

Chirurgie de résection et reconstruction de la paroi thoracique

Professeur Dr M. Merlini
Hôpital de La Chaux-de-Fonds

Les progrès dans la chirurgie du sein se font dans le sens de la découverte de tumeurs de plus en plus précoces et de petite taille, parfois non palpables, et du traitement peu invasif et multimodal de celles-ci.

Il n'est cependant pas rare de devoir traiter des cancers avancés, envahissant la paroi thoracique. Le traitement de ces lésions est alors régi par les principes oncologiques de la chirurgie du sein et ceux de la chirurgie de résection de la paroi thoracique.

Diagnostic

Lorsqu'une tumeur du sein est fixée en profondeur, l'imagerie, au moment du diagnostic et après chimiothérapie, permet d'envisager l'étendue de la résection à proposer. L'IRM du tronc est l'examen de choix que souhaite le chirurgien thoracique. Elle montre l'infiltration des muscles (grand et/ou petit pectoral), de la paroi thoracique (côtes et muscles intercostaux), de la plèvre pariétale et éventuellement du parenchyme pulmonaire. Elle donne aussi des renseignements sur l'extension tumorale dans le creux axillaire et éventuellement l'envahissement vasculaire ou plexuel.

Principe chirurgical

L'un des principes de base de la chirurgie oncologique est l'ablation de la lésion cancéreuse in toto avec des marges saines. Ce principe très général est applicable à la résection de la paroi thoracique. Cela signifie qu'une couche saine doit être comprise dans la pièce opératoire. Ainsi, en cas d'envahissement du thorax osseux, en profondeur, un plastron de paroi costale doit être réséqué et la plèvre pariétale doit être indemne de lésion. En surface, une côte saine, en-dessus et en-dessous de la tumeur, appartient également à la

pièce opératoire. Il apparaît donc qu'une résection de la paroi thoracique pour cancer du sein peut emporter jusqu'à cinq arcs costaux latéraux ou antérieurs et laisser ainsi une perte de substance cutanée, sous-cutanée, costale et pleurale d'environ 100 cm² (1,2). La reconstruction n'est alors pas envisageable par fermeture directe : elle implique le rétablissement de la continuité costale et de la mécanique ventilatoire, de même que la couverture des parties molles par des structures vitalisées (3).

Technique chirurgicale

Contrairement à la chirurgie classique du sein, le patient est installé en décubitus latéral, sur le côté opposé à la lésion (Fig. 1). Cela permet l'abord large de la paroi thoracique envahie, le curage axillaire, la mobilisation musculaire ou myocutanée de couverture.



Fig. 1 : Position du patient en décubitus latéral. La tumeur est excisée avec la paroi thoracique.

Résection

L'intervention commence par le dessin de l'incision au large de la tumeur. L'incision entourant la lésion se poursuit immédiatement par l'abord du plan profond et la section costale interne ou sternale sur plusieurs niveaux. Lorsque la côte saine en-dessus et en-dessous de la

tumeur est atteinte, l'espace intercostal est ouvert horizontalement. Les arcs latéraux sont ensuite sectionnés et le volet thoracique est enlevé en bloc avec la tumeur et le sein (Fig. 2). Si un curage ganglionnaire est indiqué, il est pratiqué à ce moment.

Reconstruction pariétale

Le large défaut pariétal est fermé par suture d'une plaque semi-rigide, appliquée sous légère tension. Notre préférence va à la plaque épaisse de Goretex®. Elle est solide et résistante à l'infection. Elle établit une solution de continuité stable entre les arcs costaux antérieurs et postérieurs.

Couverture des parties molles

Par une seconde incision verticale, le muscle grand dorsal est mobilisé complètement de ses attaches costales postérieures et rachidiennes (Fig. 3). Ce muscle reçoit sa vascularisation de son pédicule axillaire et celui-ci est délicatement ménagé (Fig. 4). Le muscle est mobilisé seul ou avec un îlot cutané dorsal sus-jacent. Une rotation lui permet de venir au contact du sternum, de couvrir la plaque de reconstruction et de combler le défaut des parties molles (Fig. 5, 6). Si le lambeau est simplement musculaire, une greffe de peau mince grillagée est appliquée immédiatement.

Discussion

La chirurgie du cancer du sein avancé, envahissant en profondeur, nécessite à la fois la maîtrise des techniques de chirurgie du sein et de la chirurgie thoracique. La prise en charge est pluridisciplinaire, dans la mesure où le traitement commence par la chimiothérapie. Du point de vue chirurgical, le principe de la résection in toto, en tissu sain, sans tenir compte du défaut pariétal créé, est la clé du succès oncologique. L'étape de la reconstruction est possible par stabilisation de la paroi et

grâce aux possibilités remarquables de rotation et de surface qu'offre le muscle grand dorsal.

Adresse de l'auteur :
Prof. Dr M. Merlini, FACS, FCCP
Service de chirurgie
Hôpital de La Chaux-de-Fonds
Tél. 032 967 25 30
Marco.Merlini@ne.ch

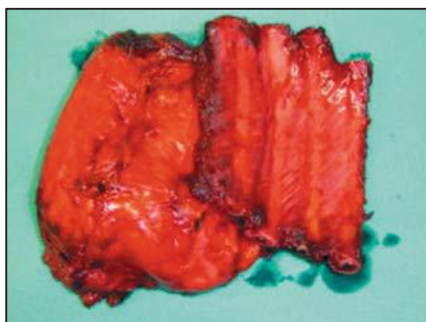


Fig. 2: Volet de paroi thoracique vu du côté pleural.



Fig. 3: Préparation du grand dorsal, désinséré de ses attaches rachidiennes.



Fig. 4: Grand dorsal mobilisé.



Fig. 5: Transposition antérieure du grand dorsal.

Références

1. Chapgar A., Langstein HN., Kronowitz SJ., Singletary SE., Ross MI., Buchholz TA., Hunt KK., Kuerer HM. *Treatment and outcome of patients with chest wall recurrence after mastectomy and breast reconstruction.* Am J Surg 2004; 187: 164-9.
2. Mansour KA., Thourani VH., Losken A., Reeves JG., Miller JL., Carlson GW., Jones GE. *Chest wall resections and reconstructions: a 25 year experience.* Ann Thorac Surg 2002; 73: 1720-6.



Fig. 6: Grand dorsal couvrant la plaque de Goretex®

3. Chang RR., Mehrara BJ., Hu QY., Disa JJ., Cordeiro PG. *Reconstruction of complex oncologic chest wall defects: a 10 year experience.* Ann Plast Surg 2004; 52: 471-9.

**Site
de la SNM
www.snm.ch**

Secrétaire médicale avec expérience,

actuellement en formation d'assistante médicale
(diplôme juin 2005)

cherche emploi/remplacement

du 17 mai au 15 juillet à 100 % ou à convenir.

Ouverte à toutes propositions.

Sarah Haldimann
Industrie 15
2316 Les Ponts-de-Martel

032 937 15 52
ou 079 636 82 93
le soir