

Reconstruction des seins : 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 personnels 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 premier 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 : lors de la deuxième consultation ma patiente doit apporter une photo interprétable de la poitrine de trois femmes différentes, chacune ayant une poitrine semblable à la poitrine tant 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*) ou de 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 l'intoxication tabagique surtout quand elle dépasse 20 paquets-année, arrêt des antiagrégants plaquettaires (Aspirine*) et des anti-inflammatoires quand cela est possible ;

15 jours avant l'opération : prescription d'anti œdémateux, de vitamines, d'anti ecchymoses, 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 hémostase 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 de 1h30 à 2h30, en fait de durée 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 de la pose d'implants mammaires 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 ;
- 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 atraumatiques en bonne position en évitant qu'ils touchent la peau ;
- Vérification de la symétrie des 2 seins ;
- Fermeture en trois plans : musculaire, glandulaire et cutané ;
- Le pansement réalisé 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.

La technique opératoire de la réduction mammaire est précisée :

- Endormissement précautionneux, atraumatique, en respectant le silence dans la salle ;
- Un antibiotique à large spectre est administré à l'induction ;
- Infiltration de Xylocaïne adrénalinée à 1 % diluée de moitié au niveau de l'incision et dans tous les plans ;
- Désépidermisation autour de l'aréole et du pédicule, c'est-à-dire ablation de la partie toute superficielle de la peau afin de conserver la vascularisation de l'aréole. On constate que ce pédicule est étroit, supéro interne, peu pratiqué par les chirurgiens. Il est pourtant très fiable, assurant une parfaite vascularisation de l'aréole, et surtout permettant un enroulement plus aisé et un affrontement parfait des berges de la cicatrice accentuant sa qualité ;
- Exérèse cutanée et glandulaire dans le pôle inférieur du sein. La découpe glandulaire est également originale, sans décollement de la face postérieure du sein qui restent attachée aux muscles grands pectoral (photo numéro) ;
- Bâti de l'aréole : enroulement du lambeau porte mamelon et positionnement de l'aréole au sommet du cône mammaire ne posant jamais de difficultés, même en cas d'hypertrophie mammaire très importante ce qui n'est pas souvent le cas dans la technique classique où le lambeau porte mamelon est épais et large c'est-à-dire supérieur complet et non supéro interne ;

- Bâti de l'incision verticale avec lambeau d'accolement selon une technique originale ;
- Fermeture définitive de l'aréole avec une suture selon un lambeau d'accolement et un agrafage délicat, sans tension et asymétrique selon une technique originale en vue d'éviter au maximum l'élargissement secondaire de la cicatrice qui doit rester peu visible ;
- Fermeture définitive de la verticale en deux plans selon également un lambeau d'accolement associé à ce niveau à un surjet froncé au fil résorbable en sous-cutané complété par un agrafage cutané ;
- Vérification de la parfaite position de l'aréole au sommet du cône mammaire et respectant les mesures du sein idéal dépendant d'HTA (soit l' héli base thoracique antérieure), à l'origine des canons de beauté du sein que j'ai définis ;
- Pansement bétadiné compressif sauf sur les les aréoles ou le pansement peu compressif ;
- Drainage par un drain aspiratif de chaque côté sortant par l'aisselle presque systématique.

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.