y a donc pas de limite anatomique nette entre tissu sous-cutané et tissu mammaire, comme le montre le passage du fascia superficialis en arrière de la glande. On considère que le plan de dissection doit passer à cette limite entre tissu graisseux sous-cutané proprement dit et tissu graisseux mammaire, intriqué avec le tissu glandulaire. Cela correspond à l'origine des crêtes de Duret. Chez une femme mince, il est assez facile à voir, et même à sentir sous la pointe des ciseaux, car la consistance entre les deux plans est légèrement différente : c'est la principale raison, d'ailleurs, pour laquelle je préfère réaliser cette dissection aux ciseaux, pour percevoir cette sensation, et non au bistouri électrique avec lequel on risque plus facilement de se tromper de plan et de varier de niveau de dissection. Chez la femme plus grasse, le plan est plus difficile à percevoir, et le risque est bien sûr d'être soit trop superficiel (avec le risque de souffrance cutanée), soit trop profond, et de laisser persister une épaisseur plus ou moins importante de tissu mammaire. Si cette mammectomie doit être suivie d'une reconstruction immédiate, pour ne pas avoir de souci de cicatrisation du plan superficiel qui risquerait de compromettre la reconstruction, le chirurgien peut inconsciemment laisser une épaisseur un peu plus importante qu'il ne l'aurait fait en cas de mammectomie simple. Il faut toujours garder à l'esprit que le geste carcinologique est prioritaire, quitte, si le plan superficiel paraît de vascularisation fragile, à différer la reconstruction, ce qui n'est jamais répréhensible si la patiente a été prévenue. Nous traversons une époque où les malades exigent des certitudes, mais nos prévisions peuvent être bousculées par des éléments non déterminés avant l'intervention : la médecine n'est pas une science exacte car, à des degrés divers, de nombreux facteurs d'importance variable interfèrent. Il est temps que les patients comprennent que leur corps et leur maladie sont des équations à plusieurs inconnues, même si nos efforts visent à réduire la marge d'incertitude...

## Sur le plan trophique

---

Le réseau vasculaire cutané mammaire est riche et provient d'un système anastomotique entre les branches cutanées des artères acromio-thoracique, sus-scapulaire, scapulaire inférieure et cervicale superficielle. Par le biais d'artérioles perforantes cheminant dans les ligaments de Cooper, ce réseau s'anastomose avec les branches du réseau pré glandulaire provenant des artères mammaires externe et interne. C'est, bien sûr, le réseau dermique qui joue le rôle essentiel dans la survie des lambeaux cutanés, situés de part et d'autre de l'incision, décollés et séparés de la glande après l'ablation de celle-ci. Sa qualité est variable, altérée si le derme est fin et distendu : méfaits des grossesses et des variations de poids, ou d'un derme étiré à la longue par une hypertrophie mammaire, mais également par le mode de vie : méfaits de l'exposition solaire et, surtout, du tabac.

Plus la vascularisation dermique est précaire, plus le risque de nécrose cutanée des berges de l'incision, qui sont devenues, par le biais de la dissection, les zones les plus éloignées de l'origine du réseau vasculaire et qui se comportent comme des lambeaux cutanés dits "au hasard", est grand. Ce risque peut déjà être évalué par l'interrogatoire et l'examen clinique cutané, et suspecté pendant l'intervention si les berges restent trop pâles et ne se recolorent pas ou mal et ne saignent pas même après l'application de sérum chaud. Là aussi, il vaudra mieux surseoir à la reconstruction, car la mise en tension des tissus par le volume de la reconstruction ne fera qu'aggraver le risque et l'étendue de la nécrose. Si l'on a envisagé une reconstruction par lambeau myocutané, la palette peut permettre un sacrifice cutané finalement plus important que le tracé initialement prévu, pour réaliser d'emblée l'exérèse de ces tissus douteux, cette fois-ci sur le plan vasculaire et non pas carcinologique. Mais le risque est que l'état local incertain contraigne, pour réaliser cette RMI, au recours à un lambeau qui n'aurait peut-être pas été nécessaire si on avait différé le geste de reconstruction.

## Sur le plan morphologique

---

Il est relativement facile d'assurer une RMI de bonne qualité lorsque le sein est de petit volume, et non ou discrètement ptosé, parce qu'il n'y a pas à envisager de modification majeure de l'étui cutané. Il n'en est pas de même sur un sein volumineux ou ptosé (*figures 1*), parce que le risque de dévascularisation des grands lambeaux que représentent les berges est plus important, et également parce qu'il va falloir assurer un redrapage cutané pour adapter l'enveloppe au volume prothétique, si on a choisi ce mode de reconstruction. Ce redrapage nécessite des recoupes complémentaires, aboutissant, par exemple, à une cicatrice en T inversé, également source de possible nécrose à la jonction des berges du T.

## Sur le plan anatomique

---

Les possibilités de réaliser une RMI, surtout si on fait intervenir une prothèse, ne dépendent pas seulement des qualités de la peau, mais aussi, ce dont on parle moins, de la morphologie thoracique (squelette, muscles, position relative du sillon par rapport à ces éléments), certains de ces éléments faisant partie des découvertes opératoires.

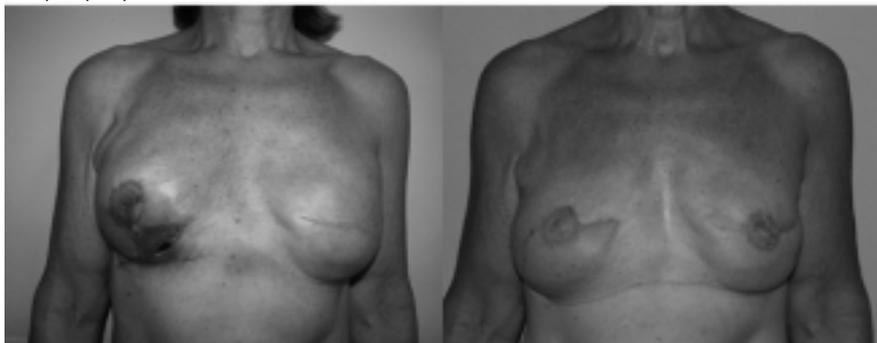
### **Le rôle du squelette**

Une cage thoracique "normale" a une forme de tronc de cône, mais la convexité du grill costal est variable. Sa forme conditionne l'orientation des seins, les bases mammaires étant normalement divergentes et formant, selon Wise [2], un angle de 30° à 50° en moyenne ; plus l'angle chondro-costal est marqué, plus le grill costal va être oblique, écarter les seins et les faire regarder en dehors. Tout peut se voir, depuis un angle marqué, jusqu'à un angle plat, voire un arc antérieur concave. Après une mammectomie, et ce d'autant plus que le



a. Aspect préopératoire.

b. À une semaine.



c. À six semaines.

d. Rattrapage par lambeau de grand dorsal.

### FIGURES 1.

*Mammectomie sous-cutanée droite avec RMI associée à une reconstruction secondaire gauche :*

*a. Aspect préopératoire : peau fine, sein ptosé ayant nécessité une réduction de l'étui cutané par plastie en T. b. À 1 semaine : nécrose partielle de l'aréole (ayant récupéré) et de la peau du quadrant inféro-interne, exposant (c) à la sixième semaine la prothèse dans la partie toute interne et basse (pas de couverture musculaire à ce niveau). d. Rattrapage par lambeau de grand dorsal.*

pectoral, tout au moins dans ses chefs inférieurs, est souvent atrophié, la forme du grill costal devient plus évidente : on comprend mieux alors la morphologie et l'orientation du sein restant, et cette analyse est importante car elle va permettre de mieux prévoir la forme que va donner une reconstruction par prothèse et de choisir le modèle adapté. Mais cet élément ne sera correctement évalué, lors d'une reconstruction immédiate, qu'en peropératoire. Plus le grill costal est oblique, plus la prothèse risque de regarder en dehors et, surtout, être trop externe, cela étant facilité par deux éléments propres à la RMI : la contraction du pectoral a toujours tendance à chasser la prothèse en dehors. En reconstruction différée, cet effet peut être atténué en désinsérant les chefs les plus internes et les plus bas du muscle, ce qui est envisageable, car les différents plans sont adhérents les uns aux autres. Mais ce n'est pas possible en RMI, puisqu'il faut conserver le maximum de

couverture musculaire devant la prothèse pour l'isoler du plan cutané qui vient d'être décollé, et que le muscle est souvent fragile et peu épais à cet endroit, non renforcé par le plan superficiel qui ne lui est pas encore accolé. En reconstruction différée, le décollement rétro- et infrapectoral des quadrants externes, dépend du choix du chirurgien : ne pas trop pousser loin ce décollement permet de limiter le déplacement de la prothèse. En RMI, ce décollement est imposé par le geste de mammectomie, qui doit aller jusqu'aux confins externes de la glande, et sera souvent plus externe que la limite que l'on voudrait donner à la loge de la prothèse ; il faudra donc user d'artifices supplémentaires pour limiter cette loge en dehors, points d'amarrage du plan sous-cutané ou dermique profond à la paroi dont la tenue dépendra de la qualité des tissus dont on dispose.

### ***Le rôle du muscle***

Le muscle grand pectoral a typiquement une forme triangulaire à base interne, tendu du thorax à l'humérus. Je préfère l'assimiler à un triangle-rectangle dont l'hypoténuse, représentée par le bord inférieur du muscle, va plus particulièrement nous intéresser dès que l'on souhaite créer une loge rétropectorale. Selon la forme du thorax, le bord inférieur du pectoral va être plus ou moins oblique : plus la morphologie est longiligne, plus le bord inférieur va être verticalisé et moins les quadrants inférieurs du sein vont se projeter sur le muscle. En cas de thorax court, au contraire, le bord inférieur du muscle va être horizontalisé, et la base mammaire dans son ensemble va davantage se projeter sur une plus grande surface du muscle. Cela conditionne donc les possibilités de couverture d'une prothèse par le muscle. Il est essentiel en RMI que la prothèse soit isolée du plan cutané par une couverture musculaire. Il y a des cas où la couverture par le pectoral est faible, et il faut donc compléter largement en bas et en dehors ce plan de couverture : il existe certes un fascia, ou un plan fibreux entre le bord inférieur du muscle et le niveau du sillon, complété en dehors par les digitations du grand dentelé. Mais jamais le grand dentelé ne peut assurer à lui seul cette couverture, parce qu'il ne vient pas suffisamment en dedans et parce que ses faisceaux sont minces, très adhérents aux côtes (de par sa fonction de muscle respiratoire...). La dissection en est difficile pour ne pas déchirer ces faisceaux et est assez hémorragique. La possibilité de dissection de ce plan va finalement dépendre de la solidité et de l'épaisseur de ces éléments, très variables d'une patiente à l'autre et, une fois de plus, de découverte opératoire. Si ce plan est si fin qu'il ne peut être utilisé, il faudra apporter au minimum un lambeau musculaire pur de grand dorsal pour assurer la couverture dans les quadrants inférieurs. Le danger, si on ne prélève que le muscle, est de se priver ultérieurement de la palette cutanée dont on aurait pu avoir ensuite besoin...

### ***Le sillon sous-mammaire***

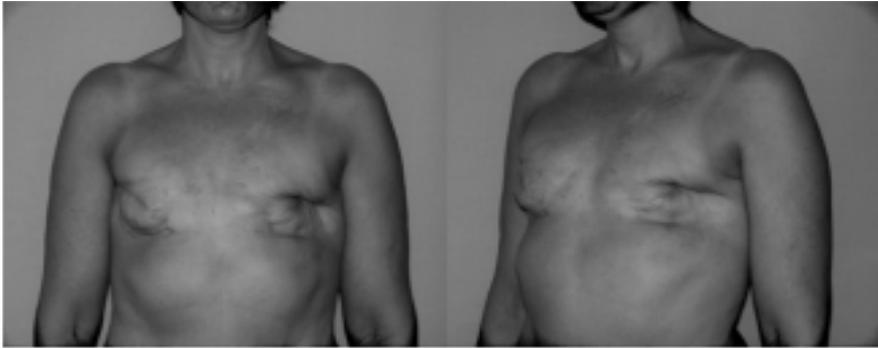
Le sein est implanté plus ou moins bas sur le thorax, et il faut respecter le niveau du sillon pour y faire correspondre le bord inférieur du sein reconstruit, tout en le marquant nettement : cela peut se faire, comme en reconstruction différée, par un avancement du

plan inférieur et une suspension du sillon ou, si on utilise un lambeau, en faisant correspondre son bord inférieur au sillon, mais il est plus difficile de le placer au bon niveau en raison de la dissection qui vient d'être faite, et qui rend tous ces plans plus mobiles et plus distendus. Des retouches seront souvent nécessaires, ce qui signifie qu'une reconstruction immédiate n'évite souvent pas un temps opératoire supplémentaire...

## Sur le plan des traitements complémentaires : incidences et interactions

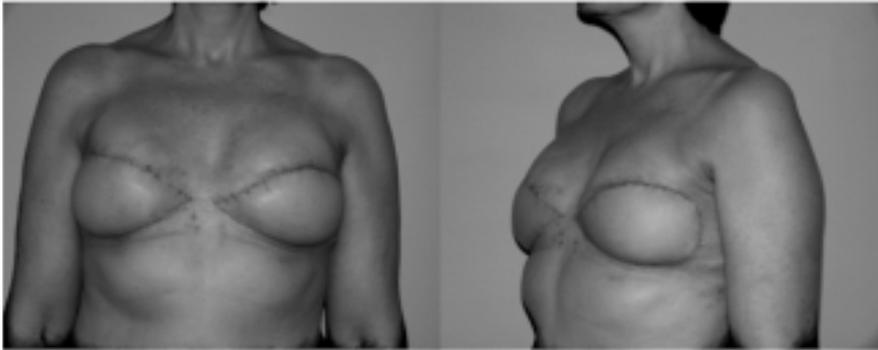
---

L'élément le plus évident et le plus connu [3] est, bien sûr, l'effet d'une radiothérapie sur une RMI faisant intervenir le corps étranger que représente une prothèse : la radiothérapie favorise la rétraction périprothétique, aboutissant à un sein trop ferme, trop rond et figé. Cela peut, bien sûr, se produire également en reconstruction différée, et c'est d'ailleurs là la cause principale des mauvais résultats des reconstructions après une association chirurgie-radiothérapie. En reconstruction différée, il est toutefois relativement facile de juger dès la consultation s'il vaut mieux d'emblée recourir à un lambeau, soit évitant le recours à une prothèse (lambeau de grand droit), soit permettant l'exérèse d'un maximum de tissus dystrophiques (lambeau de grand dorsal plus prothèse) pour diminuer l'importance de ce facteur de rétraction. En reconstruction immédiate, cette rétraction va être encore plus néfaste : en effet, la rétraction concomitante de cette radiothérapie, réalisée assez rapidement après la chirurgie, sur des tissus juste mis en tension par la prothèse, va non seulement aboutir à une rétraction intense et précoce, mais surtout laminer et amincir les tissus superficiels déjà fragilisés par la dissection récente de la mammectomie : ces tissus, devenus trop minces, laisseront la prothèse rétractée trop perceptible. En admettant que l'on reprenne cette loge et qu'on l'agrandisse pour donner plus de place à la prothèse, si la rétraction ne se reproduit pas avec la même intensité, le problème est que ces tissus trop fins au centre du sein reconstruit, plus minces qu'en périphérie, vont donner à l'œil et au toucher un aspect disgracieux, irrégulier et fripé au centre du sein reconstruit, et laisser percevoir la prothèse, montrant alors des plis, même avec une prothèse en gel de haute cohésion comme on en dispose actuellement... Le pire est obtenu lorsqu'on a proposé à la patiente une "petite prothèse d'attente" (*figures 2*) d'un volume ridicule car bien moindre que celui qui aurait été nécessaire : cela crée un aspect de "jaune d'œuf sur le plat" dans la partie centrale, la plus visible, qui ne ressemble guère à ce que l'on attend d'un sein reconstruit, et qui est pratiquement irrattrapable pour les raisons déjà citées : amincissement relatif trop important des tissus superficiels "poussés" par la prothèse devenue trop sphérique par la rétraction associée provoquée par la radiothérapie, épaissement relatif ou, tout au moins, sclérose et manque de souplesse en périphérie liés également à la radiothérapie.



A (face).

A (profil).



B (face).

B (profil).

**FIGURES 2.**

*Patiente ayant subi deux traitements conservateurs, puis une mammectomie bilatérale avec RMI par "petite prothèse d'attente": a. ablation précoce de la prothèse à gauche, mauvais résultat à droite. b. Reprise par lambeau bilatéral simultané de grand dorsal avec prothèses de 330 cc.*

Chimiothérapie et hormonothérapie n'ont pas d'effet sur le résultat d'une reconstruction. Il faut raisonner en sens inverse : si la technique de reconstruction entraîne une nécrose, il paraît raisonnable d'attendre que la cicatrisation soit obtenue, la baisse des défenses immunitaires pouvant favoriser une aggravation des soucis de cicatrisation par infection des tissus superficiels... Cela peut donc retarder la mise en route de la chimiothérapie si le problème de cicatrisation n'est pas résolu dans les 2 ou 3 semaines suivant la chirurgie, à moins que l'on ait été contraint à l'ablation de la prothèse, ce qui est quand même une complication majeure ! Un certain nombre de publications [4, 5] ne rapportent pas ce type de problème, mais ce sont toujours des situations où l'on a eu recours soit à des prothèses d'expansion, la cicatrice de mammectomie étant placée à l'aplomb du muscle, soit à des lambeaux musculaires isolant parfaitement la prothèse du plan superficiel.

## Sur le plan psychologique

---

Certaines patientes ne se sentent pas prêtes à assumer une reconstruction immédiate, préférant procéder par étapes et régler les problèmes les uns après les autres. C'est, bien sûr, un choix à respecter : la reconstruction doit être voulue et non subie, et jamais obligatoire ni dans sa réalisation ni dans son délai. Dès l'annonce de la nécessité de la mammectomie, il est, en revanche, important de l'évoquer et d'analyser les raisons de la réticence. Sans cependant laisser supposer, pour mieux faire accepter la mutilation, que l'on se retrouvera comme avant, ce qui équivaldrait à une tromperie, même si parfois on fera mieux – morphologiquement – qu'avant. Il y a – psychologiquement et physiquement – des événements qui ne peuvent être effacés de la mémoire de l'esprit et du corps.

À l'inverse, il faut être prudent avec les patientes qui exigent une reconstruction immédiate pour accepter la mammectomie : par ce biais, elles espèrent, plus ou moins consciemment, annuler l'annonce de la maladie et ce qu'elle représente en épreuves supplémentaires et en idée de mort. Désillusion et déception risquent d'être grandes, aboutissant, au pire, à une perte de confiance envers le médecin, si on ne prend pas le temps et le soin d'expliquer à quoi s'attendre au réveil d'une reconstruction, en tout cas sûrement pas à l'intégrité corporelle apparente précédente. En aucun cas, la reconstruction ne peut "gommer" la maladie. Son rôle est d'aider la malade à vivre avec, à revivre au quotidien, ce qui n'est déjà pas mal, mais sûrement pas à effacer les événements. Et cela demande beaucoup plus de temps et d'attention, d'explications claires avec des mots simples, que dans le cas d'une reconstruction différée, où la patiente est déjà mise devant l'évidence de la cicatrice et de l'absence de volume.

## Les techniques

---

Les techniques sont les mêmes. En voici une revue exhaustive :

**Prothèses gonflables ou préremplies :** la prothèse gonflable au sérum physiologique a l'avantage de pouvoir être choisie pour son diamètre, et d'adapter, dans une certaine mesure seulement, son remplissage aux possibilités locales, lorsque que la qualité de l'élastomère, variable d'un fabricant à l'autre, permet justement cette marge de manœuvre, quitte à la remplacer par une prothèse préremplie au deuxième temps opératoire. RMI ne signifie évidemment pas tout régler en une intervention, et les gestes nécessaires au deuxième temps sont souvent plus complexes qu'en cas de reconstruction différée, quand un troisième temps n'est pas nécessaire... La prothèse en gel de silicone est préremplie et n'a pas cet avantage ; en revanche, elle a celui d'une consistance plus naturelle. Mais sous des tissus peu épais, même une prothèse en gel fera des vagues ou des plis, même avec les gels cohésifs actuels... Et c'est l'un des problèmes de la RMI lorsque la patiente est mince : les tissus sont immédiatement mis en tension devant la prothèse. Alors qu'en recons-

truction différée, les plans cutané, sous-cutané et musculaire ont disposé d'un délai pour s'accoler, se rétracter légèrement, et ce petit degré de fibrose va leur permettre de s'épaissir discrètement, évitant l'apparition, à court ou moyen terme, de ces plis ou de cet effet de vagues, particulièrement gênants car visibles même dans les quadrants supérieurs.

**La prothèse d'expansion** a une place plus importante qu'en reconstruction différée, ce qui est logique : les tissus sont plus fragiles, car le plan cutané, en particulier, n'y dispose pas de temps intermédiaire pour s'accoler, cicatriser sur le plan musculaire sous-jacent et construire une néovascularisation. Dans un certain nombre de cas, il est donc plus sûr de mettre en place la prothèse dont le diamètre est nécessaire (et il est important de fixer son choix sur cette notion de diamètre et non pas de volume définitif pour assurer d'emblée une base mammaire correcte), puis de remplir progressivement cette prothèse à mesure de la tolérance tissulaire. Le remplacement ultérieur sera facilement réussi si la prothèse définitive a un diamètre très proche de celui de la prothèse d'expansion, et se fera en même temps que la reconstruction d'aréole.

**Le lambeau de grand dorsal** peut être utilisé en version classique, myocutanée, avec parfois une palette cutanée se réduisant à la perte de substance aréolaire, ou en version musculaire pure, pour doubler devant une prothèse le plan superficiel. Attention, cependant, à ne pas sacrifier un lambeau dont on n'aurait peut-être pas eu besoin si on avait attendu, car les séquelles de prélèvement d'un lambeau, cicatricielles ou fonctionnelles, même si elles sont bien souvent faibles, ne sont jamais nulles et parfois imprévisibles. De plus, le risque d'un lambeau musculaire pur est que l'on se coupe de la possibilité d'utiliser ultérieurement la palette cutanée qui aurait pu y être associée, pour remplacer des tissus superficiels dystrophiques ou ayant été nécrosés...

**Le lambeau de grand dorsal autologue** [6] occupe une place à part et trouve en reconstruction immédiate ses meilleures indications et ses meilleurs résultats. Mais sa morbidité n'est pas négligeable (sérômes à répétition).

**Le lambeau de grand droit** est l'alternative de reconstruction autologue ; contrairement au lambeau de grand dorsal, sa vascularisation est plus aléatoire et, par sûreté, on sera probablement amené à des indications plus fréquentes de lambeaux bipédiculés, pour être sûr de ne pas avoir de problème de nécrose, risquant par exemple de retarder la mise en route d'une chimiothérapie.

**La place de la microchirurgie** : ses avantages réels restent à démontrer dans ce domaine particulier de la reconstruction, où il est toujours possible de recourir à des interventions plus longues et plus risquées (perte totale du lambeau en cas de thrombose du pédicule), nécessitant des équipes très compétentes, disponibles et entraînées, mobilisant plus de



**FIGURES 3.**

*Indication de mammectomie pour carcinome intracanalairé multifocal ; pas de prévision de radiothérapie postopératoire, sein petit, non ptosé : RMI par prothèse préremplie de 390 cc à droite et augmentation simultanée par prothèse préremplie de 160 cc à gauche.*

personnel. Le coût humain, temporel et financier va sans doute en limiter de plus en plus la réalisation, d'autant qu'au-delà de l'exploit technique, le bénéfice pour la patiente n'est pas toujours évident.

Le grand avantage, à première vue, des lambeaux autologues, que ce soit de grand dorsal ou de grand droit, est, bien sûr, d'échapper au problème de la rétraction périprothétique en cas de radiothérapie postopératoire. Mais deux questions se posent :

– le radiothérapeute qui doit assurer une radiothérapie de paroi ne risque-t-il pas d'avoir des difficultés pour calculer son volume-cible sur ce lambeau, interposé entre la peau mammaire résiduelle et les plans musculaire et pariétal ?

– l'incidence de la radiothérapie sur un lambeau à composante grasseuse prédominante n'est sans doute pas négligeable, surtout si sa vascularisation est à la limite de l'insuffisance : nous avons observé, en effet, dans quelques cas, des fontes secondaires de volume, assez tardives, et des modifications de consistance sur lambeau irradié, différentes des suites de lambeaux non irradiés.

## Les indications

---

La seule situation simple, facile à schématiser car elle ne fait intervenir qu'un seul facteur de décision, concerne la radiothérapie. S'il doit y avoir (ou avec une grande probabilité) une radiothérapie postopératoire, il vaut mieux surseoir à la reconstruction immédiate. Sauf, peut-être, si un intervalle supérieur à 6 mois entre chirurgie et radiothérapie est utilisé, par exemple, pour la réalisation d'une chimiothérapie, mais à condition de ne pas utiliser une technique dont la cicatrisation est aléatoire, ce qui risquerait de retarder la mise en route de cette chimiothérapie.

S'il s'agit d'une récurrence après traitement conservateur, on peut faire une reconstruction immédiate sans arrière-pensée, car on sait qu'il n'y aura pas de nouvelle radiothéra-

pie postopératoire. Sur le plan technique, ce sont en général des indications assez faciles à poser, recourant presque toujours à un lambeau avec vaste palette cutanée, car les tissus irradiés supportent mal une deuxième dissection et il faut en faire un sacrifice assez important pour cause de vitalité. Un bon résultat morphologique de RMI sans complications importantes de cicatrisation peut être espéré s'il n'y a pas à réaliser de modification importante de l'étui cutané (*figures 3*).

Tous les autres cas ne peuvent, à mon avis, être discutés qu'individuellement, étant donné le nombre de facteurs morphologiques, vasculaires, anatomiques qui vont entrer en compte, sans jamais faire de la reconstruction immédiate une certitude ni une obligation, tant pour la patiente que pour le chirurgien.

## Conclusion

---

Il ne s'agit pas, comme pour les traitements carcinologiques, chirurgicaux primaires et médicaux, de réaliser une statistique de bons ou de mauvais résultats. La reconstruction mammaire, si elle reste plus que souhaitable pour faire accepter les traitements associés au cancer du sein, plus ou moins lourds moralement et physiquement, s'adresse à la patiente à titre individuel, car elle n'est jamais une priorité ou une obligation : 10 % d'échec en cette matière, c'est 100 % pour la patiente qui est dans ce cas. La qualité d'une reconstruction mammaire, encore plus immédiate que différée, est multifactorielle et, si certains de ces facteurs sont prévisibles, d'autres nous sont inconnus avant le geste opératoire lui-même. Si les indications de la reconstruction mammaire différée sont maintenant bien systématisées et relativement faciles à poser car elles dépendent d'une analyse clinique qui est faite à froid, en consultation, avant le geste plastique, devant les séquelles laissées par le sacrifice tissulaire et la radiothérapie, nos efforts en reconstruction immédiate doivent porter sur cette analyse rigoureuse des différents éléments qui vont orienter le choix de la technique. Cette analyse est multifactorielle, certains éléments ne sont analysables qu'en peropératoire. Il faut savoir disposer d'une tactique éventuellement modifiable en cours d'intervention, et savoir, même si cela est intellectuellement difficile à accepter pour le chirurgien et moralement pour la patiente, être capable de renoncer, éventuellement, à réaliser cette RMI, à condition, bien sûr, d'avoir prévenu la patiente de ce risque. Mais nous vivons une époque où l'on exige beaucoup du corps médical, et pas seulement en matière de responsabilité, et où l'incertitude est mal vécue par les patientes et par leur entourage...

Les moyens techniques sont les mêmes qu'en reconstruction différée, mais ils sont utilisés diversement et avec des nuances dans leur réalisation. Les indications doivent être posées avec réflexion et c'est certainement là qu'il faut raisonner avec discernement, pour ne pas compromettre les chances d'un rattrapage ultérieur, en ayant, par exemple, utilisé d'emblée un lambeau, qui aurait représenté la seule planche de salut dans l'avenir.

## Références bibliographiques

---

- [1] Larsen WJ. *Embryologie humaine. 2<sup>e</sup> édition française.* Bruxelles: De Boeck 2003:474-5.
- [2] Lalardrie JP, Jouglard JP. *Chirurgie plastique du sein.* Paris: Masson, 1974:4.
- [3] Rimareix F, Cothier-Savey I, Belichard C. *Principes généraux de la chirurgie oncoplastique et de la reconstruction mammaire immédiate et différée. La lettre du Sénologue* 2004; 25:7-15.
- [4] Yule GJ, Concannon MJ, Croll GH, Puckett CL. *Is there liability with chemotherapy following immediate breast reconstruction?* *Plastic and Reconstructive Surgery* 1996;97(5):969-73.
- [5] Slavin SA, Schnitt JS, Duda RB, Houlihan MJ, Koufman CN, Morris DJ et al. *Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction: oncologic risks and aesthetic results in patients with early-stage breast cancer.* *Plastic and Reconstructive Surgery* 1998;102(1):49-62.
- [6] Delay E, Gounot N, Bouillot A, Zlatoff P, Rivoire M. *Autologous latissimus breast reconstruction: a 3-year clinical experience with 100 patients.* *Plastic and Reconstructive Surgery* 1998;102(5):1461-78.