

Information médicale
avant la réalisation de la
technique
du ganglion sentinelle
pour le mélanome



PÔLE CHIRURGIE



Service de chirurgie maxillo-faciale –
chirurgie orale – chirurgie plastique
et reconstructrice

CHU
CAEN NORMANDIE

INTRODUCTION

Après le diagnostic de mélanome confirmé au microscope, une reprise de la cicatrice avec une marge de sécurité, appelée excision complémentaire est nécessaire. Lorsque les examens cliniques et radiologiques ne montrent pas d'extension du cancer aux ganglions lymphatiques ou à distance, une procédure appelée technique du ganglion sentinelle peut se justifier.

Qu'est-ce qu'un ganglion sentinelle (GS) ?

Pendant que le mélanome se développe, des cellules tumorales peuvent se diriger vers les ganglions via les vaisseaux lymphatiques. Il atteint d'abord un premier ganglion dans la zone de drainage du mélanome puis éventuellement les autres ganglions de proche en proche.

Ce premier ganglion est appelé ganglion sentinelle. Il y a parfois plusieurs ganglions sentinelles. Par souci de clarté, nous écrivons GS dans ce livret qu'il y ait un ou plusieurs ganglions sentinelles. L'objectif de cette technique est de repérer celui-ci, de le prélever chirurgicalement afin de vérifier au microscope s'il contient ou non des cellules cancéreuses. En renseignant sur son envahissement ou non, l'exérèse du GS suivi de son analyse permet de préciser le stade du mélanome, ce qui est nécessaire pour décider d'un éventuel traitement complémentaire après la chirurgie.

Indications et contre-indications

L'exérèse du ganglion sentinelle **n'est pas recommandée de façon systématique** pour tous les mélanomes.

L'indication est posée lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) hebdomadaire où est discuté chaque dossier de patient présentant un mélanome. Sont présents lors de cette réunion, des dermatologues, des chirurgiens maxillo-faciaux, des radiothérapeutes et des médecins nucléaires.

L'indication tient compte des recommandations internationales (www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Melanome-de-la-peau/Points-cles).

Résultats de l'analyse du ganglion sentinelle

Le GS enlevé est ensuite envoyé au laboratoire afin d'être analysé. Les résultats sont disponibles environ 15 jours après l'intervention.

Il y a deux résultats possibles :

- **si un GS est positif** (micrométastases présentes), un traitement complémentaire vous sera proposé. Il peut être médicamenteux (immunothérapie) ou chirurgical. Cette décision est prise après discussion en RCP ;
- **si le GS est négatif** (c'est-à-dire qu'il est sain), il n'y aura pas de traitement complémentaire.

DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION

L'intervention se fait sous anesthésie générale le plus souvent, nécessitant une consultation anesthésique au préalable. L'hospitalisation est prévue en chirurgie ambulatoire (entrée le matin et sortie le soir). Vous serez attendu(e) dans le service de chirurgie ambulatoire (voir votre avis d'hospitalisation).

Comment se déroule l'hospitalisation ?

Le matin de l'intervention ou la veille, un rendez-vous dans le service de médecine nucléaire est prévu (niveau 0, CHU, Tour Côte de Nacre).

Comment localiser le ganglion sentinelle ?

Un traceur radioactif est injecté au niveau de la cicatrice du mélanome dans le service de médecine nucléaire. Les petites particules radioactives vont diffuser vers les vaisseaux lymphatiques et se rendre au niveau du GS. La lymphoscintigraphie, couplée au scanner (*photo 1*), est ensuite réalisée permettant de bien repérer radiologiquement l'emplacement du GS. Des images seront prises pour objectiver la migration. En fin de séance le médecin nucléaire va marquer au feutre indélébile sur la peau la localisation du GS. L'examen prend en général 2 à 3 heures. La dose de radioactivité très faible ne présente pas de danger pour vous ou votre entourage, même pour une femme enceinte et un enfant en bas âge.

Le plus souvent, la migration a lieu dans des zones standardisées :

- le creux axillaire (aisselle) pour un mélanome sur les membres supérieurs ;
- le creux inguinal (aine) pour un mélanome sur les membres inférieurs ;
- le cou et les glandes parotides pour un mélanome sur la face et le cuir chevelu.

Dans certaines localisations (le tronc), la migration peut s'effectuer sur des zones multiples. Il est donc possible que plusieurs sites opératoires soient explorés.

Suite à la prise en charge dans le service de médecine nucléaire, vous retournerez dans le service de chirurgie ambulatoire où vous serez préparé(e) pour le bloc opératoire (lorsque l'injection est réalisée la veille, vous rentrez à domicile et vous revenez le lendemain dans le service de chirurgie ambulatoire en vue de l'intervention chirurgicale).

L'exérèse du ganglion sentinelle se déroule en même temps que la reprise de cicatrice. Le GS est localisé grâce à une sonde utilisée par le chirurgien pendant l'opération (*photo 2*). Le GS repéré est retiré par une nouvelle incision située en regard. L'intervention chirurgicale dure environ 1h30.



Photo 1 : Gamma caméra utilisée pour le repérage du GS en médecine nucléaire



Photo 2 : Sonde de détection du ganglion sentinelle utilisée en per opératoire

Exceptionnellement, il arrive que le chirurgien ne parvienne pas à retrouver le ganglion sentinelle lors de l'intervention chirurgicale (artefact de détection lié à la proximité du mélanome avec la zone de drainage). Le dossier est alors rediscuté en RCP pour décider de la meilleure attitude.

Les suites opératoires

Au niveau de la zone de prélèvement du GS, il peut y avoir un pansement compressif et un système de drainage (Redon ou Manovac) qui sera retiré en consultation 48 heures plus tard. Ceux-ci permettent de limiter le risque d'hématome post opératoire.

La sortie est autorisée le soir de l'intervention avec les documents de sortie :

- une ordonnance avec un traitement pour la douleur et le matériel nécessaire pour les soins ;
- une ordonnance de soins infirmiers à réaliser en cabinet ou à domicile, si nécessaire ;
- un rendez-vous de contrôle post-opératoire en consultation de chirurgie maxillo-faciale.

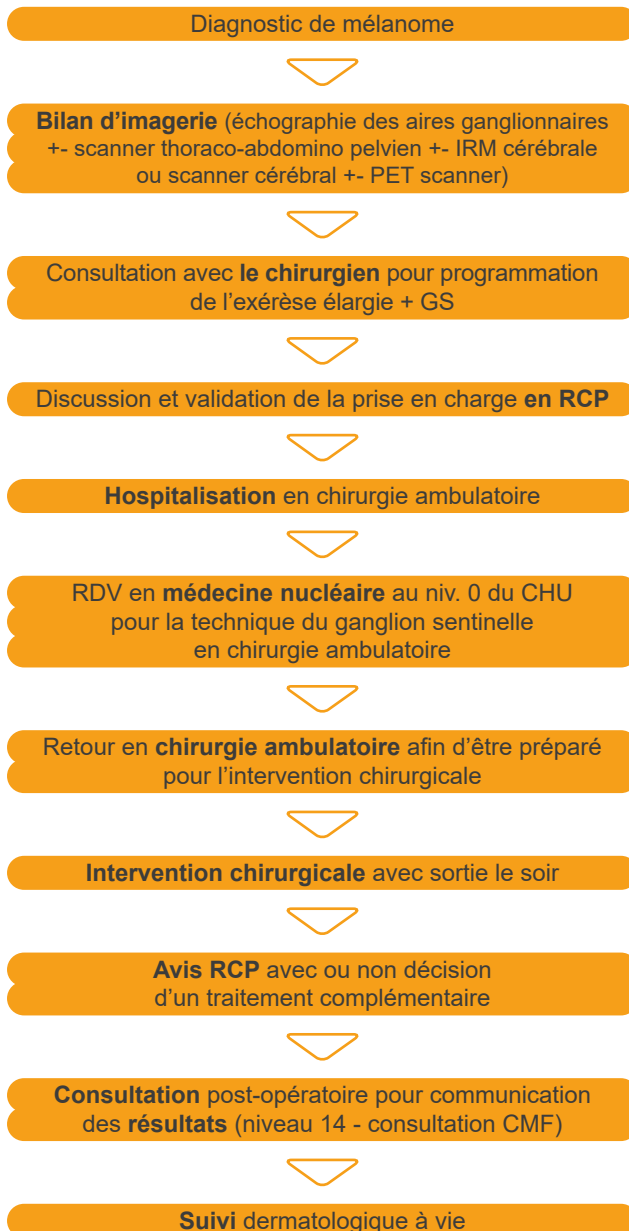
RISQUES ET COMPLICATIONS

Les suites post-opératoires sont le plus souvent très simples. Comme pour toute intervention chirurgicale, quelques complications sont décrites. Celles-ci sont, dans la grande majorité, mineures et évoluent sans séquelles :

- **le lymphocèle** qui est une poche de lymphe qui se forme sous la cicatrice. Il peut nécessiter une ou plusieurs ponctions évacuatrices ;
- **l'hématome** qui est une collection de sang dans la zone opérée et qui peut parfois nécessiter une reprise chirurgicale ;
- **l'abcès** qui est une infection du site opératoire et qui peut conduire à des soins locaux mais aussi parfois à une reprise chirurgicale et à la mise en place d'un traitement antibiotique.
- **la désunion de la cicatrice** qui implique des soins locaux.

En cas d'apparition d'un signe qui vous inquiète ou de douleurs persistantes, il ne faut pas hésiter à reprendre contact avec l'équipe chirurgicale pour éventuellement être revu en consultation plus précocement que prévu (*coordonnées en fin de livret*).

Organigramme de la prise en charge en cas de diagnostic de mélanome avec indication d'une technique de GS :



Pôle chirurgie
Service de chirurgie maxillo-faciale
chirurgie orale
chirurgie plastique et reconstructrice

Niveau 14, unité 20
CHU de Caen Normandie
Avenue de la Côte de Nacre
CS 30001 - 14033 Caen cedex 9

Tél. secrétariat : 02 31 06 48 15

Après 18h pour toute urgence médicale,
les week-ends et jours fériés : 02 31 06 31 06
(en demandant l'interne d'astreinte
de chirurgie maxillo-faciale)