

Année : 2021

Thèse N° : 459

RECONSTRUCTION MAMMAIRE IMMÉDIATE PAR LAMBEAU AUTOLOGUE DE GRAND DORSAL APRES MASTECTOMIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / / 2021

PAR

Monsieur Sabrillah ECHIGUER

Née le 08 Juin 1993 à Rabat

Pour l'Obtention du Diplôme de

Docteur en Médecine

Mots Clés : Cancer du Sein, Reconstruction Mammaire, Lambeau de Grand Dorsal.

Membres du Jury :

Monsieur Raouf MOHSINE

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Amine SOUADKA

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Zaki EL HANCHI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Madame Hanan EL KACEMI

Professeur de Radiothérapie

Monsieur Naoufel FEJJAL

Professeur de Chirurgie Plastique, Réparatrice et Esthétique

Monsieur Abdelilah SOUADKA

Professeur de Chirurgie Générale

Président

Rapporteur

Juge

Juge

Juge

Membre associé

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ
وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَتُرَدُّونَ إِلَى
عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُمْ
بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ

1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH

1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK

1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI

1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI

1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Taoufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général

Mr. Mohamed KARRA

*Enseignant militaire

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne - [Clinique Royale](#)
Anesthésie -Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – [Doyen de la FMPR](#)
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie -Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENSOUHA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique [Méd. Chef Maternité des](#)

[Orangers](#)

Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie- [Dir. du Centre National PV Rabat](#)
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUHA Adil
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale [Doyen de FMPT](#)
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique

*Enseignant militaire

Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid

Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale - **Directeur du CHUIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie **Inspecteur du SSM**
Pédiatrie
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie **Directeur HMI Mohammed V**

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale

*Enseignant militaire

Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Pédiatrie
Psychiatrie [Directeur Hôp.Ar-razi Salé](#)
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Neurologie [Doyen de la FM Abulcassis](#)
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - [Directeur Hôp.Cheikh Zaid](#)
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie

*Enseignant militaire

Pr. CHAT Latifa
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik

Rabat

Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said

Khalifa

Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim

Est.

Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed*
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef*
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim*
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. SIAH Samir*
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique **Directeur Hôp. Des Enfants**

Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur Hôp. Univ. International (Cheikh**

Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique **V-D chargé Aff Acad.**

Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

*Enseignant militaire

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Saïd
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif*
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HAJJI Leïla
Pr. HESSISSEN Leïla
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdolkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*

Marr.

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie [Directeur Hôp. Al Avachi Salé](#)
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire. [Directeur Hôpital Ibn Sina](#)

*Enseignant militaire

Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saïda*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leïla
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHERKAOUI Naoual*
Pr. EL BEKKALI Youssef*
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LOUZI Lhousain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. SEFFAR Myriame

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Microbiologie
Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Biochimie-chimie
Microbiologie

*Enseignant militaire

Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Microbiologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie-orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGADR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna*

Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamyia
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha*
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie **Directeur Hôp.des Spécialités**
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie-orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie

Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufik*

Anesthésie réanimation
Médecine Interne **Directeur ERSSM**

*Enseignant militaire

Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Physiologie
Microbiologie
Médecine Aéronautique
Biochimie- Chimie
Radiologie
Chirurgie Pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice
Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENSghir Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie-Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie orthopédie
Anatomie
Cardiologie

*Enseignant militaire

Pr. DENDANE Tarek	Réanimation Médicale
Pr. DINI Nouzha*	Pédiatrie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI NIZARE	Neuro-chirurgie
Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JAOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryem	Radiologie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique Vice-Doyen à la Pharmacie
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

*Enseignant militaire

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
Pr. BENCHAKROUN Mohammed*
Pr. BOUCHIKH Mohammed
Pr. EL KABBAJ Driss*
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira*
Pr. HARDIZI Houyam
Pr. HASSANI Amale*
Pr. HERRAK Laila
Pr. JEAIDI Anass*
Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. MAKRAM Sanaa*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Hématologie Biologique
Gynécologie-Obstétrique
Pharmacologie
CCV
Médecine Interne
Gynécologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham*
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*

Chirurgie Générale
Ophtalmologie

*Enseignant militaire

Pr. ERRAMI Nouredine* O.R.L
Pr. NITASSI Sophia O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid* Microbiologie
Pr. ASFALOU Ilyasse* Cardiologie
Pr. BOUAITI El Arbi* Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. BOUTAYEB Saber Oncologie Médicale
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim Oncologie Médicale
Pr. HAFIDI Jawad Anatomie
Pr. MAJBAR Mohammed Anas Chirurgie Générale
Pr. OURAINI Saloua* O.R.L
Pr. RAZINE Rachid Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. SOUADKA Amine Chirurgie Générale
Pr. ZRARA Abdelhamid* Immunologie

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa Médecine interne
Pr. BENTALHA Aziza Anesthésie-Réanimation
Pr. EL AHMADI Brahim Anesthésie-Réanimation
Pr. EL HARRECH Youness* Urologie
Pr. EL KACEMI Hanan Radiothérapie
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa Radiothérapie
Pr. FATIHI Jamal* Médecine Interne
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah Anesthésie-Réanimation
Pr. JROUNDI Imane Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil Radiologie
Pr. TADILI Sidi Jawad Anesthésie-Réanimation
Pr. TANZ Rachid* Oncologie Médicale

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina Anatomie
Pr. SOULY Karim Microbiologie
Pr. TAHRI Rajae Histologie-Embryologie-Cytogénétique

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq* Néphrologie
Pr. ACHBOUK Abdelhafid* Chirurgie réparatrice et plastique
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid Radiothérapie
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah* Gynécologie-Obstétrique
Pr. BASSIR RIDA ALLAH Anatomie

*Enseignant militaire

Pr. BOUATTAR TARIK	Néphrologie
Pr. BOUFETTAL MONSEF	Anatomie
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*	Chirurgie-Générale
Pr. BOUZELMAT HICHAM*	Cardiologie
Pr. BOUKHRIS JALAL*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAFRY BOUCHAIB*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAHDI HAFSA*	Anatomie pathologique
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*	Neuro-chirurgie
Pr. DAMIRI AMAL*	Anatomie Pathologique
Pr. DOGHMI NAWFAL*	Anesthésie-Réanimation
Pr. ELALAOUI SIDI-YASSIR	Pharmacie-Galénique
Pr. EL ANNAZ HICHAM*	Virologie
Pr. EL HASSANI MOULAY EL MEHDI*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. EL HJOUJI ABDERRAHMAN*	Chirurgie Générale
Pr. EL KAOUI HAKIM*	Chirurgie Générale
Pr. EL WALI ABDERRAHMAN*	Anesthésie-Réanimation
Pr. EN-NAFAA ISSAM*	Radiologie
Pr. HAMAMA JALAL*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. HEMMAOUI BOUCHAIB*	O.R.L
Pr. HJIRA NAOUFAL*	Dermatologie
Pr. JIRA MOHAMED*	Médecine interne
Pr. JNIENE ASMAA	Physiologie
Pr. LARAQUI HICHAM*	Chirurgie-Générale
Pr. MAHFOUD TARIK*	Oncologie Médicale
Pr. MEZIANE MOHAMMED*	Anesthésie-Réanimation
Pr. MOUTAKI ALLAH YOUNES*	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. MOUZARI YASSINE*	Ophtalmologie
Pr. NAOUI HAFIDA*	Parasitologie-Mycologie
Pr. OBTEL MAJDOULINE	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. OURRAI ABDELHAKIM*	Pédiatrie
Pr. SAOUAB RACHIDA*	Radiologie
Pr. SBITTI YASSIR*	Oncologie Médicale
Pr. ZADDOUG OMAR*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. ZIDOUH SAAD*	Anesthésie-Réanimation

2- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie

*Enseignant militaire

Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Mohammed	Chimie Organique
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 09/04/2021
KHALED Abdellah
Chef du Service des Ressources Humaines
FMPR

*Enseignant militaire

A decorative frame with a teal border and rounded corners. Two teal ribbons are attached to the left and right sides of the frame, each with a black shadow underneath. The word "Dédicaces" is centered within the frame.

Dédicaces

À Allah

LE TOUT PUISSANT

Louanges et remerciements

à Dieu qui m'a guidé dans le droit chemin.

À Ma Très Chère Mère Amal BERRADA

Tu es celle qui m'a offert la vie, qui a empreint chaque instant de mon existence de son inépuisable tendresse, je te suis redevable de ce que je suis devenu aujourd'hui.

Les mots ne sauraient exprimer l'éternelle affection que j'ai pour toi. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi.

Que Dieu Tout Puissant te donne une vie prolongée, la bonne santé, le succès afin que notre vie soit éclairée en permanence.

À Mon Très Cher Père Sadredine ECHIGUER

Tu es pour moi un modèle de bravoure, de volonté, de sincérité, de ténacité, de courage, de sacrifice et de motivation. Tu m'as appris comment faire face à la vie, et c'est grâce à ton enseignement des valeurs et du devoir que j'ai pu m'accomplir.

Grâce à toi, j'ai bien compris, aujourd'hui plus que jamais, la portée et le sens profond de cette maxime que tu me répétais si souvent, telle une rengaine, durant toute ma scolarité primaire, secondaire et universitaire : « nous possédons tous des îlots de connaissances dans un océan d'ignorance ».

En réponse, je te réplique avec respect que je ferai tout mon possible pour multiplier mes îlots de connaissances au sein de cet univers médical afin de soulager les souffrances de mes semblables.

À Mon Précieux Frère Chemsdine ECHIGUER

Pharmacien et futur Biologiste

*En témoignage de tous les bons souvenirs d'enfance partagés
avec toi, je te dédie ce travail et je te remercie d'avoir toujours
été là pour m'aider, me conseiller et me motiver.*

*Ton apport sur les plans aussi bien pharmaceutique que
biologique constitue une valeur ajoutée à ma formation
médicale continue.*

*Merci pour ta disponibilité et tes précieux conseils pour la
prescription des médicaments.*

Je souhaite que nos liens fraternels se consolident d'avantage.

*A ma Chère épouse, Zaynab LAOUFI
Médecin et future Cardiologue*

*Qui prendra soin de mon Cœur qui bat pour elle avec amour et
tendresse infinie.*

*Les mots ne sauraient exprimer l'éternelle affection que j'ai
pour toi ainsi que ma gratitude infinie. Tu as toujours été
présente pour moi et je ne te remercierai jamais autant pour le
soutien que tu m'apportes au quotidien. Je te dédie donc ce
travail en te souhaitant une vie pleine de succès et de
bonheur.*

A mes Chers Beaux Parents Hassan LAOUFI et sa Femme

Bouchra TOK

Qui me soutiennent indéfiniment comme l'un de leurs fils. Ma gratitude en votre direction n'a pas de limite. Merci tout simplement.

A Mon Cher Ami de Toujours Zakaria HERNOUSSI

et sa fiancée Lina Benchekroun

Tous deux Médecins et respectivement, futurs Réanimateur et Dermatologue auxquels je souhaite le meilleur à chacun ainsi qu'une brillante carrière médicale. Cher Zakaria, notre longue amitié qui a commencé depuis notre enfance, s'est consolidée à travers le temps. Je te considère plus qu'un ami, tu es un frère pour moi. Je te remercie d'avoir toujours été présent pour moi et je te dédie donc ce travail en te souhaitant beaucoup de bonheur avec Lina.

A la mémoire de mes chers proches disparus :

A Mon Cher Cousin Feu Karim ECHIGUER

*Happé à la fleur de l'âge par la cruauté du Destin. Que son
âme baigne dans la Félicité Divine. Ta disparition subite est
une pure déchirure de l'âme de tous ceux qui t'ont côtoyé,
aimé, apprécié ta bonté et ta grandeur.*

A Ma Chère Grand-Mère maternelle Feue Habiba CHLIEH

*Dont je n'oublierai jamais son affection et sa tendresse
illimitées.*

*A Mes Chers Grands Pères : paternel Feu Mustapha
ECHIGUER et maternel Feu Abdelghani BERRADA,*

*Décédés à la fleur de l'âge. Que Dieu ait leurs âmes en sa
sainte miséricorde.*

*Au Brave Cousin paternel de mon Père, Feu le Colonel Sabri
ECHIGUER*

*Décédé prématurément, je prie le Tout Puissant de l'accueillir
en son Paradis.*

À tous mes proches que je chéris infiniment :

À Ma Chère Grand-Mère paternelle Gousseem BENKOULA

*Qui a sacrifié sa jeunesse pour donner une éducation
exemplaire à mon très Cher Père Sadredine, ma Chère tante
Zoubida et mes Chers oncles Karim et Hakim ECHIGUER,
auxquels je manifeste ma grande et tendre affection.*

À l'oncle de mon Père, Mohamed Haddou ECHIGUER

*Un homme intègre et intellectuel qui a hautement servi avec
amour son Pays et auquel je souhaite une longue vie et une
meilleure santé.*

À Mes Chers oncles maternels Najib, Saïd, Abderrahim et

Khalid BERRADA

*Ainsi que leurs épouses auxquels je leur témoigne toute ma
grande affection.*

A Mon Cher Cousin paternel Mustapha ECHIGUER,

A mes chers cousins maternels Yassine, Alaeeddine,

Abdelghani, Hamza et Rachid BERRADA

Auxquels je manifeste mon sentiment de fraternité.

A Ma Chère cousine Meryem BERRADA et son fils Amine

HAFIDI,

A mes Chères cousines Soundous, Rita, Zineb et Kenza

BERRADA

Auxquelles j'exprime toute mon affection.

-

A l'oncle maternel de ma très Chère Mère, Bensalem

CHLIEH

Un Homme au grand cœur que j'aime beaucoup.

Au Cher Cousin maternel de ma très Chère Mère, Professeur

Rachid BERRADA et A sa Chère épouse Docteur Nadia

KOUIDER

*Auxquels je témoigne toute ma profonde sympathie et ma
reconnaissante estime.*

*A tous les Chers membres de ma grande famille
paternelle ECHIGUER et maternelle BERRADA*

*Au Cher et fidèle Ami de mon Père, Noredine BOUZIDA,
Ton Grand Cœur et ta fidélité sans faille, font de toi un
membre de ma famille à part entière. Je te considère comme l'un
de mes précieux oncles.*

*A ma 2ème Grande Famille qui est l'AMIR composée de tous
mes ami(e)s internes en médecine avec cette devise commune
qui nous liera perpétuellement : « Interne un jour, Interne
pour toujours ».*

À mes Précieux Amis et Résidents en Chirurgie :

Mohamed Anajjar, Yassine El Bouazizi, Amina Houmada, Reda El Hassouni, Taha Kabbaj, Mustapha Dahiri, Youssef Yaikoubi, Nezha El bahaoui, Mohamed Rebbani, Anwar Rahali, Meryem Gridda, Adil Chaouni, Marouane Oucharqui et tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.

À mes Précieux Amis et Réanimateurs :

Marouane Ouzzahra, Adib Lemssiah, Walid Chari, Safae Dehbi, Zakaria El Hernoussi et Badr Ettouhami

Je ne vous considère pas comme des collègues mais plutôt comme de véritables amis sur lesquels je peux compter à tout moment.

Merci du fond du cœur pour votre appui et votre soutien permanents.

À mes Précieux Amis Istibraq, Simo, Aimane, Asmae et Lina.

*Notre Amitié de très longue date est aussi bien intarissable
qu'intemporelle.*

À Mr Mohamed Aamoun, A Mme Souad Achbab

A Mme Hanane Barbouche et A Mme Bouchra Mounni,

*Je tiens à vous remercier vivement pour votre gentillesse, votre
mobilisation et votre soutien.*

A tous mes Chers Maîtres, A tous mes Chers Professeurs.

*À tous les médecins et professionnels de santé qui m'ont aidé
à me construire.*

Aux patients qui me confieront leurs soucis et leurs santés.

Je ferai toujours de mon mieux. Merci pour votre confiance.



Remerciements

A Mon Maître et Président du Jury
Professeur MOHSINE Raouf
Professeur de chirurgie générale et Chef de service de
chirurgie oncologique digestive à l'Institut National
d'Oncologie

Vous m'avez fait un immense honneur en acceptant humblement la
Présidence de notre jury de thèse.

Homme de grandes valeurs, vous m'avez toujours marqué par votre
compétence, votre charisme et votre humilité.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de ma haute et
sincère considération.

*A Mon Maître et Rapporteur de Thèse,
Pr SOUADKA Amine
Professeur de chirurgie générale*

Je suis très honoré par ce travail de recherche que vous avez bien voulu me confier.

Vous êtes pour moi un modèle pour votre sérieux, votre empathie, votre modestie, votre honnêteté, et toutes vos qualités humaines, professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession.

Je vous remercie pour votre présence et votre disponibilité qui m'ont été très précieuses et qui, sans votre aide, ce travail n'aurait jamais vu le jour.

Veillez accepter, Cher Maître, l'assurance de mon estime et de mon profond respect. Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée.

*A Mon Maître et Membre Associé du Jury,
Pr SOUADKA Abdelilah
Professeur de chirurgie générale*

Les cas traités dans cette thèse ainsi que toutes les données statistiques relevées découlent des interventions chirurgicales que vous avez réalisées, avec brio, à l'échelle nationale, en tant pionnier et précurseur de la reconstruction mammaire par lambeau autologue de grand dorsal.

Les mots ne sauraient décrire la reconnaissance que j'ai envers Vous car ce travail relate le fruit de votre savoir-faire en qualité de grand chirurgien, émérite, connu et reconnu dans le monde de la Chirurgie avec toutes ses lettres de noblesse.

Je tiens à vous rendre un solennel Hommage en vous précisant que vous constituez, Cher Maître, pour ma modeste personne, un modèle à suivre, une école de l'excellence dans la pratique Chirurgicale.

Merci, Cher Maître, pour votre immense contribution à l'existence de cette thèse qui me permettra d'obtenir le titre de Docteur en Médecine.

Ma gratitude en votre direction est particulière et intense.

A Mon Maître et Juge de thèse

Pr EL HANCHI Zaki

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Je suis très sensible à l'insigne honneur que vous m'avez fait en acceptant de juger ce travail de recherche en relation avec la chirurgie mammaire.

Mes premiers gestes et pratiques en matière de chirurgie, je vous les dois particulièrement à Vous et au Cher Professeur HACHI lors de mon passage d'internat au sein du Pôle Gynéco-Mammaire de l'INO.

Merci de m'avoir fait aimer la Chirurgie

A Mon Maître et Juge de thèse

*Pr EL KACEMI Hanan
Professeur de Radiothérapie*

*Vos compétences professionnelles et votre disponibilité
suscitent respect et admiration.*

*C'est avec amabilité et spontanéité que vous avez accepté de
juger ce travail.*

*Qu'il me soit permis à travers ce travail de vous témoigner
ma grande estime et ma profonde redevance.*

A Mon Maître et Juge de thèse

Pr FEJJAL Naoufel

Professeur de Chirurgie Plastique, Réparatrice et Esthétique

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter avec amabilité de siéger
dans notre jury.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération
et ma profonde admiration pour toutes vos qualités
professionnelles, scientifiques et humaines.*

*À mon Maître et Cher Professeur
MAJBAR Mohammed Anass
Professeur de Chirurgie Générale*

*Je tiens à vous témoigner toute ma profonde gratitude pour vos
conseils éclairés, votre entière disponibilité et votre encadrement de
très haute qualité.*

*Grâce à Vous, Cher Professeur, j'ai pris goût et mesuré la très
haute importance de la recherche universitaire ainsi que son impact
bénéfique sur l'environnement médical.*

*Merci Professeur pour votre humanisme et votre dévouement
orientés vers la noblesse de l'exercice de la médecine.*

*À mon Cher Maître et Cher Professeur
BENKABBOU Amine
Professeur de Chirurgie Générale*

Les mots ne suffiront pas pour exprimer la reconnaissance que je vous dois pour la transmission de votre savoir, votre disponibilité permanente, le partage de vos riches expériences, vos précieux conseils, votre encadrement très enrichissant ainsi que votre très large contribution à ma formation de futur chirurgien.

Cher Maître, Merci de tout cœur.

À mon Cher Maître et Cher Professeur
HACHI Hafid
Professeur de Chirurgie Générale et Chef du Pôle
Gynéco-Mammaire à l'INO.

Mon passage d'internat au sein de votre Pôle m'a fait aimer la
chirurgie et c'est en grande partie grâce à vous, Cher Maître, si j'ai
choisi cette spécialité.

Les mots ne sauraient donc exprimer ma reconnaissance envers
vous et je vous dédie cet humble travail en témoignage de mon
profond respect.

L'histoire n'est pas encore terminée, j'espère revenir au cours de
mon cursus de résidanat en Chirurgie Générale au sein de votre
Pôle et que le meilleur reste à venir.

*A l'équipe du service de la RUCH:
Cher Professeur Mamoun El FAROUDY,
Cher Professeur Jaouad TADILI, Cher Dr. Larbi ABEROUCHE.*

*Mon passage d'internat au sein de votre service a été une véritable
leçon de vie. Je vous dois ce que je suis devenu aujourd'hui et je
vous en serai éternellement reconnaissant.*

*Je vous remercie Infiniment pour tout ce que vous m'avez appris.
Mon Amour pour la Réanimation ne tarira jamais et lors de ma
formation de Chirurgien, je conserverai toujours dans un coin de
mon cœur toutes mes connaissances en la matière ainsi que mes
réflexes d'urgentiste grâce à mes Maîtres de la RUCH.*

*Je dédie cet humble travail à tous mes Maîtres cités ci-dessus en
témoignage de mes respects les plus profonds.*

LISTE DES ABREVIATIONS

- **CCIS** : Carcinome canalaire in situ.
- **CT** : Chimiothérapie.
- **DIEP** : Deep inferior epigastric perforator.
- **HAS** : Haute autorité de santé.
- **IM** : Implants mammaires.
- **IMC** : Indice de masse corporelle.
- **LAGC-AIM** : Lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires.
- **LGD** : Lambeau de grand dorsal.
- **NCDB** : National cancer data base
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé.
- **PAM** : Plaque aréolo-mamelonnaire.
- **RM** : Reconstruction mammaire.
- **RMD** : Reconstruction mammaire différée.
- **RMI** : Reconstruction mammaire immédiate.
- **RMIP** : Reconstruction mammaire immédiate par prothèse.
- **TRAM** : Transverse rectus abdominalis musculocutaneous flap.



LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Paroi thoracique et glande mammaire (Coupe sagittale).....	8
Figure 2: Les réseaux vasculaires sous-dermique et pré-glandulaire communiquant par les crêtes de Duret.	8
Figure 3: Vascularisation de la glande mammaire.	10
Figure 4: Les trois niveaux du curage mammaire externe (étages ganglionnaires de Berg) et les ganglions mammaires internes (chaînes parasternales).....	12
Figure 5: Innervation de la glande mammaire.	13
Figure 6: Quadrants et segments du sein.....	14
Figure 7: Anatomie du muscle grand dorsal.	15
Figure 8: Vascularisation du muscle grand dorsal :.....	17
Figure 9: Paroi abdominale antérieure : vue superficielle.	18
Figure 10: Artères de la paroi abdominale antérieure.	19
Figure 11: 6 zones graisseuses	25
Figure 12: Photos de la position per-opératoire.	26
Figure 13: Photo montrant l'incision cutanée.	27
Figure 14: Décollement cutané sous le fascia superficialis.	27
Figure 15: Dessin du lambeau transféré dans la région antérieure.	29
Figure 16: Enfouissement de la palette à travers un lambeau d'avancement abdominal.	29
Figure 17: Modelage et fixation du lambeau.	30

Figure 18: Modelage du lambeau.....	30
Figure 19: Reconstruction de la PAM.....	31
Figure 20: Prélèvement musculaire centré sur le pédicule épigastrique.....	33
Figure 21: Section latérale du muscle	33
Figure 22: Vaisseaux receveurs préparés.	35
Figure 23: Incision du lambeau. Décollement de la pointe.....	36
Figure 24: Dissection de la perforante. Incision aponévrotique.	36
Figure 25: Dissection transmusculaire de la perforante jusqu'à l'axe épigastrique inférieur profond qui est disséqué.	36
Figure 26: Dissection du pédicule épigastrique inférieur profond jusqu'à l'arcade crurale.....	36
Figure 27: Sièges de la mastectomie et RMI (sein droit vs sein gauche).....	48
Figure 28: Évolution du rapport RM / Mastectomie.....	49
Figure 29: Taux de conservations de la PAM dans notre série.....	50
Figure 30: Taux de complications postopératoires.	51
Figure 31: Taux des différents types histologiques de cancer du sein.....	52
Figure 32: Taux de Satisfaction des patientes.....	53
Figure 33: Résultat peropératoire.....	53
Figure 34: Photo prise après 6 mois du postopératoire.....	54
Figure 35: Photo prise après 3 ans du postopératoire.	54
Figure 36: Photo prise après 4 ans du postopératoire.	55
Figure 37: Résultat à 10 ans du postopératoire	55
Figure 38: Photo prise après 12 ans du postopératoire.	56
Figure 39: Résultat postopératoire à long terme.	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Tableau comparatif des avantages et inconvénients des différentes techniques de RM.....	38
Tableau 2: Traitements adjuvants et néoadjuvants.	52

LISTE DES IMAGES

Image 1 : Le Dr Ingino Tansini, premier chirurgien à décrire le lambeau de grand dorsal en 1906.	5
Image 2 : Le Pr Neven Olivari, décrit en 1976 le lambeau de grand dorsal pédiculé pour le traitement de lésions radio-induites au niveau de la paroi thoracique.....	5
Image 3 : Le Pr Souadka Abdelilah a réalisé la première série marocaine importante de reconstruction mammaire immédiate par lambeau autologue de grand dorsal.....	6



SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
RAPPELS.....	3
I. Historique.....	4
II. Anatomie	7
A. La glande mammaire.....	7
1. Configuration	7
2. Vascularisation.....	9
3. Drainage lymphatique	11
4. Innervation	13
5. Description esthétique du sein : Segments et projections	13
B. Le muscle grand dorsal.....	15
1. Configuration	15
2. Vascularisation.....	16
3. Le muscle grand droit de l'abdomen.....	17
a-Configuration.....	17
b-Vascularisation	19
III. Indications de la mastectomie	20
A. Rappel anatomopathologique.....	20
B. Indications de la mastectomie	20
C. Indication du Curage ganglionnaire et technique du ganglion sentinelle	22
IV. Reconstruction mammaire	22
A. Techniques Chirurgicales.....	23
1. Lambeau musculo-cutané-graisseux autologue de grand dorsal : Technique décrite par Delay	23

1.1.Concept de la technique.....	23
1.2-Levée du Lambeau	25
1.3-Capitonnage dorsal.....	28
1.4-Mise en place du lambeau et modelage.....	28
2. Description des autres techniques de RM	32
2.1-Le lambeau musculocutané de muscle grand droit de l'abdomen ou TRAM	32
2.2-Le lambeau libre DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator).....	34
3. Avantages et Inconvénients des différentes techniques de RM.....	37
B. Délai de reconstruction mammaire :.....	39
OBJECTIF	41
MATERIEL ET METHODES.....	43
I. Type de l'étude.....	44
II. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	44
A. Critères d'inclusion	44
B. Critères d'exclusion.....	44
III. Critères de jugement	45
A. Critères d'efficacité.....	45
B. Critères de sécurité : Complications postopératoire.....	45
IV. Collecte des données et méthodes statistiques	45
RESULTATS	47
I. Description de la population.....	48
A. Âge	48
B. BMI.....	48
C. Siège de la mastectomie et RMI.....	48

D.	Ratio RM / Mastectomie	49
E.	Taux de conservation de l'étui cutané et la PAM	49
II.	Complications postopératoires	50
III.	Résultats carcinologiques.....	51
A.	Type histologique du cancer de sein	51
B.	Traitements adjuvants.....	52
IV.	Résultats esthétiques	52
A.	Satisfaction des patientes	52
B.	Évaluation esthétique par l'équipe chirurgicale.	53
DISCUSSION.....		57
I.	Discussion des résultats par rapport à la littérature.....	58
A.	Âge	58
B.	Ratio RM/Mastectomie	59
C.	Délai de reconstruction et radiothérapie adjuvante.	60
D.	Complications postopératoires	62
E.	Satisfaction	63
II.	Points forts et points faibles.....	64
A.	Points forts	64
B.	Limites	65
III.	Perspectives et recommandations	65
CONCLUSION.....		67
RESUMES.....		69
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		74



INTRODUCTION

Le cancer du sein est le premier cancer chez la femme. Plus de 2,2 millions de cas ont été recensés en 2020 par l'organisation mondiale de la santé (OMS), ce qui en fait le cancer le plus courant au monde.¹

Au Maroc, le cancer du sein occupe le premier rang et représente 19,2% des cancers, suivi par le cancer du poumon avec 12,3% et le cancer colorectal avec 7,8%.²

Le sein a toujours été considéré comme le symbole de la féminité et de la maternité par excellence. Son ablation pourrait avoir des conséquences esthétiques et psychologiques dramatiques.³

En effet, plusieurs études ont démontré que les femmes ayant subi une mastectomie éprouvent des troubles de perception relatifs à leur image corporelle et une détérioration de leur estime de soi, entraînant ainsi une baisse de leur qualité de vie.^{4 5}

Malgré les avancées thérapeutiques qu'a connu le traitement chirurgical du cancer du sein ainsi que l'élargissement des indications du traitement conservateur, le traitement radical, à savoir la mastectomie, garde sa place, et ses indications sont, dans certains cas, indiscutables.

A cet égard, plusieurs techniques de reconstruction mammaire (RM) ont été rapportées depuis plus d'un siècle. La première technique de reconstruction fut décrite en 1906 par Tansini⁶, un chirurgien italien, qui a exposé pour la première fois le lambeau musculocutané de grand dorsal (latissimus dorsi), et ce n'est qu'en 1976 que cette technique fut reprise par Olivari⁷, permettant ainsi l'élan de la reconstruction mammaire dont les techniques furent modifiées et affinées au fil du temps.

Actuellement, en plus de la technique du lambeau du grand dorsal, diverses techniques sont utilisées, telles que le lambeau abdominal DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) ou le lambeau musculocutané du muscle grand droit de l'abdomen ou TRAM (*Transverse Rectus Abdominalis Musculocutaneous flap*).

D'autres techniques de reconstruction mammaire utilisant des implants mammaires sont préconisées dans certains cas et peuvent être utilisées seules ou en association avec les techniques de reconstruction mammaire autologues.

Notre étude, à travers une analyse rétrospective monocentrique de la première série marocaine importante colligeant 45 patientes, a pour objectif d'évaluer, la reconstruction mammaire immédiate par lambeau autologue de grand dorsal, en matière d'efficacité et de sécurité.



RAPPELS

I. HISTORIQUE

Le lambeau musculocutané de grand dorsal (latissimus dorsi) a été décrit pour la première fois par Tansini **[Image 1]** en 1906⁶, pour la reconstruction de la paroi thoracique après amputation mammaire.

Sous l'influence de l'école d'Halsted, qui était hostile à la chirurgie plastique, les reconstructions par lambeau de grand dorsal ont été rapidement abandonnées.

Ce lambeau a été redécouvert en 1976 par Olivari⁷ **[Image 2]**, ce qui a permis l'essor de la reconstruction mammaire à la fin des années 1970.

Bostwick⁸, en 1978, présente la première série importante de reconstruction mammaire utilisant le lambeau du grand dorsal. À cette époque, la technique présentée nécessitait de combiner la mise en place d'une prothèse avec ses propres complications, surtout sur un terrain irradié⁹.

Le lambeau de grand dorsal sans prothèse a été proposé par Hokin⁹ et McCraw¹⁰, mais souvent, secondairement, une petite prothèse d'appoint était mise en place, ainsi la reconstruction n'était pas purement autologue.

En 1997 Delay, introduit la notion de 6 zones adipeuses adjacentes au muscle grand dorsal, prélevables avec celui-ci, afin d'en augmenter le volume.

Au cours des années, différentes améliorations ont permis d'affiner la technique, en utilisant le lambeau de grand dorsal sans prothèse, lequel est actuellement bien codifiée et standardisée.

Au début des années 2000, notre Maître, le Professeur Souadka Abdelilah **[Image 3]**, Chirurgien, ancien Chef de service de Chirurgie à l'Institut National d'Oncologie de Rabat, réalise la première série marocaine importante de

reconstruction mammaire immédiate par lambeau de grand dorsal sans prothèse.

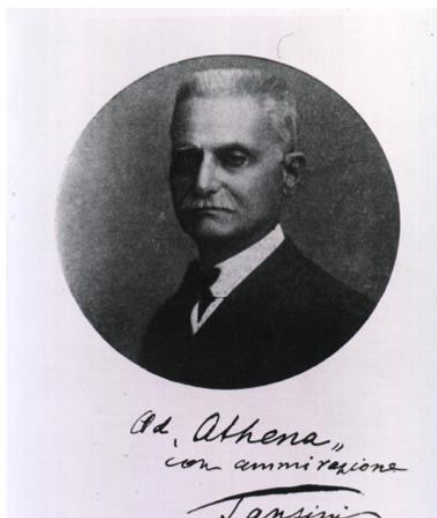


Image 1 : Le Dr Ingino Tansini, premier chirurgien à décrire le lambeau de grand dorsal en 1906.



Image 2 : Le Pr Neven Olivari, décrit en 1976 le lambeau de grand dorsal pédiculé pour le traitement de lésions radio-induites au niveau de la paroi thoracique.



Image 3 : Le Pr Souadka Abdelilah a réalisé la première série marocaine importante de reconstruction mammaire immédiate par lambeau autologue de grand dorsal.

II. ANATOMIE

La maîtrise ainsi que la parfaite connaissance de l'anatomie est un préalable fondamental pour assurer la réussite de tout acte chirurgical. De ce fait, nous jugeons utile et nécessaire de rappeler les principes anatomiques ci-après :

A. La glande mammaire

1. Configuration

Le sein constitue une glande exocrine dont l'origine est ectodermique. Il présente environ une quinzaine de canaux galactophores qui distribuent des lobes et qui s'abouchent au niveau du mamelon et de l'aréole **[Figure 1]**.

Cette glande est constituée de graisse de quantité variable en fonction de l'âge, du statut hormonal, ainsi que de la morphologie, ce qui se traduit par la différence de densité aussi bien au toucher que sur les mammographies.

Elle se situe au niveau du thorax, en avant du muscle grand pectoral. Elle s'étend du bord inférieur de la deuxième côte au sixième cartilage costal et, transversalement, du bord externe du sternum jusqu'à la ligne axillaire antérieure. Au niveau de son sommet se trouve la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM), composée de l'aréole et du mamelon.

Le sein est attaché à la paroi thoracique sur le muscle grand pectoral, par la bourse séreuse de Chassaignac qui délivre un espace de glissement facilitant la dissection. L'enveloppe cutanée du sein est composée d'une peau fine entretenant des rapports intimes avec la glande à travers les crêtes de Duret **[Figure 2]**. Ce plan constitue un espace virtuel que l'on dissèque lors d'une mastectomie. Cette dissection ne doit être ni profonde pour ne pas laisser trop de glande et ne pas léser

le réseau vasculaire pré-glandulaire, ni trop superficielle pour éviter le derme et ses plexus vasculaires.

Ces deux espaces (bourse séreuse et espace virtuel des crêtes de Duret) sont très peu vascularisés, d'où l'intérêt chirurgical permettant de libérer une zone de la glande mammaire et facilitant le remodelage de celle-ci après la résection d'une zone glandulaire.

Les rapports anatomiques se font avec la peau en avant et avec les muscles grand et petit pectoraux en arrière. Plus en profondeur, le sein présente des rapports avec les côtes et les muscles intercostaux ce qui explique le risque de brèche pleurale en cas de dissection trop profonde.

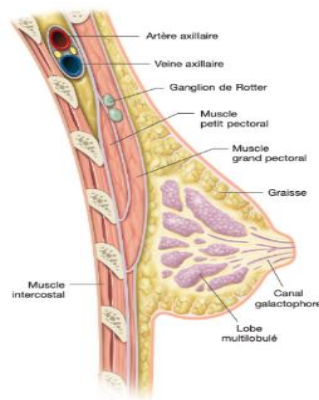


Figure 1: Paroi thoracique et glande mammaire (Coupe sagittale).

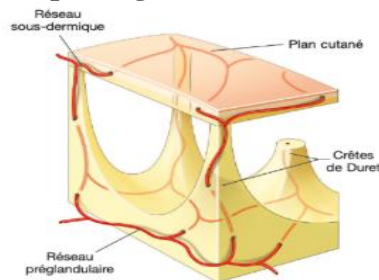


Figure 2: Les réseaux vasculaires sous-dermique et pré-glandulaire communiquant par les crêtes de Duret.

2. Vascularisation

La vascularisation du sein est basée d'une part sur un réseau rétro-glandulaire, et d'autre part sur un réseau antérieur. Ce dernier est constitué d'un réseau sous-dermique et d'un réseau pré-glandulaire, qui communiquent par l'intermédiaire des crêtes de Duret [**Figure 2**]. Un réseau anastomotique intra-glandulaire permet la distribution du réseau antérieur.

Deux pédicules principaux et trois accessoires permettent l'alimentation du sein [**Figure 3**].

Les deux pédicules principaux sont :

- Les branches de l'artère thoracique latérale (nommée auparavant artère mammaire externe, qui naît de l'artère axillaire).
- Les branches perforantes des deuxième, troisième et quatrième intercostaux issues de l'artère thoracique interne (anciennement artère mammaire interne, issue de l'artère subclavière).

Les autres trois pédicules accessoires sont :

- Supérieur : branches de l'artère acromio-thoracique.
- Inféro-externe : branches latérales cutanées des artères intercostales postérieures
- Inféro-interne : branches perforantes inférieures de faible calibre de l'artère thoracique interne.

Par ailleurs, d'autres rameaux grêles naissant des artères intercostales antérieures (issues de l'artère thoracique interne) irriguent la glande mammaire par sa base.

Il est à noter que les variations anatomiques sont nombreuses et fréquentes.

Chaque pédicule peut assurer à lui seul la vascularisation. En dépit de la conservation du réseau antérieur, le traitement conservateur nécessite le respect d'au moins de l'un de ces pédicules.

La vascularisation de la PAM est basée sur un réseau profond d'une part et sur un réseau sous-dermique d'autre part, qui définit le cercle péri-aréolaire. Nous pouvons ainsi :

- Soit faire une incision circonférentielle : l'aréole est ainsi vascularisée par le réseau profond,
- Soit décoller la PAM par une incision hémi-circonférentiel préservant le réseau sous-dermique.

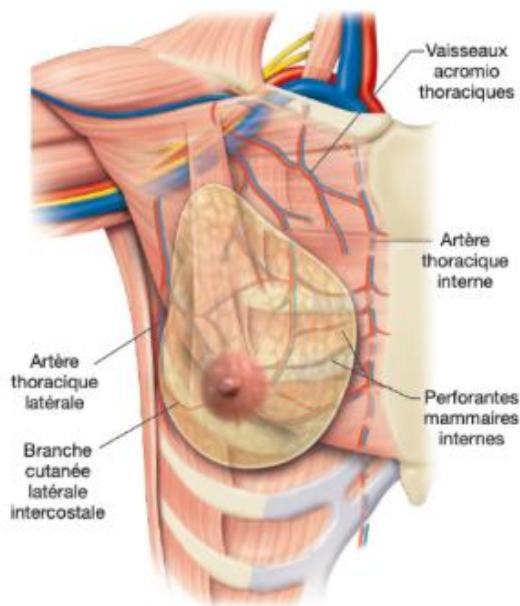


Figure 3: Vascularisation de la glande mammaire.

3. Drainage lymphatique

Le drainage lymphatique est composé :

- D'un réseau cutané dans la couche profonde du derme,
- D'un réseau glandulaire profond associé aux lobes,
- D'un réseau péri-aréolaire (Cercle de Sappey) sur lequel repose l'anastomose entre les deux premiers réseaux.

Du cercle péri-aréolaire prennent naissance quatre canaux collecteurs se dirigeant vers l'aisselle, principalement vers le groupe ganglionnaire thoracique latéral. La partie médiale est drainée à travers la chaîne para-sternale (ou chaîne ganglionnaire mammaire interne).

Il est à noter qu'il existe parfois une voie lymphatique supérieure inconstante, allant directement vers les ganglions de la fosse supra-claviculaire, son envahissement garde une valeur de métastase.

Les ganglions lymphatiques de la glande mammaire convergent donc vers deux groupes principaux : les ganglions axillaires et les ganglions parasternaux.

Les ganglions parasternaux se trouvent au niveau des trois premiers espaces intercostaux en arrière des cartilages costaux et des muscles intercostaux et à l'avant de la plèvre.

Les ganglions axillaires sont répartis en cinq groupes définis ainsi :

- axillaires pectoraux (ou thoraciques latéraux).
- axillaires postérieurs (ou sub-scapulaires).
- axillaires latéraux (ou huméraux).
- axillaires centraux (devant le muscle sous-scapulaire, sous la veine axillaire).

- axillaires apicaux (sous-claviculaires).

Ces groupes précités forment les classiques trois étages ganglionnaires de Berg [Figure 4] :

- Niveau I : en dessous du petit pectoral.
- Niveau II : en arrière du petit pectoral.
- Niveau III : au-dessus du tendon du petit pectoral.

Les ganglions axillaires et parasternaux se jettent dans des ganglions de second niveau supra-claviculaires.

L'espace interpectoral est le siège des ganglions de Rotter [Figure 1], répartis le long des branches pectorales des vaisseaux thoraco-acromiaux.

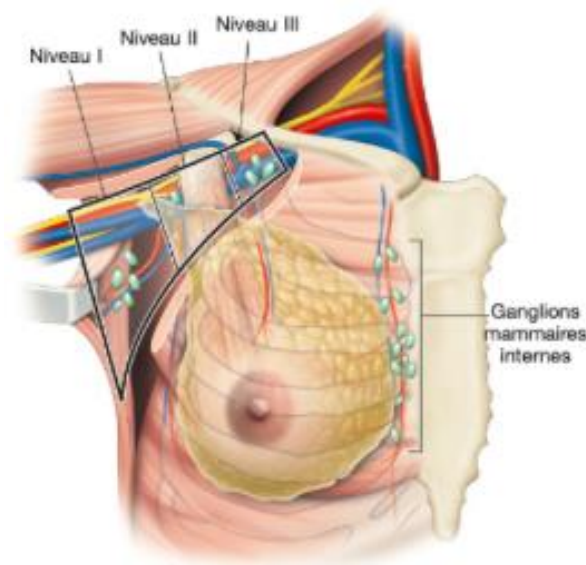


Figure 4: Les trois niveaux du curage mammaire externe (étages ganglionnaires de Berg) et les ganglions mammaires internes (chaînes parasternales).

4. Innervation

L'innervation sensitive de la glande mammaire est issue de deux réseaux principaux [Figure 5], qui sont les rameaux perforants cutanés latéraux et antérieurs du deuxième au septième nerf intercostal.

Les branches inférieures du plexus cervical superficiel contribuent aussi à l'innervation de la partie haute du sein.

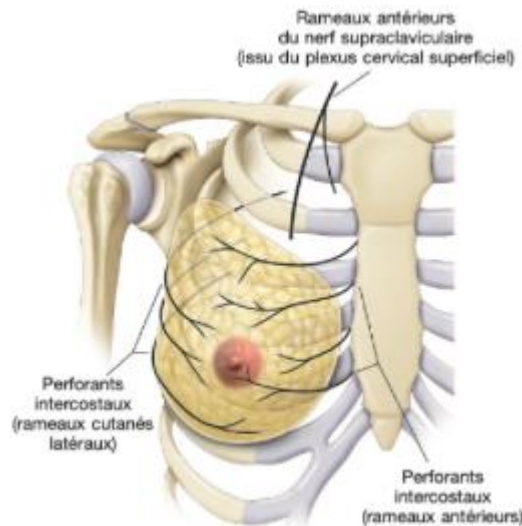


Figure 5: Innervation de la glande mammaire.

5. Description esthétique du sein : Segments et projections

La glande mammaire est divisée en quatre quadrants centrés sur la PAM :

- Supéro-externe.
- Supéro-interne
- Inféro-externe.
- Inféro-interne.

Le prolongement axillaire du sein est la zone frontière entre le quadrant

supéro-externe et le creux axillaire.

Le sein est composé des segments suivants :

- **Segment I** : il correspond à la partie thoracique antérieure allant de la clavicule jusqu'au sillon sus-mammaire.
- **Segment II** : du sillon sus-mammaire au bord supérieur de la PAM.
- **Segment III** : du bord inférieur de la PAM au sillon sous-mammaire.
- **Segment IV** : du sillon sous-mammaire au rebord costal.

La maîtrise des quadrants, des segments et de la projection du sein, constitue la base de la reconstruction mammaire, permettant d'aboutir à des résultats parfaits et naturels.

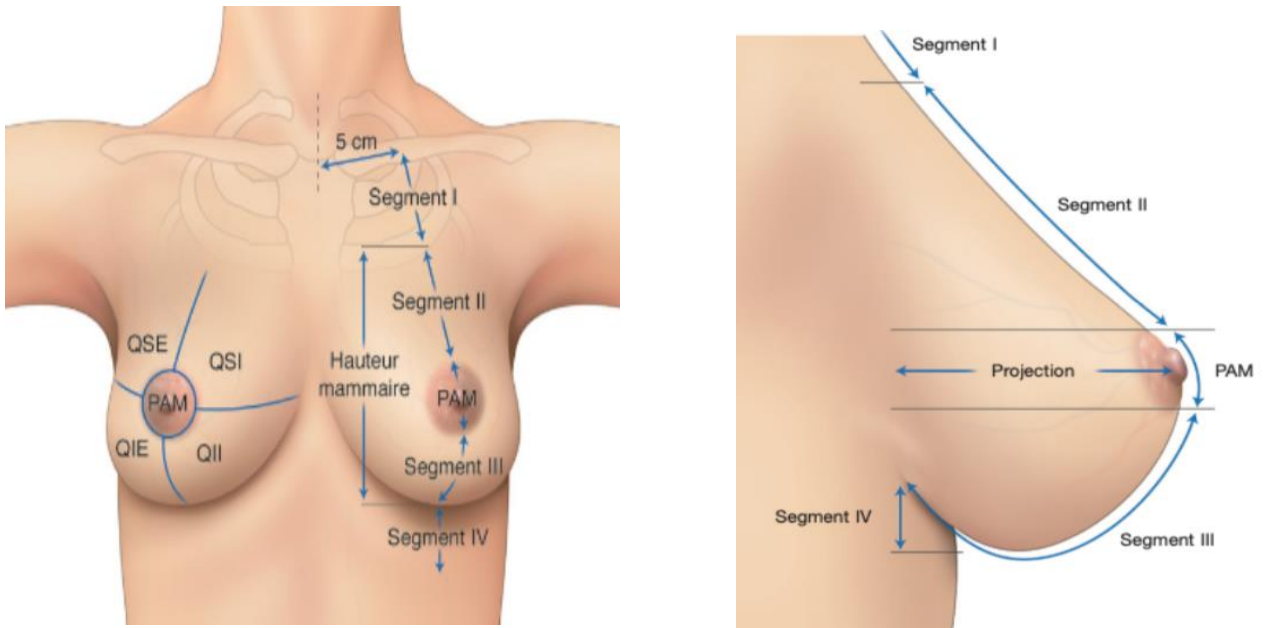


Figure 6: Quadrants et segments du sein.

B. Le muscle grand dorsal

La réalisation d'une reconstruction mammaire par lambeau autologue du muscle grand dorsal nécessite une parfaite connaissance de sa configuration et aussi de sa vascularisation.

1. Configuration

Le muscle grand dorsal ou latissimus dorsi constitue le plus grand muscle du corps humain. Il s'agit d'un muscle large, mince, de forme grossièrement quadrangulaire, dont les fibres charnues convergent vers le creux axillaire.

Il s'insère sur les quatre dernières côtes, sur les digitations du grand oblique et sur l'aponévrose lombaire. Cette dernière, de forme triangulaire, est tendue entre les apophyses épineuses des six dernières vertèbres dorsales, des vertèbres lombaires, des sacrées et sur le tiers postérieur de la crête iliaque.

Les fibres charnues convergent en direction du tendon terminal qui est fixé au niveau de la gouttière bicipitale sur la lèvre interne, entre le tendon du grand pectoral en dehors et celui du grand rond en dedans [Figure 7].

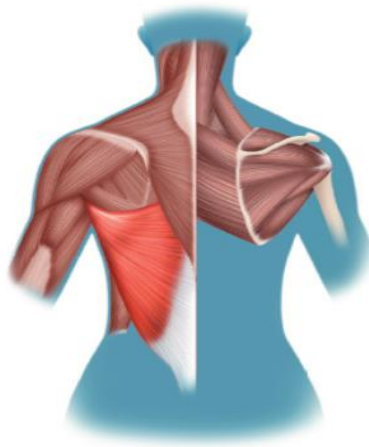


Figure 7: Anatomie du muscle grand dorsal.

2. Vascularisation

Le muscle grand dorsal est de type V selon la classification de Mathes et Nahai¹¹.

Sa vascularisation est assurée principalement par un pédicule dominant et secondairement par des pédicules accessoires segmentaires.

Dans le cadre de la reconstruction mammaire, la levée du lambeau se fait sur la base du pédicule dominant et les pédicules accessoires intercostaux et lombaires sont sectionnés.

Le pédicule dominant est constitué par l'artère thoracodorsale, qui est une branche distale de l'artère subscapulaire qui naît elle-même de l'artère axillaire.

L'artère subscapulaire se divise et donne naissance à une artère circonflète scapulaire dont les branches sont adressées aux muscles sous-scapulaires d'une part et à la peau des lambeaux scapulaires et parascapulaires d'autre part.

L'artère thoraco-dorsale, avant d'intégrer le muscle, donne naissance à une ou plusieurs branches thoraciques pour le muscle serratus. Le pédicule du serratus constitue un réseau vasculaire anastomotique à la fois péri-capsulaire et latéro-thoracique, et permet d'assurer une vascularisation du muscle de façon rétrograde en cas de thrombose ou de ligature du pédicule principal dans les suites d'une radiothérapie ou d'un curage [**Figure 8**].

Cette fiabilité vasculaire permet d'éviter la réalisation d'exams complémentaires artériographiques ou échographiques.

Le pédicule thoracodorsal se divise en deux branches principales, une latérale qui suit le bord antérieur du muscle et l'autre supéro-médiale qui suit le bord supérieur. Le nerf thoracodorsal constitue une branche du tronc secondaire

postérieur (C5-C6-C7-C8), innerve le muscle, accompagne le pédicule vasculaire et se divise également en deux branches. Cette bifurcation permet une dissection élective d'une partie du muscle sans léser la partie restante.^{11,12}

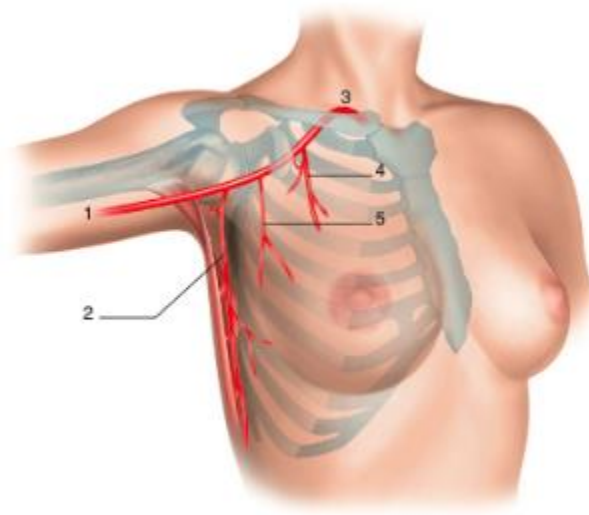


Figure 8: Vascularisation du muscle grand dorsal :

1. Artère axillaire. 2. Artère thoraco-dorsale. 3. Artère Subclavière. 4. Arrête acromio-thoracique. 5. Artère thoracique latérale.

3. Le muscle grand droit de l'abdomen

Nous tenons à rappeler également l'anatomie du muscle grand droit de l'abdomen en raison de son utilisation dans d'autres techniques de reconstruction mammaire que nous comparerons par la suite avec la technique objet de notre étude.

a-Configuration

Le muscle grand droit de l'abdomen est un muscle pair et symétrique. Il s'étend le long de la ligne médiane de l'abdomen et s'insère en bas sur le pubis et en

haut sur les 5e, 6e et 7e cartilages costaux ainsi que sur la xyphoïde.

Il est contenu dans une gaine aponévrotique constituée par la réunion des aponévroses des muscles grand oblique, petit oblique et transverse.

Dans les $\frac{3}{4}$ supérieurs du muscle, la gaine comprend un feuillet antérieur et un feuillet postérieur. Par ailleurs, dans le quart inférieur, au-dessous de l'arcade de Douglas, il n'y a pas de feuillet postérieur [Figure 9].

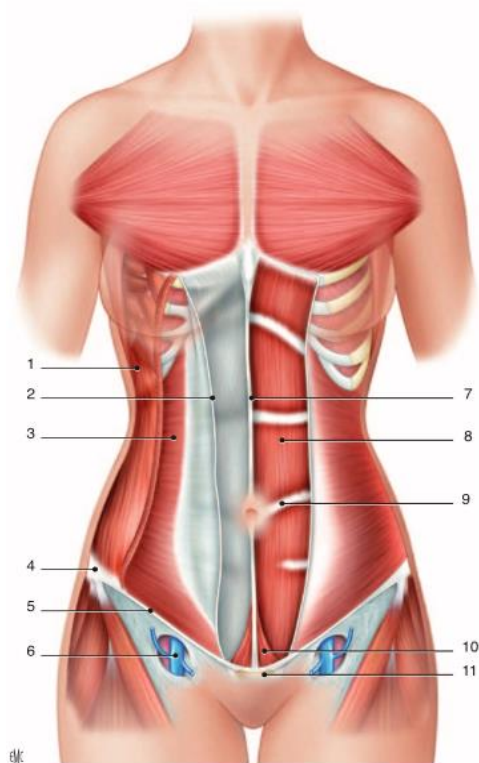


Figure 9: Paroi abdominale antérieure : vue superficielle.

1. Muscle oblique externe. 2. Feuillet superficiel de l'aponévrose du muscle grand droit. 3. Muscle oblique interne. 4. Épine iliaque antérieure antérosupérieure. 5. Ligament inguinal. 6. Veine fémorale. 7. Ligne blanche. 8. Muscle grand droit. 9. Intersection tendineuse. 10. Muscle pyramidal. 11. Pubis.

b-Vascularisation

La vascularisation est assurée par deux pédicules dominants [Figure 10] :

- Artère épigastrique supérieure constituant la terminaison interne de l'artère mammaire interne et aborde le muscle par sa face profonde entre le 6ème et le 7ème espace intercostal. Il s'agit du pédicule qui assurera la vascularisation du lambeau dans sa version pédiculée.
- Artère épigastrique inférieure, branche de l'artère iliaque externe et aborde le muscle par son bord externe sous l'arcade de Douglas, Chemine à la face profonde du muscle jusqu'à l'ombilic puis pénètre le muscle pour s'anastomoser à l'artère épigastrique supérieure.

Il existe de nombreuses perforantes destinées à la peau, principalement dans la région péri-ombilicale, qui vont assurer la vascularisation de la palette cutanée.

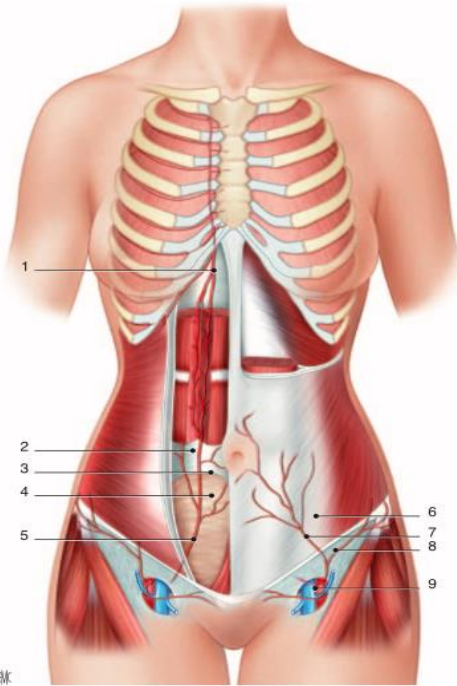


Figure 10: Artères de la paroi abdominale antérieure.

1. Artère épigastrique supérieure.
2. Feuillet postérieur de l'aponévrose du muscle grand droit.
3. Arcade de Douglas.
4. Fascia transversalis.
5. Artère épigastrique inférieure profonde.
6. Muscle oblique externe et son aponévrose.
7. Artère épigastrique inférieure superficielle.
8. artère circonflexe iliaque superficielle.
9. Artère et veine fémorales.

III. INDICATIONS DE LA MASTECTOMIE

Le premier traitement du cancer du sein est la Chirurgie d'ablation des tissus atteints. Si la tendance des dernières décennies était de privilégier la chirurgie mammaire conservatrice, l'ablation du sein (mastectomie totale) reste inéluctable dans un certain nombre de situations cliniques.

A. Rappel anatomopathologique

Le cancer du sein est le premier cancer de la femme en matière d'incidence et de décès.¹

Il s'agit généralement de tumeurs épithéliales des cellules du canal galactophore (Adénocarcinome canalaire) ou, moins souvent, de lobules de la glande mammaire (Adénocarcinome lobulaire).

Les adénocarcinomes du sein sont classés en 2 catégories :

- **Carcinome *in situ***, lorsque les cellules cancéreuses ne franchissent pas la membrane basale¹³, subdivisé en :
 - Carcinome canalaire *in situ* (CCIS), soit 85 à 90 % des cancers *in situ*.
 - Carcinome lobulaire *in situ*, soit 10 à 15 % des cas déclarés.
- **Carcinome infiltrant**, il est qualifié ainsi, lorsque les cellules cancéreuses envahissent d'autres tissus autour des canaux ou des lobules.

B. Indications de la mastectomie

La chirurgie mammaire est un traitement indispensable dans la prise en charge du cancer du sein. Malgré que la plupart des patientes sont candidates à un traitement conservateur, autrement dit l'excision de la tumeur en préservant le

sein^{14 15}, d'autres patientes doivent ou préfèrent avoir une mastectomie totale.

En effet, chaque patiente devrait être associée à la décision du type de chirurgie qui lui sera appliquée, particulièrement dans les situations où il n'y a pas de consensus dans la littérature, par exemple en cas de :

- CCIS.¹⁶
- Carcinome au stade précoce¹⁷

Cependant, la mastectomie totale reste fortement indiquée, notamment dans les situations cliniques suivantes¹⁸

- Tumeur multifocale.
- Tumeur inflammatoire.
- Conditions locales défavorables (Rapport taille/volume du sein).
- Impossibilité de faire un traitement néoadjuvant qui permettrait de diminuer la taille de la tumeur.
- Chirurgie de rattrapage en cas de récurrence locale après une tumorectomie.

La mastectomie totale avec ablation de l'étui cutané, de la PAM reste la technique de référence pour les CCIS en particulier et pour les cancers invasifs.

Cependant, le traitement conservateur est validé en cas d'exérèse R0 avec une condition de réaliser une radiothérapie complémentaire systématique.

Peuvent être réalisés également :

- des mastectomies avec conservation de l'étui cutané total ou partiel selon le volume de reconstruction envisagé.¹⁹
- des mastectomies avec conservation de la PAM et de l'étui cutané mais avec limitation précise de l'épaisseur de tissu sous-cutané conservé

(moins de 5 mm) dans les mastectomies prophylactiques, uni ou bilatérales.¹⁹

C. Indication du Curage ganglionnaire et technique du ganglion sentinelle²⁰

Pour les carcinomes infiltrants, Il est nécessaire de réaliser une chirurgie axillaire homolatéral soit par :

- La technique du « ganglion sentinelle » qui consiste à localiser le premier ganglion drainant la région axillaire du sein dénommé « ganglion sentinelle », que l'on réseque.

Le curage axillaire n'est alors indiqué qu'en cas de ganglion sentinelle envahi.

Cette technique est préconisée pour les tumeurs infiltrantes de petite taille et en l'absence d'adénopathie axillaire.

- L'exérèse des ganglions axillaires (dissection axillaire comportant un minimum de 8 à 10 ganglions).

Quant aux carcinomes in situ, un curage axillaire peut être indiqué selon la technique du « ganglion sentinelle », en particulier en cas de lésion palpable ou de suspicion de micro-invasion.

IV. RECONSTRUCTION MAMMAIRE

L'expression « **Reconstruction mammaire** » se définit par un ensemble de procédures chirurgicales visant à restituer un aspect anatomique normal du sein chez la femme.

A. Techniques Chirurgicales

La RM fait appel à deux grands types de techniques²¹ :

- **Les implants mammaires (IM)**, qui sont utilisés seuls ou en association avec une technique autologue. Ils sont insérés sous le muscle pectoral, ou devant, en général par un abord sous-mammaire. Un IM devrait être enlevé et remplacé par un nouvel implant, ou par une autre technique environ tous les dix ans²² voire avant, en cas de coque réactionnelle, de fuite ou de détection d'un LAGC-AIM.

- **Les techniques autologues**

- **Lambeaux tissulaires (flap)** musculo-cutanés ou cutanéograsseux. Ils donnent généralement un aspect plus naturel que les IM, une stabilité dans le temps, avec une évolution suivant la morphologie de la patiente.²³

- **Autogreffe de tissu adipeux**, qui peut constituer une technique exclusive de RM ou complémentaire.

1. Lambeau musculo-cutanéograsseux autologue de grand dorsal : Technique décrite par Delay⁶

1.1. Concept de la technique

Le concept du lambeau autologue musculo-cutanéograsseux de grand dorsal consiste à prélever le maximum de **réserves grasses** autour du muscle grand dorsal afin d'en augmenter le volume et de ne pas utiliser de prothèse.

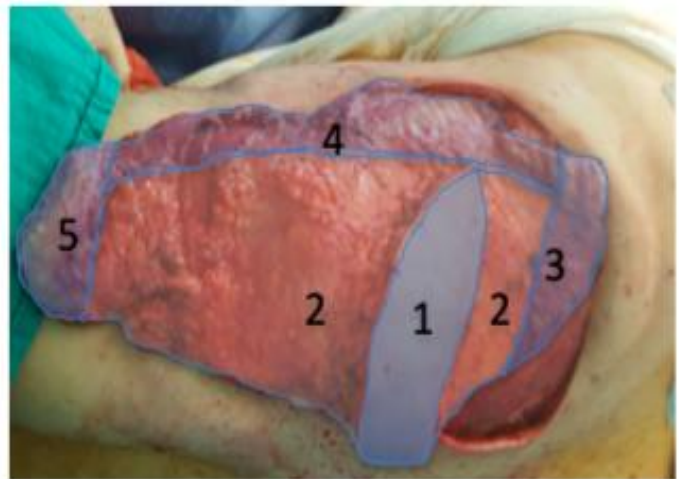
Sur le plan pratique, 6 zones grasses ont été décrites²⁴ **[Figure 11]** :

- **Zone 1** : Zone adipeuse du croissant de la palette cutanée dorsale.

- **Zone 2** : Couche de graisse profonde, comprise entre le muscle et le fascia superficialis.
- **Zone 3** : Lambeau charnière scapulaire qui se poursuit au bord supérieur du muscle grand dorsal.
- **Zone 4** : Lambeau charnière antérieur, en avant du bord externe du muscle.
- **Zone 5** : Stéatomérie sus-iliaque ou « poignée d'amour ».
- **Zone 6** : Tissu adipeux situé à la face profonde du muscle grand dorsal.

La vascularisation de ces 6 zones graisseuses est assurée par l'intermédiaire des perforantes musculaires.

Le prise de volume varie en fonction de l'adiposité des patientes. Cependant, même chez les patientes maigres, le gain demeure non négligeable.



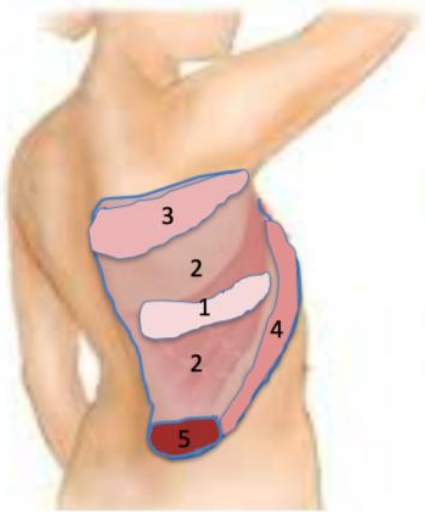


Figure 11: 6 zones graisseuses

1. zone 1. 2. zone 2. 3. zone 3. 4. zone 4. 5. zone 5.
La zone 6 se trouve à la face profonde du muscle.

Concernant l'enveloppe cutanée, une partie de la palette cutanée de grand dorsal était utilisée initialement pour reconstruire la peau du sein, mais l'inconvénient était l'obtention d'un effet de « patchwork » ou qu'on appelle aussi « pièce rapportée ».

Cet effet de « pièce rapportée » peut être contourné grâce à l'utilisation de la peau adjacente qui provient d'un lambeau d'avancement abdominal^{24 25}.

En cas reconstruction immédiate, généralement l'étui cutané est conservé, avec uniquement un rond aréolaire qui est préservé pour reconstruire la PAM.

1.2-Levée du Lambeau

L'installation de la patiente en décubitus latéral [Figures 12]



Figure 12: Photos de la position per-opératoire.

L'incision de la palette cutanée se fait d'un trait jusqu'au fascia superficialis [Figure 13] de telle façon à préserver la vascularisation sous-cutanée.

La dissection se fait en suivant la face profonde du fascia superficialis en essayant de préserver la graisse profonde qui correspond à la zone 2 [Figure 14].

Le décollement supérieur atteint en haut une ligne horizontale qui passe par le creux axillaire. L'ensemble du tissu adipeux compris entre le bord crânial du muscle de grand dorsal, le muscle trapézius et la limite supérieure du décollement représente la zone 3.



Figure 13: Photo montrant l'incision cutanée.

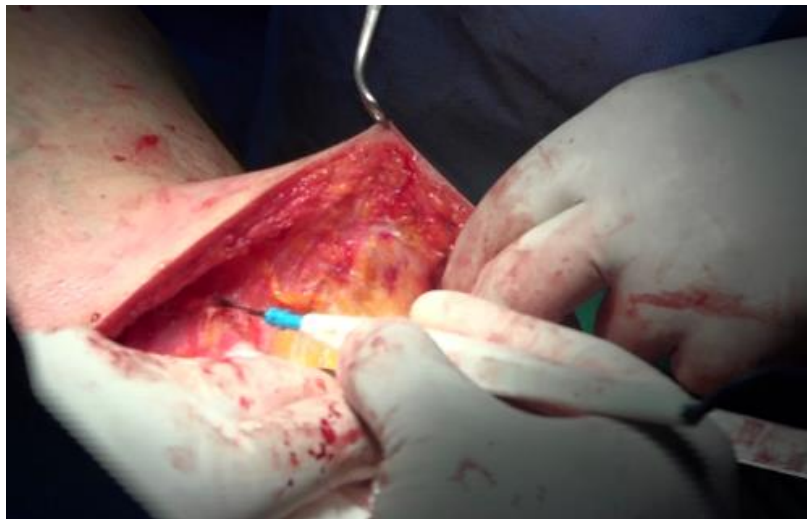


Figure 14: Décollement cutané sous le fascia superficialis.

Le décollement inférieur devrait être plus large que l'aire du muscle grand dorsal pour faciliter sa libération par la suite. La limite inférieure se situe un peu

au-dessus des crêtes iliaques pour prélever la graisse la zone 5 (dite poignées d'amour).

Latéralement, la dissection se fait en avant du bord antérieur du muscle grand dorsal de façon à prélever la zone 4. Le muscle est par la suite séparé en profondeur du muscle grand dentelé et Le décollement sous-musculaire se poursuit en emportant ainsi la zone 6.

Le pédicule est ensuite abordé par l'arrière en libérant le muscle grand rond du muscle grand dorsal. La dissection est poursuivie vers le haut jusqu'à visualiser le pédicule circonflexe scapulaire qui est préservé à la face profonde du muscle grand rond.

La naissance du pédicule du grand dorsal est repérée en remontant le pédicule du grand dentelé jusqu'à sa bifurcation.

1.3-Capitonnage dorsal

L'inconvénient principal du lambeau de grand dorsal était la formation de séromes dans les 15 jours postopératoires.^{9 26}

La technique du capitonnage dorsal a permis de réduire le taux de séromes dorsaux.²⁶ Elle consiste à réaliser des points entre le fascia superficalis et le fascia profond sur toute la surface du décollement.

1.4-Mise en place du lambeau et modelage

La mise en place du lambeau et le modelage diffère entre la RMD et la RMI.

En reconstruction différée :

Le lambeau est modelé en région antérieure [**Figures 15,16 et 17**].

La région de l'aire mammaire est décollée avec un décollement sous-mammaire au contact du fascia profond. On incise puis on fixe le fascia superficialis en deux niveaux à la paroi thoracique.

Le gain cutané est généralement très important, que dans la majorité des cas, le lambeau est totalement enfoui [Figure 16]

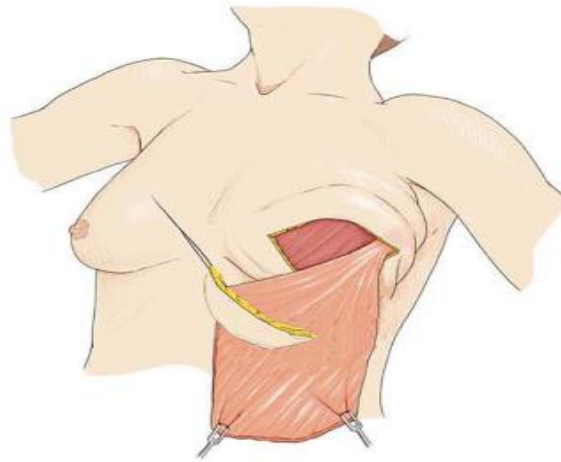


Figure 15: Dessin du lambeau transféré dans la région antérieure.²⁴

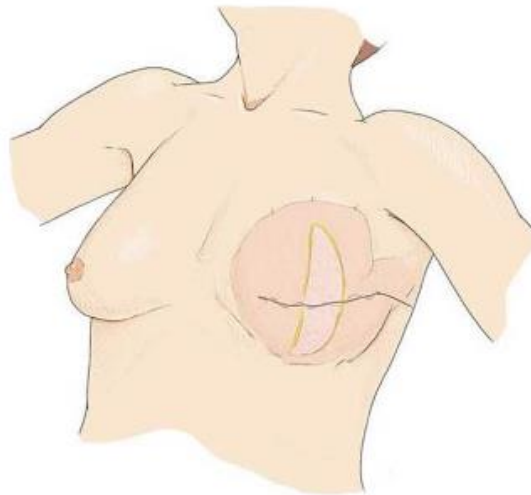


Figure 16: Enfouissement de la palette à travers un lambeau d'avancement abdominal.²⁴



Figure 17: Modelage et fixation du lambeau.

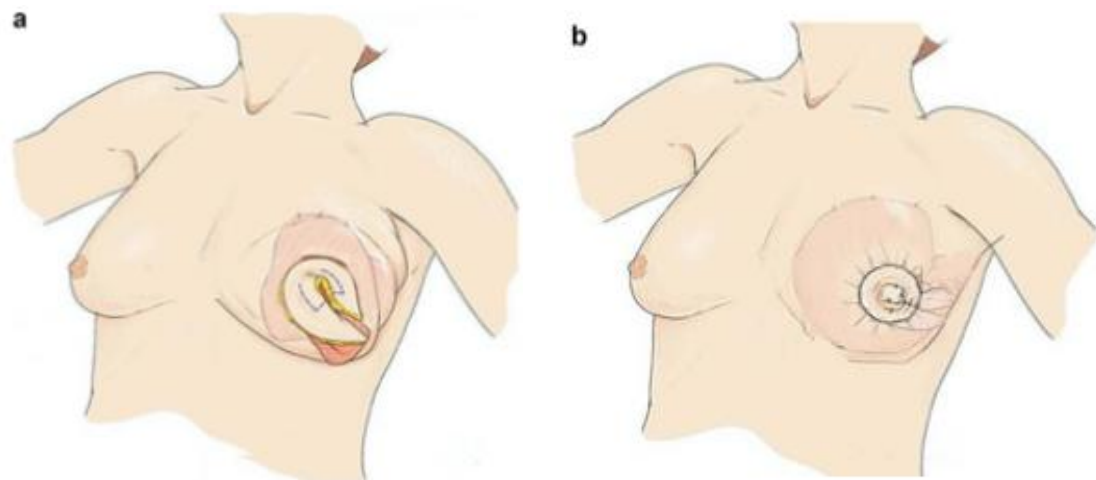


Figure 18: Modelage du lambeau.

a : Modelage du lambeau en forme de U asymétrique ou à palette verticale.

b : Seule la peau qui correspond à la PAM est préservée, le reste de la palette cutanée est dédermée et enfouie.

En reconstruction immédiate

La mastectomie est réalisée selon un tracé conservant de l'étui cutané et juste un bout de la palette est préservé pour reconstruire la PAM [Figure 18 et 19].

Deux lambeaux cutanéograsseux rectangulaires sont adossés permettant la reconstruction mamelonnaire, en utilisant l'oreille en cas de palette en forme de U asymétrique [Figure 18a] ou en réalisant deux petits lambeaux adossés simplement l'un à l'autre en cas de mise en place verticale de la palette [Figure 18b].

Après la réfection du mamelon, seul un rond correspondant à la future aréole est conservé, et le reste de la palette est dédermisé puis enfoui.

Cette reconstruction mamelonnaire favorise la restauration du sein selon le schéma corporel.²⁷

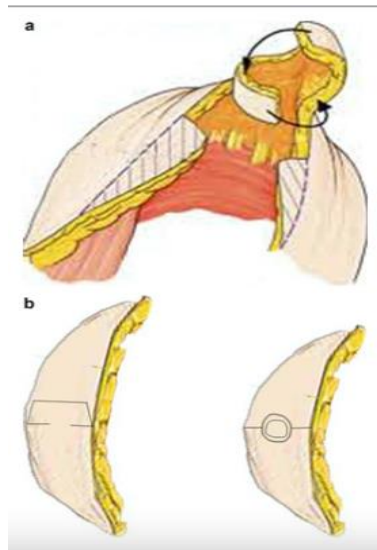


Figure 19: Reconstruction de la PAM.

a : modelage de la palette en forme de U asymétrique et reconstruction du mamelon par deux lambeaux adossés l'un à l'autre.

b : si la palette est positionnée verticalement, la reconstruction par deux lambeaux locaux qui s'affrontent pour former le cône mamelonnaire.

2. Description des autres techniques de RM

Nous tenons à rappeler les autres techniques de RM qui n'ont pas été utilisés dans notre série de patientes et dont l'usage est aussi fréquent tel que le TRAM ou le DIEP, afin d'assurer une comparaison différentielle et informative.

2.1-Le lambeau musculocutané de muscle grand droit de l'abdomen ou TRAM (transverse rectus abdominalis musculocutaneous flap)²⁸

Cette technique a été décrite pour la première fois par Hartrampf en 1982.²⁸ Il permet une reconstruction du sein autologue, évitant ainsi l'utilisation des implants mammaires. Ci-après les différentes étapes chirurgicales de ce lambeau :

Décollements et Tunnelisation

L'intervention débute par une incision abdominale supérieure.

Le décollement se fait jusqu'à l'appendice xyphoïde au milieu et latéralement jusqu'aux dernières côtes.

La création d'un tunnel présternal en évitant d'effondrer la partie interne du futur sillon sous-mammaire.

Le décollement de la palette cutanée du plan aponévrotique est réalisé en premier du côté controlatéral au pédicule.

Dès le franchissement du bord externe du muscle, il est impératif de repérer la localisation des principales perforantes et le décollement s'arrête sur la ligne médiane.

Le décollement de l'hémipalette homolatérale est mené de la même manière, et devrait s'arrêter dès que l'on perçoit les premières perforantes externes

Prélèvement musculaire

Le prélèvement se fait de bas en haut en suivant le trajet du pédicule afin d'économiser le maximum de muscles et d'aponévrose.

Le but est de centrer ce prélèvement musculaire sur le trajet du pédicule [Figure 20].

Déplacement du prélèvement musculaire jusqu'au grill costal avec visualisation du pédicule épigastrique supérieur.

La section latérale du muscle se maintient au-dessus des côtes, se terminant par une section oblique en direction de la ligne médiane afin de permettre la rotation du muscle

[Figure 21].

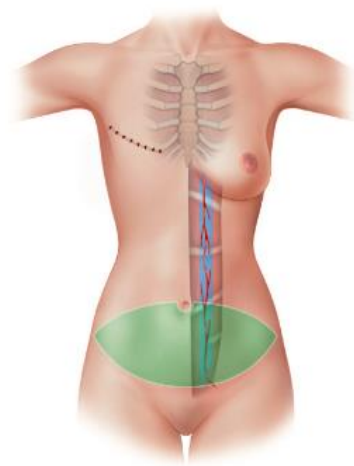


Figure 20: Prélèvement musculaire centré sur le pédicule épigastrique.²⁸

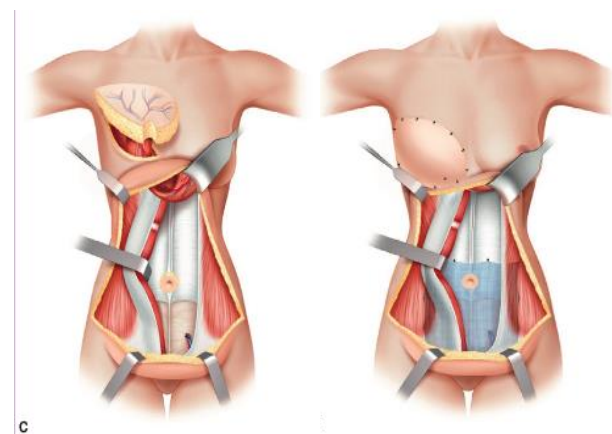
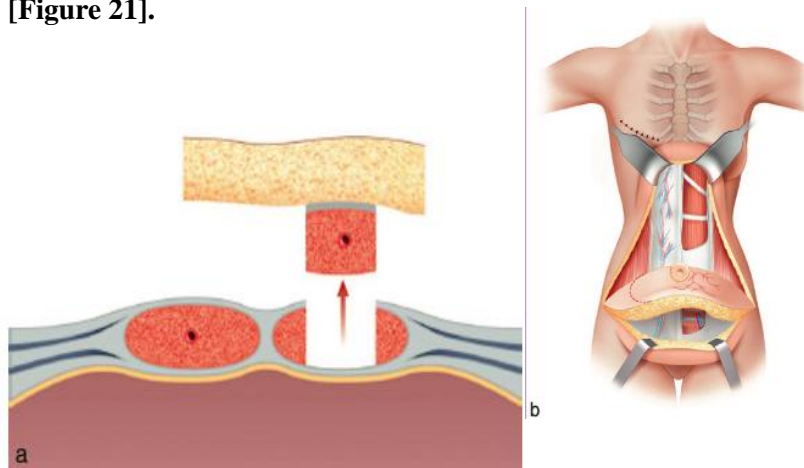


Figure 21: Section latérale du muscle.²⁸

- Coupe transversale de la gaine des droits montrant le prélèvement musculaire partiel.
- Levée du lambeau.
- Transposition.
- Mise en place du lambeau et réparation pariétale.

Recoupe et Modelage du lambeau

La Recoupe du lambeau se fait après appréciation de la vascularisation en ne gardant finalement que les zones de sécurité vasculaire.

Le Modelage est établi en fonction du volume à reconstruire qui dépend de celui du sein controlatéral.

Réparation pariétale

Il s'agit d'un temps opératoire primordial afin d'éviter des séquelles abdominales ultérieures secondaires au prélèvement musculaire.

La Réparation est faite initialement par des points en X de rapprochement puis par deux sujets passés l'un sus et l'autre sous ombilical.

Si les bandelettes n'ont pas été préservées, il est impératif de renforcer la paroi par une plaque de Vicryl®.

2.2-Le lambeau libre DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator)²⁹

Le lambeau DIEP a été rapporté en 1989 par Koshima et Soeda³⁰, initialement utilisé pour combler des pertes de substance au niveau de la face, du thorax ou des membres, puis Allen et al.³¹ ont décrit son utilisation en RM en 1994.

Actuellement, le DIEP s'est rapidement imposé en tant que lambeau de référence en RM autologue.

Préparation du site receveur

Après ouverture de l'aponévrose clavi-pectoro-axillaire, on réalise une

dissection de l'artère et de la veine subscapulaire jusqu'à la bifurcation en pédicule thoracodorsal et pédicule circonflexe scapulaire.

Un clip vasculaire est mis en place sur la partie la plus distale **[Figure 22]**.

Le but est d'avoir un pédicule circonflexe scapulaire le plus long possible, afin de faciliter la réalisation des anastomoses.

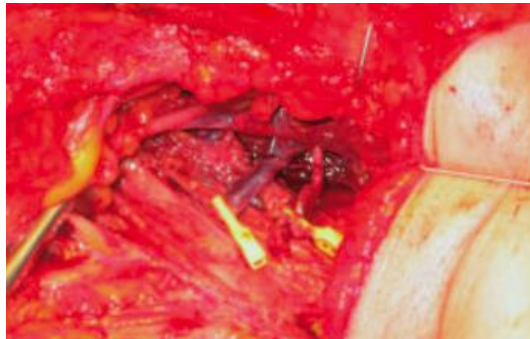


Figure 22: Vaisseaux receveurs préparés. ²⁹

Dissection du lambeau

Incision du lambeau **[Figure 23]**, décollement initial au bistouri électrique puis au ciseau de Ragnel.

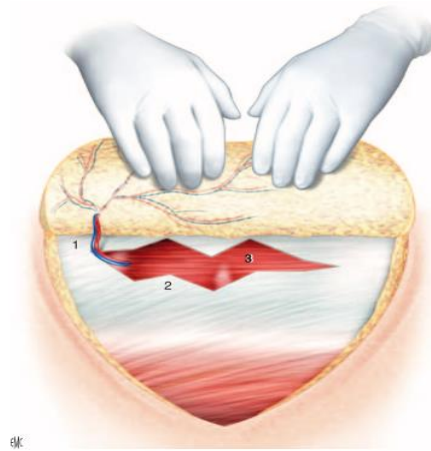
Dissection des perforantes dominantes, les autres sont clipées **[Figure 24]**. L'ouverture aponévrotique est faite de façon très progressive pour ne pas sectionner la perforante lors de l'incision], puis poursuite du trajet de la perforante jusqu'à l'axe épigastrique inférieur profond **[Figure 25]**.

Le muscle grand droit et la perforante doivent être séparés pour ne pas emporter le muscle avec le lambeau, avec isolement des vaisseaux en disséquant le plus loin possible pour avoir un pédicule le plus long possible **[Figure 26]**.

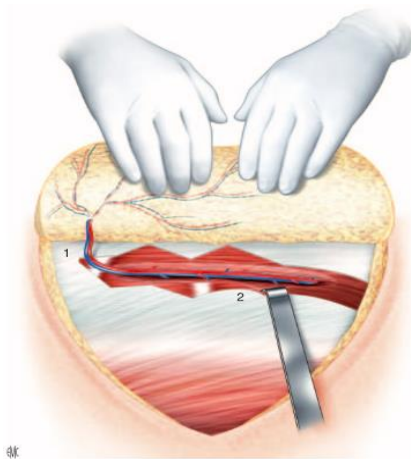
Enfin, section vasculaire et transfert du lambeau sur le sein.



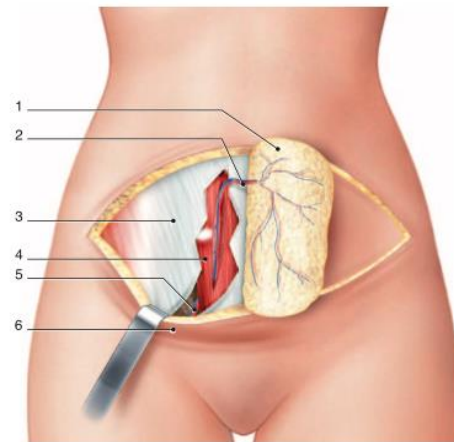
**Figure 23: Incision du lambeau.
Détachement de la pointe.**
1. Aponévrose. 2. perforante repérée au doppler.



**Figure 24: Dissection de la perforante.
Incision aponévrotique.**
1. Perforante. 2. aponévrose incisée. 3. muscle grand droit.



**Figure 25: Dissection transmusculaire de
la perforante jusqu'à l'axe épigastrique
inférieur profond qui est disséqué.**
1. Perforante ; 2. Muscle grand droit.



**Figure 26: Dissection du pédicule
épigastrique inférieur profond jusqu'à
l'arcade crurale.**
1. Lambeau. 2. Perforante.
3. Aponévrose. 4. Muscle grand droit.
5. Axe épigastrique inférieur profond.
6. Arcade crurale.

Anastomoses microchirurgicales et modelage du sein

Anastomose terminoterminal de l'artère épigastrique inférieure profonde avec l'artère circonflexe scapulaire puis anastomose terminoterminal des veines satellites.

En cas d'une reconstruction suite à une mastectomie type Patey, le tiers supérieur du lambeau est désépidermisé, puis Le lambeau est fixé à l'aponévrose du muscle grand pectoral. La berge inférieure du lambeau est suturée au sillon sous-mammaire. Pour la partie supérieure du lambeau, elle est suturée à la berge thoracique supérieure.

En cas d'une reconstruction suite à une mastectomie avec conservation de l'étui cutané, le lambeau est mis sous la peau pour localiser la position de la future aréole. Par la suite, le lambeau est dégagé et désépidermisé autour du dessin de la future PAM.

Cette zone sert également à la surveillance de la vitalité du lambeau en postopératoire.

3. Avantages et Inconvénients des différentes techniques de RM

Au regard des différentes techniques abordées plus haut, nous avons jugé nécessaire de dresser le tableau synthétiques ci-après mettant en relief les avantages et les inconvénients de chacune d'elles **[Tableau 1]**

Tableau 1: Tableau comparatif des avantages et inconvénients des différentes techniques de RM.

Technique de RM		Avantages	Inconvénients
Implants mammaires (IM)		<ul style="list-style-type: none"> • Simplicité technique • Pas de site donneur et moins de cicatrices. • Durée opératoire plus courte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Symétrie difficilement obtenue. • Risque de rupture ou de fuite de l'implant. • Contre-indication (relative) à la radiothérapie adjuvante. • Changement tous les 10 ans voire moins si complications. • Apparence et toucher sont moins naturels avec sensation de prothèse en sous-cutané.
Lambeaux autologues	TRAM	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité • Résultats naturels 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite une expertise en microchirurgie. • Risque de nécrose. • Morbidité abdominale élevée • Sélection très rigoureuse des malades
	DIEP	<ul style="list-style-type: none"> • Préservation du muscle grand droit. • Morbidité abdominale moindre que dans le TRAM. • Pédicule plus long : • Bon positionnement du lambeau. • Anastomoses plus facilement réalisables par rapport au TRAM.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite une expertise en microchirurgie. • Risque de nécrose. • Difficultés de dissection. • Risque de traumatisme des perforantes. • Durée opératoire très longue.²⁹
	LGD classique	<ul style="list-style-type: none"> • Ne nécessite pas de microchirurgie. • Sein reconstruit souple de consistance naturelle. • Bonne vascularisation du lambeau. • Complications peu fréquentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cicatrice dorsale. • Taux élevé de séromes postopératoires.
	LGD musculo-cutanéograsseux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem LGD classique • Zones grasses permettant d'avoir un bon volume sans recours aux implants. • Bon comblement de la région du décolleté. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem LGD classique

B. Délai de reconstruction mammaire :

La RM peut être immédiate (RMI), réalisée en intra-opératoire au moment de la mastectomie carcinologique, ou différée (RMD) dans le temps, alors possible même de façon très décalée dans le temps, par exemple après l'ensemble des séances de radiothérapie lorsqu'elles sont indiquées, ou selon le choix de la patiente.

Pour les carcinomes invasifs, le choix d'une RMI ou RMD est lié en particulier à la décision de traitement adjuvant à la chirurgie, radiothérapie et/ou chimiothérapie.³² En effet, la réalisation de la RM et ses conséquences, notamment les complications au plan de la vascularisation ou de la cicatrisation ne doivent en aucun cas différer la réalisation des traitements adjuvants.^{33 34}

Si aucun traitement adjuvant de la chirurgie n'est nécessaire, une RMI doit être discutée avec la patiente car elle évite un passage supplémentaire au bloc opératoire³⁵

Dans les CCIS, selon les recommandations de l'INCa, une RMI doit être systématiquement proposée à la patiente³⁶

La RMI est indiquée plus largement³⁷ :

- dans les ablations prophylactiques.
- après mastectomie de rattrapage, suite à une tumorectomie initiale avec un envahissement des berges détecté à l'examen anatomopathologique de l'exérèse ou suite à une récurrence locale après tumorectomie.
 - en l'absence d'emblée de traitement adjuvant (et choix de la patiente d'une mastectomie).
 - en cas de CCIS.

Le cancer inflammatoire du sein, tumeur agressive, est une contre-indication formelle (en l'absence de données) à une RMI mais il est rare, représentant 1 à 4 % de tous les cas de cancer du sein.³⁸ La détection d'une atteinte ganglionnaire nécessitant une irradiation locorégionale est aussi un facteur décisionnel.³³ Dans ce cas, la RM ne peut débuter avant au moins un délai de trois mois, à la fin des séances de radiothérapie.

Une RMI par prothèse mammaire est généralement contre-indiquée lorsqu'une radiothérapie postopératoire est programmée car cette dernière augmente très fortement les risques de complications locales, en particulier la formation de coque fibreuse (ou contracture capsulaire) autour du dispositif médical.²¹

Dans tous les cas, la conduite à tenir est prise en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) entre *a minima* chirurgiens pratiquant ablation et reconstitution, oncologues médicaux et radiothérapeutes.

La plastie du sein controlatéral peut être effectuée en plus, en même temps que la reconstruction sur la mastectomie ou dans un second temps avec mastopexie (plastie mammaire pour ptôse) ou mastoplastie (acte de réduction mammaire), en fonction de critères carcinologiques ou chirurgicaux et la volonté de la patiente de la réaliser.



OBJECTIF

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer, la reconstruction mammaire par lambeau autologue du grand dorsal, selon des critères d'**efficacité** (Satisfactions esthétique et psychologique) et de **sécurité** (Complications postopératoires), tels que définis par les recommandations de la HAS.¹⁸

MATERIEL ET METHODES

I. TYPE DE L'ETUDE

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique de toutes les patientes opérées pour cancer du sein ayant eu mastectomie avec une reconstruction mammaire immédiate par lambeau autologue du grand dorsal, par le Professeur Souadka Abdelilah, ancien Chef de Service de Chirurgie Oncologique à l'Institut National d'Oncologie, lors de son activité au secteur libéral entre le 1er Janvier 2006 et le 31 décembre 2016.

Les données ont été recueillies au sein de son Cabinet de Chirurgie Cancérologique Rabat-Salé.

II. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

A. Critères d'inclusion

- Âge > 18 ans
- Cancer du sein confirmé histologiquement.
- Mastectomie totale avec Reconstruction Mammaire Immédiate.
- Technique du lambeau autologue musculo-cutanéograisseux de grand dorsal sans prothèse.

B. Critères d'exclusion

- Patiente ayant eu une mastectomie sans reconstruction mammaire.
- Refus de la patiente après information éclairée.
- Contre-indication à la RMI.

III. CRITERES DE JUGEMENT

A. Critères d'efficacité

- Satisfaction esthétique et psychologique.

B. Critères de sécurité : Complications postopératoire

- Taux de nécrose.
- Taux d'Infection du site opératoire.
- Taux d'hématome.
- Taux de sérome.

IV. COLLECTE DES DONNEES ET METHODES

STATISTIQUES

Les données ont été recueillies au sein du Cabinet de Chirurgie Cancérologique Rabat-Salé du Pr Souadka Abdelilah.

Nous avons collecté les données suivantes :

- Âge.
- Indice de masse corporelle.
- Type histologique du cancer du sein.
- Siège de la reconstruction (Sein droit / Sein gauche).
- Taux de conservation de l'étui cutanée.
- Taux de conservation de la PAM.
- Traitements adjuvants : Types et délais
 - Radiothérapie.
 - Chimiothérapie.
 - Hormonothérapie.
- Taux de complications postopératoires :
 - Nécrose du lambeau.

- Infection du site opératoire.
- Hématome.
- Sérome.
- La Satisfaction des patientes a été évaluée en postopératoire, en posant les questions suivantes :
 - 1) Concernant les résultats de votre intervention chirurgicale, êtes-vous :
 - Très satisfaite
 - Moyennement satisfaite.
 - Insatisfaite
 - 2) En cas d'insatisfaction, quelles sont les causes ?

Notre étude statistique aussi bien descriptive qu'analytique ci-après a été réalisée à l'aide du logiciel IBM® SPSS® Statistics version 25.



RESULTATS

I. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Entre 2006 et 2016, **1413** patientes ont été opérées pour cancer du sein par le Professeur Souadka Abdelilah, ancien Chef de Service de Chirurgie Oncologique à l'Institut National d'Oncologie lors de son activité au secteur libéral.

567 des 1413 patientes traitées, ont eu une mastectomie ce qui représente 40%. Parmi elles, **45** patientes ont eu une reconstruction mammaire immédiate par lambeau autologue musculo-cutané-graisseux du grand dorsal.

Tous les dossiers médicaux étant disponibles et complets, aucune patiente n'a été exclue.

A. Âge

L'âge médian des patientes était 46 ± 5 .

B. BMI

Le BMI moyen était de 27 ± 4 .

C. Sièges de la mastectomie et RMI

28 patientes (62%) ont eu reconstruction immédiate au niveau du sein droit par rapport à 17 patientes (38%) au niveau du sein gauche [**Figure 27**].

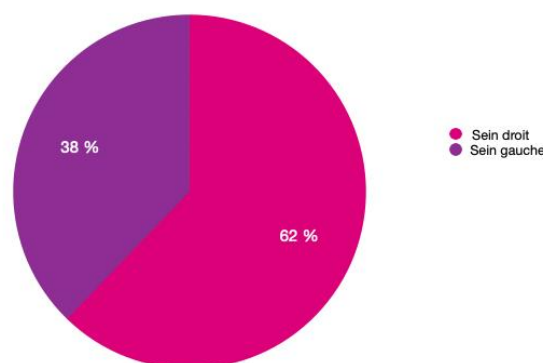


Figure 27: Sièges de la mastectomie et RMI (sein droit vs sein gauche).

D. Ratio RM / Mastectomie

Le Ratio moyen du nombre de reconstruction mammaire par rapport au nombre de mastectomies dans notre étude était de **7.93 %** entre 2006 et 2016.

Nous avons constaté que le taux de mastectomie a connu une nette augmentation à partir de l'année 2013.

La figure ci-après [Figure 28] montre l'évolution de la reconstruction mammaire après mastectomie au cours de la période de notre étude.

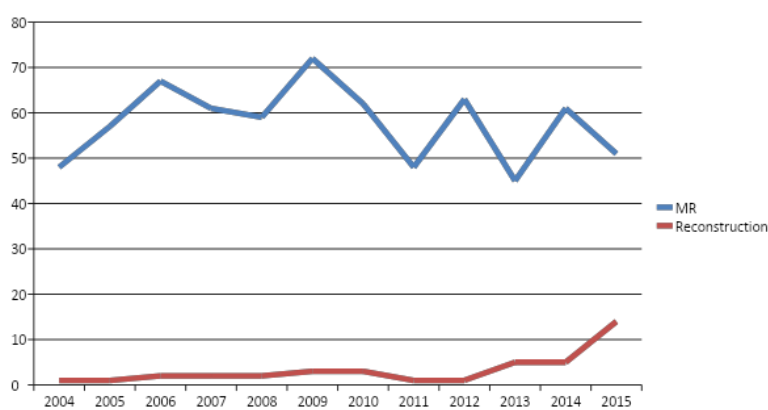


Figure 28: Évolution du rapport RM / Mastectomie.

E. Taux de conservation de l'étui cutané et la PAM

L'étui cutané a été conservé chez toutes les patientes.

Par ailleurs, la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) n'a été conservée que chez 7 patientes (15%), et a été reconstruite chez 5 patientes (11 %) [Figure 29].

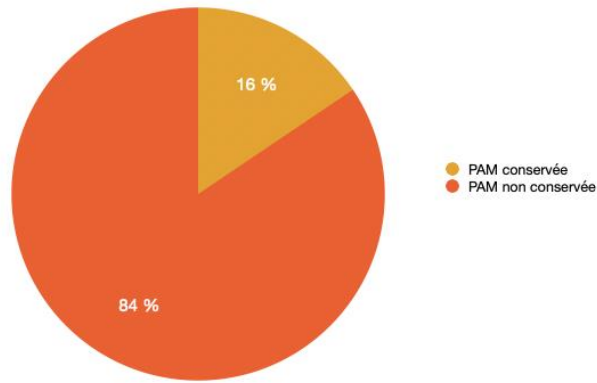


Figure 29: Taux de conservations de la PAM dans notre série.

II. COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES

Les complications postopératoires constituent l'un de nos critères de jugement principaux, **il n'a été observé aucune nécrose cutanée soit 0% de la population.** En ce qui concerne les autres complications : 2 patientes ont eu un hématome (5 %) dont aucune n'a nécessité une reprise chirurgicale (0%). 31 patientes ont présenté des séromes (soit 70%), gérés par des ponctions sans aucun reprise chirurgicale. 1 patiente a subi une infection au niveau du site opératoire (2.2 %), et ce également sans reprise chirurgicale [**Figure 30**].

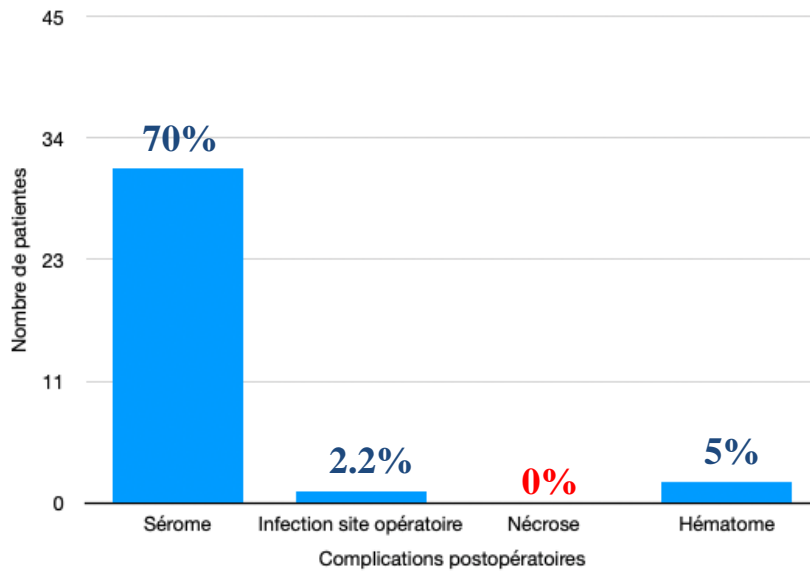


Figure 30: Taux de complications postopératoires.

III. RESULTATS CARCINOLOGIQUES

A. Type histologique du cancer de sein

La majorité de nos patientes soit 70% avaient un carcinome canalaire infiltrant (CCI), 28% des patientes avaient un carcinome in situ (CIS), 2% avaient un carcinome lobulaire infiltrant (CLI) et 2% avaient un Sarcome [Figure 31].

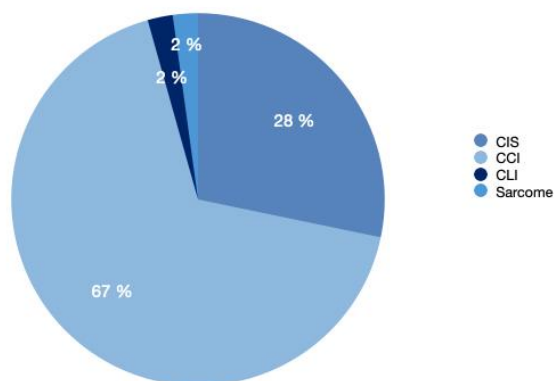


Figure 31: Taux des différents types histologiques de cancer du sein.

B. Traitements adjuvants.

Parmi nos 45 patientes, **16 (soit 32%) ont reçu une radiothérapie adjuvante**, 23 (soit 48%) ont reçu une chimiothérapie adjuvante, 3 patientes (soit 6%) ont reçu une chimiothérapie néoadjuvante et 29 (soit 60%) reçoivent une hormonothérapie adjuvante [**Tableau 2**].

Il est important de relever que toutes les patientes ont suivi dans les délais requis leur traitement adjuvant notamment en ce qui concerne la radiothérapie.

Tableau 2: Traitements adjuvants et néoadjuvants.

Caractéristiques	All (n = 45)
Radiothérapie adjuvante	16 (32 %)
Hormonothérapie adjuvante	29 (60 %)
Chimiothérapie (CT)	
Pas de CT	13 (25 %)
CT néoadjuvante	3 (6 %)
CT adjuvante	23 (48 %)

IV. RESULTATS ESTHETIQUES

A. Satisfaction des patientes

Concernant la satisfaction sur le plan esthétique et psychologique, parmi nos 45 patientes, 40 (90%) étaient satisfaites, 5 (10%) étaient moyennement satisfaites et aucune de nos patientes n'a été insatisfaite [**Figure 32**].

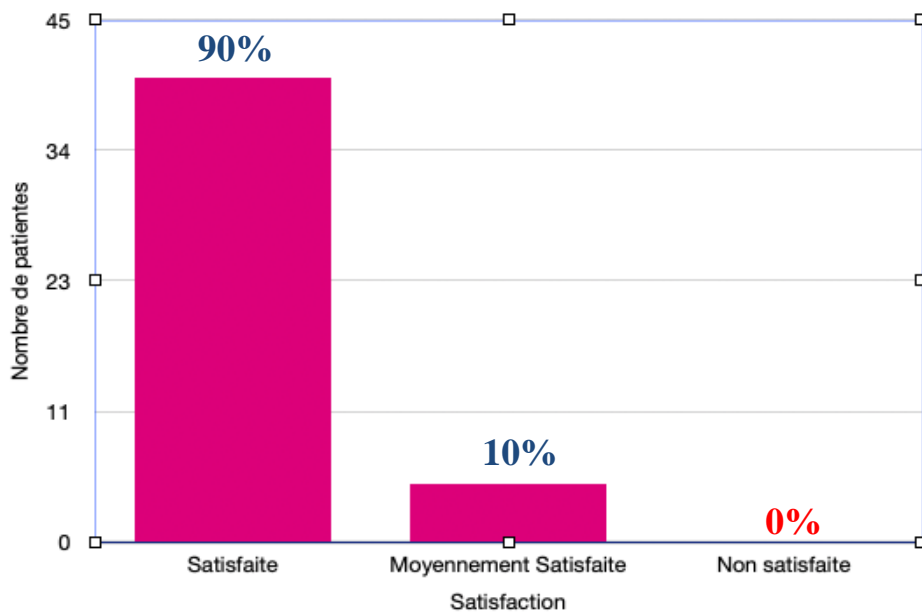


Figure 32: Taux de Satisfaction des patientes.

B. Évaluation esthétique par l'équipe chirurgicale.

L'évaluation esthétique par l'équipe chirurgicale a été faite sur la base des photos postopératoires. Les résultats esthétiques étaient satisfaisants chez toutes les patientes.

Ci-après quelques photos prises en postopératoire à des intervalles de temps différents :



Figure 33: Résultat peropératoire.



Figure 34: Photo prise après 6 mois du postopératoire.

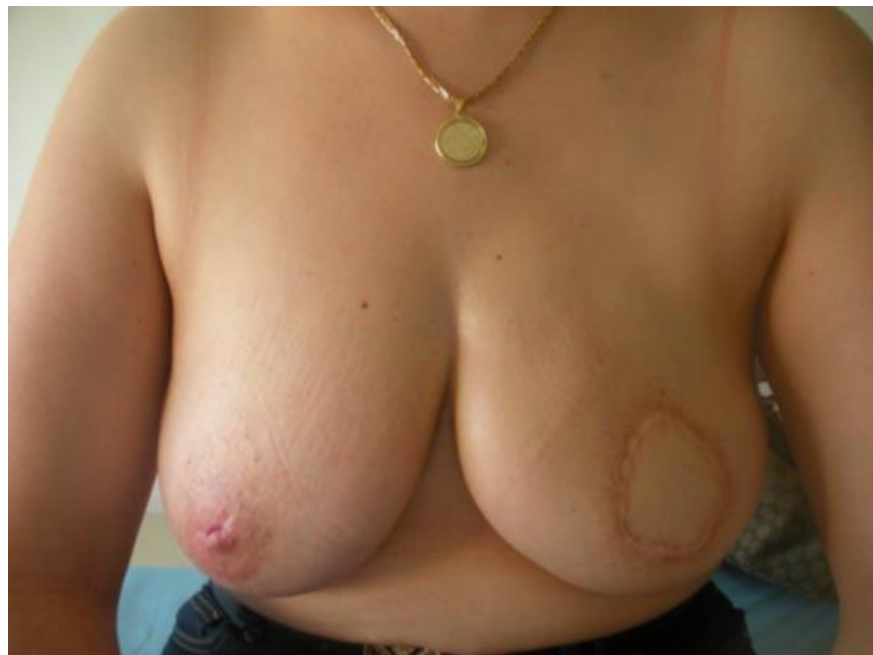


Figure 35: Photo prise après 3 ans du postopératoire.



Figure 36: Photo prise après 4 ans du postopératoire.



Figure 37: Résultat à 10 ans du postopératoire



Figure 38: Photo prise après 12 ans du postopératoire.



Figure 39: Résultat postopératoire à long terme.



DISCUSSION

I. DISCUSSION DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA LITTERATURE

Notre discussion a pour objet de confronter nos résultats à ceux de la littérature, en ce qui concerne l'âge des patientes, le taux de RM par rapport aux mastectomies, le délai de reconstruction et l'impact de la radiothérapie sur ce dernier, le taux de complications postopératoire notamment celui de la nécrose (Critère de sécurité), ainsi que le taux de satisfaction esthétique et psychologique des patientes (Critère d'efficacité).

A. Âge

L'âge a toujours été considéré parmi les facteurs principaux influençant le désir de reconstruction mammaire.

Dans notre série, l'âge médian de nos patientes au moment de la chirurgie était de 46 ans.

Mak JC³⁹ a publié une étude en 2020, colligeant 243 patientes qui ont bénéficié d'une RMI, qui avaient un âge médian de 45 ans. Une autre étude faite par O'Halloran N⁴⁰ publiée en 2017, a rapporté un âge médian de 49 ans.

Ceci pourrait éventuellement être expliqué par le fait que les patientes les plus jeunes sont celles qui expriment le plus le besoin d'une reconstruction mammaire. Dans le même sillage, une étude réalisée à l'Institut Curie en 2013 par Héquet et al. a rapporté que 23% des patientes refusent la RM du fait d'un âge qu'elles estiment trop avancé.⁴¹

Par ailleurs, une autre étude a été menée au sein de l'Institut Bergonié⁴² centre de lutte contre le cancer de Bordeaux, colligeant 269 patientes ayant un âge supérieur ou égal à 70 ans, dont 59 ont bénéficié d'une RM avec un taux de

satisfaction de 87.5 %, cette étude a démontré que malgré l'âge avancé (> 70 ans), de nombreuses patientes expriment une volonté de RM.

Vu ce qui précède et compte tenu du retentissement inéluctable de la mastectomie sur le plan psychologique. Il nous semble raisonnable de proposer la reconstruction mammaire à toutes les patientes en dépit de l'âge.

B. Ratio RM/Mastectomie

Le taux de reconstruction mammaire varie d'une structure à une autre, d'un pays à un autre et dépend de plusieurs facteurs dont notamment la disponibilité d'une expertise chirurgicale et d'un plateau technique idoine, l'accès à l'information, le désir ou non de reconstruction et parfois certaines croyances d'ordre culturels qui stipulent que la RM serait néfaste au traitement du cancer et constituerait un facteur de risque de récurrence locale.

Aux USA, la proportion de femmes bénéficiant d'une reconstruction mammaire a connu une nette augmentation au cours de ces dernières décennies, avec un taux qui est passé de 8% en 1995 à 41% en 2013 selon la base de données National Cancer Database (NCDB)^{43 44}.

En France, le taux de RM tout âge confondu est de 22,9%.⁴¹

Au Canada, les taux de reconstruction mammaire restent relativement faibles, allant de 2,7 à 18,5 %.⁴⁵

Dans notre série, le ratio de reconstruction mammaire par rapport aux mastectomies était de **7.93 %**. Ce taux demeure très élevé par rapport aux séries des pays arabes

Cette variation géographique pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs cités plus haut, principalement le manque de disponibilité d'une expertise chirurgicale notamment en chirurgie plastique et esthétique dans certains pays et

régions.

Dans ce contexte, l'étude menée au sein de l'Institut Bergonié⁴² suscitée, a montré que **43,8% des patientes qui n'ont pas eu de RM n'avaient pas reçu de proposition de leur chirurgien**, 38,8% ont émis un refus, avec pour principales causes le sentiment d'âge dépassé, la lassitude médicale, la peur de l'intervention et l'absence de besoin et 25,87% des patientes non reconstruites exprimaient un regret.

Une autre étude publiée en 2017, réalisée en Iran par Sinaei⁴⁶, a relevé que **37,8% des patientes n'étaient pas au courant de la possibilité d'une reconstruction mammaire**, 31% étaient réticentes pour une nouvelle opération et 29 % pour des raisons financières.

Nous retenons ainsi que dans la plupart des études, les patientes ignoraient qu'une RM était possible, ce qui pourrait effectivement être expliqué par le manque d'une expertise chirurgicale alliant plasticiens chirurgiens cancérologues, pourtant cette situation pourrait être contre carré tout simplement par la généralisation de la RM par lambeau de grand dorsal, technique chirurgicale fiable, sécurisante et aisément reproductible par des chirurgiens généraux ou chirurgiens oncologues.

C. Délai de reconstruction et radiothérapie adjuvante.

Le moment de la reconstruction mammaire a toujours été controversé principalement lors de l'indication d'une radiothérapie adjuvante.

Des études récentes ont démontré que les patientes bénéficiant d'une reconstruction immédiate avaient une meilleure qualité de vie que celles ayant eu une reconstruction différée^{47 4} avec une nette amélioration de la perception de l'image corporelle et du bien-être psychologique.^{48 49}

Par ailleurs, il a été souvent conseillé de différer la reconstruction en cas de radiothérapie adjuvante qui pourrait d'une part compromettre les résultats esthétiques et d'autre part augmenter le taux de complications notamment en cas de prothèse mammaire.^{50 51}

Cependant, il faut savoir que jusqu'à ce jour, il n'existe pas de consensus sur la façon d'intégrer de manière optimale la RMI et la radiothérapie, et que le choix du type de reconstruction doit se faire selon le désir de la patiente et en fonction des préférences institutionnelles, du moment que G. Berthet⁵² a démontré, dans une étude qu'il a publié en 2018, que la RMI par lambeau autologue du grand dorsal sans prothèse a une excellente tolérance à la radiothérapie adjuvante, et que cette dernière n'a aucun impact sur la satisfaction esthétique des patientes.

Par ailleurs, une autre étude publiée en 2019, menée à l'institut de cancérologie Gustave-Roussy de Paris, a précisé que la radiothérapie chez les patientes bénéficiant d'une RMI par prothèse (RMIP) n'augmente pas le risque d'échec de reconstruction et de mauvais résultats esthétiques comparativement aux patientes non irradiées.⁵³

Dans notre série, toutes les patientes ont bénéficié d'une reconstruction immédiate, dont 16 ont eu une radiothérapie adjuvante sans que cela n'affecte les résultats esthétiques.

En effet, nous estimons que la RMI présente plusieurs avantages, principalement une restauration mammaire en immédiat évitant ainsi la difformité du sein et son retentissement psychologique inéluctable. Une RMI permet également d'éviter un deuxième geste chirurgical avec toutes ses complications possibles.

Il est donc indiqué de proposer, une reconstruction immédiate notamment par lambeau autologue du grand dorsal, en absence de contre-indications (citées plus haut), pour toutes les patientes qui devront bénéficier d'une mastectomie, si elles le souhaitent, même dans le cas où une radiothérapie adjuvante est envisagée, ce qui leur permettrait d'éviter une reconstruction secondaire, plus impactante sur le plan psychologique.

D. Complications postopératoires

La reconstruction mammaire ayant pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patientes, elle ne devrait pas être source d'inconfort supplémentaire à la mastectomie et aux traitements adjuvants, ni source de séquelles invalidantes sur une autre partie du corps "Primum non nocere".⁵⁴

Dans cette optique, la RM devrait être réalisée dans le cadre d'une sélection rigoureuse des patientes avec des indications idoines.

Cependant, en dépit de cette sélection, des complications peuvent survenir et doivent être prises en charge de manière active afin de ne pas compromettre les résultats esthétiques et le bien-être psychologique.

Dans notre série, il n'a été relevé aucun cas de nécrose chez nos patientes. Quant aux autres complications, nous avons objectivé la présence de séromes dans 70 % des cas (31 patientes), d'hématome dans 5% des cas (2 patientes) et d'infection du site opératoire dans 2.2 % des cas (1 patiente).

Une étude française récente a été réalisée par Perez S encadré par le Docteur Emmanuel Delay⁵⁵, l'un des chirurgiens qui ont marqué l'histoire de la reconstruction mammaire. Cette étude a relevé 0% de nécrose, 12 % de séromes, 2% d'hématomes et 2 % d'infection du site opératoire, ce qui rejoint nos résultats.

Vu ce qui précède, Il est à retenir que la fiabilité vasculaire et la sécurité du

lambeau de grand dorsal, en font une technique de prédilection utilisable dans l'immense majorité des reconstructions mammaires.

En effet, cette technique pourrait ainsi remplacer des techniques plus complexes notamment microchirurgicales comme le DIEP et le TRAM, qui d'une part nécessitent la présence d'un chirurgien plasticien, et d'autre part des techniques d'anastomoses complexes avec une durée opératoire plus longue, aux suites parfois difficiles et compliquées.

Dans le même sillage, une étude réalisée par Pluvy⁵⁶, a rapporté un taux de nécrose supérieur dans les lambeaux DIEP et TRAM par rapport au lambeau de grand dorsal.

E. Satisfaction

Le but principal de la reconstruction mammaire est de restaurer une image corporelle naturelle, avec un résultat esthétique et psychologique satisfaisant, permettant ainsi d'améliorer la qualité de vie des patientes.

La qualité de cette reconstruction est en grande partie liée à la satisfaction des patientes et, à un moindre degré, à celle des chirurgiens.

En effet, une étude récente publiée en 2018 par Eugene Koh⁵⁷ qui a objectivé une meilleure qualité de vie chez les patientes qui ont bénéficié d'une RM par LGD par rapport aux patientes qui n'ont pas eu de RM.

Dans notre série, 90% (40 patientes) de nos patientes étaient satisfaites, 10% (5 patientes) étaient moyennement satisfaites et aucune de nos patientes n'a été insatisfaite.

L'étude suscitée, réalisée par Perez S encadré par le Docteur Emmanuel Delay⁵⁵, colligeant 141 patientes qui ont bénéficié d'une RMI par LGD, a trouvé que 87,3% des patientes jugeaient le résultat de très bonne qualité, 10,7% de

bonne qualité et 2% de qualité moyenne alors qu'aucun résultat n'était jugé insuffisant.

Par ailleurs, une méta-analyse publiée en 2019 par Toyserkani NM⁵⁸, a démontré que les patientes ayant une reconstruction mammaire autologue sont plus satisfaites sur le plan esthétique avec un meilleur bien-être psychologique et sexuel que les patientes ayant eu une reconstruction par prothèse.

Ainsi, ces résultats ne font qu'appuyer la fiabilité et surtout l'efficacité de la technique que nous avons adoptée.

II. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES

A. Points forts

La force de notre étude est l'harmonie dans la prise en charge péri-opératoire des patientes, vu que toutes nos patientes ont été opérées par un même Chirurgien, au sein du même centre avec une prise en charge standardisée et homogène, ce qui nous a permis d'éviter les biais d'intervention liés à des pratiques différentes et un suivi différent.

Le deuxième point fort de notre étude est l'effectif des patientes, qui demeure élevé par rapport aux séries rapportées dans la littérature notamment les séries maghrébines et arabes.

Il est à noter aussi, que notre méthodologie est rigoureuse, et que nos données sont complètes avec l'avantage d'avoir des photos et des vidéos constamment disponibles, permettant une évaluation technique et esthétique objective.

Il est à consigner également, que toutes nos patientes ont été opérées dans le secteur libéral, faisant partie d'un niveau socio-économique élevé, dont les

femmes sont généralement exigeantes sur le plan esthétique, et pourtant nous avons obtenu un niveau de satisfaction de 90% qui demeure supérieur aux données de la littérature.

B. Limites

Les limites de l'étude s'inscrivent principalement dans le caractère rétrospectif, cependant la présence de vidéos chirurgicales et les photos pré et postopératoires ont permis de nous renseigner de manière objective sur plusieurs paramètres notamment les résultats esthétiques qui constituent l'un de nos critères de jugement essentiels.

Une autre limite de l'étude réside dans l'absence d'évaluation de la satisfaction sur la base d'un questionnaire validé sur le plan international tel que le BREAST-QTM⁵⁹, permettant d'avoir des résultats comparables et reproductibles. Toutefois la majorité des études notamment se fient plus aux questions directes posées aux patientes sans avoir recours aux questionnaires de qualité de vie, et ce même dans les centres experts. À titre d'exemple, l'étude publiée en 2019, menée à l'institut de cancérologie Gustave-Roussy de Paris.⁵³

Le fait qu'un seul chirurgien expert ait opéré toutes les patientes est en effet un point fort de l'étude, mais constitue en même temps une limite, dans le sens où cela ne nous permet pas d'avoir une idée sur la reproductibilité et la généralisation de cette technique malgré sa simplicité de sa reproductibilité.

III. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

La reconstruction mammaire immédiate par lambeau autologue musculo-cutané-graisseux de grand dorsal semble être l'une des perspectives d'avenir dans le domaine de la reconstruction mammaire particulièrement dans notre

contexte marocain, où la disponibilité de plateaux techniques et de chirurgiens plasticiens font défaut sur toute l'étendue du territoire national.

La sécurité, la fiabilité et la reproductibilité de cette technique par des chirurgiens généraux ou chirurgiens oncologues, sont les garants d'une éventuelle généralisation de celle-ci à moindre coût accessible, sans danger, à toutes les catégories sociales.

À l'avenir, ce lambeau pourrait éventuellement remplacer d'autres techniques plus complexes notamment microchirurgicales comme le DIEP ou le TRAM qui resteront des techniques de sauvetage aux indications limitées et réservés aux centres experts.

CONCLUSION

La Reconstruction mammaire immédiate par lambeau musculo-cutanéograisieux de grand dorsal, demeure une technique probante, sûre et facilement reproductible particulièrement dans notre contexte, étant donnée l'absence de nécrose au niveau de notre série importante, ce qui nous permet de la recommander pour toutes les patientes subissant une mastectomie, sans risque de complications majeures d'une part et sans que cela n'affecte la prise en charge oncologique d'autre part.

L'efficacité de cette technique est largement prouvée, puisque plus de 90% de nos patientes étaient très satisfaites tandis que les 10 % restantes étaient moyennement satisfaites, et ce en précisant que le taux d'insatisfaction était nul.

Nos résultats rejoignent harmonieusement ceux de la littérature, et sont en conformité avec les recommandations de la HAS en matière de sécurité et d'efficacité.

La RMI par lambeau autologue musculo-cutanéograisieux de grand dorsal pourrait éventuellement remplacer d'autres techniques plus complexes notamment microchirurgicales comme le DIEP ou le TRAM dont les indications sont limitées et qui nécessite aussi bien une expertise en chirurgie plastique qu'un plateau technique idoine.



RESUMES

Résumé

Titre : Reconstruction mammaire immédiate par lambeau autologue de grand dorsal après une mastectomie

Auteur : ECHIGUER Sabrillah

Directeur : SOUADKA Amine

Mots-clés : Cancer du Sein, Reconstruction mammaire, Lambeau de grand dorsal.

Type d'étude : Étude rétrospective

Le cancer du sein est le premier cancer chez la femme. Malgré les avancées thérapeutiques, la mastectomie garde sa place et pourrait avoir des conséquences esthétiques et psychologiques dramatiques.

Plusieurs techniques de reconstruction mammaire ont été décrites depuis plus d'un siècle dont la technique de reconstruction par lambeau autologue de grand dorsal.

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique de la première série marocaine importante colligeant 45 patientes avec comme objectif principal d'évaluer la reconstruction mammaire immédiate par lambeau autologue de grand dorsal en matière d'efficacité et de sécurité.

Nos critères de jugement principaux étaient d'une part le taux de complications postopératoires principalement le taux de nécrose (critère de sécurité), et d'autre part le taux de satisfaction esthétique et psychologique (critère d'efficacité).

Parmi les 45 patientes de notre série, nous n'avons relevé aucun cas de nécrose (0%) en postopératoire, avec un faible taux d'infection du site opératoire (2.2%), d'hématome (5%) et un taux de séromes semblable aux données de la littérature. Par ailleurs, nous avons constaté un taux élevé de satisfaction esthétique et psychologique (>90%).

Nos résultats rejoignent les données de la littérature, et permettent de conclure que la technique de reconstruction mammaire immédiate par lambeau autologue de grand dorsal est une technique sûre et efficace et pourrait éventuellement remplacer d'autres techniques plus complexes notamment micro-

quirurgicales.

Abstract

Title : Immediate breast reconstruction by autologous large flap back after mastectomy.

Author : ECHIGUER Sabrillah

Director : SOUADKA Amine

Keywords : Breast cancer, Breast reconstruction, Latissimus dorsi flap.

Type of study : Retrospective study

Breast cancer is the first cancer among women. Despite the therapeutic advances, mastectomy keeps it place and can have dramatic aesthetic and psychological consequences .

Several breast reconstruction techniques have been described over the years . The autologous latissimus dorsi flap reconstruction technique is one of them.

We carried out a single-center retrospective study of the first series in Morocco, bringing together 45 patients with the main objective of evaluating efficiency of the immediate breast reconstruction using an autologous latissimus dorsi flap.

Our main outcome measures were, on one hand, the rate of postoperative complications, especially the necrosis rate (safety criterion), and on the other hand, the aesthetic and psychological satisfaction rate (efficiency criterion).

Among the 45 patients of our serie we found : no cases of postoperative necrosis (0%) , a low surgical site infection rate (2.2%), a hematoma rate around 5% and a seroma rate similar to the literature data. Also, we have observed a high level of aesthetic and psychological satisfaction (> 90%).

So, Our results join the literature data and allow us to say that the immediate breast reconstruction technique using autologous latissimus dorsi flap is a safe and effective technique that can even replace other complex ones, especially the micro-surgical ones.

ملخص

العنوان: ترميم فوري للثدي بعد استئصاله باستخدام قطعة من الظهر العريض

المؤلف: صبر الله الشيكو

الأستاذ المشرف: صوادة أمين

الكلمات المفتاحية: سرطان الثدي، ترميم الثدي، قطعة الظهر العريض

نوع الدراسة: دراسة بأثر رجعي

سرطان الثدي هو أول سرطان يصيب النساء. وعلى الرغم من التطورات العلاجية، إلا أن استئصال الثدي يحتفظ بمكانته وغالبا ما تكون لها عواقب وخيمة على المستوى التجميلي والنفسي

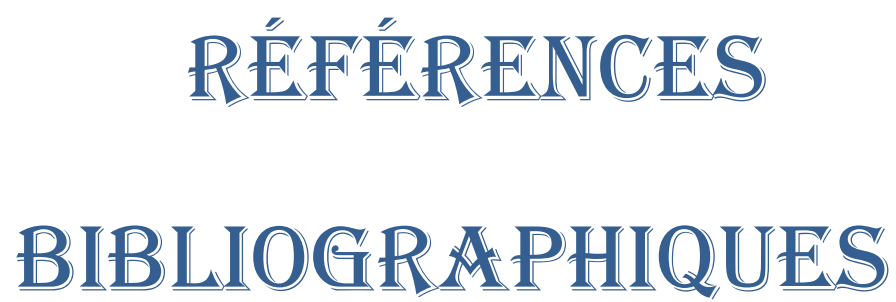
تم وصف العديد من تقنيات إعادة بناء الثدي لأكثر من قرن، بما في ذلك تقنية إعادة البناء باستعمال قطعة من الظهر العريض

وفي هذا الإطار، أجرينا دراسة بأثر رجعي في مركز واحد لأول سلسلة مغربية كبيرة تضم 45 مريضةً وذلك بهدف تقييم فعالية وامانة إعادة بناء الثدي فوراً عن طريق قطعة من الظهر العريض

كانت مقاييس النتائج الرئيسية لدينا هي معدل مضاعفات ما بعد الجراحة، وخاصةً النخر الذي اعتبرناه كمييار امان ومعدل الرضا على المستوى الجمالي والنفسي والذي اعتبرناه كمييار للفعالية

في سلسلتنا هذه و من بين 45 مريضةً، لم يتم العثور على أية حالة نخر ما بعد الجراحة (0%)، مع معدل منخفض لالتهاب موقع العملية (2.2%)، و معدل للورم الدموي يناهز 5% و معدل أورام المصلية مماثل لبيانات المؤلفات. بالإضافة إلى ذلك، لاحظنا ارتفاع معدل الرضا الجمالي والنفسي إلى أكثر من 90 %

وبهذا فإن نتائجنا تتماشى مع البيانات الواردة في الأدبيات، وتسمح لنا ان نوكد أن تقنية إعادة بناء الثدي الفورية باستخدام قطعة من الظهر العريض ذاتي المنشأ هي تقنية آمنة وفعالة ويمكن أن تحل محل التقنيات الأخرى الأكثر تعقيداً، لا سيما الجراحة الدقيقة



RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization: WHO. Cancer du sein. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> (2021).
2. Ferlay, J. et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer* vol. 144 1941–1953 (2019).
3. Sherman, K. A., Woon, S., French, J. & Elder, E. Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psychooncology* 26, 337–345 (2017).
4. Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L. & Blamey, R. W. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer* vol. 36 1938–1943 (2000).
5. Serletti, J. M., Fosnot, J., Nelson, J. A., Disa, J. J. & Bucky, L. P. Breast Reconstruction after Breast Cancer. *Plastic and Reconstructive Surgery* vol. 127 124e–135e (2011).
6. Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal autologue. *Ann. Chir. Plast.* 63, 422–436 (2018).
7. Olivari, N. The latissimus flap. *Br. J. Plast. Surg.* 29, 126–128 (1976).
8. Bostwick, J., 3rd, Nahai, F., Wallace, J. G. & Vasconez, L. O. Sixty latissimus dorsi flaps. *Plast. Reconstr. Surg.* 63, 31–41 (1979).
9. Hokin, J. A. B. Mastectomy Reconstruction without a Prosthetic Implant. *Plastic and Reconstructive Surgery* vol. 72 810–816 (1983).
10. McCraw, J. B., Papp, C., Edwards, A. & McMellin, A. The Autogenous Latissimus Breast Reconstruction. *Clinics in Plastic Surgery* vol. 21 279–288 (1994).
11. Webster, D. Clinical applications for muscle and musculocutaneous flaps.

- S. J. Mathes and F. Nahai. 285 × 215 mm. Pp. 733 xvi with 1052 illustrations. 1982. London: Year Book. £102.00. *British Journal of Surgery* vol. 70 451–452 (2005).
12. Mojallal, A. et al. Le lambeau de grand dorsal avec conservation du muscle. Étude anatomique et indications en reconstruction mammaire. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* vol. 55 87–96 (2010).
13. Website. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancers-du-sein-Du-diagnostic-au-suivi>.
14. Fisher, B. et al. Twenty-Five-Year Follow-up of a Randomized Trial Comparing Radical Mastectomy, Total Mastectomy, and Total Mastectomy Followed by Irradiation. *New England Journal of Medicine* vol. 347 567–575 (2002).
15. Veronesi, U. et al. Twenty-Year Follow-up of a Randomized Study Comparing Breast-Conserving Surgery with Radical Mastectomy for Early Breast Cancer. *New England Journal of Medicine* vol. 347 1227–1232 (2002).
16. Website. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancers-du-sein-Du-diagnostic-au-suivi>.
17. Website. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-du-sein-infiltrant-non-metastatique-questions-d-actualites-rapport-integral>.
18. Techniques de reconstruction mammaire autologues, alternatives aux implants mammaires. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2965016/fr/techniques-de-reconstruction-mammaire-autologues-alternatives-aux-implants-mammaires.
19. Website. [https://www.e-cancer.fr/content/download/95919/1021196/file/PLACISIS09%20\(1\).pdf](https://www.e-cancer.fr/content/download/95919/1021196/file/PLACISIS09%20(1).pdf).
20. Website. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010->

02/ald_30_lap_ksein_vd.pdf.

21. Cothier-Savey, I. & Rimareix, F. Principes de la chirurgie oncoplastique et de la reconstruction mammaire immédiate après mastectomie pour carcinome ou mastectomie prophylactique. EMC - Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique vol. 7 1–12 (2012).
22. Bruant-Rodier, C. & Bodin, F. Reconstrucción mamaria. EMC - Cirugía Plástica Reparadora y Estética vol. 22 1–25 (2014).
23. Delay, E., Delaporte, T. & Sinna, R. Alternatives aux prothèses mammaires. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique vol. 50 652–672 (2005).
24. Delay, E., Ho Quoc, C., Garson, S., Toussoun, G. & Sinna, R. Reconstruction mammaire autologue par lambeau musculo-cutanéograsseux de grand dorsal pédiculé. EMC - Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique vol. 5 1–12 (2010).
25. Delay, E., Jorquera, F., Pasi, P. & Gratadour, A.-C. Autologous Latissimus Breast Reconstruction in Association with the Abdominal Advancement Flap. Annals of Plastic Surgery vol. 42 67–75 (1999).
26. Gisquet, H. et al. Efficacité du capitonnage dans la prévention du sérome après lambeau de grand dorsal. La technique de « Chippendale ». Annales de Chirurgie Plastique Esthétique vol. 55 97–103 (2010).
27. Delay, E., Mojallal, A., Vasseur, C. & Delaporte, T. Immediate nipple reconstruction during immediate autologous latissimus breast reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. 118, 1303–1312 (2006).
28. Jauffret, J.-L. & Germain, F. Reconstruction mammaire par TRAM. Chirurgie Plastique et Reconstructive du Sein 175–184 (2012) doi:10.1016/b978-2-294-71374-3.00019-2.
29. Lepage, C., Paraskevas, A., Faramarz, K. & Lantieri, L. Reconstrucción

mammaire mediante colgajo libre DIEP (deep inferior epigastric perforator). EMC - Chirurgie Plastique Réparatrice et Esthétique vol. 15 1–16 (2007).

30. Koshima, I. & Soeda, S. Inferior epigastric artery skin flaps without rectus abdominis muscle. *Br. J. Plast. Surg.* 42, 645–648 (1989).

31. Allen, R. J. & Treece, P. Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. *Ann. Plast. Surg.* 32, 32–38 (1994).

32. Website. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-du-sein-infiltrant-non-metastatique-questions-d-actualites-rapport-integral>.

33. Mathelin, C. & Bruant-Rodier, C. Les indications des reconstructions mammaires après mastectomie selon la situation carcinologique. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* vol. 63 580–584 (2018).

34. Durry, A., Baratte, A., Mathelin, C., Bruant-Rodier, C. & Bodin, F. Les suites de la reconstruction mammaire immédiate : comparaison de cinq techniques chirurgicales. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* vol. 64 165–177 (2019).

35. Rodier, C. B. et al. Les indications cliniques et morphologiques des reconstructions mammaires différées. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* vol. 63 569–579 (2018).

36. Website. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Prise-en-charge-du-carcinome-canalair-in-situ-Questions-d-actualite-Rapport-integral>.

37. Rimareix, F. et al. Mastectomie avec reconstruction mammaire immédiate : indications et techniques, algorithme de décision d'une reconstruction immédiate. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* vol. 63 542–544 (2018).

38. Website. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue->

des- publications/Cancers-du-sein-Du-diagnostic- au-suivi.

39. Mak, J. C. & Kwong, A. Complications in Post-mastectomy Immediate Breast Reconstruction: A Ten-year Analysis of Outcomes. *Clin. Breast Cancer* 20, 402–407 (2020).
40. O'Halloran, N. et al. Trends in breast reconstruction practices in a specialized breast tertiary referral centre. *BJS Open* vol. 1 148–157 (2017).
41. Héquet, D. et al. Reasons of not having breast reconstruction: a historical cohort of 1937 breast cancer patients undergoing mastectomy. *Springerplus* 2, 325 (2013).
42. Marroc, A. Reconstruction mammaire post-mastectomie chez les patientes âgées de 70 ans et plus: évaluation de la population opérable et de la population opérée. (Université de Bordeaux, 2019).
43. Razdan, S. et al. National Breast Reconstruction Utilization in the Setting of Postmastectomy Radiotherapy. *Journal of Reconstructive Microsurgery* vol. 33 312–317 (2017).
44. Morrow, M., Scott, S. K., Menck, H. R., Mustoe, T. A. & Winchester, D. P. Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: a National Cancer Database study. *J. Am. Coll. Surg.* 192, 1–8 (2001).
45. Zhong, T. et al. Barriers to immediate breast reconstruction in the Canadian universal health care system. *J. Clin. Oncol.* 32, 2133–2141 (2014).
46. Sinaei, F. et al. Association Between Breast Reconstruction Surgery and Quality of Life in Iranian Breast Cancer Patients. *Acta Med. Iran.* 55, 35–41 (2017).
47. Al-Ghazal, S. K., Sully, L., Fallowfield, L. & Blamey, R. W. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* vol. 26 17–19 (2000).

48. Girotto, J. A., Schreiber, J. & Nahabedian, M. Y. Breast Reconstruction in the Elderly: Preserving Excellent Quality of Life. *Annals of Plastic Surgery* vol. 50 572–578 (2003).
49. Rowland, J. H. et al. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J. Natl. Cancer Inst.* 92, 1422–1429 (2000).
50. Prabhu, R. et al. The Impact of Skin-Sparing Mastectomy With Immediate Reconstruction in Patients With Stage III Breast Cancer Treated With Neoadjuvant Chemotherapy and Postmastectomy Radiation. *International Journal of Radiation Oncology*Biography*Physics* vol. 82 e587–e593 (2012).
51. Behranwala, K. A. et al. The influence of radiotherapy on capsule formation and aesthetic outcome after immediate breast reconstruction using biodimensional anatomical expander implants. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* vol. 59 1043–1051 (2006).
52. Berthet, G. et al. Tolerance of latissimus dorsi in immediate breast reconstruction without implant to radiotherapy. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 71, 15–20 (2018).
53. Julien, L. et al. [Comparing outcomes of Immediate Breast reconstruction with and without use of radiotherapy]. *Ann. Chir. Plast. Esthet.* 65, 181–197 (2020).
54. Tønseth, K. A., Hokland, B. M., Tindholdt, T. T., Abyholm, F. E. & Stavem, K. Quality of life, patient satisfaction and cosmetic outcome after breast reconstruction using DIEP flap or expandable breast implant. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 61, 1188–1194 (2008).
55. Perez, S. Reconstruction mammaire différée par lambeau dorsal à cicatrice courte, combiné au lambeau d'avancement abdominal par abord latéral

exclusif: technique et évaluation, à propos de 150 cas. (2020).

56. Pluvy, I. et al. Le lambeau perforant abdominal (DIEP) et grand dorsal autologue en reconstruction mammaire. Étude rétrospective comparative à propos des 60 premières patientes d'un même opérateur. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* vol. 59 103–114 (2014).

57. Koh, E., Watson, D. I. & Dean, N. R. Quality of life and shoulder function after latissimus dorsi breast reconstruction. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 71, 1317–1323 (2018).

58. Toyserkani, N. M., Jørgensen, M. G., Tabatabaeifar, S., Damsgaard, T. & Sørensen, J. A. Autologous versus implant-based breast reconstruction: A systematic review and meta-analysis of Breast-Q patient-reported outcomes. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 73, 278–285 (2020).

59. Robiolle, C., Quillet, A., Dagregorio, G. & Huguier, V. Évaluation de la satisfaction des patientes de leur reconstruction mammaire après mammectomie. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* vol. 60 201–207 (2015).

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوة في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعل صحة مريضي هدفي الأول.
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسم بشرفي.

والله على ما أقول شهيد.



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



رقم الأطروحة : 459

سنة : 2021

ترميم فوري للثدي بعد استئصاله باستخدام قطعة من الظهر العريض

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2021

من طرفه:

السيد: صبر الله الشيكرك
المزداد في : 08 يونيو 1993

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: سرطان الثدي، ترميم الثدي، قطعة الظهر العريض

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس	السيد رؤوف محسن أستاذ في الجراحة العامة
مشرف	السيد أمين صوافة أستاذ في الجراحة العامة
عضو	السيد زكي الحنشي أستاذ في طب النساء والتوليد
عضو	السيد نوفل فجال أستاذ في الجراحة التجميلية والترميمية
عضو	السيدة حنان القاسمي أستاذة في علم الأورام والعلاج بالأشعة
عضو مشارك	السيد عبدالإلاه صوافة أستاذ في الجراحة العامة