

-Cure chirurgicale de pneumothorax par thoracotomie vidéo-assistée-

Qu'est ce que c'est ?

Il s'agit d'une des techniques chirurgicales les plus fréquemment utilisées pour traiter un pneumothorax.

Le pneumothorax correspond à une issue d'air dans la cavité pleurale qui enveloppe de chaque côté le poumon, entraînant un décollement partiel ou complet du poumon.

La cavité pleurale est délimitée par les feuillets de plèvre viscérale (qui tapisse le poumon) et pariétale (qui tapisse l'intérieur des côtes). Dans cette cavité, doit régner une pression négative qui aide le poumon à se gonfler d'air lors de chaque inspiration.

Il est le plus souvent dû à une fragilité du poumon qui se manifeste par des zones de dystrophie bulleuse (formation de bulles sur certaines zones de poumon, qui deviennent non fonctionnelles). La paroi de ces bulles est fragile, et peut se rompre dans la plèvre permettant à l'air de sortir du poumon pour l'enveloppe pleurale où la pression négative l'attire.

Le pneumothorax secondaire a une cause identifiable (fracture de côte suite à une chute, plaie par un couteau par exemple)

Le pneumothorax est plus rarement dû à une maladie ou une lésion du poumon comme un emphysème sévère, une endométriose (chez les femmes), une histiocytose X, une lymphangioliomyomatose (maladie congénitale touchant les femmes qui occasionne la formation de kystes du poumon) ou une tumeur pulmonaire...

Lorsque la pression entre les deux feuillets de plèvre devient positive, le poumon est alors comprimé et ne répond plus aux mouvements du diaphragme qui est le principal muscle de la respiration.

Les conséquences en sont variables, en fonction de l'importance du décollement provoqué et de la partie du poumon restant fonctionnel.

Les plus fréquentes en sont une douleur et une gêne respiratoire d'importance et de gravité variable, un saignement dans la plèvre (hémothorax). A l'extrême cela peut provoquer un arrêt cardiaque, notamment en cas de pneumothorax bilatéral.

Le traitement du premier épisode repose le plus souvent sur un drainage thoracique simple. En cas de profession à risque (aviation), de fuite aérienne prolongée ou de récurrence, il devient possible de prévenir un nouvel épisode par le biais d'une intervention chirurgicale.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfico-risque il vous a été proposé le traitement d'un pneumothorax par thoracotomie vidéo-assistée. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra le cas échéant en fonction des découvertes per opératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

Avant le traitement

Une radiographie thoracique est obligatoire pour objectiver le pneumothorax, et est parfois complétée par un scanner thoracique pour préciser l'importance d'un emphysème pulmonaire ou rechercher des lésions associées (fracture de côtes) en cas de traumatisme thoracique.

Après un premier épisode de pneumothorax spontané, le traitement préconisé sauf exception est médical par drainage le plus souvent.

En cas de deuxième épisode, le risque de récurrence augmente et conduit à proposer une prise en charge chirurgicale.

Un drain sera le plus souvent mis en place (sous anesthésie locale) en attendant l'intervention chirurgicale, afin d'éviter une aggravation du pneumothorax source de complication potentiellement grave.

Quel traitement ?

L'intervention chirurgicale est réalisée sous anesthésie générale.

Le médecin anesthésiste pourra parfois proposer une analgésie péridurale afin de diminuer les douleurs post-opératoires.

Le traitement chirurgical par thoracotomie vidéo-assistée est réalisé à l'aide d'une incision axillaire (sous le bras) de quelques centimètres et d'une ou deux incisions centimétriques. Le chirurgien peut ainsi travailler par ces incisions à distance mais aussi par la thoracotomie qui lui permet de réaliser les gestes les plus complexes directement. Le chirurgien réalise la résection de la zone du poumon identifiée comme responsable de la fuite, ou une partie seulement si la maladie est disséminée et qu'une résection étendue réaliserait une amputation significative de la fonction respiratoire.

Il crée ensuite une inflammation de l'enveloppe pleurale par irritation (ou en résèque une partie) afin que les deux feuillets de plèvre adhèrent et minimise ainsi le risque et l'importance d'une éventuelle récurrence (c'est la pleurodèse ou symphyse pleurale).

En cas de pneumothorax chez la femme, il recherche des brèches diaphragmatiques (le diaphragme est le muscle respiratoire principal, qui sépare l'abdomen du thorax) ou des lésions d'endométriose, pouvant être la cause du pneumothorax et qu'il peut être amené à réparer pendant l'intervention. Ceci peut alors conduire à réaliser une thoracotomie complémentaire en fonction de l'étendue des lésions à réparer.

En fin d'intervention, le chirurgien laisse en place un ou deux drains. Le drain est ensuite relié à une valise elle-même connectée au vide mural afin de recréer une pression négative autour du poumon. Cela permet d'évacuer l'air et les liquides (liquide pleural normal, saignement) de la cavité pleurale et y maintenir une pression négative, afin de permettre l'accolement du poumon à la paroi.

Et après ?

L'hospitalisation est obligatoire. Le(s) drain(s) est(sont) laissé(s) en place jusqu'à cicatrisation de la réparation pulmonaire (disparition des fuites aériennes, objectivée par l'arrêt du bullage dans la valise reliée au drain). Cela peut durer plusieurs jours

notamment lorsque le poumon a été fragilisé par une intoxication au tabac ou au cannabis. La surveillance est celle des fuites observées au niveau de la valise, des douleurs, des cicatrices et de la saturation.

Le drain est retiré en chambre, et un fil de bourse préalablement laissé en place permet la fermeture de l'orifice du drain.

Une radiographie de contrôle vérifie le bon accollement pleural avant la sortie.

A la sortie, les consignes le plus souvent données sont :

- Pansements tous les deux jours par une infirmière.
- Activité quotidienne de marche
- Pas de bain, ni de piscine pour éviter la macération des plaies jusqu'à cicatrisation
- Arrêt définitif de l'intoxication tabagique ou cannabique
- Repos relatif pendant un mois (arrêt de travail)
- Avion proscrit pendant un mois, en raison des variations barométriques pouvant aggraver un pneumothorax
- Arrêt des efforts importants (à glotte fermée) pendant 3 mois (muscultation...)
- Interdiction définitive de la plongée sous marine, du saut en parachute de loisir...

Complications :

- Les plus fréquentes :

Le risque le plus fréquent est celui du bullage prolongé (supérieur à 7 jours) correspondant à une fuite aérienne persistante. Le drain mis en place favorise la cicatrisation et peut suffire à tarir la fuite. Il peut parfois nécessiter une reprise chirurgicale.

Comme toute chirurgie il existe un risque d'infection, d'hématome ou de saignement actif dans la cavité pleurale. En général, le drain mis en place permet son évacuation mais il peut parfois nécessiter une reprise chirurgicale.

La chirurgie a pour but de traiter un épisode aigu de pneumothorax et d'en diminuer le risque de récurrence. Le risque de pneumothorax diminue fortement mais reste possible.

Un retard de cicatrisation est classiquement observé au niveau de l'orifice du drain, qui est souvent le dernier à cicatriser.

Une sensation moindre ou une hypersensibilité transitoire sur le trajet des côtes en avant des cicatrices peut être observée après l'intervention et disparaît le plus souvent spontanément. Une douleur électrique en avant de la cicatrice axillaire est également possible, en rapport avec l'étirement ou la compression du nerf intercostal ; elle peut durer quelques semaines à quelques mois, avant de disparaître. Des médicaments spécifiques peuvent parfois être prescrits en cas de douleurs invalidantes. Des impressions subjectives (en rapport avec l'irritation de la plèvre) sont classiques après un pneumothorax, et s'estompent le plus souvent progressivement.

Un décollement pleural modéré post-opératoire est possible, et de résolution le plus souvent spontanée par le repos et la marche.

- **Plus rarement :**

L'infection profonde est exceptionnelle. Elle peut nécessiter une nouvelle chirurgie et/ou un traitement prolongé par antibiotiques.

Il peut également survenir une infection des cicatrices. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

Les résultats à espérer

La chirurgie a pour but de traiter un épisode aigu de pneumothorax et d'en diminuer le risque de récurrence. Elle permet une exploration de la cavité thoracique et la recherche de la cause du pneumothorax.

Le risque de pneumothorax diminue fortement mais reste possible avec un risque de 2 à 4%.

En résumé

L'intervention chirurgicale est justifiée devant une récurrence de pneumothorax ou un pneumothorax avec bullage prolongé. Les gestes chirurgicaux en sont bien codifiés, les résultats en sont le plus souvent très bons, les complications peu fréquentes.

Quelques questions que vous devez vous poser ou poser à votre chirurgien avant de vous décider pour votre intervention.

Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?

Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?

Quels sont les risques et/ ou complications encourus pour cette chirurgie ?

Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?

Me recommandez-vous un second avis ?