

# LA CHIRURGIE PULMONAIRE

---

Des réponses à vos questions

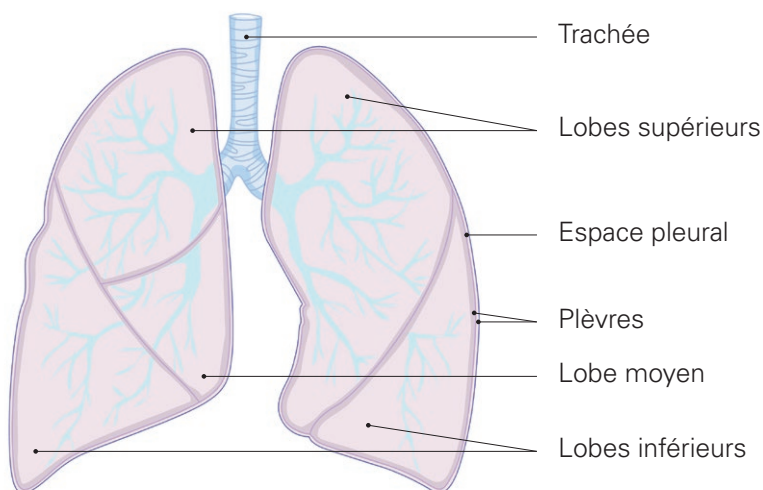


# Introduction

---

La résection, soit le retrait par chirurgie d'une partie des poumons, est indiquée pour traiter certaines pathologies comme les tumeurs, les infections ou l'emphysème. Elle est aussi utilisée à des fins diagnostiques, notamment en cas de maladies inflammatoires ou de nodule pulmonaire suspect.

Cette brochure vous informe sur la préparation, le déroulement et le suivi médical de cette intervention.



## Quel est le rôle des poumons ?

Les poumons oxygènent le sang qui vient du cœur (à l'inspiration) et évacuent le dioxyde de carbone (à l'expiration). L'inspiration et l'expiration sont produites par l'action des muscles respiratoires sur les poumons. Le poumon droit se subdivise en trois lobes : supérieur, moyen et inférieur. Le gauche n'en a que deux : supérieur et inférieur. Chaque lobe est composé de plusieurs segments.

## + INFO

# La résection pulmonaire

---

Afin de préserver au mieux l'intégrité des poumons, les segmentectomies sont privilégiées chaque fois que cela est possible. La technique de fluorescence assure une très grande précision à cette intervention.

Il existe quatre types de résection pulmonaire et deux techniques chirurgicales pour les réaliser. Votre chirurgien-ne détermine le type de résection et choisit la technique la mieux adaptée pour vous.

### Quatre types de résection

- ▶ Wedge (en coin) : une partie minime est retirée.
- ▶ Segmentectomie : un ou plusieurs des segments sont enlevés.  
Un lobe\* compte 2 à 5 segments.
- ▶ Lobectomie : un lobe\* entier est supprimé.
- ▶ Pneumectomie : ablation d'un poumon entier.

La résection est réalisée au moyen d'une agrafeuse chirurgicale.

### Thoracoscopie

La thoracoscopie (VATS – video assisted thoracoscopic surgery) est une technique minimalement invasive. Le-la chirurgien-ne réalise des petites incisions, généralement trois, par lesquelles passent ses instruments et une caméra.

Réalisée en première intention, lorsque c'est possible, cette technique présente les avantages suivants :

- ▶ petites cicatrices
- ▶ diminution des douleurs postopératoires
- ▶ reprise plus rapide de la mobilité
- ▶ hospitalisation écourtée.

### Thoracotomie

La thoracotomie consiste à ouvrir le thorax par une incision plus large afin de ménager un accès direct au poumon. Le-la chirurgien-ne peut recourir à cette technique lorsqu'il n'est pas possible de procéder par voie minimalement invasive (thoracoscopie).

A la fin de l'intervention, un ou deux drains thoraciques sont placés dans le thorax pour drainer l'air et le liquide.

\* voir l'infographie en page 2



## LE SAVIEZ-VOUS

Aux HUG, 80 % des résections pulmonaires s'effectuent par voie minimalement invasive.

# Les indications à la résection pulmonaire

---

## La tumeur pulmonaire

Le type de résection est déterminé par la nature de la tumeur, sa taille, sa localisation et sa dissémination :

- ▶ la segmentectomie est utilisée pour les petites tumeurs
- ▶ la lobectomie, si la tumeur est plus grande ou trop proche du cœur
- ▶ la pneumectomie (rare), lorsqu'il est nécessaire d'enlever un poumon entier pour supprimer la tumeur.

Lorsque la tumeur est de nature maligne, des ganglions autour du poumon et du cœur sont également prélevés et analysés afin d'établir l'existence ou non d'une dissémination.

## L'infection pulmonaire

Une résection pulmonaire peut être indiquée lorsqu'un traitement par antibiotique est inefficace. Par exemple, en cas de :

- ▶ tuberculose
- ▶ infections bactériennes à répétition, si les bronches sont dilatées (bronchiectasies)
- ▶ infection fongique (aspergillose). Dans ce cas, la lobectomie est la résection la plus fréquente.

## L'emphysème

Le tabagisme et certaines maladies peuvent endommager le poumon par la formation de bulles. On parle alors d'emphysème. Si celui-ci devient trop important, une résection chirurgicale est parfois envisagée.

## Maladies inflammatoires du poumon

En cas de maladie inflammatoire du poumon, une biopsie est indiquée pour préciser le diagnostic et mieux cibler le traitement. En général, une ou plusieurs résections wedge suffisent.

## Nodule pulmonaire suspect

Dans certains cas, une biopsie à l'aiguille n'est pas réalisable en raison de la taille ou de la localisation du nodule pulmonaire. Une résection wedge est alors indiquée pour poser le diagnostic. En cas de tumeur maligne, la résection est élargie (lire « La tumeur pulmonaire »).

# Avant l'hospitalisation

---

## Quel type d'anesthésie ?

Quelle que soit la technique choisie, la chirurgie pulmonaire est pratiquée sous anesthésie générale. Au cours d'une consultation préalable, l'anesthésiste vous informe sur cette procédure et vous remet une brochure explicative. De votre côté, vous devez lui communiquer la liste des médicaments que vous prenez.

## Comment la fonction respiratoire est-elle évaluée ?

Lorsqu'une résection pulmonaire est envisagée, il est important d'évaluer si le volume du poumon restant est suffisant pour vous assurer une bonne qualité de vie. A cette fin, un ou plusieurs examens peuvent être demandés :

- ▶ la spirométrie mesure les fonctions pulmonaires, soit les volumes et le débit d'air
- ▶ l'ergométrie, effectuée durant un exercice physique, mesure la consommation maximale d'oxygène
- ▶ la scintigraphie évalue la ventilation et la vascularisation de chaque lobe.

## Comment vous préparer pour l'opération ?

Voici quelques conseils pour préparer de façon optimale votre intervention chirurgicale et diminuer le risque de complication :

- ▶ quand le délai le permet, il est conseillé d'arrêter de fumer au moins trois semaines avant l'opération. Si vous ne disposez que de quelques jours avant l'intervention, n'arrêtez pas car les sécrétions bronchiques augmentent en début de sevrage.
- ▶ faites régulièrement de l'exercice physique. Par exemple, marchez tous les jours au moins une heure ou faites des exercices respiratoires avec un appareil adapté qui vous est fourni par le service.
- ▶ n'hésitez pas à poser toutes vos questions à votre chirurgien-ne en lien avec votre prise en charge ou l'intervention.

La prise de certains médicaments peut nécessiter une hospitalisation la veille ou quelques jours avant l'intervention.

# L'hospitalisation

---

## Quand a lieu l'opération ?

L'opération a généralement lieu le même jour que l'hospitalisation. Dans ce cas, vous devez vous présenter à jeun : arrêtez de manger et de boire six heures avant l'intervention.

L'hospitalisation dure en moyenne cinq jours.

## Que se passe-t-il après l'intervention ?

Après l'opération, vous êtes pris-e en charge et surveillé-e en salle de réveil. Vous portez un ou deux drains thoraciques, ainsi qu'une perfusion (voie veineuse). Les drains sont retirés dès qu'il n'y a plus d'air ou de liquide à évacuer, si possible le lendemain de l'opération.

## Comment la douleur est-elle prise en charge ?

Le passage des instruments entre les côtes irrite les nerfs intercostaux. L'équipe médico-soignante débute votre traitement contre la douleur au moment de l'anesthésie. Elle l'adapte ensuite tout au long de votre séjour. N'hésitez pas à lui signaler toute douleur ou inconfort afin qu'il soit ajusté. Ne laissez pas la douleur s'installer !

Il est important de vous sentir à l'aise et confortable afin de pouvoir vous lever rapidement. Vous pourrez ainsi pratiquer les exercices de physiothérapie respiratoire qui maintiennent vos poumons propres et évitent les infections.

## Quelles sont les complications possibles ?

**Fuite d'air prolongée :** l'air continue à sortir du poumon par une petite brèche. Dans ce cas, le drain reste en place pour évacuer l'air. Parfois, l'air passe sous la peau : on parle alors d'emphysème sous-cutané. Cette complication bénigne et sans conséquence survient chez environ 15 % des patients.

**Infection pulmonaire (environ 15 % des cas) :** le risque est augmenté si votre arrêt du tabac est trop proche de l'intervention. En cas d'infection, vous êtes traité-e par des antibiotiques.

**Arythmies (15 à 20 %) :** le cœur bat de façon irrégulière après l'intervention. Vous recevez un traitement de quelques jours pour contrôler votre rythme cardiaque.



## INFO

Le drain est relié à un système portatif qui permet une meilleure mobilité et réduit la durée du drainage.

**Hémorragie (5 à 10%) :** le sang s'écoule par le drain. Dans de rares cas, le saignement est trop important et une nouvelle intervention est nécessaire.

**Embolie pulmonaire (5 %) :** afin de prévenir l'obstruction d'une artère des poumons par un caillot, vous recevez une injection quotidienne d'un médicament qui fluidifie le sang.

## Après l'hospitalisation

---

Un suivi en consultation ambulatoire de chirurgie thoracique vous est proposé.

A votre retour à domicile :

- ▶ prenez régulièrement les antalgiques prescrits par votre chirurgien·ne. S'ils ne suffisent pas à contrôler la douleur, prenez contact avec votre médecin.
- ▶ reprenez progressivement une activité physique.

Il est possible que vous crachiez un peu de sang pendant deux ou trois semaines après l'opération. Ce n'est pas inquiétant.

La résection pulmonaire diminue vos capacités physiques. Pour récupérer 100 % des capacités restantes, il faut compter trois à six mois après l'opération.

### Les signes à surveiller

Appelez votre chirurgien·ne si vous avez :

- ▶ de la difficulté subite à respirer
- ▶ un écoulement par la cicatrice
- ▶ une douleur brutale
- ▶ plus de 38 degrés de fièvre.

# Informations pratiques

## Secrétariat

☎ 022 372 78 84

du lundi au vendredi 8h30-11h30 et 13h30-16h

## Service de chirurgie thoracique et endocrinienne

Bâtiment Jean-Louis Prévost  
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4  
1205 Genève

## Accès

Bus 1, 5, 7 et 35,  
arrêt « Hôpital »

Bus 3, arrêt « Claparède »

Tram 12 et 18,  
arrêt « Augustins »

Léman Express, arrêt  
« Genève-Champel »

## Parkings

H-Cluse et H-Lombard



*Cette brochure, testée auprès des patient-es, a été réalisée par le Service de chirurgie thoracique et endocrinienne, en collaboration avec le Groupe d'information pour patient-es et proches (GIPP) des HUG.*