

Mammectomie partielle

Fiche de consentement éclairé

2014

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ destiné au docteur :

o Je soussignée :
née le :
désire me faire opérer par le Dr Eric PRADOS pour une mammectomie partielle.

o J'ai bien reçu et lu les documents intitulés "mammectomie partielle" (5 pages) et "complications de la chirurgie" qui complètent l'information que vous m'aviez donnée oralement lors de ma première consultation.

o **J'ai bien noté qu'il existe des risques de complications multiples et imprévisibles**, qui sont liés soit à l'anesthésie, soit à la chirurgie. De gravité variable, ces risques peuvent survenir soit pendant l'intervention, soit après celle-ci, au cours de mon hospitalisation, ou dans les semaines qui suivront mon retour à domicile. **Tout acte invasif comporte notamment un risque infectieux qui, en matière de chirurgie mammaire, peut conduire à une désunion complète des sutures ou des abcès. De même, je sais que l'hématome post-opératoire est la complication la plus classique de cette chirurgie.** Je vous autorise à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème opératoire pour faire face aux complications importantes, y compris à un changement de procédure.

o **Vous m'avez informée en détail et de manière compréhensible de la procédure chirurgicale, des bénéfices attendus de cette intervention, de ses inconvénients et surtout de ses limites.** Les explications que vous m'avez fournies ont été détaillées en des termes suffisamment clairs, et j'ai eu le temps de réfléchir pour me permettre de prendre ma décision et de vous demander de pratiquer cette intervention. Au cours de cette deuxième consultation, j'ai d'ailleurs pu vous poser encore toutes les questions complémentaires éventuelles concernant cette intervention.

o Je ne vous ai caché aucun de mes antécédents médicaux ou chirurgicaux, ni aucun des traitements médicamenteux que je prends. Pour diminuer le risque d'hémorragie, je ne prendrai aucun traitement anti-inflammatoire ou contenant de l'aspirine dans les deux semaines qui précéderont l'intervention. **J'ai été informée des risques d'intervention ultérieure.**

o **Je m'engage expressément à me rendre aux consultations postopératoires**, et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez avant, pendant et après l'hospitalisation ou l'intervention. Je m'engage aussi à vous contacter immédiatement et personnellement en cas d'évènement indésirable survenant après mon retour à domicile.

o J'autorise l'utilisation des photos prises avant, pendant ou après l'intervention pour des congrès scientifiques et/ou des publications, quel qu'en soit le support. OUI . . .NON

Date

Signature

Mammectomie partielle

Fiche de consentement éclairé

2014

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ destiné à la patiente :

o Je soussignée :
née le :
désire me faire opérer par le Dr Eric PRADOS pour une mammectomie partielle.

o J'ai bien reçu et lu les documents intitulés "mammectomie partielle" (5 pages) et "complications de la chirurgie" qui complètent l'information que vous m'aviez donnée oralement lors de ma première consultation.

o **J'ai bien noté qu'il existe des risques de complications multiples et imprévisibles**, qui sont liés soit à l'anesthésie, soit à la chirurgie. De gravité variable, ces risques peuvent survenir soit pendant l'intervention, soit après celle-ci, au cours de mon hospitalisation, ou dans les semaines qui suivront mon retour à domicile. **Tout acte invasif comporte notamment un risque infectieux qui, en matière de chirurgie mammaire, peut conduire à une désunion complète des sutures ou des abcès. De même, je sais que l'hématome post-opératoire est la complication la plus classique de cette chirurgie.** Je vous autorise à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème opératoire pour faire face aux complications importantes, y compris à un changement de procédure.

o **Vous m'avez informée en détail et de manière compréhensible de la procédure chirurgicale, des bénéfices attendus de cette intervention, de ses inconvénients et surtout de ses limites.** Les explications que vous m'avez fournies ont été détaillées en des termes suffisamment clairs, et j'ai eu le temps de réfléchir pour me permettre de prendre ma décision et de vous demander de pratiquer cette intervention. Au cours de cette deuxième consultation, j'ai d'ailleurs pu vous poser encore toutes les questions complémentaires éventuelles concernant cette intervention.

o Je ne vous ai caché aucun de mes antécédents médicaux ou chirurgicaux, ni aucun des traitements médicamenteux que je prends. Pour diminuer le risque d'hémorragie, je ne prendrai aucun traitement anti-inflammatoire ou contenant de l'aspirine dans les deux semaines qui précéderont l'intervention. **J'ai été informée des risques d'intervention ultérieure.**

o **Je m'engage expressément à me rendre aux consultations postopératoires**, et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez avant, pendant et après l'hospitalisation ou l'intervention. Je m'engage aussi à vous contacter immédiatement et personnellement en cas d'évènement indésirable survenant après mon retour à domicile.

o J'autorise l'utilisation des photos prises avant, pendant ou après l'intervention pour des congrès scientifiques et/ou des publications, quel qu'en soit le support. OUI .. .NON

Date

Signature

LES MAMMECTOMIES PARTIELLES

Fiche d'information des patients

Une mammectomie partielle peut correspondre à une **Tumorectomie** (ablation d'un nodule palpable) ou une **Zonectomie** (ablation d'un zone non palpable). Les mots "nodule" et "tumeur" équivaut à "boule" en médecine et ne préjuge en aucun cas de cancer.

Devant la découverte d'une anomalie mammaire (nodule, micro-calcifications...), il est réalisée le plus souvent au préalable une biopsie mammaire. Cette biopsie a permis de connaître la nature bénigne ou cancéreuse du nodule ou de la zone que l'on doit vous traiter. En fonction de la nature de cette lésion, le geste opératoire sera complété ou non par un autre geste tel que par exemple un curage axillaire sentinelle ou classique... Lorsque la mammectomie partielle est réalisée d'emblée, sans biopsie préalable, un examen extemporané peut être réalisé au bloc opératoire dans certaines conditions.

L'INTERVENTION

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale, selon les cas dans le cadre d'une hospitalisation standard ou de jour.

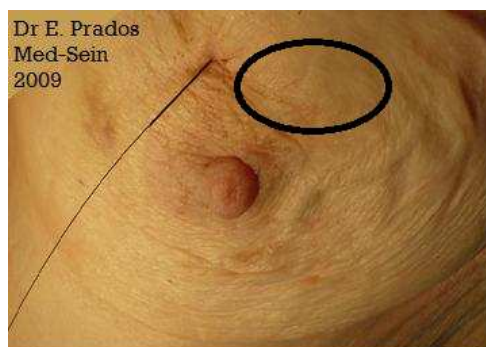
Lorsque la lésion est bénigne, l'intervention se limite à son ablation. Les limites chirurgicales peuvent être au contact de la lésion. Les incisions et donc les cicatrices peuvent être localisées dans des zones moins voyantes.

Lorsque la lésion est suspecte ou cancéreuse, des marges de sécurité sont nécessaires et les cicatrices sont souvent « moins esthétiques ». Un examen pendant l'opération peut être réalisé afin de vérifier sa nature et ses marges de résection.

Quelque soit la lésion, il n'y aura jamais d'ablation complète du sein (mammectomie totale) sans votre accord préalable !

AVANT L'OPERATION

Lorsque la lésion n'est pas palpable (foyer de microcalcifications ou petit nodule situé en profondeur dans le sein), la zone peut être localisée avant l'opération par votre radiologue ou votre chirurgien qui met en place un fil repère ou un marquage cutané en s'aidant de la radiographie ou de l'échographie du sein. Un pansement protecteur sera collé sur le repérage afin qu'il ne bouge pas ou qu'il ne s'efface pas.

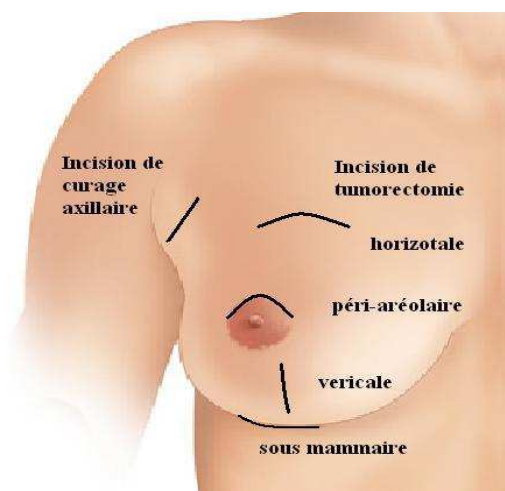


De même, si un curage axillaire sentinelle est nécessaire, la veille ou le matin même de l'opération, une injection d'un produit faiblement radioactif sera faite dans le sein autour du mamelon. Lors de l'opération, un colorant bleu peut être injecté dans la même zone. Voir dossier spécifique.

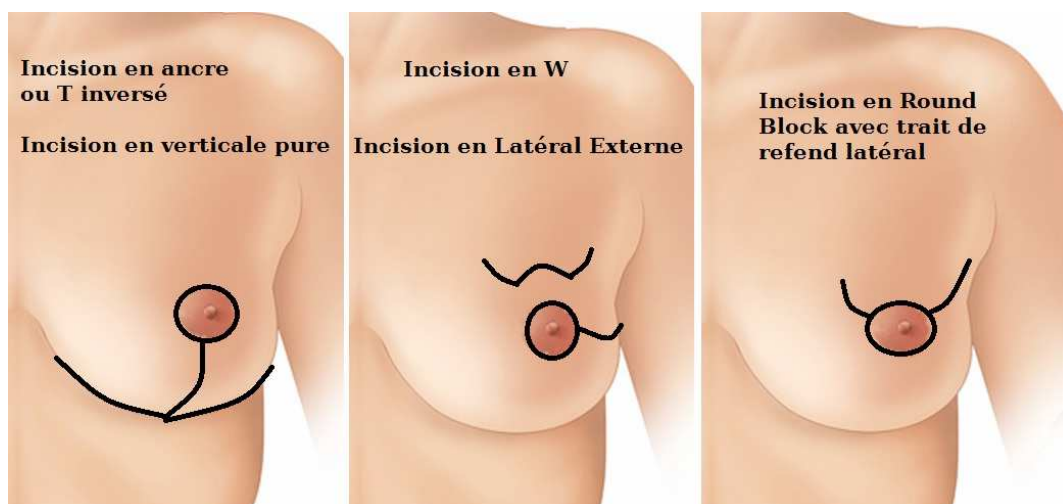
DEROULEMENT DE L'OPÉRATION

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une surveillance de 2 heures minimum est réalisée en salle de réveil après la fin de l'intervention.

L'incision est généralement réalisée soit directement en regard de la zone à enlever ou de la tumeur soit dans un endroit peu visible comme autour du mamelon ou dans le sillon sous mammaire.



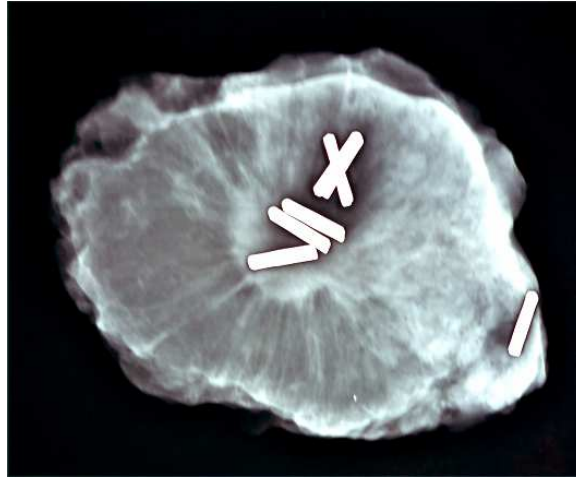
Dans la chirurgie oncoplastique, les cicatrices sont très variables.



La cicatrice peut être modifiée selon les constatations faites au cours de l'intervention: ouverture plus grande que prévue, dans un autre territoire, etc...

Lorsqu'il existe un doute sur l'origine maligne de cette lésion, un examen extemporané anatomopathologique peut être réalisé pendant votre sommeil. Cela correspond à un examen grossier de la tumeur. Une analyse complémentaire sera réalisée plus tardivement.

Les marges de sécurité opératoire peuvent être évaluées par cet examen extemporané ou lors d'une radiographie de la pièce opératoire en cours de votre sommeil. Néanmoins, même s'il existe une impression de satisfaction des berges chirurgicales à ces deux derniers examens, l'analyse finale par l'anatomopathologiste peut conclure à la présence de berges chirurgicales insuffisantes. Dans ce cas une reprise chirurgicale du lit opératoire sera nécessaire !



Radiographie de pièce opératoire

En post opératoire immédiat, vous vous réveillerez le plus souvent avec un petit drainage des sécrétions (petit tuyau avec petite bouteille ou crin de Florence). Un pansement peut être un peu compressif.

Si des cellules malignes sont mises en évidence, lors des biopsies pré-opératoires ou en cas de confirmation du caractère malin de la lésion lors de l'examen extemporané, l'intervention peut être poursuivie par le prélèvement de ganglions axillaires. Ce prélèvement est réalisé par une incision horizontale à la base du creux de l'aisselle ou verticalement dans la portion antérieure du creux axillaire. Dans de rare cas, l'incision de la mammectomie partielle est en continuité avec celle du creux axillaire.

LES SUITES DE L'INTERVENTION

- L'hospitalisation est généralement de courte durée (24 à 48 h) si la mammectomie partielle est réalisée seule. Si un dispositif de drainage a été mis en place, il est habituellement enlevé avant le départ. Ce drainage est conservé entre un et trois jours.

Les fils de fermeture de la peau sont le plus souvent résorbables. Ils sont parfois associés à des Stéri-strip (pansement sous forme de petites bandes collantes). Des pansements à faire par une infirmière peuvent être prescrits.

Les suites opératoires sont peu douloureuses. Les antalgiques ne sont pas toujours nécessaires.

Une ecchymose est classique, bien que non constante. De même, nous rencontrons souvent une induration du foyer opératoire. Cette induration peut être transitoire comme permanente. Une déformation localisée du sein peut être constatée. Elle est fonction de plusieurs paramètres comme la taille de la lésion initiale, la région opérée du sein, la taille de votre sein...

- Si un curage ganglionnaire a été réalisé, l'hospitalisation est un peu plus longue. La sortie est réalisée lorsque l'écoulement des sérosités sont arrêté ou suffisamment diminué pour retirer le dispositif de drainage.

RISQUES SPECIFIQUES A L'INTERVENTION

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans les conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et à la réglementation en vigueur, expose à un risque de complication. Les risques du traitement chirurgical sont à mettre en balance avec les inconvénients de l'abstention.

La mammectomie partielle est une intervention dont le déroulement est simple dans la quasi totalité des cas.

La complication classique de l'intervention est le saignement du site opératoire, extériorisé (hémorragie) ou non (hématome). Le plus souvent, cet hématome nécessite de simples soins locaux (pansement compressif, évacuation par ponction ou massage). Dans les formes plus sévères, une ré-intervention est nécessaire. Comme dans toute opération, des cas très exceptionnels d'hémorragies peuvent menacer la vie. Dans ces cas, une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang peut être nécessaire.

Si un curage ganglionnaire est nécessaire, ses risques propres sont la possibilité de blessure des vaisseaux et des nerfs du creux de l'aisselle. Leurs conséquences peuvent être graves. Néanmoins, lorsque le chirurgien est expérimenté, ces lésions sont très exceptionnelles.

Une blessure ou une brûlure de la peau du sein peut se produire. Ces lésions sont normalement sans conséquence.

L'infection du foyer opératoire (abcès) est lui aussi rare. Il peut par contre y avoir parfois des troubles de la cicatrisation. Plus que de cicatrices larges, hypertrophiques, ou chéloïdes, il s'agit surtout de désunion des sutures.

Des troubles de la sensibilité de la région opérée sont possibles, à type d'insensibilité ou d'hypersensibilité. Ils peuvent être associés à des douleurs à la pression de la région cicatricielle. Ces symptômes sont le plus souvent transitoires en quelques mois, mais ils peuvent persister définitivement.

EN PRATIQUE

- Avant l'opération :
 - Une consultation pré anesthésie doit être réalisée systématiquement avant toute intervention.
 - Le plus souvent, vous serez hospitalisée la veille de l'opération, voire le matin de celle-ci.
 - Si le nodule doit être repéré, ce repérage est habituellement effectué la veille ou le matin de l'intervention, de même si un ganglion sentinelle est prévu au cours de votre opération, l'injection du produit de détection du ou des ganglions sentinelles et parfois l'acquisition d'une image en scintigraphie sont réalisés le jour précédent ou le matin même de l'opération.

- Après une prémédication et une douche, vous serez conduite au bloc opératoire. Si vous avez un repérage, ce dernier doit être protégé par un pansement imperméable lors de votre douche.

- Le rasage du creux axillaire est parfois réalisé la veille de l'intervention.

• Après l'opération:

- Vous passerez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre. Une durée de 2 heures est classique.

- Un petit drainage est souvent 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 sont très fréquents, et peuvent durer quelques jours ou semaines.

- La reprise d'une alimentation normale se fait en général dès le soir ou le lendemain l'opération.

- Des douches sont possibles quelques jours après l'opération mais il est recommandé d'attendre trois semaines avant de prendre un bain.

• Après la sortie :

- Une visite de contrôle post-opératoire, est indispensable pour vérifier la cicatrisation et pour connaître le résultat de l'analyse définitive de la lésion.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au chirurgien toutes les questions qui vous viennent à l'esprit en utilisant l'espace suivant.

Questions et commentaires :

COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE

Fiche d'information des patients

2014

Complications et effets indésirables de la chirurgie

Tout acte médical comporte un risque. La liste des complications et effets indésirables de la chirurgie est impossible à établir de façon exhaustive, car elle dépend de chaque cas particulier. Les risques décrits dans ce document existent dans toutes les interventions chirurgicales.

Au niveau de la région opérée :

- **Inconfort et douleur** : constants, mais avec une intensité et une durée très variables selon la nature de l'intervention pratiquée et selon les patients. Ils justifient la prescription systématique de médicaments antalgiques adaptés. Si votre douleur est insuffisamment calmée par ces médicaments, n'hésitez pas à le dire.

- **Gonflement (oedème) et ecchymose** : d'importance très variable et imprévisible, ces phénomènes sont quasi-constants. Il disparaissent spontanément et complètement en quelques semaines. Rien ne peut prévenir leur apparition, ni accélérer leur disparition.

- **Saignement** : extériorisé (hémorragie) ou non (hématome). Relativement fréquents, mais d'importance très variable, un hématome ou une hémorragie peuvent nécessiter une reprise de l'intervention pour arrêter le saignement (hémostase) et évacuer les collections. Pour réduire ce risque, l'aspirine et tous les médicaments anti-inflammatoires doivent être arrêtés 10 jours au moins avant l'intervention. Certaines précautions doivent aussi être prises chez les patients qui prennent des anticoagulants.

Exceptionnellement, une hémorragie importante peut nécessiter **la transfusion** de sang ou de produits dérivés du sang.

- **Epanchement lymphatique (sérome)** : plus fréquent dans les interventions qui comportent des décollements importants de la peau. Comme un hématome, il peut parfois nécessiter une intervention pour être évacué et drainé.

- **Infection** : Toute piqûre, toute incision de la peau, tout acte invasif comporte un risque d'infection puisque la peau est normalement couverte de microbes. Dans l'immense majorité des cas en effet, c'est avec les microbes de sa propre peau qu'un patient opéré s'infecte. Tous les moyens sont mis en oeuvre pour éviter que ces microbes pénètrent sous la peau (désinfection de la région opérée, règles d'asepsie chirurgicale, etc.). Malheureusement le risque zéro n'existe pas en chirurgie, et une infection du site opératoire est toujours possible, d'importance très variable. Tout peut se voir, depuis la simple infection d'un fil sous-cutané, jusqu'à l'abcès, voire la cellulite qui peut être très grave. Dans tous les cas, les signes d'inflammation qui permettent de suspecter une infection débutante sont une rougeur, une douleur et un gonflement de la région opérée, qui est plus chaude que les régions voisines. De la fièvre est très souvent associée. Lorsqu'une infection du site opératoire est reconnue, elle nécessite un traitement adapté qui peut aller jusqu'à une nouvelle intervention chirurgicale.

Il est illusoire de vouloir prescrire systématiquement des antibiotiques pour essayer de prévenir une infection après une intervention chirurgicale. Les antibiotiques peuvent en outre être dangereux car ils sélectionnent des microbes qui leur résistent et qui sont alors difficiles à traiter, surtout en milieu hospitalier. En matière de chirurgie, les antibiotiques ne doivent donc être utilisés que dans certains cas rares, et selon des règles très précises.

Après une infection, les cicatrices peuvent être larges et inesthétiques.

• **Nécrose cutanée** : une partie plus ou moins importante de la peau peut mourir par défaut de vascularisation. Nettement favorisée par le tabagisme, qui altère durablement la circulation capillaire du sang, cette complication assez rare peut survenir lorsque la peau est décollée sur une grande étendue. L'importance de cette nécrose peut être très variable, et son traitement peut nécessiter une nouvelle intervention.

• **Désunion mécanique** de la suture, partielle ou totale (lâchage de suture)

• **Cicatrices** : (voir cette fiche). Quelle que soit l'intervention, les cicatrices sont constantes et inévitables. Indélébiles, leur aspect final est imprévisible et ne doit pas être jugé avant 12 mois. Une cicatrice doit être protégée du soleil pendant environ un an. L'évolution de la cicatrisation sur un mode hypertrophique ou chéloïdien est possible, pouvant nécessiter un traitement approprié (injections de corticoïdes dans la cicatrice, compression continue, douches filiformes, etc.).

• **Modifications de la sensibilité** : à type d'engourdissement, d'insensibilité, ou de sensations "bizarres" dans la région opérée, ces modifications sont fréquentes et disparaissent habituellement, au moins partiellement, avec le temps (plusieurs mois selon les cas).

• **Complications thrombo-emboliques.**

La thrombose veineuse (ou "phlébite") est la constitution d'un caillot de sang dans une veine, le plus souvent au niveau du mollet. Favorisée par l'immobilisation et par la déshydratation, elle est souvent douloureuse. Surtout, elle comporte un risque "d'embolie", c'est-à-dire que le caillot se détache de la veine et, porté par le courant sanguin, remonte jusqu'au coeur, qui l'envoie alors dans les poumons. Cette "embolie pulmonaire" peut être mortelle. Bien qu'il soit impossible d'éviter à coup sûr ce type d'accident, il est possible d'en réduire le risque de survenue par un ensemble de moyens, qui sont variables selon les patients et les interventions. Parmi les très nombreux facteurs de risques de complications thrombo-emboliques liés au patient, il faut citer : l'âge supérieur à 40 ans, l'obésité, le tabagisme, l'existence de varices, et les antécédents de thrombose veineuse et d'embolie pulmonaire.

LES CICATRICES

Les cicatrices sont inévitables, définitives et indélébiles...il est actuellement impossible de faire disparaître une cicatrice, y compris par le laser ou par la chirurgie esthétique. Mais il est parfois possible d'améliorer l'aspect d'une cicatrice dans certains cas.

La cicatrisation est un processus qui évolue pendant plusieurs mois. Avant même de pouvoir juger de l'aspect définitif d'une cicatrice, et de la considérer comme stable, il faut d'ailleurs attendre de 6 à 36 mois selon les cas, car la cicatrisation de la peau est un processus évolutif et long.

La cicatrisation doit être protégée du soleil.

Que la cicatrice résulte d'une suture ou qu'elle résulte de l'évolution spontanée d'une plaie, elle doit absolument être protégée du soleil pendant tout le temps que dure son évolution, c'est à dire tant qu'elle est rouge ou rose, ce qui peut prendre de 6 mois à 3 ans selon les cas. Car une cicatrice fraîche peut bronzer ; et si elle bronze, sa pigmentation sera définitive ("dyschromie"), ce qui est inesthétique sur une peau qui a débronzé. La protection solaire doit donc se faire par tous les moyens possibles.

La cicatrice reste un mystère. En fait, l'aspect définitif d'une cicatrice est entièrement imprévisible. Cette incertitude concernant le résultat esthétique d'une cicatrice existe pour chaque intervention. En particulier, lorsqu'une cicatrice jugée inesthétique est reprise dans le but d'en améliorer l'aspect, le résultat final de l'intervention est aussi incertain. Même en l'absence de complications, il est malheureusement possible que la cicatrice finale soit aussi visible que la cicatrice initiale...