

# 11 Protocole d'anesthésie pour exérèse et reconstruction après chirurgie carcinologique du sein

Julien Raft



Le cancer du sein touche près de 10 % des femmes au cours de leur vie. D'après les données de Santé publique France, chaque année il y a 58 000 nouveaux cancers du sein en France dont 47 000 nécessitant une intervention chirurgicale [1]. La chirurgie demeure le principal traitement du cancer du sein avec 80 % de patientes opérées. Une tumeur du sein sur cent touche également un homme.

Une prise en charge péri-opératoire mal gérée a non seulement des conséquences psychologiques, physiologiques et socioéconomiques, mais retarde également la sortie de SSPI et de l'hôpital.

## Techniques chirurgicales et indications principales

- Mastectomie totale ou partielle pour tumeur mammaire.
- Adénectomie axillaire (technique du ganglion sentinelle) ou curage axillaire en cas d'envahissement tumoral.
- Mastectomie totale prophylactique après évaluation oncogénétique.
- Reconstruction mammaire immédiate ou différée par différentes techniques : oncoplastie (remodelage du sein en fin de mastectomie partielle), prothèse, expandeur, autogreffe de tissu adipeux (lipofilling), lambeau pédiculé (ex. : lambeau du muscle grand dorsal ou TRAM [*transverse rectus abdominis myocutaneous flap*]) ou lambeau libre (ex. : technique du DIEP [*deep inferior epigastric perforator*]).

## Particularités techniques

La chirurgie peut être réalisée de façon uni ou bilatérale.

- Mastectomie totale : cette chirurgie consiste à retirer la totalité du sein.
- Mastectomie partielle (tumorectomie = chirurgie conservatrice) : cette chirurgie consiste à retirer uniquement la tumeur et les cellules qui l'entourent. Elle préserve le reste du sein.
- Chirurgie axillaire par exérèse du ou des ganglions sentinelles : la méthode du ganglion sentinelle permet d'évaluer le risque d'envahissement ganglionnaire par des cellules cancéreuses au moment de la chirurgie de la tumeur afin de définir une stratégie thérapeutique. Cette méthode nécessite l'injection d'un marqueur isotopique et/ou d'un colorant qui permet d'identifier les ganglions sentinelles.
- Chirurgie axillaire par curage axillaire : cela consiste à retirer la chaîne de ganglions lymphatiques qui drainent la zone du sein afin d'éviter la propagation de métastases. Lorsque des ganglions pathologiques sont palpables au moment du diagnostic et qu'une ponction a révélé leur envahissement avant la chirurgie de la tumeur, le curage est alors pratiqué simultanément à la chirurgie de la tumeur.
- Radiothérapie intra-opératoire : elle consiste dans certains cas en une séance unique d'irradiation appliquée au niveau de la loge de tumorectomie, immédiatement après la résection chirurgicale de la tumeur. La prise en charge anesthésique n'est pas modifiée hormis la durée opératoire et la protection du personnel.
- Reconstruction mammaire immédiate ou différée : la reconstruction chirurgicale mammaire peut être immédiate c'est-à-dire en même temps que la chirurgie du cancer, ou différée après la fin des traitements au cours d'une ou plusieurs nouvelles interventions. Cela consiste à reconstruire le volume du sein soit en posant un expandeur ou directement une prothèse, soit en utilisant les tissus de la patiente elle-même : muscles, peau, graisse, prélevés au niveau du dos ou de l'abdomen.
- Particularité liée au parcours oncologique : chimiothérapie néoadjuvante. Dans leur parcours de soins, les patientes peuvent avoir eu de la chimiothérapie avant la chirurgie. On parle alors de chimiothérapie néoadjuvante (ou d'induction ou inductive). L'objectif est de diminuer la taille de la tumeur.

## Évaluation et préparation préopératoires

- La prise en charge des patientes pour cancer du sein se fait dans le cadre de « parcours sein ». Lors des consultations préopératoires à la phase initiale d'un traitement, il y a une consultation d'annonce permettant une évaluation des besoins

en soins de supports de façon précoce (psychologue, oncogériatre, douleur, assistante sociale, activité physique adaptée, etc.). Cette consultation d'annonce définira un plan personnalisé de soin (PPS).

- Un sevrage des addictions notamment l'arrêt du tabac pour la reconstruction par lambeau est nécessaire. Une consultation en addictologie doit être proposée.
- Après une chimiothérapie néoadjuvante, il faut tenir compte de la persistance d'un abord veineux central éventuel (chambre cathéter implanté [CCI] ou PICC Line) qui pourra servir pour l'anesthésie intraveineuse selon les pratiques de chaque service. Il faut penser à prescrire un patch d'anesthésiant local (association lidocaïne-prilocaine) à mettre sur la CCI 1 à 5 heures avant la ponction.
- Bilan biologique : en cas de chimiothérapie néoadjuvante, il est nécessaire de tenir compte de la numération formule sanguine (NFS)-plaquette réalisée par l'oncologue après le nadir, c'est-à-dire la période où le taux de polynucléaires neutrophiles est le plus bas dans le sang. Cela survient habituellement au 10<sup>e</sup> jour après la chimiothérapie. En cas de reconstruction majeure par lambeau, il est préférable de prévoir un bilan prétransfusionnel avec information du risque.
- Évaluation cardiaque : les oncologues surveillent systématiquement la fraction d'éjection du ventricule gauche avant et après l'administration d'anthracycline (ex. : épirubicine) pour traitement du cancer du sein. Il est nécessaire de vérifier cette évaluation.
- En cas de polymédication dans un traitement habituel, une conciliation médicamenteuse par le pharmacien de l'hôpital peut être réalisée.
- La plupart des interventions pour chirurgie mammaire, hormis reconstruction par lambeau, se fait en ambulatoire [2].



**Contre-indications à la chirurgie carcinologique mammaire : hormis les contre-indications habituelles non spécifiques d'une anesthésie, il n'y a que peu de contre-indications spécifiques. Les cas particuliers suivants doivent être discutés au cas par cas : un état général dégradé, une démence avancée, une espérance de vie inférieure à 2 ou 3 ans avec récepteurs hormonaux positifs, un cancer toujours multimétastatique après traitement médical et une extension cutanée très étendue de la tumeur.**

## Prise en charge peropératoire

### ⊕ Voies veineuses

- La pose d'une voie veineuse périphérique se fait généralement du côté opposé à la chirurgie.
- Si un abord veineux central est présent comme une CCI, il peut parfaitement être utilisé à la place de la voie veineuse périphérique. L'utilisation d'une aiguille de Huber est alors nécessaire afin de ne pas endommager la membrane de la CCI. Il est nécessaire de bien rincer le dispositif en fin d'intervention et avant le retrait de l'aiguille.

### ⊕ Surveillance

Lors d'une chirurgie unilatérale avec geste axillaire, il est probablement préférable d'installer le tensiomètre au membre supérieur du côté non opéré. Les électrodes du monitoring de la fréquence cardiaque sont à positionner afin de ne pas se situer dans le champ opératoire.

### ⊕ Choix anesthésiques

#### Anesthésie générale

La majorité de la chirurgie mammaire se pratique sous anesthésie générale associée à une analgésie locorégionale. Dans certains cas bien particuliers, il est possible de réaliser une chirurgie mammaire sous anesthésie locorégionale seule, mais cela n'est pas une pratique habituelle.

La gestion des voies aériennes se fait par masque laryngé pour les mastectomies en dehors d'antécédents nécessitant une intubation orotrachéale. L'intubation orotrachéale est indispensable pour les reconstructions par lambeau du muscle grand dorsal à cause de la position latérale lors du prélèvement. Une curarisation peut être nécessaire pour l'aide au prélèvement d'un lambeau en concertation avec le chirurgien.

#### Analgésie locorégionale

Les différentes techniques d'analgésie locorégionale permettent actuellement d'en proposer toujours au moins une, quel que soit le type de chirurgie mammaire. Il convient de faire particulièrement attention aux doses totales pouvant entraîner une toxicité systémique, notamment en cas de chirurgie bilatérale.

La chirurgie mammaire peut être répartie en deux groupes afin de comprendre la composante douloureuse : 1. *chirurgie mineure* : la mastectomie partielle avec ou sans exérèse ganglion sentinelle et la reconstruction mammaire par prothèse, l'oncoplastie ou l'autogreffe de tissus adipeux ; 2. *chirurgie majeure* : mastectomie totale quel que soit le geste axillaire et la reconstruction mammaire par lambeau.

- Le bloc paravertébral (BPV) thoracique est utilisé couramment en chirurgie mammaire majeure pour le traitement de la douleur aiguë. Il permet le blocage de l'influx nociceptif sur 4 à 6 métamères pour une injection unique de 20 mL d'anesthésiques locaux. En revanche, lors d'une injection préopératoire, il a été montré l'absence de diminution de la douleur chronique postopératoire. L'incidence du pneumothorax est de 0,9 pour 1 000 niveaux bloqués. Exemple pour une chirurgie unilatérale : une seule injection niveau T2-T3 homolatéral de ropivacaïne 5 mg/mL, 0,6 mL/kg, max. 30 mL.
- L'*erector spinae plane* (ESP) bloc peut être une alternative au BPV en cas de difficulté de réalisation de ce dernier ou dans le cadre d'un apprentissage de l'analgésie périorachidienne. Sa simplicité et sa sécurité grâce à la distance du site d'injection de structures dites critiques (plèvre, foramen intervertébral et vaisseaux) font de lui un bloc assez populaire. Sa variabilité interindividuelle est plus importante que le BPV. La posologie est identique.
- Au niveau de la paroi latérale du thorax sur sa partie médio-axillaire, le *serratus plane block* permet une analgésie de la partie externe du sein et de la région axillaire en bloquant les branches cutanées latérales des nerfs intercostaux. La posologie est la même que pour le BPV.
- Au niveau de la paroi antérieure du thorax, le bloc PECS 2 qui correspond à l'association du bloc interpectoral (ex. : ropivacaïne 5 mg/mL, 0,15 mL/kg, max. 10 mL) et du bloc pectoserratus (ex. : ropivacaïne 5 mg/mL, 0,3 mL/kg, max. 20 mL). Il permet une analgésie efficace des quadrants externes du sein et de la région axillaire.

## Analgésie multimodale

Une analgésie multimodale est nécessaire [3]. L'éducation thérapeutique est essentielle pour l'analgésie postopératoire, surtout dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire afin d'anticiper la levée du bloc analgésique locorégional. Un recours aux antalgiques de palier 2 pour la chirurgie mineure et de palier 3 pour la chirurgie majeure est parfois nécessaire.

Pour la chirurgie ambulatoire, il est conseillé d'utiliser avec une grande prudence la kétamine, à cause de ses effets secondaires à type d'hallucination et de désorientation temporo-spatiale, et la gabapentine, à cause de ses effets secondaires à type de somnolence. Une prémédication par de la gabapentine contre-indiquerait l'arrivée du patient debout au bloc opératoire.

## 🕒 Antibiotrophylaxie

Les recommandations formalisées d'experts de la SFAR de 2017 préconisent des protocoles d'antibiotrophylaxie [4] (*Tableau 11.1*).

Chez le patient obèse (patient de plus de 100 kg et index de masse corporelle > 35 kg/m<sup>2</sup>), les doses de bêta-lactamines doivent être le double de celles préconisées pour les patients non obèses. Les réinjections sont pratiquées pendant la période opératoire à moitié de la dose initiale. Pour la gentamicine, la posologie est de 5 mg/kg (dose calculée sur le poids réel) en dose unique. Pour la clindamycine, la posologie initiale est de 1 200 mg IV lente avec des réinjections à moitié de la dose initiale.

En ce qui concerne le geste chirurgical ganglionnaire (adénectomie axillaire par la méthode du ganglion sentinelle et/ou curage axillaire), il n'y a pas de recommandation spécifique de la SFAR. Il en revient au choix du chirurgien et de l'anesthésiste-réanimateur selon des données locales (surveillance des taux d'infections du site opératoire, protocole institutionnel) ou des données propres au patient. Si on transpose à d'autres chirurgies ganglionnaires, l'avis d'experts de la SFAR de 2017 ne recommande pas d'antibiotrophylaxie pour un curage ganglionnaire en chirurgie ORL, stomatologie et maxillofaciale.

**Tableau 11.1 • Protocoles d'antibiotrophylaxie [4].**

<b>Mastectomie</b>	Céfazoline	2 g IV	Dose unique (réinjection : 1 g si durée > 4 h)
	<b>Reconstruction et/ou plastie mammaire</b>	Céfamandole	1,5 g IV
	Céfuroxime	1,5 g IV	Dose unique (réinjection : 0,75 g si durée > 2 h)
	Allergie : clindamycine	900 mg IV lente	Dose unique (réinjection : 600 mg si durée > 4 h)
	+ gentamicine	5 mg/kg/j	Dose unique
<b>Tumorectomie mammaire simple</b>	Pas d'antibiotrophylaxie		

## ⊙ **Complications peropératoires**

Il est nécessaire de faire particulièrement attention à la position et aux points d'appuis durant l'intervention. Les positions spécifiques sont le bras du côté opéré en abduction en cas de dissection axillaire, la position demi-assise souvent demandée par le chirurgien en cas de reconstruction, et la position en décubitus latéral en cas de prélèvement d'un lambeau pédiculé du muscle grand dorsal.

## Prise en charge postopératoire

### ⊙ **Suites postopératoires**

Un redon est nécessaire uniquement en cas de curage axillaire avec comme consigne un retrait à moins de 30 mL/j.

### ⊙ **Complications postopératoires**

L'incidence des thromboses veineuses profondes postopératoire de mastectomies est de 0,23 % [5]. Les facteurs de risque indépendants sont l'obésité avec un IMC supérieur à 30, une hospitalisation conventionnelle, une durée opératoire prolongée (> 3 h), une reconstruction mammaire immédiate et la présence d'un cathéter veineux central [5]. Une prophylaxie thromboembolique par HBPM est prescrite sur accord entre l'anesthésiste et le chirurgien ou dans le cadre de protocoles d'établissement. Pour la chirurgie de reconstruction majeure par lambeau, elle est systématique. Il est nécessaire de privilégier la chirurgie ambulatoire et une prophylaxie thromboembolique pour ces facteurs de risque. En cas d'hospitalisation conventionnelle, la déambulation précoce est à privilégier.

L'hématome postopératoire représente environ 1 % des mastectomies. Un pansement compressif préventif peut être positionné en fin d'intervention.

Le lymphœdème du membre supérieur est une complication de la dissection axillaire. Il a une incidence de 20 % en cas de curage axillaire.



## Références

- [1] Santé publique France. Le cancer du sein. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>
  - [2] SFAR. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. <https://sfar.org/prise-en-charge-anesthesique-des-patients-en-hospitalisation-ambulatoire/>
  - [3] Jacobs A, Lemoine A, Joshi GP, Van de Velde M, Bonnet F; PROSPECT Working Group collaborators#. PROSPECT guideline for oncological breast surgery: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Anaesthesia* 2020 ; 75 : 664-73.
  - [4] SFAR. Mise à jour de la RFE Antibioprophylaxie 2017. <https://sfar.org/mise-a-jour-de-la-rfe-antibioprophylaxie-2017/>
  - [5] Tran BH, Nguyen TJ, Hwang BH, *et al.* Risk factors associated with venous thromboembolism in 49,028 mastectomy patients. *Breast* 2013 ; 22 : 444-8.
-