

LIVRET D'INFORMATIONS

LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE

POLYCLINIQUE DE LA CLARENCE



Chaque jour, prendre soin de la santé de chacun

www.ahnac.com

Sommaire

A/ INFORMATIONS MÉDICALES CONCERNANT LES INTERVENTIONS DE RECONSTRUCTION MAMMAIRE

Généralités.....	4
Reconstruction du volume mammaire par prothèse	7
Implants mammaires et lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC-AIM)	12
Informations sur le dépistage de staphylocoque doré.....	13
Reconstruction du volume mammaire par lambeau de muscle grand dorsal	15
Reconstruction du volume par d'autres techniques	19
L'harmonisation des deux seins	20

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

Informations médicales sur l'anesthésie	27
Informations sur la prise en charge de la douleur post-opératoire	32
Informations concernant la douche préopératoire	34
Déroulement du séjour.....	36
Quels soins pour mes cicatrices ?.....	39
Votre convalescence	42
La surveillance.....	42
Les numéros utiles.....	42



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

Généralités

Ce livret a été conçu en complément de votre première consultation, pour répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez une reconstruction mammaire.

Le but de ce document est de vous apporter toutes les informations nécessaires pour vous permettre de prendre votre décision en toute connaissance de cause.

Après une mastectomie, une demande de reconstruction est tout à fait légitime.

Toutes les femmes peuvent bénéficier d'une reconstruction dès lors que leur état de santé le permet.

En France, en moyenne 20 % des patientes réalisent une reconstruction mammaire.

Cette décision vous appartient et il n'y a pas de délai limite pour l'envisager.

La reconstruction mammaire est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie dans le cadre de votre ALD.

Ces informations sont « générales » et s'adressent à toutes les patientes. Vous n'êtes donc pas concernée par toutes les interventions de ce livret et certaines informations peuvent vous sembler différentes de ce que vous a dit votre chirurgien qui a adapté ses explications à votre cas particulier et à vos spécificités.

Principes

L'opération peut être réalisée en même temps que la mastectomie, on parle alors de reconstruction mammaire immédiate (RMI). La peau et la plaque aréolomammellaire peuvent dans certains cas être conservées.

Lorsque la reconstruction est faite à distance des traitements complémentaires, on parle alors de reconstruction secondaire ou différée (RMD).

La cicatrice de mastectomie est réutilisée comme voie d'abord.

Si elle peut parfois être améliorée, il est impossible de la faire disparaître.

Le délai dépend des traitements complémentaires associés à l'ablation du sein, car la reconstruction ne doit en aucun cas retarder le déroulement des traitements.

La reconstruction comporte toujours plusieurs étapes, nécessitant plusieurs interventions, s'étalant sur environ un an, et ce, quelle que soit la technique choisie.

Alternatives

La reconstruction mammaire n'est jamais obligatoire, elle reste un choix personnel.

L'utilisation d'une prothèse externe peut être suffisamment satisfaisante pour certaines femmes.

Si la reconstruction du sein par prothèse est le geste le plus simple à proposer, il existe d'autres techniques apportant des tissus d'une autre partie de votre corps. Ces techniques sont plus sophistiquées. Elles ont leurs avantages comme leurs inconvénients propres.

Le choix de la technique dépend de la morphologie de la patiente, de ses habitudes de vie (activité professionnelle, sportive, tabagisme), de ses antécédents personnels et familiaux et de son souhait.

Anesthésie et intervention chirurgicale

Toutes les interventions de reconstruction mammaire se font sous anesthésie générale durant laquelle vous dormirez complètement. Seule la reconstruction de la plaque aréolo-mammelonnaire peut se faire sous anesthésie locale.

L'intervention peut durer deux à cinq heures selon le type d'intervention, puis vous passerez en salle de réveil pour une durée variable avant de retourner dans votre chambre.

La reprise de l'alimentation normale se fait en général le soir de l'intervention.

Avant l'intervention, l'arrêt du tabac est vivement conseillé. En effet, **le tabac pourrait être à l'origine d'un retard ou d'une absence de cicatrisation et augmenter le risque d'infection.**

Le tabac peut ainsi contre-indiquer certaines techniques chirurgicales. Il est donc recommandé de s'arrêter de fumer **minimum deux mois avant et deux mois après la reconstruction.**

Vous pourrez être orientée vers une professionnelle de la Polyclinique de La Clarence formée à la tabacologie pour vous accompagner dans cette démarche (03 21 54 92 94) ou accéder à un coaching personnalisé sur **tabac-info-service.fr** ou au **3989**.

Convalescence

Il convient d'envisager une convalescence avec interruption d'activité dont la durée varie selon la technique chirurgicale employée.

Préparation cutanée et musculaire

Une préparation peut être envisagée afin d'améliorer l'élasticité et la souplesse de la peau.

Il convient de réaliser des massages avec une émulsion hydratante, de faire des exercices et des étirements, si nécessaire avec les conseils d'une kinésithérapeute.

Reconstruction du volume mammaire par prothèse



Source : Oncovia

Principes

L'intervention consiste à mettre en place, sous la peau et le muscle pectoral, une prothèse interne.

Il existe plusieurs fabricants ainsi que plusieurs types de prothèses mammaires. Les prothèses sont toutes constituées d'une enveloppe en silicone.

Cette prothèse est remplie par du gel de silicone dont la consistance est généralement plus ferme qu'un sein normal.

Il existe également des prothèses remplies de sérum physiologique mais la consistance est moins naturelle (risque de plis) et il existe un risque augmenté de rupture avec dégonflement brutal.

Les prothèses actuellement commercialisées sont rondes et lisses.

Il existe également des prothèses provisoires qui se gonflent progressivement (expandeur ou prothèse d'expansion). Ces prothèses sont utilisées dans le cas de reconstruction différée afin d'accroître progressivement les tissus de couverture (peau, muscle). Il s'agit d'un sac muni d'une petite valve aimantée, comme un ballon. **Il est donc contre-indiqué de réaliser une IRM alors que vous avez cette prothèse temporaire.** En revanche, vous pouvez passer les détecteurs de métaux, par exemple aux aéroports.

L'intervention

L'intervention dure en moyenne 2 à 3 heures. Un drain est généralement laissé en place derrière la prothèse.

L'hospitalisation

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

Les suites opératoires peuvent être douloureuses pendant quelques jours ou quelques semaines, nécessitant la prise d'antalgiques. Si les douleurs vous paraissent trop importantes après votre retour à domicile, vous devez contacter votre médecin traitant pour qu'il adapte vos traitements antidouleur (antalgiques) en fonction de vos besoins.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites.

On peut observer une gêne à l'élévation du bras, mais tous les mouvements sont possibles s'ils sont effectués sans effort excessif.

La rééducation postopératoire n'est pas systématique mais peut être prescrite par votre chirurgien si jugée nécessaire.

Le résultat

L'aspect du sein reconstruit va progressivement évoluer.

Il faut attendre trois à quatre mois pour pouvoir apprécier le résultat de la reconstruction et décider de la symétrisation éventuelle.

Vous serez donc revue en consultation à cette période afin d'envisager une amélioration du résultat.

À cette occasion, il sera aussi possible de remodeler le sein opposé si cela est nécessaire (symétrisation).

Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection.

Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner satisfaction.

Après implantation d'une prothèse permanente

Le résultat final n'est pas acquis d'emblée, le sein reconstruit aura un aspect un peu figé, et la peau qui le recouvre sera peu sensible. Vous pouvez parfois ressentir des contractions du muscle grand pectoral.

Après implantation d'une prothèse d'expansion

Le gonflage de la prothèse est effectué progressivement en consultation par votre chirurgien, quelques semaines après l'intervention. Du sérum physiologique sera injecté progressivement dans la valve à travers la peau à l'aide d'une aiguille.

En quelques semaines un volume important est ainsi atteint, jusqu'à dépasser le volume de l'autre sein.

À la fin du gonflage, il conviendra d'attendre encore plusieurs mois avant de réaliser une deuxième intervention pour le remplacement de la prothèse d'expansion temporaire par la prothèse permanente, ce qui confèrera une forme plus naturelle.

Les imperfections de résultat

Il persistera toujours une certaine asymétrie des deux seins, qu'il s'agisse :

- du volume : la base du sein ne sera jamais parfaitement identique. Les variations de poids peuvent accentuer cette différence.
- de la forme : en position allongée, la prothèse ne s'étale pas comme le sein normal.
- de la hauteur : le sein non opéré subira normalement l'évolution vers la ptose (le fait que le sein tombe) accentuant l'asymétrie.
- et de la palpation : la patiente pouvant percevoir la prothèse, du fait de la faible épaisseur du muscle et de la peau.

Les cicatrices prennent fréquemment un aspect rosé et gonflé au cours des premiers mois postopératoires. Puis elles s'atténuent pour devenir moins visibles sans cependant complètement disparaître.

Les complications envisageables

La reconstruction mammaire par prothèse est une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques liés à tout acte de ce type.

Heureusement les vraies complications sont peu fréquentes.

Les complications pouvant survenir dans les suites de l'intervention chirurgicale

→ **L'infection** : qui nécessite un traitement antibiotique et parfois une nouvelle intervention pouvant aller jusqu'à retirer la prothèse.

→ **L'hématome** : qui peut nécessiter un geste d'évacuation chirurgicale.

→ **La nécrose de la peau** : dont le risque est surtout élevé après radiothérapie, peut conduire à une exposition de la prothèse et imposer l'ablation de celle-ci.

Le tabagisme et un diabète déséquilibré majorent également ces risques.

Les complications pouvant survenir à distance de l'intervention chirurgicale

→ **La formation d'une coque contractile** : la formation d'une capsule autour de l'implant est constante. Cette coque peut parfois entraîner une déformation visible de la reconstruction qui devient plus ou moins dure, plus rétractée, parfois plus douloureuse. Ce risque reste totalement imprévisible pour chaque patiente. Il est majoré si une radiothérapie doit être administrée sur la prothèse.

→ **Les vagues et les plis** : lorsque la peau recouvrant la prothèse est fine, elle peut laisser deviner la déformation de l'enveloppe sous forme d'irrégularités (vagues ou plis).

→ **Le déplacement de l'implant** : un déplacement de l'implant ou « luxation » est toujours possible sous l'effet des contractions musculaires. Il est déconseillé de pratiquer la musculation excessive des pectoraux dans les suites opératoires. Une reprise chirurgicale peut être nécessaire.

Cependant la prothèse est résistante, elle n'est pas endommagée par le port de la ceinture de sécurité qui reste obligatoire en voiture. Les voyages en avion ou la plongée sous-marine sont possibles sans aucune précaution particulière. En revanche, la réalisation d'une mammographie est déconseillée (risque de rupture du fait de la compression surtout dans les prothèses anciennes).

→ **« Usure » et « vieillissement » de l'implant** : dans un délai imprévisible, l'enveloppe de la prothèse peut s'user progressivement, pouvant entraîner une fuite de son contenu. La durée de vie est variable et la fréquence de ré-intervention ne peut être prévue à l'avance. Il n'y a donc pas de données pour recommander un changement systématique au-delà d'une certaine durée.

Les signes cliniques correspondant à une usure d'une prothèse sont le plus souvent tardifs sous la forme d'une déformation du sein ou bien de l'apparition d'une coque. Ceci est sans danger pour vous. Vous pouvez donc sans urgence envisager le changement de la prothèse.

Cet évènement est rare, estimé à 0,01 à 0,3 % des cas.

Mammographie et prothèse

Il n'est pas recommandé de faire une mammographie du sein reconstruit par prothèse.

En revanche, la mammographie est possible quand il s'agit d'une prothèse d'augmentation sur un sein encore en place. Le préciser au radiologue qui utilisera des clichés spéciaux pour ne pas trop comprimer la prothèse.

En cas d'examen complémentaire nécessaire sur sein reconstruit, il sera réalisé une échographie et/ou une IRM mammaire.

Traçabilité

La traçabilité des implants est assurée conformément à la réglementation en vigueur.

À l'issue de l'opération :

- Une carte d'implant vous est remise. Elle précise l'identification de la prothèse, la date et le lieu de l'implantation ainsi que les coordonnées du chirurgien. Elle doit être conservée précieusement pour être présentée, notamment en cas de complication.
- Vous retrouverez dans votre dossier patient, des informations auxquelles vous pouvez avoir un accès rapide. Elles mentionnent notamment l'identification de la prothèse, l'existence d'une durée de vie limitée et la nécessité de ré-intervention qui peut en découler, le lieu et la date de la pose, le nom du chirurgien, ainsi que les modalités de suivi médical.
- Les références de vos prothèses pourront être intégrées dans le registre national des prothèses mammaires.

Signalement des évènements indésirables

Les prothèses mammaires sont des dispositifs médicaux qui font l'objet d'une surveillance renforcée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé (ANSM). Vous pouvez déclarer aux autorités sanitaires, tout évènement indésirable sur :

<https://signalement-sante.gouv.fr>

Cette déclaration peut être effectuée même si l'incident a eu lieu il y a un certain temps.



Implants mammaires et lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC-AIM)

Définition

Le lymphome anaplasique à grandes cellules associé aux implants mammaires (LAGC-AIM) peut survenir chez des femmes ayant eu un implant mammaire à visée esthétique ou posé dans le cadre d'une reconstruction mammaire après un cancer du sein.

Il s'agit d'une forme rare de lymphome. Il se développe dans les tissus (la coque) autour de la prothèse. Le traitement nécessite le retrait de la prothèse et de la coque qui l'entoure.

Risque de lymphome anaplasique à grandes cellules

La fréquence de cette complication est très faible. En France, moins de 60 cas de LAGC-AIM ont été signalés par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, depuis 2009.

Parallèlement, environ 67 000 prothèses sont commercialisées en moyenne par an.

Une estimation de l'incidence serait d'une à deux femmes pour 10 000 porteuses d'implant mammaire sur 10 ans.

Le LAGC-AIM surviendrait en moyenne entre 7 à 10 ans après la pose du premier implant. De grandes variations de ce délai sont cependant possibles.

Les LAGC-AIM étant survenus sur des prothèses texturées ; par mesure de précaution, l'ANSM a retiré ces implants du marché depuis avril 2019.

Suivi des femmes porteuses d'implants mammaires vis-à-vis du risque de LAGC-AIM

Pour les femmes porteuses d'un implant mammaire et sans signe clinique au niveau des seins, le groupe d'experts ne préconise pas de suivi particulier, en dehors d'un examen clinique annuel.

Il n'est pas recommandé de proposer un retrait préventif des prothèses mammaires vis-à-vis du risque de LAGC-AIM.

À l'occasion de la pose d'un implant mammaire, on vous remettra une carte mentionnant les caractéristiques de l'implant dont vous êtes porteuse.

Une surveillance nationale a été mise en place en France (ANSM et INCa).

Quand consulter ?

Les signes cliniques qui doivent vous inciter à consulter sont les suivants :

- une augmentation de volume de votre sein reconstruit
- une déformation
- l'apparition de douleur, une inflammation, une masse, une ulcération survenant à distance de l'intervention, un épanchement abondant
- une altération de l'état général ; survenant à distance de la phase post-opératoire

Informations sur le dépistage de staphylocoque doré

Les staphylocoques sont des bactéries présentes sur notre peau.

Il existe de nombreuses espèces de staphylocoques. Celle qui donne le plus d'infections est le staphylocoque doré.

30 % des personnes sont naturellement porteuses de staphylocoque doré, principalement au niveau du nez, de la gorge mais aussi sur la peau, sans être malade.

Afin de limiter le risque d'infection lors de l'intervention, nous appliquons toutes les recommandations en vigueur (douche avant l'intervention, mesure d'hygiène au bloc, maintenance des blocs...).

Néanmoins, malgré un niveau maximal d'exigence, il existe toujours un risque d'infection lors d'une intervention, notamment lors de la pose d'une prothèse mammaire.

Nous avons décidé de mettre en place des mesures complémentaires. Celles-ci comprennent un dépistage et, si nécessaire, un traitement.

Quand et comment réaliser la recherche du staphylocoque doré ?

Après la consultation avec votre chirurgien.

Seulement pour les patientes qui auront la pose d'une prothèse mammaire.

Votre chirurgien vous expliquera les bénéfices attendus du dépistage et de l'élimination du staphylocoque doré (décolonisation).

À la suite de la consultation

Le laboratoire (situé au rez-de-chaussée de la Polyclinique) réalisera le dépistage nasal par écouvillonnage. Si cette consultation est éloignée de la date d'intervention, il sera réalisé le jour de votre consultation d'anesthésie.

En cas de présence du staphylocoque doré

Vous serez informée du résultat par courrier en cas de nécessité de réaliser la décolonisation. Une ordonnance vous sera envoyée en même temps pour obtenir en pharmacie les produits nécessaires à la décolonisation.

Comment réaliser la décolonisation du staphylocoque doré ?

La décolonisation permet d'obtenir une diminution transitoire de cette bactérie. Elle comprend 2 mesures essentielles : l'utilisation pour la toilette d'un savon antiseptique et l'application d'une pommade antibiotique dans le nez.



La décolonisation n'est efficace que si les mesures 1 et 2 sont appliquées durant les 5 jours précédents votre hospitalisation en vue de l'intervention.

1 - Application d'une pommade au niveau nasal

Appliquez une noisette de Mupirocine 2 % Bactroban® dans chaque narine 3 fois par jour ; pressez le nez pour répartir la pommade : vous devez sentir le goût de la Mupirocine dans le fond de la gorge après l'application.

2 - Toilette corporelle avec un savon antiseptique

Vous devez utiliser pour chaque douche, des gants de toilette et serviettes propres, et remettre ensuite des vêtements propres. Il est conseillé de changer les draps chaque jour.

Douche/bain ou toilette quotidienne du corps entier (y compris cheveux) avec le savon désinfectant qui vous a été prescrit. Mouillez la peau, appliquez le savon antiseptique sur l'ensemble du corps.

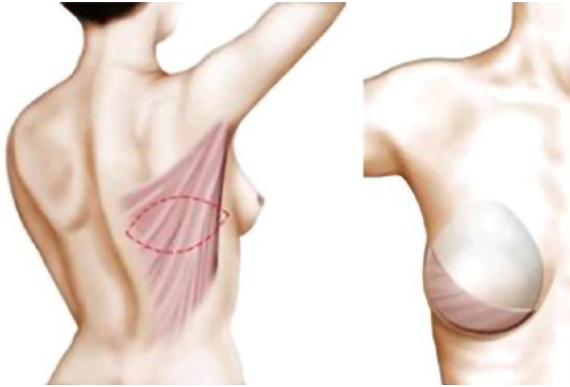


INSISTEZ EN SAVONNANT BIEN :

- Sous les bras
- Le nombril
- Les régions des organes génitaux
- Le pli interfessier
- Les pieds (entre les orteils)

Rincez-vous abondamment les cheveux, la tête et le corps. Séchez-vous avec des serviettes propres.

Reconstruction du volume mammaire par lambeau de muscle grand dorsal



Source : Oncovia

Principes

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer le volume et les contours du sein par un fuseau de peau et de muscle prélevé dans la région du dos, sous l'omoplate.

Le muscle grand dorsal est un muscle mince et étendu dans la région du dos, dont la fonction n'est pas indispensable pour les gestes de la vie courante.

En revanche, il peut servir dans certaines activités sportives. Si vous pratiquez un sport de façon intensive, parlez-en au chirurgien pour savoir si l'utilisation de ce muscle risque de contrarier cette activité.

Ce muscle est vascularisé par un pédicule venant du creux axillaire.

En cas d'endommagement lors des traitements antérieurs, cette technique ne pourra être utilisée.

Autrement, il s'agit d'un lambeau très « fiable » sur le plan vasculaire.

Ce lambeau, après décollement, est glissé sous la peau de la paroi latérale du thorax et positionné entre la cicatrice de mastectomie et le sillon sous mammaire comme « une pièce rapportée ».

Dans certains cas, le lambeau peut être entièrement enfoui sous la peau du thorax. Dans d'autres cas, la peau du dos est utilisée pour remplacer la peau enlevée lors de l'ablation du sein.

Au niveau de la zone où la peau a été prélevée, la cicatrice sera horizontale et en partie dissimulable par le soutien-gorge.

Le prélèvement du muscle dans le dos ne laisse pas un trou dans le dos mais peut entraîner une petite asymétrie visuelle (disparition ou diminution des « bourrelets » par rapport à l'autre côté).

En cas de reconstruction mammaire secondaire, cette technique est très utile dans les cas où la peau du thorax est fragilisée par la radiothérapie et ne peut à elle seule protéger une prothèse interne.

En reconstruction mammaire immédiate, il est possible de conserver la peau du sein et parfois la plaque aréolo-mamelonnaire.

Cela dépend de la taille du cancer et de sa localisation par rapport au mamelon.

Le muscle va en partie s'atrophier. Il faut attendre 3 à 6 mois pour évaluer le volume. On pourra alors envisager d'améliorer le volume ou la forme par « lipomodélage » dans un second temps opératoire.

La symétrisation de l'autre sein et la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire pourront être réalisées ultérieurement.

L'intervention

L'intervention peut durer trois à cinq heures.

Habituellement, deux drains sont laissés en place : l'un dans le dos, le second au niveau du volume mammaire reconstruit.

L'hospitalisation

L'hospitalisation est en moyenne de trois à cinq jours.

Les suites opératoires peuvent être douloureuses pendant quelques jours ou semaines, nécessitant la prise d'antalgiques.

Si les douleurs vous paraissent trop importantes après votre retour à domicile, vous devez contacter votre médecin traitant pour qu'il adapte vos traitements antidouleur (antalgiques) en fonction des besoins.

Un gonflement (œdème), des ecchymoses (bleus) du sein reconstruit sont possibles dans les suites.

On peut observer une gêne à l'élévation du bras, mais tous les mouvements sont possibles s'ils sont effectués sans effort excessif.

La rééducation postopératoire n'est pas systématique mais peut être prescrite par votre chirurgien si jugée nécessaire.

Le résultat

Le résultat final n'est pas acquis d'emblée, le sein peut apparaître un peu trop figé avec une sensation de tiraillement au niveau du dos. L'aspect du sein reconstruit va progressivement évoluer.

Il faut attendre quatre à six mois pour pouvoir apprécier le résultat de la reconstruction et l'intérêt de la symétrisation éventuelle.

Le but de cette chirurgie est d'apporter une nette amélioration sans toutefois pouvoir prétendre à la perfection.

Si vos souhaits sont réalistes, le résultat obtenu devrait vous donner satisfaction.

Les imperfections de résultat

Il est malheureusement impossible de reconstituer un sein parfaitement symétrique à l'autre.

Il persistera toujours une asymétrie des deux seins, qu'il s'agisse :

- du volume : la base du sein ne sera jamais parfaitement identique. Les variations de poids peuvent accentuer cette différence ;
- de la forme : en position allongée, s'il y a une prothèse le sein reconstruit ne s'étalera pas comme le sein normal ;
- de la hauteur : le sein non reconstruit subira normalement l'évolution vers la ptose accentuant l'asymétrie ;
- de la palpation : la consistance du sein reconstruit est plus ferme surtout si une prothèse a été placée derrière le muscle.

De plus la sensibilité de la peau sur le sein reconstruit ne sera jamais parfaite.

Les complications envisageables

La reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal est une intervention chirurgicale assez lourde, ce qui implique des risques de complications liées à l'anesthésie et au geste chirurgical.

Heureusement, les complications sont peu fréquentes, elles doivent cependant être connues.

Les complications pouvant survenir dans les suites de l'intervention chirurgicale

→ **L'hématome** : est un risque de tout geste chirurgical. Cette complication peut nécessiter un geste d'évacuation chirurgicale.

→ **L'infection** : est un risque présent lors de tout geste chirurgical. Le traitement comporte un antibiotique et parfois une reprise chirurgicale pour laver.

→ **La nécrose du lambeau** : le lambeau peut souffrir et se nécroser. Ce risque est plus élevé chez les patientes fumeuses.

Une nécrose importante est exceptionnelle.

Elle peut nécessiter une ré-intervention pour enlever les tissus abîmés.

Les complications pouvant survenir à distance de l'intervention chirurgicale

→ **Un épanchement séreux** :

Il s'agit plus d'un inconvénient que d'une complication.

Une poche liquidienne se forme au niveau du dos.

Elle peut se résorber spontanément ou bien nécessiter des ponctions. Vous serez reçue par une infirmière du service de soins externes pour effectuer ces ponctions dorsales de liquide dans les semaines qui suivent l'intervention.

L'infirmière de ce service évaluera si la poche de liquide formée est suffisamment importante pour nécessiter une ponction (vous vous en apercevrez vous-même parfois 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 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 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 2 ponctions, le nombre de ponctions sont très variables.

On donne une moyenne d'une à deux ponctions par semaine pendant 3 semaines, 1 mois mais ce n'est qu'une moyenne...

→ Les contractions du muscle grand dorsal :

Le muscle peut parfois se contracter entraînant des mouvements involontaires et gênant du sein reconstruit.

Reconstruction du volume par d'autres techniques

D'autres techniques utilisant les tissus autologues existent :

→ Le DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator flap) qui consiste à prélever un excès important de peau et de graisse au niveau abdominal sous-ombilical.

→ Le TRAM (Transverse Rectus Abdominus Myocutaneous) est la première technique autologue, qui consiste à prélever de la peau, de la graisse sous cutanée et un muscle grand droit abdominal. Cette technique n'est plus tellement employée.

→ Le gracilis : lambeau musculo-cutané de la face interne de cuisse.

→ Le lambeau perforant glutéal supérieur ou inférieur de fesse.

Ces techniques ne sont pas proposées à la Polyclinique et leur recours nécessitera de vous adresser en centre spécialisé.

Enfin, l'autogreffe de graisse, le **lipomodelage**, peut aussi être utilisée de façon exclusive en reconstruction mammaire.

Ceci est possible sous couvert de sites donneurs suffisamment généreux pour envisager une reconstruction complète et d'un rapport de volume site donneur/site receveur acceptable. Il implique un temps de reconstruction prolongé par rapport aux autres techniques avec une multiplication des interventions.

Le principe de la technique est développé dans le chapitre suivant.

L'harmonisation des deux seins

Lorsque le sein reconstruit a pris sa place définitive, c'est-à-dire quelques mois après le premier temps de reconstruction mammaire, vous pouvez envisager de réaliser une seconde voire une troisième intervention visant à harmoniser les deux seins et améliorer les résultats.

Plusieurs gestes permettent d'harmoniser les deux seins :

- **Améliorer les contours de sein reconstruit** par lipomodelage ou reprise de cicatrices,
- **Symétriser l'autre sein** : équilibrer le volume du sein controlatéral par une réduction ou augmentation par prothèse, modifier la forme par une pexie,
- **Reconstruire la plaque aréomamelonnaire.**

Ces différentes interventions peuvent être faites plusieurs mois mais aussi plusieurs années après, c'est vous qui décidez. Vous pouvez également choisir de ne pas subir d'autres interventions si le résultat vous satisfait.

Le lipomodelage ou « lipofilling »

Le transfert graisseux au niveau du sein, est actuellement une technique reconnue d'une grande efficacité.

Le principe de cette technique est de transférer la graisse de la patiente d'un site donneur variable chez chaque patiente (ventre, hanches, cuisses...) vers la région thoraco-mammaire où il manque de volume (défauts localisés, notamment dans le décolleté, ou défaut plus global).

Cette technique peut également être utilisée en reconstruction différée exclusive.

Cette intervention fait partie intégrante de la reconstruction, et est prise en charge par l'Assurance Maladie.

L'anesthésie et l'hospitalisation

L'intervention est habituellement réalisée sous anesthésie générale et dure 1 à 2 heures.

Le lipomodelage seul nécessite une hospitalisation courte, en ambulatoire le plus souvent.

En cas de geste associé, l'hospitalisation dépend du geste associé le plus long.

L'Intervention

Le chirurgien commence par procéder à un repérage précis des zones de prélèvement de la graisse, ainsi que des sites receveurs. Le choix de ces zones de prélèvement est fonction des zones d'excès de graisse (ventre, cuisses, fesses, hanches, ...) et du désir de la patiente.

Le prélèvement du tissu grasseux est effectué par de petites incisions cachées dans les plis naturels, à l'aide d'une fine canule d'aspiration.

Le transfert du tissu grasseux se fait à partir d'incisions millimétriques à l'aide de canules.

Dans la mesure où il s'agit d'une véritable autogreffe de cellules, elles resteront vivantes. Mais une partie ne se fixe pas et sera naturellement éliminée, estimée entre 20 et 30 % du volume.

L'évolution de ces cellules grasseuses se fait selon l'adiposité de la patiente (si la patiente maigrit, le volume apporté diminuera). Une certaine stabilité pondérale est donc recommandée afin de garder un résultat stable dans le temps.

Les suites opératoires

Les douleurs sont en règle générale modérées.

Un gonflement des tissus (œdème) au niveau des sites de prélèvement et au niveau des seins apparaît pendant les 48 heures suivant l'intervention, et mettra en général un mois à se résorber.

Des ecchymoses (bleus) apparaissent au niveau des zones de prélèvement de graisse : elles se résorbent dans un délai de 3 à 4 semaines après l'intervention.

Le résultat et ses imperfections

Après un mois, les phénomènes d'œdème et d'ecchymoses ont généralement régressé, puis une partie des cellules adipeuses peuvent disparaître entraînant une diminution du volume (20 à 30 %).

Le volume final est apprécié dans un délai de 3 à 4 mois après l'intervention. De façon générale, il est impossible de prédire plus tôt la quantité de graisse qui restera.

Si la fonte a été importante et le résultat obtenu insuffisant, d'autres séances de lipomodélage peuvent être réalisées.

Dans certains cas difficiles, l'insuffisance de résultat est prévisible avant l'intervention et une deuxième, voire une troisième séance de lipomodélage peuvent être nécessaires, et envisageables au moins 3 à 4 mois plus tard.

Le nombre de séances n'est pas limité, sauf par les quantités de graisse disponibles.

Dans quelques cas, des imperfections localisées peuvent être observées (sans qu'elles ne constituent de réelles complications) : hypocorrection localisée, asymétrie légère, irrégularités.

Les complications envisageables

Les vraies complications sont rares.

→ **En cas de survenue d'une infection** (très rare), elle serait traitée par antibiothérapie et glace.

→ **Un pneumothorax** peut survenir exceptionnellement, et doit alors faire l'objet d'un traitement spécifique s'il est important (drainage).

→ **Des kystes huileux** (dits de **cytostéatonecrose**) peuvent apparaître de façon rare. Ces petits nodules ronds, indurés, mobiles correspondent à un amas graisseux. Ils peuvent diminuer progressivement de taille en quelques mois spontanément ou après kiné. Radiologiquement, ces amas graisseux peuvent se traduire, comme dans toute chirurgie du sein par ces calcifications (liées à la cicatrisation tissulaire). Ces calcifications sont différentes de celles observées dans les cancers du sein, et ne posent pas de problèmes de diagnostic pour les radiologues expérimentés, qui peuvent s'aider de l'échographie et de l'IRM.

Si une prothèse se situe près de la zone à lipomodeler, il faut savoir qu'il peut exister un risque de fragilisation de la prothèse qui pourra nécessiter son changement.

Enfin, il est recommandé de réaliser un bilan d'imagerie de référence, un an après cette intervention, si possible par le même radiologue, puis rester sous surveillance médicale régulière.

La symétrisation

Il existe souvent une différence entre le sein naturel restant et le sein reconstruit. On propose alors une chirurgie de symétrisation afin de modifier la forme et/ou le volume du sein restant pour que son aspect se rapproche le plus possible de l'aspect du sein reconstruit.

On a recours aux mêmes techniques qu'en chirurgie esthétique pour « remonter » le sein (cure de ptose), l'augmenter (mise en place d'une prothèse d'augmentation) ou le réduire (réduction mammaire). Ces interventions font partie intégrante de la reconstruction, et sont prises en charge par l'Assurance Maladie.

Cela générera des cicatrices. En fonction des cas, la cicatrice peut être autour de l'aréole, ou associée à une cicatrice verticale à la partie inférieure du sein et éventuellement à une cicatrice horizontale dans le sillon sous le sein. Il est parfois nécessaire de mettre en place un drain.

Cette intervention dure 1h30 à 2h30 environ et a lieu sous anesthésie générale. La durée du séjour varie de 1 à 2 nuits ou parfois en ambulatoire, c'est-à-dire sur la journée sans rester la nuit.

Les douleurs postopératoires sont peu importantes, soulagées par des antalgiques comme du paracétamol.

Comme pour toute chirurgie, des complications sont rares mais possibles (infections, hématome, retard de cicatrisation, nécrose complète ou partielle de la plaque aréolo-mamelonnaire).

À noter que l'allaitement n'est pas toujours possible après une cure de ptose mammaire.

Reconstruction de la plaque aréolomamelonnaire

L'intervention chirurgicale a pour but de reconstruire une aréole colorée ainsi qu'un relief central comme mamelon.

La reconstruction aréolaire n'est jamais obligatoire et certaines femmes se satisfont de la reconstruction d'un volume mammaire.

Cette intervention (quelle que soit la technique, greffe ou dermopigmentation) est prise en charge par l'Assurance Maladie si réalisée dans un cadre médical.

Les tatouages artistiques ne sont pas remboursés.

L'opération peut être réalisée lorsque le volume du sein reconstruit est considéré comme stabilisé, à l'occasion d'un second ou troisième temps opératoire.

Il existe plusieurs techniques de reconstruction de l'aréole :

La technique la plus simple est le tatouage ou dermopigmentation qui consiste à introduire dans le derme, un pigment stérile. Ces tatouages peuvent nécessiter une séance complémentaire s'ils s'atténuent avec le temps.

Plus rarement, on peut utiliser une greffe de peau totale, idéalement prélevée au niveau du pli de l'aîne car à ce niveau, elle est naturellement pigmentée.

Il existe également plusieurs techniques pour reconstruire le mamelon :

Votre chirurgien choisira avec vous la technique la plus appropriée :

→ **La greffe** controlatérale d'une partie du mamelon du sein naturel est la technique de choix si le mamelon est suffisamment projeté et généreux : on en prélève une partie pour la greffer de l'autre côté. Ce geste ne laisse quasiment pas de trace et altère peu la sensibilité.

→ **Les lambeaux locaux** : un lambeau local de peau est prélevé et enroulé sur lui-même restaurant un relief mamelonnaire central. La cicatrice de prélèvement est dissimulée sous une greffe de peau ou un tatouage qui reconstruit l'aréole.

Avant l'intervention, l'arrêt du tabac est recommandé (le tabac peut être à l'origine d'un retard de cicatrisation).

Cette intervention est effectuée au bloc opératoire sous anesthésie locale et dure environ 1 heure.

Ce geste est réalisé le plus souvent en hospitalisation ambulatoire. Une anesthésie générale et parfois une hospitalisation peuvent être nécessaires si la reconstruction de la PAM est associée à d'autres gestes chirurgicaux pendant le même temps opératoire.

Les suites opératoires sont simples et ne nécessitent pas forcément d'arrêt de travail. Les douleurs sont le plus souvent modérées et rapidement calmées par les antalgiques simples.

Vous serez convoquée une semaine après l'intervention par une infirmière des soins externes qui retirera le pansement.

Au premier pansement, les greffes ont parfois un aspect très blanc ; cette coloration évolue rapidement vers un aspect violacé saignant légèrement. Des croûtes sont possibles. Un aspect plus favorable (greffe rosée) apparaît dans les semaines suivantes.

Le résultat et ses imperfections

Il est malheureusement impossible de reconstituer un sein parfaitement symétrique à l'autre.

L'aréole reconstruite a perdu toute possibilité de contraction (différence de taille) et sa sensibilité érogène. Il existe souvent une différence de couleur entre les deux aréoles. De plus, les tatouages ont souvent tendance à s'atténuer mais leur renouvellement est toujours possible.

Le relief du mamelon est souvent insuffisant et ce quelle que soit la technique chirurgicale (lambeau ou greffe).

Les complications envisageables

Les complications de la reconstruction aréolaire sont en fait rares. L'échec de la prise de greffe est toujours possible.

Dans ce cas, une autre technique vous sera proposée.



**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 informée des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre cas.

À cette occasion, vous serez amenée 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 surveillée 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 prise en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur.

En fin d'intervention, vous serez surveillée 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'évènements 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.

Une anesthésie locorégionale de complément peut vous être proposée par l'anesthésiste

Qu'est-ce qu'une anesthésie loco-régionale ?

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

Dans le cas des interventions à 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.

La technique utilisée sera à la discrétion de l'anesthésiste.

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.

La paupière de l'œil du côté opéré peut légèrement tomber et la vision se troubler par une anesthésie temporaire du nerf qui les commande.

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

Existe-t-il des effets secondaires ?

Ces techniques n'ont que 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.

Lors de la ponction au niveau du dos, des sensations douloureuses peuvent être ressenties. Elles sont dues à l'introduction de l'aiguille. Un médicament sédatif est administré pour diminuer ces douleurs.

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, rarement, 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 virus HIV (délai maximum de 2 heures), afin, si nécessaire, de 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 opposés, 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 post-opératoire

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'infirmier(e) et des antalgiques vous seront donnés.

Les principaux médicaments utilisés sont les suivants :

- Le paracétamol
- Les anti-inflammatoires
- Le Néfopam
- Le Tramadol
- 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 infirmier(e), 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'infirmier(e).

Quelle que soit la technique proposée, un(e) infirmier(e) passera régulièrement pour évaluer votre douleur et s'assurer que vous êtes suffisamment soulagée. À cette occasion, sachez lui faire part d'éventuelles sensations inconfortables (sommolence, 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 pourrez prendre rendez-vous au secrétariat d'Anesthésie au **03 21 54 90 53**

Ce médecin fera un premier bilan et vous adressera en centre spécialisé 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 ou antiseptique 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 ?



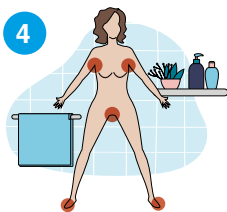
1
Enlever le vernis, couper et curer les ongles



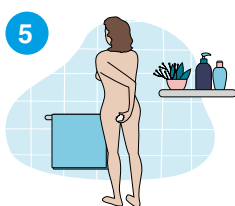
2
Commencer par faire un shampoing



3
Laver le visage, le cou et les oreilles



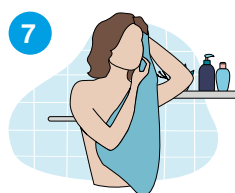
4
Insister sur :
les aisselles,
le nombril, les plis
de l'aîne et les pieds



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

Déroulement du séjour

Vous allez être hospitalisé(e) pour subir une intervention chirurgicale.

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 serez accueilli(e) et installé(e) dans votre chambre et des informations administratives et hôtelières vous seront communiquées 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.

Si vous rentrez le jour même, vous rencontrerez l'anesthésiste au niveau du bloc opératoire.

Les consignes de jeûne vous seront rappelées par SMS la veille de l'intervention.

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

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

Votre chirurgien pourra répondre à vos éventuelles questions sur l'intervention.

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 le protocole de préparation à l'intervention. Cette préparation comprend une douche avec un savon doux et un shampoing à réaliser la veille et le jour de l'intervention, au domicile.

Étape 2 : le jour de votre opération

L'heure du jeûne vous aura été précisée par l'anesthésiste : **Les boissons sucrées (thé, café sans lait, jus de fruits sans pulpe, eau) sont autorisées et conseillées jusque 3 heures avant le passage au bloc.**

Pour vous rendre au bloc opératoire :

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. À l'arrivée au bloc, une pochette vous sera remise pour y mettre ces prothèses qui vous seront rendues à la sortie de la salle de réveil.

Avant votre passage au bloc opératoire, l'infirmier(e) vous demandera d'enlever bijoux, maquillage, vernis, et selon le mode d'arrivée au bloc opératoire : prothèses dentaires, lunettes ou lentilles et d'enfiler la tenue de bloc.

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 met 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 sont retirés le lendemain ou le deuxième jour après l'intervention. Les cicatrices peuvent rester à l'air.

Des soins infirmiers à domicile ne seront pas nécessaires en systématique.

Vous pouvez 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 en fin de matinée.

Une date de consultation d'annonce post-opératoire sera fixée 3 à 4 semaines après votre sortie.

Un courrier sera établi pour votre médecin traitant. Il contiendra la synthèse de votre hospitalisation et les propositions 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 des ponctions ou contrôler la cicatrisation.

En cas de problème de cicatrisation à domicile, vous pourrez toujours contacter votre chirurgien.

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 de La Clarence 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 pas à enlever car ils sont le plus souvent 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 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) 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 sont 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 de présenter 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 une 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 pour libérer les adhérences en pinçant. Le massage doit être poursuivi assez longtemps, durant au moins 1 à 2 mois (palper-rouler).

Comment peut évoluer ma 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 du service de chirurgie conventionnelle

Vous trouverez les numéros de téléphone ci-après dans les « Numéros 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 lymphes (liquide jaunâtre s'évacuant par la cicatrice)
- température supérieure à 38,5 °C



Votre convalescence

Il vous sera recommandé de prévoir 6 à 8 semaines pour retrouver une activité normale après reconstruction par lambeau (un mois d'arrêt et un mois supplémentaire avant reprise des activités physiques soutenues).

La convalescence est moins longue après mise en place d'une prothèse mais cela est très variable d'une personne à l'autre en fonction de son vécu.

Les durées de la convalescence, de l'arrêt de travail, des douleurs sont imprévisibles avant l'intervention.

Il vous est recommandé de reprendre une activité sportive en particulier la natation qui permet de récupérer plus vite de l'épaule et du dos, un à deux mois après la chirurgie, selon le geste réalisé.

Un accompagnement par kinésithérapie vous sera prescrit en cas de besoin.

La surveillance

La reconstruction mammaire ne favorise pas la récurrence du cancer mais ne la prévient pas.

Nous vous recommandons de poursuivre une surveillance clinique régulière.

Après avoir lu ce document, vous pouvez vous poser de nouvelles questions.

Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une consultation, par téléphone ou dans le service avant l'intervention.

Les numéros utiles

Secrétariat de sénologie :

03 21 54 91 47

Service de chirurgie ambulatoire :

03 21 54 93 06

Service de Chirurgie conventionnelle :

03 21 54 93 38

Secrétariat d'Anesthésie et Algologie :

03 21 54 90 53



Polyclinique de la Clarence
Rue du Docteur Charles Legay
62 460 DIVION

03 21 54 90 00



Chaque jour, prendre soin de la santé de chacun