

Chirurgie du cancer du poumon

Qu'est-ce que c'est?

La chirurgie du cancer du poumon a pour but de retirer la portion de poumon qui contient la tumeur. La prise en charge chirurgicale dépend de la taille de la tumeur, de sa localisation et de l'état de santé du/de la patient-e.

Selon la situation, l'intervention peut impliquer:

- Le retrait de la tumeur uniquement (résection wedge)
- Le retrait de la zone dans laquelle se trouve la tumeur (lobectomie). Lors de cette intervention, on enlève le lobe pulmonaire concerné, ainsi que l'artère, la veine et la bronche qui alimentent ce lobe.
- Le retrait d'une partie du lobe pulmonaire (segmentectomie). Cette opération est proposée si les réserves cardiopulmonaires ne permettent pas une lobectomie ou si la tumeur remplit certains critères de taille. Dans cette situation, la subdivision artérielle, veineuse et bronchique du segment concerné sont enlevés.
- Le retrait de la totalité du poumon si la tumeur touche l'ensemble des lobes pulmonaires
- Le retrait d'un lobe avec reconstruction de la bronche ou artère du lobe restant pour préserver une portion du poumon résiduel et éviter l'ablation complète du poumon.

L'intervention s'accompagne systématiquement d'un «curage ganglionnaire», qui consiste à retirer les ganglions lymphatiques de drainage. Le curage ganglionnaire permet de déterminer si le cancer a commencé à envahir les relais ganglionnaires. Selon leur analyse, des traitements complémentaires sont nécessaires après la chirurgie (chimiothérapie, radiothérapie ou les deux).

Pour effectuer l'intervention, deux types d'accès chirurgicaux peuvent être envisagés :

- La majorité des interventions (lobectomie, segmentectomie) se font par **thoracoscopie**. Cette approche consiste à réaliser 1 à 3 incisions qui permettent d'introduire une caméra dans le thorax et de procéder à l'ablation pulmonaire en utilisant des instruments chirurgicaux spécifiques.
- la **thoracotomie** consiste à réaliser une incision de 15cm sur le thorax qui permet d'accéder à la cage thoracique et de passer entre les côtes pour opérer le poumon. Cet abord chirurgical est en général réservé aux grosses tumeurs qui sont en contact avec des structures qui nécessitent un contrôle ou une reconstruction. Cet accès peut également être utilisé en cas de problème survenant lors d'une thoracoscopie.

Quel déroulement?

L'admission à l'hôpital se fait la veille de l'opération. La durée du séjour est de 10 à 15 jours. Elle varie en fonction des modalités de l'opération et des surveillances après celle-ci. La bonne évolution est estimée chaque jour pour envisager la possibilité de votre retour à la maison.

Avant l'intervention

Selon le type de chirurgie et la localisation de l'anomalie, un repère (crochet et fil métalliques) peut être placé à l'endroit de la lésion afin de faciliter l'intervention. Ce geste est réalisé en radiologie juste avant l'opération. Il est guidé par imagerie.

Le médecin ou l'infirmier-ère anesthésiste vous accueille en salle d'opération. Il/elle met en place le ou les cathéters qui serviront à pratiquer l'anesthésie générale et à administrer les médicaments visant à maîtriser les douleurs après l'intervention.

L'opération

L'intervention dure environ 2 heures, selon la chirurgie à réaliser, la technique opératoire et le type d'accès utilisé.

Au cours de l'intervention, un ou deux drains sont placés sur le site opéré. On parle de drains thoraciques. Ils permettent d'évacuer l'air et les liquides (sang, lymphe) qui peuvent s'accumuler dans la cavité pleurale après l'opération. Ces drains sont tenus à la peau par un point de suture et sont reliés à un système d'aspiration. Ils restent en place jusqu'à ce que leur débit en liquide et air permettent leur retrait.

Suites opératoires immédiates

A l'issue de l'intervention, vous êtes transféré-e en salle de réveil pour 1 à 2 heures de surveillances. Après une thoracoscopie, vous pouvez en principe retourner en chambre, où vous êtes invité-e à vous mobiliser rapidement.

Si une péridurale est placée ou qu'une surveillance est nécessaire, un séjour d'une à deux nuits aux soins continus peut être envisagé. Un séjour aux soins intensifs est requis en cas d'intervention à très haut risque ou nécessitant une surveillance très rapprochée.

L'intervention présente-t-elle des risques?

Des complications peuvent survenir après la chirurgie, parmi lesquelles:

- des problèmes pulmonaires (infection, rétention de sécrétions, fuites d'air par le poumon laissé en place, pneumothorax)
- des troubles du rythme cardiaque (souvent associés à des infections)
- des problèmes plus rares comme une infection des plaies ou de la cavité pleurale, un lâchage du moignon bronchique, un saignement.

Les risques dépendent du type de chirurgie, de l'état de santé et des autres traitements en cours. Les surveillances mises en place après l'opération visent à détecter le plus précocement possible la survenue de ces éventuelles complications.

Avant et après l'intervention, des informations spécifiques vous sont transmises par votre chirurgien-ne et l'équipe soignante (infirmier-ère-s, phyiothérapeutes, infirmier-ères spécialisé-e-s

Comment se préparer?

En vue de l'intervention, plusieurs consultations sont programmées en ambulatoire avant l'hospitalisation:

- avec un-e chirurgien-ne thoracique: elle vise à vous expliquer les objectifs et modalités de l'opération, la technique privilégiée, les suites et les complications possibles. C'est pour vous l'occasion de poser vos questions au sujet de l'intervention
- avec un-e médecin anesthésiste: son but est de vous expliquer l'anesthésie, la prise en charge de la douleur après l'opération et de prescrire la médication adaptée, en tenant compte de vos antécédents médicaux et chirurgicaux
- avec l'infirmière ERAS : le programme d'Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) comprend une série de mesures qui favorisent la mobilité et diminuent les complications. Avant l'opération, une consultation avec infirmière ERAS vise à bien expliquer ces mesures.

Médicaments

La prise de tout médicament influençant la coagulation sanguine, qu'il soit prescrit pour un motif médical ou auto-administré, doit être adaptée avant l'intervention. Cet aspect est discuté lors des consultations avant la chirurgie. En vue de ces échanges, pensez à amener la liste de vos médicaments.

Durant la semaine qui précède l'intervention, ne prenez pas de nouveau médicament sans en référer à votre médecin traitant ou au/à la chirurgien-ne thoracique de l'hôpital (y compris les médicaments en vente libre).

Alimentation et tabac

Vous pouvez garder vos habitudes alimentaires jusqu'à l'hospitalisation. Si votre admission est programmée le jour de l'opération, il vous est toutefois demandé d'être à jeun, c'est-à-dire de ne plus manger, ni boire, dès minuit. Il est impératif de cesser de fumer 12 heures avant l'intervention.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales. L'arrêt du tabac avant l'intervention diminue ce risque. Si vous êtes fumeur, une consultation en tabacologie vous est proposée afin de faire le point sur votre degré de dépendance et vous offrir un soutien pour cesser de fumer, même temporairement, en vue de l'intervention.

Préparation pré-opératoire

La veille de l'opération, un rasage étendu du thorax et du dos du côté opéré est effectué. Il est complété par une douche avec un savon désinfectant. Le matin de l'intervention, il vous est également demandé de prendre une douche avec un savon désinfectant.

Effets à prévoir pour l'hospitalisation

Pour le séjour à l'hôpital, pensez à prendre des affaires de toilette, une paire de pantoufles confortables, une tenue d'intérieur et tout effet personnel important pour vous.

Pour la sortie, prévoyez des vêtements en coton amples et faciles à mettre, qui ne serrent pas, dans lesquels vous vous sentez à l'aise.

Si vous prenez des médicaments de façon régulière, pensez à les emporter avec vous à l'hôpital afin d'en disposer le cas échéant. L'équipe soignante vous donnera des précisions au sujet de leur prise durant votre séjour.

Que se passe-t-il après?

Afin de prévenir ou détecter d'éventuelles complications, l'équipe médico-infirmière réalise plusieurs contrôles réguliers, chaque heure dans un premier temps puis 1 à 3 fois par jour:

- mesure de la tension artérielle, de la teneur en oxygène dans le sang, de la température, de la fréquence et du rythme cardiaque, de l'amplitude et de la qualité respiratoire
- évaluation du pansement, des drains thoraciques (matériel et sécrétions), de la sonde vésicale et des éventuels points de pression sur votre peau
- vérification de votre installation: inclinaison du dossier du lit (minimum 30°), position des bras et épaules.

Une radiographie du thorax est réalisée plusieurs fois en cours d'hospitalisation. Elle permet d'évaluer l'efficacité du drainage par les drains thoraciques et la bonne expansion pulmonaire.

Contrôle de la douleur

Les douleurs au niveau du thorax et des épaules sont fréquentes après la chirurgie. Elles sont le plus souvent d'intensité modérée à forte. Leur contrôle est particulièrement important car il contribue à la bonne rééducation respiratoire et à la reprise de la mobilisation.

Si vous êtes opéré-e par thoracoscopie, une anesthésie locorégionale effectuée en fin d'intervention permet de prévenir les douleurs durant les premières heures après l'opération. Des médicaments anti-douleurs sont ensuite prescrits. La majorité des douleurs est liée à la présence d'un drain thoracique. Son retrait permet en général une bonne diminution de la prise d'anti-douleurs.

Si une thorcotomie est prévue, l'anesthésiste met en place un cathéter péridural au bas du dos, au niveau de l'espace entourant la moelle épinière (espace épidural). Ce cathéter est installé au début de l'intervention. Il permet l'administration continue d'un médicament anesthésique et ainsi le contrôle de la douleur au niveau du site opéré. Le patient peut avoir une partie du contrôle de son administration à l'aide d'une pompe et d'un bouton qui commande la diffusion du médicament (pompe PCEA).

Mobilisation

La reprise de la mobilisation doit être effectuée le jour même de l'intervention. Le premier lever est accompagné par un-e infirmier-ère ou éventuellement un-e physiothérapeute.

Prévention des thromboses

Afin de prévenir d'éventuels problèmes circulatoires, un traitement anticoagulant par injections sous cutanées est prescrit dès la veille de l'opération et pour les jours qui suivent.

Transit intestinal

L'anesthésie, le traitement contre la douleur à base de morphine et la diminution de la mobilité ont pour effet de ralentir la fonction des intestins. Plusieurs jours peuvent être nécessaires pour retrouver un transit intestinal habituel.

Le premier signe de reprise est l'apparition de gaz intestinaux. N'hésitez pas à informer l'infirmière de vos observations. Au besoin un traitement contre la constipation est prescrit transitoirement.

Respiration

La respiration va de pair avec la mobilisation. Dans les situations où la mobilisation est difficile, des exercices peuvent être effectués avec un appareil appelé inspirex ou avec différentes machines fournies par les physiothérapeutes (CPAP, Bipap, VNI). Leur but est de maintenir le poumon bien ventilé, de prévenir l'accumulation de sécrétions et de limiter le risque d'infection.

Alimentation

L'alimentation est reprise progressivement. Vous êtes installé en position assise pour chaque repas, afin de prévenir le risque de fausse route. Les aliments sont hachés, afin de diminuer l'essoufflement et la fatigue induite par la mastication. Les apports en liquide sont complétés par une perfusion intraveineuse durant les jours qui suivent l'opération.

Fatigue

Une fatigue est souvent décrite après la chirurgie thoracique. L'équipe soignante veille à favoriser des moments de repos entre les différentes activités quotidiennes et de rééducation, afin que vous retrouviez progressivement un rythme qui vous convienne.

Réactions émotionnelles

L'hospitalisation, la chirurgie et les nombreux dispositifs techniques qui y sont liés, les symptômes et les préoccupations auxquels vous avez à faire face sont autant de facteurs qui peuvent entraîner de l'incertitude, une crainte ou un inconfort émotionnel tout de suite après l'opération ou plus tard.

Il est important que vous puissiez exprimer votre ressenti à l'équipe soignante, à votre rythme et selon vos besoins. Ce peut être à l'occasion de différents moments : lors des échanges avec l'infirmier-ère référent-e du centre des tumeurs thoraciques, durant les moments de soins ou les séances de physiothérapie, par exemple.

Sortie de l'hôpital

Votre sortie de l'hôpital est décidée par le/la chirurgien-ne en fonction de la bonne évolution de votre état de santé. En cas de nécessité, une réadaptation peut être proposée. Lorsqu'un retour à domicile est envisagé dès votre sortie de l'hôpital, un service d'aide et de soins à domicile peut être organisé si besoin avec l'appui de l'infirmière de liaison.

Le jour de votre sortie, vous recevez plusieurs documents:

- une ordonnance pour les traitements médicamenteux à poursuivre à la maison et éventuellement du matériel de soins
- selon les situations, une ordonnance pour les soins à domicile, une aide au ménage et des séances de physiothérapie respiratoire
- les numéros de contact de l'équipe soignante

Une consultation est planifiée la semaine qui suit votre sortie de l'hôpital pour la surveillance du site opéré et le retrait des fils de l'orifice du drain thoracique. C'est aussi l'occasion de vous transmettre les résultats définitifs de l'analyse microscopique des tissus et vous présenter la suite des soins. Si le séjour hospitalier dépasse 10 jours, cette consultation est organisée durant l'hospitalisation.

Quelle couverture par les assurances?

La chirurgie du cancer du poumon est remboursée par l'assurance obligatoire des soins.

Contacts

Secrétariat du Service de chirurgie thoracique
Lu-Ve 8h45-11h30 et 13h-16h30
Tél. +41 21 314 24 08