EXERESE PULMONAIRE MAJEURE : PNEUMONECTOMIE, LOBECTOMIES ET SEGMENTECTOMIES PULMONAIRES

Fiche d'information patient
Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré

FICHE INFORMATION PATIENT

Madame, Monsieur,

Ce document est destiné à vous informer et vous préparer à l'intervention chirurgicale proposée par votre chirurgien.
Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé(e) du déroulement de l'intervention, des suites normalement prévisibles mais aussi des risques encourus et notamment des principales complications qui pourraient survenir.

Prenez le temps de lire ce document, d'en parler avec vos proches, afin d'être soutenu(e) dans la préparation à l'intervention et d'anticiper le retour à la maison. N'hésitez pas à préparer vos questions, à lister vos préoccupations et vos doutes afin d'en parler à votre chirurgien ou à votre médecin traitant.
Ne vous faites pas opérer si vous gardez des doutes ou des interrogations.

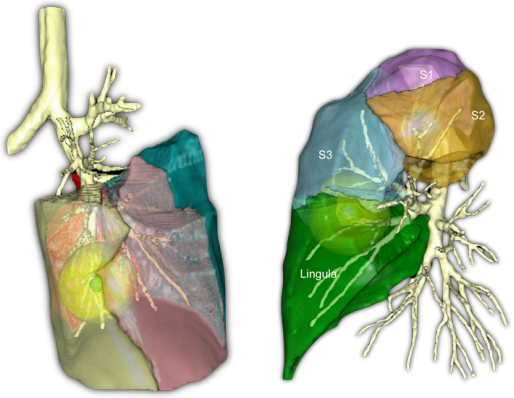
Cette intervention chirurgicale consiste à retirer une partie d'un poumon voire tout le poumon. Elle est proposée lorsque les examens spécialisés ont mis en évidence une image pulmonaire anormale.

Anatomie

Les poumons, **un droit et un gauche**, se situent dans la cage thoracique, au-dessus de l'abdomen, derrière les côtes, de part et d'autre du cœur. Ils sont divisés en **plusieurs lobes : 3 lobes à droite** (supérieur, moyen et inférieur) et **2 lobes à gauche** (supérieur et inférieur). Les poumons sont reliés au cœur par une artère et deux veines, et reliés à la trachée par les bronches souches. Chaque lobe est lui-même divisé en plusieurs sous-parties appelées « **segments** ». Des ganglions lymphatiques sont naturellement présents dans votre thorax.

Pourquoi vous est-il proposé une exérèse pulmonaire ?

A la suite du bilan que vous avez réalisé (pouvant inclure une fibroscopie, un scanner, un TEP-scanner, une IRM, des épreuves respiratoires, une biopsie…), vos médecins ont étudié votre dossier dans le cadre d'une **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)** ou d'une **réunion collégiale.** A l'issue de cette discussion, le bénéfice d'une chirurgie d'exérèse semble supérieur aux risques encourus, selon les recommandations scientifiques actuellement en vigueur.



Segment LSG et LID

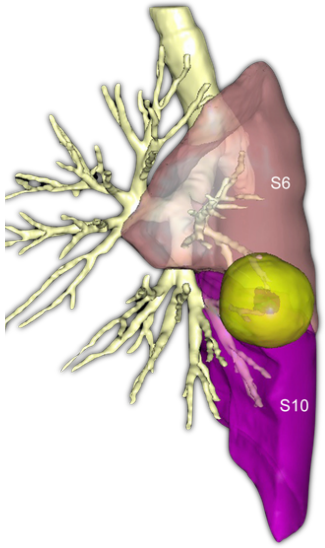
Une chirurgie d'exérèse pulmonaire est indiquée dans diverses situations :

- Pour traiter un cancer avéré ou suspecté.
- Pour obtenir un diagnostic (infection, maladie inflammatoire, cancer…)
- Pour traiter une infection ou une malformation.

Quelles sont les différentes exérèses possibles ?

Nous parlerons de :

- **Pneumonectomie** si tout un poumon est enlevé ;
- **Bi lobectomie** si 2 lobes sont retirés (uniquement possible à droite) ;
- **Lobectomie** si un seul lobe est retiré ;
- **Segmentectomie(s)** pour un ou plusieurs segments ;
- **Wedge** ou **exérèse atypique** pour un petit fragment de poumon.



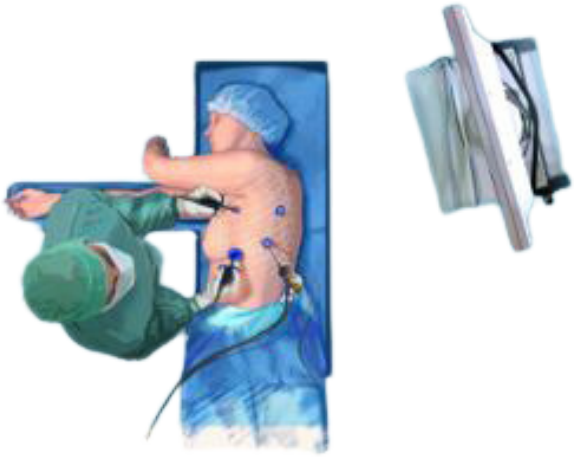
Si le diagnostic de cancer est confirmé, l'opération consistera à enlever la partie du poumon contenant la tumeur : **« exérèse pulmonaire anatomique »** et tous les ganglions de la région : **« curage ganglionnaire ».**

Si la nature exacte de l'image n'est pas connue avant l'intervention, une biopsie est parfois réalisée dans un premier temps (à l'aiguille ou par agrafage). Le prélèvement effectué est analysé par les anatomopathologistes : c'est l'analyse extemporanée. Cette analyse ne permet pas d'obtenir dans tous les cas un diagnostic de certitude et peut conduire à une intervention complémentaire.
Si la lésion est profonde et fortement suspecte, il est parfois impossible d'obtenir le diagnostic sans enlever le lobe ou le segment d'emblée.

Quelles sont les voies d'abord possibles ?

Quand le principe d'une intervention chirurgicale a été retenu, il conviendra de décider quel type d'incision pratiquer : c'est ce que nous appelons « la voie d'abord ».

- La **thoracotomie**, consiste en une incision associée à un écartement des côtes. L'intervention est alors réalisée à « thorax ouvert ».
- La **thoracoscopie** est effectuée à « thorax fermé » ; elle nécessite une ou plusieurs incisions destinées à passer une caméra et les instruments opérateurs sans écartement des côtes. Une des incisions permet l'extraction de la pièce opératoire. La thoracoscopie présente l'avantage de diminuer les douleurs postopératoires.



Représentation schématique d'une intervention par thoracoscopie

- Selon votre maladie, le chirurgien peut être amené à réaliser cette chirurgie à l'aide d'un « robot chirurgical ».

Attention : il peut arriver que des conditions anatomiques (comme un accolement de la plèvre, la présence de calcifications), une maladie plus étendue que prévue ou une complication (comme un saignement), obligent finalement le chirurgien à réaliser l'intervention par thoracotomie plutôt que par thoracoscopie.

Comment se déroule une hospitalisation pour exérèse pulmonaire ?

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu.
Il est indispensable que vous suiviez les recommandations de votre chirurgien et de votre anesthésiste.
Le non-respect de ces recommandations pourrait conduire au report ou à l'annulation de l'intervention.

Préparation à l'intervention

- Dans l'attente de l'intervention, vous serez à domicile ou parfois hospitalisé en fonction de votre état de santé.
- Il conviendra d'éviter toute situation pouvant conduire à une infection pulmonaire. Des séances de kinésithérapie respiratoire peuvent être proposées.
- Afin de limiter le risque d'infection postopératoire, des consignes d'hygiène corporelle vous seront données.
- Un jeûne de boissons de 2 heures et d'aliments solides de 6 heures avant l'intervention devra être observé.

- Si vous prenez des médicaments, il est impératif de le signaler à votre chirurgien ainsi qu'à l'anesthésiste que vous verrez en consultation. Certains médicaments pourront être modifiés ou arrêtés.
- Concernant l'arrêt du tabac, il est impératif d'effectuer un sevrage complet si possible d'un mois avant la chirurgie.

Vous pouvez être accompagné dans cette démarche de sevrage tabagique par un médecin spécialisé, n'hésitez pas à le solliciter.

Intervention

L'intervention nécessite une **anesthésie générale.** Y est associée, selon les cas, une **analgésie locorégionale** (infiltration de la cicatrice et/ou cathéter para-vertébral ou péridural). L'anesthésiste vous expliquera les méthodes employées pour calmer efficacement les douleurs post-opératoires et limiter les séquelles ultérieures.

Afin de limiter les infections postopératoires, vous recevrez en début d'intervention une injection **d'antibiotiques**, d'où l'importance de signaler au médecin anesthésiste toute **allergie**.

Suites opératoires habituelles

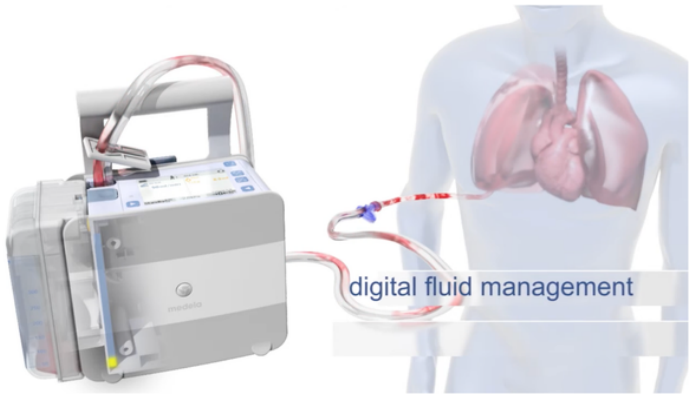
Vous sortirez de la salle d'opération avec un (dans la majorité des cas) ou plusieurs **drains** thoraciques permettant d'aspirer l'air et le liquide produits dans le thorax dans les suites de l'intervention. Ces drains seront retirés dans les jours suivants en fonction de leur production et des contrôles radiologiques.
Les suites habituelles nécessitent un séjour en hospitalisation traditionnelle qui peut être précédé d'un passage en soins intensifs ou en soins continus.

Votre douleur sera évaluée régulièrement par l'équipe médicale et paramédicale. Afin de limiter le risque d'infection respiratoire, il est très important de ne pas la minimiser.
Nous disposons de nombreux moyens pour combattre ces douleurs : cathéter de péridural ou paravertébral, perfusion ou pompe à la demande, médicaments oraux, patchs. Les substances employées peuvent contenir de la morphine ou de ses dérivés qui sont très efficaces, avec quelques effets secondaires fréquents tels que nausées, hallucinations, constipation ou blocage de la vessie.

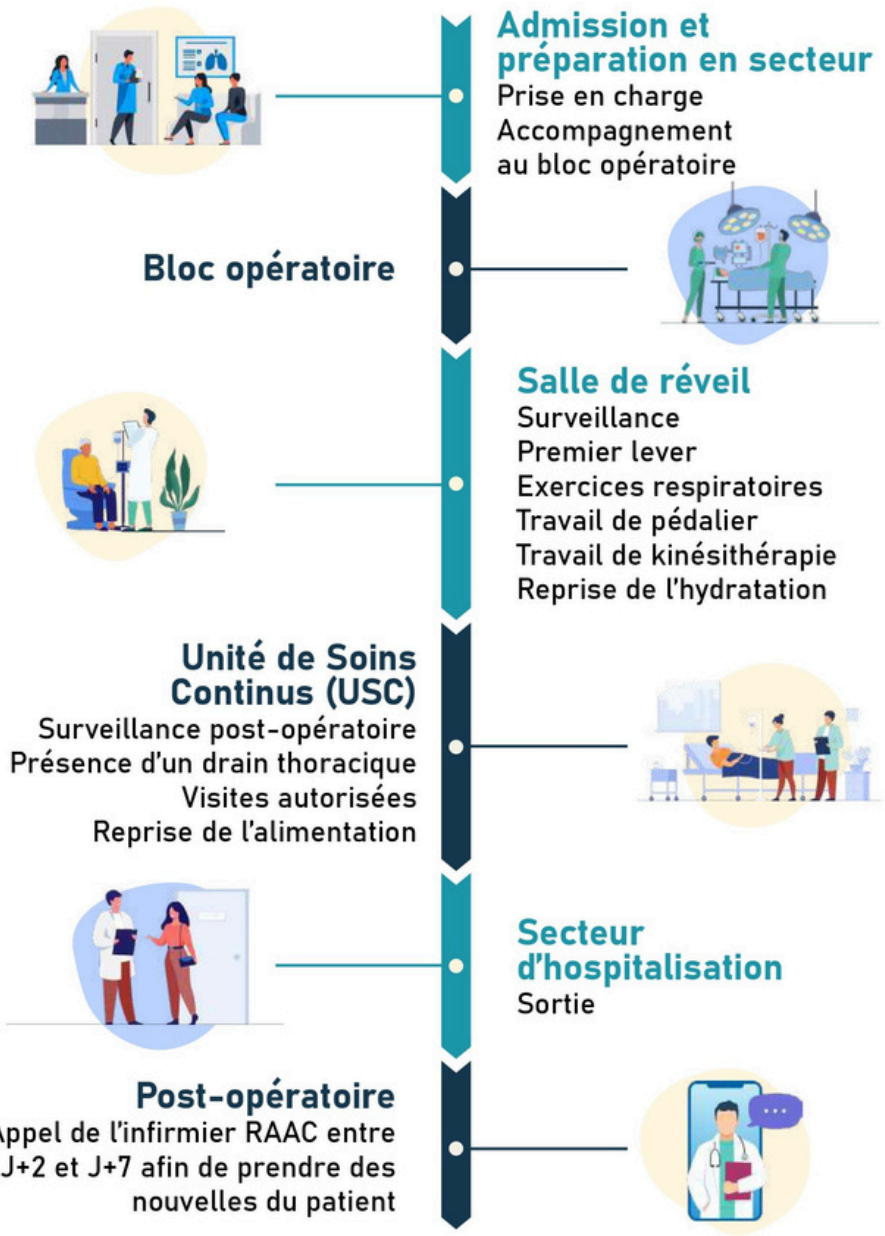
La **durée d'hospitalisation** est variable et dépend de nombreux paramètres : vos antécédents médicaux, les difficultés rencontrées pendant l'intervention et la survenue d'éventuelles complications. Vous pourrez alors regagner votre domicile, ou être dirigé vers un autre service hospitalier ou un service de soins de suites et de réadaptation.



Dispositif de drainage autonome



Dispositif de drainage autonome



Parcours d'hospitalisation

Quels sont les risques et complications chirurgicales possibles d'une exérèse pulmonaire ?

Nous vous présentons ici une liste exhaustive des **complications opératoires** possibles durant et après une exérèse pulmonaire. Le risque encouru dépend de votre état de santé et de l'exérèse réalisée.
L'intensité des complications peut menacer le pronostic vital et conduire au décès : l'équipe médicale qui vous prend en charge évalue ce risque. N'hésitez pas à en parler avec votre chirurgien qui pourra l'évaluer grâce au Thoracoscore.

A titre indicatif, le risque moyen de survenue d'une complication est rapporté en (%) (taux moyen pour l'ensemble des exérèses pulmonaires, d'après la base de données nationale EpiThor, année 2022).

Complications possibles durant l'intervention :

1/ **Hémorragie :** une exérèse pulmonaire nécessite le travail sur de gros vaisseaux qui peuvent saigner, avec parfois le recours à une transfusion pendant et/ou après la chirurgie.

2/ **Section ou traumatisme nerveux :** dans la région thoracique cheminent plusieurs nerfs dont le traumatisme sera responsable d'une paralysie et/ou de douleurs caractéristiques.

- L'atteinte du « nerf récurrent » (1.4 %) peut entraîner un changement dans le son de la voix et favoriser des fausses routes lors de l'alimentation ;
- L'atteinte du « nerf phrénique » peut être responsable d'une gêne respiratoire appelée
- « dyspnée » ;
- L'atteinte du « nerf pneumogastrique » peut entraîner un iléus (= diminution de la mobilité de l'estomac notamment) car il intervient sur la digestion et le transit digestif haut (vidange de l'estomac) ;
- L'atteinte d'un nerf du membre supérieur peut être responsable d'une diminution de la mobilité de ce membre, d'un endormissement de la peau et parfois des sensations de brûlures. Lorsque ces nerfs sont atteints par une tumeur, il peut être décidé de les sacrifier afin d'éviter au maximum une récidive. **En effet, le pronostic d'un cancer opéré dépend avant tout de l'absence de résidu de la maladie après l'intervention.**

3/ **Section du canal lymphatique :** L'ablation des ganglions peut occasionner une fuite de lymphe (ou chyle) dans la plèvre appelé chylothorax. Il peut nécessiter un régime sans graisses, mise à jeun strict, un drainage prolongé et plus rarement une nouvelle intervention.

4/ **Plaie d'un organe voisin :** trachée, œsophage, diaphragme et organes de l'abdomen (foie, rate, estomac, intestin…).

Complications possibles au décours de l'intervention :

1/ **La douleur :** la chirurgie thoracique est responsable de deux types de douleurs :

- Les douleurs dites nociceptives provoquées par la chirurgie et qui seront facilement calmées. Elles durent quelques jours et sont localisées au niveau des incisions.

- Les douleurs dites neuropathiques. Elles apparaissent secondairement et sont souvent liées à l'irritation (compression, étirement) des nerfs intercostaux. Elles sont souvent localisées sous le mamelon. Elles sont très particulières car elles s'apparentent à des « coups d'aiguilles », de « l'électricité » voire parfois, la sensation « d'une peau endormie » - autant de signes variables dans le temps.
- Il est indispensable de les signaler à votre médecin afin de les traiter au plus tôt. En effet, négligées, ces douleurs peuvent passer à la chronicité et vous empêcher de mener une vie normale.

En pratique, la douleur diminue l'amplitude respiratoire et empêche la toux, ce qui peut aboutir à un encombrement et une infection respiratoire (4 %). Ce risque est prévenu par la réalisation de séances de kinésithérapie respiratoire et parfois de fibroscopie de désobstruction.

2/ **La phlébite et l'embolie pulmonaire :** La phlébite est définie par l'apparition de caillots dans les veines des membres inférieurs, due à la position pendant l'opération, l'alitement post-opératoire et la nature de votre maladie.
La principale complication de la phlébite est la migration de ce caillot vers les poumons : c'est l'embolie pulmonaire, qui peut être source d'un décès brutal.
Aussi, nous vous prescrirons des fluidifiants sanguins (anticoagulants), et vous munirons éventuellement de bas anti-phlébite.

3/ **L'hémorragie (1.4 %) :** se manifeste dans les suites opératoires par l'issue de sang dans les drains ou par son accumulation dans la plèvre sous la forme d'un caillot qui peut nécessiter une nouvelle intervention.

4/ **Le drainage prolongé (9%) :** la cicatrisation du poumon peut demander plus de temps que prévu, obligeant à garder les drains plusieurs jours et dans les cas extrêmes plusieurs semaines.
De même, après l'ablation des drains et parfois après la sortie de l'hôpital, un épanchement aérique ou liquidien peut à nouveau survenir. Cette complication est plus fréquente chez le patient emphysémateux ou lorsque l'on réalise l'ablation des ganglions (en cas de cancer). Il faudra alors faire une ponction pleurale évacuatrice ou un nouveau drainage. Une ré-intervention est exceptionnelle mais possible.

5/ **L'infection du site opératoire (4.9%) :** tout acte chirurgical comportant un abord cutané nécessite une hygiène rigoureuse de la peau et une préparation spécifique car la majorité des infections post opératoires sont dues à des germes présents dans l'organisme (peau, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire…).
Toute infection bactérienne survenant en n'importe quel point de l'organisme, même distant du geste chirurgical, peut entraîner une greffe bactérienne sur le site opératoire.

6/ **La fistule bronchique (0.3%) :** La suture de la bronche est la suture la plus fragile de l'intervention. En cédant, elle provoque une communication entre les voies respiratoires et la plèvre : c'est la fistule bronchique, dont le risque essentiel est la contamination infectieuse du site opératoire. Elle peut survenir à tout moment (de quelques jours à plusieurs mois), parfois favorisée par un traitement associé (radio ou chimiothérapie) et nécessiter un drainage prolongé voire une ou plusieurs interventions.

7/ **Troubles du rythme cardiaque (3.2%) :** la chirurgie des poumons se déroule à côté du cœur qui peut réagir à ce traumatisme chirurgical en provoquant une accélération du rythme cardiaque parfois irrégulier. Ceci peut nécessiter la prise de médicaments spécifiques et d'anticoagulants.

8/ **Hernie pulmonaire :** l'incision des muscles intercostaux entraîne une fragilité de la paroi thoracique pouvant être responsable de l'apparition d'une « bosse » lors de la toux. C'est une hernie pulmonaire qui peut nécessiter un traitement chirurgical.

9/ **Les séquelles radiologiques :** à la suite de l'intervention, vous effectuerez une surveillance radiologique. Celle-ci peut montrer la persistance d'air et ou de liquide qui disparaîtront d'autant plus rapidement que vous aurez une activité physique douce et régulière pendant le premier mois post opératoire.

Existe-t-il une alternative diagnostique et thérapeutique ?

Il existe des **alternatives diagnostiques** comme la biopsie sous fibroscopie simple, éventuellement aidée de l'échographie (EBUS), ou encore en navigation endobronchique robotisée. La biopsie peut aussi être guidée par le scanner ou l'échographie. Ces options ont peut-être été essayées pour vous.
Si cela n'est pas le cas, les médecins qui vous prennent en charge estiment qu'ils n'obtiendront pas de résultat suffisant et vous orientent vers une chirurgie.
Il existe des **alternatives thérapeutiques**, qui ont fait l'objet d'une discussion entre médecins lors de la RCP.

Ces options sont : la **surveillance** (avec le risque de progression de la maladie), la **radiothérapie**, la **thermoablation** et les **traitements médicamenteux** (antibiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée…). Selon les données scientifiques actuelles, ces traitements ne sont pas recommandés en première intention dans votre situation.

Retour à domicile, surveillance et recommandations

Le chirurgien adressera le compte rendu opératoire détaillé à tous vos correspondants. Il pourra vous en donner une explication si vous le souhaitez.

Une fiche spécifique de **consignes post opératoires** vous sera remise qui expliquera les soins infirmiers, la kinésithérapie respiratoire, les activités autorisées et l'alimentation

Quelle que soit la nature de la maladie, nous vous recommandons une **vie saine** associant une **activité physique**, l'**arrêt définitif du tabac**, de toute **substance inhalée** et une **alimentation équilibrée.**

FEUILLE DE CONSENTEMENT

Fiche d'information du
Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré

Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré Hartmann

Groupe Hospitalier Privé Ambroise Paré - Hartmann

Patient(e)

Nom :

Prénom :

Nature de l'intervention :

Date de remise du document au / à la patient(e) :

Signature du/de la patient(e)

Docteur Agathe SEGUIN-GIVELET
N° RPPS : 10001627727