



## CURAGE GANGLIONNAIRE POUR CANCER DE LA PROSTATE

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.

L'intervention projetée a pour objectif de prélever les ganglions lymphatiques de drainage de votre prostate pour en faire l'analyse.

### Rappel anatomique

Le drainage lymphatique de la prostate se fait par des canaux et ganglions lymphatiques du petit bassin.

Suivant le stade de la tumeur et le risque d'atteinte cancéreuse des ganglions, le curage peut être plus ou moins étendu dans le petit bassin de chaque côté.

### Principe de l'intervention

L'analyse des ganglions prélevés va permettre d'adapter le traitement dans le cas d'atteinte par la maladie cancéreuse.

### Existe-t-il d'autres options ?

Le curage ganglionnaire peut ne pas être indiqué, en fonction du stade du cancer ou de votre état de santé. Votre urologue vous a expliqué pourquoi cette intervention est utile dans votre cas.

### Technique opératoire

La consultation d'anesthésie est obligatoire avant l'intervention. Celle-ci se déroule sous anesthésie générale et peut être réalisée par une incision sous l'ombilic (voie ouverte) ou par des petites incisions permettant la mise en place de trocars par lesquels sont introduits les instruments nécessaires (voie coelioscopique).

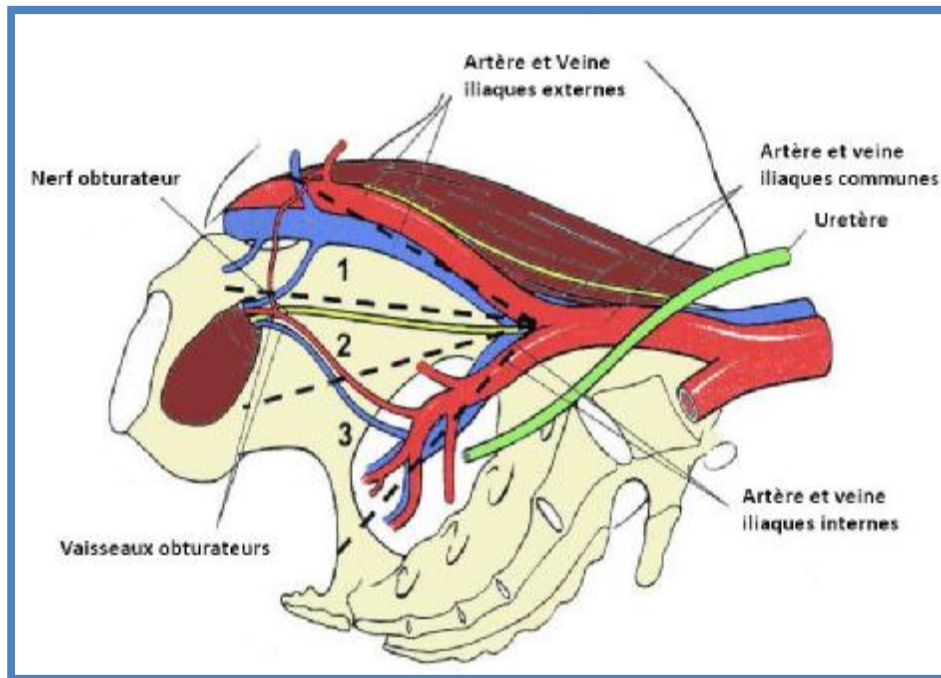
Les ganglions situés à distance de la prostate contre les vaisseaux du bassin sont retirés et envoyés pour analyse. Suivant les résultats du bilan de la tumeur et la décision de votre chirurgien, l'étendue du curage peut être plus étendue que dans la procédure classique. Un drain peut être placé en fin d'intervention permettant l'évacuation de sérosités.

Une sonde urinaire est mise en place en début d'intervention.

#### 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.



Limites anatomiques du curage ganglionnaire :

1 : Iliac externe

2 : Fosse obturatrice

3 : Iliac interne

## Analyse anatomopathologique

Les ganglions sont analysés sous microscope par le médecin anatomo-pathologiste afin de préciser s'ils sont atteints ou non par le cancer. Le résultat est transmis à votre chirurgien après quelques jours. Il vous en fait part lors de la consultation de contrôle.

## Suites habituelles

La douleur liée à l'intervention peut nécessiter des médicaments antalgiques administrés régulièrement sur la prescription de votre anesthésiste et/ou votre urologue.

Un traitement anticoagulant par injection sous cutanée quotidienne est réalisé afin de prévenir le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire. La poursuite d'un traitement anticoagulant est nécessaire après votre hospitalisation. Le port des bas de contention peut vous être prescrit pendant et après votre intervention.

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire et des drains est variable et défini par l'urologue.

La durée de l'hospitalisation est de 1 à quelques jours.

Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de vos activités .

## Suivi post-opératoire

Une consultation avec votre chirurgien est programmée afin de vous informer du résultat de l'examen microscopique et de la prise en charge thérapeutique.

## 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 :

**Pendant l'intervention chirurgicale :**

- Hémorragie pouvant imposer une transfusion sanguine.
- Plaie d'un organe de voisinage : nerf obturateur, vaisseaux iliaques, tube digestif, vessie, uretère nécessitant une réparation immédiate.

**Après l'intervention :**

- Infection urinaire relevant d'un traitement antibiotique.
- Hématome ou abcès de paroi, qui nécessite des soins locaux et éventuellement une réintervention.
- Écoulement de lymphes ou collection pelvienne (lymphocèle) lié au prélèvement des ganglions; une réintervention est rarement nécessaire.
- Eventration sur cicatrice ou sur orifice de trocart.
- D'autres complications directement en relation avec l'opération par voie coelioscopique sont rares mais possibles :
  - Blessure d'un organe de voisinage (plaie vasculaire, viscérale ou nerveuse) lors de la mise en place des trocarts.
  - Troubles respiratoires ou cardiaques liés à une intolérance au gaz.
  - Embolie gazeuse par diffusion du gaz dans la circulation veineuse.
  - Hernie ou incarceration d'une anse digestive dans un orifice de trocart.

**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 par voie coelioscopique pour pratiquer une incision chirurgicale classique (conversion).**

\* 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.