

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2022

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 06 Octobre 2022 à Poitiers
par Mr FOCK SI MING Vincent

Évaluation des pratiques professionnelles et perspective d'avenir chez les
médecins généralistes des Deux-Sèvres dans la prise en charge et la ponction
du lymphocèle post chirurgie du cancer du sein

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre FAURE

Membres : Monsieur le Docteur Benoit PUSNIAK
Madame le Docteur Stéphanie MIGNOT
Madame le Docteur Yaritza CARNEIRO

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Martin MEROUZE

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLERMIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, **Monsieur le Professeur FAURE**,

Vous me faites l'honneur de présider le jury, acceptez pour cela mes sincères remerciements.

A **Madame le Docteur MIGNOT**,

Merci d'avoir accepté d'évaluer ce travail et merci pour vos enseignements et votre gentillesse.

A **Monsieur le Docteur PUSNIAK**,

Merci de m'avoir orienté vers mon directeur de thèse, mais surtout merci pour vos enseignements et votre bienveillance tout au long des 6mois passés dans votre service.

A **Madame le Docteur CARNEIRO**,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et du temps accordé à l'évaluation de ce travail.

A mon directeur de thèse, **Monsieur le Docteur MEROUZE**,

Merci de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir aiguillé jusqu'à l'accomplissement de ce travail.

Merci à tous les médecins qui ont répondu au questionnaire. Sans ce temps qu'ils m'ont accordé, je n'aurais jamais pu accomplir ce travail.

Merci à tous les médecins avec qui j'ai pu travailler, et qui m'ont fait partager leur savoir et leur amour de la médecine, notamment les Docteurs N'GUYEN Sophie et Khan, merci pour votre gentillesse et bienveillance, les premiers jours de stage à vos côtés m'ont convaincu que la médecine générale était ma voie.

A Simon, Emilien, Nour, Quentin, Caro, Cycy, Mumu, Ludo, Reshou, Romain, Shashou, Nono et à tous les copains de la Réunion, de Bordeaux et de Poitiers, merci d'avoir croisé ma route et de m'avoir tant donné tout au long de ce cursus. A Yves et Rodolphe, merci pour votre amitié indéfectible, immarcescible, infrangible et pour tous ces moments partagés.

A Chopper, Tiburce et Matao, merci pour les moments détente : SC2, OW, Surva. A Robin et Marie, merci pour ces heures de rigolades et de « toctocquerie », merci d'être mes collocs, mes amis, ma deuxième famille.

A ma tante et mon oncle, Simone et Georges, qui ont toujours été là dans les moments importants.

A Damien, mon frère, qui a toujours été là, d'un soutien certain et sans faille. Tu es juste inestimable, irremplaçable.

A ma belle-sœur, Aurore, dans la famille depuis peu mais avec qui j'ai déjà beaucoup de bons souvenirs.

A mon père, qui m'a transmis sa passion pour la médecine et uniquement la moitié d'une citation de Jules Renard « Le temps perdu ne se rattrape jamais ».

A ma mère, qui m'a appris ce qu'est l'écoute et le tact. Merci d'être aussi ma plus grande relectrice et correctrice de mémoire et de thèse. « C'est la dernière ligne droite avant la fin » comme tu me dis depuis 15ans.

On ne choisit pas sa famille, mais j'ai la chance d'être bien tombé.

A mon éminence scientifique, Andrea. Merci pour ton soutien, ton expertise en bibliographie et ta présence depuis le début de mon internat jusqu'à aujourd'hui.

Table des matières

Introduction	5
I- Le cancer du sein : généralités.....	5
a. Prévalence, incidence et mortalité dans le monde.....	5
b. Prévalence, incidence et mortalité en France.....	5
c. Place de la chirurgie dans le traitement du cancer du sein.....	5
II- Anatomie du sein.....	6
III- Lymphocèle post chirurgie du cancer du sein.....	6
IV- Physiopathologie du lymphocèle.....	7
V- Facteurs favorisant l'apparition du lymphocèle.....	8
VI- Complications du lymphocèle.....	9
VII- Prévention du lymphocèle.....	9
VIII- Traitement du lymphocèle.....	10
 Matériels et méthodes.....	 12
I- Caractéristiques de l'étude.....	12
II- Objectifs de l'étude.....	12
a. Objectif principal.....	12
b. Objectifs secondaires.....	12
III- Population de l'étude.....	13
IV- Élaboration du questionnaire.....	13
V- Informations recueillies.....	13
VI- Mode de diffusion du questionnaire.....	14
VII- Obligations réglementaires et légales.....	15
VIII- Analyses statistiques.....	15
IX- Recherche bibliographique.....	15
 Résultats.....	 16
I- Population de l'étude.....	16
II- Diagramme de flux de la population.....	16

III-	Taux de participation	17
IV-	Description de la population.....	17
V-	Connaissances sur le lymphocèle et expériences.....	19
	a. Enseignements sur le lymphocèle.....	19
	b. Auto évaluation des connaissances concernant le lymphocèle.....	20
	c. Patientes ayant bénéficié d'une ponction de lymphocèle.....	21
	d. Expérience de ponction de lymphocèle.....	22
	e. Adressage des patientes présentant un lymphocèle.....	23
VI-	Freins et éléments favorisant une prise en charge en ambulatoire.....	24
	a. Freins ressentis à la réalisation des ponctions de lymphocèle.....	24
	b. Attentes des médecins généralistes en termes de formation.....	25
	c. Bénéfices attendus à la coordination ville-hôpital.....	26
	d. Nécessité de consulter un spécialiste.....	27
	e. Intérêt à réaliser des ponctions de lymphocèle en ambulatoire.....	28
	f. Intérêt de l'utilisation du numéro guichet unique.....	29
	g. Intérêt d'une ordonnance type pour la confection d'un kit de ponction.....	30
	Discussion.....	31
I-	Synthèse des résultats.....	31
II-	Forces et limites de l'étude.....	35
	Conclusion.....	37
	Résumé.....	38
	Bibliographie.....	39
	 Annexes	
	• Mail explicatif adressé aux médecins généralistes.....	42
	• Le questionnaire.....	43
	 Serment.....	45

Liste des figures :

Figure 1 : Les ganglions lymphatiques du sein, INCa.....	6
Figure 2 : Lymphocèle axillaire, Ligue contre le cancer (Rennes).....	7
Figure 3 : Lymphocèle sur mastectomie totale, Ligue contre le cancer (Rennes).....	7
Figure 4 : Ponction de lymphocèle, Source : Presse édition - Maison des Kinés.....	10
Figure 5 : Diagramme de flux.....	16
Figure 6 : Les différentes caractéristiques de la population de l'étude.....	17
Figure 7 : Enseignement sur le lymphocèle.....	19
Figure 8 : Auto-évaluation des connaissances sur le lymphocèle.....	20
Figure 9 : Patientes ayant bénéficié d'une ponction de lymphocèle.....	21
Figure 10 : Expérience de ponction de lymphocèle.....	22
Figure 11 : Adressage pour ponction de lymphocèle.....	23
Figure 12 : Freins ressentis à la réalisation de ponctions de lymphocèle.....	24
Figure 13 : Attente en termes de formation sur le lymphocèle.....	25
Figure 14 : Bénéfices attendus à la coordination ville-hôpital.....	26
Figure 15 : Nécessité de consulter un spécialiste.....	27
Figure 16 : Médecins en faveur d'une prise en charge en ambulatoire du lymphocèle...	28
Figure 17 : Utilisation du numéro de guichet unique.....	29
Figure 18 : Intérêt d'une ordonnance type pour la confection d'un kit de ponction.....	30

Index des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

INCa : Institut National du Cancer

MG : médecin généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

I- Le cancer du sein : généralités

a- Prévalence, incidence et mortalité dans le monde

Selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), plus de 2.2 millions de cas de cancer du sein ont été recensés en 2020, ce qui en fait le cancer le plus fréquent à l'échelle du globe. Avec environ une femme sur 12 développant un cancer du sein dans leur vie, celui-ci représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme. En termes de mortalité, environ 685 000 femmes sont mortes du cancer du sein en 2020. [1]

b- Prévalence, incidence et mortalité en France

Selon l'Institut National du cancer (INCa), on recense en France métropolitaine 58 500 nouveaux cas de cancer du sein en 2018 avec un âge médian au moment du diagnostic de 63 ans. Le taux d'incidence a presque doublé entre 1990 et 2018. La prévalence est estimée à 913 089 personnes en 2017. Au niveau de la mortalité, celle-ci est en baisse avec 12 146 décès en 2018, ce qui correspond à une diminution de 1,6 % par an entre 2010 et 2018. [2]

c- Place de la chirurgie dans le traitement du cancer du sein

La chirurgie a une place prépondérante dans la prise en charge du cancer du sein. En termes de chiffres, l'étude VICAN 2 (conçue et réalisée par l'INCa en 2014) rapporte que 72,3% des patientes atteintes d'une tumeur du sein ont bénéficié d'une tumorectomie, 30,8% ont eu une mastectomie (d'emblée ou dans un second temps) et 50,4% ont eu un curage axillaire. [3]

La complication la plus fréquente de ces chirurgies est le lymphocèle ou sérome, qui survient dans 20 à 40 % des cas. Il est majoré en cas de mastectomie ou de curage ganglionnaire.[4][5][6] Il peut être à l'origine d'une augmentation de la morbidité par complications induites. (Désunion, infection, allongement du délai des traitements adjuvants).

II- Anatomie du sein

Le sein est composé d'une glande mammaire, de tissu de soutien (ligaments de Cooper) et de tissu adipeux et conjonctif. La quantité de ces derniers composants est variable d'une femme à l'autre. Il contient également un réseau vasculaire, lymphatique et nerveux (superficiel et profond). [7]

Le réseau lymphatique se compose de ganglions et de vaisseaux lymphatiques qui aident principalement à combattre les infections. Comme on peut le voir en figure 1 : les ganglions lymphatiques du sein sont principalement situés :

- Au niveau de l'aisselle (ganglions axillaires)
- Au-dessus de la clavicule (ganglions sus-claviculaires)
- Au-dessous de la clavicule (ganglions sous-claviculaires ou infra-claviculaires)
- Autour du sternum (ganglions mammaires internes).

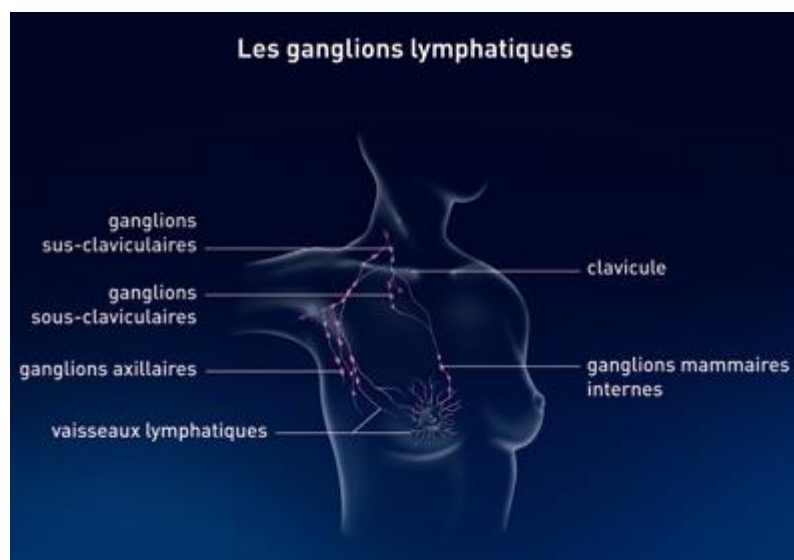


Figure 1 : les ganglions lymphatiques du sein, INCa

III- Lymphocèle post chirurgie du cancer du sein

On ne retrouve pas une définition unique du lymphocèle compliquant la chirurgie du cancer du sein, au contraire, la définition est très variable d'une étude à l'autre ce qui peut rendre leurs comparaisons complexes. [8]

Le lymphocèle apparaît comme une masse fluctuante, tendue ou sous la forme d'une inflammation localisée ou étendue en regard du site opératoire tel que l'on peut le voir dans les figures 2 et 3 et la figure ci-dessous. Il résulte d'un épanchement de liquide lymphatique en dehors du système lymphatique formant une collection qui se localise dans l'espace opéré (creux axillaire, loge de mastectomie ou de tumorectomie).



Figure 2 : Lymphocèle axillaire compliquant une chirurgie carcinologique du sein



Figure 3 : Lymphocèle sur mastectomie totale

C'est une complication fréquemment rencontrée après une chirurgie du cancer du sein. Elle apparaît entre le post opératoire immédiat et jusqu'à 3 mois après l'intervention. Le diagnostic est clinique et nécessite dans 43% des cas au moins une ponction. [9]

L'incidence du lymphocèle post chirurgie du cancer du sein varie de 3% à 85%. [10][11][12] Sa fréquence d'apparition est majorée à plus de 50% en cas de mastectomie. [13][14][15]

IV- Physiopathologie du lymphocèle

La lymphorrhée est le suintement ou l'écoulement de liquide lymphatique riche en protéines en dehors des vaisseaux lymphatiques. C'est l'accumulation de ce fluide dans l'espace mort axillaire créé lors de la chirurgie qui sera responsable par la suite de la formation d'une collection appelée lymphocèle ou sérome.

Cette fuite de liquide lymphatique ou la lymphorrhée en postopératoire d'une chirurgie pour cancer du sein (notamment celle impliquant un curage axillaire) s'explique par :

- La section ou brèche peropératoire des vaisseaux lymphatiques lors de la dissection des tissus cellulo-cutanés.
- Les particularités physiologiques du sérome (absence de fibrinogène), proche de la composition de la lymphe qui font qu'il coagule plus lentement que le sang. [16]
- L'inflammation locale post-interventionnelle concourt à augmenter la perméabilité des capillaires lymphatiques qui ne contiennent pas de membrane basale et sont donc mal drainés. [17]

V- Facteurs favorisant l'apparition du lymphocèle

A ces mécanismes physiopathologiques expliquant la présence d'une lymphorrhée postopératoire, s'ajoutent d'autres éléments favorisant la formation d'une collection ou lymphocèle :

- La création d'un espace mort secondaire à la dissection « étendue » et l'exérèse des tissus cellulograisseux qui fait le lit de la collection.
- Particularité anatomique de la zone opérée ralentissant le processus de cicatrisation :
 - Mouvements respiratoires
 - Irrégularité de la paroi thoracique

L'ensemble des mécanismes intervenant dans la formation des lymphocèles n'est à ce jour pas complètement comprise. De la même façon, bien que plusieurs facteurs aient été corrélés à la formation de lymphocèle, les preuves solides sont encore rares. Les facteurs favorisant et prédictifs avec un niveau de preuves modéré pour soutenir un risque de formation de séromes sont le surpoids, l'hypertension artérielle et un volume de drainage élevé dans les 3 premiers jours. [8] [18] [19] [20] [21] [22]

VI- Complications du lymphocèle

Le lymphocèle, lorsqu'il est symptomatique, est pourvoyeur de complications précoces et même de complications tardives s'il n'est pas traité.

Complications précoces :

- Allongement de la durée de drainage ainsi que celle de l'hospitalisation
- Douleurs d'intensité variable ou inconfort liés à la mise en tension
- Surinfection locale essentiellement [23]
- Evolution vers une surinfection générale
- Désunion de cicatrice
- Retard de cicatrisation
- Nécrose de lambeaux
- Retard sur prise en charge en radiothérapie.

Complications tardives :

- Apparition de brides rétractiles de l'aponévrose clavipectoroaxillaire
- Lymphœdème

VII- Prévention du lymphocèle

Au niveau de la prévention de l'apparition du lymphocèle, seule la technique du ganglion sentinelle a permis clairement et sur des preuves solides, de diminuer la morbidité liée à la chirurgie du creux axillaire. [18] [19] [24]

De nombreuses pistes ont été explorées afin de prévenir l'apparition du sérome en agissant sur le per-opératoire. On retrouve plusieurs études comparant différentes techniques de dissection, différentes techniques d'hémostase, l'utilisation de colles de fibrines ou éponges de fibrine ou encore la lipoaspiration du creux axillaire, mais les résultats sont souvent contradictoires selon les auteurs et n'ont pas abouti à des recommandations. [19] [25]

On retrouve aussi le capitonnage dont une étude prospective est en cours (Etude randomisée multicentrique QUISERMAS). Cependant à ce jour, cette technique n'est pas recommandée faute de résultats, elle présente comme inconvénients une

majoration des douleurs post-opératoires (en fonction des auteurs) et un coté inesthétique.

La reconstruction immédiate après une mastectomie a réduit l'incidence de la formation de séromes, probablement en remplissant l'espace mort dans la paroi thoracique. [26]

On retrouve plusieurs études dont l'objectif est de prévenir le risque de survenue de lymphocèle en agissant en post-opératoire mais les résultats sont encore souvent contradictoires ou non significatifs en fonction des auteurs. Parmi les pistes explorées, nous pouvons citer les essais travaillant sur la durée raccourcie ou sur l'intensité du drainage aspiratif qui ne montre pas de bénéfice sur le taux d'apparition ou le volume des lymphocèles et il en est de même pour les pansements compressifs ou la mobilisation différée du membre supérieur. [27] [28] [29] [30]

VIII- Traitement du lymphocèle

La ponction évacuatrice est le traitement du lymphocèle. Elle peut être réalisée au niveau axillaire, pré thoracique et dorsal. Ce geste consiste en une ponction directe dans la matité. Il doit être réaliser dans des conditions d'asepsies. La ponction peut être réalisée à l'aide d'un cathéter et d'une seringue pour procéder à l'aspiration jusqu'à épuisement de la collection tel que l'on peut le voir dans la figure 4 ci-dessous. Le liquide ainsi évacué a le plus souvent un aspect séreux. L'échographie n'est d'aucune utilité car ne permet que de confirmer le caractère liquidien de la collection.



Figure 4 : Ponction de lymphocèle

Le rythme des ponctions dépend des cas et de l'intensité des symptômes. Généralement ces ponctions seront interrompues en deçà de 50-70 ml en l'absence de signe fonctionnel, d'une part, du fait du risque infectieux et, d'autre part, pour éviter de pérenniser la lymphorrhée. En effet, une collection minimale peut servir de

compression pour colmater la brèche lymphatique et va ensuite se résorber en quelques semaines ou quelques mois.

Au final, nous avons vu que le lymphocèle est une complication post opératoire fréquente. Au vu de la littérature, on ne retrouve à ce jour, pas de moyen significatif de prévenir l'apparition de cette collection que ce soit en per ou post opératoire. Le traitement du lymphocèle est la ponction. Dans le but d'optimiser le parcours de soin des patientes, la délégation de l'acte de ponction de lymphocèle à un intervenant plus proche se pose comme une solution idéale pour permettre de limiter les trajets, les temps d'attente et retard de prise en charge. Les médecins généralistes qui sont au plus près des patientes pourraient être une réponse pertinente à cette problématique. Ainsi, l'objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques professionnelles et les perspectives d'avenir chez les médecins généralistes des Deux-Sèvres dans la prise en charge et la ponction du lymphocèle post-chirurgie du cancer du sein. Ainsi en prenant compte des freins ressentis et des éléments favorisant cette prise en charge, permettre de construire un partenariat ville-hôpital efficace et économique.

Matériels et méthodes

I- Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective, analytique, descriptive et déclarative par auto-questionnaire réalisée auprès des médecins généralistes installés dans le département des Deux Sèvres soit le département 79 durant la période de mars 2022 à juin 2022 ; le but étant d'évaluer la possibilité de déléguer l'acte de ponction de lymphocèle post-opératoire du cancer du sein aux médecins généralistes.

II- Objectifs de l'étude

a. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer chez les médecins généralistes installés dans le département des Deux-Sèvres leur intérêt à réaliser des ponctions de lymphocèle post chirurgie mammaire dans des contextes oncologiques de cancer du seins (mastectomie totale ou partielle, ganglion sentinelle ou curage axillaire).

b. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer si les ponctions de lymphocèle sont déjà réalisées par des médecins généralistes installés.
- Connaître les freins ressentis par les médecins généralistes à réaliser des ponctions de lymphocèle.
- Evaluer le besoin de formation des médecins généralistes concernant le lymphocèle et sa prise en charge ainsi que le format attendu. (En présentiel au Centre Hospitalier de Niort ou en distanciel sous la forme d'un webinaire)
- Évaluer l'intérêt d'une ordonnance type pour la confection d'un kit de ponction.

III- Population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient les médecins généralistes en activité, installés en zone urbaine, semi rurale ou rurale dans tout le département du 79, inscrits au Conseil de l'Ordre du même département et ayant un numéro de téléphone et/ou adresse électronique. Les critères d'exclusion concernent les médecins remplaçants, les médecins généralistes non installés et salariés dans un hôpital ou clinique privée et les médecins n'ayant pas de numéro de téléphone et/ou d'adresse électronique.

IV- Élaboration du questionnaire

Une revue succincte de la littérature a été réalisée afin d'identifier un protocole de recherche et un questionnaire de référence mais à notre connaissance il n'existe pas de méthode de référence. Il a été décidé de créer un questionnaire à partir des données de la littérature. Il a été rédigé en français et contient 20 questions à choix multiples.

Le questionnaire a été élaboré en suivant la méthode d'écriture décrite dans la revue e-respect. Il a pu bénéficier d'une relecture attentive par un groupe de médecins généralistes, et par plusieurs internes de la région étudiants dans différentes spécialités. Cela a permis de faire des modifications pertinentes et de le rendre compréhensible et adapté. Chaque item a été écrit et en cas de désaccord un consensus a été réalisé avec les membres de chaque équipe. Il a pu être testé, avant sa diffusion, par cinq médecins volontaires ayant mené les corrections de syntaxe principalement. Le questionnaire est anonyme afin de respecter les choix d'orientation et de prise en soin des patients de chaque médecin.

V- Informations recueillies

Sur les médecins interrogés :

- Concernant le médecin
 - Le genre
 - La tranche d'âge
 - Durée d'installation
- Concernant l'exercice
 - Milieu d'exercice
 - Type d'exercice

- Son activité actuelle
 - Nombre de patientes suivies pour un cancer du sein actif
 - Réalisation de ponction de lymphocèle durant son activité
- Sa formation
 - Diplôme universitaire ou interuniversitaire en gynécologie
 - Etat des connaissances concernant le lymphocèle

Sur le lymphocèle et sa prise en charge :

- Prise en charge actuelle des lymphocèles par les médecins généralistes
- Freins ressentis à la réalisation de ponction de lymphocèle
- Quelles attentes d'une coordination médecine de ville et hôpital ?
- Cibler le format (présentiel ou distanciel) pour une formation
- Utilité perçue d'une Ordonnance type pour un kit de ponction
- Volonté de réaliser des ponctions de lymphocèle pour leurs patientes

VI- Mode de diffusion du questionnaire

L'utilisation de la liste officielle des médecins généralistes installés dans les Deux-Sèvres a permis de diffuser le questionnaire de façon exhaustive. La récupération des adresses mails des MG des Deux-Sèvres s'est faite par téléphone. Ainsi ont été récupérées : les adresses mails des cabinets, et/ou les adresses mails professionnels.

Tous les médecins de cette liste ont été contactés deux fois par mail à un mois d'intervalle puis trois fois par téléphone à un mois d'intervalle (sauf ceux ayant déjà répondu au questionnaire).

Le questionnaire a été mis en ligne sur la plateforme Google Form. Les réponses sont centralisées grâce à cette plateforme puis transférées dans un document Excel.

Le questionnaire était accompagné d'un paragraphe justifiant et expliquant l'intérêt du travail. (Annexe 2) Le questionnaire (Annexe 3) a été publié de façon dématérialisée sur le site du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du 79.

Un premier envoi par mail a été effectué le 11 mars 2022 puis une relance a été réalisée un mois après, soit le 11 avril 2022.

Un contact téléphonique a également été établi auprès des médecins généralistes afin d'augmenter le nombre de réponses entre le 11 mars et le 21 juin 2022.

L'entretien téléphonique a été réalisé en suivant un guide d'entretien préalablement rédigé. (Annexe 4) Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un entretien téléphonique semi-directif de 10 minutes environ. Les échanges ne sont pas enregistrés, une prise de note est réalisée sur Google Form regroupant les réponses obtenues auparavant. L'enquêteur adopte une attitude fondée sur l'acceptation et la non-réactivité. Les médecins ont été interrogés sur leur participation au questionnaire en ligne à la suite du mail du CDOM. S'ils avaient déjà répondu, l'entretien téléphonique n'était pas réalisé. Les questions posées oralement étaient exactement les mêmes que celles du questionnaire en ligne sur Google Form.

VII- Obligations réglementaires et légales

S'agissant d'une étude observationnelle non interventionnelle, il n'a pas été nécessaire de demander l'avis auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), ni du Comité de Protection des Personnes (CPP) ni d'un avis auprès du Comité d'Ethique du Collège des Enseignements de Médecine Générale pour la réalisation de cette étude anonyme, gratuite et non obligatoire.

VIII- Analyses statistiques

Le recueil des données du sondage a été réalisé avec l'aide du logiciel Google Form puis celles-ci ont été exportées au format EXCEL. Après codage des variables et vérification de la qualité des données, les analyses statistiques quantitatives ont été réalisées directement avec le logiciel Microsoft EXCEL.

IX- Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée grâce à l'aide de moteur de recherche tels que PubMed, Google Scholar et Lissa. Les principaux sites institutionnels ont également été utilisés tels que Santé publique France, e-cancer. Les différentes références bibliographiques ont été répertoriées dans Zotero.

La recherche sur PubMed a été réalisée avec comme critère : (lymphocele [title/abstract] OR seroma [title/abstract]) AND "breast cancer" [title/abstract] AND (drainage [title/abstract] OR puncture [title/abstract]) Les études retenues ont été celles rédigées en anglais et français.

Résultats

I- Population de l'étude

279 médecins généralistes installés dans le département des Deux-Sèvres sont recensés par le CDOM en janvier 2022, parmi eux 254 médecins sont inscrits sur la liste de diffusion du CDOM.

II- Diagramme de flux de la population

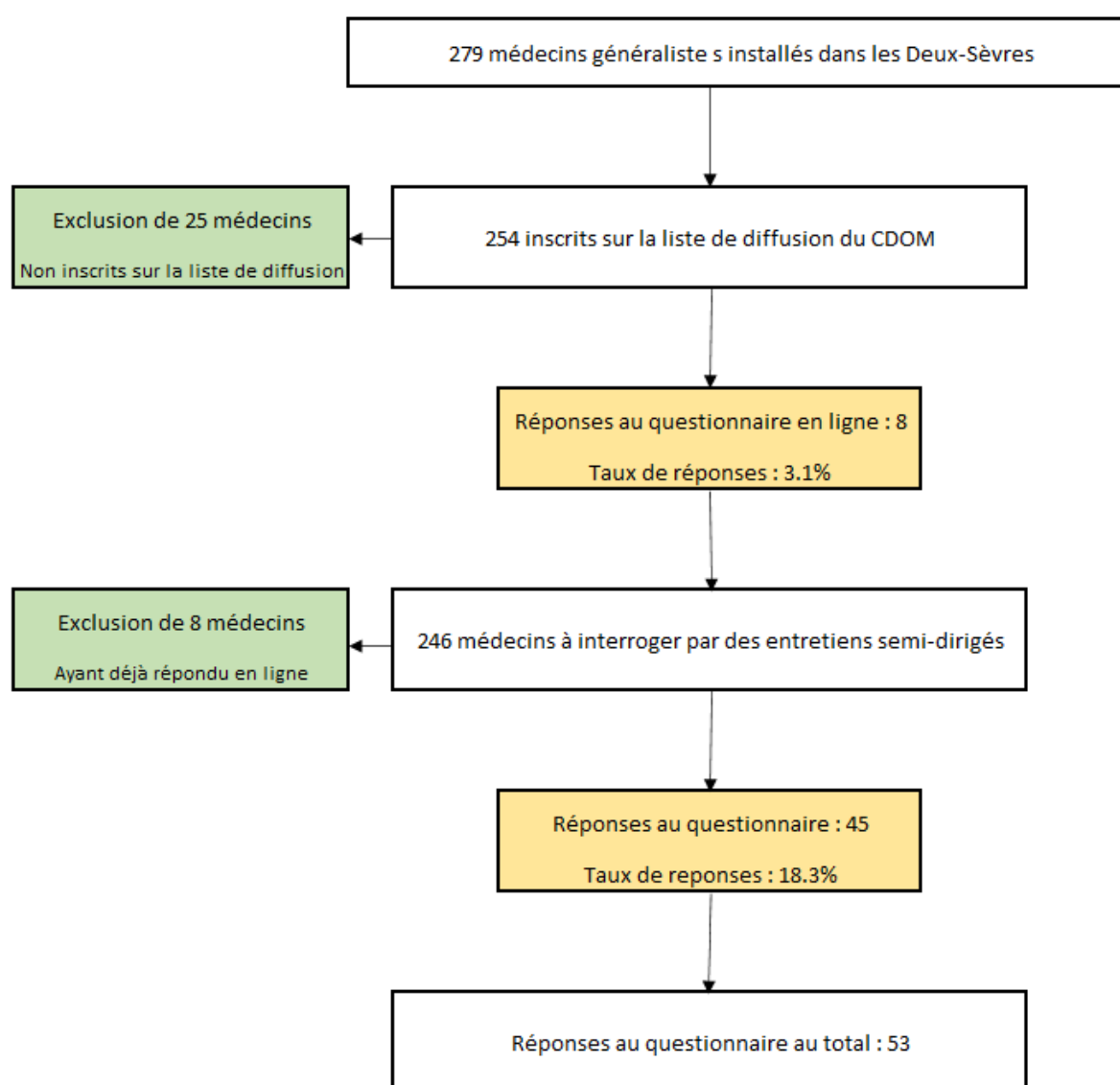


Figure 5 : Diagramme de flux

III- Taux de participation

8 réponses au questionnaire ont été recueillies à la suite de 2 relances par mail faites aux médecins généralistes installés dans le département des Deux-Sèvres ; soit un taux de réponse de 3.1%.

45 réponses au questionnaire ont été recueillies par les entretiens semi-directifs effectués par téléphone auprès des médecins généralistes installés dans le département des Deux-Sèvres ; soit un taux de réponse de 18.3%.

Au total, le taux de réponses s'élève à 20.8%, soit **53** réponses.

IV- Description de la population

Tableau regroupant les caractéristiques de la population des 53 médecins généralistes inclus dans l'étude.

Caractéristiques	Population N = 53 (%)
Sexe	
Homme	28 (52.8%)
Femme	25 (47.2%)
Age	
< 30ans	4 (7.5%)
30 - 35ans	6 (11.3%)
35- 40 ans	9 (17%)
40 - 45 ans	6 (11.3%)
45 - 50 ans	8 (15.1%)
50 - 55 ans	10 (18.9%)
> 55ans	10 (18.9%)
Durée d'installation	
< 5ans	11 (20.8%)
5 - 15 ans	15 (28.3%)
15 - 25 ans	13 (24.5%)
> 25 ans	14 (26.4%)
Type d'exercice	
Seul	11 (20.8%)
Cabinet de groupe	42 (79.2%)

Milieu d'exercice	
Rural	18 (34%)
Urbain	8 (15.1%)
Semi-Rural	27 (50.9%)
DU ou DIU en gynécologie	
Oui	4 (7.5%)
Non	49 (92.5%)
Nombre de patientes suivi pour cancer du sein actif	
< 5 patientes	28 (52.5%)
5 - 10 patientes	24 (45.3%)
10 - 15 patientes	1 (1.9%)
> 15 patientes	0 (0%)

Figure 6 : Les différentes caractéristiques de la population de l'étude

Les médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire étaient pour 52.8% des hommes et 47.2% des femmes. La répartition des réponses est équilibrée en termes d'âge avec 7.5% pour les moins de 30 ans, 11.3% pour la tranche de 30-35 ans et celle de 40-45 ans, 17% pour les 35-40ans, 15.1% pour les 45 à 50 ans et enfin 18.9% pour 50- 55 ans et pour les 55 ans et plus.

Les médecins généralistes participant à l'étude exercent préférentiellement en cabinet de groupe (79.2%) plutôt que seuls (20.8%).

Concernant les durées d'exercice depuis leur installation, 20.8% sont installés depuis moins de 5ans, 28.3% entre 5 et 15 ans, 24.5% entre 15 et 25 et enfin 26.4% depuis plus de 25ans.

La majorité des médecins interrogés exerce en milieu semi rural ou rural (50.9% et 34% respectivement) 15.1% exercent en ville.

Concernant les formations universitaires ou inter-universitaires, seul 7.5% des MG dispose d'un DU ou DIU en gynécologie.

Concernant leur patientèle :

- 28 MG (soit 52.5%) suivent moins de 5 patientes pour un cancer du sein actif.
- 24 MG (soit 45.3%) suivent entre 5 et 10 patientes.
- 1 MG (soit 1.9%) suit entre 10 et 15 patientes.

V- Connaissances sur le lymphocèle et expériences

a. Enseignements sur le lymphocèle

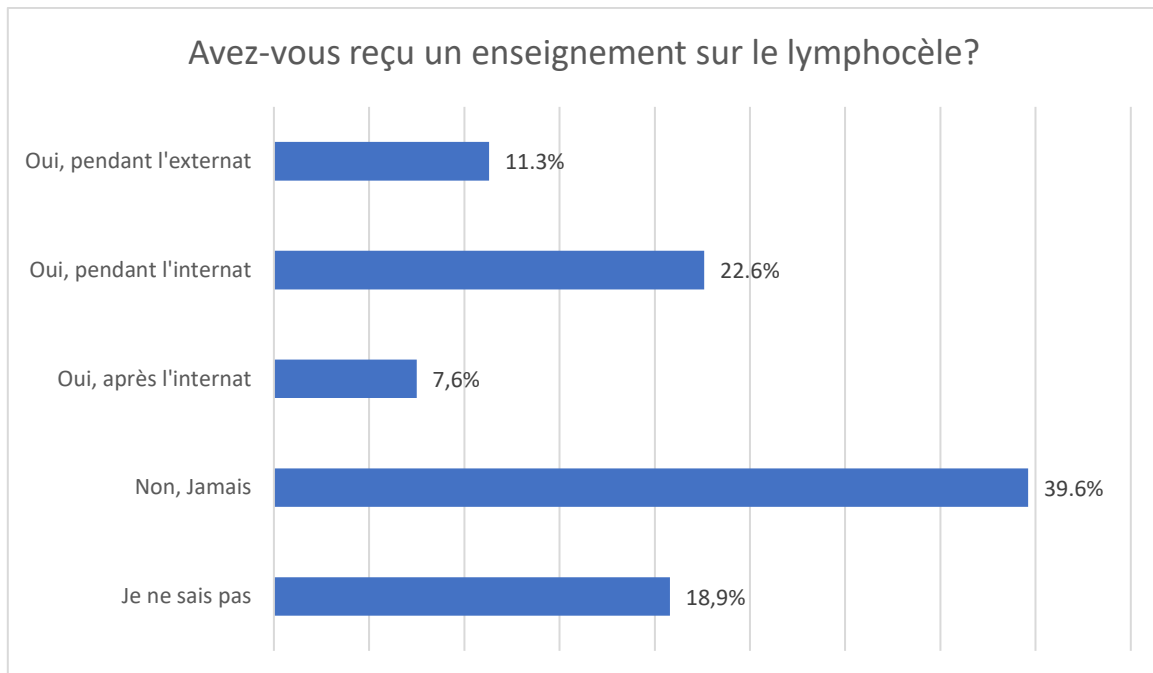


Figure 7 : Enseignements sur le lymphocèle

Parmi les 53 médecins généralistes installés dans le département des Deux-Sèvres ayant répondu au questionnaire :

- 6 médecins (soit 11.3%) ont reçu un enseignement sur le lymphocèle pendant l'externat et 12 MG (soit 22.6%) pendant l'internat, et 4 après l'internat (soit 7.6%) pour un total de 22 MG ayant eu un enseignement sur ce thème (soit 41.4%).
- 21 médecins (soit 39.6%) n'ont pas reçu d'enseignement sur le lymphocèle et sa prise en charge durant son cursus.
- 10 médecins (soit 18.9%) ne savent pas s'ils en ont reçu un.

b. Auto évaluation des connaissances concernant le lymphocèle.

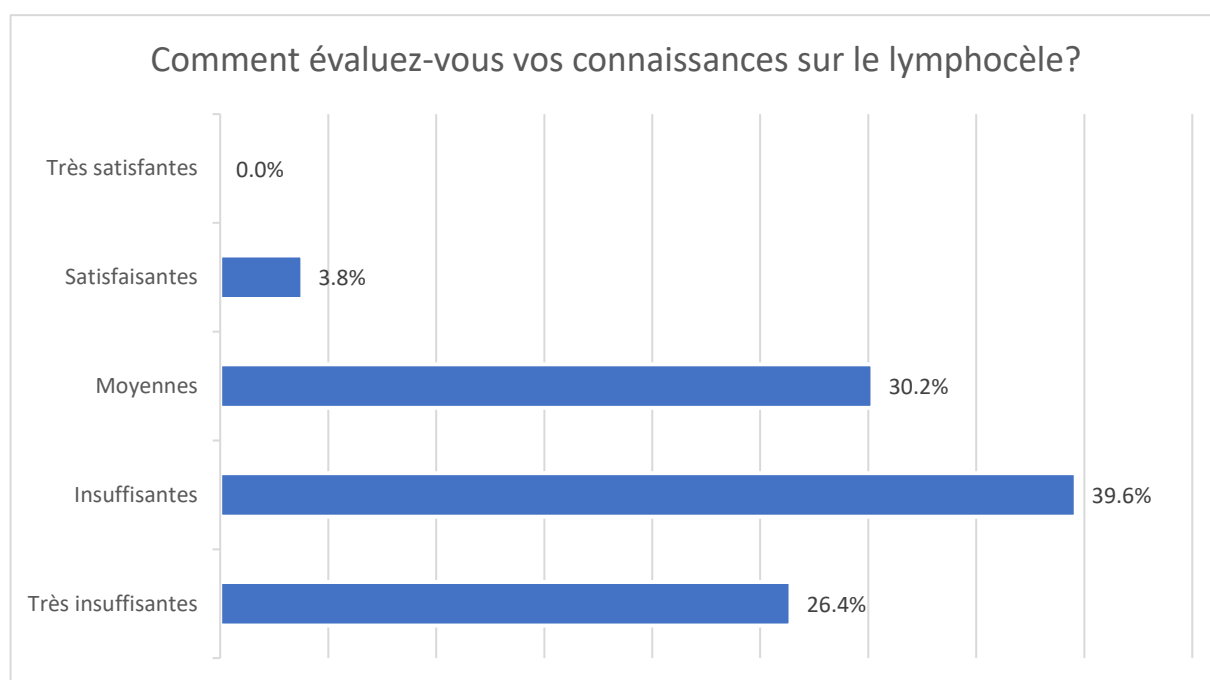


Figure 8 : Auto-évaluation des connaissances sur le lymphocèle

Les connaissances sont auto-évaluées comme très insuffisantes par 14 MG (soit 26.4%), insuffisantes par 21 MG (soit 39.6%). 16 MG évaluent leurs connaissances comme moyennes (soit 30.2%) et uniquement 2 MG comme satisfaites (soit 3.8%).

c. Patientes ayant bénéficié d'une ponction de lymphocèle

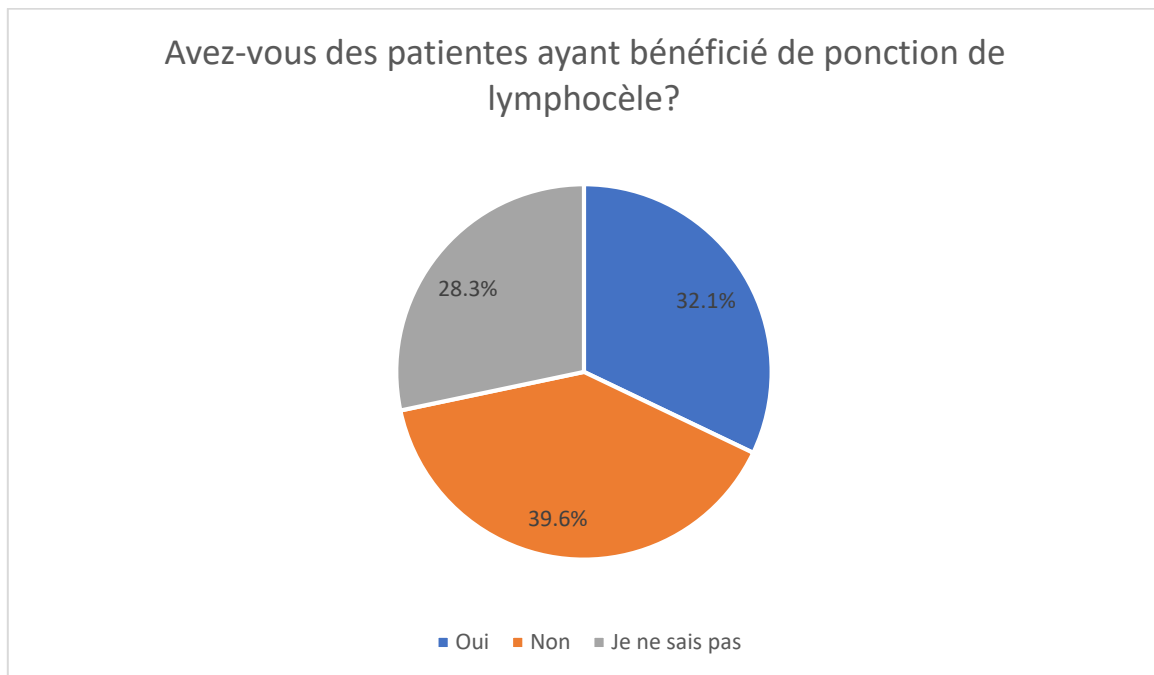


Figure 9 : Patientes ayant bénéficié d'une ponction de lymphocèle

Parmi les 53 médecins généralistes installés :

- 21 répondent ne pas avoir dans leur patientèle de femmes ayant bénéficié d'une ponction de lymphocèle (soit 39.6%).
- 15 déclarent ne pas savoir s'ils ont des patientes dans ce cas (soit 28.3%).
- 17 répondent avoir des patientes ayant bénéficié de ponctions de lymphocèles (soit 32.1%).

d. Expérience de ponction de lymphocèle

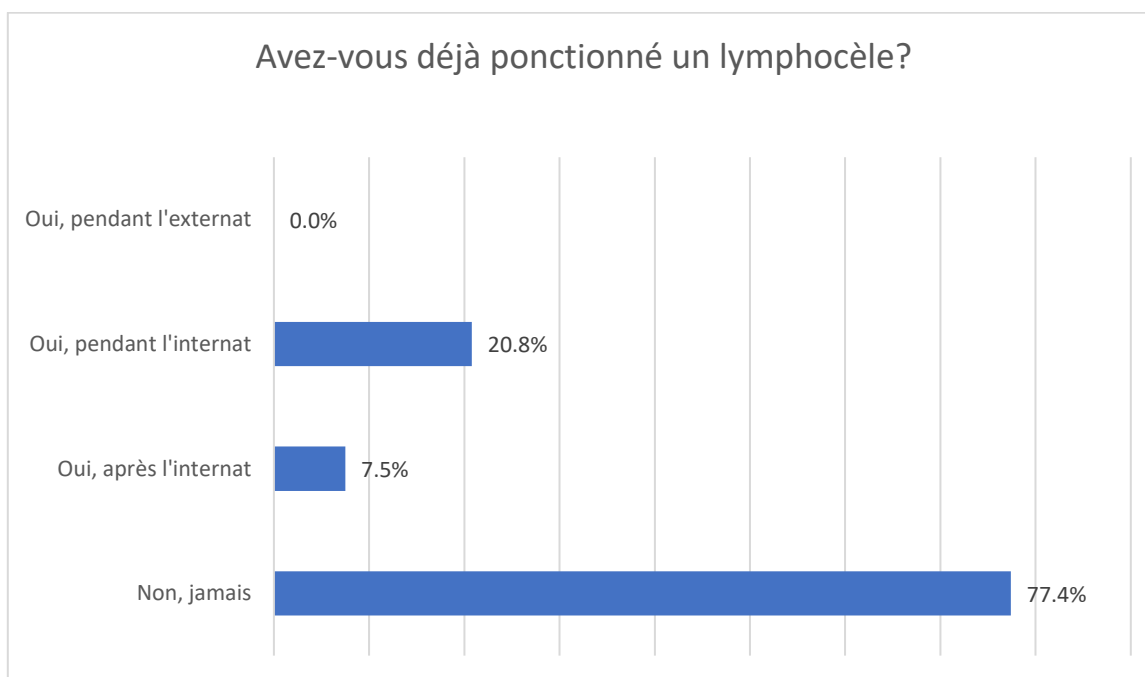


Figure 40 : Expérience de ponction de lymphocèle

Plusieurs réponses étaient possibles à cette question. Parmi les 12 médecins ayant déjà réalisé une ponction de lymphocèle post chirurgie du cancer du sein :

- 11 MG en ont réalisé durant l'internat (soit 20.8%).
- 4 MG en ont réalisé depuis leur installation en libéral (soit 7.5%) dont 3 MG qui en ont réalisé aussi pendant l'internat.
- 41 MG n'ont jamais réalisé de ponction de lymphocèle (soit 77.4%)

e. Adressage des patientes présentant un lymphocèle

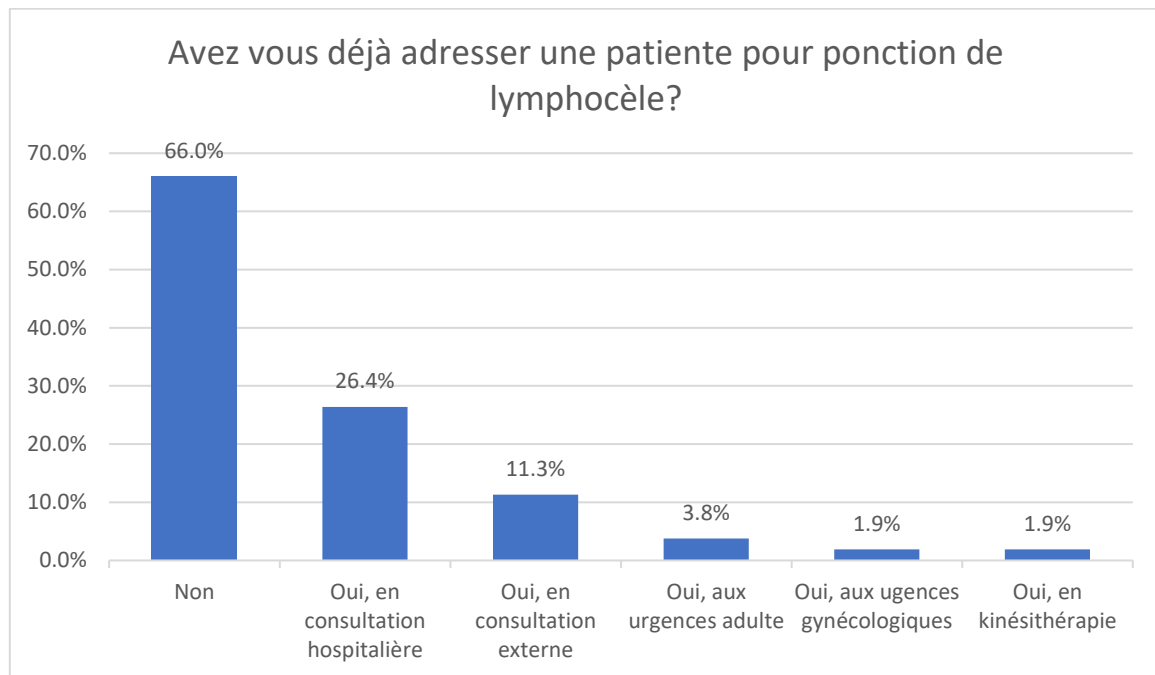


Figure 51 : Adressage pour ponction de lymphocèle

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

Parmi les 15 MG ayant déjà adressé une patiente pour un lymphocèle :

- 13 MG ont adressé leur patiente en consultation hospitalière. (24,5%)
- 5 MG ont adressé leur patiente en consultations externes. (9,4%)
- 2 MG ont adressé leur patiente aux urgences adultes. (3,8%)
- 1 MG a adressé sa patiente aux urgences gynécologiques. (1,9%)
- 1 MG a adressé sa patiente en kinésithérapie. (1,9%)

Parmi les 53 MG interrogés, 35 n'ont jamais adressé de patiente pour un lymphocèle.
(Soit 66%)

VI- Freins et éléments favorisant une prise en charge en ambulatoire

a. Freins ressentis à la réalisation des ponctions de lymphocèle en ambulatoire

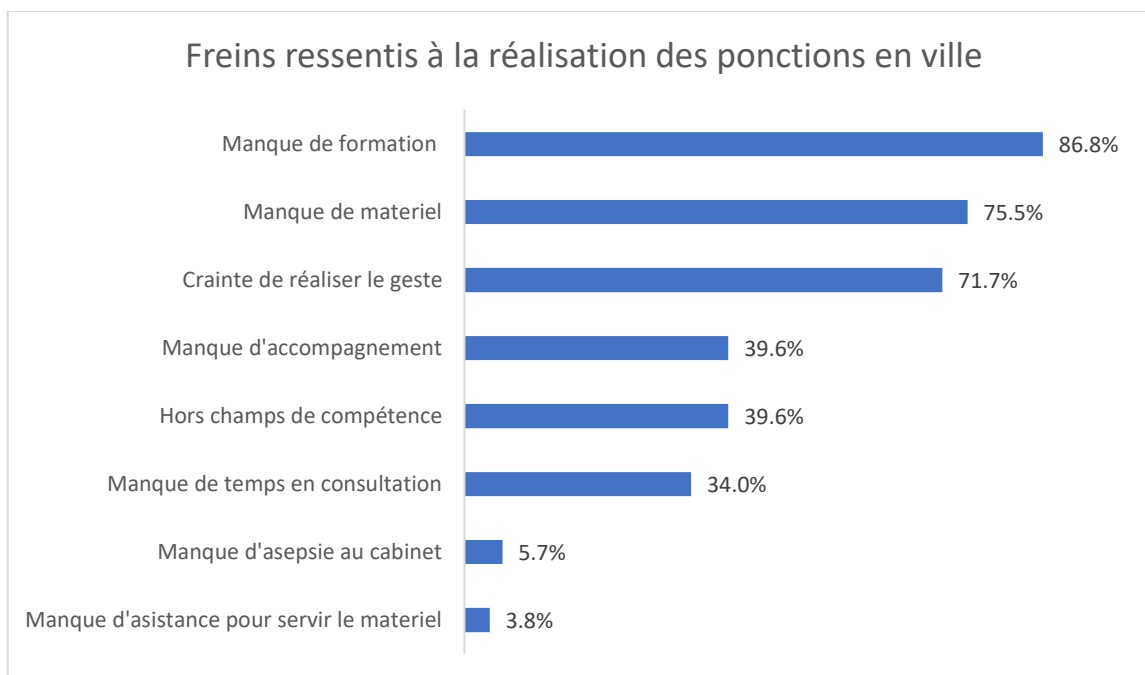


Figure 12 : Freins ressentis à la réalisation de ponctions de lymphocèle

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

Parmi les 53 médecins généralistes interrogés sur les freins ressentis à la réalisation des ponctions de lymphocèles en cabinet de ville :

- 46 MG répondent le « Manque de formation » (86.8%)
- 40 MG répondent « problème matériel » (75.5%)
- 38 MG répondent « Crainte de réaliser un geste » (71.7%)
- 21 MG répondent le « Manque d'accompagnement » (39.6%)
- 21 MG répondent « ce geste est hors leur champs de compétence » (39.6%)
- 18 MG répondent le « Manque de temps en consultation » (34.0%)
- 3 MG répondent le « Manque d'asepsie en cabinet de ville » (5.7%)
- 2 MG répondent le « Manque d'assistance pour servir le matériel » (3.8%)

b. Attentes des médecins généralistes en termes de formation

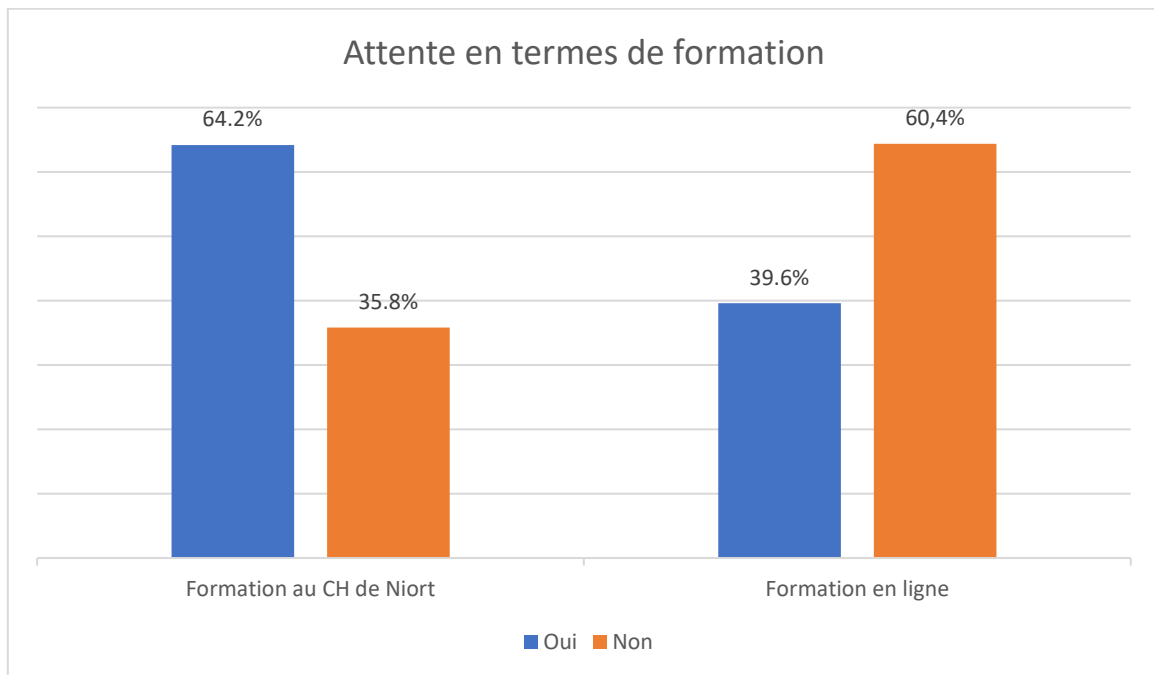


Figure 13 : Attente en termes de formation sur le lymphocèle

Concernant les attentes en termes de formation, 34 médecins interrogés sont en faveur d'une formation en présentielle (soit 64.2%), 21 MG sont en faveur d'une formation en ligne (soit 39.6%) et parmi eux, 12 ont répondu positivement aux deux types de formation (soit 22.6%).

10 MG ne veulent aucune formation, que ce soit en ligne ou en présentiel. (Soit 18.9%)

c. Bénéfices attendus à la coordination ville-hôpital

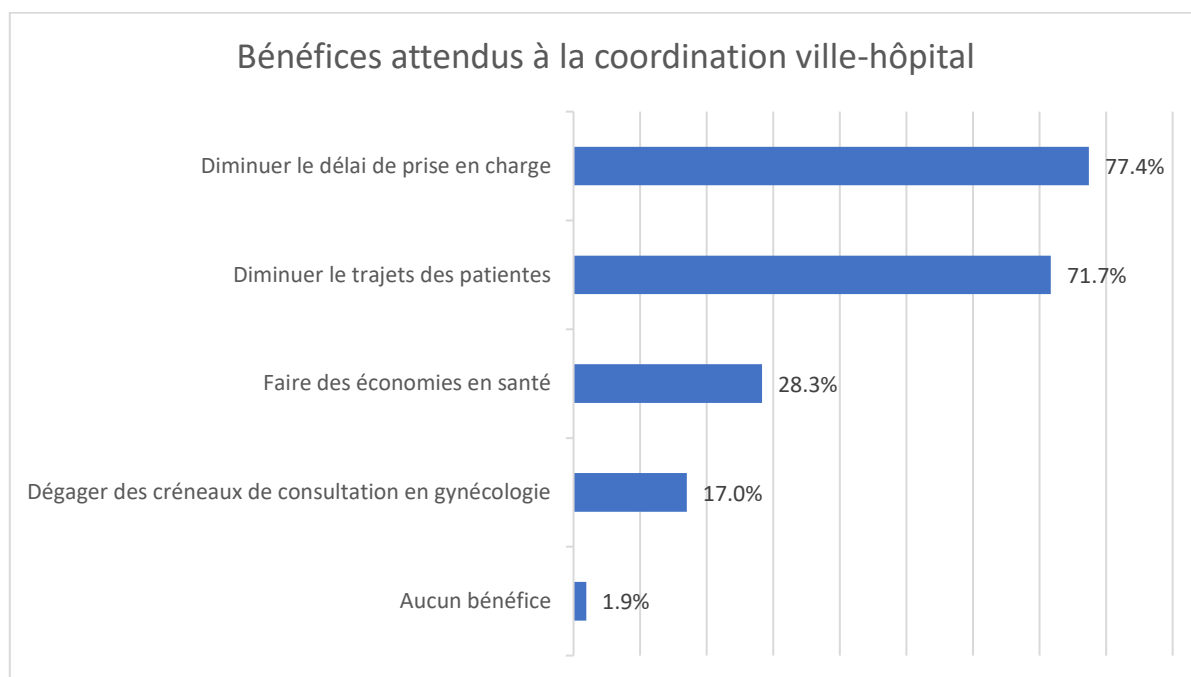


Figure 14 : Bénéfices attendus à la coordination ville-hôpital

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

- 41 MG ont répondu « Diminuer le délai de prise en charge » (soit 77.4%)
- 38 MG ont répondu « Diminuer les temps de trajets des patientes » (soit 71.7%)
- 15 MG ont répondu « Faire des économies en santé » (soit 28.3%)
- 9 MG ont répondu « Dégager des créneaux de consultation en gynécologie » (soit 17%)
- 1 MG a répondu « Aucun bénéfice » (soit 1.9%)

d. Nécessité de consulter un spécialiste

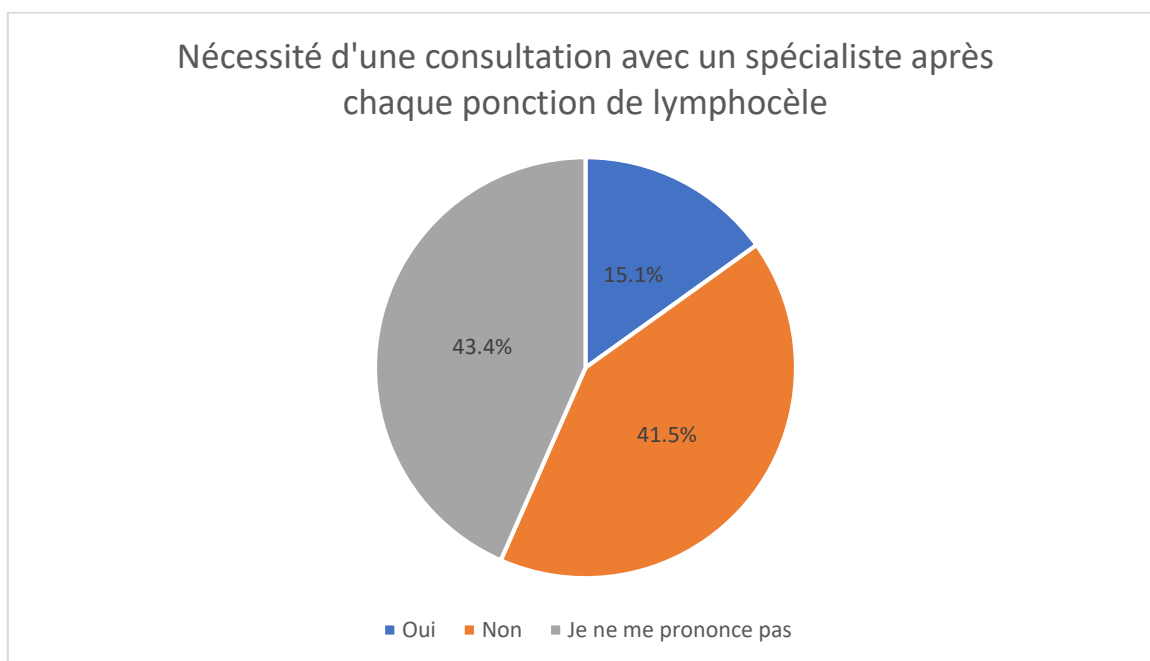


Figure 15 : Nécessité de consulter un spécialiste

Sur les 53 médecins interrogés :

- 23 MG ne se prononcent pas sur la question (soit 43.4%).
- 22 MG ne pensent pas qu'il faille une consultation avec un spécialiste suite à une ponction de lymphocèle (soit 41.5%)
- 8 MG répondent qu'il est nécessaire d'avoir une consultation avec un spécialiste à la suite d'une ponction de lymphocèle (soit 15.1%)

e. Intérêt à réaliser des ponctions de lymphocèle en ambulatoire

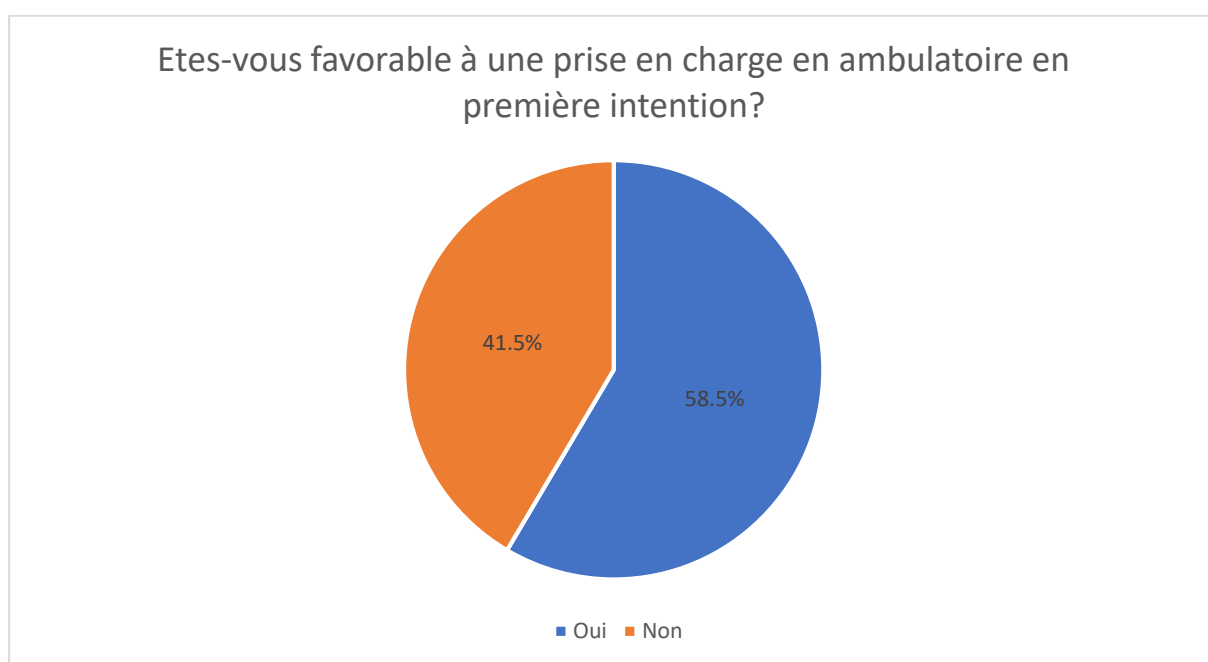


Figure 16 : MG en faveur d'une prise charge en ambulatoire du lymphocèle

31 MG (soit 58.5%) sont favorables à la réalisation de ponction de lymphocèle post chirurgical en cabinet de ville.

f. Intérêt de l'utilisation du numéro guichet unique

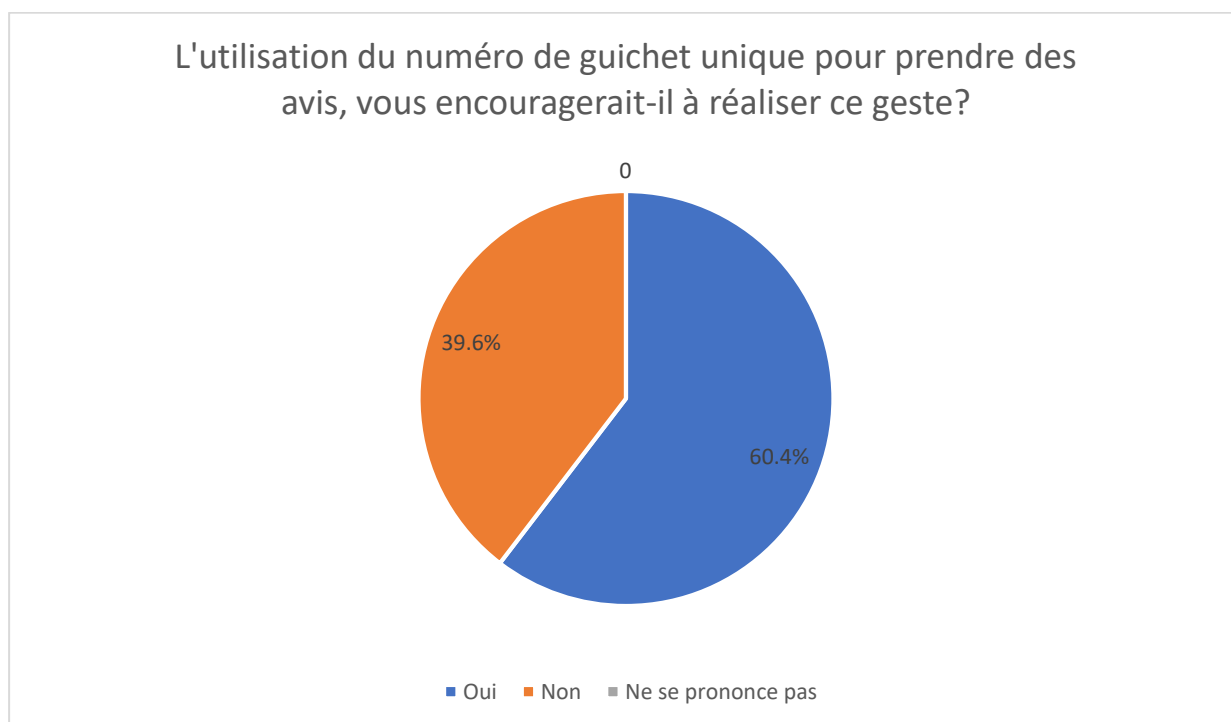


Figure 17 : Utilisation du numéro de guichet unique

32 MG répondent que l'utilisation du guichet unique faciliterait la demande pour d'avis dans le cadre de la prise en charge du lymphocèle, et les encouragerait à réaliser des ponctions en ambulatoire (soit 60.4%).

g. Intérêt d'une ordonnance type pour la confection d'un kit de ponction

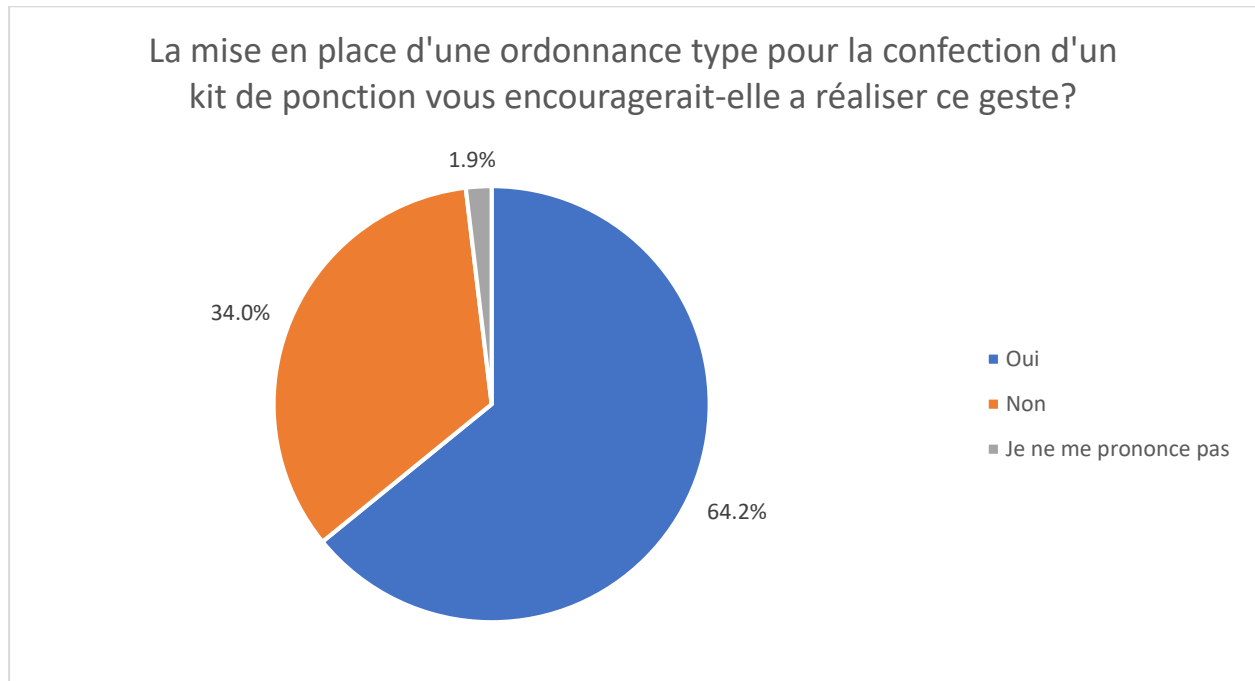


Figure 18 : Intérêt d'une ordonnance type pour la confection d'un kit de ponction

34 MG répondent que la mise en place d'une ordonnance type, pour la confection d'un kit de ponction de lymphocèle, délivrée aux patientes à la sortie d'hospitalisation les encouragerait à réaliser ce geste (soit 64.2%).

18 MG répondent que cette ordonnance type ne les inciterait pas à réaliser des ponctions de lymphocèle (soit 34%).

1 MG ne se prononce pas sur la question (soit 1.9%).

Discussion

I- Synthèse des résultats

On dénombre 254 médecins généralistes installés et répertoriés sur la liste de diffusion du Conseil de l'Ordre des médecins dans le département des Deux-Sèvres. Nous avons obtenu 53 réponses au questionnaire, soit 20.8% des MG pouvant être inclus. Dans le cadre d'une étude qualitative et descriptive, le taux de réponses est suffisant pour pouvoir extrapoler au niveau du département.

On note que parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 52.8% sont des hommes et 47.2% sont des femmes. Ces chiffres sont relativement similaires en termes de proportion, aux données de l'Agence Régionale de Santé (ARS) sur les taux d'omnipraticiens hommes et femmes dans les Deux-Sèvres, soit respectivement 54.1% et 45.9%. [31]

Concernant les tranches d'âges, celles-ci sont toutes représentées mais se trouvent éloignées des répartitions par tranche d'âge du département étudié. Notamment avec une sur-représentation des moins de 40ans (avec un taux de 35.8% dans notre étude et 24.4% dans le département et sous-représentation des plus de 55 ans avec 18.9% dans l'étude contre 44.1% dans le département). Cette sur représentation peut être expliqué par le fait que les jeunes médecins sont plus enclins à répondre à des questionnaires de thèses et peut être plus sensibilisé aux enjeux de créer davantage de lien ville-hôpital pour répondre aux besoins des patients.

Le recueil de données par mail s'est malheureusement déroulé durant un pic épidémique de Virus SARS COV – 2 responsable de la COVID – 19. Ce contexte peut expliquer le peu de réponses retournées par mail (8 soit 3.1% des MG inscrits).

Pour minimiser le dérangement, des rendez-vous téléphoniques ont été pris via les secrétariats dans la plupart des cas. La majorité des médecins ayant réalisé l'entretien téléphonique semi directif n'ont pas souvenir d'avoir reçu le questionnaire par mail. Il a été difficile de joindre directement les médecins généralistes car souvent bloqué à l'étape secrétariat.

Dans cette étude, un peu plus de la moitié des médecins généralistes du département des Deux-Sèvres, sont favorable à une prise en charge du lymphocèle dans leur cabinet. Ce constat conforte l'idée qu'une délégation de cet acte est discutable avec les MG bien que ce jour, ce geste n'est pas réalisé par les MG en routine.

L'entretien semi-directif a retrouvé 4 médecins, ayant déjà ponctionné un lymphocèle depuis leur installation. Parmi eux 3 d'entre eux n'ont réalisé ce geste qu'à un membre de leur famille et un seul d'entre eux réalise ce geste presque tous les deux ans. Nous constatons grâce au questionnaire que la ponction de lymphocèle n'est pas une pratique répandue chez les MG installés dans les Deux-Sèvres voir même exceptionnelle à ce jour.

Les deux freins majoritairement retrouvés dans le questionnaire sont : le manque de formation à 86.8% et l'absence de matériel à disposition au cabinet à 75.5%. Ces deux contraintes semblent surmontables. Deux objectifs secondaires de l'étude ont pour but de trouver des solutions adaptées aux MG des Deux-Sèvres. D'une part en proposant des formations et d'autre part en proposant la mise en place d'une ordonnance type pour aider à la confection d'un kit de ponction.

Parmi les 31 MG volontaires à la réalisation des ponctions de lymphocèle en cabinet de médecine générale, 28 MG (soit 90.3%) sont intéressés par une formation en présentiel au CH de Niort, 11 (35.5%) à un format distanciel comme un webinaire et 12 (38.7%) sont en accord avec les 2 formats. Ces résultats permettront de mettre l'accent sur une formation en présentiel pour répondre au mieux aux attentes des MG souhaitant réaliser ce geste.

On pourra noter que les 22 médecins qui ne sont pas en faveur d'une prise en charge du lymphocèle en première intention en cabinet de ville ne sont pas forcément réticents à réaliser une formation sur la prise en charge du lymphocèle. Parmi eux, 6 MG (soit 27.2%) souhaiteraient participer à une formation présentielle et 10 MG (soit 45.5%) à un format en distanciel.

Parmi les 53 MG interrogés, 22 MG (soit 41.4%) se rappellent avoir reçu un enseignement sur le lymphocèle et sa ponction, soit pendant l'externat (11.3%), soit pendant l'internat (22.6%), soit après l'internat (7.6%). 37 MG (soit 66%) évaluent leurs connaissances sur le lymphocèle insuffisantes voir très insuffisantes. On pourra noter aussi que 17 des MG (soit 77.3%) ayant eu une formation sont favorables à réaliser

une ponction de sérome. Ces trois aspects confortent dans l'idée que proposer une formation sur la prise en charge du lymphocèle est une perspective pertinente et qu'elle agira probablement comme un élément facilitateur à la mise en place d'un partenariat ville-hôpital.

Le numéro de guichet unique correspond à deux numéros (un fixe 05.49.78.34.50 et un portable 07.86.22.78) permettant aux MG de joindre une infirmière coordinatrice qui pourra transmettre immédiatement à un des chirurgiens du Centre Hospitalier de Niort. Afin de faciliter et accompagner les médecins généralistes dans ce geste, l'utilisation du numéro de guichet unique pour la délivrance d'avis en temps réel est jugée comme une option encourageante par 60.4% des MG. De plus, 8 MG (soit 15.1%) pense nécessaire d'avoir une consultation avec un spécialiste à la suite d'une ponction de lymphocèle ; le guichet unique permettrait aux médecins demandeurs, d'avoir un accompagnement supplémentaire.

Nous pouvons souligner que les médecins généralistes du département déclarent en entretien semi-dirigé de n'avoir jamais reçu de courrier relatant une ponction de lymphocèle. En effet, 39.6% des MG déclarent ne pas avoir de patientes ayant bénéficié de ponction de lymphocèle et 28.3% qui ne savent pas. Cela soulève peut-être un problème de communication entre l'hôpital et la médecine de ville.

Une majorité des MG installés n'a jamais eu besoin d'adresser une patiente pour une prise en charge de lymphocèle (soit 66% des MG interrogés). On pourrait donc penser que les patientes ont plus tendance à retourner consulter d'emblée le chirurgien, pour les prises en charge de lymphocèle. A ce jour, au centre hospitalier de Niort, il est donné comme consigne aux patientes de venir consulter aux urgences gynécologiques en cas de doute ou de lymphocèle à ponctionner.

D'autre part, parmi les 15 MG ayant adressé une patiente pour une prise en charge de lymphocèle : 11 MG ont reçu un enseignement sur ce thème (soit 73.3%). Ce dernier résultat pourrait conforter dans l'idée que si les MG bénéficiaient de davantage de formation sur ce sujet, ils seraient plus à même de chercher, diagnostiquer et orienter des patientes par rapport à cette complication.

Le questionnaire permet de retrouver une majorité de jeunes médecins plutôt favorables à la réalisation de ponction de lymphocèle en cabinet de médecine générale avec 60% des moins de 40 ans. Ce résultat permet de présager que cette coordination

entre la médecine de ville et hôpital dans la prise en charge du lymphocèle pourra se pérenniser dans quelques années. Il est possible d'espérer à minima, la possibilité de mettre en place en réseau de médecins formés à la ponction de lymphocèle, répartis sur tout le département.

La délégation de l'acte de ponction de lymphocèle est une question qui s'est déjà posée dans d'autres centres hospitaliers. On retrouve par exemple la mise en place d'un protocole de coopération par l'institut de cancérologie de l'Ouest, permettant la délégation par dérogation de l'acte de ponction de lymphocèle à une infirmière de la structure hospitalière. Cette délégation a été validée par « l'arrêté du 13 décembre 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Indication et réalisation d'une ponction de lymphocèle chez les patientes » en post-opératoire d'une chirurgie mammaire curative et/ou reconstructrice » » Malgré cette avancée, il est finalement imposé aux patientes de retourner au centre hospitalier où elles ont été opérées pour être prises en charge.

Dans le cas de notre étude, on retrouve une répartition géographique très large des patientes traitées pour une chirurgie carcinologique du cancer du sein au centre hospitalier de Niort avec un rayonnement géographique pouvant aller jusqu'à plus de 70km. La ville de Niort n'occupe pas une position centrale au sein du département, ce qui peut amener les patientes à réaliser plus d'une heure de route pour s'y rendre. En amenant les médecins généralistes à réaliser la prise en charge des lymphocèles en cabinet de ville, il serait possible de limiter la multiplication des bons de transports, les déplacements itératifs (et parfois long) de patientes convalescentes en post opératoire ou pouvant être affaibli par d'autres comorbidités. La délégation de ce geste pourrait permettre en plus de dégager des créneaux de consultations ou d'urgences en gynécologie. Ce constat renforce la nécessité de mettre en place un relais médical (de campagne notamment) pour éviter les contraintes de transport.

On peut noter que la majorité des MG interrogés s'accorde à dire les deux premiers bénéfices de ce partenariat ville-hôpital sont : « permettre une diminution du délai de prise en charge » et « une diminution des temps de trajets pour les patientes » (notamment pour les patientes habitant en campagne).

L'institut de cancérologie de l'Ouest avait aussi pensé déléguer les ponctions de lymphocèle aux médecins généralistes en s'aidant d'un kit simple « tout en un »

fabriqué par un industriel mais finalement cette situation semblait trop onéreuse. Notre idée à la suite de ce travail était de proposer une ordonnance type afin de confectionner un kit de ponction (seringue, cathéter, gants stériles, champ stérile). La conduite à tenir par la patiente serait alors, de consulter le MG, pour qu'il confirme le diagnostic de lymphocèle et pose l'indication de la ponction qu'il va réaliser lui-même. Après ça, la patiente pourra alors récupérer en pharmacie le matériel nécessaire pour que le MG puisse réaliser le geste en cabinet de ville. La constitution d'un sérome n'étant à ce jour non prévisible (volume, nombre de récurrences), l'ordonnance type permettrait de faire du cas par cas et ainsi d'éviter le surcoût dû au matériel finalement non utilisé.

Une autre initiative de l'institut de cancérologie de l'Ouest a été la confection d'un CD-ROM à remettre aux MG pour expliquer le contenu du kit de ponction, la description clinique des symptômes liés au sérome et l'explication de la procédure pour réaliser une ponction. Au vu des résultats de notre étude, ce support ne semble pas correspondre aux attentes des MG du département des Deux-Sèvres.

Au niveau de la rémunération, cet acte est coté QZJA011 (cotation CCAM : évacuation de collection profonde de la peau et des tissus mous, par abord direct) et correspond à 47,50euro ; ce qui ne semble pas sous-rémunéré pour un geste nécessitant au maximum 15 minutes. L'aspect financier n'a pas été mentionné dans le questionnaire.

Les patientes ayant bénéficié de reconstruction par prothèse ou expandeur constituent un groupe dont les ponctions sont à haut risque et pour lesquelles le geste de drainage ne pourra être effectué que par un médecin expérimenté. Il sera donc nécessaire d'être vigilant et de donner la consigne à ces mêmes patientes de revenir dans le service de gynécologie du CH de Niort pour une prise en charge optimale.

II- Forces et limites de l'étude

Parmi les 254 médecins généralistes installés dans les Deux-Sèvres, 20.8% ont accepté de participer à l'étude en répondant au questionnaire. Pour une étude qualitative on peut commencer à extrapoler sur les résultats avec ce taux de réponses qui semble être représentatif.

L'étude a été volontairement limitée au département des Deux-Sèvres, cependant un biais de sélection géographique a pu être induit notamment pour les MG exerçant dans les régions limitrophes du département.

Ainsi, certains médecins généralistes interrogés sont peut-être installés dans le département 79 et enregistrés à la liste du CDOM du 79 mais privilégient peut-être des contacts avec des centres hospitaliers ou centres privés plus proches de leur localisation bien que faisant partie d'un autre département.

L'étude retrouve une majorité de médecins en faveur de la ponction de lymphocèle en ambulatoire mais on ne peut ignorer un biais de sélection. En effet, les médecins les plus intéressés par sa thématique ont peut-être été plus nombreux à répondre à ce questionnaire.

Un autre biais de réponse peut survenir si un médecin interrogé ne se souvient pas avoir déjà répondu au questionnaire en ligne.

Conclusion

Le cancer du sein est une pathologie dont la prévalence et l'incidence est en constante augmentation. Le recours à la chirurgie dans la prise en charge de ce cancer est quasiment inéluctable. L'apparition d'un lymphocèle compliquant cette chirurgie est un problème récurrent entraînant d'autres complications à court et long terme. A ce jour, il n'existe pas de moyen efficace de prévention du lymphocèle post opératoire, que ce soit en pré opératoire, per opératoire ou post opératoire. Le traitement de première intention reste la ponction itérative de cette collection localisée au niveau du site opératoire, c'est un geste simple, peu chronophage et permettant le traitement du lymphocèle.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'intérêt des médecins généralistes dans le département des Deux-Sèvres à réaliser des ponctions de lymphocèle compliquant la chirurgie carcinologique du sein.

Les résultats sont optimistes puisqu'une majorité des médecins participant à l'étude sont favorables à la réalisation de ce geste en cabinet de ville. Ces données confortent dans l'idée qu'une délégation de ce geste peut être possible et approuvée par une majorité de médecins généralistes.

D'autres part, cette étude a permis d'évaluer des propositions visant à faciliter et sécuriser cette délégation. La proposition de formation en présentielle et distancielle, la mise en place d'une ordonnance type pour la confection d'un kit de ponction et la possibilité d'avoir facilement un gynécologue-obstétricien d'avis via le numéro de guichet unique de Niort, ont reçu des avis favorables de la part de la majorité des médecins généralistes.

La mise en place de ce partenariat ville-hôpital permettra d'optimiser le parcours de soins des patientes suivies pour un cancer du sein, en leur proposant une prise en charge du lymphocèle par leurs médecins traitants qui seront formés à ce geste de ponction. Le médecin généraliste sera alors en première ligne pour le diagnostic et le traitement de cette pathologie en collaboration avec le chirurgien de la patiente.

Résumé

Titre de la thèse : Évaluation des pratiques professionnelles et perspective d'avenir chez les médecins généralistes des Deux-Sèvres dans la prise en charge et la ponction du lymphocèle post chirurgie du cancer du sein.

Introduction : Le cancer du sein est une pathologie dont l'incidence ne cesse de croître en France et à l'échelle mondiale. Le recours à la chirurgie est nécessaire dans la grande majorité des cas. Une des complications les plus fréquentes en post-opératoire est le lymphocèle : collection se formant dans l'espace mort occasionnée par la chirurgie. A ce jour il n'existe pas de moyen permettant de prévenir cet événement indésirable. Le traitement de cette complication est la ponction itérative du lymphocèle.

Matériels et méthodes : Tous les médecins généralistes installés dans les Deux-Sèvres ont été inclus afin de répondre à un questionnaire. L'objectif principal est d'évaluer leur intérêt à réaliser des ponctions de lymphocèle post chirurgie du cancer du sein dans le but d'optimiser le parcours de soins pour les patientes en établissant un partenariat efficace ville-hôpital.

Résultats : 53 médecins généralistes ont été inclus dans l'étude (20.8% de répondants). 31 médecins interrogés (58.5%) sont favorables à la réalisation de ponction de lymphocèle post chirurgical en cabinet de ville. Les freins ressentis à la réalisation de ce geste sont principalement le manque de formation (86.8% des médecins) et le manque de matériel (75.5% des médecins).

Discussion-Conclusion : Une partie des médecins généralistes installés dans le département des Deux-Sèvres est favorable à la prise en charge des ponctions de lymphocèle en cabinet de ville sous couvert d'une formation adaptée notamment. Ainsi, il est envisageable à court terme de pouvoir mettre en place un maillage sur le département des Deux-Sèvres, de médecins généralistes réalisant des ponctions de lymphocèle au plus proche des patientes, ceci permettant d'optimiser le parcours de soins du cancer du sein et la collaboration ville-hôpital indispensable dans la médecine d'aujourd'hui.

Mots clés : cancer du sein – lymphocèle – sérome – ponction – coordination ville-hôpital

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé – Cancer du sein – publié le 26 mars 2021 - Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- [2] Institut National du Cancer – Epidémiologie des cancers - Cancer du sein – Date de dernière mise à jour le 23 mars 2021. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
- [3] Peretti-Watel Patrick. Etude transversale sur la vie deux ans après le cancer - VICAN 2 – La vie deux ans après un diagnostic de cancer – Présenté le 10 juin 2014
- [4] Elsevier. Lymphoedèmes secondaires du membre supérieur après cancer du sein. Elsevier Connect. Accessed May 12, 2022. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/kine-osteo/lymphoedemes-secondaires-du-membre-superieur-apres-cancer-du-sein>
- [5] Lumachi F, Brandes AA, Burelli P, Basso SM, Iacobone M, Ermani M. Seroma prevention following axillary dissection in patients with breast cancer by using ultrasound scissors: a prospective clinical study. Eur J Surg Oncol. 2004 Jun;30(5):526-30. doi: 10.1016/j.ejso.2004.03.003. PMID: 15135481.
- [6] Mansel RE, Fallowfield L, Kissin, et al. Randomized multicenter trial of sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cancer : the ALMANAC Trial. J Natl Cancer Inst 2006 ; 98 : 599–609.
- [7] Institut National du Cancer - Cancer du sein - Anatomie du sein – Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>
- [8] Kuroi K, Shimozuma K, Taguchi T, Imai H, Yamashiro H, Ohsumi S, Saito S. Pathophysiology of seroma in breast cancer. Breast Cancer. 2005;12(4):288-93. doi: 10.2325/jbcs.12.288. PMID: 16286909.
- [9] Jeffrey SS, Goodson WH 3rd, Ikeda DM, Birdwell RL, Bogetz MS. Axillary lymphadenectomy for breast cancer without axillary drainage. Arch Surg. 1995 Aug;130(8):909-12; discussion 912-3. doi: 10.1001/archsurg.1995.01430080111018. PMID: 7632155.
- [10] Garnier JM, Hamy A, Classe JM, Sagot P, Lopes P, et al. A new approach to the axilla: functional axillary lymphadenectomy and padding. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1993;22:237–42.
- [11] Hamy A, Bouchot-Hermouet FB, Bouchot O, Drianno JC, Guillard Y. Le capitonnage du creux axillaire dans le traitement conservateur du cancer du sein [Wadding of the axilla in the conservative treatment of cancer of the breast. Prevention of lymphocele]. J Chir (Paris). 1990 Feb;127(2):99-102. French. PMID: 2187896.
- [12] Kumar S, Lal B, Misra MC. Post-mastectomy seroma: a new look into the aetiology of an old problem. J R Coll Surg Edinb 1995;40:292-4.
- [13] Bijek JH, Aucouturier JS, Doridot V, Ghemari T, Nos C. Lymphocèles axillaires après curage ou prélèvement du ganglion sentinelle en cas de cancer du sein [Axillary

lymphocele after axillary dissection or sampling of sentinel lymph node in breast cancer]. *Bull Cancer*. 2005 Feb;92(2):179-83. French. PMID: 15749647.

[14] Stanczyk, M., Grala, B., Zwierowicz, T. et al. Surgical resection for persistent seroma, following modified radical mastectomy. *World J Surg Onc* 5, 104 (2007) Disponible sur : <https://wjso.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7819-5-104>

[15] Say CC, Donegan W. A biostatistical evaluation of complications from mastectomy. *Surg Gynecol Obstet*. 1974 Mar;138(3):370-6. PMID: 4811322.

[16] Bonnema J, Ligtenstein DA, Wiggers T, van Geel AN. The composition of serous fluid after axillary dissection. *Eur J Surg*. 1999 Jan;165(1):9-13. doi: 10.1080/110241599750007441. PMID: 10069628. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10069628/>

[17] McCaul JA, Aslaam A, Spooner RJ, Loudon I, Cavanagh T, Purushotham AD. Aetiology of seroma formation in patients undergoing surgery for breast cancer. *Breast*. 2000 Jun;9(3):144-8. doi: 10.1054/brst.1999.0126. PMID: 14731838. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14731838/>

[18] Srivastava V, Basu S, Shukla VK. Seroma formation after breast cancer surgery: what we have learned in the last two decades. *J Breast Cancer*. 2012 Dec;15(4):373-80. doi: 10.4048/jbc.2012.15.4.373. Epub 2012 Dec 31. PMID: 23346164; PMCID: PMC3542843.

[19] Douay N, Akerman G, Clément D, Malartic C, Morel O, Barranger E. Prise en charge des lymphocèles après curage axillaire dans le cancer du sein [Seroma after axillary lymph node dissection in breast cancer]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2008 Feb;36(2):130-135. French. doi: 10.1016/j.gyobfe.2007.07.040. PMID: 18243754.

[20] Kuroi K, Shimosuma K, Taguchi T, Imai H, Yamashiro H, Ohsumi S, Saito S. Evidence-based risk factors for seroma formation in breast surgery. *Jpn J Clin Oncol*. 2006 Apr;36(4):197-206. doi: 10.1093/jjco/hyl019. PMID: 16684859. Disponible sur <https://academic.oup.com/jjco/article/36/4/197/824107?login=false>

[21] Ebner F, Friedl TWP, de Gregorio A, Lato K, Bekes I, Janni W, de Gregorio N. Seroma in breast surgery: all the surgeons fault? *Arch Gynecol Obstet*. 2018 Nov;298(5):951-959. doi: 10.1007/s00404-018-4880-8. Epub 2018 Sep 8. PMID: 30196358.

[22]https://www.jle.com/fr/revues/bdc/edocs/lymphocèles_axillaires_apres_curage_ou_prelevement_du_ganglion_sentinelle_en_cas_de_cancer_du_sein_264917/article.phtml

[23] Boostrom SY, Throckmorton AD, Boughey JC, Holifield AC, Zakaria S, Hoskin TL, Degnim AC. Incidence of clinically significant seroma after breast and axillary surgery. *J Am Coll Surg*. 2009 Jan;208(1):148-50. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2008.08.029. Epub 2008 Oct 2. PMID: 19228516.

[24] Mancaux A, Naepels P, Mychaluk J, Abboud P, Merviel P, Fauvet R. Prévention du sérome post-mastectomie par capitonnage [Prevention of seroma post-mastectomy

by surgical padding technique]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2015 Jan;43(1):13-7. French. doi: 10.1016/j.gyobfe.2014.11.005. Epub 2014 Nov 11. PMID: 25483143.

[25] Agrawal A, Ayantunde AA, Cheung KL. Concepts of seroma formation and prevention in breast cancer surgery. *ANZ J Surg*. 2006 Dec;76(12):1088-95. doi: 10.1111/j.1445-2197.2006.03949.x. PMID: 17199696.

[26] Alexandra Collarde , reconstruction mammaire immediate dans le cancer du sein et delai a la prise en charge adjuvante, 2020, disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02880300/document>

[27] Lembo F, Cecchino LR, Parisi D, Portincasa A. Reduction of seroma and improvement of quality of life after early drain removal in immediate breast reconstruction with tissue expander. Preliminary report from a randomized controlled study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2021 Oct;74(10):2565-2572. doi: 10.1016/j.bjps.2021.02.005. Epub 2021 Mar 9. PMID: 33781704.

[28] Troost MS, Kempees CJ, de Roos MAJ. Breast cancer surgery without drains: no influence on seroma formation. *Int J Surg*. 2015 Jan;13:170-174. doi: 10.1016/j.ijsu.2014.11.050. Epub 2014 Dec 6. PMID: 25486263. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25486263/>

[29] Stoyanov GS, Tsocheva D, Marinova K, Dobrev E, Nenkov R. Drainage after Modified Radical Mastectomy - A Methodological Mini-Review. *Cureus*. 2017 Jul 10;9(7):e1454. doi: 10.7759/cureus.1454. PMID: 28929038; PMCID: PMC5590707. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28929038/>

[30] Thomson DR, Sadideen H, Furniss D. Wound drainage after axillary dissection for carcinoma of the breast. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 20;2013(10):CD006823. doi: 10.1002/14651858.CD006823.pub2. PMID: 24158902; PMCID: PMC8606254. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24158902/>

[31] CartoSanté - Rapports et portraits de territoires. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=dep.79&selgeo2=fra.99>

Annexes – Mail explicatif adressé aux médecins généralistes

Bonjour,

Je sollicite votre aide pour la réalisation de ma thèse en médecine générale.

L'objectif de ma thèse et donc de mon questionnaire est **d'évaluer l'intérêt des médecins généralistes installés dans les Deux-Sèvres, à la réalisation de ponction de lymphocèle post chirurgie mammaire dans des contextes oncologiques** (tumorectomie, mastectomie avec ou sans curage, ganglion sentinelle axillaire).

Le lymphocèle est un épanchement sérolymphatique appelé aussi sérome, localisé généralement au niveau du site de mastectomie (totale ou partielle) ou dans le creux axillaire.

L'objectif étant de permettre une prise en charge conjointe entre l'hôpital et la médecine de ville en déléguant la ponction des lymphocèles aux médecins généralistes.

Le cancer du sein est le plus fréquent et la 1^{ère} cause de décès par cancer chez la femme en France et représente à lui seul plus de 30% des cancers féminins. Son incidence a presque doublé (+95%) en France entre 1990 et 2018. Le taux de mortalité suit une évolution inverse du taux d'incidence avec une diminution moyenne de 1.3% par an entre 1990 et 2018.

La prise en charge du cancer du sein relève de la chirurgie en première intention dans plus de 85% des cas. Cette même chirurgie se complique dans 10 à 85% des cas d'un lymphocèle (appelé aussi sérome) qui correspond à une collection liquidienne en regard du site opératoire. La ponction est le traitement de première intention et ne nécessite pas le recours à l'échographie. Non traité, il expose au risque de désunion de cicatrice, d'infection du site opératoire et favorise l'apparition de brides rétractiles de l'aponévrose.

FOCK SI MING Vincent

Interne de médecine générale

Annexe - Le Questionnaire

- 1 / Genre : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Non binaire
- 2 / Age : ☐ De 30 à 35 ans ☐ Entre 35 et 40 ans ☐ Entre 40 et 45 ans
☐ Entre 45 à 50 ans ☐ Entre 50 à 55 ans ☐ Plus de 55 ans
- 3 / Durée de l'activité :
☐ Moins de 5 ans ☐ Entre 5 et 15ans
☐ Entre 15 et 25ans ☐ Plus de 25 ans
- 4 / Exercice dans un cabinet de groupe :
☐ Oui ☐ Non
- 5 / Exercice en milieu :
☐ Rural ☐ Urbain ☐ Semi-rural
- 6 / Avez-vous un Du ou DIU en gynécologie ?
☐ Oui ☐ Non
- 7 / Dans votre patientèle, combien suivez-vous de patientes pour cancer du sein actif :
☐ Moins de 5 patientes par an ☐ Entre 5 et 10 patientes par an
☐ Entre 10 et 15 patientes par an ☐ Plus de 15 patientes par an
- 8 / Avez- vous reçu un enseignement sur le lymphocèle durant vos études ?
Plusieurs réponses sont possibles.
☐ Oui, pendant l'Externat ☐ Oui, pendant l'Internat ☐ Oui après l'Internat
☐ Non, jamais ☐ Je ne sais pas
- 9 / Concernant le lymphocèle, considérez-vous vos connaissances comme :
☐ Très satisfaisantes ☐ Satisfaisantes ☐ Moyennes
☐ Insuffisantes ☐ Très insuffisantes
- 10 / Dans votre patientèle, avez-vous des patientes à qui ont bénéficié des ponctions de lymphocèle :
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- 11 / Avez-vous déjà ponctionné un lymphocèle ? Plusieurs réponses sont possibles.
☐ Oui, pendant l'Externat ☐ Oui, pendant l'Internat
☐ Oui depuis mon installation ☐ Non
- 12 / Avez-vous déjà adressé une patiente pour prise en charge d'un lymphocèle ?
☐ Oui, aux urgences adultes
☐ Oui, aux urgences gynécologiques
☐ Oui, en consultation de gynécologie hospitalière
☐ Oui, en consultation de gynécologie externe
☐ Non

13 / Quels sont les freins que vous ressentez à réaliser des ponctions de lymphocèles en ambulatoire ?

- ☐ Le manque de formation
- ☐ Le temps de la ponction (entre 15 et 20min)
- ☐ Le matériel qui n'est pas à disposition au cabinet
- ☐ Le manque d'accompagnement dans le suivi du lymphocèle
- ☐ La crainte de réaliser un geste pour lequel vous avez peu / pas de maîtrise
- ☐ Ce geste est hors de mon champ de compétences
- ☐ Autres :

14 / Quel bien fait voyez-vous à cette coordination entre médecine de ville et hôpital :

- ☐ Permettre une diminution du délai de prise en charge pour les patientes
- ☐ Permettre une diminution des temps de trajet, notamment pour les cabinets ruraux
- ☐ Permettre de faire des économies en santé
- ☐ Permettre de dégager des créneaux de rendez-vous en gynécologie
- ☐ Aucun
- ☐ Autres :

15 / Pensez-vous qu'il faille systématiquement une consultation avec un spécialiste suite à une ponction de lymphocèle ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne me prononce pas

16 / Seriez-vous pour une PEC initiale du lymphocèle en ambulatoire ?

- ☐ Oui ☐ Non

17 / Seriez-vous intéressé par une formation en présentiel (au CH de Niort) sur le lymphocèle et sa prise en charge ?

- ☐ Oui ☐ Non

18 / Seriez-vous intéressé par une formation en ligne sur le lymphocèle et sa PEC ?

- ☐ Oui ☐ Non

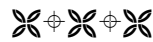
19 / Une ligne téléphonique à l'intention des professionnels de santé et dédiée à la prise en charge du cancer du sein existe depuis 2019 à Niort. Son utilisation pour avoir un interlocuteur joignable tous les jours, vous encouragerait-elle à réaliser des ponctions de lymphocèle en cabinet de ville ?

- ☐ Oui ☐ Non

20 / La mise en place d'une ordonnance type pour la confection d'un kit de ponction de lymphocèle, délivrée aux patientes à la sortie d'hospitalisation, vous encouragerait-elle à réaliser des ponctions en ambulatoire ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne me prononce pas

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

