

Fiche Info-Patient



Association
Française
d'Urologie
www.urofrance.org

Dernière mise à jour : mai 2012

CURAGE GANGLIONNAIRE INGUINAL POUR TUMEUR DU PENIS

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

Vous avez été traité d'une tumeur du pénis qui comporte un risque d'extension aux ganglions de l'aîne (ganglions inguinaux). Seule une intervention complémentaire (curage inguinal) permet de connaître cette éventualité et d'en prévenir l'évolution.

Les ganglions inguinaux

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. Ils sont répartis en 2 groupes : le groupe superficiel (au dessus du plan des vaisseaux fémoraux) et le groupe profond (au contact des vaisseaux fémoraux).

Le groupe superficiel se draine dans le groupe profond, et le groupe profond dans les ganglions de l'abdomen (ganglions pelviens).

Pourquoi cette intervention ?

L'analyse de la lésion qui a été prélevée sur votre pénis a détecté des cellules malignes qui exposent au risque d'atteinte des ganglions lymphatiques de l'aîne, voire du pelvis.

L'ablation de ces ganglions fait partie intégrante du traitement. Le drainage lymphatique de la verge se fait des 2 cotés. De ce fait, le curage inguinal sera systématiquement bilatéral.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Il n'y a pas d'autre possibilité que la chirurgie pour enlever les ganglions inguinaux. Dans certains cas, une ponction peut être proposée pour

analyser un ganglion afin de savoir s'il est atteint par des cellules cancéreuses ou non. La chirurgie est nécessaire en cas d'atteinte cancéreuse.

Préparation à l'intervention

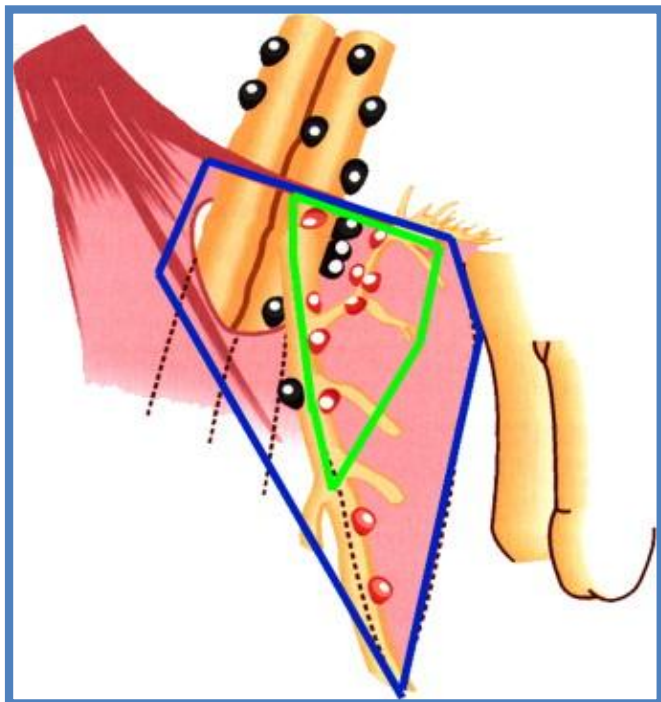
L'intervention peut se dérouler sous rachi anesthésie ou anesthésie générale. Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Attention :

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

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



Technique opératoire

L'intervention consiste à enlever les ganglions inguinaux par une incision située à la racine de la cuisse.

Elle nécessite parfois l'application de colle biologique et/ ou le comblement de l'espace opéré par la transposition d'un muscle de la cuisse, ce qui n'a aucune conséquence fonctionnelle.

La mise en place de drain peut être nécessaire afin de limiter le risque de collection dans la zone opérée.

Figure 1 : Limite de la lymphadénectomie inguinale totale (bleu) ou modifiée (vert).

Suites habituelles

La douleur liée à l'intervention nécessite l'administration de médicaments antalgiques administrés régulièrement si besoin. Le lever est autorisé après quelques jours d'alitement strict. Une compression mécanique de la zone opérée est parfois nécessaire afin de favoriser la cicatrisation (mise en place d'un sac de sable sur l'aine).

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

La position assise n'est autorisée qu'à partir du 15^e jour post opératoire afin d'éviter la flexion de la cuisse sur le bassin, ce qui exposerait au risque d'accumulation de lympho ou de sang dans la zone opérée.

La durée d'hospitalisation est de **une à deux semaines** et la convalescence varie entre 2 et 4 semaines.

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

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.
- Risque de récurrence locale : elle nécessite une nouvelle prise en charge par un traitement différent.

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.

* L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.