Evolution de la prise en charge chirurgicale des cancers thoraciques

Dr Sophie Jaillard
Clinique du Bois
Clinique de la Louvière
LILLE

ACTUALITES

Prise en charge des patients « limites »

Apport de la thoracoscopie

Patients «limites »

Patients âgés

Fonction respiratoire

ATCD

Préparation à l'intervention

- ARRET DU TABAC +++
  - Risque d'encombrement post opératoire
  - Retarde la cicatrisation (cf chir plastique)

Préparation respiratoire= Optimisation des suites

Patients «limites »

ATCD, âge, fonction….

Cancer du poumon ↔ Lobectomie + curage

Place pour des résections + localisées

« segmentectomie » + curage

Actualité
« VATS lobectomy »

- **Robert J McKenna 1991**
  - **Tumeur de moins de 6 cm**
  - **N0 (TDM et/ou MDS)**

Mc Kenna, Chest Surg Clin North Am 1995

Thoracoscopic Lobectomy: The Gold Standard for Early-Stage Lung Cancer?

Matthew G. Hartwig, MD, and Thomas A. D'Amico, MD

Department of Surgery, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina

Ann Thorac Surg 2010

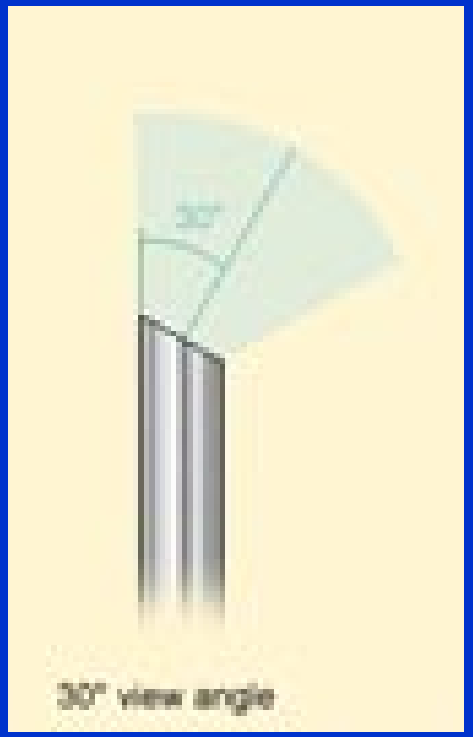
STS data base 20% lobectomies par video

Entre 1999 et 2006

Amélioration morbidité et mortalité

Technique
Instrumentation spécifique

- Optique à 30 degrés



- Optique Flexible

Technique
Instrumentation spécifique

- **Pinces et instruments contrecoudés**

Technique
Instrumentation spécifique

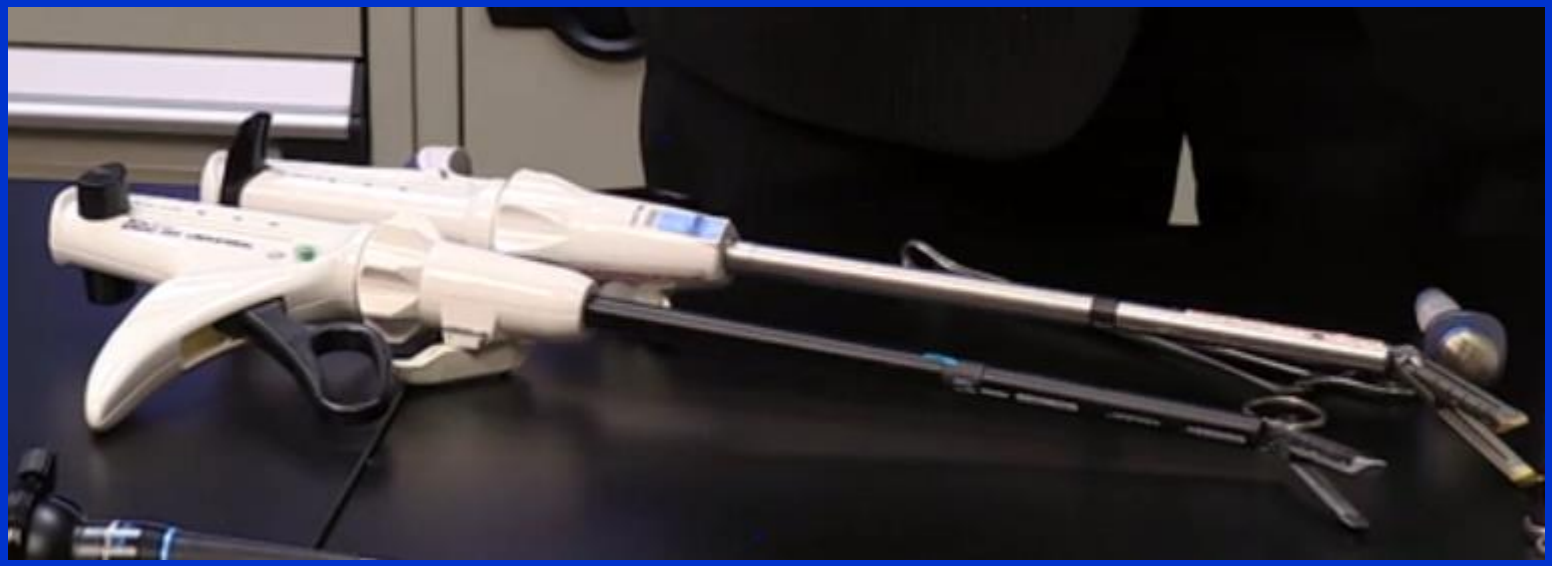
Générateurs « fusion –coupe » tissulaires

électrique

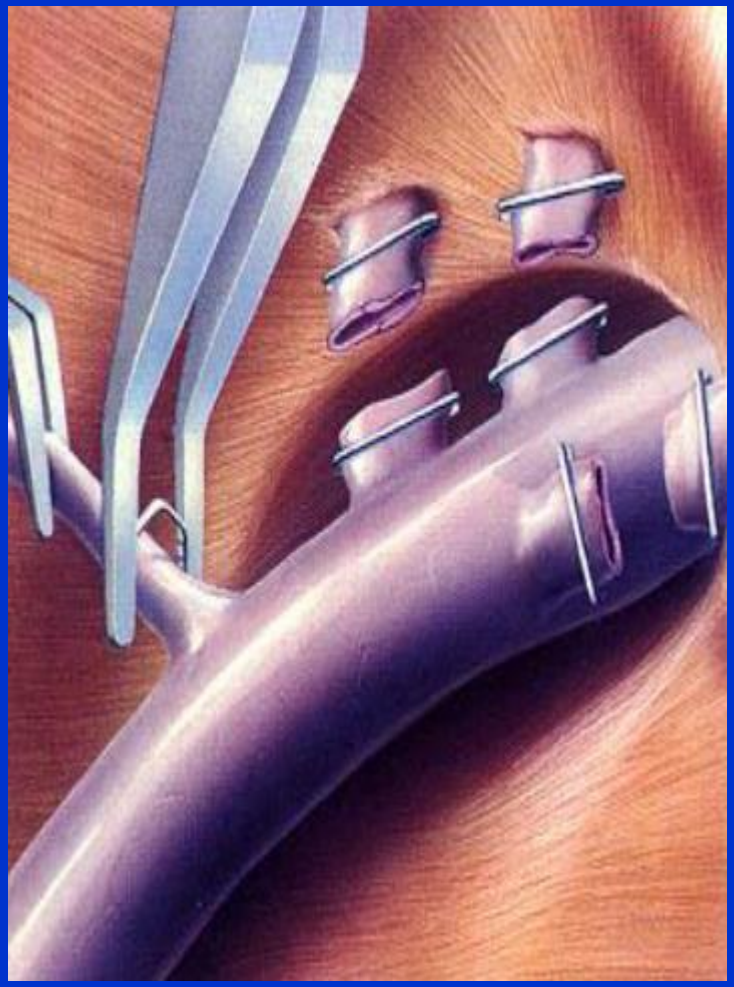
ultra-sons

Technique
Instrumentation spécifique

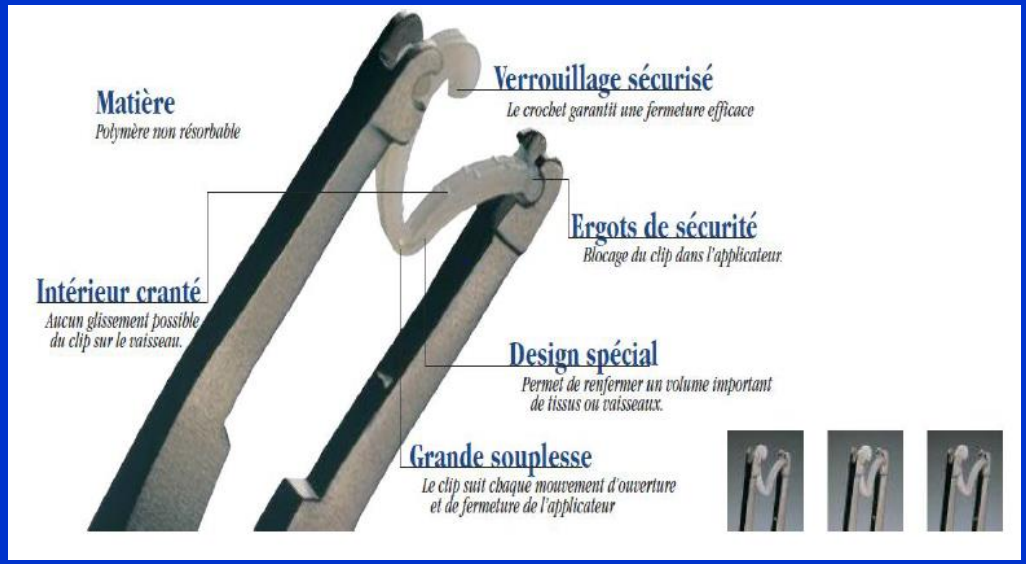
Agrafeuses articulées



Technique
Instrumentation spécifique



Clips hémostatiques



Technique
Instrumentation spécifique

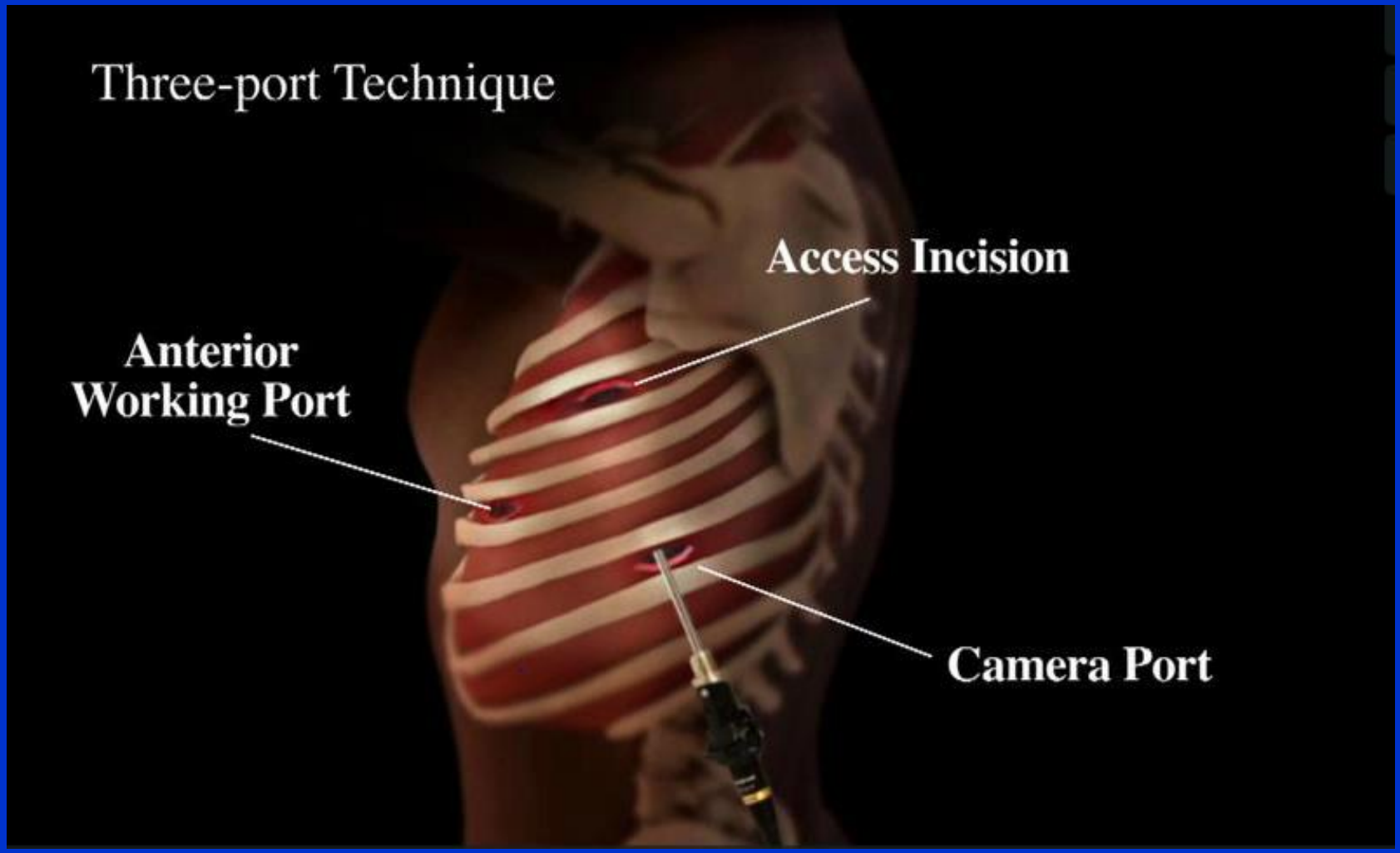
– **Sac d'extraction**

Technique

- **Installation postéro-latérale**

Technique

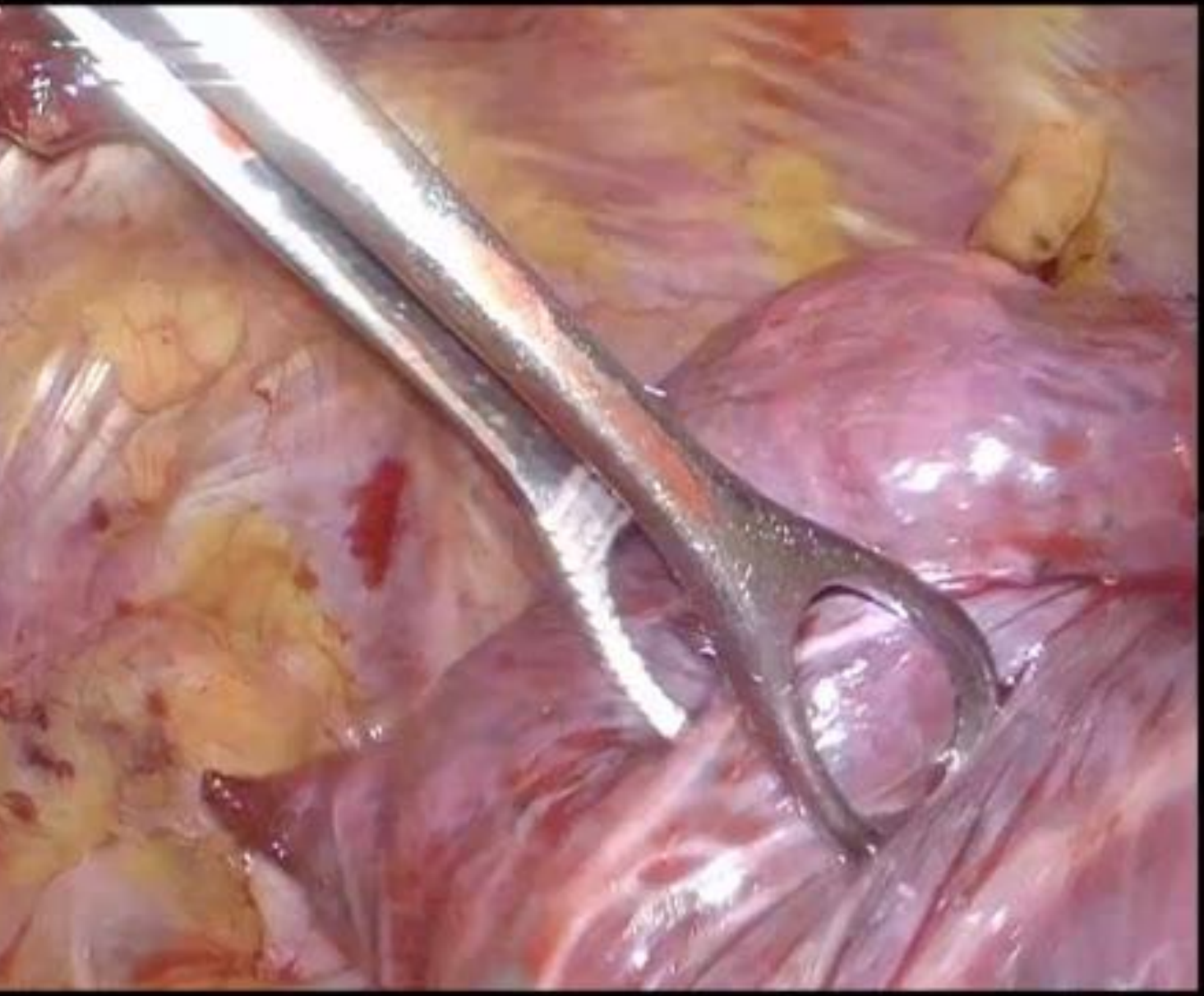
- **Voie d'abord ANTERIEURE**



Technique

INTUBATION SELECTIVE +++

- Installation postéro-latérale



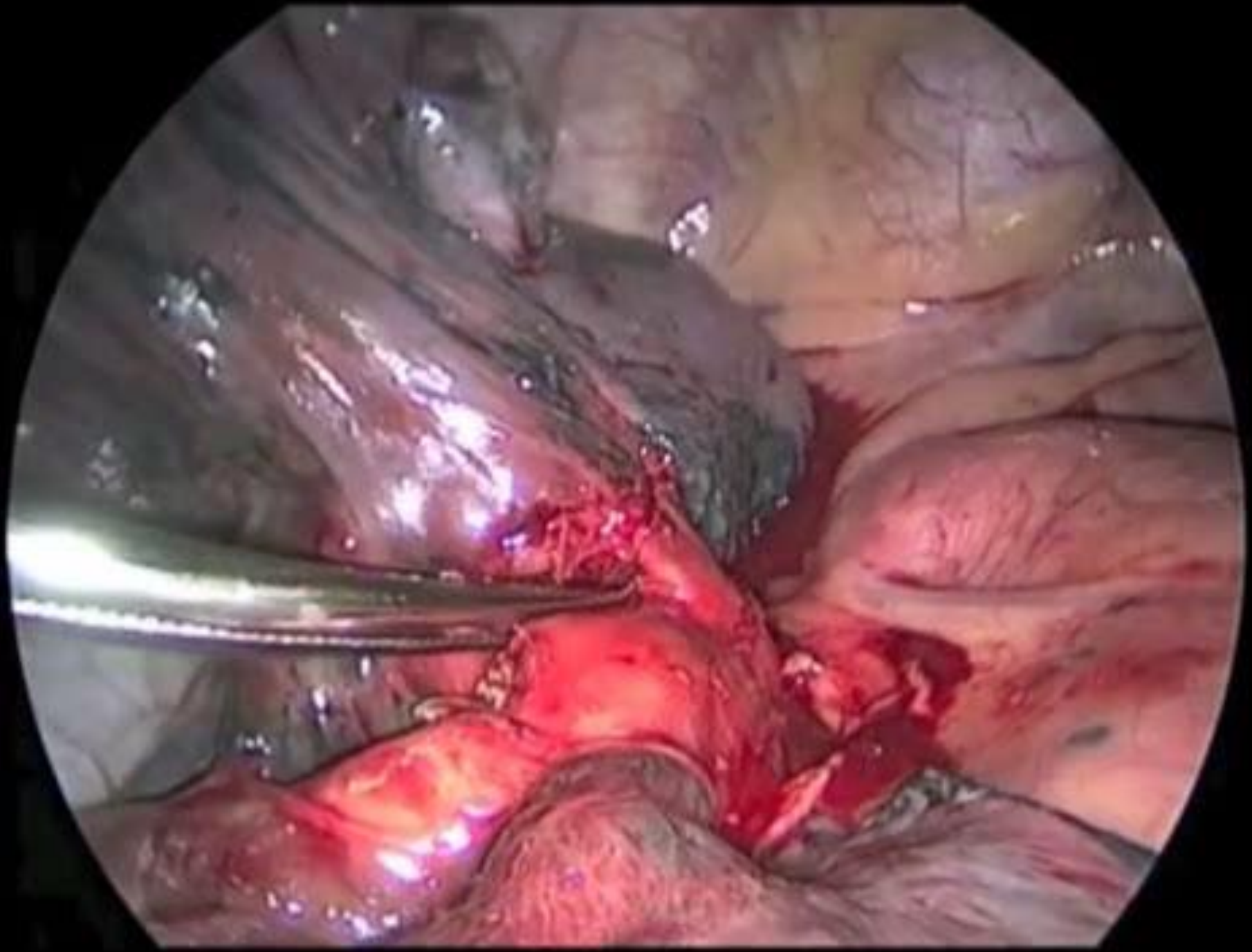
Complications

Complications hémorragiques

système vasculaire pulmonaire:

parois fines et fragiles+++

➔ risque de conversion



Avantages « VATS lobectomy »

Mobilisation précoce du patient

- **Post-opératoire**

Avantages « VATS lobectomy »

Mobilisation précoce du patient

- **Post-opératoire**
  - **Diminue douleurs**
  - **limite le retentissement fonctionnel respiratoire**
    - **Amélioration test de marche à 6 minutes**
  - **Baisse morbidité: pneumopathie, tb du rythme, fuites aéri…**
  - **Baisse durée de drainage**
    - **1 jours à 3 jours en moyenne**
  - **Diminue gène sur mobilité de l'épaule**
  - **Baisse durée d'hospitalisation**
    - **« hospital discharge » entre J2 et J5**
  - **Économique**

Conclusion

- Prise en charge chirurgicale de patients « limites »
  - Favorisée par préparation respiratoire
  - Possible grâce à la modification des indications

- Lobectomies par vidéothoracoscopie
  - Font parties de la p en charge chirurgicale des CBNPC
  - Sont de + en + réalisées malgré difficultés

Chirurgie robotique ?