

**Document d'information établi et recommandé par
le Collège national des Gynécologues Obstétriciens Français**

TUMORECTOMIE DU SEIN POUR NODULE ET/OU MICRO-CALCIFICATIONS

«[Patient]Sexe»

Votre médecin vous a proposé une intervention dont le but est l'ablation d'un nodule du sein ou de micro-calcifications à des fins d'analyse (biopsie chirurgicale du sein) ou de traitement et d'analyse (tumorectomie). La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l'opération qu'il vous a conseillée.

Qu'est-ce qu'une tumorectomie du sein ?

C'est l'ablation chirurgicale d'un nodule du sein ou d'une zone dans laquelle des micro-calcifications ont été mises en évidence. Cette intervention peut se faire d'emblée ou après ponction ou biopsie préalable.

Si le nodule ou les calcifications sont bénins, l'intervention se limitera à leur ablation. À l'inverse lorsque la lésion est maligne, un complément au geste chirurgical peut être décidé :

- ablation de la totalité du sein à la condition que vous ayez donné votre accord avant l'intervention après avoir été prévenue de cette éventualité (mammectomie) ;
- exploration des ganglions de l'aisselle du même côté que la lésion, ou bien en totalité (curage axillaire), ou bien ne portant que sur des ganglions repérés avant l'intervention proprement dite (ganglion axillaire sentinelle). La nature maligne de la lésion peut être connue avant l'intervention par un prélèvement de celle-ci au cabinet du médecin ou sous contrôle radiologique ou échographique, ou bien lors de l'intervention proprement dite par son examen microscopique pendant votre anesthésie.

Comment se passe l'opération ?

Avant l'intervention

Si un geste ganglionnaire est prévu et si la technique du ganglion sentinelle est programmée, une injection de colorant bleu et/ou d'un isotope sera faite dans la zone suspecte ou autour du mamelon afin de localiser le ou les ganglion(s) sentinelle(s). Lorsqu'un curage ganglionnaire complet est préféré, cette injection préalable est inutile.

Lorsque le nodule n'est pas palpable (ou pour les micro-calcifications), la zone dont il faut pratiquer l'ablation est repérée avant l'opération par le radiologue qui met en place un fil repère en s'aidant de la radiographie ou de l'échographie du sein.

L'intervention

En règle générale l'opération chirurgicale est réalisée sous anesthésie générale.

L'incision est, si possible, réalisée dans un endroit peu visible : autour du mamelon ou dans le sillon cutané en dessous du sein selon l'emplacement du nodule à enlever. Quelquefois, sa localisation nécessite une incision directement au niveau du nodule.

Selon les constatations de votre médecin et les examens complémentaires déjà réalisés, il peut être nécessaire de vérifier la nature de ce nodule en cours d'intervention par un examen au microscope (examen anatomo-pathologique extemporané) alors que vous êtes toujours sous anesthésie.

Lorsque le nodule apparaît bénin lors de cet examen, l'intervention est terminée. Un dispositif de drainage des sécrétions (petit tuyau ou drain) est parfois mis en place au niveau du sein.

Si des cellules malignes sont mises en évidence, l'intervention peut être poursuivie par le prélèvement de ganglions par une incision du creux de l'aisselle (curage ganglionnaire qui consiste en l'ablation de ganglions pour analyse). Un dispositif de drainage des sécrétions de lymphes par un petit tuyau ou un drain est souvent laissé en place pour quelques jours au niveau du creux de l'aisselle.

Que se passe-t-il après une tumorectomie ?

- Si l'ablation du nodule seul a été réalisée :

L'hospitalisation est généralement de courte durée (votre chirurgien peut vous le préciser). Si un dispositif de drainage a été mis en place, il est habituellement enlevé après un à trois jours. Les fils de fermeture de la peau sont parfois résorbables. Parfois, ils doivent être enlevés après la sortie de l'hôpital ou de la clinique.

- Si un curage ganglionnaire a été réalisé :

L'hospitalisation est un peu plus longue, jusqu'à ce que l'écoulement de lymphes soit arrêté ou suffisamment diminué pour retirer le dispositif de drainage. Si du bleu a été injecté, la teinte cutanée peut persister quelques semaines pour disparaître ensuite.

Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

L'ablation du nodule est une intervention courante et bien maîtrisée, dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

En cours d'opération, la voie d'abord peut être modifiée selon les constatations faites au cours de l'intervention : ouverture plus grande que prévue ou deuxième ouverture parfois. Exceptionnellement, une blessure ou une brûlure de la peau du sein peut se produire. Si un curage ganglionnaire est nécessaire, ses risques propres sont la possibilité de blessure des vaisseaux et des nerfs du creux de l'aisselle.

Dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont quelquefois douloureuses et nécessitent un traitement antalgique. Parfois, une ecchymose, un hématome ou une infection de la cicatrice peuvent survenir, nécessitant le plus souvent des soins locaux. Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère survenant dans les jours suivant l'opération peut nécessiter une réintervention.

Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Si un curage ganglionnaire a été nécessaire, une limitation des mouvements de l'épaule peut s'observer dans les suites immédiates. Elle s'atténue spontanément ou avec des soins de kinésithérapie en quelques semaines. Des modifications de la sensibilité siégeant à la face interne du bras s'observent dans environ 20 % des cas. Enfin, un gonflement du bras peut s'observer chez 10 à 20 % des patientes dans les semaines ou les mois qui suivent l'opération ; cette éventualité est beaucoup moins fréquente en cas de prélèvement du ganglion sentinelle et après kinésithérapie avec drainage du membre supérieur opéré.

Selon la situation du ou des nodules, une déformation localisée du sein peut être constatée dont vous aurez été informée. Enfin, une réintervention peut être nécessaire lorsque toutes les lésions malignes ou précancéreuses entourant le nodule ou les micro- calcifications opérés n'ont pu être retirées lors de l'intervention initiale.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

En pratique

Avant l'opération :

- Une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention ;
- L'hospitalisation a lieu en général le matin ou la veille de l'opérateur ;
- Si le nodule doit être repéré, ce repérage est habituellement effectué la veille ou le matin de l'intervention. L'éventuelle injection d'isotope aura été pratiquée et une scintigraphie réalisée ;
- Après une prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire ;
- Une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée ;

Après l'opération :

- vous passerez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre ;
- un petit drain est parfois mis en place pour quelques jours sous la peau ;
- un petit hématome ou une sensation de dureté de la zone où se trouvait le nodule est très fréquent et peut durer quelques jours ou semaines ;
- la reprise d'une alimentation normale se fait en général dès le soir ou le lendemain de l'opération
- le moment de votre sortie dépend du type d'intervention qui aura finalement été réalisé en fonction des constatations effectuées en cours d'intervention ;
- des douches sont possibles quelques jours après l'opération, mais il est recommandé d'attendre 15 jours avant de prendre un bain.

Après la sortie :

- après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements ou écoulements du sein, de la fièvre ou un gonflement important du sein surviennent, il est indispensable d'en informer votre médecin ;
- des séances de kinésithérapie du membre supérieur seront prescrites en cas de curage ganglionnaire ;
- une visite de contrôle postopératoire, après la sortie, est indispensable pour vérifier la cicatrisation ; le rendez-vous vous sera précisé par votre opérateur ou l'équipe au moment de votre sortie ;
- en cas de lésion maligne, votre dossier aura été présenté à un collège de médecins qui aura évalué les traitements complémentaires éventuels (comme les rayons, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et l'immunothérapie), en fonction de votre état clinique et des résultats des analyses effectuées sur la tumeur et les ganglions.

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

Attention !

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

Informations complémentaires du Dr SAVEY

A l'entrée :

Dans le cas ou des bas de contention vous ont été prescrits il est impératif de les apporter et les confier à la personne qui vous accueille car on vous demandera de les porter pendant l'intervention

A votre sortie :

Quelle que soit la nature de votre intervention Il est généralement conseillé d'attendre 3 semaines avant de prendre des bains mais les douches sont autorisées tout en évitant de mouiller les éventuels pansements

Si vous avez des pansements il faudra les retirer au plus tard une semaine après l'intervention, les cicatrices ne nécessitent pas de soins particuliers, les fils de sutures situés sous la peau sont résorbables

Dans le cas ou des anticoagulants vous sont prescrits à la sortie il est impératif de récupérer les résultats de vos contrôles sanguins de plaquettes et veiller à ce qu'elles ne baissent pas en dessous de 150 000, ceci n'arrive que très exceptionnellement mais il s'agit alors d'une grande urgence qui devrait vous faire consulter aux urgences le jour même.

Signature