

Réduction 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 personnels et familiaux (les allergies connues, les médicaments consommés régulièrement, le type de contraception, le tabagisme, les résultats des mammographies précédentes...).
- L'évaluation exacte de la gêne physique et surtout psychologique.
- L'évaluation des souhaits de ma patiente et leur faisabilité après un examen clinique physique du thorax et des seins ;
- L'examen clinique détermine des mesures très précises qui permettent de les comparer aux canons de beauté des seins que j'ai définis. Il faudra également préciser le volume désiré par ma patiente, en l'adaptant bien sûr à la largeur de son thorax et ainsi en orientant son choix. J'ai trop souvent du réopérer des patientes afin de leur poser des prothèses mammaires, un chirurgien peu expérimenté leur ayant précédemment enlevé un volume mammaire trop important.

Les autres points importants sont les suivants :

Les contre-indications sont rarissimes avant tout d'ordre général ;

Un mois avant l'opération : pratiquer une mammographie de référence souvent associée à une échographie; arrêter une éventuelle contraception orale ainsi que l'intoxication tabagique surtout quand celle-ci dépasse 20 paquets année (soit un paquet par jour pendant 20 ans) ; arrêt des antiagrégants sanguins comme l'Aspirine*;

15 jours avant l'opération : prescription de veinotoniques (Endotélon*), de vitamines (Bion*3 adulte), d'anti ecchymoses, de fer et de son transporteur. En cas de facteurs de risques de phlébite, des bas de contention sont portés, nuit et jour, 8 jours avant l'opération ;

De 2 mois à 2 jours avant l'opération : consultation auprès de mon anesthésiste; dans certains cas, consultation auprès d'un cardiologue avec un électrocardiogramme; bilan sanguin préopératoire comprenant systématiquement les sérologies hépatitiques (HIV et hépatite B et C).

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 *40 mg, une dose en sous-cutanée à 18h) ;
- Parfois prescription anxiolytiques (Lexomil *, un demi bâtonnet au coucher);
- Lavage complet du corps et shampoing à la Bétadine scrub ;
- Être parfaitement à jeun pour l'intervention c'est-à-dire ne pas boire, ne pas fumer, ne pas mâcher de gomme pendant les six heures qui précèdent l'opération. Seuls les médicaments que l'anesthésiste a autorisés doivent être avalés à l'heure indiquée avec une gorgée d'eau.

L'intervention

Elle est toujours réalisée sous anesthésie générale et dure en moyenne de 2 à 3h.

Si des bas de contention ont été indiqués huit jours avant l'opération, enfiler des bas neufs juste avant d'être accompagnée 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 un schéma préétabli sur la peau.

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

La position opératoire est 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, 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 supérieur 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 franc 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'hémi base thoracique antérieure), à l'origine des canons de beauté du sein que j'ai définis ;
- Pansement bétadiné compressif sauf sur 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 deux 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, même si l'intervention de réduction mammaire est considérée comme une intervention très peu douloureuse ;
- Sortie le lendemain après ablation du drainage n'aspirant que de simples sérosités et très peu de sang ;
- Premier pansement au premier jour ou au troisième 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 de l' Ixprim*(1 comprimé matin, midi et soir) qui associe, par comprimé, 325 mg de paracétamol à 37,5 mg de tramadol (opiacés) ;
- Arrêt de l'activité, de durée très variable selon les personnes. Parfois quelques jours sont suffisants et chez d'autres femmes, une quinzaine de jours ;
- La règle et 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 dermique par une infirmière diplômée d'État et à domicile ;
- Ablation des agrafes au 7ième jour, de façon complètement indolore et douche autorisée le jour suivant (les douches sont possibles avant à condition de protéger le pansement par un film plastique ou Opsite *).

2/ durant 21 jours :

- Poursuite du pansement quotidien par ma patiente elle-même et selon un protocole précis jusqu'à disparition du bourrelet correspondant au lambeau d'accolement ;
- Port de la brassière nuit et jour.

3/ à 45 jours :

- Reprise du sport en portant la brassière et en évitant tout geste douloureux ;
- Bain autorisé.

4/ tous les 45 jours :

- Visite auprès du chirurgien afin d'apprécier le dégonflement de l'œdème et l'aspect cicatriciel qui impose un traitement cutané local et adapté selon un protocole spécifique pendant six à huit mois. Le dégonflement complet de l'œdème sera habituellement effectif au 3ème mois et l'aspect définitif de la cicatrice ne pourra être constaté que vers le 12ème mois, et même souvent plus. La patience est donc de règle...