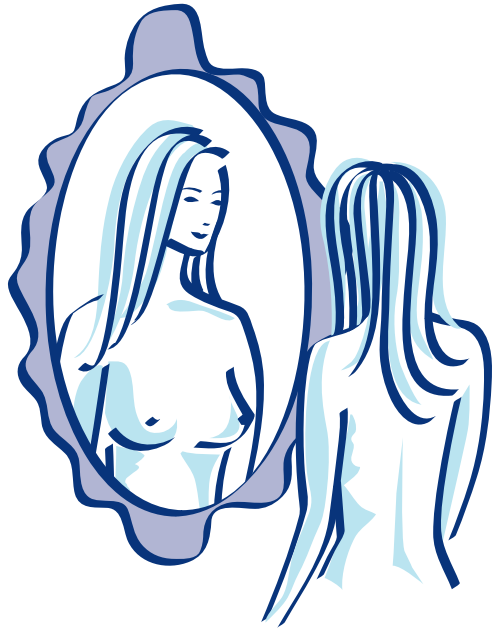


LE CANCER DU SEIN

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Établissement certifié par la Haute Autorité de Santé en 2007



Le Centre Paul Strauss est membre de la Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer qui regroupe 20 Centres français. Il a pour mission les soins, l'enseignement et la recherche en cancérologie. La pratique médicale repose sur la pluridisciplinarité. Pour établir diagnostic et traitement, les médecins échangent leurs points de vue.

Ce document est écrit pour vous et vos proches. Comprendre les explications qui vous sont données et s'en souvenir est parfois difficile. Ce document vient compléter les informations données par le chirurgien lors de la consultation pré-opératoire.

LA CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN

La chirurgie est le principal traitement des cancers du sein.

Elle a beaucoup évolué ces dernières années en devenant
moins agressive et plus conservatrice.

Le cancer apparaît sous des formes multiples et variées. Même si elles semblent similaires, les situations ne sont jamais identiques. Chaque personne malade bénéficie d'un traitement personnalisé. Pour traiter les tumeurs du sein, le chirurgien pratique deux types de chirurgie : la **tumorectomie** et la **mastectomie**. *C'est de ces interventions dont nous allons vous parler dans les pages suivantes.*

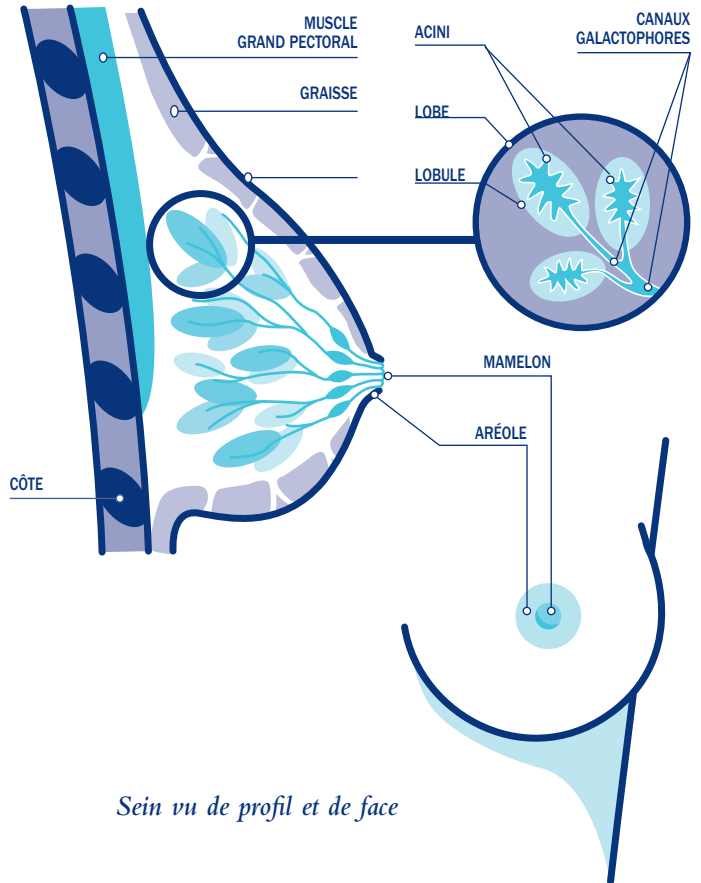
AU SOMMAIRE



• Anatomie du sein	4
• Chirurgie du cancer du sein	5
• Tumorectomie	6
• Mastectomie	7
• Chirurgie des ganglions	9
• Avant l'intervention chirurgicale	12
• Effets secondaires	12
• Retour à domicile	14
• Consultation post-opératoire	14
• Image de soi et sexualité	15
• Contacts utiles	16
• Explication des mots médicaux	17

Anatomie du sein

Le sein est une glande cutanée qui repose sur le muscle grand pectoral. Il est constitué de tissu glandulaire (*canaux galactophores se terminant par un lobule*), de graisse, de tissu fibreux et d'une enveloppe de peau.



Sein vu de profil et de face

Chirurgie du cancer du sein

La chirurgie du cancer du sein est un traitement **standard** qui répond à plusieurs objectifs :

- Retirer la **tumeur** afin d'éviter son développement local. Le résultat de son analyse au microscope permet de mieux définir le traitement complémentaire éventuel.
- Prélever et examiner le ou les **ganglion(s)** de l'aisselle
- Reconstruire le sein en cas **d'ablation** totale.

Le plus souvent, la chirurgie est proposée d'emblée (*traitement initial*) mais il arrive qu'elle soit indiquée après un traitement médical (*chimiothérapie ou hormonothérapie*).

Il existe deux types d'intervention :

- **La tumorectomie**
- **La mastectomie**

Après confirmation du diagnostic obtenu grâce au résultat de la **microbiopsie** réalisée par le radiologue, votre cas est examiné au cours d'une **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire** (*RCP*). Le chirurgien vous propose ensuite l'intervention chirurgicale la mieux adaptée à votre cas. Chaque cancer est particulier et nécessite une chirurgie personnalisée qui dépend de la taille et de la localisation de la tumeur ainsi que du volume du sein. Votre souhait est pris en compte lors du choix du traitement. Nous vous laissons le temps de réfléchir et d'en discuter avec votre médecin traitant et/ou avec votre gynécologue.

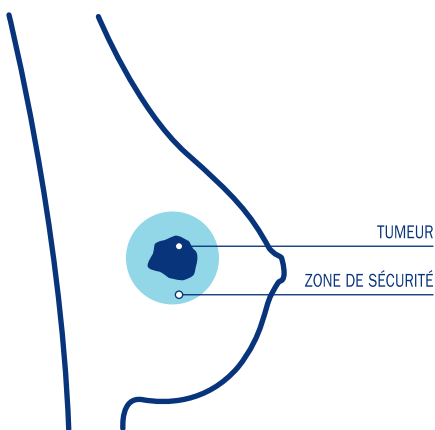


Tumorectomie

Il s'agit d'une ablation partielle du sein. Le chirurgien enlève la totalité de la tumeur sans enlever la totalité du sein. Ce type d'intervention permet d'obtenir un résultat esthétique qui respecte le volume et le galbe du sein grâce à un remodelage de la glande. Il n'y a pas lieu de reconstruire le sein qui est ici conservé.

Pour une tumeur palpable, le chirurgien pratique une tumorectomie passant à distance de la tumeur et emportant une collerette de tissu sain périphérique (*marges saines*).

Pour une tumeur non palpable (infraclinique), il s'agit d'une zonectomie nécessitant un repérage par mammographie ou échographie réalisée par le radiologue la veille ou le matin de l'intervention.



Sein vu de profil

* Voir l'explication
du mot ou de
l'expression p. 17

Le choix de la cicatrice vous est précisé par le chirurgien lors de la consultation pré-opératoire. Selon les cas, elle est réalisée autour de l'aréole ou directement à l'aplomb de la tumeur.

Mastectomie

La mastectomie totale requiert toujours votre accord.

La chirurgie reconstructrice ne favorise pas la reprise de la maladie. Elle ne dissimule pas une récurrence locale.

Il s'agit de l'ablation totale du sein. La réalisation de cette intervention n'est pas liée à la gravité de la maladie mais à la nature, la taille ou la situation du cancer dans le sein. Cette intervention s'appuie toujours sur une décision collégiale prise au cours d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Elle requiert votre accord pour être réalisée par le chirurgien.

La mastectomie comprend l'ablation de la glande mammaire et de sa peau, ainsi que du mamelon et de l'aréole. Elle s'accompagne d'une perte du relief mammaire et laisse une cicatrice fine, horizontale ou oblique sur la peau.

Une reconstruction mammaire est possible.

Selon les caractéristiques de la tumeur du sein et les indications éventuelles de traitements complémentaires, la reconstruction mammaire peut être immédiate (*réalisée dans le même temps opératoire que la mastectomie*) ou différée (*réalisée à l'issue des éventuels traitements complémentaires*).

En l'absence de reconstruction mammaire immédiate, le port d'une prothèse mammaire externe peut être envisagé. Au cours de l'hospitalisation, les membres de l'association «Vivre comme Avant» vous donnent toutes les informations utiles et peuvent répondre aux questions que vous vous posez. L'infirmière du service vous indique les coordonnées de magasins spécialisés qui peuvent vous aider à choisir la prothèse la mieux adaptée à votre morphologie.

Alternatives à la mastectomie

Lorsque une tumorectomie ne peut vous être d'emblée proposée, le chirurgien a encore deux possibilités pour tenter de conserver le sein.

Il peut vous proposer une chimiothérapie ou une hormonothérapie avant la chirurgie (*chimiothérapie ou hormonothérapie néoadjuvante ou d'induction*) pour diminuer la taille de la tumeur et envisager ainsi, dans la majorité des cas, la conservation ultérieure du sein.

Chirurgie oncoplastique

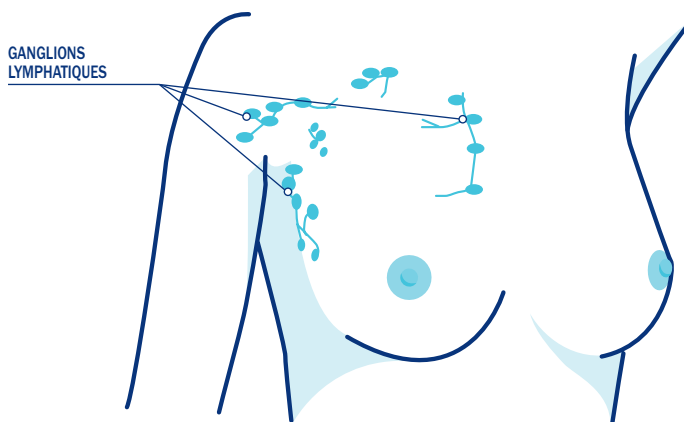
Le chirurgien peut aussi, lorsque le sein est de gros ou de moyen volume, vous proposer, en cas de grosses tumeurs ou en cas de localisations particulières, une **chirurgie oncoplastique**. Dans ce cas, il effectue une tumorectomie large de la tumeur (*avec une marge de sécurité*) et un remodelage de la glande et parfois du sein opposé, grâce à des techniques dérivées de la chirurgie plastique.

Drains de Redon

Quelle que soit l'intervention pratiquée, tumorectomie ou mastectomie, le chirurgien met en place pour quelques jours, sous la cicatrice, un ou plusieurs drain(s) de Redon aspiratifs qui sont retirés au cours de l'hospitalisation.

Chirurgie des ganglions

Les cancers **infiltrants** peuvent se propager vers les ganglions **lymphatiques**. Les ganglions susceptibles d'être atteints, dans un cancer du sein, sont principalement situés au niveau de l'aisselle. Ils sont appelés ganglions **axillaires**. Plus la tumeur est grosse, plus il y a de risques que les cellules cancéreuses se propagent vers les ganglions.



Ganglions lymphatiques du sein

Afin de mieux préciser l'extension du cancer et de définir la nature du traitement complémentaire, l'**anatomopathologiste** analyse au microscope les ganglions de l'aisselle prélevés par le chirurgien. Il existe deux types de prélèvement.

- Le **curage axillaire**
- Le **prélèvement du ganglion sentinelle**

Le produit
radioactif injecté
ne présente
aucun danger.

Le curage axillaire

Il est réalisé par une courte incision horizontale dans le creux de l'aisselle (*sauf dans la mastectomie ou la même incision est utilisée*). Le chirurgien prélève 10 à 15 ganglions en respectant les vaisseaux et les nerfs de l'aisselle. À la fin de l'intervention, le chirurgien place pour quelques jours, dans l'aisselle, sous la cicatrice, un petit drain qui permet l'évacuation du sang et des sécrétions de la **lymphe** évitant ainsi la survenue d'une **collection** de lymphe (*lymphocèle*).

Le prélèvement du ganglion «sentinelle»

Le chirurgien prélève exclusivement le premier relai ganglionnaire de l'aisselle qui compte généralement un à trois ganglions. La technique du ganglion sentinelle consiste à enlever et examiner uniquement un à trois ganglions.

Pour identifier ces ganglions sentinelles, le chirurgien a recours à deux procédés :

L'injection d'un produit radioactif

La veille de l'intervention, vous vous rendez dans le **service de médecine nucléaire**. Sous anesthésie locale, la manipulatrice injecte dans le sein un produit radioactif (*colloïde marqué*) qui se fixe sur le ganglion sentinelle. Le chirurgien le détecte pendant l'intervention, au moyen d'une sonde recueillant la radioactivité. Une **scintigraphie** des ganglions vous est proposée la veille et parfois encore le matin, juste avant l'intervention.

L'injection d'un colorant

Au début de l'intervention, le chirurgien injecte dans le sein, sous anesthésie générale, un colorant appelé «bleu patenté» qui se concentre au niveau du ou des ganglion(s) sentinelle(s).

Visualiser le ganglion sentinelle ne signifie pas qu'il est porteur de cellules cancéreuses.

Il(s) se colore(ent) alors en bleu permettant ainsi sa/leur détection visuelle par le chirurgien.

Résultat de l'analyse

Dans la majorité des cas, le ganglion sentinelle est identifié au cours de l'opération. Après avoir été prélevé par le chirurgien, il est adressé en cours d'intervention à l'anatomopathologiste qui l'analyse au microscope (*examen extemporané*). Les résultats de cette analyse, obtenus pendant l'opération, lui permettent de choisir la chirurgie ganglionnaire la mieux adaptée à votre situation.

- Si l'analyse montre que le ganglion sentinelle est négatif (*pas atteint*), les autres ganglions de l'aisselle sont laissés en place.
- Si l'analyse montre que le ganglion sentinelle est positif (*atteint*), le chirurgien réalise un curage ganglionnaire emportant les autres ganglions de l'aisselle.
- Si le ganglion n'est pas retrouvé par le chirurgien (*cas rares de l'ordre de 5%*), un curage axillaire standard est pratiqué, emportant tous les ganglions de l'aisselle.
- Actuellement, la technique du ganglion sentinelle ne s'applique pas après chimiothérapie néoadjuvante.

On parle de ganglions positifs lorsqu'ils sont atteints par les cellules cancéreuses et de ganglions négatifs lorsqu'ils ne sont pas atteints pas les cellules cancéreuses.

Avant l'intervention chirurgicale

Afin d'obtenir une bonne cicatrisation, l'arrêt du tabac est recommandé.

La durée d'hospitalisation varie entre 2 et 7 jours selon la nature de l'intervention chirurgicale.

La zone opérée peut rester sensible et indurée sans présenter un caractère de gravité.

Vous rencontrez successivement en consultation le chirurgien et l'anesthésiste. Un bilan pré-opératoire vous est prescrit. L'arrêt du tabac est recommandé afin de faciliter la cicatrisation postopératoire. Le chirurgien vous indique les durées de l'intervention et de l'hospitalisation. Il vous précise les bénéfices et les risques de l'opération. L'anesthésiste vous demande de lui signaler vos antécédents (*notamment allergiques*) et votre éventuel traitement actuel. Il vous renseigne sur les modalités de l'anesthésie (*anesthésie locale, générale, hypnose*). La veille de l'intervention une visite préopératoire est effectuée par deux membres de l'équipe du bloc opératoire. Ils/elles vous rencontrent dans votre chambre afin de vous informer sur l'installation en salle d'opération (*photos des locaux*) et sur les consignes relatives à la préparation avant l'intervention.

Vous pouvez, sur votre demande, bénéficier avant l'intervention de l'aide de la psychologue et des informations de l'assistante sociale.

Effets secondaires

Les effets secondaires de la chirurgie peuvent apparaître dans les suites de l'opération ou plus tardivement. Ils ne sont pas systématiques et varient d'une patiente à l'autre.

Au réveil

Comme après toute intervention chirurgicale, la zone traitée est parfois sensible voire légèrement douloureuse, tout comme l'épaule et la face interne du bras. Le traitement de la douleur, adapté à chaque patiente, est contrôlé par des protocoles élaborés par les médecins anesthésistes. La douleur est régulièrement évaluée afin de vous soulager rapidement et efficacement.

Les suites opératoires

Elles sont habituellement simples mais un œdème, un saignement avec ou sans hématome, une infection, un retard de cicatrisation ou un écoulement prolongé de lymphes (*lymphorrhée*) peuvent survenir. L'apparition dans l'aisselle d'une collection de lymphes, événement sans gravité, est traitée par une ponction évacuatrice non douloureuse qui, parfois, nécessite d'être répétée.

Lire «Conseils pratiques aux personnes opérées du sein».

Après un curage des ganglions axillaires

Il est fondamental d'entreprendre une kinésithérapie afin d'éviter toute raideur et limitation de la mobilité de l'épaule du côté du sein opéré. Des séances de kinésithérapie vous sont prescrites. Les complications tardives du curage axillaire à savoir un œdème du bras (*gros bras ou lymphoedème*) peuvent être prévenues par une bonne hygiène de vie et des précautions à prendre dans votre vie quotidienne. Elles sont décrites dans le livret d'information qui vous est remis par l'équipe soignante «*Conseils pratiques aux personnes opérées du sein*».

Après la détection du ganglion sentinelle

L'injection de colorant dans le sein provoque, exceptionnellement, une réaction allergique. Il arrive qu'elle s'accompagne d'une coloration bleue transitoire des urines et d'une coloration bleue, parfois prolongée, mais réversible de la peau du sein, localisée au niveau du site d'injection.

Des massages de la cicatrice ou l'application de pommade peuvent être proposés.

La cicatrice

Le chirurgien apporte le plus grand soin à la réalisation de votre cicatrice. Son aspect définitif n'est acquis que plusieurs mois après l'intervention. En cas de retard de cicatrisation ou de cicatrice épaisse, contactez le chirurgien ou consultez votre médecin traitant pour mettre en place le traitement adapté.

En cas de troubles persistants, contactez le chirurgien.

Retour à domicile

À votre retour à domicile, prenez contact avec votre médecin et remettez-lui la lettre qui vous a été remise à son intention par le chirurgien. Elle l'informe sur le type d'intervention effectuée et les prescriptions réalisées.

Nous vous recommandons d'effectuer les soins infirmiers qui vous ont été prescrits et le cas échéant les séances de kinésithérapie. En cas de retard de cicatrisation, de la survenue d'une collection ou d'une fièvre, n'hésitez pas à contacter le chirurgien.

Consultation post-opératoire

Une dizaine de jours après votre sortie, nous vous revoyons dans le cadre de la consultation post-opératoire afin de retirer le fil de surjet.

À cette occasion, nous contrôlons votre cicatrice. Nous vous communiquons et vous expliquons les résultats de l'analyse du ou des prélèvements opératoires. Le cas échéant, nous vous informons de la nécessité d'un traitement complémentaire (*chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie*). Les modalités de la surveillance vous sont également précisées.

Toutes ces données sont consignées dans la lettre détaillée adressée à votre médecin traitant et/ou votre gynécologue. Exceptionnellement, le chirurgien peut recommander une réintervention après traitement conservateur et/ou un prélèvement du ganglion sentinelle, et/ou un curage axillaire complémentaire.

Un livret
d'information
«Sexualité et
Cancer»
destiné aux
femmes traitées
pour un cancer
est disponible
à l'Espace
Rencontres
Information (ERI)
Hall d'entrée du
Centre
Paul Strauss

Le cancer n'est
pas une maladie
contagieuse.

Sexualité

Si certains aspects de la sexualité sont modifiés, vivre sa sexualité reste possible. La sexualité fait partie de la sphère privée et intime. Elle ne répond pas à des normes, mais à une variété de pratiques et d'attitudes selon les personnes et pour une même personne selon le moment et les circonstances. Ce qui importe pour vous et votre partenaire est ce qui vous procure à chacun satisfaction dans vos relations.

Absence de désir

Les troubles psychologiques (*anxiété, dépression*) liés au diagnostic, au(x) traitement(s) et à la crainte de la rechute sont à eux seuls suffisants pour altérer le désir. Il est parfaitement compréhensible qu'une personne ne soit plus intéressée par la sexualité en cas de menace vitale. Chez la femme, la crainte de ne plus pouvoir satisfaire son partenaire peut favoriser un sentiment de culpabilité et interférer avec l'expression de son désir.

Modification de l'image de soi

Appelée également modification de l'image corporelle, elle peut être à l'origine de perturbations entraînant là aussi une réduction ou un arrêt de l'activité sexuelle. Une information appropriée, des conseils de professionnels, un suivi psychologique peuvent être nécessaires et utiles.

Contacts utiles

Vivre comme avant

Cette association regroupe des femmes opérées ou traitées pour un cancer du sein. Des volontaires proposent leur soutien aux patientes qui le souhaitent.

Tél. : 03 88 32 71 60

Courriel : marie-helene.voegelin@laposte.net

Europa Donna

Coalition européenne contre le cancer du sein, délégation Alsace

L'objectif de cette association est d'apporter une information claire, complète et accessible à tous, ainsi que l'amitié et le soutien d'un groupe. Elle propose des réunions de rencontre, des soirées d'information, des sorties.

Tél. : 06 89 32 20 16

Courriel : delegation-strasbourg@europadonna.fr

La Ligue nationale contre le cancer

La Ligue compte 101 comités départementaux. Chaque comité a pour mission de réaliser dans son département trois grands objectifs : l'aide à la recherche, **l'aide matérielle et morale aux malades et à leur famille**, l'information et la prévention.

Comité du Bas-Rhin 03 88 24 17 60

Comité du Haut-Rhin 03 89 41 18 94

Comité de la Moselle 03 87 18 92 96

Comité du Territoire de Belfort 03 84 21 66 70

L'Institut National du Cancer (INCa)

CANCER INFO SERVICE

Service anonyme ouvert de 8h à 20h du lundi au samedi

Tél. : 0810 810 821

Explication des mots médicaux

Ablation

Action d'enlever.
On dit aussi exérèse.

Anatomopathologiste

Médecin spécialiste qui examine au microscope des cellules et des tissus prélevés sur la personne malade. Le résultat de son analyse est déterminant pour poser le diagnostic et choisir les traitements au cours de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

Axillaire

Espace situé sous le bras au niveau de l'aisselle (ex : ganglions axillaires).

Chimiothérapie

Traitement médicamenteux qui agit sur l'ensemble des cellules cancéreuses du corps dans le but de les détruire et de les empêcher de se multiplier. Il est administré soit par perfusions, soit par voie orale sous forme de comprimés.

Chirurgie oncoplastique

Chirurgie reconstructrice combinée à la chirurgie cancérologique.

Collection

Amas, accumulation.

Curage axillaire

Acte chirurgical qui consiste à enlever l'ensemble des ganglions situés sous l'aisselle (ganglions axillaires).

Drain

Tuyau souple et fin placé sous une plaie afin de permettre l'évacuation de sang ou des sécrétions.

Echographie

Technique d'imagerie qui consiste à appliquer sur un organe, une sonde émettant un faisceau d'ultrasons. Les échos renvoyés par les différentes structures de l'organe sont recueillis et convertis en image sur un écran ou un film.

Effets secondaires

Trouble ou gêne momentanés plus ou moins importants liés au traitement.

Ganglion

Petit renflement réparti le long des vaisseaux lymphatiques.

Hématome

Accumulation localisée de sang dans un tissu.

Hormonothérapie

Traitement médicamenteux qui agit sur l'activité ou la production d'une hormone.

Infection

Pénétration et prolifération d'un microbe dans l'organisme susceptible d'entraîner des conséquences sur le plan médical.

Explication des mots médicaux

Infiltrant

Un cancer est infiltrant lorsque les cellules cancéreuses envahissent les parois des canaux galactophoriques.

Lymphatique

Se dit du réseau de petits vaisseaux et de ganglions qui transportent la lymphe. Réseau lymphatique.

Lymphe

Liquide légèrement coloré produit par le corps dans lequel vivent les cellules. Comme le sang, la lymphe circule dans des vaisseaux appelés vaisseaux lymphatiques.

Lymphoedème

Gonflement du bras du côté opéré qui peut apparaître à la suite d'un curage des ganglions situés sous l'aisselle (curage ganglionnaire) et favorisé par un traumatisme du membre supérieur (piqûre, brûlure).

Aussi appelé «gros bras», ce gonflement est lié au ralentissement de la circulation de la lymphe.

Mammographie

Technique d'imagerie qui utilise les rayons X en très faible quantité. La radiographie obtenue montre des images de la structure interne du sein.

Microbiopsie mammaire

Prélèvement de un à plusieurs échantillons de tissu mammaire sous anesthésie locale, à l'aide d'une aiguille spéciale.

Néoadjuvant(e)

Se dit d'un traitement qui intervient avant la chirurgie (préopératoire).

Oedème

Gonflement réactionnel d'un tissu.

Pluridisciplinarité médicale

Qui fait intervenir plusieurs spécialités médicales. Les traitements proposés aux patients sont validés par un groupe de spécialistes : chirurgien, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, anatomopathologiste, radiologue.

Prothèse

Dispositif mis en place pour remplacer l'organe qui a été enlevé.

Radiothérapie

Traitement du cancer réalisé à l'aide d'un appareil (accélérateur de particules) qui émet des rayons dirigés vers la tumeur afin de la détruire.

Explication des mots médicaux

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Réunion au cours de laquelle les spécialistes (chirurgien oncologue, médecin oncologue, radiothérapeute, radiologue, anatomopathologiste) décident, après discussion, des traitements proposés aux personnes malades.

Scintigraphie

Technique d'imagerie qui consiste à explorer un organe ou un tissu par l'intermédiaire d'un radio-isotope administré au patient.

Service de médecine nucléaire

Service hospitalier où sont réalisés des examens et/ou traitements qui utilisent des produits radioactifs.

Standard

Examen ou traitement dont les résultats sont connus. Un standard est considéré par la communauté médicale comme le meilleur examen ou traitement actuel.

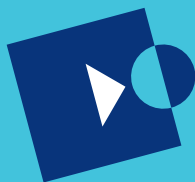
Tissu

Ensemble de cellules qui ont une même fonction (tissu musculaire, tissu osseux, tissu nerveux...)

Tumeur

Masse anormale de tissu due à une prolifération cellulaire (bénigne ou maligne).





CENTRE PAUL STRAUSS
centre régional de lutte contre le cancer

CONTACT AU CENTRE PAUL STRAUSS

Les chirurgiens et l'équipe soignante
du département de chirurgie
oncologique sont à votre disposition
pour répondre à toutes vos questions
et vous donner des conseils personnalisés.

N'hésitez pas à les contacter
Département de chirurgie oncologique

Secrétariat

Tél 03 88 25 24 27

Fax 03 88 25 85 47

chirurgie-hospitalisation@strasbourg.fnclcc.fr

3 rue de la Porte de l'Hôpital
BP 42 /67065 Strasbourg cedex

• • •

www.centre-paul-strauss.fr
France

• • •

CE LIVRET D'INFORMATION A ÉTÉ CONÇU ET VALIDÉ PAR