

CHIRURGIE DU SEIN: PLASTIES DE REDUCTION ET RECONSTRUCTION

Dr. Olivier Bauquis

*Spéc. FMH de chirurgie plastique, reconstructive
et esthétique*

Chef de clinique au CHUV

Clinique Bois-Cerf septembre, 2007

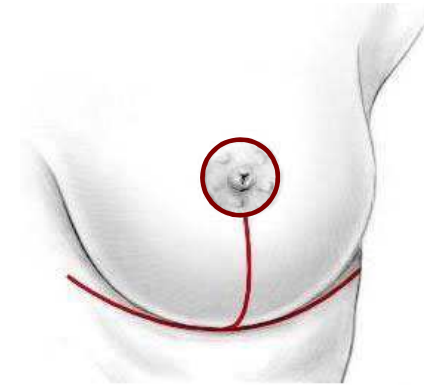
METHODES DE PLASTIE MAMMAIRE

Choix des techniques selon la morphologie du sein :

- cicatrice verticale
(Lassus 1987, Lejour 1994)

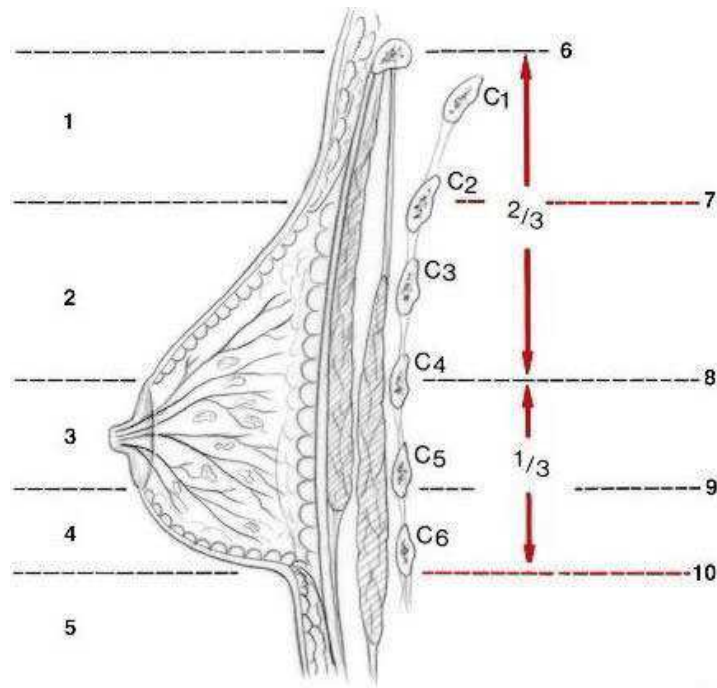
- cicatrice en T inversé

(Thorek 1922, Stömbeck 1960, Mc Kisson 1972)



*Pas une technique pour tous les seins, mais une technique souhaitable
pour chaque sein, selon le volume de la résection glandulaire et la
qualité de la peau*

ANATOMIE SEIN



- VASCULARISATION :
Artère mammaire interne
Artère mammaire externe
Artères intercostales
- INNERVATION :
Nerfs intercostaux III – VI,
vient depuis la périphérie

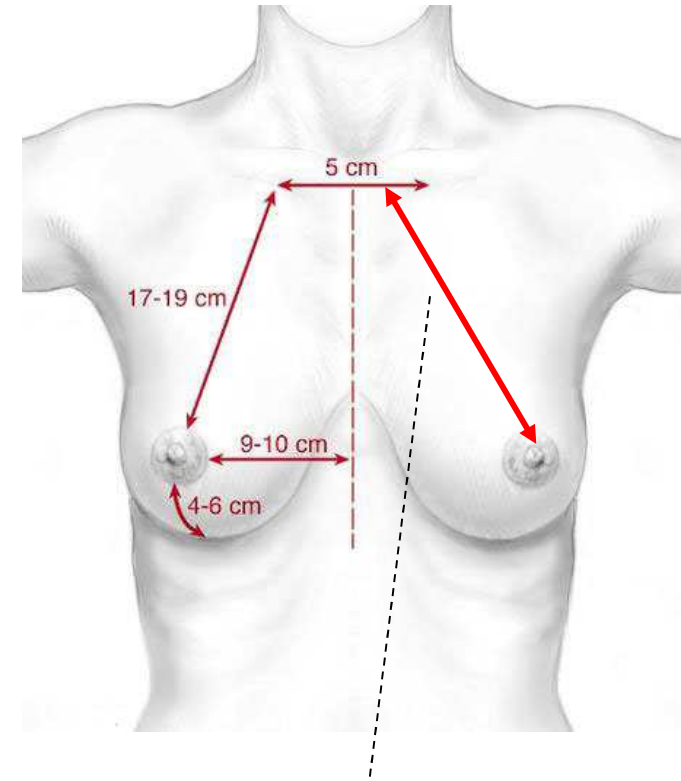
INDICATIONS A LA CHIRURGIE

- **HYPERTROPHIE MAMMAIRE** (juvénile/ménopause)
- **DORSALGIE, MASTODYNIE** (douleur seins polykystique)
- **INTERTRIGO CHRONIQUE** (macération sillons inframammaires)

PRISE EN CHARGE ASSECUROLOGIQUE?

Plastie de réduction :

- Symptomatique
 - Si $> 500\text{gr}$ d'exérèse par côté
 - Séances de physiothérapie
-
- Distance fourchette sternale-mamelon: $>27\text{cm}$
 - BMI < 30 (poids/taille au carré)



EVALUATION PRE-OPERATOIRE

Choix de la technique

- volume à réséquer
- forme à obtenir
- cicatrices

≤ 600 gr $\longrightarrow$ **Méthode de Lejour**

- cicatrice verticale

≤ 1300 gr $\longrightarrow$ **Robbin's ou McKissock**

- cicatrice en $\perp$

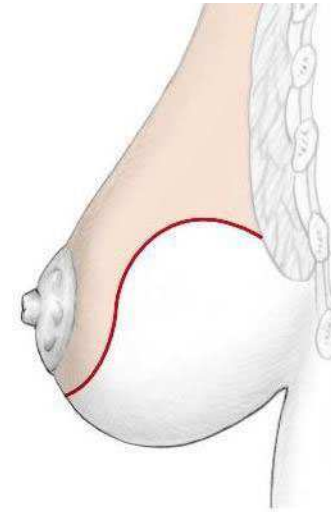
> 1300 gr $\longrightarrow$ **Technique de Torek**

- distance mamelon-clavicule > 38 cm

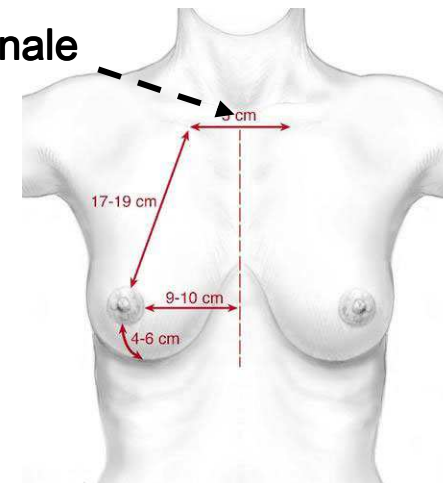
- cicatrice en $\perp$

REDUCTION A CICATRICE VERTICALE SELON LEJOUR

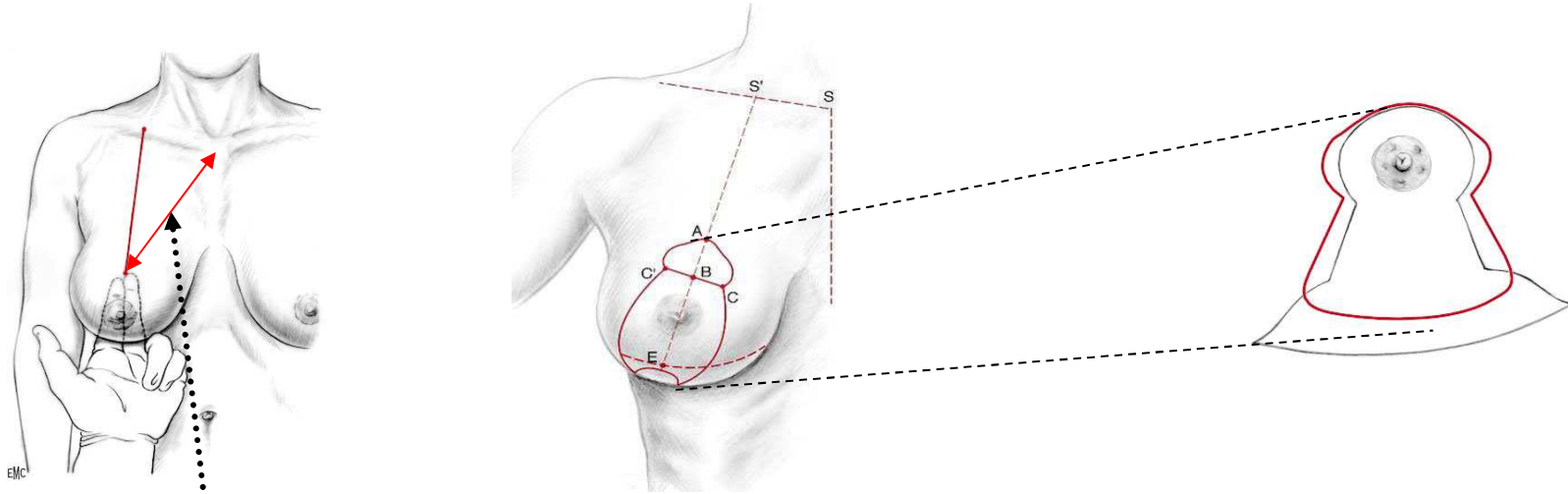
- Pédicule supérieure
- Cicatrice verticale
- Jeunes patientes
- Bonne qualité de peau
- Ptose modérée
- Petit volume
<600gr/côté



Fourchette sternale



TECHNIQUE A CICATRICE VERTICALE



Nouvelle position du mamelon

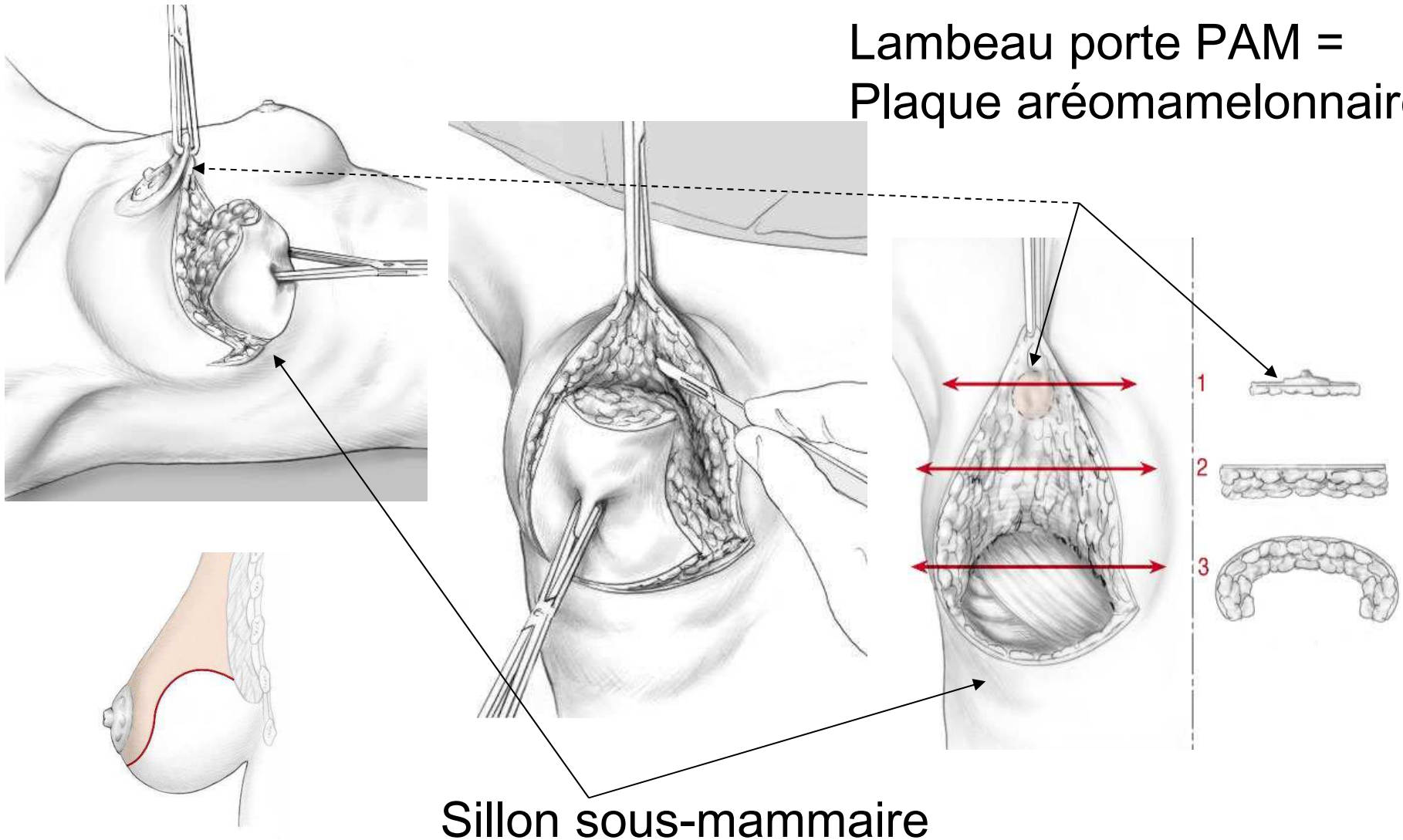
/ Pitanguy point (18 à 22 cm)

Position de l'aréole

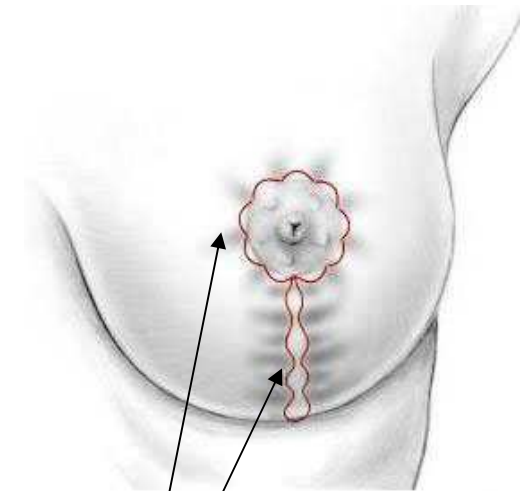
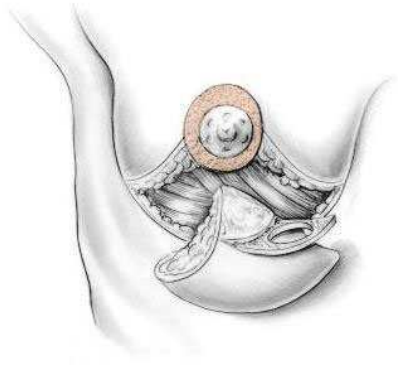
2cm au-dessus du mamelon

TECHNIQUE OPERATOIRE

Lambeau porte PAM =
Plaque aréomamelonnaire

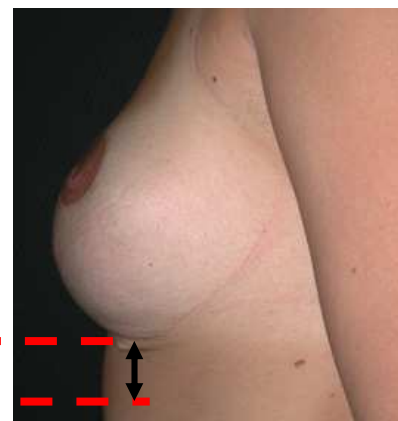
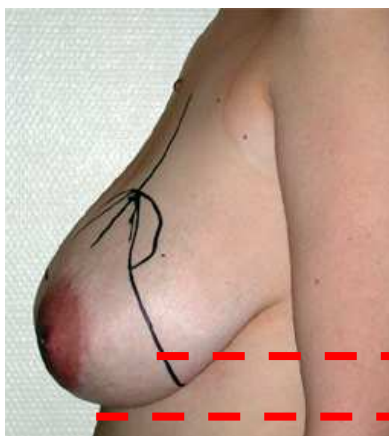
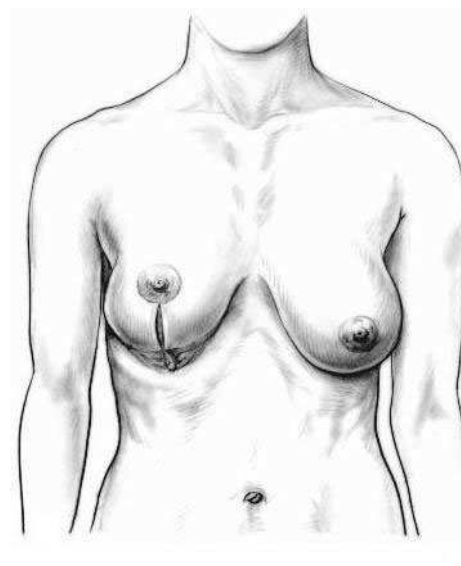
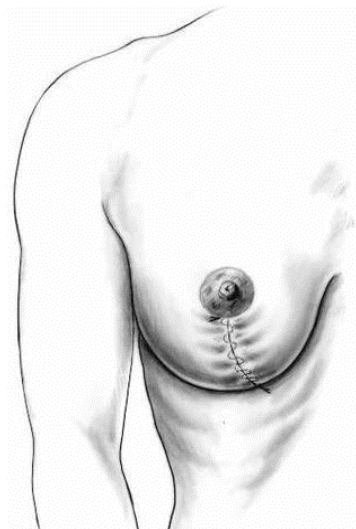


TECHNIQUE OPERATOIRE



Plissage de la peau en excès

TECHNIQUE OPERATOIRE



TECHNIQUE VERTICALE

- Avantages :

Bon modelage avec
projection excellente

Cicatrice résiduelle
courte

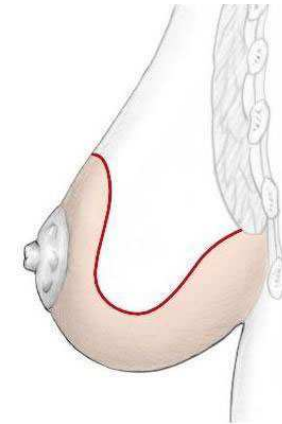
- Désavantages :

Pas applicable a tous
types de sein

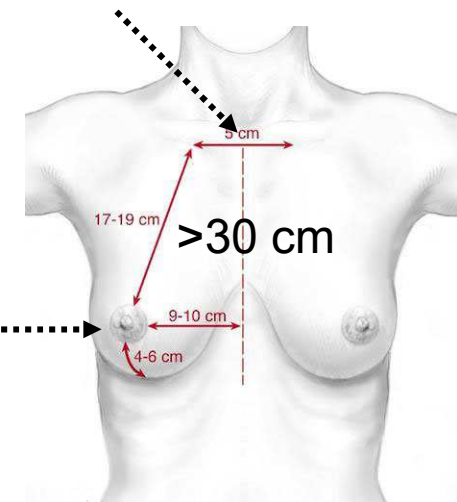
Altération de la
sensibilité, réapparaît
entre 6 à 18 mois

TECHNIQUE A PEDICULE INFERIEUR SELON ROBIN

- Pédicule inférieur
- Cicatrice en T inversé
- Patientes d'âge moyen à avancé
- Volume mammaire modéré à large
- > 600-1200gr par côté
- Peau fine
- Ptose modérée à importante
(Distance >30cm)

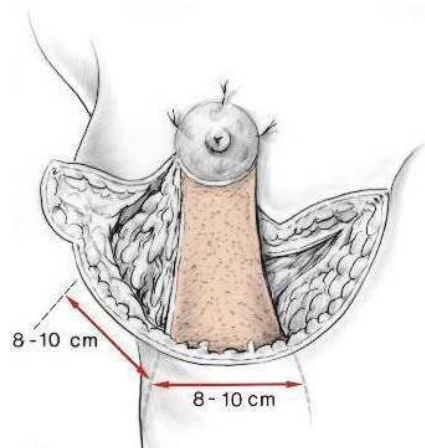
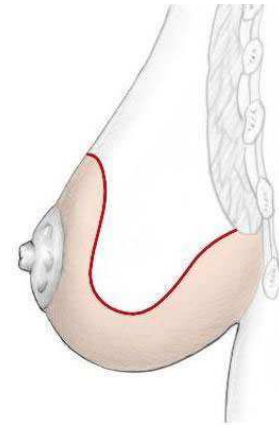
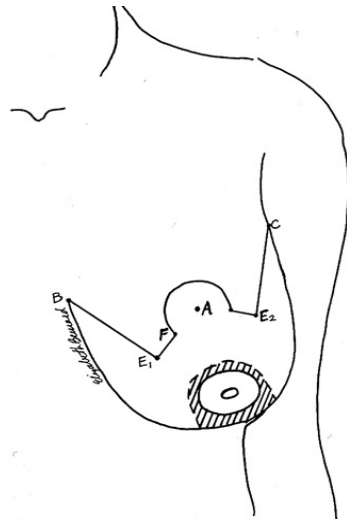


Fourchette sternale



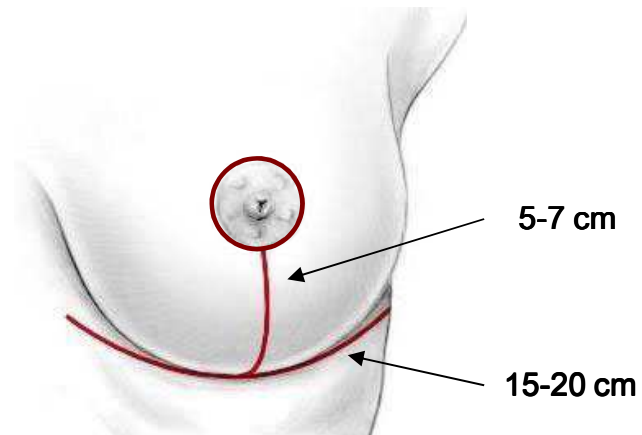
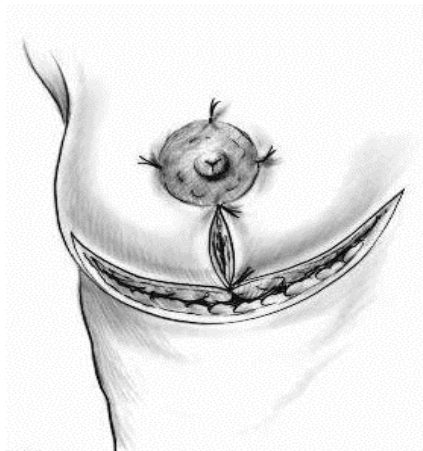
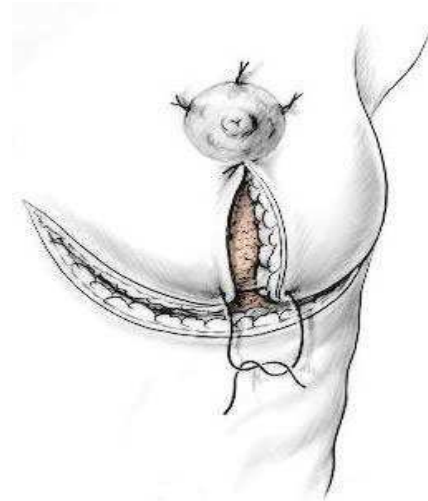
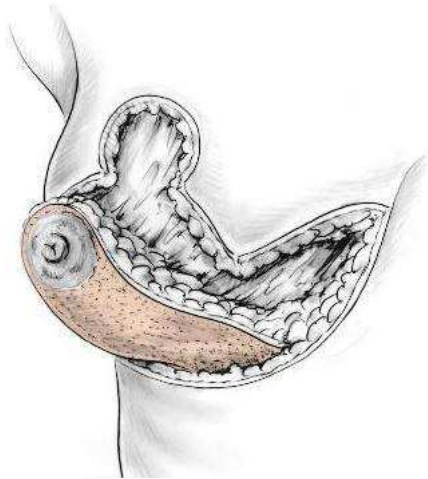
Pôle supérieur aréole

TECHNIQUE PLASTIE REDUCTION EN T INVERSE



PEDICULE INFERIEUR

TECHNIQUE DE ROBIN



TECHNIQUE PEDICULE INFERIEUR

- Avantages :

Bonne technique pour ptose importante

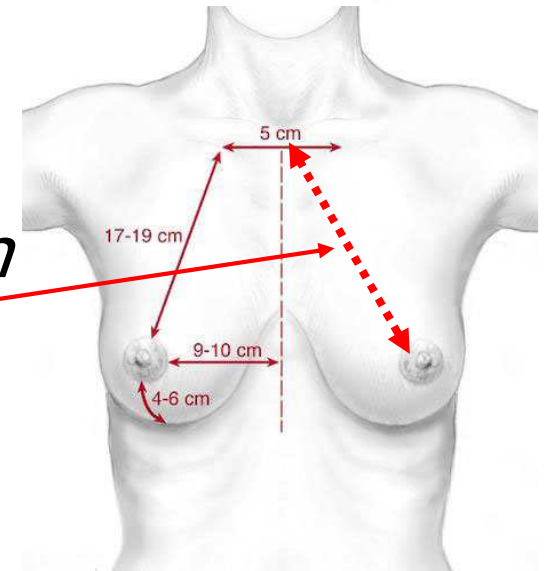
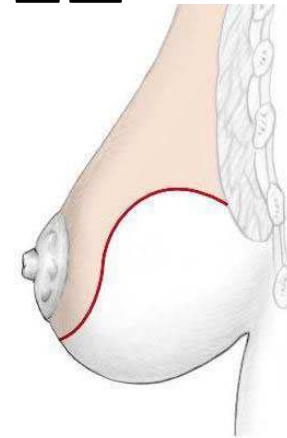
Très bonne conservation de la sensibilité de l'aréole, ainsi que de la possibilité d'allaitement

- Inconvénients :

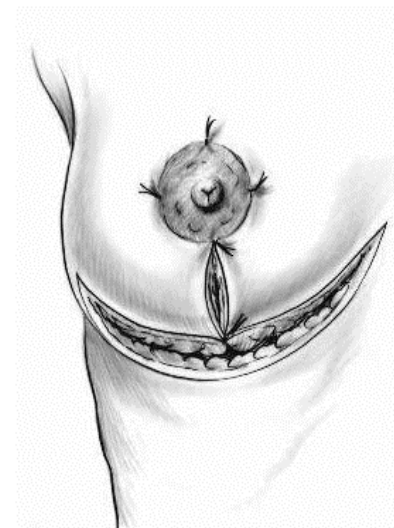
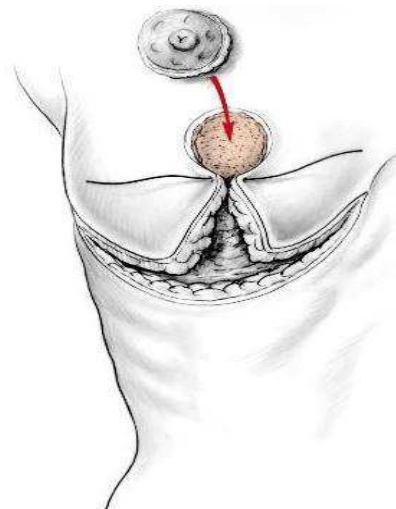
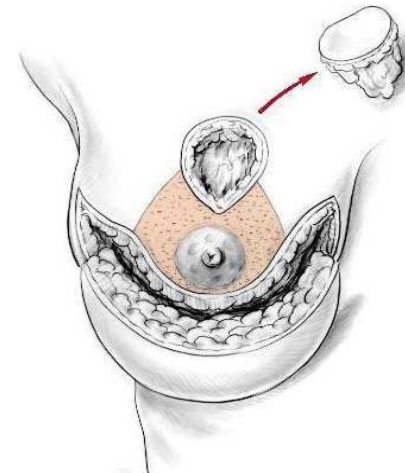
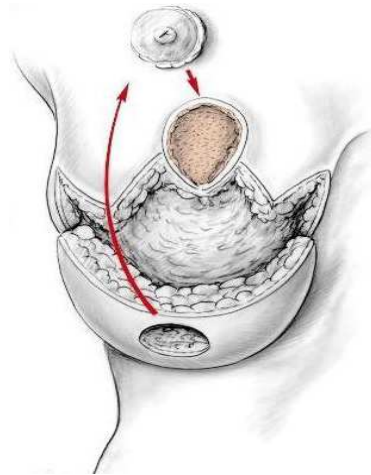
Un relâchement de la glande peut survenir en cas de mauvaise définition du sillon inframammaire.

TECHNIQUE DE TORECK MAMMECTOMIE SUB-TOTALE ET GREFFE LIBRE AREOLE

- Pédicule supérieur (Amputation-réduction)
- Cicatrice en T inversé
- Patientes d'âge moyen à avancé
- Gigantomastie
- Exérèse >1200gr par côté
- *Distance fourchette sternale-mamelon*
>38cm
- Ptose importante



GREFFE LIBRE AREOLE MAMMECTOMIE SUB-TOTALE



GREFFE LIBRE AREOLE TECHNIQUE DE TORECK

- Avantages :

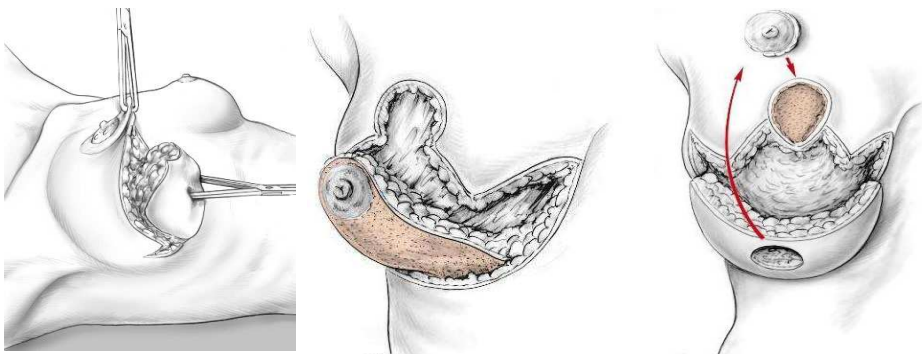
- Rapide
- Fiable
- Forme sein acceptable et stable

- Inconvénients :

Nécrose plaque aéro-mammelonnaire

Diminution de la sensibilité

Longue cicatrice dans le pli infra-mammaire



MASTECTOMIE / RECONSTRUCTION

Sécurité oncologique

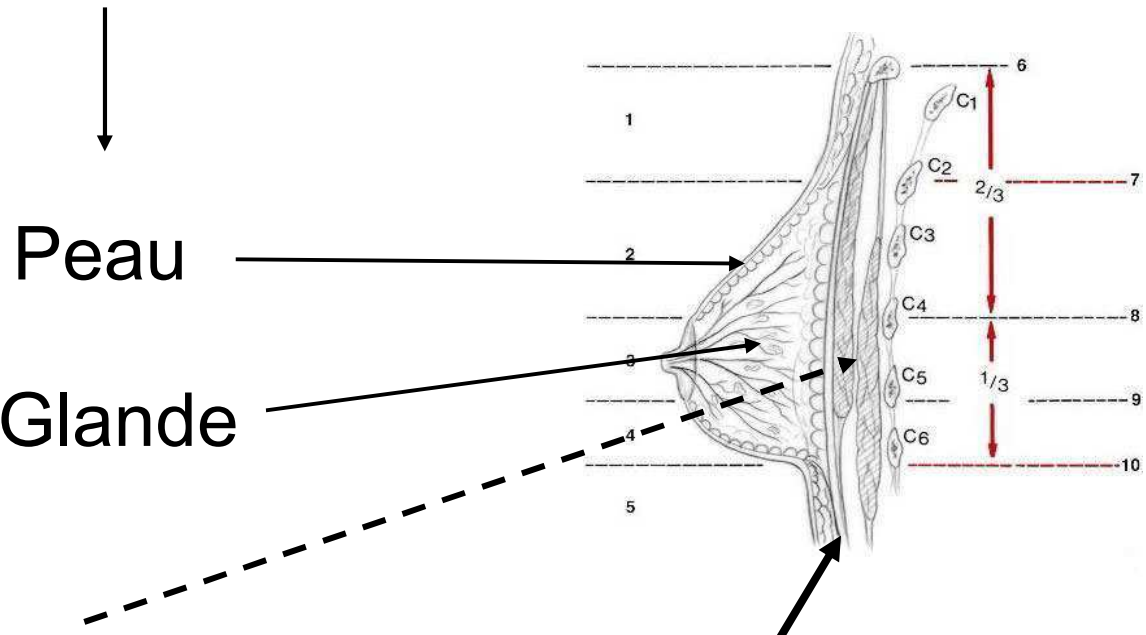
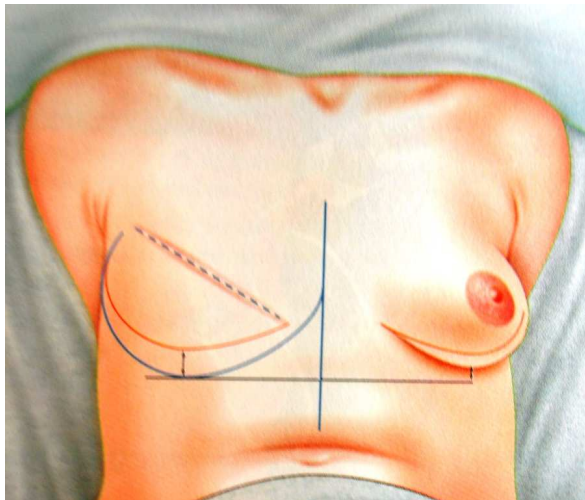
LE DEFI

Exigences cosmétiques



MASTECTOMIE

Mastectomie radicale versus modifiée



Muscle pectoral versus aponévrose

RECONSTRUCTION, QUI?

- Age (sans limite)
- Facteurs psychologiques
- Etat général
- Staging et pronostic oncologique
- Traitements complémentaires
(chimiothérapie et radiothérapie)

RECONSTRUCTION, QUAND?

IMMEDIATE

- TUMORECTOMIE
(svt associée radiothérapie → mauvais résultat esthétique)
- MASTECTOMIE (SOUS-CUTANEE) + IMPLANT
(expandeur ou prothèse)



RETARDEE

3-6 mois après ablation sein
(si radiothérapie ou chimio reconstruction retardée)



RECONSTRUCTION, COMMENT?

DU PLUS SIMPLE AU PLUS COMPLEXE

- Prothèse → Immédiate (peau locale + muscle)
- Expenseur → Immédiate (peau locale + muscle)
- Grand dorsal → Retardée (tissu musculaire)
- Grand droit de l'abdomen → Retardée (t. adipeux)
- Lambeau libre → Retardée (grand droit abdominal, lambeau gracilis)

MASTECTOMIE SOUS-CUTANEE RECONSTRUCTION IMMEDIATE

Indications

- maladies bénignes du sein*
- mastectomies préventives*
- tumeurs de petites dimensions*
- tumeurs centrales*

- Méthode de choix actuellement
- Toujours possible sauf en cas de Rx thérapie
- Ne retarde pas d'autres traitements complémentaires
- Ne présente pas plus de complication même en cas de chimio-thérapie concomitante

SKIN SPARING MASTECTOMY

(MASTECTOMIE SOUS-CUTANEE)

TECHNIQUE / MASTECTOMIE

- Délimiter les bord de la glande
(priorité aux règles oncologiques)
- Voie d'abord péri-aréolaire ou sillon sous-mammaire
(sacrifier plaque aréomamelonnaire si tumeur maligne)
- Dissection de la glande en surface, puis en profondeur
- Manipulation de la peau avec “grand respect”
- Curage ganglionnaire possible

RECONSTRUCTION IMMEDIATE

- **Avantages :**

- Préservation sensibilité cutanée
- Peu de cicatrice
- Symétrie
- 3 opérations en un seul temps
(réduction, glandulectomie et reconstruction)
- Pas de radiothérapie
contrairement au tumorectomie

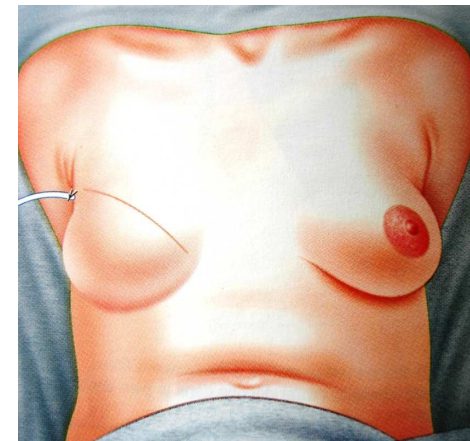
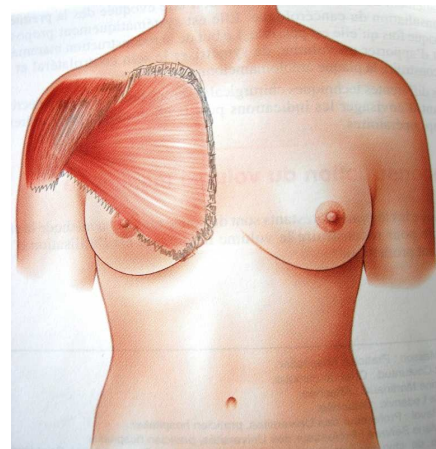
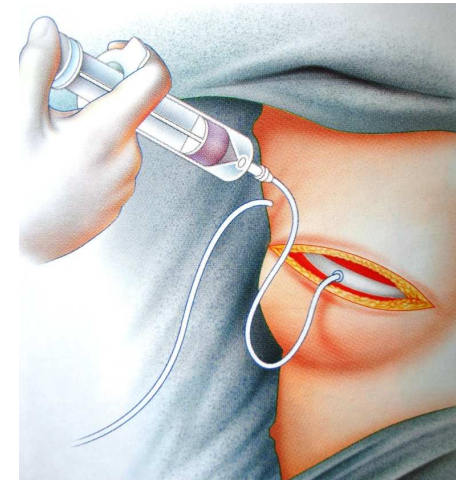
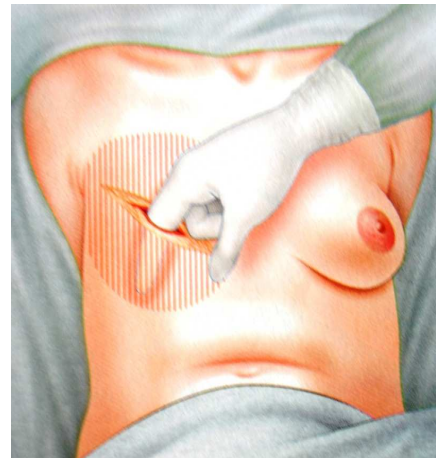
- **Désavantages :**

- Déplacement prothèse
- Plis de prothèse
- Capsulite
(contracture autour de la prothèse)
- Risque de nécrose du derme
et des PAM

RECONSTRUCTION PAR EXPANSEUR

(ballon gonflable)

- Reconstruction immédiate en 2 étapes
- Localisation de l'expandeur sous le muscle pectoral
- Expansion post-opératoire de 3 à 4 mois

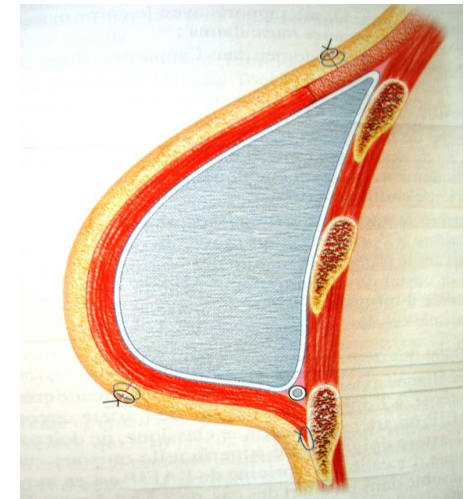
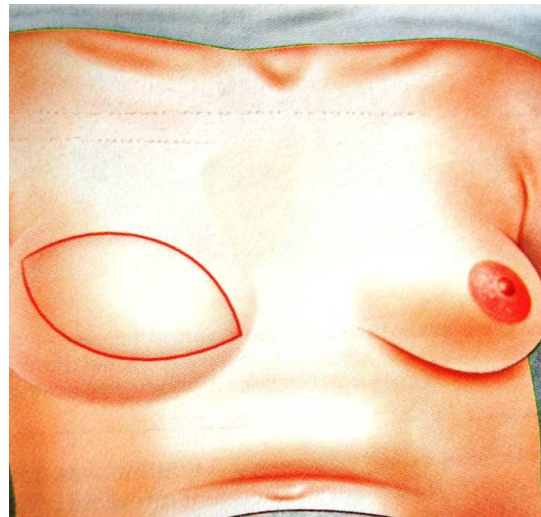
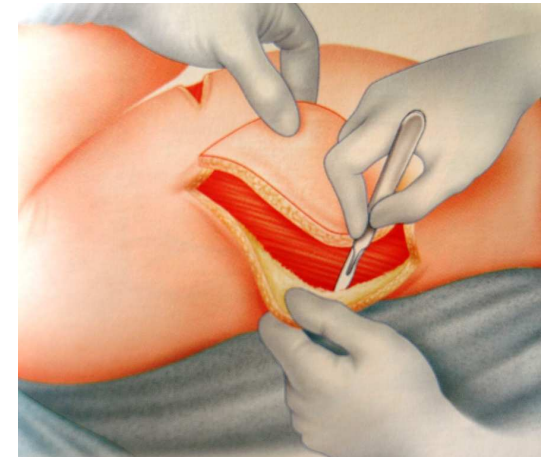
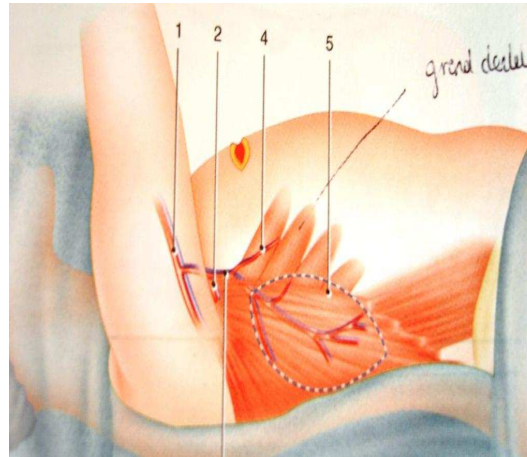


RECONSTRUCTION MAMELON/TATOUAGE



RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU GRAND DORSAL

- Lambeau inventé par Tansini en 1896
- Lambeau sûr après radiothérapie/retardée
- Cicatrice acceptable
- Déficit musculaire mineur
- Reconstruction bilatérale



LAMBEAU GRAND DORSAL

- **Avantages :**

Peu de séquelles au
site donneur
sauf cicatrice
(cachée par bretelle soutien-gorge)

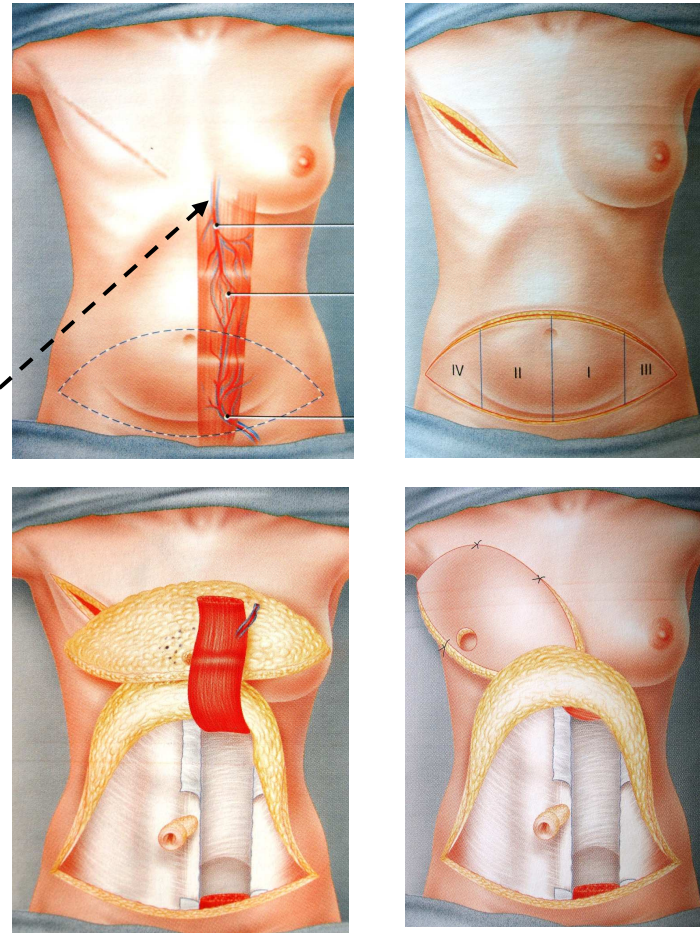
- **Désavantages :**

Nécessite la mise
en place d'un
implant

Insensibilité de
surface

RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU ABDOMINAL PEDICULE (TRAM flap)

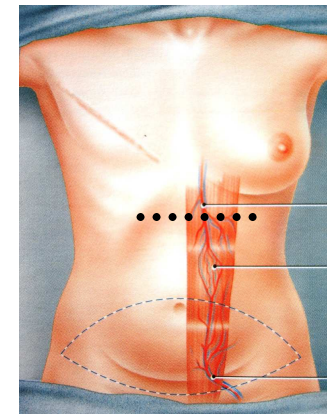
- TRAM
Transversus rectus
abdominis musculus,
inventé par Hartrampf 1982
- Pédiculé, vascularisé
par l'a. épigastrique



RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU ABDOMINAL MUSCULOCUTANE

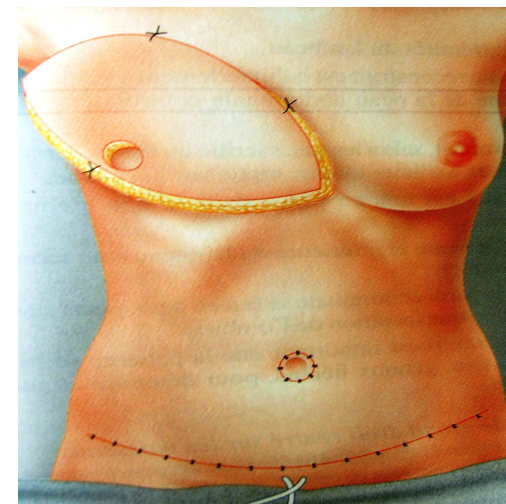
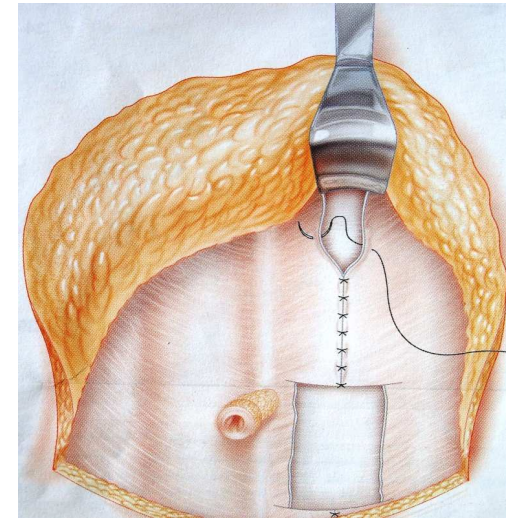
Contre-indications

- Relatives :
 - Diabétique
 - Fumeur
 - Obèse
 - Cicatrices abdominales
 - > 65 ans
- Absolues :
 - Intervention abdominales ou cardiaques ayant sectionné les vaisseaux nourriciers



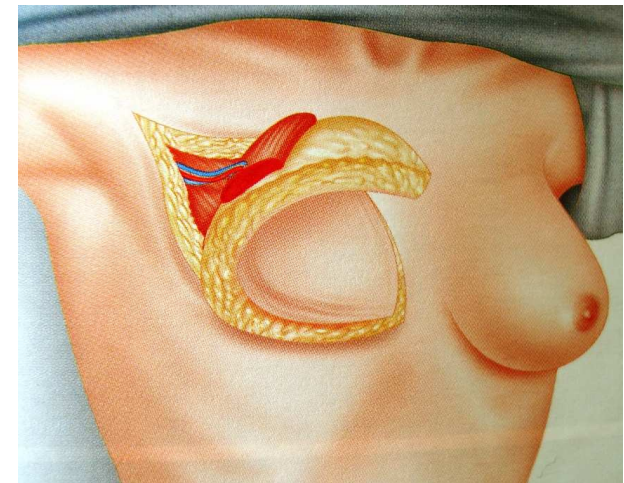
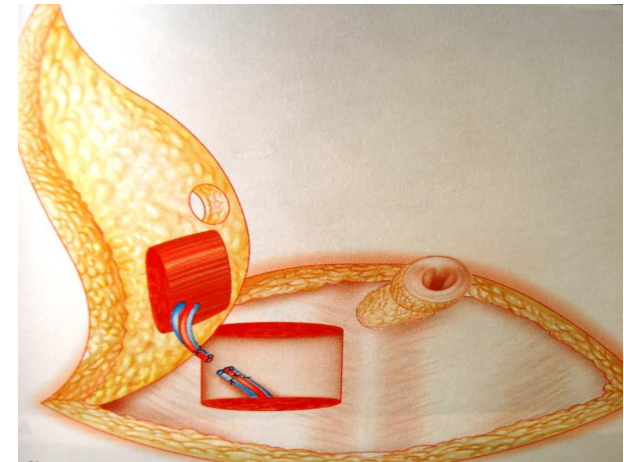
RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU ABDOMINAL PEDICULE/ATTACHE

- Technique nécessite mise en place filet
- Cicatrice abdominoplastie
- Nouveau cône mammaire sans implant



RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU ABDOMINAL LIBRE

- Lambeau autologue libre vascularisé par l'artère épigastrique inférieure
- Peu de séquelle site donneur
- Technique on/off avec équipe entraînée en microchirurgie (5-8 heures d'intervention)



RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU ABDOMINAL



RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU ABDOMINAL PEDICULE

- Avantages :
 - Pas de prothèse
 - Résection excédent graisseux abdomen
 - Résultat esthétique (symétrie)
- Désavantages :
 - Perte partielle lambeau par nécrose
 - Faiblesse paroi abdominale (nécessité de mettre un filet)
 - risque diminué si lambeau libre
 - Insensibilité de surface

Merci

