

## fiche info patient

FICHE REMISE LE

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

PAR DR

.....

FICHE CRÉÉE AVANT 2012

DERNIÈRE MISE À JOUR :  
JANVIER 2025

# CURAGE GANGLIONAIRE INGUINAL POUR TUMEUR DU PÉNIS

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 exposés ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfiques 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.UROFRANCE.ORG/ESPACE-GRAND-PUBLIC/](http://WWW.UROFRANCE.ORG/ESPACE-GRAND-PUBLIC/)

## Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

L'intervention qui vous est proposée :

- vise à évaluer de façon certaine l'éventuelle extension aux ganglions lymphatiques de l'aïne (ganglions inguinaux) de votre tumeur
- ou de pratiquer l'ablation des ganglions déjà atteints.

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 qui irriguent le membre inférieur. Ces ganglions, quant à eux, drainent la lymphe en provenance du membre inférieur et du pénis. Ils sont répartis en 5 groupes (cf schéma). Le développement des métastases ganglionnaires suit quelques règles anatomiques. Les premiers relais ganglionnaires du pénis se font surtout dans la zone supérieure et dans la zone centrale avec une immense majorité dans le quadrant supéro-interne. Ensuite le drainage se fait vers les ganglions de l'abdomen (ganglions pelviens).

## PRINCIPE DE L'INTERVENTION

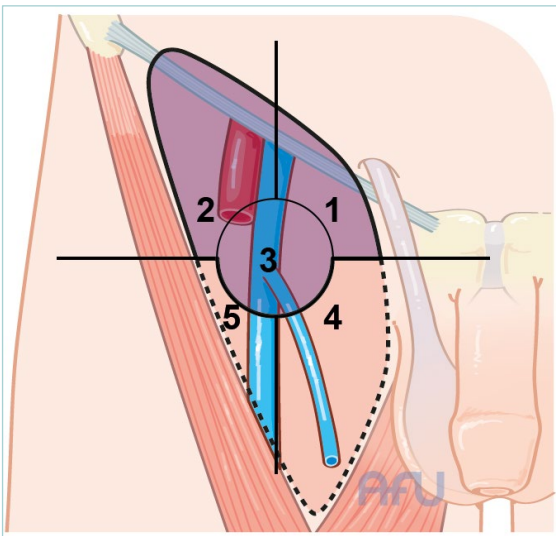


Fig 1. Zones de répartition du drainage ganglionnaire lymphatique du pénis du côté droit.

Deux types de curages inguinaux existent :

- Le curage inguinal modifié ou lymphadénectomie inguinale « modifiée ». Cette chirurgie consiste en une ablation des ganglions inguinaux se trouvant sous la peau de l'aîne, autour et au-dessus de la crosse de

la grande veine saphène (cadrants 1, 2 et 3 de la Fig 1).

- Le curage inguinal complet ou lymphadénectomie inguinale totale (ou radicale), qui consiste en une ablation de tous les ganglions inguinaux autour, au-dessus et au-dessous de la grande veine saphène (5 quadrants). Ce curage ganglionnaire expose à plus de complication que le précédent en menaçant de façon plus importante le drainage lymphatique du membre inférieur et la vascularisation cutanée. Il peut être utilisé en traitement exclusif ou associé (traitement multimodal) à une chimiothérapie voire une radiothérapie.

## 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. Le drainage lymphatique de la verge se faisant des 2 cotés, le curage inguinal peut être bilatéral.

L'ablation chirurgicale de ces ganglions est différente selon l'objectif à atteindre :

- A visée diagnostique pour analyser au microscope et être sûr de l'absence de cellule cancéreuse à ce niveau (patients sans ganglion palpé à l'examen clinique) : le curage inguinal est dit modifié. Il peut avoir lieu d'un seul côté (unilatéral) ou des deux côtés (bilatéral).
- A visée thérapeutique (s'il y a une certitude d'atteinte cancéreuse) : Le curage inguinal est dit complet ou total ; lui aussi peut être unilatéral ou bilatéral.

## EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

**Il n'y a pas d'autre possibilité que la chirurgie pour enlever les ganglions inguinaux.**

Dans certains cas, à visée diagnostique, la recherche du premier relai ganglionnaire (ganglion sentinelle) peut suffire mais nécessite l'accès à un service de médecine nucléaire sinon le curage modifié est nécessaire. Il faut ensuite analyser ce ganglion et savoir s'il est atteint par des cellules cancéreuses ou non. Un curage inguinal est alors indispensable en cas d'atteinte cancéreuse.

## PRÉPARATION SPÉCIFIQUE 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.

Sauf contre-indication, des bas de contention sont conseillés 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). Ils seront maintenus plusieurs semaines après.

## TECHNIQUE OPERATOIRE

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 et/ou d'un pansement aspiratif peut être nécessaire afin de limiter le risque de collection dans la zone opérée mais elle n'est pas systématique.

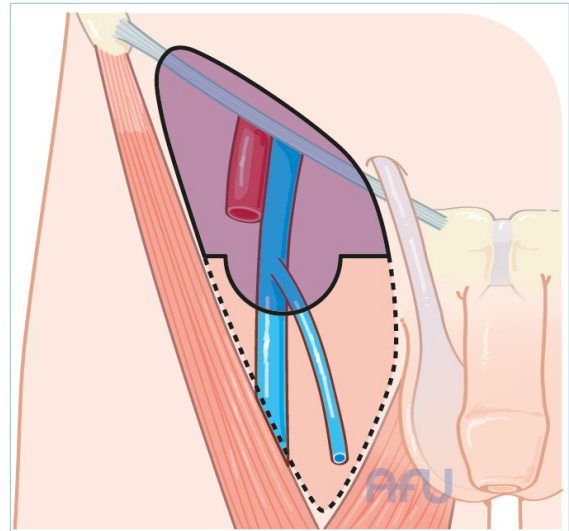


Figure 2 : Limite de la lymphadénectomie (ou curage) inguinale totale (totalité du triangle rose trait plein et pointillé) ou modifiée (zone foncée).

## SUITES HABITUELLES

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

Un alitement strict est parfois nécessaire pendant les premiers jours. Le lever est ensuite autorisé mais la position assise n'est pas recommandée pendant quelques jours afin d'éviter la flexion de la cuisse sur le bassin, ce qui exposerait au risque d'accumulation de lymphe ou de sang dans la zone opérée.

Une compression mécanique de la zone opérée est parfois nécessaire pendant quelques jours, afin de favoriser la cicatrisation (pansement compressif sur l'aîne).

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

de contention.

La durée d'hospitalisation est d'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.**

**Le curage modifié est moins risqué que le curage inguinal total, plus morbide.**

**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 une intervention chirurgicale.
- Lymphocèle : il s'agit d'une poche de lymphes qui peut nécessiter des ponctions répétées. Une intervention peut être nécessaire pour évacuer le liquide sous la peau (drainage en radiologie ou au bloc opératoire), voir appliquer un pansement aspiratif.
- 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.

**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](http://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 : **curage ganglionnaire inguinal 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 [www.urofrance.org/espace-grand-public/](http://www.urofrance.org/espace-grand-public/)

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