

## Lobectomie pulmonaire

Cette fiche d'information est un complément relatif à cette intervention qu'est la lobectomie pulmonaire.

D'autres informations sur votre prise en charge globale sont disponibles dans le livret du service que nous vous invitons à consulter.

### Anatomie pulmonaire

De façon naturelle, vos poumons (Figure 1) sont **subdivisés en lobes**, qui sont plus ou moins séparés des autres lobes **par les scissures**.

À droite votre poumon se compose de **3 lobes**, le lobe supérieur, le lobe moyen et le lobe inférieur.

À gauche, votre poumon se compose de **2 lobes**, le lobe supérieur, et le lobe inférieur.

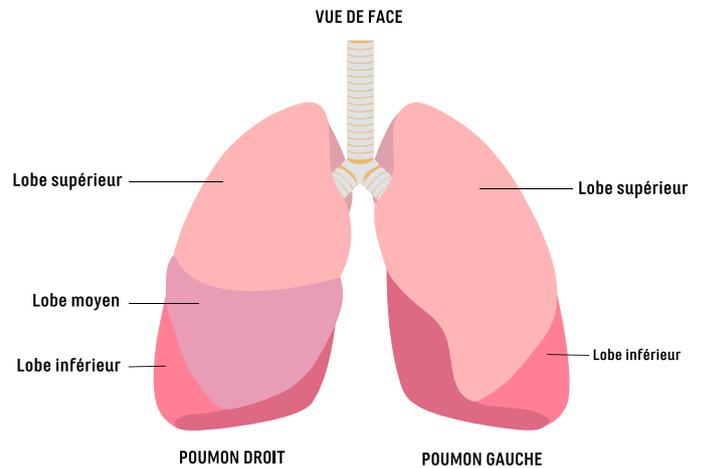


Figure 1 : Schéma des lobes pulmonaires droit et gauche

Chaque lobe est lui-même subdivisé **en segments** (Figure 2) selon les ramifications **bronchiques et vasculaires**.

À droite, le lobe supérieur se compose de **3 segments**, le lobe moyen de **2 segments**, et le lobe inférieur de **5 segments**.

À gauche le lobe supérieur se compose de **5 segments** et le lobe inférieur de **4 segments**.

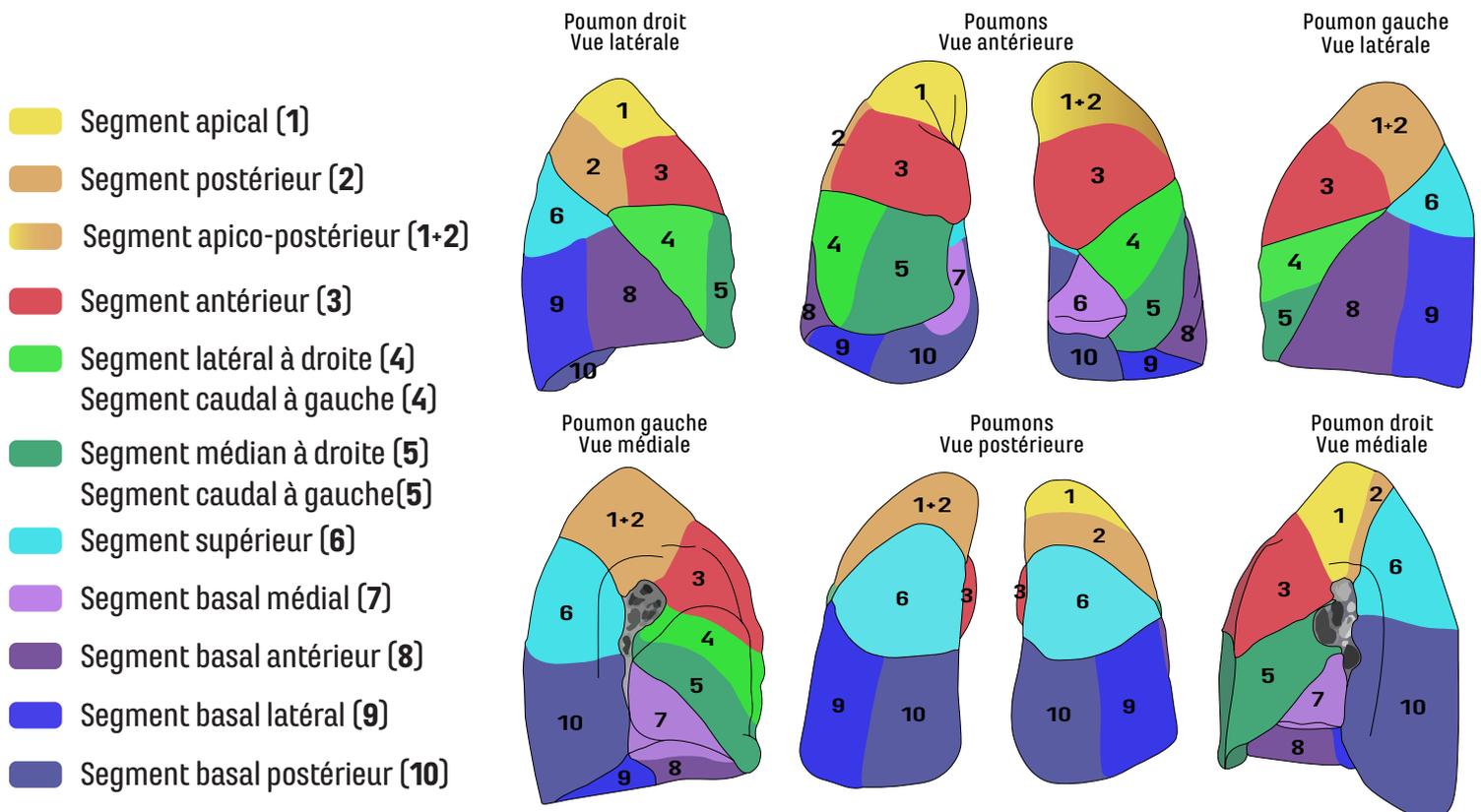


Figure 2 : Segmentation pulmonaire des poumons droit et gauche

# Centre Hospitalier de Valenciennes

## Définition de la lobectomie pulmonaire

La lobectomie pulmonaire est l'**ablation chirurgicale** d'un lobe pulmonaire (Figure 3). Cette résection peut concerner l'un des trois lobes présents à droite ou l'un des deux lobes à gauche.

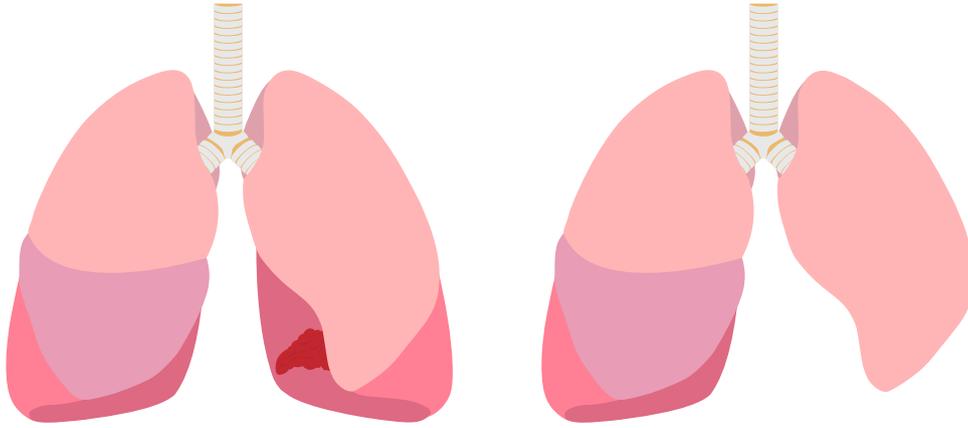


Figure 3 : Schéma d'une lobectomie inférieure gauche pour une lésion cancéreuse, en rouge

## Dans quels cas la lobectomie pulmonaire est-elle pratiquée ?

En général, cette lobectomie est réalisée pour l'**exérèse d'une tumeur pulmonaire** connue ou suspectée. Ce geste est associé à la réalisation d'un **curage ganglionnaire** qui consiste en l'**ablation de tous les ganglions lymphatiques** qui drainent le poumon du côté opéré. La présence de ces ganglions est habituelle.

Plus rarement, une lobectomie pulmonaire est réalisée **pour le traitement d'un lobe pulmonaire détruit**, dans les suites d'une infection. Pour cette indication ou lorsqu'une lobectomie est réalisée pour une lésion non cancéreuse, le **curage ganglionnaire n'est pas réalisé**.

Parfois la réalisation d'une "lobectomie seule" **n'est pas suffisante**, ainsi selon votre pathologie, la résection peut concerner en plus d'un lobe pulmonaire :

- Un **fragment de la paroi thoracique** : de un à trois espaces intercostaux par exemple.
- Un autre segment pulmonaire **adjacent au lobe enlevé**.
- Un autre lobe, uniquement à droite, c'est une **bilobectomie inférieure** : ablation du lobe moyen et du lobe inférieur ou une **bilobectomie supérieure** : ablation du lobe moyen et du lobe supérieur.

## L'adaptation du poumon restant

Le poumon **ne se régénérant pas**, l'espace libéré par le lobe retiré sera comblé de façon naturelle et physiologique via plusieurs mécanismes complémentaires :

- l'**expansion plus ample du parenchyme pulmonaire restant**.
- l'**ascension légère de la coupole diaphragmatique du côté opéré**.
- la **légère déviation des organes médians (cœur, trachée) vers le côté opéré**.

## Avant l'intervention

En pré opératoire, vous aurez vu en consultation l'un des **chirurgiens thoraciques du service** et un **médecin anesthésiste-réanimateur**. Selon votre pathologie pulmonaire et votre état de santé, **un bilan préopératoire respiratoire et cardiaque sera réalisé**. La consultation d'anesthésie est programmée dans les **3 semaines précédant l'intervention** et au plus tard **48h avant cette dernière**.

**Il est indispensable que vous arrêtiez de fumer au moins 4 semaines avant l'intervention.**

# Centre Hospitalier de Valenciennes

---

Il est **indispensable de vous préparer à cette intervention** ce qui accélérera votre récupération et limitera les complications post opératoires éventuelles.

Ainsi, outre le sevrage tabagique, il est vous est demandé **de rester actif au quotidien** en pratiquant la marche, de débiter une kinésithérapie respiratoire, de garder une alimentation variée et équilibrée, et de limiter votre consommation d'alcool. Si votre condition ne permet pas de réaliser d'emblée une lobectomie, une préparation préopératoire au sein d'une structure **pourra vous être prescrite**.

## Déroulement de l'intervention

Au Centre Hospitalier de Valenciennes, cette chirurgie est réalisée préférentiellement **par des techniques mini-invasives** utilisant la vidéo-thoroscopie, ou la voie robot-assistée. Néanmoins, le recours à la voie ouverte "standard" peut parfois **être nécessaire** : soit d'emblée selon vos antécédents ou selon les caractéristiques de la tumeur ; soit pour des difficultés techniques ou d'éventuelles complications survenant au cours d'une intervention débutée par voie mini-invasive.

L'intervention est **réalisée sous anesthésie générale** et dure entre 1 h 30 et 4 heures, selon les particularités techniques rencontrées (en moyenne 2 h 30).

En fin de procédure, **un drain thoracique souple est mis en place**. Il s'agit d'un petit tuyau souple qui permet de recueillir les liquides sécrétés par la plèvre et de drainer les éventuelles fuites d'air issues du poumon. Le drain permet aussi de favoriser l'expansion pulmonaire au sein de la cavité pleurale.

Vous serez ensuite transféré en salle de réveil jusqu'à ce que vous repreniez complètement connaissance et vous bénéficierez d'une première séance de kinésithérapie respiratoire.

Ensuite vous serez surveillé soit **dans le service de chirurgie thoracique**, soit **aux soins intensifs post opératoires** (SIPO).

## Le jour de l'intervention

Vous serez admis **dans le service de Chirurgie Thoracique** du Centre Hospitalier de Valenciennes le jour même de votre intervention ou la veille.

Le jour J, l'équipe vous aidera à vous préparer pour le bloc opératoire.

Si votre état de santé l'autorise, vous pourrez prendre un verre d'une boisson claire et sans lait de type café, thé, eau, ou jus de fruit sans pulpe jusqu'à deux heures avant l'intervention. Cette boisson **sera proposée par l'équipe**.

**En cas de doute, demandez conseil à l'un des membres de l'équipe du service avant de boire ou manger en pré opératoire.**

## Après l'intervention

Au cours de l'hospitalisation, vous bénéficierez **d'une prise en charge active**, visant à accélérer votre récupération, et en limitant le risque de complications.

Ainsi, vous serez installé au fauteuil le soir même pour le repas selon votre état clinique. Vous serez mobilisé **le jour même ou dès le lendemain**, les vos voies veineuses seront retirées et vous serez accompagné par le kinésithérapeute pour faire **vos exercices de kinésithérapie respiratoire et pour vous mobiliser et marcher dans le service**.

Vous bénéficierez d'une à trois séances de kinésithérapie respiratoire, selon votre encombrement bronchique et votre capacité à suivre les exercices prescrits.

Ce drain sera retiré **en l'absence de fuites d'air et de sécrétion de liquide pleural trop importante**. Il n'est pas rare qu'il puisse être retiré le lendemain de l'intervention ou en moyenne entre le 1<sup>er</sup> et le 5<sup>ème</sup> jour postopératoire. Dès lors, si vous suivez bien les exercices de kinésithérapie et que vos douleurs sont contrôlées, **une sortie sera envisageable**, parfois même dès le lendemain de l'intervention et en moyenne entre le 3<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> jour post opératoire.

# Centre Hospitalier de Valenciennes

## Complications éventuelles

En cas de complication, vous pourriez avoir besoin **d'être surveillé en unité de soins intensifs ou en réanimation**, ce qui nécessiterait de fait un séjour prolongé à l'hôpital.

Après l'intervention, le risque de développer des complications est avant tout **lié à vos antécédents médicaux, votre pathologie nécessitant la prise en charge chirurgicale, vos réserves métaboliques cardio-pulmonaires**, et l'intervention en elle-même. Les complications observées, les plus fréquemment, mais survenant chez moins de 7% des patients sont :

### Durant l'intervention :

- Un saignement,
- Le recours à une voie ouverte, si une procédure mini-invasive avait été débutée en cas de poumon adhérent à la paroi fortement, en cas de saignement ou pour raison anatomique.

### En post opératoires :

- Une infection post opératoire pulmonaire
- Un bouchon de sécrétion bronchique entraînant une atélectasie (obstruction pulmonaire) nécessitant son retrait par fibroscopie bronchique sous anesthésie locale pour libérer les voies aériennes.
- Un hématome post opératoire tardif pouvant nécessiter une reprise au bloc opératoire pour évacuer l'hématome
- Un bullage prolongé, ou un défaut de cicatrisation du poumon avec une fuite d'air nécessitant de garder le drain plus longtemps qu'à l'accoutumée.
- Des troubles du rythme cardiaque, ou arythmie.
- Une rétention d'urine.

### Rarement :

- Une ischémie myocardique.
- Une phlébite ou une embolie pulmonaire

Il est donc indispensable **de cesser tout tabagisme avant l'intervention** et de bien suivre la préparation prescrite en préopératoire afin de minimiser ces complications qui pour beaucoup **sont parfaitement évitables**.

## Le suivi post opératoire en consultation

Entre 2 et 3 semaines après votre retour au domicile, vous reverrez votre chirurgien en consultation, afin de **vérifier votre bonne évolution, adapter au besoin le traitement de vos douleurs et contrôler votre bonne cicatrisation**. Une radiographie thoracique sera à réaliser soit 30 min avant la consultation soit proche de chez vous quelques jours avant la consultation.

Les résultats de l'analyse du lobe retiré **vous seront alors communiqués**, ainsi que la suite de votre prise en charge, et notamment la discussion d'un éventuel traitement complémentaire.

## La lobectomie à long terme

À long terme, la lobectomie **n'est pas une opération invalidante**. Les patients ayant une fonction pulmonaire normale peuvent, dès trois mois après une lobectomie, la recouvrer à condition **d'effectuer correctement la kinésithérapie respiratoire**.

## Contacts

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le service de chirurgie thoracique au 03.27.14.01.21 .

Fiche d'information médicale rédigée par le Dr Dhainaut et le Dr Montagne, chirurgiens thoraciques.

Dernière modification le 17 mai 2024 .