

FICHE INFO PATIENT



FICHE CRÉÉE EN : MARS 2022
DERNIERE MISE A JOUR : MARS 2022

FICHE REMISE LE/...../.....

PAR DR

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site : www.urologie-santé.fr

PRÉLÈVEMENT DU GANGLION SENTINELLE POUR TUMEUR DU PÉNIS

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

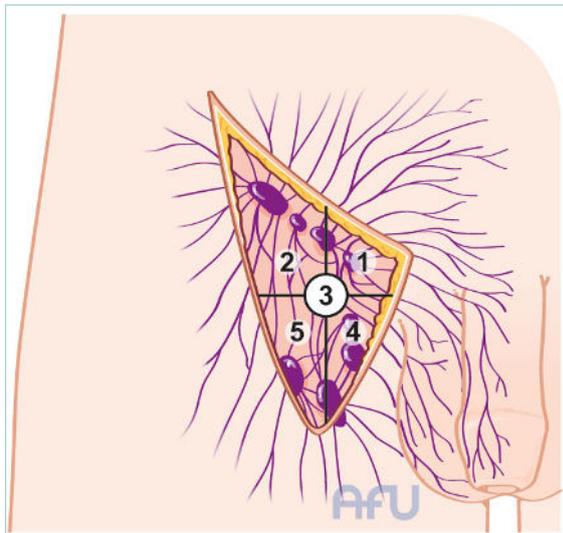
L'intervention qui vous est proposée vise à évaluer l'éventuelle extension aux ganglions lymphatiques de l'aîne (ganglions inguinaux) de votre tumeur. Cette opération peut avoir lieu pendant l'intervention retirant la tumeur ou dans un deuxième temps suite aux résultats de l'analyse de la tumeur du pénis.

— RAPPEL ANATOMIQUE

Les ganglions inguinaux sont contenus dans la région du pli de l'aîne. Ils sont situés au contact des vaisseaux fémoraux (vaisseaux qui vascularisent le membre inférieur). Ils drainent la lymphe en provenance du membre inférieur et du pénis. Les vaisseaux lymphatiques qui drainent le pénis s'évacuent vers les ganglions inguinaux des deux côtés. Le premier relai ganglionnaire rencontré de chaque côté s'appelle

le ganglion sentinelle. Ensuite le drainage se fait vers les ganglions de l'abdomen (ganglions pelviens).

Dans le cancer du pénis, le risque des métastases ganglionnaires suit quelques règles anatomiques. Il n'a notamment jamais été prouvé de possibilité de saut anatomique ganglionnaire donc si le premier relai ganglionnaire n'est pas envahi, aucun ganglion d'aval ne le sera.



Drainage lymphatique du pénis

Les vaisseaux lymphatiques en vert convergent vers les ganglions lymphatiques (inguinaux) de l'aïne répartis en 5 cadrans de chaque côté (Le ganglion sentinelle est le plus souvent en zone 1,2 ou 3) donc la cicatrice sera le plus souvent à ce niveau.

— POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

L'analyse de la lésion qui a été retirée sur votre pénis a détecté des cellules malignes qui exposent à un risque d'atteinte des ganglions lymphatiques de l'aïne. Ce risque dépend de l'analyse de la lésion au microscope (profondeur/stade et agressivité/grade). Dans votre cas, le risque de diffusion métastatique est non négligeable et peut-être microscopique, ce qui justifie de prélever les ganglions les plus à risque, afin de l'analyser et de savoir s'ils sont atteints par des cellules cancéreuses. Cette intervention vous est proposée car aucun examen d'imagerie n'est assez précis pour écarter ce risque (le ganglion sentinelle peut contenir des cellules malignes indétectables

autrement que par l'analyse microscopique dite anatomo-pathologique).

— PRINCIPE DE L'INTERVENTION

Prélever le premier relai ganglionnaire de votre pénis de chaque côté. La technique du ganglion sentinelle utilise la médecine nucléaire (en injectant au préalable un traceur radioactif autour de la tumeur, qui circule dans les vaisseaux lymphatiques et va s'accumuler dans le ou les premiers ganglions qu'il rencontre, ce qui permet de les repérer). Le prélèvement de ces ganglions quand elle est nécessaire fait partie intégrante du traitement. Ce prélèvement est généralement bilatéral mais peut-être unilatéral si un curage est réalisé de l'autre côté.

— EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

Dans votre cas : la recherche du ganglion sentinelle est recommandée en première intention car elle conduit à moins de complication que les autres solutions. Cependant cette analyse peut être exceptionnellement faussement négative, une surveillance rapprochée sera de toute façon nécessaire ensuite.

L'alternative réside dans un curage inguinal modifié bilatéral. Cette solution doit cependant être proposée en seconde intention car ce curage bilatéral est peut-être plus sûr mais expose à un risque de complication bien plus élevé.

— PRÉPARATION À L'INTERVENTION

L'intervention peut se dérouler sous rachianesthésie ou anesthésie générale. Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Des bas de contention sont systématiquement portés dès le jour de l'intervention pour limiter le risque de phlébite ou de lymphœdème (membre inférieur augmenté de volume du fait d'une mauvaise circulation lymphatique). Ils seront maintenus plusieurs semaines après.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention consiste à enlever les ganglions inguinaux par une incision située au niveau de l'aîne.

Le principe est de réaliser une scintigraphie avant l'intervention (la veille ou quelques heures avant). Pour cela il faut injecter, sous anesthésie locale, à l'aide d'une seringue et d'une aiguille un traceur radioactif autour de la zone tumorale.

Au bloc opératoire, une sonde spéciale aide à détecter la radioactivité accumulée dans le ganglion sentinelle. Après incision, ce repérage peut être aidé par un colorant lymphophile (bleu patenté) qui aura été injecté en péri-tumoral au début d'intervention. Le chirurgien ne prélève que les ganglions concernés. Cette procédure est généralement réalisée simultanément à la chirurgie pénienne mais peut être réalisée dans un deuxième temps si la tumeur est finalement à risque plus élevé que prévu.

Parfois le prélèvement est un échec (pas de ganglion retrouvé d'un ou des deux côtés), il faut alors la refaire plus tard ou avoir recours à un curage inguinal diagnostique dit modifié.

SUITES HABITUELLES

La douleur liée à l'intervention nécessite l'administration de médicaments antalgiques administrés régulièrement si besoin.

Le colorant bleu parfois utilisé peut tatouer plus ou moins longtemps la peau du pénis ou de l'aîne. Les urines sont bleues pendant quelques heures. Le patient peut prendre un teint grisâtre dans les heures suivant l'opération.

Une compression mécanique de la zone opérée est parfois nécessaire pendant quelques jours, afin de favoriser la cicatrisation (pansement

compressif sur l'aîne). Sauf exception, un alitement prolongé n'est pas nécessaire et la flexion de la hanche n'est pas interdite.

Le risque de phlébite est prévenu par l'administration d'anticoagulants et le port de bas de contention.

La durée d'hospitalisation est de quelques jours et la convalescence varie entre 1 et 2 semaines. En l'absence d'atteinte cancéreuse, une simple surveillance sera organisée.

En cas d'atteinte cancéreuse un curage inguinal sera réalisé. Si cette atteinte est découverte pendant l'intervention (analyse extemporanée), ce curage inguinal pourra être réalisé dans le même temps. Sinon, ce curage sera réalisé dans les jours suivants.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares mais possibles.

LES COMPLICATIONS PRÉCOCES :

- Hémorragie ou hématomes : ils peuvent nécessiter une nouvelle intervention pour contrôler le saignement ou évacuer l'hématome.
- Désunion de la suture et nécrose de la peau : des soins locaux prolongés jusqu'à cicatrisation complète ou une nouvelle intervention (greffe de peau) sont parfois nécessaires.

- Infection locale : elle nécessite un traitement par antibiotiques et parfois un nettoyage chirurgical.
- Lymphocèle : il s'agit d'une poche de lymphes qui peut nécessiter des ponctions répétées. Une intervention peut être nécessaire pour évacuer le liquide collecté.
- Œdème des membres inférieurs : le traitement comporte le port de bas de contention et des drainages lymphatiques par des massages.
- La survenue d'une phlébite nécessite un traitement anticoagulant curatif intraveineux ou sous cutané qui sera relayé par un

traitement oral prescrit pendant plusieurs mois en fonction des contrôles évolutifs.

LES COMPLICATIONS TARDIVES :

- Œdème persistant des membres inférieurs : le traitement comporte le port de bas de contention, des drainages lymphatiques et des mesures préventives (limitation du risque de blessures des membres inférieurs et si besoin soins de pédicure). En effet, toute infection aggrave l'œdème.
- La survenue d'une phlébite nécessite un traitement anticoagulant prolongé.

Il est rappelé que **toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux**, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physiques. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

➡ Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne **Tabac-Info-Service au 3989** ou par internet : **tabac-info-Service.fr**, pour vous aider à arrêter.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **prélèvement du ganglion sentinelle pour tumeur du pénis.**

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site urologie-santé.fr
L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin...) :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse :

.....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne