RÉSECTIONS PULMONAIRES MAJEURES

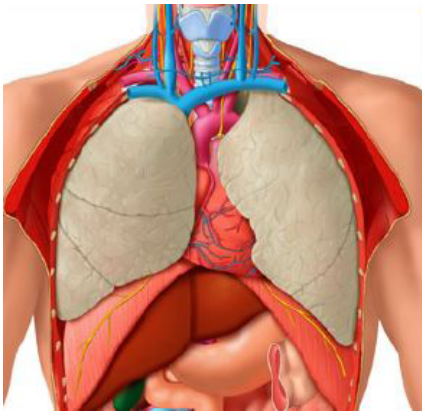
Fiche d'information de l'Institut du Thorax Curie-Montsouris

L'INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS

Institut du thorax Curie - Montsouris

Définition :

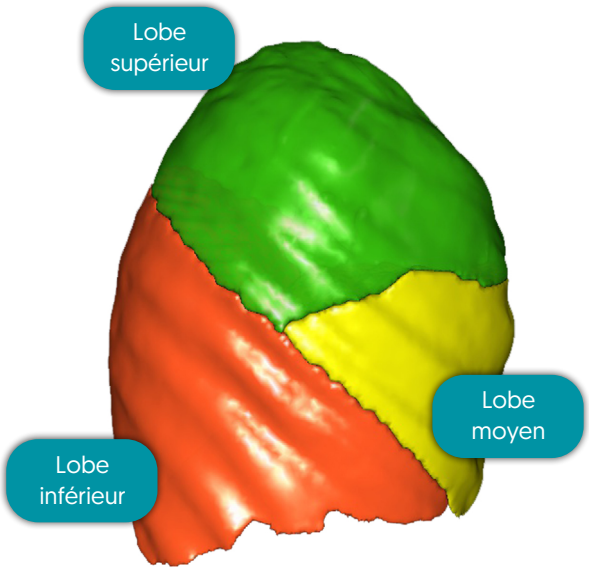
Le terme « Résection Pulmonaire Majeure » signifie ablation soit d'une partie d'un lobe pulmonaire (segmentectomie) soit d'un lobe (lobectomie), soit l'ablation d'un poumon entier (pneumonectomie).
Ces exérèses sont dites anatomiques car elles nécessitent le contrôle des vaisseaux et de la bronche destinés au segment, lobe ou poumon à retirer.
Ce sont des interventions plus importantes que les résections dites atypiques (Voir à ce sujet la fiche d'information "Nodule pulmonaire").



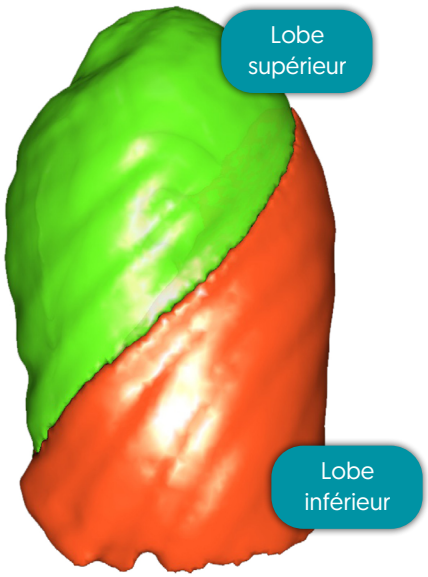
Représentation schématique des poumons

Lobectomies et Segmentectomies

Le poumon droit comporte 3 lobes (supérieur, moyen et inférieur) et le poumon gauche 2 lobes (supérieur et inférieur). Après une lobectomie, le ou les lobes restants occupent progressivement le volume laissé libre par le lobe enlevé. Dans certains cas, seule une partie d'un lobe pulmonaire peut être enlevée (Segmentectomie). Elle représente par exemple un tiers ou la moitié d'un lobe.



Poumon droit



Poumon gauche

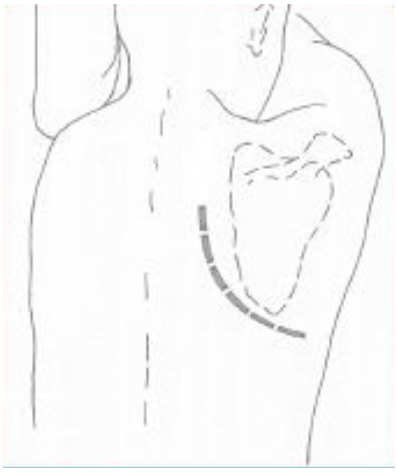
Pneumonectomies

Lorsqu'un poumon est enlevé en totalité, il reste à sa place une cavité qui se comble progressivement de sérosités naturelles. Il est rare, mais possible, qu'une intervention de lobectomie se termine en pneumonectomie pour les raisons suivantes : lésion plus importante que prévue, découverte d'une extension à l'ensemble du poumon, difficulté technique imprévue... Cette intervention plus importante que celle envisagée initialement n'est faite que si les Explorations Fonctionnelles Respiratoires (EFR) préopératoires montrent que vous pouvez supporter cette opération.

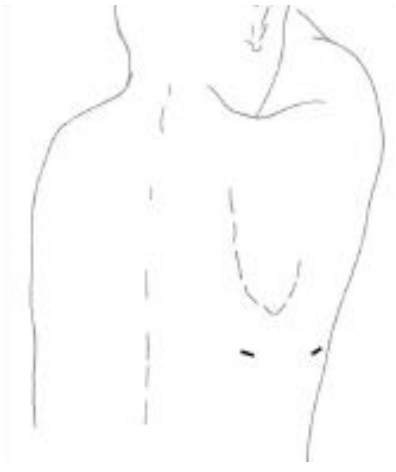
Thoracotomie

L'intervention est parfois faite par une ouverture du thorax appelée thoracotomie. Selon les cas, il existe de nombreux types de thoracotomie. Les 2 plus utilisées sont :

- Les thoracotomies postéro-latérales, où l'incision se situe à la fois sur le côté du thorax et dans le dos, et mesure selon les cas de 10 à 15 cm de long.
- Les thoracotomies axillaires, où l'incision se situe sur le côté du thorax et fait environ 10 cm de long. En général, le chirurgien ouvre la paroi du thorax entre 2 côtes qui sont écartées. L'ablation d'une côte est rare. Mais, lorsqu'elle est nécessaire, cela n'a pas plus de conséquence qu'une thoracotomie habituelle.
- Les thoracotomies avec pariétectomie : lorsqu'une lésion envahit plusieurs côtes, celles-ci doivent parfois être enlevées. Il faut alors faire une reconstruction de la paroi thoracique au cours de la même intervention. Vous serez averti de cette éventualité lors de la consultation.
- Les autres thoracotomies : certaines tumeurs ou certaines conditions anatomiques peuvent nécessiter d'autres types d'incision (sternotomie, voie manubriale, clamshell...). Ces termes vous seront expliqués en consultation.



Thoracotomie postéro-latérale



Thoracoscopie

Thoracoscopie

Une lobectomie ou une segmentectomie peuvent être faites par thoracoscopie, assistée ou non par robot, c'est à dire sans ouverture du thorax. À l'IMM, 80% des résections pulmonaires majeures sont faites selon cette technique. (Voir à ce sujet la fiche d'information "Thoracoscopie" et la fiche d'information "Lobectomies et segmentectomies par Thoracoscopie").

Anesthésie

L'intervention a lieu sous anesthésie générale. Ses modalités vous seront expliquées lors de la consultation d'anesthésie. L'anesthésiste peut avoir besoin d'examens pré-opératoires spécialisés (explorations fonctionnelles, scintigraphie de ventilation-perfusion, échographie cardiaque, etc...) pour savoir si vous pouvez être opéré dans de bonnes conditions. Il est important que vous arrêtiez de fumer avant l'intervention. (En théorie, l'arrêt du tabac devrait avoir lieu plusieurs semaines avant l'intervention. En pratique, la nécessité de traiter rapidement votre maladie nécessite souvent une intervention rapide.) Continuer à fumer vous expose à des suites opératoires plus délicates. Il vous sera parfois prescrit des séances de kinésithérapie respiratoire à faire avant l'intervention. Elles visent à faciliter les suites de l'opération et vous aident à récupérer plus facilement.

Durée d'intervention

L'intervention dure de 2 heures à 5 heures, selon les difficultés rencontrées. Après l'intervention, vous resterez en salle de réveil pour une durée variable selon la longueur et la difficulté de l'opération (en général, 2 à 4 heures) avant de remonter dans votre chambre d'hospitalisation ou dans l'unité de soins continus si c'est nécessaire.

Suites opératoires

- Douleur post-opératoire :

Certaines thoracotomies peuvent être plus douloureuses que d'autres incisions. Toutefois, de multiples possibilités analgésiques permettent actuellement de réduire au minimum l'inconfort post-opératoire : Cathéter de péridural, bloc paravertébral, analgésie auto-contrôlée par morphine... Ces différentes possibilités vous seront expliquées lors de la consultation d'anesthésie.

Drain Pleural

- Encombrement bronchique :

Si vous fumiez avant l'intervention ou si vous avez un terrain bronchitique, vous pouvez présenter un "encombrement" de vos voies aériennes. Vous serez pris en charge par un(e) kinésithérapeute spécialisé(e) qui vous aidera à surmonter ce problème.

- Drains :

Après une lobectomie, vous vous réveillerez avec 1 drain thoracique (c'est à dire avec un tuyau) relié à un dispositif stérile. Ces drains ont pour but d'aspirer l'air et les sécrétions résiduelles. Ils permettent au poumon de reprendre sa place. Il est enlevé entre le 1er et le 4ème jour postopératoire. Dans certains cas, il est nécessaire de le laisser plus longtemps.

Sortie

Elle a lieu entre le 2ème et le 15ème jour, selon les cas. La moyenne actuelle est de 4 jours. Le plus souvent vous pouvez regagner votre domicile, sans soins infirmiers des cicatrices à part l'ablation du fil de l'orifice de drain à J8, avec dans certains cas une prescription de kinésithérapie respiratoire à domicile pendant 2 à 4 semaines. Plus rarement, il peut être nécessaire que vous séjourniez en maison de convalescence. Cette possibilité serait alors évoquée lors de la consultation.
Vous serez revu 3 semaines après votre sortie par le chirurgien avec une radiographie pulmonaire de contrôle. Vous serez également revu par le médecin qui vous a adressé avec un délai déterminé par le chirurgien lors de la consultation. Dans certains cas particuliers, un traitement complémentaire (radiothérapie et/ou chimiothérapie) sera effectué dans les semaines qui suivent votre sortie. La décision de faire ce traitement est prise de façon collégiale (Réunion de concertation pluridisciplinaire) au cours d'une réunion entre le chirurgien et les médecins spécialistes vous prenant en charge, après les résultats définitifs de l'examen de la pièce opératoire (examen anatomo-pathologique) (voir à ce sujet la fiche "Cancer du poumon").

Complications et événements indésirables

Dans la grande majorité des cas, vous pourrez regagner votre domicile directement, sans autre soin qu'une éventuelle prescription de kinésithérapie respiratoire. Mais des complications, bien que rares, sont toujours possibles.

- Après une lobectomie ou une segmentectomie :

La complication la plus banale mais peu grave est le « bullage persistant », c'est à dire la nécessité de laisser les drains plus longtemps que prévu, soit en raison d'une fuite d'air, soit parce que le poumon restant a du mal à se regonfler complètement.
Une complication infectieuse (pneumopathie, pleurésie, abcès) est également possible et en général facilement contrôlée par les traitements médicaux.

- Après une pneumonectomie :

Les suites sont en général simples et rapides du fait de l'absence de drainage post-opératoire. Dans certains cas (5%) peut survenir une infection de la cavité résiduelle qui nécessite alors une réintervention et un traitement prolongé.

- Dans tous les cas :

Des événements rares peuvent survenir. Ils ne sont signalés qu'à titre d'information :

- Hémorragie post-opératoire nécessitant une ré-intervention précoce
- Modification de la voix dans le cas de certaines tumeurs situées à proximité des nerfs de la voix (nerf récurrent) ou liés au curage ganglionnaire (paralysie récurrentielle)
- Infection
- Enfin, certains états favorisent la survenue de complications : surcharge pondérale, tabagisme, consommation excessive d'alcool, diabète, immunodépression…
- Chylothorax : fuite lymphatique

Cependant, dans la majorité des cas, les suites opératoires sont simples et la durée d'hospitalisation moyenne est de 4 jours. La durée moyenne d'arrêt de travail est d'environ 1 mois. Vous pouvez reprendre une activité physique totalement normale dans les 3 mois qui suivent l'intervention.

INFORMATION SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES CLINIQUES À DES FINS DE RECHERCHE

Dans la perspective de réaliser ultérieurement des recherches portant sur les techniques chirurgicales, certaines données personnelles et médicales contenues dans votre dossier (telles que âge, principaux antécédents médicaux, examen clinique, durée d'intervention, résultats d'examens complémentaires, techniques utilisées et leurs résultats...) pourront être collectées dans un fichier informatique et analysées à des fins de recherche.
Ces données demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par les médecins qui vous suivent. Ces données seront rendues anonymes (elles seront identifiées par un numéro de code et/ou vos initiales), et aucune donnée ne permettrait votre identification dans des rapports ou publications scientifiques dont cette recherche ferait l'objet.
Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi du 6 août 2004), vous disposez d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel, ainsi que d'un droit d'accès à ces données et de rectification. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit à l'IMM ou, à défaut, auprès du Dr Agathe Seguin-Givelet, responsable du Département de Chirurgie Thoracique et de la confidentialité du traitement informatique de ces données.

INFORMATION SUR LA BASE NATIONALE DE DONNÉES EPITHOR

Nous vous informons que vos données cliniques seront anonymisées et transmises au registre EPITHOR de la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire, registre qui collige de manière obligatoire toutes les interventions de chirurgie thoracique pratiquées en France.