

FICHE D'INFORMATIONS DES PATIENTES

MASTECTOMIE

Nom du médecin

Madame.....

Date de la remise de la fiche :

Cette fiche remise par votre chirurgien gynécologue a pour but de compléter les explications données lors de votre consultation. N'hésitez pas à le solliciter en cas de questions.

Qu'est-ce qu'une mastectomie ?

La mastectomie consiste en l'exérèse de la totalité du sein.

Elle peut être totale : on enlève alors le mamelon, l'aréole, et la peau (en quantité définie selon votre anatomie) et la totalité de la glande mammaire.

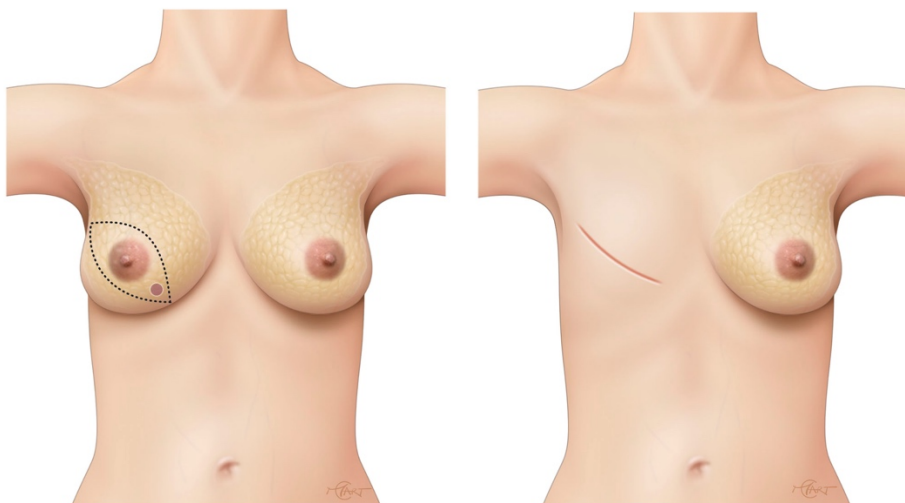
Le muscle grand pectoral, sur lequel est posé le sein est en général respecté, sauf dans les rares cas où la tumeur est adhérente au muscle. Après l'intervention, le relief du sein a totalement disparu et est remplacé par une cicatrice. Le chirurgien, prend garde, à chaque fois que cela est possible, 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.

Elle peut être parfois seulement sous cutanée avec préservation de la peau, de l'aréole et du mamelon.

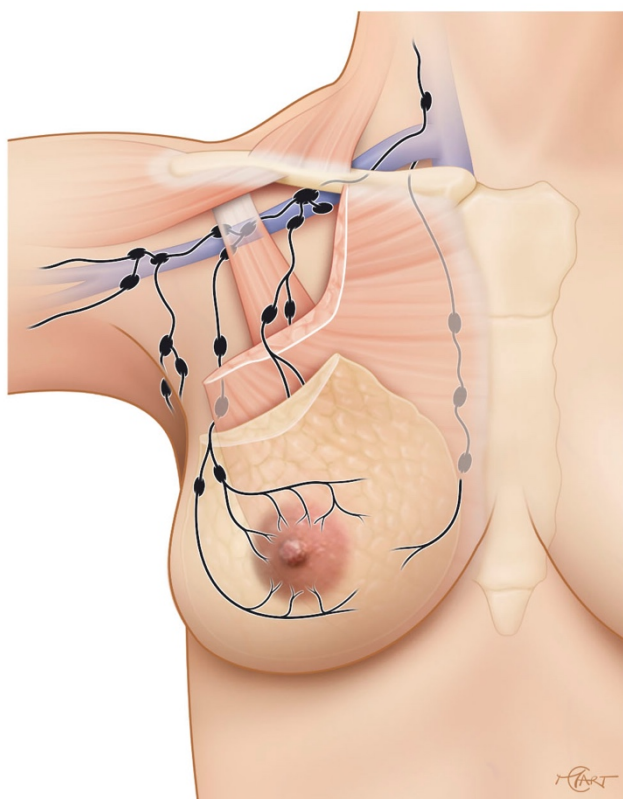
Le choix d'être totale ou sous cutanée est lié au type de cancer, à la localisation de la / des lésion (s) et du projet possible de reconstruction (immédiate c'est-à-dire en même temps, ou secondaire après cette première chirurgie)

Un dispositif de drainage des sécrétions (drain ou « redon ») est le plus souvent mis en place au niveau de la loge de mastectomie et sera retiré dans les jours suivant le geste en fonction de la quantité.

Une ablation du ganglion sentinelle (ganglion du creux axillaire qui draine le sein) ou un curage axillaire (ablation de tous les ganglions) est proposée dans le même temps en fonction des décisions de la réunion multidisciplinaire (RCP).



Incision d'une mastectomie



Voie de drainage vers le creux axillaire

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. Il est vivement conseillé d'interrompre le tabagisme.

Pendant le geste

- Un saignement important qui dans certains cas, nécessite une perfusion de fer ou une transfusion de sang
- Des blessures d'organes et/ou de structures adjacentes (ex-nerfs).
- 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, réintervention, ponction) ou une transfusion de sang.
- Une « lymphocèle », collection de lymphes au niveau de la zone opérée avec parfois nécessité de ponction(s) évacuatrice(s) 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 fréquente et peut durer quelques jours ou semaines

A distance de la chirurgie

- 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 (lymphœdème 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 rapidement.
- Des troubles de la mobilité du membre supérieur, dus 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 recommandations en post opératoire ?

Les fils sur la peau sont la plupart du temps 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 ou brassière sans armature (ex : soutien-gorge de sport) est conseillé

Une prothèse mammaire externe en mousse à placer dans la lingerie vous sera proposée afin de compenser le volume s'il n'y a pas eu de reconstruction mammaire immédiate. En post-opératoire, si vous observez un gonflement important, des douleurs inhabituelles, ou de la fièvre, ou pour toute autre question, n'hésitez pas à contacter l'équipe médicale.

Prise en charge à distance

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. Selon la mobilité du membre supérieur des séances de kinésithérapie pourront vous être proposées.

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