

Ganglion sentinelle Curage ganglionnaire axillaire, inguinal ou cervico-facial



« Version 1 » janvier 2024

Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE) et la Section Française de Chirurgie Plastique Pédiatrique (SFCPP)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à **une chirurgie du ganglion sentinelle ou un curage ganglionnaire**.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

● DÉFINITION

- Les ganglions font partie du système lymphatique. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses.
- Le ganglion sentinelle est le premier ganglion lymphatique qui peut être atteint par les cellules cancéreuses métastatiques à partir d'une tumeur primitive. Son exérèse, appelée également adénectomie, permet d'établir, le statut ganglionnaire de la zone de drainage d'une lésion maligne.
- Le curage ganglionnaire est un geste chirurgical consistant en l'ablation ou l'évidement des ganglions métastatiques ou potentiellement métastatiques du territoire de drainage d'une lésion maligne (tumeur cutanée, des parties molles, cancer du sein...).
- Les localisations des ganglions sentinelles dépendent des régions explorées : axillaire (membre supérieur, sein, thorax, dos), inguinale (membre inférieur, périnée) ou cervico-faciale (tête et cou).

● OBJECTIFS

- Certains types de cancers sont dits lymphophiles c'est-à-dire qu'ils ont une tendance à envahir les ganglions (Exemple cancer du sein, cancer de la peau : mélanome, carcinome spinocellulaire...). Des cellules cancéreuses malignes peuvent migrer depuis la tumeur primitive et envahir les ganglions lymphatiques. Elles deviennent des métastases ganglionnaires qu'on repère à l'imagerie et/ou à la palpation.
- Le ganglion sentinelle est le premier ganglion de la chaîne ganglionnaire (axillaire ou inguinal) dans lequel arrive la lymphe provenant de la région atteinte par le cancer (l'aisselle pour le membre supérieur, le pli de l'aîne pour le membre inférieur ou les deux dans le cas d'une lésion du tronc). De ce premier ganglion, la lymphe se dirige ensuite vers les autres ganglions. Le premier ganglion de la chaîne nommé « sentinelle » est placé en avant-poste. Chez certains patients, plusieurs ganglions peuvent remplir la fonction « sentinelle ».
- Connaître le statut de ce premier ganglion nous permet de connaître le risque d'envahissement des autres ganglions. Effectivement si le ganglion sentinelle n'est pas atteint, il y a peu de risque que les suivants le soient. Il est alors inutile de les retirer car on estime que si le premier ganglion n'est pas atteint, les autres ne le sont pas non plus.

- Un curage ganglionnaire a pour but d'enlever les ganglions qui peuvent être envahis par les cellules cancéreuses qui se sont propagées jusqu'aux ganglions lymphatiques situés dans la zone de drainage du cancer et ainsi de réduire le risque de récurrence de la maladie. Il permet aussi de préciser l'évolution de la maladie et donc de contribuer au choix des traitements complémentaires à la chirurgie.

● PRINCIPES

- Le choix de vos traitements dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint : son type histologique (type de cellules impliquées), sa localisation et son stade, c'est-à-dire son degré d'extension. Son grade, c'est-à-dire son degré d'agressivité est également pris en compte. Ces caractéristiques sont déterminées grâce aux examens du bilan diagnostique. Le traitement est discuté lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui réunit plusieurs médecins de spécialités différentes (médecin, chirurgien, oncologue, anatomopathologiste, etc.).

- La détection du ganglion sentinelle est réalisée avant leur prélèvement.

- Le prélèvement d'un ou plusieurs (3 maximum) ganglion sentinelle ou la réalisation d'un curage ganglionnaire, sont des actes chirurgicaux.

- Pour repérer le ganglion sentinelle et pouvoir pratiquer son exérèse, le professionnel de santé utilise deux méthodes qui sont le plus souvent associées :

- la méthode isotopique, de référence, qui consiste à injecter au niveau du site de la tumeur un traceur radioactif isotopique (radio colloïde marqué au technétium 99 m) qui se fixera sur le ou les ganglions sentinelles.

- la méthode colorimétrique, souvent complémentaire, consiste à injecter au niveau du site de la tumeur un colorant lymphophile (bleu patenté), rendant facile l'identification du ganglion sentinelle à la vue. De rares cas d'allergie au bleu patenté, parfois intenses, font réduire les indications de ces injections.

- Selon l'expérience du chirurgien, les deux méthodes peuvent être combinées, pour assurer une détection plus facile du ganglion repéré par isotopes

- Les injections sont réalisées la veille ou le jour de l'intervention. Une fois le ganglion sentinelle localisé, le chirurgien pratique son ablation pour l'analyser.

- Une analyse histologique du ou des ganglions prélevé(s) est systématique car seul cet examen permet de confirmer la métastase ganglionnaire de la tumeur. L'analyse du ou des ganglions sentinelles est faite par un médecin anatomopathologiste (spécialiste des analyses des tissus). Cette analyse permet d'évaluer le stade de progression de la tumeur. Les analyses peuvent être faites dans certains cas lors de la chirurgie (analyse extemporanée) ou différée (analyse définitive). C'est ce deuxième moyen d'analyse qui est réalisé le plus fréquemment. L'analyse extemporanée n'est pas réalisée de manière systématique car elle présente une marge d'erreur. Toute analyse extemporanée bénéficie secondairement d'une étude définitive de confirmation. Les délais des résultats peuvent donc varier entre quelques heures à quelques semaines.

- Le curage ganglionnaire peut être proposé après validation de l'indication en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), selon les recommandations en vigueur au moment du geste:

- A la suite d'un ganglion sentinelle positif ;

- Lorsqu'un ganglion est palpable dans une zone de drainage d'un cancer. Ce geste peut avoir lieu à la phase initiale de la maladie ou secondairement ce qui justifie le suivi (clinique et/ou radiologique).

● AVANT L'INTERVENTION :

Un interrogatoire, suivi d'un examen de la lésion et de la zone de drainage ganglionnaire (axillaire ou inguinal) est réalisé par le chirurgien afin de préciser la ou les possibilité(s) chirurgicale(s).

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses.

Dans certains cas un bilan complémentaire d'imagerie peut être réalisé pour préciser l'extension locale ou à distance (Echographie, TDM, IRM, TEP scanner...).

En cas d'anesthésie autre que purement locale, un bilan préanesthésique pourra être prescrit et une consultation

préopératoire sera obligatoirement prévue avec le médecin anesthésiste.

● **TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION :**

• **Type d'anesthésie :**

- L'adénectomie peut être réalisée sous différents modes d'anesthésie en fonction de la localisation : anesthésie locale, anesthésie locale approfondie par des tranquillisants administrés par voie intra-veineuse ou hypnose, anesthésie loco-régionale, voire enfin anesthésie générale durant laquelle vous dormez complètement.

Le choix entre ces différentes techniques sera le fruit d'une discussion entre vous, le chirurgien et l'anesthésiste.

- Le curage ganglionnaire se déroule sous anesthésie générale le plus souvent mais peut parfois être réalisé sous anesthésie loco régionale. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

- Votre chirurgien et l'anesthésiste devront être tenus au courant de tous les médicaments que vous prenez. En effet, certains d'entre eux peuvent interférer avec l'anesthésie, favoriser les saignements, ou ralentir la cicatrisation.

Sauf cas particulier, aucun médicament contenant de l'aspirine ou des anti-inflammatoires ne devront être pris dans les dix jours précédant l'opération.

- En fonction du type d'anesthésie, il pourra vous être demandé de rester à jeun (rien manger, ni boire) 6 heures avant l'intervention.

LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection.

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que les curages, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées (nécrose cutanée). Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde dès que possible et hors urgence chirurgicale sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

• **Modalités d'hospitalisation :**

- Adénectomie : L'intervention est le plus souvent réalisée en ambulatoire c'est-à-dire avec une sortie le jour même après quelques heures de surveillance. Une hospitalisation de 24 heures est cependant parfois souhaitable si vous avez une contre-indication à ce mode d'hospitalisation.

- Curage ganglionnaire : Une hospitalisation de quelques jours est habituellement nécessaire.

● **L'INTERVENTION :**

• Adénectomie par la technique du ganglion sentinelle :

L'arrivée au bloc opératoire a lieu après la réalisation de la scintigraphie (après l'injection au niveau de la tumeur du traceur radioactif isotopique). Une injection au niveau du site de la tumeur d'un colorant lymphophile (bleu patenté) peut être parfois associée. Dans de rares cas, la scintigraphie peut être blanche c'est-à-dire ne pas retrouver de ganglions dans ce cas le geste d'exérèse du ganglion sentinelle peut être annulé.

Une vérification de la localisation du ganglion sentinelle avec la sonde de détection portable en percutané est réalisée. Ceci permet de centrer l'incision. Pendant l'intervention, le geste chirurgical est guidé par la sonde de détection, le ganglion à prélever est alors repéré. Après exérèse du ou des ganglions sentinelles, une vérification de l'absence de radioactivité résiduelle est effectuée. (Tout ganglion présentant un compte par seconde supérieur à trois fois le bruit de fond est considéré comme « chaud », radioactif et considéré comme le premier relais dit sentinelle).

- Curage ganglionnaire (axillaire, inguinal ou cervical) :

Un évidement ganglionnaire peut être plus ou moins étendu selon l'état d'envahissement des ganglions et éventuellement concerner les veines, voire certains éléments nerveux de la région en question.

Un drainage aspiratif est le plus souvent mis en place au niveau de la région opérée ; il sera maintenu pendant quelques jours. Le délai d'ablation de ce dernier dépendra des suites opératoires.

● APRES L'INTERVENTION : LES SUITES OPERATOIRES

Les suites opératoires peuvent parfois être douloureuses les premiers jours. Un traitement antalgique, adapté à l'intensité des douleurs, sera prescrit pendant quelques jours.

Souvent, les premiers pansements sont compressifs, puis un pansement plus léger sera mis en place. Des vêtements de contention peuvent être prescrits en post-opératoire. Cette contention aide à éviter l'apparition de lymphœdème précoce.

Les fils de suture peuvent être résorbables ou non résorbables. Les fils non résorbables sont enlevés le plus fréquemment au dixième jour post-opératoire en consultation ou à domicile.

En cas de curage inguinal les risques de phlébites pouvant être compliquées d'embolie pulmonaire sont prévenus grâce aux injections anti-coagulantes, au port de bas de contention et au lever précoce.

En cas d'exérèse de ganglion sentinelle ou de curage axillaire une immobilisation du bras peut être nécessaire à visée antalgique (bras le long du corps, bras en écharpe). Cette immobilisation, rare, doit être la plus courte possible pour réduire les risques de raideur.

Afin de limiter l'œdème post-opératoire, les membres pourront être légèrement surélevés durant l'hospitalisation.

Il convient d'envisager une convalescence avec interruption d'activité d'une durée de deux à trois semaines. Il est conseillé d'attendre deux à trois mois pour reprendre une activité sportive.

● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

L'adénectomie et le curage ganglionnaire, bien que réalisés pour des motivations carcinologiques, n'en restent pas moins une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte médical, aussi minime soit-il.

Ces actes restent notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles. Il convient de distinguer les complications liées à l'anesthésie de celles liées aux gestes chirurgicaux.

- En ce qui concerne l'**anesthésie**, lors de la consultation, le médecin anesthésiste informera lui-même le patient des risques anesthésiques. Il faut savoir que l'anesthésie induit dans l'organisme des réactions parfois imprévisibles, et plus ou moins faciles à maîtriser : le fait d'avoir recours à un anesthésiste parfaitement compétent exerçant dans un contexte réellement chirurgical fait que les risques encourus sont devenus statistiquement très faibles.

Les techniques, les produits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces trente dernières années, offrant une sécurité optimale, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence et chez une personne en bonne santé.

- En ce qui concerne l'**acte chirurgical** : en choisissant un Chirurgien Plasticien qualifié et compétent, formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement.

Pour autant, et malgré leur faible fréquence, vous devez être informé(e) des complications possibles :

- **Une lymphocèle.** C'est une collection de lymphe sous la peau; sa survenue est fréquente et le plus souvent sans conséquence. La lymphocèle est liée à l'interruption du drainage de la lymphe (par prélèvement des ganglions) et à son écoulement en sous cutanée. Elle peut se révéler par une sensation de pesanteur, de gonflement dans la zone opérée. Un épanchement ou un écoulement de lymphe peut survenir et mettre plusieurs semaines à se

tarir et peut nécessiter des ponctions itératives, voire nécessiter une désunion cicatricielle.

- S'il est rare qu'une lymphocèle se complique, elle peut parfois s'infecter ou comprimer une structure vasculaire ou nerveuse. Une intervention peut être nécessaire pour évacuer ce liquide, soit par ponction à travers la peau avec souvent mise en place pour quelques jours d'un drain externe, soit par chirurgie pour assurer le drainage de la lymphocèle.

- **Saignements** : le curage ganglionnaire se situe à proximité des gros vaisseaux. Une plaie de ces derniers est très rare mais peut exister lors de la chirurgie. En cas d'hématome secondaire (dans les premiers jours post-opératoires), une reprise au bloc opératoire peut être nécessaire. Le risque de transfusion est rare.

- La survenue d'une **infection** est favorisée par la proximité des orifices naturels (gîte microbien) et est prévenue par une hygiène pré et post-opératoire rigoureuse jusqu'à la cicatrisation complète. Son traitement peut faire appel à une prescription d'antibiotiques, et selon les cas, à une reprise chirurgicale, éventuellement un drainage. Elle peut parfois laisser des séquelles inesthétiques.

- **Les accidents thrombo-emboliques (phlébite, embolie pulmonaire)**, bien que globalement très rares après ce type d'intervention, sont parmi les plus redoutables. Des mesures préventives rigoureuses doivent en minimiser l'incidence : port de bas anti-thrombose, lever précoce, éventuellement traitement anti-coagulant.

- **Une désunion et un retard de cicatrisation** sont possibles. Cette complication allonge les suites opératoires.

- **Une nécrose cutanée** est parfois observée, en règle limitée et localisée. Elles sont beaucoup plus fréquentes chez les fumeur(se)s, surtout si l'arrêt du tabac n'a pas été strictement respecté.

- **Des altérations de la sensibilité** peuvent persister même si la sensibilité normale réapparaît le plus souvent dans un délai de 6 à 12 mois au décours de l'intervention. Dans de rares cas, le sacrifice d'un nerf survient au cours de l'intervention. En fonction du nerf sacrifié, des difficultés prolongées voire définitives de la fonction de l'organe innervé peuvent apparaître soit immédiatement soit à distance de l'intervention. Ces difficultés peuvent concerner la sensibilité d'un segment du membre ou d'une perte de la mobilité du côté opéré.

- **Lymphoedème** : la complication à long terme la plus redoutée est le développement d'un gonflement chronique des membres dû à un mauvais fonctionnement du drainage lymphatique. Le lymphoedème est significativement plus fréquent dans les curages ganglionnaires inguinaux que dans les curages axillaires. Il s'associe à cette affection, une cellulite récurrente, des douleurs et une altération de la fonction. Le risque de lymphoedème pour une intervention cervicale est exceptionnel.

- **Brides (zones de tension cicatricielle)** axillaires ou inguinales. Le suivi de la cicatrice pendant un an est nécessaire pour vérifier l'absence de cette complication à distance du remodelage cicatriciel. Cette complication est rare mais peut parfois nécessiter un geste chirurgical complémentaire.

- **Complication articulaire** à type de capsulite rétractile ou limitation de la mobilité d'une articulation adjacente à la zone du curage ganglionnaire liée à une immobilisation prolongée.

Le recours à un Chirurgien Plasticien qualifié vous assure que celui-ci a la formation et la compétence requises pour savoir éviter ces complications, ou les traiter efficacement dans le cas échéant.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée ».

Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

REMARQUES PERSONNELLES :