

ATLAS D'ACCES LIBRE EN CHIRURGIE ORL ET CERVICO-FACIALE



LE LAMBEAU DE MUSCLE GRAND PECTORAL

Johan Fagan

Le lambeau de muscle grand pectoral (*pectoralis major*) comprend le muscle grand pectoral, avec ou sans la peau en regard, et peut inclure les côtes sous-jacentes. Il a une vascularisation axiale basée supérieurement sur la branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale.

Il est très utile en reconstruction cervico-faciale, et peut être utilisé aux fins suivantes : reconstruction des pertes de substance des tissus mous de la cavité buccale, l'oropharynx, l'hypopharynx et la peau du cou ; reconstruction pharyngée après pharyngo-laryngectomie de rattrapage ; couverture après rupture vasculaire jugulo-carotidienne *etc.* Une côte peut être incluse pour reconstruire un défaut mandibulaire.

Anatomie

Muscle grand pectoral (Figure 1)

Ce muscle prend son origine à la partie antérieure de la moitié médiale de la clavicule, la partie antérieure du sternum, les cartilages de toutes les vraies côtes et l'aponévrose du muscle oblique externe de l'abdomen. Les fibres musculaires convergent vers sa terminaison, sur l'humérus. Les fibres émergeant de la clavicule cheminent transversalement et sont souvent séparées du reste du muscle par un léger espace. Le reste du muscle a un trajet dirigé en supéro-latéral.

Rapports profonds du muscle grand pectoral (Figure 2)

A la face profonde du muscle grand pectoral se situe son pédicule vasculaire au sein d'une lame porte-vaisseaux, le muscle petit pectoral, les côtes, et inférieurement l'insertion costale du muscle oblique externe de l'abdomen.

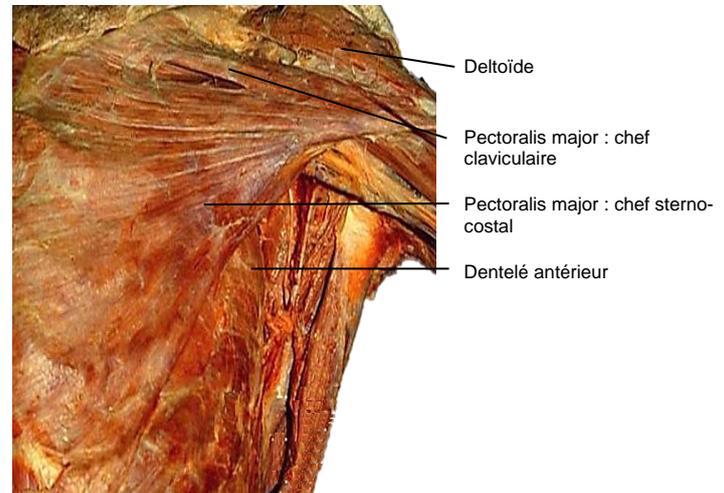


Figure 1 : Dissection superficielle

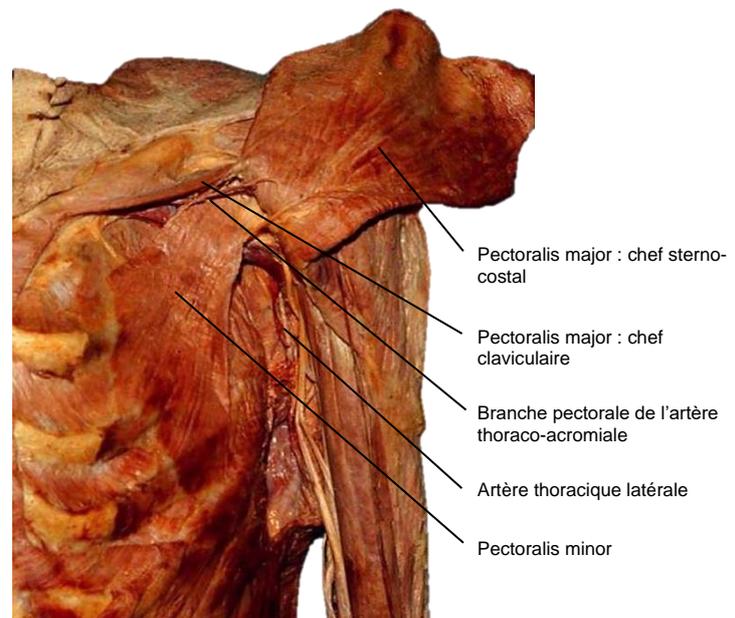


Figure 2 : Rapports profonds du muscle grand pectoral

Vascularisation du muscle grand pectoral (Figures 2, 3)

Le lambeau de muscle grand pectoral est un lambeau axial essentiellement vascularisé par la branche pectorale l'artère thoraco-acromiale et ses veines accompagnatrices. L'artère thoraco-acromiale est une branche de l'artère axillaire, elle-même étant le prolongement de l'artère sous-cla-

vière. La branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale chemine dans un plan aponevrotique bien défini à la face profonde du muscle grand pectoral (*Figures 2, 9*). Il y a un plan de dissection aisée entre ce fascia et le muscle petit pectoral, ce qui rend possible la séparation du muscle grand pectoral et sa lame porte-vaisseaux d'une part et le muscle petit pectoral d'autre part, avec une dissection atraumatique au doigt. Une vascularisation supplémentaire provient médialement de l'artère mammaire interne, et latéralement de l'artère thoracique latérale. Ces branches sont généralement sacrifiées durant le prélèvement du lambeau pour obtenir une longueur de pédicule adéquate. Il faut prendre garde à ne pas prélever la palette cutanée trop distalement, au-delà de la partie inférieure du muscle grand pectoral, car la vascularisation devient « au hasard » et non axiale, et donc moins fiable.

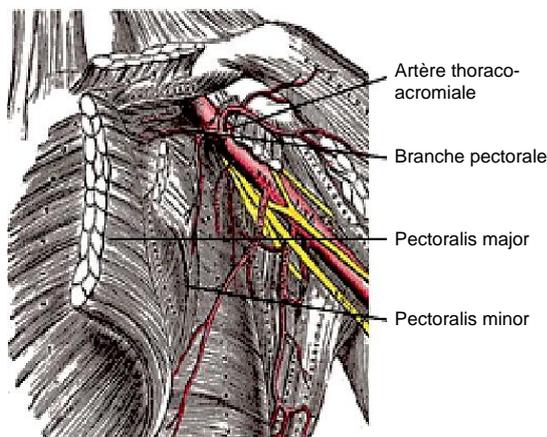


Figure 3 : Vascularisation du lambeau de grand pectoral

Innervation

Le muscle grand pectoral est notamment innervé par le nerf pectoral latéral, qui chemine sous la clavicule, avec la branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale. Le nerf pectoral médial traverse le muscle petit pectoral et se divise en 2 à 3 branches pour le muscle grand pectoral. Tous ces nerfs sont normalement sectionnés durant

le prélèvement du lambeau. Le muscle dénervé s'atrophie avec le temps, ce qui peut être un avantage ou pas, selon les objectifs fonctionnels et cosmétiques de la reconstruction.

Design du lambeau

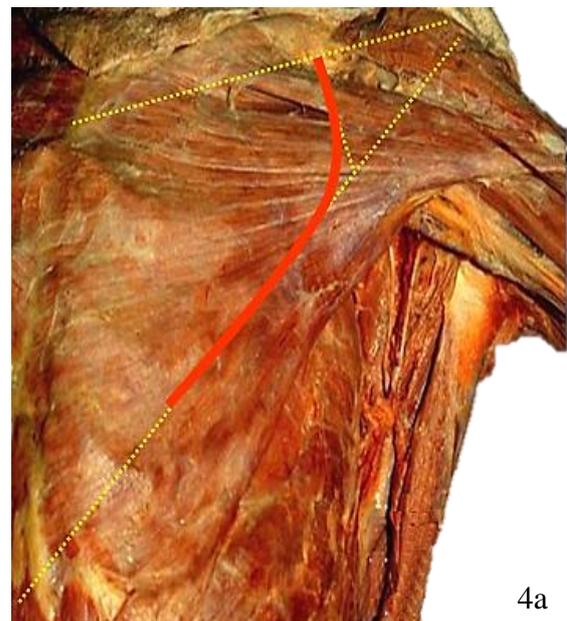
Le lambeau peut être musculaire ou musculo-cutané, avec ou sans la 4^{ème} ou 5^{ème} côte. La discussion qui suit détaille le prélèvement d'un lambeau musculo-cutané en ilot.

Installation et champage

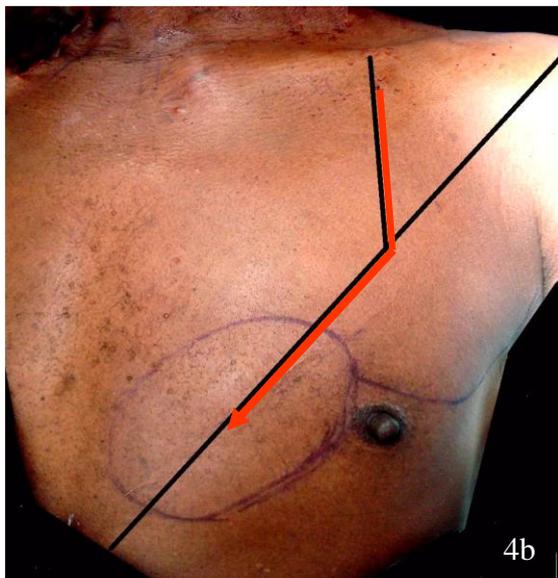
Le patient est placé en position allongée avec le thorax badigeonné jusqu'à la ligne médiane et au rebord costal en bas. Le bras est légèrement porté en abduction pour exposer la ligne axillaire antérieure et la face latérale du thorax.

Repérage du pédicule vasculaire

Le repérage du pédicule vasculaire est effectué en traçant une ligne allant de l'épaule (acromion) au manubrium sternal et une autre ligne médio-claviculaire verticale, qui croise la 1^{ère} ligne (*Figures 4a, b*).



4a



Figures 4a,b : Repérage de la branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale

Dessin de la palette cutanée

La palette cutanée est positionnée en regard du muscle grand pectoral, le long du trajet de la branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale (*Figures 4, 5, 6*). Afin d'assurer une longueur de pédicule adéquate, la distance entre l'extrémité de la palette cutanée et le rebord inférieur de la clavicule doit être identique voire supérieure à la distance entre le site receveur et le rebord inférieur de la clavicule. Chez la femme, la palette peut être positionnée dans le sillon sous-mammaire et inclure la peau de part et d'autre du sillon, tant pour des raisons cosmétiques que pour éviter que le lambeau soit trop volumineux à cause de la glande mammaire (*Figure 5*).

En cas de nécessité d'un pédicule plus long, le lambeau peut être étendu inférieurement jusqu'à 2,5 cm au-delà du muscle grand pectoral, au niveau du rebord costal, en sachant que la vascularisation de cette partie du lambeau se fait alors « au hasard », de manière plus précaire.



Figure 5 : Palette cutanée sous-mammaire

Prélèvement de la palette cutanée

La peau est incisée autour de la palette, et la dissection est prolongée obliquement jusqu'à la surface du muscle grand pectoral. Le pédicule étant localisé en profondeur du muscle, cela peut être fait rapidement et sans risque à la pince monopolaire. Il faut faire attention à ne pas disséquer sous la palette, mais plutôt en biseau tout autour d'elle pour inclure autant de perforantes musculo-cutanées que possible, en charge de la vascularisation de la palette cutanée (*Figure 6*). La palette cutanée est suturée au muscle sous-jacent par quelques points pour diminuer le risque de cisaillement des perforantes musculo-cutanées (*Figure 7*).

Exposition du muscle grand pectoral

L'incision est prolongée latéralement depuis la palette cutanée, le long de la ligne axillaire antérieure, qui est le relief du bord latéral du muscle grand pectoral (*Figure 6*). La peau et le tissu mammaire au-dessus de la palette cutanée est alors séparée du muscle grand pectoral au bistouri électrique, jusqu'à la clavicule (*Figure 7*).



Figure 6 : Dissection de la palette cutanée sur le muscle grand pectoral, et incision le long de la ligne axillaire antérieure

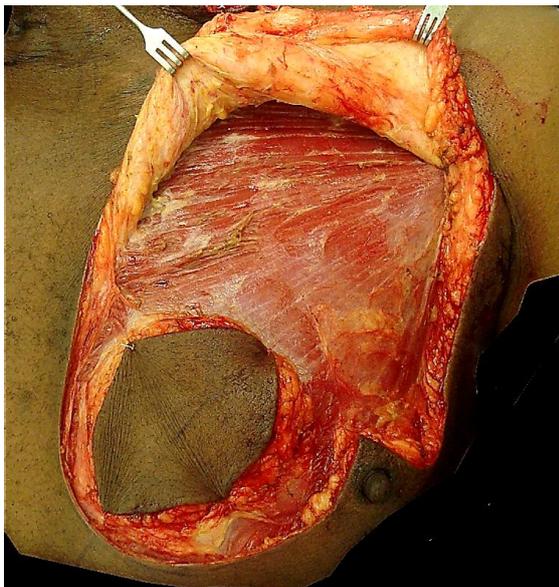


Figure 7 : Exposition du muscle grand pectoral

Dissection du pédicule

Le muscle grand pectoral est désinséré au bistouri électrique en dedans et en dessous de la palette cutanée, puis est séparé des côtes et des muscles intercostaux. Le muscle n'est pas sectionné en supérieur de la palette, car cela pourrait sectionner le pédicule vasculaire.

Le muscle grand pectoral est alors libéré de ses attaches sternales au bistouri électrique. Durant cette étape, des perforantes provenant de l'artère mammaire interne sont sectionnées et cautérisées.

Le plan de dissection entre le muscle petit et grand pectoral est trouvé en disséquant le long du bord latéral du muscle grand pectoral au bistouri électrique (*Figure 8*). Une fois ce plan inter-musculaire identifié, on peut aisément disséquer au doigt le muscle grand pectoral et son pédicule vasculaire d'une part, du muscle petit pectoral d'autre part, en direction de la clavicule (*Figure 8*).

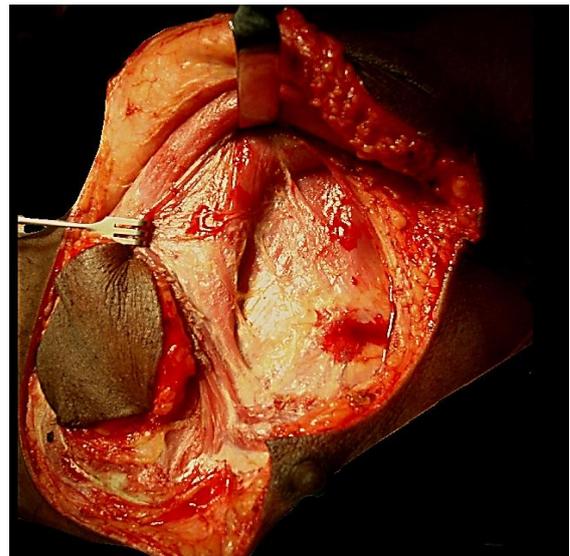


Figure 8 : Dissection du muscle grand pectoral le long de son bord latéral

Cela permet une visualisation aisée du pédicule vasculaire (branche pectorale de l'artère thoraco-acromiale) dans sa lame porte-vaisseaux à la face profonde du muscle grand pectoral (*Figure 9*). On garde le pédicule en vue tout en sectionnant les branches provenant de l'artère thoracique latérale, et celles du nerf pectoral médial qui traversent le muscle petit pectoral et pénètrent la face profonde du lambeau. Le muscle grand pectoral est sectionné en latéral du pédicule (toujours gardé en vue) et donc libéré de l'humérus.

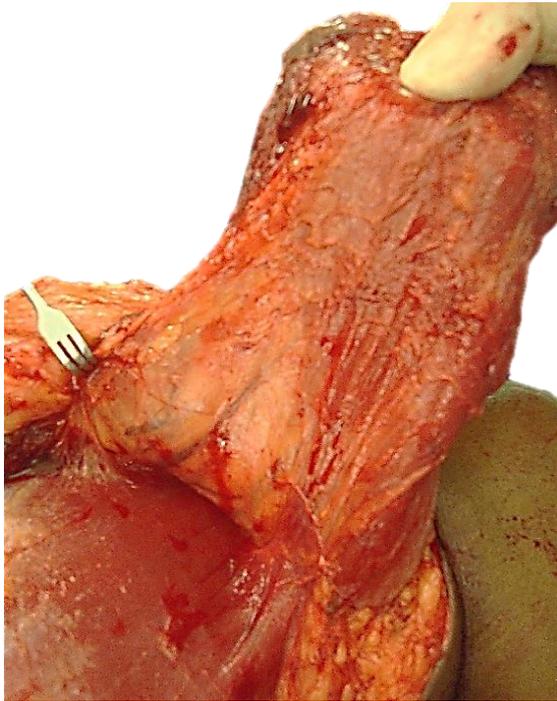


Figure 9 : Pédicule vasculaire visible à la face profonde du muscle grand pectoral

Tunnel sous-cutané au-dessus de la clavicule

Le lambeau est généralement transposé dans le cou au travers d'un large tunnel sous-cutané superficiel à la clavicule (*Figure 10*).



Figure 10 : Le lambeau est transposé au-delà de la clavicule au travers d'un large tunnel sous-cutané

Le tunnel doit être suffisamment large pour permettre un passage aisé du lambeau dans le cou, sans comprimer le pédicule ni cisailer les perforantes musculo-cutanées vascularisant la palette cutanée. Sectionner les fibres du tissu conjonctif sous-dermique de la peau du tunnel peut aider à gagner de l'espace supplémentaire.

Après avoir translaté le lambeau dans le cou, il faut vérifier que le pédicule n'est pas entortillé (*Figure 11*).

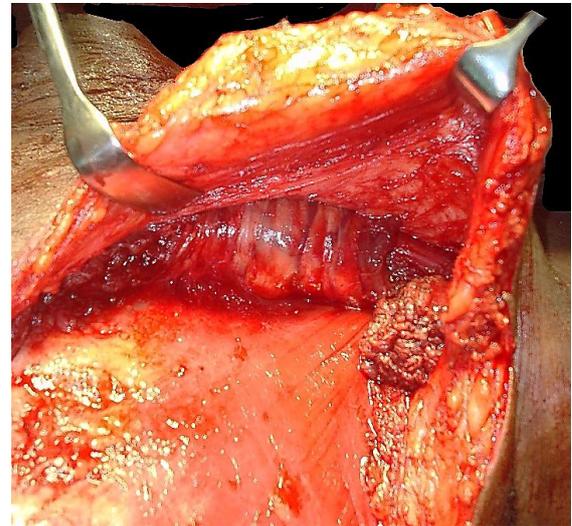


Figure 11 : Vérification que le pédicule n'est pas entortillé

Obtention de longueur supplémentaire

Si le pédicule est trop court, deux manœuvres peuvent l'allonger. La première est de sectionner le muscle grand pectoral juste sous la clavicule, en prenant garde de ne pas léser le pédicule (*Figure 12*). Un segment de muscle sous-claviculaire peut également être réséqué. Cela permet d'appliquer le pédicule directement contre la clavicule, sans interposition de muscle. L'avantage secondaire est d'éviter la présence d'une voussure inesthétique au-dessus de la clavicule.

Une seconde manœuvre permettant de gagner de la longueur est de faire passer le lambeau derrière la clavicule (*Figure 13*).

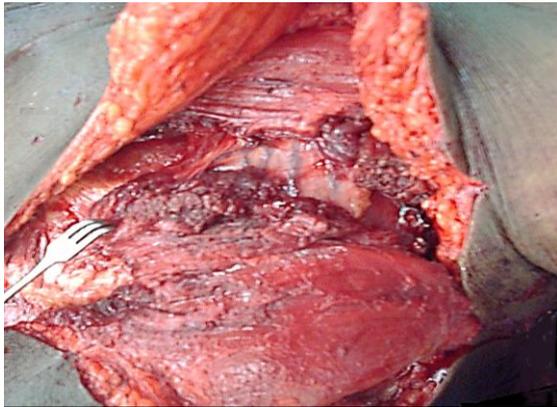


Figure 12 : Visualisation du pédicule vasculaire après section du muscle



Figure 13 : Obtention de longueur supplémentaire en faisant passer le lambeau derrière la clavicule

Du fait du risque de lésion des structures vasculaires sous-jacentes à la clavicule, on peut créer un tunnel sous-périosté en incisant le périoste longitudinalement à la fois à la partie supérieure et inférieure de la clavicule. Le périoste étant de nature inextensible, ce tunnel peut être excessivement étroit, mais il peut être détendu en faisant des incisions du périoste à son extrémité médiale et latérale, permettant un passage aisé du lambeau. Cette manœuvre permet d'augmenter la portée du lambeau de 3 à 4 cm.

Fermeture du site donneur

Le site donneur peut être fermé par suture directe sur drain aspiratif, ou par greffe de peau mince. La fermeture directe peut être facilitée par une dissection sous-cutanée de la peau autour du défaut.

Quelques exemples cliniques



Figure 14 : Reconstruction après glossectomie totale

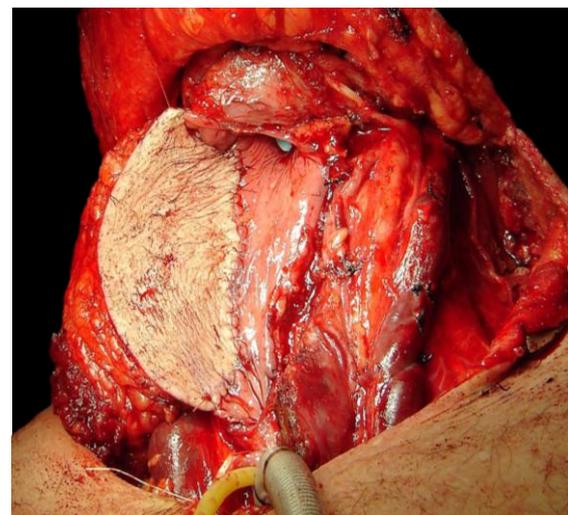


Figure 15 : Reconstruction pharyngée avec lambeau musculo-cutané de grand pectoral après une laryngectomie totale avec pharyngectomie partielle

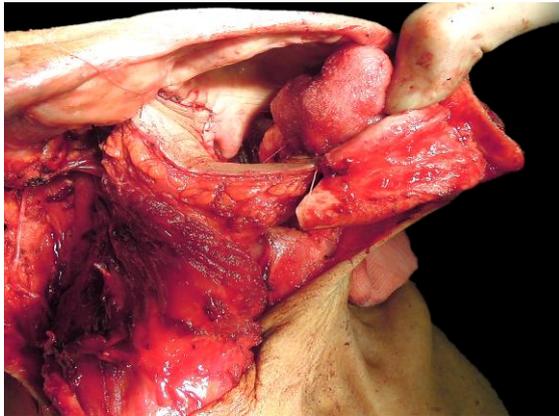


Figure 16 : Reconstruction après mandibulectomie interruptrice et résection amygdalienne, vélaire et basi-linguale

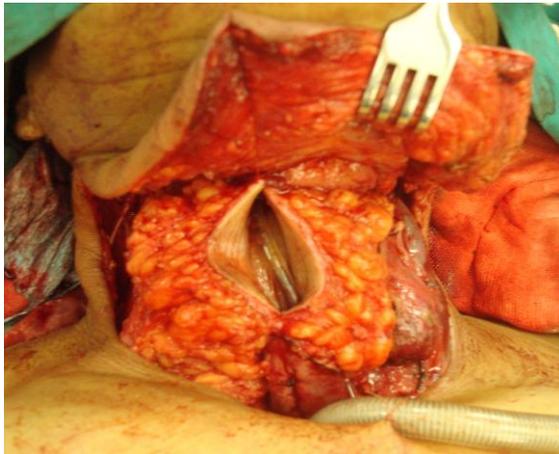


Figure 17 : Œso-pharyngo-laryngectomie totale avec reconstruction par lambeau de grand pectoral tubulisé interposé entre l'oropharynx et un gastrique pull-up qui était trop court pour atteindre l'oropharynx

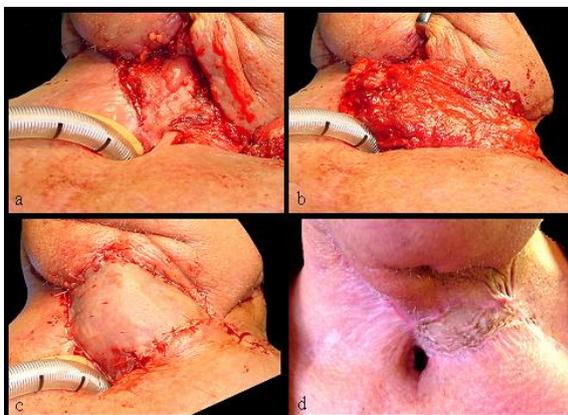


Figure 18 : Reconstruction de pharyngostome (a) avec lambeau de muscle grand

pectoral (b) et greffe de peau mince (c), puis résultat final (d)

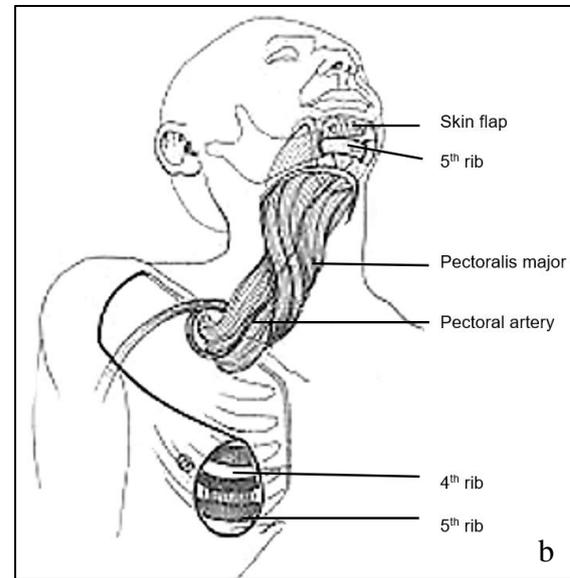


Figure 19a, b : Lambeau ostéomyocutané du grand pectoral utilisé comme procédure de sauvetage après mandibulectomie segmentaire pour ostéoradionécrose

Comment citer ce chapitre

Fagan JJ. (2025). Pectoralis major flap. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/user/01372298/Pectoralis%20major%20flap-1.pdf>

Autres lambeaux décrits dans *The Open Access Atlas of Otolaryngology Head & Neck Operative Surgery*

- [Le lambeau de muscle grand pectoral](#)
- [Lambeaux de reconstruction cervico-faciale](#)
- [Lambeau fasciocutaneous deltopectoral et cervico-adeltopectoral](#)
- [Le lambeau de la boule graisseuse de bicha](#)
- [Le lambeau myo-muqueux du buccinateur](#)
- [Lambeau naso-genien pour la reconstruction bucco-pharyngee](#)
- [Lambeau de muscle temporal](#)
- [Reconstruction cervicofaciale par le lambeau sous-mental en ilot](#)
- [Le lambeau supraclaviculaire en reconstruction cervicofaciale](#)
- [Lambeaux de trapèze supérieur et inférieur](#)
- [Le lambeau de grand dorsal pour la reconstruction cervicofaciale](#)
- [Technique chirurgicale du lambeau frontal paramédian pour la reconstruction nasale](#)
- [Lambeaux locaux pour la reconstruction faciale](#)
- [Lambeau libre antébrachial: Technique chirurgicale](#)
- [Le lambeau antérolatéral de cuisse](#)
- [Le lambeau de grand droit de l'abdomen](#)
- [Le lambeau libre de fibula](#)
- [Le lambeau de pointe scapulaire vascularisé par l'artère thoraco-dorsale](#)
- [Gracilis microvascular flap](#)
- [Medial sural artery perforator flap](#)
- [Lambeaux libres dans la chirurgie réparatrice de la tête et du cou – technique d'anastomose micro-vasculaire](#)

Traducteur

Fiche traduite sous la direction et la validation du Collège Français d'ORL et chirurgie de la face et du cou et de la Société Française d'ORL

Emilien Chabrilac MD
University Cancer Institute Toulouse - Oncopole
Toulouse, France
emilien.chabrilac@gmail.com

Auteur & éditeur

Johan Fagan MBChB, FCS (ORL), MMed
Emeritus Professor and Past Chair
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD &
NECK OPERATIVE SURGERY**
www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\) johannes.fagan@uct.ac.za](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za) is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)

