

Les informations contenues dans ce livret sont destinées à vous aider à vous souvenir de la discussion que vous avez eue avec votre chirurgien.

Elles sont « générales » et s'adressent à tou(te)s les patient(e)s.

Vous n'êtes donc pas concerné(e) par toutes les interventions figurant dans ce livret. Certaines informations peuvent vous sembler différentes de ce que vous a dit votre chirurgien car il a adapté ses explications à votre cas particulier et à vos spécificités.



Sommaire

A/ INFORMATIONS MÉDICALES CONCERNANT LES INTERVENTIONS DE CHIRURGIE MAMMAIRE

LA CHIRURGIE MAMMAIRE

La mastectomie partielle	6
L'oncoplastie.....	11
Le repérage radiologique mammaire avant chirurgie conservatrice	13
La mastectomie totale.....	15

L'ÉVALUATION GANGLIONNAIRE

Prélèvement du ganglion sentinelle (GS)	24
Le curage axillaire.....	27

B/ INFORMATIONS CONCERNANT L'ORGANISATION AUTOUR DE VOTRE INTERVENTION CHIRURGICALE

Informations médicales sur l'anesthésie	34
Informations sur la prise en charge de la douleur postopératoire	39
Informations concernant la douche préopératoire	41
Chirurgie ambulatoire	43
Numéros utiles.....	48 et 55
Chirurgie conventionnelle.....	49
Quels soins pour mes cicatrices ?.....	52



**A/ INFORMATIONS
MÉDICALES
CONCERNANT
LES INTERVENTIONS
DE CHIRURGIE
MAMMAIRE**

LA CHIRURGIE MAMMAIRE

La mastectomie partielle

(ou chirurgie conservatrice du sein)

Organisation

Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4
Bilan préopératoire	Chirurgie	Suivi postopératoire	Suite du traitement
Consultation Chirurgie ↓ +/- Échographie de validation ↓ Consultation Anesthésie +/- Bilan sanguin +/- Bilan cardiologique ↓ Réunion de Concertation Pluridisciplinaire	Mastectomie partielle +/- Prélèvement ganglionnaire	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ↓ +/- Soins externes ↓ Consultation annonce postopératoire : suite du traitement	+/- Traitements adjuvants possibles : Chimiothérapie Radiothérapie Hormonothérapie Thérapie ciblée Immunothérapie

Définition

Elle consiste à enlever la partie de votre sein contenant la tumeur (bénigne, précancéreuse ou cancéreuse).

Cette chirurgie conservatrice du sein peut demander un repérage préalable de la tumeur et/ou être associée à un prélèvement ganglionnaire plus ou moins étendu (ganglion sentinelle ou curage axillaire).

Reportez-vous aux différentes rubriques si vous êtes concerné(e).

Indications

Une mastectomie partielle vous est proposée lorsque la tumeur est suffisamment petite par rapport à la taille du sein pour permettre de l'enlever complètement avec une zone de sécurité autour, tout en laissant suffisamment de glande mammaire pour avoir un résultat esthétique satisfaisant.

Préparation à l'intervention

Selon l'étendue de la chirurgie, une anesthésie générale est nécessaire (parfois une anesthésie locale). Pour cela, vous rencontrerez en consultation préopératoire un médecin anesthésiste responsable de cette partie de l'intervention.

Il répondra à toutes les questions relatives à sa spécialité. Cette consultation a lieu dans le mois qui précède l'intervention et minimum 48 heures avant l'hospitalisation.

Déroulement de l'intervention

L'incision (= ouverture) sur la peau (qui donnera la cicatrice) est très variable et dépend de nombreux facteurs. Vous pouvez poser la question à votre chirurgien mais il est parfois difficile de préciser le tracé exact de cette future cicatrice, en particulier si la tumeur n'est pas palpable et nécessite un repérage préalable.

Le chirurgien pratique une incision cutanée et enlève la tumeur avec des marges de sécurité (= tissu sain autour). Le mamelon et l'aréole sont conservés, sauf en cas de tumeurs situées juste derrière le mamelon et l'aréole.

Pendant l'intervention, après avoir enlevé le morceau de sein nécessaire, le chirurgien va déposer dans le « trou » des petites agrafes métalliques (clips) qui aideront pour mieux cibler la radiothérapie, si celle-ci est nécessaire, et faciliteront la surveillance mammographique ultérieure. Ces clips restent en place définitivement, ils sont parfaitement tolérés, indolores et ne contre-indiquent la réalisation d'aucun examen (les IRM sont possibles).

Le chirurgien va utiliser le reste de la glande mammaire pour minimiser le « trou » qui a été fait. Le résultat esthétique est difficile à prédire, car il dépend non seulement du geste chirurgical mais également de la façon dont va se faire la cicatrisation à l'intérieur du sein, voire des modifications ultérieures liées à la radiothérapie. Cependant le plus souvent, la déformation est minime.

La peau est finalement refermée, le plus souvent, avec des fils résorbables qui disparaîtront spontanément en quelques semaines ou mois.

L'intervention est réalisée en ambulatoire (hospitalisation d'une journée) et parfois en hospitalisation de courte durée (1 nuit) selon le geste effectué et vos problèmes de santé. Un drain est rarement mis en place.

Le morceau de sein enlevé sera envoyé pour examen au microscope et vous aurez le résultat de cet examen lors de la consultation d'annonce faite avec votre chirurgien environ 3 semaines après l'intervention.

Pour les tumeurs précancéreuses ou cancéreuses, la chirurgie et le traitement après la chirurgie seront décidés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et votre chirurgien vous fera donc part du traitement que l'on vous proposera lors de cette consultation d'annonce.

Après l'intervention

En cas de chirurgie partielle pour une tumeur précancéreuse ou cancéreuse, le morceau de sein enlevé est toujours un peu plus large que la tumeur vue par les radios préopératoires afin de pouvoir évaluer au microscope comment est le sein autour de la tumeur. S'il existe à l'analyse au microscope des cellules précancéreuses ou cancéreuses au-delà de la tumeur dans cette « zone de sécurité » que l'on enlève (et qui n'étaient donc pas visibles avant ou pendant l'intervention), il est possible que l'on vous propose une ré-intervention. Ceci vous sera dit lors de la consultation d'annonce et peut arriver dans 10 à 15 % des cas (dans 85 à 90 % des cas, une seule opération suffit).

En cas de réintervention, le chirurgien vous précisera la date de la réintervention, soit quelques semaines après la première chirurgie, soit parfois après la chimiothérapie quand celle-ci est indiquée.

S'il n'y a pas eu de prélèvement associé de tous les ganglions de l'aisselle (curage), la chirurgie du sein entraîne peu de douleur, mais plutôt une sensation de tension du sein, généralement calmée par un traitement antalgique simple.

Ces sensations peuvent cependant persister pendant plusieurs semaines et le traitement antalgique (médicaments antidouleur) peut être continué voire adapté s'il vous semble insuffisant. Parlez-en alors avec votre médecin traitant.

Reprenez vos activités dès que vous vous en sentez capable, il est souvent meilleur pour le moral de revenir à une vie la plus normale possible.

Il n'y a aucun danger à faire toutes les activités dont vous avez envie, dès lors que vous vous en sentez capable.

La reprise des bains et des activités sportives et nautiques (piscine, mer) sera autorisée au moins un mois après l'opération. Votre chirurgien vous le confirmera en consultation postopératoire.

Complications éventuelles

Comme toute intervention médicale, il peut y avoir des complications qui sont rares en matière de chirurgie du sein (< 10 %). Elles sont essentiellement marquées par le risque d'hématome et d'infection.

→ L'hématome

L'hématome est l'accumulation de sang dans la cavité opératoire et survient le plus souvent dans les heures qui suivent l'intervention. Il se traduit par une augmentation assez rapide et douloureuse du sein (ou limitée au site opératoire). Contactez-nous si cela vous arrive chez vous, il peut être nécessaire parfois d'évacuer cet hématome sous anesthésie générale.

N.B. : l'hématome est différent de l'ecchymose, coloration bleue de la peau (comme les bleus que l'on se fait en se cognant) plus ou moins étendue sur le sein. Ces ecchymoses vont partir spontanément et ne demandent aucun traitement particulier.

L'hématome est également différent de la poche de liquide (sérome) qui peut se former à l'endroit de l'opération. Cette poche, si elle est gênante pour vous, sera ponctionnée en soins externes par une infirmière spécialisée.

→ L'infection

Elle se traduit par une rougeur étendue de la peau (au-delà de la cicatrice cutanée) et une fièvre, associées à des douleurs (mais la rougeur seule ou les douleurs seules ne sont pas un signe d'infection) et survient dans les jours ou les semaines qui suivent l'intervention. Contactez-nous dans ce cas, il est nécessaire de vous examiner pour voir si un traitement antibiotique est nécessaire, ou encore une ponction ou un geste chirurgical en cas d'abcès.

Ce risque est augmenté en cas de diabète, d'immunodépression, d'obésité ou de tabagisme.

→ Nécrose cutanée, désunion de cicatrice

De façon assez rare, peut survenir une « brûlure » (nécrose) de la peau en cas de décollement proche de la peau, surtout si celle-ci est déjà fragile.

Il peut aussi arriver de façon assez exceptionnelle que la suture ne tienne pas et s'ouvre.

Ceci nécessitera des soins locaux qui seront commencés en consultation de soins externes et poursuivis au domicile pendant quelques jours à quelques semaines.

Ce risque est augmenté en cas de diabète, d'immunodépression ou de tabagisme.

Les complications sont possibles mais rares, elles sont gênantes, désagréables mais ne mettent pas votre vie en danger.

N.B. : cette chirurgie conservatrice du sein peut être associée à un prélèvement ganglionnaire plus ou moins étendu (ganglion sentinelle ou curage axillaire). Reportez-vous aux différentes rubriques de ce livret si vous êtes concernée.

L'oncoplastie

Définition

Il s'agit d'une chirurgie conservatrice du sein par mastectomie partielle, à laquelle s'associe une technique de chirurgie plastique, dans le but de retirer une zone plus étendue (pour des tumeurs plus grosses), tout en préservant l'aspect et le galbe du sein.

Ces techniques permettent aussi de corriger une ptôse (sein tombant) et/ou une hypertrophie mammaire.

Déroulement de l'intervention

Le déroulement est le même qu'une mastectomie partielle mais ces techniques entraînent des cicatrices plus longues qui peuvent être périaréolaires (tout autour de l'aréole), avec un trait de refend interne ou externe ou en « T inversé » (en forme d'ancre).

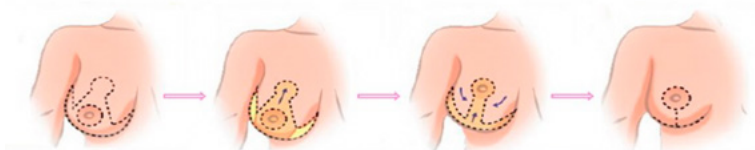
Le choix du type d'oncoplastie, et donc de la cicatrice attendue, dépendra de la localisation de la tumeur et du volume de votre sein.



Plastie externe



Plastie interne



Plastie complexe à pédicule, cicatrice en « T inversé »

Selon l'importance de l'oncoplastie, l'intervention est réalisée en ambulatoire (hospitalisation d'une journée) ou en hospitalisation de courte durée (1 ou 2 nuits), en fonction du geste effectué et de vos problèmes de santé. Un drain est parfois mis en place.

En cas d'asymétrie des deux seins, un geste de « symétrisation » de l'autre sein pourra être envisagé, selon une technique chirurgicale similaire.

Ce geste fera aussi l'objet d'une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale, dans le cadre de l'ALD. Il sera généralement réalisé dans un second temps, pour ne pas retarder la prise en charge du cancer et les éventuels traitements complémentaires nécessaires (chimiothérapie, radiothérapie), et afin de garantir le résultat esthétique le plus satisfaisant possible.

Après l'intervention

Un RDV en soins externes sera systématiquement programmé quelques jours après votre sortie. L'infirmier(e) spécialisé(e) évaluera alors s'il est nécessaire de réaliser une ponction et vérifiera que la cicatrisation se passe bien et ne nécessite pas la mise en place de soins locaux.

Les suites opératoires ainsi que les délais d'attente des résultats sont similaires à ceux d'une mastectomie partielle simple.

Bien que la réalisation d'une oncoplastie permette une exérèse la plus large possible, le risque de reprise chirurgicale en cas de « zone de sécurité » insuffisante existe toujours (*cf. rubrique mastectomie partielle*).

Les complications éventuelles

Outre le risque d'infection ou d'hématome postopératoire (*cf. rubrique mastectomie partielle*), la réalisation d'une oncoplastie expose à un risque plus important de retard de cicatrisation, de désunion de cicatrice et de nécrose cutanée, de perte de sensibilité, notamment au niveau de la plaquearéolo-mamelonnaire (l'aréole et le mamelon).

Cette dernière ayant été déplacée, il y a parfois des difficultés de revascularisation, avec un aspect violacé voire nécrotique (noir), nécessitant alors des soins locaux et un suivi infirmier régulier.

Le repérage radiologique mammaire avant chirurgie conservatrice

Définition

Lorsque l'anomalie détectée dans le sein n'est pas palpable par le chirurgien lors de l'examen clinique et n'a été vue que sur les bilans radiologiques (mammographie, échographie ou parfois IRM), le chirurgien a besoin de l'aide du radiologue pour pouvoir situer précisément cette anomalie et enlever la partie du sein qui contient la lésion. Il demande donc au radiologue de la repérer avant l'intervention.

Ce repérage consiste à mettre au niveau de la lésion, dans le sein, un produit identifiable (colorant bleu appelé bleu patenté) ou parfois un dispositif métallique (harpon) quelques heures avant l'opération.

Avant le repérage

Avant le repérage proprement dit, le radiologue peut souhaiter vérifier les modalités exactes de cette technique, vous aurez alors une consultation dans le service d'imagerie qui est appelée « validation du repérage ».

Il vous sera demandé d'apporter lors de cette validation, tous les clichés d'imagerie (mammographie, échographie et éventuellement IRM) qui ont amené à la découverte de l'anomalie du sein.

Il est possible que lors de cette « validation », le radiologue découvre en vérifiant votre bilan, de nouvelles images passées inaperçues jusque-là mais qui, pour lui, nécessitent de nouveaux prélèvements. C'est une éventualité rare. Le radiologue en informera votre chirurgien.

En cas de nouveaux prélèvements, il est nécessaire d'en attendre les résultats (examen au microscope) car ces résultats peuvent modifier le type d'intervention à réaliser, voire la date de cette intervention. Vous en serez informé(e).

Déroulement du repérage

Ce repérage est effectué par le radiologue spécialisé en imagerie du sein, dans le service d'imagerie de l'établissement quelques heures avant l'intervention. Selon le jour et l'heure de votre intervention, il peut être fait la veille ou le jour même.

Le moment du repérage vous sera indiqué avec le rendez-vous d'hospitalisation.

Suivant les cas, le radiologue a décidé du mode de guidage du repérage : échographique (vous serez alors allongée sur le dos), stéréotaxique (vous serez assise), ou exceptionnellement sous IRM (vous serez allongé(e) sur le ventre).

Lorsque vous êtes installé(e), le radiologue va vérifier la position de l'anomalie en contrôlant sur son écran ou en prenant de nouveaux clichés selon la procédure choisie. Il désinfecte ensuite la peau du sein et introduit une aiguille fine jusqu'à l'image anormale. Un nouveau contrôle de la bonne position de l'aiguille est effectué puis le colorant est injecté.

Un marquage sur la peau (croix faite sur la peau avec un crayon) à l'aplomb de la lésion complétera le repérage. Des contrôles de la bonne position du repérage sont faits (directement sur écran ou par des clichés) tout au long de cette procédure. Quand le repérage est terminé, le radiologue colle sur la peau un pansement transparent pour éviter que la croix sur la peau ne s'efface jusqu'au moment de l'intervention.

Cette croix sur la peau indiquera au chirurgien où se trouve la lésion mais ne correspond pas forcément au niveau de la cicatrice sur la peau (la cicatrice cutanée et le lieu où l'on enlève la lésion peuvent être décalés).

La durée de ce repérage est très variable suivant le type d'image et sa localisation, elle dépasse cependant rarement une heure et est peu douloureuse (moins que la biopsie qui a été faite pour faire le diagnostic).

Il arrive parfois que certain(e)s patient(e)s, sujet(te)s à des malaises vagues (malaises sans gravité favorisés entre autres par l'émotion) ne se sentent pas bien pendant le repérage. Si vous êtes sujet(te) à ce type de malaise, signalez-le au début de la procédure.

Un compte rendu du repérage sera transmis à votre chirurgien au bloc.

Après ce repérage

et suivant les cas, vous resterez quelques instants en observation avant de retourner dans votre chambre pour y attendre l'heure de l'intervention (si le repérage a lieu le jour de celle-ci) ou vous monterez directement au bloc opératoire.

La mastectomie totale

Organisation

Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4
Bilan préopératoire	Chirurgie	Suivi postopératoire	Suite du traitement
Consultation Chirurgie ↓ Consultation Anesthésie +/- Bilan sanguin +/- Bilan cardiologique ↓ Réunion de Concertation Pluridisciplinaire	Mastectomie totale +/- Prélèvement ganglionnaire	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ↓ Soins externes ↓ Consultation annonce postopératoire : suite du traitement	+/- Traitements adjuvants possibles : Chimiothérapie Radiothérapie Hormonothérapie Thérapie ciblée Immunothérapie

Définition

La chirurgie mammaire non conservatrice (ou mastectomie totale) est une intervention chirurgicale qui consiste à enlever le sein dans son intégralité, y compris l'aréole et le mamelon.

Indications

Elle peut vous être proposée dans certains cas. Par exemple :

- La forme de la tumeur ou l'endroit où elle se trouve rend impossible une chirurgie conservatrice ;
- Le cancer est trop volumineux par rapport à la taille du sein pour réaliser une chirurgie conservatrice et un traitement médical avant la chirurgie (chimiothérapie ou hormonothérapie) en vue de diminuer la taille de la tumeur n'est pas adapté pour ce type de tumeur ou n'a pas diminué suffisamment la taille de la tumeur ;
- Plusieurs tumeurs sont présentes dans le sein et sont éloignées l'une de l'autre ;
- Le sein présente des signes d'inflammation en relation avec le cancer ;
- Il s'agit d'une récurrence sur le même sein et vous avez déjà eu une radiothérapie au niveau de ce sein ;

- Il s'agit de lésions pré cancéreuses étendues (carcinome intra canalaire encore appelé *in situ*) ;
- Une chirurgie conservatrice a déjà été effectuée et les marges de tissu autour de la tumeur, qui semblaient saines au moment de la chirurgie, présentent en réalité des cellules cancéreuses à l'examen au microscope ;
- Une chirurgie conservatrice pourrait être réalisée mais la radiothérapie, qui est systématique dans ce cas, n'est pas souhaitable : problème médical ou choix de la patiente ;
- Choix de la patiente.

Préparation à l'intervention

La mastectomie est une intervention chirurgicale réalisée sous anesthésie générale et anesthésie locorégionale.

L'anesthésiste, responsable de cette partie de votre intervention, répondra à toutes les questions relatives à sa spécialité lors de la consultation préopératoire.

Cette consultation a lieu dans le mois qui précède l'intervention et plus de 48 heures avant l'hospitalisation.

Déroulement de l'intervention

Elle peut être proposée seule ou associée à une évaluation ganglionnaire au niveau du creux axillaire (ganglion sentinelle ou curage axillaire).

Le chirurgien retire la tumeur avec toute la glande mammaire. Le thorax à cet endroit devient plat, sans mamelon et aréole avec une cicatrice oblique ou horizontale et prolongée dans l'aisselle.

Une reconstruction mammaire immédiate peut, dans certaines indications, vous être proposée sur le même temps opératoire. Dans ce cas, il est parfois possible de conserver l'étui cutané (= la peau du sein) +/- la plaque aréolo-mamelonnaire.

Pendant l'intervention, un drain est habituellement mis en place au niveau de la cicatrice. Il permet d'évacuer les liquides et les sécrétions (sang et lymphes) qui peuvent s'accumuler au niveau de la zone opérée. Ce drain est retiré par l'infirmière quelques jours après votre intervention sur décision du chirurgien, le plus souvent le jour de la sortie.

Dans certains cas, si vous le demandez, le chirurgien peut vous proposer de sortir à domicile avec le drain. Celui-ci sera alors retiré par une infirmière lors d'une consultation en soins externes, quelques jours après votre sortie.

La peau est refermée le plus souvent avec des fils résorbables qui disparaîtront spontanément en quelques semaines ou mois.

En cas d'antécédents importants ou de risque de phlébite, des bas de contention et/ou des médicaments anticoagulants peuvent vous être prescrits.

L'hospitalisation est habituellement de 3 à 5 jours en moyenne.

Elle varie selon le geste effectué, votre état de santé général et la façon dont vous avez supporté l'intervention.

Tout ce qui est retiré lors de l'intervention chirurgicale sera envoyé pour examen au microscope et vous aurez le résultat de cet examen lors de la consultation d'annonce faite avec votre chirurgien 3 semaines après l'intervention.

Pour les tumeurs précancéreuses ou cancéreuses, la chirurgie et le traitement après la chirurgie seront décidés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et votre chirurgien vous fera donc part du traitement que l'on vous propose lors de cette consultation d'annonce.

Après l'intervention

S'il n'y a pas eu de prélèvement associé de tous les ganglions de l'aisselle (curage), la chirurgie du sein entraîne peu de douleur. Elles sont généralement calmées par un traitement antalgique par paracétamol. Ces sensations peuvent cependant persister pendant plusieurs semaines et le traitement antalgique (médicaments antidouleur) peut être continué voire adapté. S'il vous semble insuffisant, parlez-en alors avec votre médecin traitant.

Dès l'ablation du drain, un **sérome** sous cutané (poche de liquide sous la peau) peut apparaître sous la cicatrice. Cette collection se forme quelques jours après l'intervention et elle est d'importance variable suivant les personnes.

Lors de votre sortie, l'infirmière vous donnera un rendez-vous dans le service de soins externes quelques jours après votre sortie. L'infirmière de ce service évaluera si la poche de liquide formée est suffisamment importante pour nécessiter une ponction (vous vous en apercevez parfois vous-même en ayant l'impression d'un gonflement sous la cicatrice).

L'infirmière fera la ponction (non douloureuse en général) de cette poche à l'aide d'une aiguille et d'une seringue après désinfection de la peau. La quantité de liquide (jaune ou rougeâtre) enlevée est variable d'une personne à l'autre et cette poche peut se renouveler dans les jours qui suivent, nécessitant de nouvelles ponctions.

L'infirmière de soins externes a l'habitude d'évaluer le temps nécessaire pour la ponction suivante, en sachant que si cette poche se renouvelle très vite et que vous êtes gênée avant la date du rendez-vous suivant, vous pouvez toujours contacter le service de soins externes pour avancer la date du prochain rendez-vous.

La durée des ponctions, l'espace entre deux ponctions, le nombre de ponctions sont très variables. On donne une moyenne d'une à deux ponctions par semaine pendant 3 semaines à 1 mois, mais ce n'est qu'une moyenne.

Reprenez vos activités dès que vous vous en sentez capable, il est souvent meilleur pour le moral de revenir dans la vie normale que de s'exclure.

Il n'y a aucun danger à faire toutes les activités dont vous avez envie, dès lors que vous vous en sentez capable.

La reprise des bains et des activités sportives intenses et nautiques (piscine, mer) sera autorisée au moins un mois après l'opération. Votre chirurgien vous le confirmera en consultation postopératoire.

Complications éventuelles

Comme toute intervention chirurgicale, il peut y avoir des complications qui sont rares en matière de chirurgie du sein (< 10 %).

Elles sont essentiellement marquées par le risque d'hématome et d'infection.

→ L'hématome

L'hématome est l'accumulation de sang dans la cavité opératoire et survient le plus souvent dans les heures qui suivent l'intervention. Il se traduit par une augmentation assez rapide et douloureuse au niveau de la zone opérée. Contactez-nous si cela vous arrive chez vous, il peut être nécessaire parfois d'évacuer cet hématome sous anesthésie générale.

N.B. : l'hématome est différent de l'ecchymose, coloration bleue de la peau (comme les bleus que l'on se fait en se cognant) plus ou moins étendue sur le sein. Ces ecchymoses vont partir spontanément et ne demandent aucun traitement particulier.

L'hématome est également différent de la poche de liquide (**sérome**) qui peut se former à l'endroit de l'opération. Cette poche, si elle est gênante pour vous, sera ponctionnée en soins externes par une infirmière.

→ L'infection

Elle se traduit par une rougeur étendue de la peau (au-delà de la cicatrice cutanée) et une fièvre, associées à des douleurs (mais les douleurs seules ne sont pas un signe d'infection) et survient dans les jours ou les semaines qui suivent l'intervention. Contactez-nous dans ce cas, il est nécessaire de vous examiner pour voir si un traitement antibiotique est nécessaire, ou encore une ponction ou un geste chirurgical en cas d'abcès.

Les complications sont possibles mais rares, elles sont gênantes, désagréables mais ne mettent pas votre vie en danger.

N.B. : cette chirurgie du sein peut être associée à un prélèvement ganglionnaire plus ou moins étendu (ganglion sentinelle ou curage axillaire). Reportez-vous aux différentes rubriques si vous êtes concernées.

Soutien et perspectives après une chirurgie du sein

La consultation infirmière

Je viens d'avoir une intervention chirurgicale. Auprès de qui puis-je trouver de l'aide ?

Vous pourrez trouver ce soutien lors d'une consultation infirmière, à la Polyclinique d'Hénin Beaumont.

Vous bénéficierez de conseils personnalisés, dispensés par une infirmière spécialisée à l'accueil des patientes mastectomisées. Vous pourrez rencontrer celle-ci avant l'intervention, au cours de votre hospitalisation et/ou après.

Que peut m'apporter cette consultation ?

Dans le respect de votre intimité, vous obtiendrez des réponses à toutes vos interrogations. Cette consultation vous prodiguera également un soutien psychologique, qui vous permettra une meilleure qualité de vie et facilitera votre réadaptation.

D'autre part une information vous sera apportée sur le choix de prothèse et de lingerie spécialement conçue pour le port de votre prothèse externe.

Cette consultation est-elle obligatoire ?

Non, la consultation est facultative. Toutefois, nous constatons que les patientes qui y assistent, apprécient ce temps d'accompagnement.

Ce temps privilégié est également un temps d'écoute, d'échange, et d'information.

Si vous ne souhaitez pas assister à la consultation, les infirmières pourront néanmoins vous remettre à la sortie d'hospitalisation une ordonnance et la documentation sur les prothèses et la lingerie.

Comment se déroule la consultation ?

Vous serez reçue seule ou accompagnée de la personne de votre choix durant une heure. Au cours de cette rencontre, vous pourrez échanger et découvrir différentes prothèses afin de choisir celle qui vous convient le mieux.

Où et quand a lieu cette consultation ?

La consultation a lieu à la Polyclinique d'Hénin Beaumont. Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser auprès du secrétariat, de l'infirmière coordinatrice de parcours ou des infirmières du Service de soins externes.

Les prothèses externes

Une prothèse externe vous sera prescrite en cas de mastectomie totale ou en cas de réduction provoquant une asymétrie entre les deux seins.

Il existe différentes possibilités :

- ➔ La prothèse externe en dacron (textile léger enveloppé de coton), vous est proposée dès votre hospitalisation pendant la période de cicatrisation.
- ➔ La prothèse externe en silicone. Elle fait suite à la prothèse en dacron, une fois que vous avez bien cicatrisé.
- ➔ La prothèse externe en silicone adhésive : vous pouvez en bénéficier la deuxième année.

Qu'est-ce qu'une prothèse externe ?

C'est une prothèse amovible, en dacron ou en gel de silicone, de différentes tailles et de différentes formes selon votre morphologie, adhésive ou non. Elle se glisse dans une lingerie adaptée. Elle s'achète en pharmacie ou dans des magasins spécialisés. Elle est prise en charge à 100 %.

Une prothèse en dacron vous sera remise dans le service à l'issue de l'intervention.

Est-il indispensable de porter une prothèse externe et puis-je ne pas la porter tout le temps ?

C'est vous seule qui décidez si vous souhaitez la porter et quand. Il est possible de ne pas porter de prothèse externe.

Combien de temps après la mastectomie puis-je porter une prothèse externe ?

Vous pouvez porter :

- La prothèse légère en dacron immédiatement
- La prothèse en silicone non adhésive dans un soutien-gorge avec poche au bout de deux mois.

Quels sont les contraintes pratiques et les risques éventuels ?

Il n'y a pas de contrainte spécifique en dehors du lavage régulier de l'enveloppe de coton pour la prothèse en dacron et du lavage régulier de la prothèse en silicone.

Pour la prothèse adhésive, il peut se produire des irritations de la peau et dans ce cas il est préférable de privilégier les autres prothèses.

Comment puis-je améliorer mon confort vestimentaire et l'esthétique sans reconstruction chirurgicale ?

Il existe des sous-vêtements et des maillots de bain adaptés avec poche pour prothèse.

Il existe également des sous-vêtements asymétriques qui permettent un maintien du sein unique : soutien-gorge, lingerie de nuit, caraco. Vous pouvez également trouver des vêtements asymétriques par les motifs ou par les formes, des vêtements amples au niveau du buste.

Les associations peuvent vous renseigner.

Certaines femmes choisissent de porter un cache-cœur ou une étole pour masquer l'asymétrie. Certaines marques s'intéressent au sujet.

Y a-t-il des précautions particulières à prendre (sport, voyage, avion etc.) ?

Non, aucune.

Quel est le coût d'une prothèse externe ? Est-ce pris en charge ?

Les prothèses en dacron et en silicone non adhésives sont totalement remboursées.

La prise en charge est-elle renouvelable ?

Oui, une fois par an.

Le renouvellement est possible douze mois après l'achat de la première prothèse, puis le renouvellement est possible tous les 18 mois.

Les soutiens-gorge sont-ils remboursés ?

Non malheureusement, mais les prises en charge évoluent. Posez la question à votre mutuelle.

Pourrai-je continuer à mettre ma lingerie ?

Tout dépend de votre lingerie et de votre choix de prothèse. Une lingerie spécialisée sera parfois plus confortable et plus adaptée. Il existe sans doute des modèles adaptés très proches de votre lingerie, mais c'est à vous de voir ce qui est le plus confortable et le plus seyant.

Après la mastectomie sans reconstruction chirurgicale, de quoi mon buste aura-t-il l'air (vue, toucher, sensations) ?

Du côté opéré il n'y aura pas de relief, le mamelon est retiré.

La cicatrice est en général oblique ou horizontale et sans mamelon.

La peau est moins sensible.

Il peut y avoir quelques excès cutanés graisseux sur le côté, encore appelés « oreilles ». Si cela vous gêne, parlez-en à votre chirurgien. Il peut vous proposer une reprise chirurgicale qui est possible en ambulatoire (hospitalisation de jour).

Le buste sera asymétrique et le sein restant gardera toute sa place.

Est-ce que je peux faire un tatouage artistique sur la cicatrice ?

Oui une fois la cicatrisation définitive obtenue, en prenant avis auprès de votre chirurgien.

Reconstruction chirurgicale

Pourrais-je avoir une reconstruction chirurgicale de mon sein ?

Oui, dans la majorité des cas, cette reconstruction se fait secondairement.

Dans certains cas, elle peut être réalisée en même temps que l'ablation du sein.

Puis-je décider de ne pas avoir de chirurgie reconstructrice ?

Oui, c'est le cas pour la majorité des patientes.

Dans de rares cas, une reconstruction chirurgicale ne peut pas être réalisée pour des raisons médicales ou chirurgicales, dans d'autres cas c'est le choix des patientes.

Pendant combien de temps puis-je réfléchir ?

Le temps que vous souhaitez. Il n'y a pas de délai limite tant que votre état de santé le permet.

Ai-je la possibilité de changer d'avis ultérieurement ?

Oui, même plusieurs années après une mastectomie, vous pouvez décider de vous faire reconstruire chirurgicalement.

En dehors d'une reconstruction immédiate, la reconstruction peut s'envisager avec un délai minimum de 6 à 12 mois après la fin de la radiothérapie, ou 6 mois après une mastectomie totale si vous n'avez pas d'autre traitement cancérologique.

Chaque femme est unique et chacune aura son propre parcours.

Dans tous les cas, le bon moment sera celui que vous aurez choisi, chacune à son rythme. Il faut que vous vous sentiez prête.

Quelles sont les différentes options chirurgicales possibles ?

Il existe différents types de reconstruction :

- ➔ Par prothèse mammaire interne (implant en gel de silicone ou plus rarement au sérum physiologique) ;
- ➔ Par lambeau de peau et de muscle prélevé dans le dos (grand dorsal) ;
- ➔ Par injection de graisse seule (lipomodelage) ;
- ➔ Par lambeau de peau et de graisse prélevé sur le ventre (technique du DIEP), plus rarement sur les cuisses et/ou fesses.

Un livret d'informations détaillées existe.

Existe-t-il des associations de patientes qui peuvent me renseigner à ce sujet ?

Oui.

L'ÉVALUATION GANGLIONNAIRE

Prélèvement du ganglion sentinelle (GS)

Définition

C'est le fait d'enlever le ou les premier(s) ganglion(s) de l'aisselle, proche(s) de la tumeur du sein afin de savoir (par l'examen au microscope) s'il(s) contien(nen)t ou non des cellules cancéreuses. Ces ganglions sont dits « positifs » quand ils contiennent des cellules cancéreuses, « négatifs » dans le cas contraire.

Leur état évalué au microscope est un des éléments pour décider du traitement après la chirurgie.

Indication et principes

L'évaluation de l'état des ganglions de l'aisselle par la procédure du ganglion sentinelle est réalisable pour certains cancers (« carcinome invasif ou infiltrant » sur le compte rendu de la biopsie) et dans certaines lésions précancéreuses (« carcinome canalaire *in situ* »).

Mais tous les cancers et toutes les lésions précancéreuses ne relèvent pas de ce type d'évaluation ganglionnaire.

Certaines lésions n'ont pas besoin que l'on évalue l'état ganglionnaire quand on enlève la tumeur, d'autres ont besoin d'emblée que soit fait un curage (ablation d'un plus grand nombre de ganglions de l'aisselle).

C'est votre chirurgien qui vous indiquera lors de la consultation s'il y a besoin d'une évaluation ganglionnaire associée au geste du sein et selon quelles modalités.

La procédure du ganglion sentinelle a pour but d'éviter d'enlever tous les ganglions de l'aisselle (*cf. chapitre Curage en page 27*).

L'analyse des ganglions sentinelles sera faite en même temps que celle de la tumeur mammaire. Selon l'état de ces ganglions, outre des précisions pour le traitement ultérieur, sera également décidée, la conduite à tenir pour les autres ganglions de l'aisselle :

➔ Si le(s) ganglion(s) sentinelle(s) est négatif(s), il n'est pas réalisé de curage.

➔ En cas d'atteinte et selon les caractéristiques de la tumeur du sein, un curage complémentaire peut être réalisé.

La décision de faire ou non un ganglion sentinelle, de faire ou non un curage complémentaire, repose sur des documents de référence établis à partir de données scientifiques (référentiels de l'INCa ou de l'HAS) et sera discutée et/ou confortée lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

RCP : réunion multidisciplinaire de tous les médecins s'occupant de cancer du sein, afin de déterminer pour chaque cas, le traitement adapté. Cette réunion est systématique avant et après toute intervention chirurgicale.

Déroulement de la procédure du ganglion sentinelle (GS)

Lorsque le prélèvement du ganglion sentinelle est indiqué, il est nécessaire de repérer ce(s) ganglion(s) avant l'intervention.

➔ Repérage du ganglion sentinelle

Il est fait dans un service de médecine nucléaire, la veille ou le matin de l'intervention selon l'heure de celle-ci. On injecte, dans le sein, à l'aide d'une fine aiguille, un produit radioactif dit radio-isotope.

L'injection est peu douloureuse et le produit n'est pas dangereux, ni pour vous, ni pour votre entourage (même les femmes enceintes). Une scintigraphie sera réalisée une à quelques heures plus tard. Cet examen montrera si le produit injecté dans le sein est bien arrivé dans les ganglions et le nombre de ganglions ainsi marqués.

Cette scintigraphie est une sorte de radio. Vous êtes allongé(e) sur le dos et une caméra va « photographier » votre sein et votre aisselle. L'examen est indolore et dure environ 30 minutes. Les clichés de scintigraphie seront communiqués au chirurgien afin qu'il puisse être guidé au moment de l'intervention.

➔ L'ablation du(es) ganglion(s) sentinelle(s)

Elle est faite dans la majorité des cas en même temps que l'ablation de la tumeur du sein, sous anesthésie générale.

Le chirurgien se guide grâce à une sonde de détection pour localiser et connaître le nombre de ganglions à enlever. Cette ablation des GS nécessite souvent une deuxième incision (cicatrice) dans le creux de l'aisselle, différente de l'incision du sein. Parfois une seule incision est possible pour la tumeur et les ganglions (notamment quand la tumeur est proche de l'aisselle).

Dans de rares cas (<10 %), l'injection du produit avant l'intervention ne permet pas de visualiser des ganglions. Le chirurgien va alors injecter en début d'intervention, un autre produit (bleu patenté ou vert d'indocyanine) qui peut permettre de repérer les GS en les colorant en bleu ou en les rendant fluorescents, selon la technique utilisée.

En cas d'injection du colorant bleu, il est possible que votre visage prenne une couleur grisâtre dans les heures qui suivent l'intervention. Cette coloration va rapidement s'éliminer par les urines qui seront bleues pendant 24 heures. La trace bleue de l'injection peut également rester sur le sein, elle s'atténue progressivement en quelques semaines ou quelques mois.

Enfin, de manière très rare (<5 %), aucun ganglion sentinelle n'est repérable, malgré l'injection des différents produits, dans ce cas et si l'évaluation des ganglions est nécessaire pour orienter la suite du traitement, un curage axillaire sera alors réalisé pendant l'intervention.

Après l'intervention

Le prélèvement du GS seul (sans curage) permet d'éviter les possibles complications du curage (*cf. ce chapitre*).

Il est cependant possible dans les suites opératoires de ressentir une sensation d'engourdissement de la peau du bras, de sentir dans l'aisselle une petite « corde » sous-cutanée qui disparaîtra spontanément en quelques semaines.

Enfin **vous pouvez et devez vous servir normalement de votre bras**. Une gymnastique douce d'autokiné sera recommandée dans les premières semaines. Un livret réalisé par les kinés vous sera remis à la sortie.

Vous pourrez avoir des ponctions veineuses de ce côté (injection intraveineuse ou perfusion), la tension artérielle peut également être prise de ce côté.

Le curage axillaire

Définition

C'est l'ablation d'une grande partie des ganglions situés dans la graisse du creux de l'aisselle. Cette ablation se fait sous anesthésie générale, le plus souvent en même temps que l'ablation de la tumeur mammaire.

Le nombre de ganglions enlevés varie d'une personne à l'autre (en moyenne une dizaine) mais il n'est pas connu pendant l'intervention. En effet le chirurgien enlève non pas les ganglions un à un, mais l'ensemble de la graisse que contient l'aisselle. Les ganglions seront ensuite isolés de la graisse lors de l'analyse au laboratoire.

Le résultat de cette analyse vous sera donné lors de la consultation d'annonce (nombre de ganglions positifs sur nombre de ganglions prélevés, en sachant que c'est le nombre de ganglions positifs qui est un des facteurs de décision du traitement ultérieur).

Indications

Un curage axillaire peut être nécessaire pour certains cancers du sein :

- ➔ D'emblée (sans faire de ganglion sentinelle au préalable) dans certaines circonstances.
- ➔ Ou après le prélèvement du ganglion sentinelle dans certaines circonstances si celui-ci est « positif » (malade) et selon les caractéristiques de la tumeur du sein.
- ➔ Ou encore si le ganglion sentinelle n'a pu être repéré par les différents produits d'injection (échec de détection).

Le curage est fait le plus souvent par une incision (cicatrice) différente de celle de la tumeur du sein. Parfois une seule incision est réalisable, en fonction notamment de la localisation de la tumeur du sein ou en cas de mastectomie totale.

L'hospitalisation est fonction de la chirurgie mammaire réalisée. La réalisation d'un curage axillaire n'allonge pas la durée d'hospitalisation. Un drain n'est le plus souvent pas nécessaire.

Lors de votre séjour en hospitalisation, l'équipe soignante vous expliquera les mouvements de rééducation à faire pour éviter la raideur de l'épaule du côté opéré. Un livret réalisé par les kinés vous sera remis à la sortie.

Effets secondaires du curage

Ces effets sont liés à l'ablation des ganglions mais sont variables selon les personnes et peuvent souvent ne pas se manifester. Il est impossible de dire avant l'intervention si vous aurez ou non certains de ces effets.

Les effets secondaires précoces (dans les jours et semaines qui suivent l'intervention)

→ Les douleurs

Elles sont variables d'une personne à l'autre, d'une simple gêne à des douleurs de type décharge électrique.

Elles siègent non pas au niveau de la cicatrice mais plus souvent dans le bras du côté du curage. Elles s'associent souvent à une sensation d'engourdissement ou de perte de sensibilité de la peau sur la partie interne et supérieure du bras.

Si vous ressentez fortement ces douleurs, suivez le traitement antalgique qui vous a été conseillé à votre sortie aussi longtemps que vous êtes gêné(e). Si ce traitement ne vous paraît pas suffisant pour calmer vos douleurs, parlez-en à votre médecin traitant afin qu'il puisse adapter le traitement antidouleur.

Ces douleurs peuvent être déclenchées par certains mouvements ou activités, là aussi variables selon les personnes.

Si vous constatez cela, éviter ces gestes ou activités pendant le temps des douleurs aiguës.

Les phénomènes douloureux vont diminuer progressivement avec le temps et vous reprendrez peu à peu vos activités.

Ne forcez pas sur le seuil douloureux (ce n'est cependant pas dangereux) mais ne restez pas non plus sans bouger le bras, vous risquez alors une ankylose de l'épaule qu'il est toujours difficile de récupérer.

→ Le sérome sous-cutané axillaire

Il s'agit d'une collection de liquide (sérum) qui vient combler la cavité créée dans l'aisselle par l'ablation de la graisse contenant les ganglions. Cette collection se forme quelques jours après l'intervention et elle est d'importance variable suivant les personnes.

Lors de votre sortie, on vous donnera un rendez-vous dans le service de soins externes quelques jours après votre sortie. Là, l'infirmière spécialisée évaluera si la poche de liquide formée est suffisamment importante pour nécessiter une ponction (vous vous en apercevez parfois vous-même en ayant l'impression d'un gonflement sous la cicatrice axillaire, l'impression « d'un œuf sous le bras »).

L'infirmière fera la ponction (non douloureuse en général) de cette poche à l'aide d'une aiguille et d'une seringue après désinfection de la peau.

La quantité de liquide (jaune ou rougeâtre) enlevée est variable d'une personne à l'autre et cette poche peut se renouveler dans les jours qui suivent la ponction, nécessitant de nouvelles ponctions.

L'infirmière de soins externes a l'habitude d'évaluer le temps nécessaire pour la ponction suivante, en sachant que si cette poche se renouvelle très vite et que vous êtes gêné(e) avant la date du rendez-vous suivant, vous pouvez toujours contacter le service de soins externes pour avancer le prochain rendez-vous.

La durée des ponctions, l'espace entre deux ponctions, le nombre de ponctions sont très variables. On donne une moyenne d'une à deux ponctions par semaine pendant 3 à 4 semaines, mais ce n'est qu'une moyenne.

Dans les jours ou semaines qui suivent le curage, peut apparaître sous la peau de l'aisselle et parfois se prolonger le long du bras jusqu'au poignet, **une corde** correspondant en fait à un trajet lymphatique). Cette « corde » peut être gênante, empêchant parfois de détendre complètement le bras ou le poignet. Elle est cependant sans danger et disparaîtra spontanément en quelques semaines (4 à 6 en moyenne).

Si la gêne est importante ou persistante, il pourra être prescrit des séances de kinésithérapie.

Des complications peuvent survenir comme pour tout geste chirurgical :

- ➔ **Hématome** avec gonflement rapide sous le bras dans les heures qui suivent l'intervention ;
- ➔ **Infection** (rougeur étendue de la peau au-delà de la cicatrice et fièvre) souvent plus tardive par rapport à l'intervention (dans les semaines ou le mois qui suit).

Vous devez alors recontacter le service par téléphone. Vous serez reçu(e) en consultation le jour même ou le lendemain pour juger de la conduite à tenir. Une nouvelle intervention pour évacuer un hématome ou un abcès est parfois nécessaire.

Les effets secondaires tardifs (plusieurs semaines ou mois après l'intervention)

➔ **La raideur ou la diminution de mobilité de l'épaule**

Elle survient souvent chez des personnes qui ont déjà une autre pathologie de l'épaule (connue ou non). Elle peut être favorisée par la peur qu'ont certain(e)s patient(e)s de bouger après ce type de chirurgie.

Utilisez votre bras rapidement après l'intervention sans toutefois « forcer » sur le seuil de la douleur.

Peu à peu la douleur diminue et la mobilité du bras s'accroît.

Il est rare que vous soyez durablement gêné(e) dans les activités de la vie quotidienne.

➔ **Le gonflement du bras ou lymphœdème ou « gros bras »**

C'est le plus connu et le plus redouté des effets secondaires du curage.

Il peut survenir quelques mois ou quelques années après le curage.

Autrefois fréquent et parfois important, il est devenu plus rare (10 à 15 % des cas) du fait des techniques différentes de curage et des modalités différentes de la radiothérapie.

Questions / Réponses sur le ganglion sentinelle et le curage axillaire

Quels problèmes puis-je rencontrer après un curage axillaire ou un prélèvement du ganglion sentinelle ?

Vous pouvez avoir une difficulté pour bouger l'épaule, comme une sensation de raideur plusieurs semaines ou quelques mois après votre intervention qui peuvent être augmentées si vous ne bougez pas suffisamment votre bras.

Vous pouvez avoir une sensation de « peau cartonnée » sous le bras, qui va disparaître progressivement.

Vous pouvez également avoir comme une « corde » qui se tend sous le bras. Vous pouvez la masser et elle disparaîtra aussi progressivement.

Est-ce que je risque d'avoir un gros bras ?

Le gonflement du bras qu'on appelle aussi lymphœdème existe mais il est devenu très rare car les techniques chirurgicales et de radiothérapie ont changé et se sont améliorées.

Le risque est encore plus rare après un GS (< 5 %) qu'après un CA (10 à 15 %).

Quelles précautions prendre pour ne pas avoir un gros bras ?

Bougez et servez-vous normalement de votre bras.

Nous vous conseillons d'éviter de prendre du poids si votre poids est normal. Si votre poids est trop important essayez de perdre du poids pour atteindre un poids normal pour votre taille.

Dois-je faire des séances de kinésithérapie après le curage axillaire ?

Les séances de kinésithérapie ne sont pas systématiques. En revanche, il est important d'utiliser votre bras rapidement après l'intervention afin d'éviter l'ankylose, sans forcer le seuil de la douleur et de reprendre progressivement vos activités habituelles. Si vous restez limité(e) dans vos mouvements un mois après l'intervention, parlez-en à votre chirurgien.

Combien de temps après l'intervention, puis-je conduire ?

Dès que vous avez retrouvé une bonne mobilité au niveau du bras et que vous vous sentez capables. Cela peut être dans les deux à trois jours après l'intervention pour des petites distances.

Puis-je porter du côté opéré ?

Dans les semaines qui suivent l'intervention, vous pouvez porter du côté opéré dans la limite de vos possibilités, afin de ne pas accentuer votre douleur éventuelle.

Dans les mois qui suivent l'intervention, vous pouvez porter comme avant.

Est-ce que je peux porter les enfants après l'intervention ? Combien de temps après ?

Il est tout à fait possible de porter les enfants du côté opéré, il faut juste écouter votre douleur si elle apparaît et ne pas forcer.

Peut-on prendre la tension ou réaliser des prises de sang du côté opéré ?

Il est possible de prendre la tension de ce côté si la mesure de la tension est ponctuelle.

Si en revanche elle doit être répétée sur une même journée dans le cadre d'une intervention chirurgicale par exemple ou une surveillance tensionnelle, il sera alors préférable de la prendre de l'autre côté.

Vous pouvez réaliser les prises de sang/ perfusion/ transfusion du côté opéré, s'il est nécessaire de piquer de ce côté, sinon préférez l'autre bras.

Si je me blesse au niveau du bras ou de la main du côté opéré, dois-je réaliser des soins particuliers ?

En cas de blessure (ou morsure) au niveau du bras ou de la main du côté opéré, désinfectez soigneusement la blessure (à l'eau et au savon et appliquez un antiseptique) pour éviter une infection.

Dois-je prendre des précautions particulières lorsque je fais du jardinage ?

Lors d'activités de jardinage, essayez de porter de manière systématique des gants de protection afin d'éviter les blessures.

Puis-je mettre du déodorant ?

Vous pouvez mettre du déodorant bien sûr, de préférence sans alcool et sans parfum.

Est-ce que je peux me raser ou m'épiler après l'intervention ?

Vous pouvez tout à fait vous raser ou vous épiler dès lors que votre peau axillaire est cicatrisée.

Y a-t-il des sports que je ne peux pas pratiquer après l'intervention ?

Toutes les activités sportives sont autorisées, en respectant votre rythme et sans forcer. Vous pouvez faire : de la natation, de la course à pied, de la gymnastique, du yoga, de l'aviron, etc.

Après l'intervention, demandez à votre médecin quand vous pouvez reprendre le sport.

Est-ce que je peux prendre l'avion ?

Oui, quelle que soit la distance et sans oublier de bouger votre bras pendant le voyage.

Est-ce que je peux m'exposer au soleil ?

Oui, il n'y a pas de précaution particulière concernant les températures élevées. Vous pouvez donc vous exposer au soleil en vous protégeant la peau normalement (écran total en couche épaisse sur la cicatrice).

Il faut un à deux ans pour acquérir une cicatrisation définitive. En cas d'exposition au soleil sans protection, il y a un risque d'hyperpigmentation (coloration brune) définitive de vos cicatrices.



**B/ INFORMATIONS
CONCERNANT
L'ORGANISATION
AUTOUR DE VOTRE
INTERVENTION
CHIRURGICALE**

Informations médicales sur l'anesthésie

Qu'est-ce que l'anesthésie ?

L'anesthésie est une technique médicale qui rend insensible aux gestes chirurgicaux (ou médicaux) douloureux et/ou invasifs. Il existe plusieurs manières de provoquer cette insensibilité. Cet état particulier permet de ne pas ressentir les douleurs ou encore l'angoisse provoquées par le geste chirurgical. Il peut être obtenu par anesthésie générale, par anesthésie locorégionale ou par anesthésie locale. Parfois, deux techniques sont combinées (anesthésie générale et locorégionale, par exemple).

Lors d'une anesthésie générale, le patient reçoit des médicaments qui rendent inconscient. Ces médicaments vont induire un état qui ressemble un peu au sommeil. L'anesthésie générale diffère cependant du sommeil dans la mesure où la douleur provoquée par l'acte chirurgical ne réveille pas. Les réactions de l'organisme à l'acte chirurgical sont également contrôlées.

L'anesthésie locorégionale permet de rendre la région du corps opérée insensible. Cette insensibilité est obtenue en empêchant les nerfs de cette région de fonctionner de façon temporaire par l'action de médicaments spéciaux : les anesthésiques locaux. Injectés à proximité des nerfs, ils les « endorment » (on dit « bloquer » dans le langage anesthésique).

Une anesthésie locorégionale nécessite toujours une injection.

Une anesthésie générale peut être associée soit de principe, soit devenir nécessaire en cas d'insuffisance ou d'échec de l'anesthésie locorégionale.

Toute anesthésie, générale et/ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance et une visite pré-anesthésique.

La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste réanimateur.

Au cours de cette consultation et de la visite pré-anesthésique, vous serez informé(e) des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre cas.

À cette occasion, vous serez amené(e) à exprimer vos préférences. Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de l'acte opératoire, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits.

Le médecin qui pratiquera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation. Il disposera de votre dossier médical et en cas de nécessité, pourra choisir de modifier la technique prévue.

Comment serez-vous surveillé(e) pendant l'anesthésie et à votre réveil ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste.

En fin d'intervention, vous serez surveillé(e) de manière continue dans une salle de surveillance post-interventionnelle pendant une heure environ.

Quels sont les risques de l'anesthésie ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Ce risque est minimisé par l'évaluation médicale pré opératoire et par la gestion adaptée de vos médicaments personnels : c'est la raison pour laquelle il est important d'apporter l'ordonnance de votre traitement personnel.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter.

Aussi, les complications graves de l'anesthésie, qu'elles soient cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses, sont devenues très rares.

En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'événements désagréables.

Quels sont les inconvénients et les risques propres à l'anesthésie générale ?

Des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil. Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement au décours de l'intervention.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaire particulière.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe.

Après anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister. Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie.

Tous les symptômes précédemment cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à consulter. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.

Quelles sont les anesthésies locorégionales utiles en chirurgie du sein ?

L'intervention, se fait sous anesthésie générale.

Afin de diminuer la douleur postopératoire, nous pouvons vous proposer d'anesthésier également les nerfs de la région opérée.

Qu'est-ce une anesthésie locorégionale ?

C'est une technique d'anesthésie qui peut être pratiquée en complément ou à la place d'une anesthésie générale.

Dans le cas des interventions sur la poitrine, cette technique est utilisée en complément de l'anesthésie générale pour diminuer la douleur après l'intervention.

Pour cette anesthésie, un anesthésique local doit être injecté à proximité des nerfs de la région opérée.

Pendant la ponction, le médecin anesthésiste utilise un appareil d'échographie pour guider l'aiguille.

Où injecte-t-on le médicament en cas de chirurgie sénologique ?

L'injection est réalisée soit sur la partie antérieure, soit latérale de la poitrine ou encore dans le dos. La localisation de l'injection dépendra du médecin anesthésiste le jour de l'opération. Cette décision sera prise dans votre plus grand intérêt. Pour votre confort, il est possible que vous receviez un sédatif pendant la procédure.

Quels sont les avantages de ces techniques ?

Le principal avantage de ces techniques est de diminuer les douleurs postopératoires.

Vous recevrez des antalgiques après l'intervention. Combinés à ces techniques spéciales, ces médicaments sont plus efficaces. De ce fait, certains antalgiques complémentaires comme la morphine seront moins nécessaires. Moins (ou pas) de ces médicaments signifie moins d'effets secondaires tels que nausées, vomissements, fatigue, sensations bizarres, vertiges.

Les nerfs de la région opérée étant anesthésiés, l'anesthésie générale pourra être moins profonde. Une anesthésie plus légère permet un réveil plus rapide et un rétablissement facilité.

Certaines études récentes tendent à montrer qu'il y aurait un bénéfice en cas de chirurgie pour cancer chez les patientes bénéficiant de ces techniques d'anesthésie complémentaires.

Quels sont les risques de ces techniques ?

Il existe, comme pour toute technique médicale, un risque d'échec.

D'autres risques existent : pendant la ponction, il peut arriver qu'un vaisseau sanguin soit blessé. Cela peut entraîner un hématome.

D'autres structures peuvent être accidentellement touchées. Pour la technique recourant à une ponction dans le dos, la plèvre (membranes entourant le poumon) peut être exceptionnellement abîmée. Il en résulte l'entrée d'air entre ces membranes. Dans ce cas, si la quantité d'air est importante, il peut être nécessaire de poser un drain.

Il existe un risque rarissime d'injection de l'anesthésique local dans la circulation sanguine.

Enfin, le risque infectieux ne peut jamais totalement être écarté.

Existe-t-il des effets secondaires ?

Ces techniques ont peu d'effets secondaires.

L'anesthésie de la peau du sein peut constituer une gêne pour certaines personnes mais rares sont les patientes à s'en plaindre. De toute façon, cette sensation d'insensibilité de la peau est temporaire. Au plus, elle peut se prolonger pendant 12 à 18 heures.

Si vous ressentez un inconfort lors de l'anesthésie locale, un médicament sédatif pourra vous être proposé afin d'être plus confortable. Il y aura toujours quelqu'un à votre service.

Les contre-indications sont :

- ➔ L'allergie aux anesthésiques locaux ;
- ➔ Une infection locale ;
- ➔ Les perturbations sévères de la coagulation (congénitaires ou induits par des médicaments).

Conclusion

Il existe des techniques d'anesthésie complémentaires à l'anesthésie générale pour la chirurgie du sein. Votre anesthésiste peut vous proposer ces techniques lors de votre consultation avant l'anesthésie. Il discutera avec vous des avantages et des risques.

Bien que ces techniques soient innovantes, le recul est suffisant pour pouvoir les proposer. Dans le but d'accroître notre expérience et de la partager avec d'autres médecins, nous enregistrons (comme nous le faisons d'habitude) vos scores de douleur après l'intervention.

Remarque : Il peut arriver, lors d'une intervention chirurgicale sous anesthésie générale, qu'un membre de l'équipe soignante soit victime d'un AES (accident d'exposition au sang). C'est-à-dire que, par une piqûre ou une projection sur ses muqueuses, ce soignant soit en contact avec votre sang.

Dans ce cas, il y a urgence à connaître votre statut sérologique, s'il n'est pas connu, vis-à-vis des virus des hépatites et du VIH (délai maximum de 2 heures), afin de, si nécessaire, mettre en route un traitement d'urgence chez le soignant.

Nous pouvons donc être amenés à vous faire cette prise de sang pendant l'anesthésie générale. Si vous y êtes opposé(e), merci de le signaler à l'admission auprès du médecin anesthésiste ou de l'infirmière qui vous accueillera dans le service.

Informations sur la prise en charge de la douleur postopératoire

Avant l'hospitalisation : en consultation d'anesthésie

Vous recevrez toutes les informations en rapport avec la prise en charge de la douleur.

Si vous rentrez chez vous le jour de l'intervention, l'anesthésiste vous remettra lors de la consultation d'anesthésie une ordonnance pour le traitement antidouleur à prendre dès votre retour à domicile.

Procurez-vous ces médicaments chez votre pharmacien avant votre hospitalisation.

Pendant l'hospitalisation

Une évaluation régulière de votre douleur sera effectuée par l'infirmière et des antalgiques vous seront donnés.

Les principaux médicaments utilisés (en l'absence de contre-indication) sont les suivants :

- Le paracétamol
- Les anti-inflammatoires
- Le néfopam
- Le tramadol
- La Lamaline ou l'Izalgi
- La morphine ou ses dérivés

Selon les médicaments, l'administration se réalisera par voie intraveineuse ou par voie orale.

Une technique nécessitant votre participation peut également vous être proposée pour certains types d'intervention. Il s'agit de l'Analgésie Contrôlée par le Patient également appelée PCA.

La PCA utilise un appareil que votre médecin programme pour soulager votre douleur et pour vous apporter un maximum de confort. L'appareil est composé d'un réservoir qui contient un médicament pour calmer la douleur (le plus souvent de la morphine) et un dispositif électronique que vous commandez par un bouton.

Cet appareil est branché à votre perfusion. En appuyant sur le bouton-poussoir que vous confiera votre infirmière, l'appareil vous délivrera une petite dose d'antidouleur.

Cet antidouleur met entre 5 et 7 minutes pour faire effet. Si, dans ce laps de temps, vous réactivez le bouton-poussoir, l'appareil ne vous délivrera pas de dose. En revanche, si vous n'êtes pas suffisamment soulagé après 7 minutes, appuyez sur le bouton. C'est vous qui décidez quand demander l'antidouleur.

La pompe est réglée par le médecin pour éviter les surdosages et votre douleur est soulagée en toute sécurité. La PCA est dotée d'un maximum de sécurité.

Si une panne se produisait, une alarme la signalerait immédiatement à l'infirmière.

Quelle que soit la technique proposée, un(e) infirmier(e) passera régulièrement pour évaluer votre douleur et s'assurer que vous êtes suffisamment soulagé(e). À cette occasion, sachez lui faire part d'éventuelles sensations inconfortables (somnolence, nausées, douleur d'estomac, démangeaisons...).

Après l'hospitalisation et à distance de l'intervention

Utilisez les médicaments antalgiques aux doses et au rythme prescrits en consultation d'anesthésie ou à votre sortie.

Si des douleurs persistent à distance de l'intervention chirurgicale, il vous est possible de rencontrer un médecin spécialisé dans la prise en charge de la douleur.

Vous pouvez prendre rendez-vous au secrétariat d'Algologie au **03 21 13 32 51**.

Ce médecin fera un premier bilan et vous proposera une prise en charge spécialisée adaptée à vos douleurs en cas de besoin.

Informations concernant la douche préopératoire

Vous allez être hospitalisé(e) pour une intervention chirurgicale. Certaines règles d'hygiène sont à observer pour éviter les complications infectieuses.

Pourquoi réaliser la douche préopératoire ?

La douche préopératoire réalisée à l'aide d'un savon doux est destinée à éliminer les germes présents sur votre peau. **Elle est indispensable** avant toute intervention chirurgicale.

De la bonne réalisation de cette douche dépendront la sécurité et la qualité des soins que vous prodigue l'équipe soignante.

Quand réaliser la douche préopératoire ?

Elle doit être réalisée **la veille et le jour de l'intervention chirurgicale à votre domicile**.

Si nécessaire et avant la douche, faites une dépilation à la crème dépilatoire ou à la tondeuse et enlever votre vernis.

Le jour de l'intervention :

→ **Ne vous maquillez** pas (ni crème, ni vernis)

En effet, une surveillance de la coloration de votre visage sera réalisée durant l'intervention.

→ **Retirer vos bijoux et piercings**

→ Vous prendrez une douche **corps et cheveux compris**, à l'aide d'un **savon doux ou antiseptique** (selon la recommandation de votre chirurgien) et de **votre shampoing habituel** (sauf mention particulière du chirurgien).



Comment réaliser la douche préopératoire ?

Vous devez respecter les indications suivantes :

- Mouillez-vous soigneusement la tête, les cheveux et l'ensemble du corps sous la douche.
- Lavez-vous les cheveux et la tête à l'aide du shampoing et faites mousser. Frottez votre peau directement avec les mains ou à l'aide d'un gant de toilette propre et d'un savon.
- Sur le visage et le cou, lavez-vous en faisant mousser le savon. Insistez au niveau des oreilles, y compris derrière celles-ci.
- Lavez votre corps à l'aide du savon en commençant par le haut et en terminant par le bas. Insistez sur les aisselles, le nombril, les régions des organes génitaux et du pli interfessier et les pieds.
- Rincez-vous abondamment.
- Séchez-vous avec une serviette propre et mettez des vêtements propres.

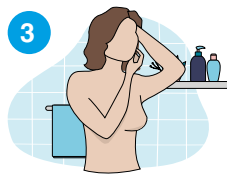
En pratique, comment faire ?



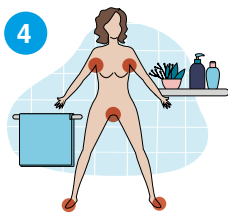
1 Enlever le vernis, couper et curer les ongles



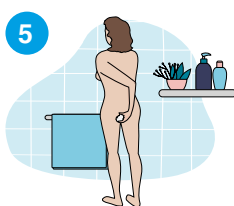
2 Commencer par faire un shampoing



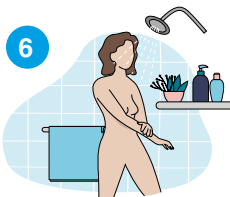
3 Laver le visage, le cou et les oreilles



4 Insister sur : les aisselles, le nombril, les plis de l'aîne et les pieds



5 Savonner en dernier la région génitale puis la région anale



6 Rincer abondamment toujours de haut en bas



7 Se sécher avec une serviette propre, mettre des vêtements propres

Chirurgie ambulatoire

Organisation

Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4
Bilan préopératoire	La veille ou le jour de l'intervention	Chirurgie	Suivi postopératoire
Consultation Chirurgie ↓ Consultation Anesthésie +/- Bilan sanguin +/- Bilan cardiologique ↓ +/- Consultation d'accompagnement soignant	SMS la veille de l'intervention ↓ +/- Détection du ganglion sentinelle ↓ +/- Repérage radio pré opératoire	+/- Repérage radio pré opératoire ↓ Bloc opératoire ↓ Geste chirurgical	SMS par l'infirmière ↓ +/- Soins externes ↓ Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ↓ Consultation annonce post opératoire

Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ?

Par chirurgie ambulatoire, on désigne la réalisation d'interventions chirurgicales chez les patients qui entrent le matin et sortent le soir, rejoignant ainsi leur domicile le jour même.

Présentation du service

Vous serez pris(e) en charge dans l'unité de chirurgie ambulatoire.

Le service se situe au 1^{er} étage.

Toutes les chambres sont équipées d'un fauteuil/lit et de sanitaires.

Étape 1 : Préparer votre entrée

Dès que votre date d'hospitalisation est fixée, vous devez effectuer les formalités de pré-admission au bureau des admissions de l'établissement, situé au rez-de-chaussée, le jour de votre consultation d'anesthésie ou infirmière.

Cette démarche est essentielle : elle permet d'établir votre dossier administratif, de simplifier le circuit des formalités et de limiter le risque de retard le jour de l'intervention.

Le jour de votre hospitalisation, présentez-vous directement dans le service de chirurgie ambulatoire au 1^{er} étage.

Pièces administratives à apporter :

Certaines consignes sont primordiales pour la chirurgie ambulatoire et pourraient, si vous ne les respectez pas, faire reporter votre intervention...

Deux jours avant l'intervention

→ Un SMS vous sera envoyé afin de vous rappeler votre date d'intervention.

Si vous ne recevez pas de message, n'hésitez à rappeler le service pour confirmation



En cas d'empêchement...

Si vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter le jour de l'intervention, vous devez prévenir au plus vite le secrétariat

La veille de l'intervention

→ Un SMS vous sera envoyé afin de confirmer l'horaire d'hospitalisation et les consignes de jeûne.

En cas de non-réception du SMS, merci de rappeler le secrétariat du service après 13h.

→ Vous devez **prendre une douche** suivant les consignes ci-dessus.

Pourquoi réaliser la douche préopératoire ?

La douche préopératoire est destinée à éliminer les germes présents sur votre peau. Elle est **indispensable** avant toute intervention chirurgicale.

Comment réaliser la douche préopératoire ?

Cf. consignes détaillées en pages 41-42



N'oubliez pas de vous procurer les médicaments antalgiques (contre la douleur) prescrits par l'anesthésiste pour le retour à la maison.

Le matin de l'intervention

Vous devez **reprendre une douche** au domicile avant votre arrivée, suivant les consignes ci-dessus.

→ N'oubliez pas de **retirer les bijoux** et de **ne pas mettre de maquillage**, ni vernis.

→ N'apportez pas d'objets de valeur.

Nous vous demandons de respecter scrupuleusement l'heure de convocation.

Avant le départ

Vous devez **être à jeun 6h avant l'heure prévue de bloc** (ne pas manger, ne pas fumer, ne pas boire autre que les liquides ci-dessous).

Vous pourrez prendre des liquides (de l'eau, du café, du thé, du jus sans pulpe mais pas de lait !) **jusqu'à 2 heures** avant l'heure du bloc.

Lors de la consultation d'anesthésie, le médecin vous aura donné les consignes pour la **prise des médicaments** que vous prenez habituellement.



N'oubliez pas d'apporter :

→ Vos documents administratifs ;

→ Vos radios ou examens demandés lors des consultations ainsi que votre passeport ambulatoire.

Étape 2 : Votre passage au bloc opératoire

L'équipe vérifiera que vous êtes en possession des examens et radiographies nécessaires à votre intervention.

Une tenue de bloc adaptée vous sera remise.

Vous aurez la possibilité de vous rendre au bloc opératoire :

Soit debout : le brancardier viendra vous chercher dans votre chambre et vous accompagnera debout, vêtu(e) d'une tenue de bloc adaptée au bloc opératoire. Vous serez installé(e) à l'arrivée au bloc dans un petit salon d'attente et un(e) aide-soignant(e) ou un(e) infirmier(e) vous conduira jusqu'à la salle d'intervention.

Soit assis(e) : le brancardier viendra vous chercher dans votre chambre et vous conduira au bloc opératoire en fauteuil.

Si vous portez des prothèses (dentaires, capillaires, auditives) ou lunettes, vous pourrez les garder. Une pochette vous sera remise pour y mettre ces prothèses qui vous seront rendues à la sortie de la salle de réveil.

Étape 3 : Au retour dans votre chambre

L'état de votre pansement et vos constantes seront surveillés régulièrement.

L'infirmier(e) veillera à votre confort et mettra à votre disposition la sonnette et le téléphone.

Dès récupération de votre état de vigilance, vous aurez la possibilité de boire et manger dès que l'infirmier(e) vous y autorise. Votre premier lever s'effectuera en présence de l'infirmier(e) après la reprise de l'alimentation.

Le chirurgien viendra vous rendre visite avant votre sortie et vous donnera des informations sur le déroulement du geste opératoire et les consignes postopératoires.

Étape 4 : Votre sortie

Il est nécessaire de respecter un délai entre la fin d'intervention et votre sortie. L'heure de sortie est fixée par un médecin.

En cas de problème médical, le médecin peut prendre la décision, pour votre sécurité, de vous hospitaliser pour la nuit dans une autre unité.

N'oubliez pas les obligations suivantes :

- Ne pas conduire un véhicule pendant les 24 heures qui suivent l'intervention ;
- Avoir un téléphone à votre disposition ;
- Prévoir obligatoirement un proche ou un transport VSL pour votre retour à domicile.

L'infirmier(e) vous remettra l'ensemble des documents nécessaires à la continuité des soins (compte rendu opératoire, lettre de sortie, rendez-vous avec le chirurgien, rendez-vous de soins externes, ...).

Elle/il vous contactera par SMS le lendemain de l'intervention, pour prendre de vos nouvelles.



N'oubliez pas d'être en possession à la maison de vos antalgiques prescrits par l'anesthésiste.

Informations importantes complémentaires

→ Sur la prise en charge de la douleur postopératoire

Avant l'hospitalisation

En consultation d'anesthésie, vous sera remise une ordonnance d'antalgiques (médicaments contre la douleur).

Procurez-vous ces médicaments chez votre pharmacien avant votre hospitalisation.

Pendant l'hospitalisation

Une évaluation régulière de votre douleur sera effectuée par l'infirmier(e) et des antalgiques vous seront donnés.

Votre douleur sera calmée avant votre sortie.

Après l'hospitalisation

Utilisez les médicaments antalgiques aux doses et au rythme prescrits en consultation d'anesthésie.

Chirurgie conventionnelle

Organisation

Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4
Bilan préopératoire	La veille ou le jour de l'intervention	Chirurgie	Suivi postopératoire
Consultation Chirurgie ↓ Consultation Anesthésie +/- Bilan sanguin +/- Bilan cardiologique ↓ +/- Consultation d'accompagnement soignant	SMS la veille de l'intervention ↓ +/- Détection du ganglion sentinelle ↓ +/- Repérage radio préopératoire	+/- Repérage radio préopératoire ↓ Bloc opératoire ↓ Geste chirurgical	SMS par l'infirmière ↓ +/- Soins externes ↓ Consultation annonce post opératoire

Déroulement du séjour

Vous allez être hospitalisée pour une intervention chirurgicale dans le Département de chirurgie de la Polyclinique d'Hénin Beaumont, au 2^{ème} étage.

Voici les principales étapes de votre hospitalisation :

Étape 1 : Votre entrée dans le service

Vous serez hospitalisé(e) le jour même de l'intervention.

Vous êtes accueilli(e) par un(e) infirmier(e) qui vous installera dans l'Unité Ambulatoire Pré Opératoire (UAPO) ou votre chambre et vous donnera des informations administratives et hôtelières pour votre séjour.

→ L'infirmier(e) établira avec vous un recueil d'informations nécessaires à votre surveillance.

Elle répondra à vos questions sur :

- Le déroulement de votre séjour d'hospitalisation et l'organisation pour le jour de votre intervention chirurgicale ;
- La prise en charge de la douleur.

Dans le cas où un repérage radiologique est prévu avant l'intervention, l'infirmier(e) vous indiquera l'heure de celui-ci.

Vous rencontrerez l'anesthésiste au niveau du bloc opératoire ; les consignes de jeûne vous auront été rappelées par le SMS de la veille.

→ L'infirmier(e) pourra organiser un rendez-vous avec une psychologue selon vos besoins.

L'équipe vérifiera que vous êtes en possession des examens et radiographies nécessaires à votre intervention. Au besoin, des examens et prises de sang complémentaires seront pratiqués.

Selon les recommandations CBUM (Contrat du bon usage des médicaments), l'infirmier(e) **récupérera votre traitement personnel, et vous le rendra lors de votre sortie.**

Une tenue de bloc adaptée vous sera remise.

Il vous sera demandé de respecter un protocole de préparation à l'intervention. Cette préparation comprend une douche avec un savon doux ou antiseptique et un shampoing à réaliser le jour de l'intervention.

Étape 2 : Le jour de votre opération

L'heure du jeûne vous a été précisée par l'anesthésiste :

Les boissons sucrées (thé, café sans lait, jus de fruits sans pulpe, eau) sont autorisées et conseillées jusque 2 heures avant le passage au bloc.

Vous aurez la possibilité de vous rendre au bloc opératoire :

Soit debout : le brancardier viendra vous chercher dans votre chambre et vous accompagnera debout, vêtu(e) d'une tenue de bloc adaptée au bloc opératoire. Vous serez installé(e) à l'arrivée au bloc dans un petit salon d'attente et un(e) aide-soignant(e) ou un(e) infirmier(e) vous conduira jusqu'à la salle d'intervention.

Soit couché(e) : le brancardier viendra vous chercher dans votre chambre et vous conduira au bloc opératoire dans votre lit.

Si vous portez des prothèses (dentaires, capillaires, auditives) ou lunettes, vous pourrez les garder. Une pochette vous sera remise pour y mettre ces prothèses qui vous seront rendues à la sortie de la salle de réveil.

Étape 3 : Au retour dans votre chambre

L'état de votre pansement et vos constantes seront surveillés régulièrement. **L'infirmier(e)** veillera à votre confort et mettra à votre disposition la sonnette et le téléphone.

Dès récupération de votre état de vigilance, vous aurez la possibilité de boire et manger dès que l'infirmier(e) vous y autorise. Votre premier lever s'effectuera en présence de l'infirmier(e) après la reprise de l'alimentation.

Le chirurgien viendra vous rendre visite en fin d'après-midi et vous donnera des informations sur le déroulement du geste opératoire.

Étape 4 : Les jours suivant votre intervention

La durée de votre hospitalisation est prévue avant l'intervention. Il ne s'agit cependant que d'une estimation qui doit être adaptée à votre situation personnelle.

Les pansements seront retirés le lendemain ou le deuxième jour après l'intervention. Les cicatrices peuvent le plus souvent rester à l'air.

Des soins infirmiers à domicile ne seront le plus souvent pas nécessaires.

Vous pourrez prendre des douches pour nettoyer la cicatrice.

Des conseils d'hygiène vous seront donnés par l'infirmier(e).

Étape 5 : À votre sortie

Après confirmation de votre sortie par le médecin, les sorties se font habituellement vers 11h.

Une date de consultation d'annonce postopératoire sera fixée 3 semaines après votre sortie.

Un courrier sera établi pour votre médecin traitant. Il contiendra la synthèse de votre hospitalisation et les modalités de prise en charge de la douleur et/ou de surveillance postopératoire.

En cas de besoin, un rendez-vous avec une infirmière du service de soins externes vous sera donné quelques jours après votre sortie pour réaliser les ponctions ou contrôler la cicatrisation.

En cas de problème de cicatrisation à domicile, vous pourrez toujours contacter ce service de soins externes.

L'infirmier(e) vous explique les modalités de sortie et vous donnera les documents nécessaires.

L'arrêt de travail, si nécessaire, sera prescrit par le médecin traitant dès votre retour à domicile. Sa durée est variable en fonction de l'intervention réalisée.

L'équipe reste à votre disposition pour vous renseigner sur les formalités administratives.

Quels soins pour mes cicatrices ?

La Polyclinique d'Hénin Beaumont dispose d'un service de soins externes géré par des infirmières spécialisées permettant de revoir des patient(e)s systématiquement ou uniquement en cas de problème après un geste chirurgical. Les infirmières peuvent vous conseiller ou vous voir en consultation en cas de problème de cicatrisation.

➔ La plaie peut rester à l'air et les fils ne seront généralement pas à enlever car ils sont résorbables. Un petit nœud peut être présent à chaque extrémité de la cicatrice.

Il existe également une perte de sensibilité normale de la zone opérée.

➔ Un gonflement au niveau de la ou des plaies opératoires peut se produire. Celui-ci est dû à la présence de sérum/lymphe pouvant entraîner une gêne et une douleur.

Une ponction (geste non douloureux) sera alors réalisée par l'infirmière des soins externes à l'aide d'une seringue et d'une aiguille quelques jours après votre sortie d'hospitalisation.

➔ Un petit écoulement de sérum/lymphe (liquide jaune) peut se produire au niveau de la cicatrice. Vous pouvez alors nettoyer la plaie avec un antiseptique et mettre des compresses jusqu'au prochain rendez-vous avec l'infirmière. Sachez que cet écoulement diminue progressivement.

➔ Il est également habituel de sentir que le sein durcit après l'opération, principalement à l'endroit où le chirurgien a opéré (endroit qui peut ne pas être immédiatement sous la cicatrice) : ceci est normal. Cet aspect disparaît après quelques semaines voire quelques mois après l'intervention.

En ce qui concerne la toilette

Vous pouvez prendre des douches.

Il est conseillé d'utiliser :

➔ Un savon à **pH neutre** (type savon de Marseille) **sans parfum** durant les premières semaines

➔ Un déodorant **sans alcool, sans parfum**

➔ Une **crème dépilatoire** et non un rasoir

Pour sécher les cicatrices, il est conseillé de tamponner les cicatrices tant qu'il reste des petites croûtes. **Il faut laisser les croûtes partir seules.**

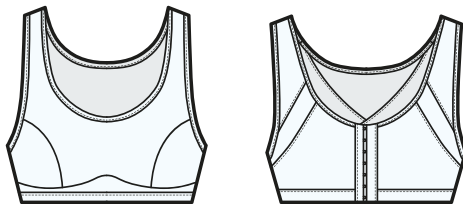
Les bains et la piscine seront autorisés **un mois environ après l'opération** (après avis de votre chirurgien en consultation postopératoire).

En ce qui concerne le port du soutien-gorge

Le soutien-gorge habituel n'est pas toujours bien toléré dans les suites opératoires.

Une brassière simple pourra vous être fournie avant votre intervention ou en cours d'hospitalisation. **Un soutien-gorge de type « sportif »** sera ensuite souvent plus confortable.

En cas de reconstruction par prothèse ou lambeau dorsal, ou en cas de réduction mammaire, le port d'une **brassière de maintien renforcé** est nécessaire et vous sera prescrite.



Les soins à apporter aux cicatrices

➔ Il n'y a rien de particulier à faire pendant les 2 premiers mois si ce n'est **hydrater** quotidiennement avec une crème, dès qu'il n'y aura plus de croûtes (environ 3 semaines après l'intervention). Cette hydratation assure souplesse et confort à la cicatrice et **évite les sensations de démangeaison** et de sécheresse.

➔ Il est conseillé de **protéger les cicatrices du soleil**, et ce, jusqu'à ce qu'elles ne soient plus rouges, c'est-à-dire sur une période allant de **6 mois à 2 ans** suivant les cas.

En effet, une cicatrice « bronze » au soleil mais ne débronzé jamais. Aussi, le fait d'exposer sa cicatrice au soleil entraîne des taches brunes indélébiles. Les protections solaires comme l'**écran total** vont éviter cet effet, à condition d'en appliquer lors de **chaque exposition** au soleil, même non prévue (repas à l'extérieur, balades).

Faut-il masser les cicatrices ?

Oui, mais pas tout de suite. Les cicatrices passent par différents temps et notamment une phase inflammatoire qui dure à peu près **1 à 2 mois**. Pendant ce temps, les cellules de la cicatrisation se réorganisent.

Il faut attendre que celle-ci soit passée avant de commencer le massage sinon il pourrait être traumatique et causer du tort au tissu nouvellement formé (risque d'élargissement de la cicatrice). Le massage de la cicatrice permet de libérer les éventuelles adhérences et d'éviter les cicatrices disgracieuses, que l'on appelle hypertrophiques et chéloïdes.

Comment et avec quoi masser ?

Avec une **crème grasse ou huile quelconque sans parfum**, comme celle utilisée pour l'hydratation. Pendant 5 à 10 min. par jour, il faut exercer des petites pressions avec les doigts sur et autour de la cicatrice. Le blanchiment produit sur la cicatrice est une bonne chose. Puis, il faut décoller tout doucement les tissus par pincements et mouvements circulaires autour des cicatrices et des zones dures pour libérer les adhérences. Le massage doit être poursuivi assez longtemps, durant au moins **1 à 2 mois** (palper-rouler).

Comment peut évoluer la cicatrice ?

Généralement, elle blanchit au bout de quelque temps (quelques mois) et s'affine.

Parfois, la cicatrice ne blanchit pas et reste rouge, s'agrandit et est douloureuse ou prurigineuse (sensation de démangeaison).

Problèmes de cicatrisation : Qui et quand appeler ?

Qui appeler ?

En cas de problème de cicatrisation ou de questions relatives à la cicatrisation, vous pouvez contacter les **infirmières de soins externes** (du lundi au vendredi), **ou d'hospitalisation** (le week-end et les jours fériés).

Vous trouverez les numéros de téléphone en dernière page dans les « contacts utiles ».

Quand appeler ?

Vous devez appeler l'infirmière en cas de :

- ➔ **Rougeur** de la plaie
- ➔ **Gonflement** de la plaie
- ➔ **Saignement** de la plaie
- ➔ **Écoulement abondant de lymphe**
(liquide jaunâtre s'évacuant par la cicatrice)
- ➔ **Température supérieure à 38,5 °C**