

Chirurgiens : Pr G. Body, Pr H. Marret, Dr L. Ouldamer
Dr A. Jacquet, Dr T. Hebert, Dr I. Kellal

Fiche d'information aux patientes

Mammectomie et curage axillaire

Madame,

Votre médecin vous a proposé un traitement chirurgical comportant une mammectomie (= mastectomie) et éventuellement un curage axillaire.

Ce document d'information a pour but de vous expliquer les principes de cette intervention.

La chirurgie est un des traitements de base du cancer du sein. D'autres moyens thérapeutiques sont associés au traitement chirurgical (radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie) afin de diminuer le risque de récurrence et d'augmenter les chances de guérison.

QU'EST-CE QUE LE SEIN ?

C'est une glande posée sur le muscle grand pectoral.

Comme tout organe, le sein 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 MICRO-BIOPSIE MAMMAIRE ?

Il s'agit d'un prélèvement du nodule (lésion palpable) ou de l'opacité mammaire (lésion non palpable) qui permet une analyse histologique de la lésion.

Cette analyse pré-opératoire permet de connaître le diagnostic avec certitude avant l'intervention, et de proposer le traitement chirurgical le plus adapté à chaque situation particulière.

Ces biopsies sont réalisées par un médecin radiologue sous anesthésie locale dans le service de radiologie.

QU'EST - CE QUE LA MAMMECTOMIE (ou MASTECTOMIE) ?

❑ La **mammectomie "classique"** correspond à l'exérèse de la totalité du sein : le mamelon et l'aréole, une quantité variable de peau, et la totalité de la glande mammaire. Le muscle grand pectoral, sur lequel est posé le sein est également respecté, hormis 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 ; pour ne pas apparaître dans le décolleté, celle-ci est placée, autant que possible, le plus bas possible, selon un axe soit horizontal soit oblique en bas et en dedans, plus adapté si une reconstruction mammaire est envisagée ultérieurement.

❑ La **mammectomie conservant l'étui cutané du sein** correspond à une exérèse plus limitée du sein : seulement le mamelon et l'aréole, ainsi que la totalité de la glande mammaire. Par contre l'enveloppe cutanée du sein est intégralement conservée.

Cette technique n'est utilisée que dans un petit nombre de cas très particuliers : elle s'adresse à une forme moins fréquente de cancer du sein, les carcinomes intracanaux (ou carcinomes canaux in situ), chez les femmes désirant bénéficier d'une reconstruction mammaire immédiate (c'est-à-dire réalisée dans le même temps opératoire que la mammectomie).

QU'EST- CE QUE LE CURAGE AXILLAIRE GANGLIONNAIRE ?

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 lorsque la tumeur est volumineuse ou que le ganglion sentinelle contient des cellules cancéreuses.

L'incision est effectuée au niveau du creux axillaire. Un drain aspiratif (drain de Redon) peut-être mis en place à la fin de l'intervention.

Il a pour rôle d'évacuer les sécrétions sanguines et lymphatiques qui se forment dans les suites immédiates

de l'intervention. Ce drain sera retiré au plus tard au 5ème ou 6ème jour après l'intervention par l'infirmière, avant votre sortie de l'hôpital.

L'analyse de ces ganglions permet de savoir si des cellules cancéreuses sont présentes à ce niveau et constitue l'un des éléments qui fait ou non poser l'indication d'un traitement médical complémentaire (chimiothérapie et/ou hormonothérapie).

QU'EST- CE QUE LE GANGLION SENTINELLE ?

Il est possible que votre chirurgien vous propose un prélèvement du "ganglion axillaire sentinelle".

Le prélèvement consiste en l'exérèse du ganglion axillaire le plus proche du sein nommé "ganglion sentinelle". Ce ganglion (ou un groupe de 2 ou 3 ganglions) est considéré comme le reflet de l'état des autres ganglions de l'aisselle ; l'idée est que si ce ganglion ne contient pas de cellules cancéreuses, les autres ne doivent pas en contenir non plus, et inversement.

Le principe de l'opération consiste en l'injection préalable dans le sein, d'un produit radioactif (très faiblement irradiant et donc sans danger) la veille de l'intervention, et d'un colorant bleu (bleu patenté) au moment de l'intervention. Le produit injecté va se diffuser du sein vers le ganglion sentinelle ce qui permet son repérage et son prélèvement par le chirurgien.

Ce ganglion est analysé pendant l'intervention. Si celui-ci est indemne il n'est plus nécessaire de réaliser le curage axillaire.

COMMENT SE DERoule L'HOSPITALISATION ?

❑ Avant l'intervention :

Une consultation pré-anesthésique doit être réalisée 1 à 2 semaines avant l'intervention.

Vous serez hospitalisée la veille de l'intervention. Durant cette journée, des examens complémentaires pourront être réalisés s'ils n'ont pas été effectués auparavant :

- une prise de sang,
- électrocardiogramme.

Le matin de l'intervention, un traitement relaxant (prémédication vous sera donnée). Vous serez conduite au bloc opératoire, une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée.

Il est indispensable de ne prendre aucun médicament contenant de l'aspirine ou ayant une action anticoagulante dans les 10 jours avant et après l'intervention sauf si indiqué par les anesthésistes.

Certains risques sont favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'intervention.

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

□ Après l'intervention :

Vous passerez en salle de réveil où la surveillance post-opératoire sera faite pendant 2 heures environ, 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, les médecins du service, chirurgiens référents + internes, passeront vous examiner et feront les prescriptions nécessaires pour les soins.

Votre médecin traitant sera informé de votre hospitalisation et recevra le compte-rendu de l'intervention. Il sera également informé des résultats (sous une dizaine de jours...) de votre intervention et des propositions thérapeutiques qui en découlent.

Une psychologue est présente dans le service : vous pourrez la rencontrer sur simple demande de votre part.

De même, un(e) kinésithérapeute passera vous voir lors de votre hospitalisation.

La sortie a généralement lieu entre le 5ème 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 l'artère axillaire) ou nerveuses (du nerf du grand dorsal ou du

nerf du grand dentelé) peuvent se produire de manière exceptionnelle et nécessiteront alors une prise en charge spécifique.

□ En post-opératoire :

Des complications peuvent survenir de manière rare : chacune nécessitera une prise en charge spécifique.

1 - 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.

2 - La lymphocèle :

il s'agit d'une collection de lymphes qui se situe dans le creux axillaire. Elle peut nécessiter une ou plusieurs ponctions évacuatrices.

3 - L'hématome :

il s'agit d'une collection de sang qui peut parfois nécessiter une évacuation chirurgicale.

4 - L'abcès :

il s'agit d'une infection du site opératoire qui peut également conduire à une reprise chirurgicale.

5 - La nécrose cutanée :

elle est liée à une souffrance cutanée due à une vascularisation insuffisante de la peau. Elle entraîne un retard de cicatrisation et peut parfois nécessiter une réintervention chirurgicale.

□ A distance de l'intervention :

1 - Le lymphœdème du membre supérieur (= gros bras) : il s'agit d'un gonflement qui peut survenir à distance de l'opération.

2 - La limitation de mobilité de l'épaule :

concernant ces 2 derniers points, quelques conseils de prévention et exercices de rééducation vous sont détaillés dans un document qui vous sera remis pendant votre hospitalisation.

LES TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES

Ce sont les moyens thérapeutiques associés à la chirurgie et comportent :

- sur le plan local : la radiothérapie ;
- sur le plan général : la chimiothérapie et/ou l'hormonothérapie.

Ces traitements sont décidés et proposés de manière collégiale (Comité de cancérologie gynécologique et mammaire se réunissant une fois par semaine) après discussion de votre dossier par l'équipe multidisciplinaire qui comporte des chirurgiens gynécologues, des médecins radiothérapeutes et oncologues médicaux, des radiologues et des anatomopathologistes.

Lors de la consultation post-opératoire, qui s'effectue 2 à 3 semaines après l'intervention, votre chirurgien vous fera part des propositions thérapeutiques vous concernant et les transmettra à votre médecin.

LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE

Après une mammectomie, une reconstruction mammaire peut être envisagée. Le délai dans lequel elle peut être pratiquée dépend de la nécessité ou non de réaliser un traitement complémentaire :

- en l'absence de traitement : elle peut être faite dans un délai court (inférieur à 3 mois), une fois la cicatrisation complète obtenue ;
- dans le cas contraire : le traitement complémentaire doit être complètement terminé ; en cas de radiothérapie au niveau de la paroi thoracique, un délai d'un an après la fin de celle-ci est en général requis.

Vous pourrez avoir les réponses à vos questions en interrogeant votre chirurgien sur le meilleur moment pour réaliser cette intervention, ainsi que sur la meilleure technique pouvant être pratiquée dans votre cas.

(voir feuilles d'informations spécifiques)

Numéros de téléphone utiles en cas de problème

Consultations externes : 02 47 47 47 40

Urgences gynécologie : 02 47 47 47 47 poste 7.20.87



www.chu-tours.fr