

CHIRURGIE

POUR

CANCER DU SEIN

PATIENTE (ETIQUETTE)

CACHET DU MEDECIN

INTITULE DE L'INTERVENTION



QUELLE INTERVENTION VOUS EST PROPOSEE ET QUELLES SONT SES CONSEQUENCES POTENTIELLES ?

Tumorectomie ou mastectomie partielle

Il s'agit d'une **opération conservant le sein** (résection d'un segment ou d'un quadrant)
Une tumorectomie est une intervention chirurgicale qui consiste à retirer un nodule du sein ou des microcalcifications. On prélève la tumeur ainsi qu'une collerette de tissu sain pour avoir une certaine marge de sécurité. Cela explique que la zone à prélever soit nettement plus large que le nodule lui-même.

Dans quelques cas, la tumeur doit être repérée en radiologie à l'aide d'un guide métallique avant l'intervention chirurgicale car non palpable cliniquement.

En cours d'intervention, il sera contrôlé que la tumeur a été enlevée en totalité.

La forme initiale du sein est reconstruite au maximum pendant l'intervention par un remodelage glandulaire.

Un dispositif de drainage des sécrétions (drain ou « redon ») peut être mis en place au niveau de la loge de tumorectomie et retiré le lendemain.

Mastectomie

La mastectomie consiste en l'**exérèse de la totalité du sein** : le mamelon et l'aréole, la peau (en quantité définie selon votre anatomie) et la totalité de la glande mammaire. Le muscle grand pectoral, sur lequel est posé le sein est en général respecté, sauf dans les rares cas où la tumeur est adhérente au muscle.

Après l'intervention, le relief du sein a totalement disparu et est remplacé par une cicatrice. Le chirurgien, prend garde, à chaque fois que cela est possible, de positionner cette cicatrice le plus bas possible, selon un axe horizontal oblique en bas et en dedans. Ceci permet sur le plan esthétique d'une part qu'elle soit plus discrète et n'apparaisse pas dans le décolleté et d'autre part de pouvoir envisager une reconstruction mammaire dans un second temps.

Dans certains cas particulier (selon le type de cancer, la faisabilité technique et votre souhait), le chirurgien pourra vous proposer une mastectomie avec conservation partielle de l'enveloppe cutanée permettant une reconstruction mammaire immédiate par le chirurgien plastique.

Un dispositif de drainage des sécrétions (drain ou « redon ») est le plus souvent mis en place au niveau de la loge de mastectomie.

La décision d'enlever le sein dépend, entre autres, de la dimension et de localisation de la tumeur, d'éléments inflammatoires, d'une atteinte cutanée et de la taille initiale du sein.

Procédure du ganglion sentinelle

Le ganglion sentinelle est le premier ganglion vers lequel se traîne la tumeur. Il est repéré en médecine nucléaire avant l'intervention (la veille ou le matin). Une injection d'un colorant bleu est réalisée sous anesthésie générale au début de l'intervention permettant de faciliter son repérage. Cette coloration persistera pendant plusieurs semaines au niveau du point d'injection.

Une incision est réalisée dans le creux de l'aisselle afin d'en réaliser l'ablation. En cours d'intervention, le ganglion sentinelle sera repéré par une sonde spéciale et/ou sera coloré en bleu. Un à 3 ganglions peuvent être retirés.

Si l'analyse du ganglion sentinelle retrouve une extension de la maladie ou s'il n'est pas retrouvé de ganglion sentinelle, un curage axillaire complémentaire sera réalisé dans le même temps opératoire ou secondairement lors d'une autre intervention chirurgicale.

Curage axillaire

C'est l'ablation chirurgicale des ganglions du creux de l'aisselle.

Il s'agit d'une incision limitée à l'aisselle. En cas d'ablation du sein associée (mastectomie), le chirurgien utilise la même incision que celle du sein.

Un dispositif de drainage des sécrétions de lymphes par un petit tuyau ou un drain est souvent laissé en place pour quelques jours au niveau du creux de l'aisselle.

COMMENT SE DERoule L'INTERVENTION ?

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou régionale (anesthésie rachidienne/péridurale). L'anesthésiste vous informera en particulier des détails et des risques de la technique choisie.

Le choix du procédé opératoire dépend de la taille de la lésion, de sa localisation, des résultats des examens histologiques et du volume mammaire.

Lors de votre hospitalisation, apportez les mammographies, échographies et IRM mammaires récentes en votre possession.

COMMENT SE DERoule LE POST-OPERATOIRE ?

- Vous passerez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre.
- Un traitement anticoagulant peut être instauré dans les suites.
- En l'absence de drainage, la sortie se fera le jour même ou le lendemain.

FAUT-IL S'ATTENDRE À DES COMPLICATIONS ?

Aucune intervention n'est complètement exempte de risques. 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.

PENDANT L'INTERVENTION :

- Réaction allergique au bleu patente injecté dans la technique du prélèvement du ganglion sentinelle.
- Des hémorragies abondantes qui, dans certains cas, rendent une transfusion de sang et/ou de dérivés sanguins nécessaires.
- Des blessures d'organes et/ou de structures adjacentes (ex nerfs). Le cas échéant une intervention chirurgicale peut être nécessaire.
- Très rarement, des lésions par compression de nerfs ou de parties molles dues à la position imposée par l'opération. Ceci s'applique également aux lésions cutanées dues aux désinfectants et/ou au courant électrique.

APRÈS L'INTERVENTION :

- Des épanchements de sang et hémorragies secondaires qui peuvent encore survenir plusieurs jours après l'intervention. Ils peuvent nécessiter des gestes thérapeutiques supplémentaires (bandage de compression, ré-intervention, ponction) ou une transfusion de sang.
- Une « lymphocèle », collection de lymphes au niveau de la zone opérée avec parfois nécessité de ponction évacuatrice à distance de la chirurgie
- Des infections pouvant nécessiter l'administration d'antibiotiques, des soins locaux et un nouveau geste chirurgical.
- La formation de caillots de sang (thrombose) et l'obstruction de vaisseaux (par exemple dans les poumons) provoqués par la migration de fragments de caillots.
- Une ecchymose ou une sensation de dureté de la zone où se trouvait le nodule est très fréquent et peut durer quelques jours ou semaines

A DISTANCE DE L'INTERVENTION :

- Il peut exister des troubles de la sensibilité et une sensation d'engourdissement au niveau de la peau du sein et/ou dans la région du bras et de l'aisselle, qui diminuent souvent à long terme, mais peuvent aussi persister.
- Un mauvais résultat esthétique, une déformation de la glande mammaire due à la formation de cicatrice chéloïde ou à la rétraction cicatricielle peuvent être constatés.
- Après chirurgie d'exérèse ganglionnaire, un gonflement du membre supérieur (lymphoedème ou « gros bras ») peut survenir. Ce risque est diminué par la technique du ganglion sentinelle. Cette complication peut survenir au cours des premières semaines ou à distance de l'intervention. En cas d'apparition de ce symptôme, il convient de contacter son chirurgien dans les 48h.
- Des troubles de la mobilité du membre supérieur, dû à la nécessaire section de branches nerveuses lors de l'ablation des ganglions lymphatiques axillaire malgré la rééducation préventive.
- Très rarement une raideur de l'articulation de l'épaule.

QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS À SUIVRE APRÈS L'INTERVENTION ?

Les fils sur la peau sont résorbables. Vous pourrez prendre une douche dès le lendemain mais vous devrez attendre 15 jours pour prendre un bain.

Le port d'un soutien-gorge sans armature (ex : soutien-gorge de sport) est conseillé en cas de tumorectomie.

Un arrêt de travail d'1 à 3 semaines vous sera généralement prescrit.

Le sport est déconseillé pendant un mois.

Des séances de kinésithérapie vous seront prescrites en cas de curage axillaire.

En post-opératoire, si vous observez une lymphocèle très importante, des douleurs inhabituelles, ou de la fièvre, ou pour toute autre question, n'hésitez pas à contacter l'équipe médicale.

DES EXAMENS DE CONTRÔLE SONT-ILS NÉCESSAIRES ?

Une consultation post opératoire est indispensable 2 à 3 semaines après votre intervention avec votre chirurgien afin qu'il vérifie le bon déroulement de la cicatrisation et qu'il vous communique les résultats histologiques. En fonction des résultats de l'analyse tissulaire réalisée, des gestes thérapeutiques postopératoires, tels qu'une reprise chirurgicale, la chimiothérapie, l'hormonothérapie ou la radiothérapie, peuvent être nécessaires.

L'équipe médicale, chirurgicale et soignante reste à votre disposition pour répondre à vos différentes questions.

NUMEROS EN CAS D'URGENCE :

Du lundi au vendredi de 8h à 17h

- Service de Chirurgie Gynécologique et Mammaire du Pr UZAN :

Consultation (Bâtiment Antonin Gosset)	01.42.17.81.03 01.42.17.81.33
--	----------------------------------

Salle d'hospitalisation :	01.42.17.81.91 01.42.17.81.85
---------------------------	----------------------------------

- Service de Gynécologie Obstétrique du Pr DOMMERGUES :

Consultation (Maternité)	01.42.17.77.08
--------------------------	----------------

Du lundi au vendredi après 17h, weekend et jours fériés

- Urgences gynécologiques
- | | |
|--|----------------|
| | 01.42.17.77.42 |
|--|----------------|

Date

Signature de la patiente