
MASTECTOMIE

MadameDate :

Votre médecin vous a proposé une intervention nommée mastectomie. Cette fiche d'information ci-dessous a été conçue par les médecins de l'hôpital FOCH pour tenter de répondre aux questions que vous pouvez vous poser et vous permettre de mieux comprendre les objectifs et principes de l'intervention qui vous a été proposée.

Comment se passe l'opération?

La "mastectomie" (ou chirurgie mammaire non conservatrice) est une intervention effectuée sous anesthésie générale correspond à l'ablation du sein dans lequel se trouve la tumeur dans son intégralité, y compris l'aréole et le mamelon-

Les indications d'une chirurgie mammaire non conservatrice

Une chirurgie non conservatrice peut vous être proposée notamment dans les cas suivants :

- La tumeur est trop volumineuse par rapport à la taille du sein pour réaliser une chirurgie conservatrice et une chimiothérapie ou une hormonothérapie néo adjuvante qui pourraient en diminuer le volume ne sont pas possibles ;
- La forme de la tumeur ou l'endroit où elle se trouve rend impossible une chirurgie conservatrice : il resterait très peu de tissu mammaire ou le sein serait déformé ;
- Plusieurs tumeurs sont présentes dans le même sein ;
- A visée prophylactique dans certaines situations, après validation en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Avant une mastectomie : envisager la reconstruction mammaire

La perte d'un sein modifie souvent profondément l'apparence physique et l'image que l'on a de soi. Lorsqu'une chirurgie non conservatrice est envisagée, il est important d'aborder d'emblée avec le chirurgien la possibilité de reconstruire ce sein. Cette reconstruction est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Parfois, la reconstruction est réalisée en même temps que la chirurgie non conservatrice, on parle alors de reconstruction immédiate. Plus souvent, elle est réalisée après la fin des traitements, au cours d'une nouvelle intervention ; on parle cette fois de reconstruction différée, ou encore de reconstruction secondaire. Lorsqu'une radiothérapie doit être réalisée en complément de la chirurgie du cancer du sein, ou si la tumeur du sein est très volumineuse, la reconstruction est nécessairement différée.

Dans d'autres cas, vous pouvez choisir le moment de la reconstruction qui vous semble le plus adapté. Il est alors important de prendre le temps nécessaire pour réfléchir, discuter avec l'équipe soignante, et prendre votre décision en fonction des avantages et des inconvénients respectifs des deux solutions.

En attendant la chirurgie reconstructrice ou si vous ne souhaitez pas de reconstruction, vous pouvez choisir de porter **une prothèse mammaire externe** prescrite par le chirurgien. Des progrès importants ont été réalisés dans les prothèses externes. Elles permettent de masquer entièrement cette intervention à son entourage, en s'habillant comme on le désire, y compris en maillot de bain.

Certaines femmes ne ressentent ni le besoin de reconstruire leur sein ni celui de porter de prothèse externe. Ce choix est personnel.

En quoi consiste une mastectomie ?

En règle générale l'opération chirurgicale est réalisée sous anesthésie générale.

Elle consiste à enlever un ovale de peau avec l'aréole et le mamelon (l'extrémité du sein). Puis le chirurgien décolle la peau et enlève toute la glande.

Les nerfs et les muscles sont laissés en place.

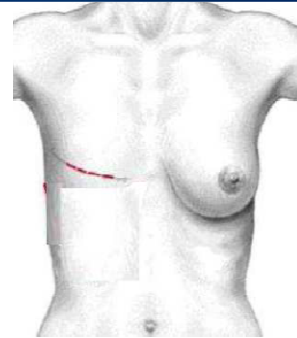
Tout ce qui est retiré lors de l'intervention chirurgicale (tumeur et/ou ganglions) est transmis au laboratoire ou au service d'anatomopathologie pour être analysé



La cicatrice

À la fin de l'intervention, le côté opéré est tout plat avec une cicatrice légèrement oblique qui traverse toute la région. Un redon correspondant à un petit drain relié à une petite bouteille en plastique est généralement mis en place dans la loge du sein et sort en dessous de la cicatrice. Il sert à récupérer la lymphe qui pourrait s'accumuler.

La durée d'une mastectomie associée à un curage axillaire varie de une à deux heures



Quel prélèvement ganglionnaire peut lui être associé?

Une mastectomie est généralement associée à un geste ganglionnaire.

Le chirurgien dispose de deux techniques pour enlever les ganglions axillaires :

- *l'exérèse du ganglion sentinelle*, encore appelée technique du ganglion sentinelle (voir feuille info ganglion sentinelle)
- le *curage axillaire* encore appelé évidemment ganglionnaire axillaire.

Si un geste ganglionnaire est prévu et si la technique du ganglion sentinelle est programmée, une injection de colorant bleu et/ou d'un isotope sera faite dans la zone suspecte ou autour du mamelon afin de localiser le ou les ganglion(s) sentinelle(s).

Lorsqu'un curage ganglionnaire complet est préféré, cette injection préalable est inutile.

En cas de curage axillaire associé un deuxième redon est généralement positionné dans le creux axillaire.

Quels en sont les risques ou des inconvénients ?

La mastectomie est une intervention courante et bien maîtrisée, dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

En cours d'opération,

Exceptionnellement, une blessure ou une brûlure de la peau du sein peut se produire.

Si un geste ganglionnaire est nécessaire, il existe un risque exceptionnel de blessure des vaisseaux et des nerfs du creux de l'aisselle.

Dans les suites de l'intervention

Par ordre de fréquence, cinq types de complications peuvent survenir :

- Le sérome ou le lymphocèle : il s'agit de l'accumulation de liquide dans la loge du sein ou du creux axillaire. Il peut se résorber spontanément. S'il est important, il nécessitera une ou plusieurs ponctions évacuatrices.

Ces ponctions sont réalisées en consultation, elles sont indolores, mais peuvent être parfois répétées pendant plusieurs semaines.

- L'anesthésie de la face interne du bras : c'est l'absence ou la diminution de la sensibilité de la peau qui est liée au geste ganglionnaire par l'interruption de nerfs sensitifs du creux axillaire. Cette anesthésie régresse généralement dans les mois qui suivent l'intervention, cependant, des

modifications de la sensibilité siégeant à la face interne du bras peuvent s'observer dans environ 20 % des cas.

- La nécrose cutanée : elle est liée à un problème de cicatrisation. Des pansements simples permettent généralement d'obtenir une cicatrisation complète mais parfois une nouvelle intervention chirurgicale est nécessaire.
- L'hématome : il s'agit de l'accumulation de sang dans la région opérée qui nécessite parfois d'être évacué par une nouvelle intervention chirurgicale.
- L'abcès : il s'agit d'une infection de la loge du sein qui peut également conduire à une reprise chirurgicale.

A distance de l'intervention

Ces complications rares sont dépistées et traitées lors des consultations de contrôle :

- La limitation de la mobilité de l'épaule : c'est une séquelle rare du geste ganglionnaire. Il est important de les signaler au plus tôt car une rééducation précoce permet de les limiter ou de les faire disparaître.
- Les douleurs chroniques du bras, du creux axillaire ou du sein sont rares : il s'agit de la persistance de douleurs postopératoires à plus d'un an de l'intervention. La kinésithérapie, l'auriculothérapie ou des médicaments ciblés sur les douleurs chroniques peuvent alors être nécessaires.
- Le lymphœdème du bras ou "gros bras" : un gonflement du bras et de l'avant-bras survient rarement après un geste ganglionnaire axillaire. Il devra être traité en urgence par la kinésithérapie.
- Un risque d'infection accru en particulier après un curage axillaire
- La cicatrice inesthétique : plus rarement, la cicatrice peut se rétracter et former une "bride". De plus, souvent les patientes un peu fortes sont très gênées par une boursouffure en dehors de la cicatrice. Elle correspond à un excès graisseux qui ne peut pas être retiré pendant l'intervention car cela nécessiterait de prolonger la cicatrice jusqu'au milieu du dos.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération.

Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

En pratique

• Avant l'opération :

- une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention; dans les 3 semaines avant la chirurgie (et au minimum 72 h avant)
- l'hospitalisation a lieu en général le matin ou la veille de l'intervention dans le service de gynécologie, ou dans l'unité d'accueil pré-opératoire.
- en cas de procédure du ganglion sentinelle, l'éventuelle injection d'isotope aura été pratiquée et une scintigraphie réalisée la veille ou le matin de l'opération ; lorsqu'un curage ganglionnaire complet est préféré, cette injection préalable est inutile.
- Selon votre état vous serez conduite au bloc opératoire en lit après une prémédication (tranquillisant) ou debout;
- une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée.

• Après l'opération :

- La surveillance postopératoire se fait en salle de réveil pendant au moins deux heures avant le retour dans le service de chirurgie. Les médicaments contre la douleur sont adaptés à l'intensité de la douleur que vous ressentez. Ils sont administrés dans la perfusion puis en comprimés ;
- Un ou 2 petits drains sont mis en place pour quelques jours sous la peau ;
- Un pansement compressif peut être laissé en place jusqu'à 48h après l'intervention. Vous serez accompagnée par un membre de l'équipe soignante lors de la 1^{ère} vision de votre cicatrice ;
- Des anticoagulants seront faits par injection sous cutanée pour éviter des caillots dans les veines (phlébites) ;
- L'équipe infirmière vous remettra une prothèse en mousse adaptée à votre taille de soutien-gorge à glisser dedans.
- La reprise d'une alimentation normale se fait en général dès le soir ou le lendemain de l'opération ;
- Durant l'hospitalisation, vous pouvez bénéficier de la visite d'une psychologue.
- La durée d'hospitalisation est courte : 3 à 5 jours en général. Elle varie en fonction de l'intervention pratiquée, de la quantité de liquide recueillie dans les drains, de votre état de santé général et de la façon dont vous avez supporté l'intervention ;

— Des douches sont possibles quelques jours après l'opération, mais il est recommandé d'attendre au moins 15 jours et la cicatrisation complète avant de prendre un bain.

• **Après la sortie :**

— A la sortie, le médecin vous remettra les ordonnances, ainsi que les rendez-vous postopératoires et les numéros utiles en cas de besoin (infirmières, secrétariat).

— des séances de kinésithérapie du membre supérieur seront prescrites en cas de curage ganglionnaire ; ainsi qu'une prothèse mammaire externe.

— après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements ou écoulements du sein, de la fièvre ou un gonflement important du sein surviennent, il est indispensable d'en informer votre médecin ;

— Après réception des résultats anatomopathologiques, votre dossier sera présenté à un collègue de médecins qui réévaluera les traitements complémentaires éventuels (comme les rayons, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et l'immunothérapie), en fonction de votre état clinique et des résultats des analyses effectuées sur la tumeur et les ganglions.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou en utilisant la case suivante :

Questions et commentaires :

Je, soussigné(e)

Coller étiquette

atteste avoir été informé(e) par le Docteur.....
le...../...../20...
qu'il était opportun de réaliser une mastectomie du sein

- ✓ **Je reconnais que ce médecin m'a informée** : de mon état de santé, des bénéfices, des risques et des contraintes de l'acte envisagé en fonction de mon état de santé ainsi que des bénéfices et des risques des éventuelles alternatives thérapeutiques.
- ✓ **Je reconnais avoir lu attentivement la fiche d'information** ci-dessus intitulée « mastectomie » (FOCH, version 2017) et avoir compris son contenu ainsi que les informations et recommandations qui m'ont été transmises. J'ai également pu poser toutes mes questions et obtenu des réponses claires de la part du médecin.
- ✓ **J'ai été prévenue**, qu'au cours de l'acte envisagé, une découverte ou un événement imprévu pourrait conduire le médecin à l'étendre en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement, voire à interrompre le protocole envisagé.
- ✓ **J'autorise**, dans ces conditions, l'opérateur à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.
- ✓ J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et m'estime désormais éclairé(e) pour prendre
- ✓ une décision en toute connaissance de cause, **j'accepte l'acte proposé.**

Lieu....., le.....(date)(obligatoire)

Signature du patient

DROIT D'ACCES AUX DONNEES PERSONNELLES : conformément aux dispositions de la CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission de vos données, y compris des données génétiques et des origines ethniques, couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre des programmes de recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès de votre médecin référent qui seul connaît votre identité.

RECHERCHE : Vous êtes hospitalisée dans un hôpital universitaire, sauf opposition de votre part, vos données personnelles codées (sans vos noms et prénoms) peuvent être utilisées pour la recherche.