

Chirurgie mammaire : que faire en pré- et postopératoire ?

Bilan préopératoire

Je préconise deux consultations avant l'intervention. Elles ont pour but de réaliser un examen clinique complet :

L'interrogatoire note :

- les antécédents médicaux et chirurgicaux personnel voir familiaux ;
- l'évaluation exacte de la gêne physique et surtout psychologique ;
- l'évaluation des souhaits de ma patiente et leur faisabilité par un examen clinique physique du thorax et des seins ;
- L'examen clinique détermine des mesures très précises qui permettent de les comparer au canon de beauté des seins.

Du 1er coup d'œil, un chirurgien expérimenté sait déterminer exactement le volume de la prothèse qui donnera les résultats les plus aboutis et naturels. En conséquence, il faut orienter sa patiente vers ce but, même si initialement, ses désirs sont plutôt dirigés vers autre chose.

Important : ma patiente doit apporter lors de la deuxième consultation une photo interprétable de la poitrine de trois femmes différentes, chacune ayant une poitrine semblable à la poitrine dans désirée...

Le chirurgien expérimenté constate la cohérence des trois photos (même forme, même volume, même forme de thorax) et doit signaler à sa patiente des variations éventuelles tout en l'informant de la faisabilité ou non de sa demande avec une sécurité maximale.

Les autres points importants sont les suivants :

Les contre-indications sont rares, d'ordre général, ou en présence d'antécédents personnels ou familiaux de maladie auto-immune (Lupus...), lymphome, enfin en face d'une absence de cohérence de la demande ;

Un mois avant l'opération : pratiquer une mammographie de référence associée souvent à une échographie, arrêter une éventuelle contraception orale ainsi que le tabac surtout quand l'intoxication dépasse 20 paquets- année, arrêt des antiagrégants sanguins (Aspirine*) voire des anticoagulants quand cela est possible ;

15 jours avant l'opération : prescription d'anti œdémateux, de vitamines, d'anti ecchymoses, voire de fer et de son transporteur. Dans certains cas, des bas de contention sont à porter, nuit et jour, 8 jours avant l'opération ;

De 2 mois à 2 jours avant l'opération : consultation d'anesthésie, dans certains cas consultation auprès d'un cardiologue avec un électrocardiogramme, bilan sanguin préopératoire.

La veille de l'opération

Comme avant toute intervention, des précautions doivent être prises :

- Le plus souvent, injection d'anticoagulants type hémoglobine de bas poids moléculaire (Lovénox* 40mg une dose en sous-cutanée à 18h) ;
- Parfois prescription d'anxiolytiques (Lexomil*, un demi bâtonnet au coucher) ;
- Lavage complet du corps et shampoing à la Bétadine scrub ;
- Être parfaitement jeun pour l'intervention c'est-à-dire ne pas boire, ne pas fumer, ne pas mâcher de gomme pendant les six heures qui précède l'opération. Seuls les médicaments que l'anesthésiste vous a autorisée doivent être pris à l'heure indiquée avec une simple gorgée d'eau.

L'intervention

Elle est toujours menée sous anesthésie générale et dure en moyenne 1h30 à 2 heures, en fait très variable selon chaque patiente.

Si des bas de contention ont été indiqués, bien enfiler des bas neufs juste avant de partir au bloc opératoire.

Les dessins préopératoires sont effectués au bloc opératoire, juste avant l'intervention, avec minutie, en utilisant un marqueur cutané à pointe fine. On note avec précision la position de l'ancien sillon sous mammaire et sa future position, le plus souvent abaissée. La base de la future prothèse est dessinée sur la peau, précisant ses limites internes et externes.

Les photos définitives sont prises au bloc opératoire en position debout.

La position opératoire est le plus le plus souvent semi-assise, bras le long du corps, en protégeant minutieusement certains points d'appui et de compression (coudes, poignets, mains, mollets, talons).

La technique opératoire est précisée :

- Endormissement précautionneux, atraumatique, sans bruit dans la salle, un antibiotique à large spectre étant administré dès l'induction ;
- Infiltration de Xylocaïne adrénalinée à 1 % diluée de moitié au niveau de l'incision et dans tous les plans ;
- Incision hémi aréolaire inférieure ;
- Incision glandulaire, puis musculaire dans le sens des fibres du muscle grand pectoral ;
- Dissection de la loge de la prothèse, en arrière des muscles en dedans, en dehors et en haut. En revanche, vers le bas, la dissection est souvent sous cutanéograsseuse, voire sous cutanée pure, si le sillon sous mammaire est très marqué ;

- Hémostase toujours très méticuleuse ;
- Le drainage est le plus souvent obtenu par un drain aspiratif, de chaque côté et sortant par l'aisselle ;
- Le choix définitif de la prothèse est réalisé après vérification directe des mesures internes en introduisant un double décimètre souple dans la loge elle-même ;
- Injection dans la loge d'antalgiques afin d'éviter au maximum les douleurs postopératoires ;
- Mise en place des implants de façon atraumatique, en évitant de toucher la peau, en bonne position ;
- Vérification de la symétrie des 2 seins ;
- Fermeture en trois plans : musculaire, glandulaire et cutané ;
- Le pansement avec compresses bétadinées est compressif vers le bas. La brassière de contention ne sera utilisée qu'après le premier pansement;
- Début du réveil, doux et progressif.

Le suivi postopératoire

À la clinique :

- Réveil progressif en salle de réveil sous la surveillance minutieuse de l'anesthésiste et de l'infirmière de salle de réveil ;
- Après 2 heures, retour en chambre et surveillance par une infirmière diplômée d'État ;
- Prévention postopératoire immédiate et systématique de la douleur par des antalgiques majeurs à type d'opiacés (morphine) en intraveineux et parfois utilisés en injection à la seringue électrique dont le débit est réglé par la patiente elle-même suivant l'intensité de sa douleur et en l'absence d'effet secondaire;
- Sortie le soir même si l'état général l'autorise et après ablation du drainage n'aspirant que de simples sérosités et très peu de sang. Dans le cas contraire, hospitalisation d'une nuit ;
- Premier pansement au 1er jour ou au 3ième jour postopératoire selon les cas et installation d'un pansement léger et de la brassière compressive.

Chez soi :

1/ durant 7 jours :

- Antalgiques associant Paracétamol (1 g en matinée et 1 g dans l'après-midi) à l'Ixprim* (un comprimé matin, midi et soir) qui associe par comprimé 325 mg de Paracétamol à 37,5 mg de Tramadol (opiacé);
- Arrêt de l'activité, en fait très variable selon les personnes, parfois quelques jours sont suffisants. La règle est que tout mouvement douloureux doit être interrompu, la douleur étant inexistante en position statique ou lors des mouvements quotidiens et habituels;
- Pansement quotidien sur la cicatrice avec désinfection à la Bétadine par une infirmière à domicile.

2/ durant 21 jours :

- Poursuite du pansement quotidien par la patiente elle-même selon un protocole précis ;
- Port de la brassière nuit et jour.

3/ à 45 jours :

- Reprise du sport en portant la brassière et en évitant tout geste douloureux ;
- Début des massages afin de mobiliser localement la prothèse dans sa loge de façon horizontale améliorant sa mobilité et sa souplesse.

4/ tous les 45 jours :

- Visite auprès du chirurgien afin d'apprécier le dégonflement, la souplesse, la mobilité et enfin l'aspect cicatriciel qui impose un traitement local et adapté selon un protocole spécifique pendant 6 à 8 mois.