

Exérèses Pulmonaires Parenchymateuses

-

Segmentectomies et Lobectomies

Anatomie

Chaque poumon est constitué de plusieurs lobes (trois lobes pour le poumon gauche et deux pour le droit) séparés par des scissures. Chaque lobe possède son propre arbre bronchique et sa propre vascularisation et est constitué lui-même de plusieurs segments.

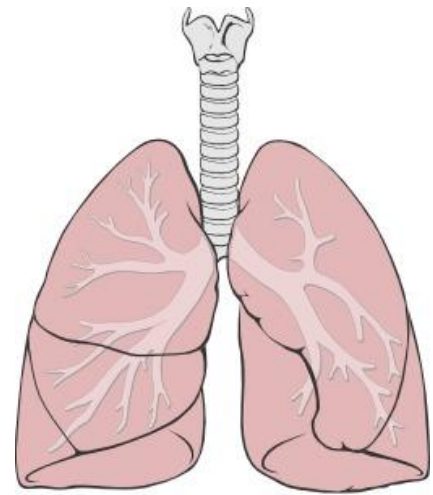


Figure 1. Schéma de poumons mettant en évidence les arbres bronchiques et les lobes

Avant l'intervention

Afin de préparer au mieux la chirurgie, le patient doit en premier lieu optimiser ses capacités respiratoires en pratiquant une activité physique quotidienne et se sevrer totalement d'un éventuel tabagisme. Cette prise en charge sera globale au sein d'un parcours de soin de réhabilitation améliorée après chirurgie.

La chirurgie

Une lobectomie consiste à réaliser la résection d'un lobe pulmonaire.

Une segmentectomie quant à elle consiste à réaliser une exérèse d'un segment du poumon et donc une épargne parenchymateuse. Elle est indiquée dans certains cas de néoplasies bronchopulmonaires très localisées ou pour des métastases pulmonaires. La lobectomie reste à ce jour l'indication de référence dans les autres situations.

Dans tous les cas l'exérèse parenchymateuse nécessite la section de la bronche, des vaisseaux (artères et veines) et de la zone anatomique à retirer.

L'exérèse du parenchyme pulmonaire est dans la majorité des cas complétée par un curage ganglionnaire qui consiste à retirer les ganglions de la cage thoracique. En effet, ces derniers peuvent drainer des cellules tumorales et leur analyse est fondamentale à la prise en charge du cancer du poumon.

Après cela, un drain sera mis en place afin d'évacuer les liquides et l'air contenus dans la cavité. Il sera maintenu le temps nécessaire à la cicatrisation du poumon.

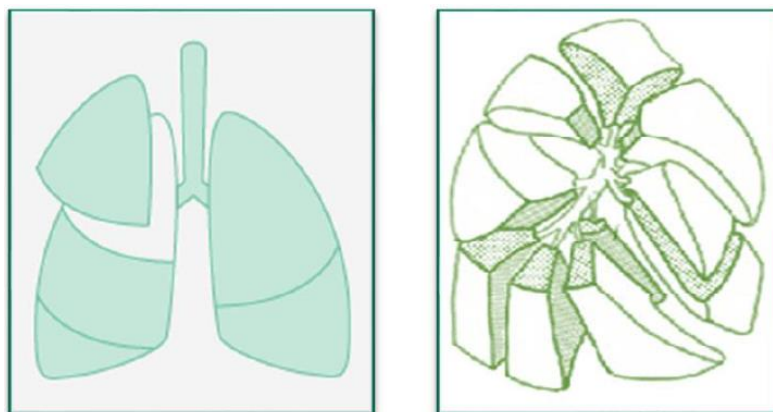


Figure 2. Lobectomie – Exemples de Segmentectomies Possibles

Le ou les lobes restants vont progressivement occuper le volume laissé libre par le morceau de poumon retiré. La réhabilitation respiratoire jouera donc un rôle primordial dans la rééducation post-opératoire.

Il existe plusieurs voies d'abord pour réaliser cette chirurgie : à thorax ouvert ou à thorax fermé.

Les solutions chirurgicales

La thoracotomie

C'est une chirurgie ouverte permettant au chirurgien de travailler au contact du poumon. Elle nécessite une incision assez large entre deux côtes. Celle-ci peut se faire dans le dos (thoracotomie postéro-latérale) ou sous l'aisselle (thoracotomie latérale).

Durant cette intervention, les côtes sont écartées à l'aide d'écarteurs.



Figure 3. Thoracotomie postéro-latérale

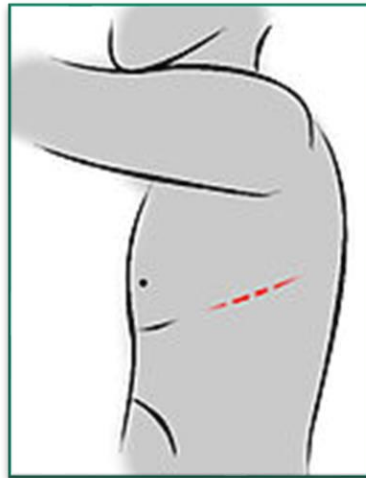


Figure 4. Thoracotomie latérale

Cette technique est plus invasive. Elle reste néanmoins la voie conventionnelle des exérèses pulmonaires.

La thoracoscopie vidéo assistée ou robot assistée

En thoracoscopie vidéo ou robot assistée (VATS ou RATS), le chirurgien procède à la création d'orifices cutanés (entre 3 et 5) dont un sera agrandi à la fin de l'intervention pour permettre le retrait de la pièce opératoire. La chirurgie sera réalisée grâce à une caméra et des instruments introduits au travers des orifices.

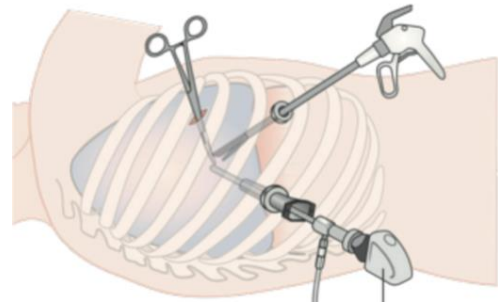


Figure 5. VATS

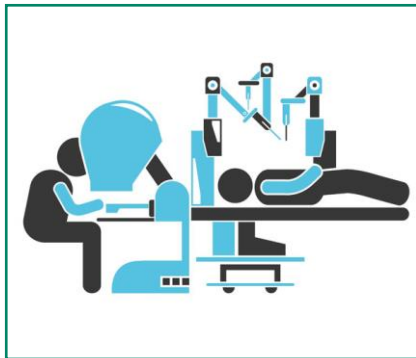


Figure 6. RATS

En chirurgie robot assistée, la machine reproduit les gestes du chirurgien avec précision.

A noter que toute chirurgie à thorax fermé peut être convertie en thoracotomie pour assurer la qualité du geste prévu et/ou en fonction des constatations peropératoires (pour cause d'adhérence à la paroi, variation anatomique, nécessité oncologique, saignement, ...).

Après la chirurgie

La durée d'hospitalisation varie en fonction de la durée de drainage et donc de la cicatrisation du poumon. Dès le retrait du drain, le patient pourra rentrer à son domicile et poursuivre la réhabilitation respiratoire par des séances de kinésithérapie.

La survenue d'éventuelles complications peut allonger la durée d'hospitalisation. Vous trouverez ci-dessous une liste non exhaustive des complications possibles :

- Fuites d'air prolongées (pouvant entraîner un drainage prolongé voire une ré-intervention)
- Saignement (des transfusions voire une ré-intervention peuvent être nécessaires)
- Complications infectieuses (telles qu'une pneumopathie, une pleurésie, un abcès ou autre qui peuvent nécessiter une antibiothérapie voire un transfert en réanimation)
- Douleurs chroniques (des antalgiques au long cours pourraient alors être utilisés)
- Atteinte du nerf récurrent (ayant pour conséquence une modification de la voix ou une fausse route, et pouvant nécessiter des séances d'orthophonie voire une prise en charge par un chirurgien ORL)
- Troubles du rythme cardiaque (peut nécessiter un traitement médicamenteux transitoire et un suivi cardiologique)
- Complications thrombo-emboliques (telle qu'une phlébite ou une embolie pulmonaire qui peuvent nécessiter une anticoagulation curative au long cours)