

LAMBEAU XXL : lambeau de grand dorsal expansé

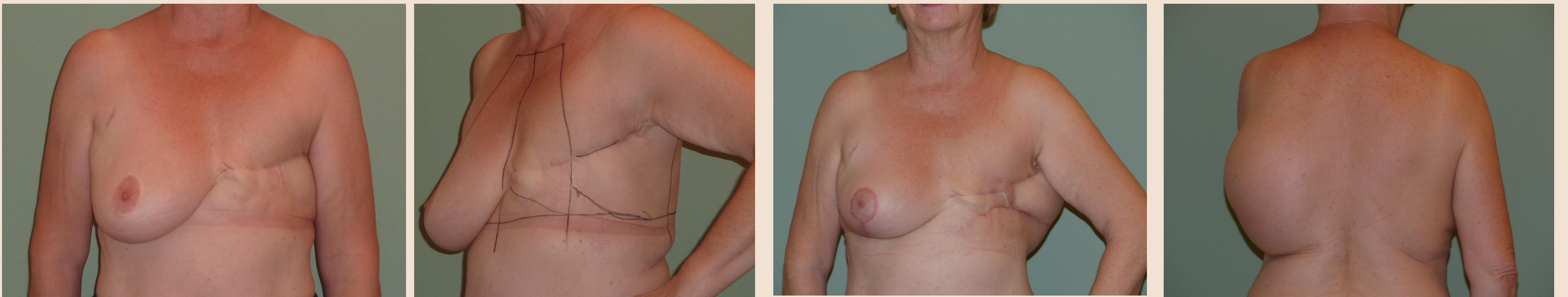
Dr. Nathalie BRICOUT
Paris

En reconstruction mammaire, le choix de la technique la mieux adaptée repose sur l'analyse des tissus restants en quantité et qualité. De mauvaise qualité et en quantité insuffisante, l'apport d'un lambeau devient nécessaire pour compléter et/ou remplacer les tissus dystrophiques. Lorsque la surface requise est supérieure à la surface spontanément disponible, une expansion préalable permet d'augmenter la surface du lambeau tout en permettant la fermeture directe de la zone de prélèvement, condition indispensable dans cette indication. Un implant mammaire complète le volume et maintient le gain de surface acquis.

3 temps opératoires sont nécessaires :

1 : La pose de la prothèse d'expansion sous le muscle grand dorsal:

L'intervention se fait en décubitus latéral, la voie d'abord reprend la partie externe de la cicatrice de mammectomie. La loge est créée sous le muscle et de part et d'autre d'un axe correspondant à la bande du soutien-gorge, pour y dissimuler ensuite la cicatrice de la zone donneuse. Prothèse d'expansion de forme ovale ou ronde, volume théorique entre **1000** et **1300** cc. Le remplissage initial permet de vérifier l'étalement de la prothèse et le bon fonctionnement de la valve, puis se fait au rythme d'une injection par semaine, le volume de chaque injection dépendant de la tolérance clinique. Une fois le remplissage terminé, un délai de **6** semaines en moyenne est observé pour la stabilisation de la distension.

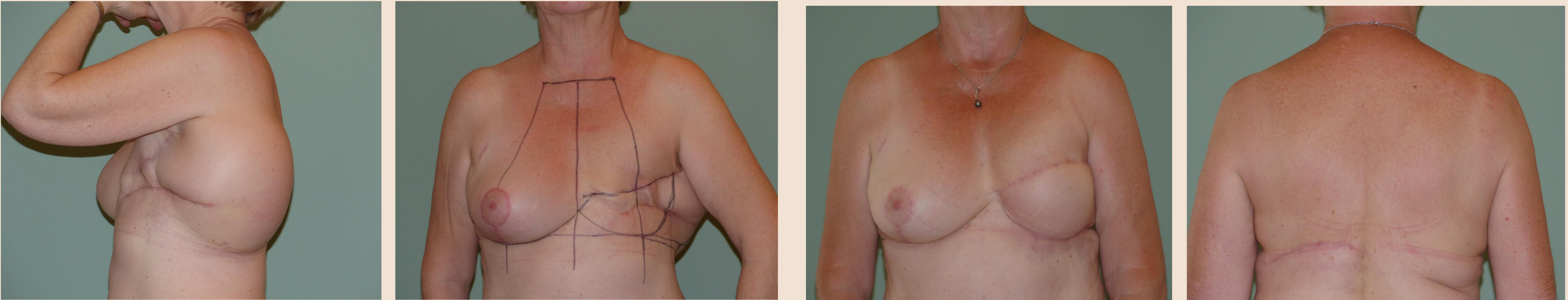


Etat pré-opératoire: cicatrice de mammectomie + résidu de T inversé
(antécédent de réduction avant la mammectomie)

A la fin du remplissage: **1100** cc

2 : Prélèvement du lambeau :

Se fait comme pour un lambeau classique en décubitus latéral pour le prélèvement, avec comme avantage une capsule fine déjà constituée à la face profonde du muscle.

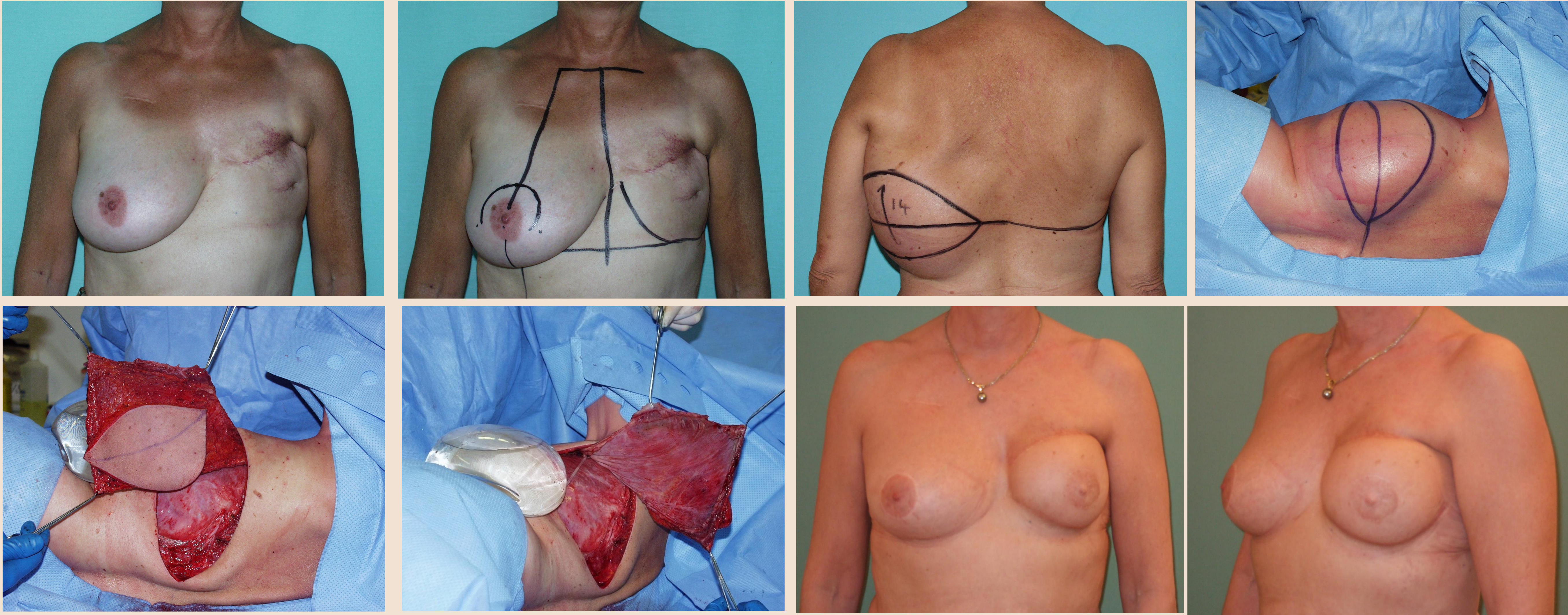


Lambeau de 19 x10 cm, implant LSC 72 265: 265 cc

3 : Reconstruction d'aréole et de mamelon, et retouches si nécessaire :

4 à 6 mois après le transfert du lambeau.

Antécédents: tumorectomie, mammectomie pour lésion pluri-focale, radiothérapie +++



Expansion : **1100** cc, lambeau de **21x14 cm**, implant rond profil modéré Sebbin LS 90 260: **260** cc, base 112 mm projection 38 mm

Avantages :

- Disposer d'une grande surface permet un remplacement vaste des tissus dystrophiques
- Le lambeau de grand dorsal est un lambeau sûr qui a fait ses preuves et supporte allègrement l'expansion, possible parce que la prothèse repose sur une surface rigide (les côtes)
- La cicatrice dorsale est évidemment longue, mais bien dissimulée dans le soutien-gorge

Inconvénients :

- Ceux de toute expansion : visites hebdomadaires
- Le temps de remplissage est évidemment fastidieux avec la gêne vestimentaire occasionnée, mais qui n'est que temporaire
- Position de sommeil inconfortable (décubitus dorsal latéralisé) en fin de remplissage
- 3 temps opératoires au lieu de 2 pour un lambeau classique
- Dissection un peu plus délicate à proximité du pédicule
- Nécessité d'un implant

Conclusion :

Cette technique reste une technique d'exception (**17** cas contre **485** grands dorsaux « classiques ») indiquée quand aucun autre lambeau disponible ne peut apporter spontanément la surface nécessaire. Ce n'est pas novateur, c'est juste l'idée d'associer 2 procédés connus, classiques et sûrs. Aucune souffrance, aucune nécrose n'a été à déplorer. Le volume important de cette expansion a 2 buts : permettre de prélever une grande surface tout en autorisant la fermeture directe de la perte de substance. La surface du lambeau est stabilisée par le volume de l'implant définitif.