

MASTECTOMIE

Qu'est-ce que le sein ?

Le sein est une glande posée sur le muscle grand pectoral. Comme tout organe, il reçoit du sang par des artères et se draine par des veines et des vaisseaux lymphatiques. Sur le trajet des canaux lymphatiques, se trouvent des ganglions qui se localisent surtout au niveau du creux de l'aisselle (= creux axillaire), sous le bras.

Qu'est-ce que la mastectomie (ou mammectomie) ?

La mastectomie « classique » correspond à l'exérèse de la totalité du sein : le mamelon et l'aréole, une quantité de peau variable, et la totalité de la glande mammaire. Le muscle grand pectoral, sur lequel est posé le sein, est respecté (hormis de 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 ; pour ne pas apparaître dans le décolleté, celle-ci est placée le plus bas possible, selon un axe soit horizontal, soit en bas et en dedans.

La mastectomie conservant l'étui cutané du sein correspond à une exérèse plus limitée du sein : le mamelon et l'aréole, ainsi que la totalité de la glande mammaire. L'enveloppe cutanée du sein est intégralement conservée. Cette technique n'est utilisée que dans certains cas particuliers de carcinome intracanalair, chez les patientes pouvant bénéficier d'une reconstruction mammaire immédiate.

Un drain aspiratif (drain de redon) est très fréquemment posé pendant l'intervention. Il a pour rôle d'évacuer les sécrétions sanguines et lymphatiques qui se forment dans les suites immédiates de l'intervention. Il sera ôté par une infirmière après quelques jours. Il est possible de rentrer chez soi avec le drain. Des soins infirmiers sont alors prescrits à domicile.

Qu'est-ce que le curage axillaire ?

Les cellules cancéreuses du sein utilisent les canaux lymphatiques qui vont du sein vers le creux de l'aisselle. Le curage est un geste chirurgical effectué pour prélever une partie des ganglions du creux axillaire : il n'est effectué qu'en cas de cancer du sein.

L'incision est effectuée au niveau du creux axillaire. Un drain de Redon est quelquefois mis en place pendant l'intervention.

L'analyse de ces ganglions permet de savoir si des cellules cancéreuses sont présentes à ce niveau et constitue l'un des éléments qui conditionnent un éventuel traitement complémentaire (chimiothérapie et/ou radiothérapie).

Qu'est-ce que le ganglion sentinelle ?

Il est possible que le chirurgien vous propose un prélèvement du ganglion sentinelle. Il s'agit de l'exérèse du ganglion axillaire le plus proche du sein. Ce ganglion (ou un groupe de 2 ou 3 ganglions) est considéré comme le reflet de l'état des autres ganglions de l'aisselle : si ce ganglion ne contient pas de cellules cancéreuses, les autres ne doivent pas en contenir non plus.

Le principe de l'opération consiste en une injection préalable dans le sein d'un produit radioactif (très faiblement irradiant et sans danger) la veille de l'intervention et d'un colorant bleu (bleu patenté) au moment de l'intervention. Ce colorant a un risque potentiel d'allergie. Il n'est pas injecté chez les patientes qui ont un terrain allergique

Les produits injectés vont diffuser du sein vers le ganglion sentinelle ce qui permet son repérage et son prélèvement par le chirurgien.

Un examen de ce ganglion est réalisé par anatomopathologie. S'il n'est pas retrouvé de cellules cancéreuses dans le ganglion, il n'est pas réalisé de curage axillaire. Dans le cas contraire, un curage axillaire complémentaire est nécessaire.

Comment se déroule l'hospitalisation ?

Avant l'intervention :

Vous rencontrerez l'anesthésiste et éventuellement une infirmière d'accompagnement.

L'anesthésiste peut vous proposer une anesthésie locorégionale (bloc para-vertébral) qui sera réalisée avant la chirurgie afin de limiter les douleurs post-opératoires.

Il est indispensable de ne prendre aucun médicament contenant de l'aspirine ou ayant une activité anti-coagulante les 10 jours précédents l'intervention.

Après l'intervention :

Vous resterez en salle de réveil où la surveillance sera faite pendant environ 1 heure avant de retourner dans votre chambre. Des médicaments contre la douleur vous seront systématiquement proposés et seront adaptés à l'intensité de la douleur que vous pouvez ressentir.

Les jours suivants, le chirurgien passera vous examiner et fera les prescriptions nécessaires pour les soins. Votre médecin traitant sera informé de votre hospitalisation et recevra le compte-rendu de l'intervention.

Une psychologue est présente dans le service : vous pouvez la rencontrer sur simple demande de votre part. La kinésithérapeute passera vous voir lors de l'hospitalisation.

Une prothèse mammaire externe vous sera proposée avant la sortie.

La sortie a généralement lieu entre le 3ème et le 7ème jour post-opératoire.

Les risques et complications de l'intervention

La plupart sont en rapport avec la réalisation d'un curage axillaire.

Pendant l'intervention :

Des lésions vasculaires (de la veine axillaire) ou nerveuses (du nerf du grand dorsal ou du dentelé) peuvent se produire de manière exceptionnelle et nécessitent alors une prise en charge spécifique.

En post-opératoire :

Des complications peuvent survenir de manière rare et nécessitent chacune une prise en charge spécifique.

- L'anesthésie de la face interne du bras : elle est liée à une atteinte de filets nerveux qui vont du creux de l'aisselle jusqu'au bras. Elle peut régresser en quelques semaines mais peut persister à distance de l'intervention.
- La lymphocèle : il s'agit d'une collection de lymphes qui se situe dans le creux axillaire ou dans la loge de mastectomie. Elle peut nécessiter une ou plusieurs ponctions évacuatrices qui sont alors effectuées par le chirurgien.
- L'hématome : il s'agit d'une collection de sang qui peut parfois nécessiter une évacuation chirurgicale.

- **L'abcès** : il s'agit d'une infection qui nécessite une prescription d'antibiotique et qui peut parfois relever d'une évacuation au bloc opératoire.
- **La nécrose cutanée** : elle est liée à la souffrance de la peau due à une vascularisation insuffisante. Elle entraîne un retard de cicatrisation nécessitant des soins locaux adaptés. Quelquefois, une réintervention est nécessaire.

A distance de l'intervention :

- **Le lymphoedème du membre supérieur** : il s'agit d'un gonflement qui peut survenir à distance de l'opération.
- **La limitation de mobilité de l'épaule**

Concernant ces 2 derniers points, quelques conseils de prévention et exercices de rééducation vous seront détaillés dans un document qui vous sera remis par le kinésithérapeute pendant votre hospitalisation.

Les traitements complémentaires

Ces traitements (chimiothérapie/ radiothérapie/hormonothérapie) sont décidés et proposés de manière collégiale après discussion de votre dossier par l'équipe multidisciplinaire qui comporte des chirurgiens, des oncologues médicaux, des radiothérapeutes, des radiologues et des anatomopathologistes.

Lors de la consultation post opératoire, qui s'effectue 2 semaines après votre intervention, le chirurgien vous fera part des propositions thérapeutiques vous concernant et les transmettra à votre médecin.

La reconstruction mammaire

Après une mastectomie, une reconstruction mammaire peut être envisagée. Le délai dépend de la nécessité ou non de réaliser un traitement complémentaire :

elle peut être proposée immédiatement quand l'absence de traitement complémentaire est certaine (comme dans les cas de carcinome intra-canalair)

elle peut être faite dans un délai court (environ 3 mois) en cas d'absence de traitement décidé en fonction des résultats histologiques définitifs.

Dans le cas contraire, le traitement complémentaire doit être complètement terminé. En cas de radiothérapie, un délai d'un an après la fin de celle-ci est en général requis.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au chirurgien toutes les questions qui vous viennent à l'esprit.

**En cas de question ou de problème n'hésitez pas à
joindre notre secrétariat au 02 90 09 44 90**