

# LA PNEUMONECTOMIE

## I. Rappels anatomo-physiologiques :

- 2 poumons : un à droite composé de 3 lobes ; un à gauche composé de 2 lobes.
- La plèvre est constituée : d'1 feuillet pariétal collé à la paroi thoracique et d'1 feuillet viscéral collé au poumon. Ces deux feuillets sont séparés par un espace virtuel qui favorise le glissement des poumons pour les phases inspiratoire et expiratoire.
- Les poumons permettent l'hématose et sont alimentés par la petite circulation (cœur droit).

## II. Définition :

Ablation de la totalité d'un des deux poumons. La pneumonectomie laisse en place une cavité béante (circonstance unique en chirurgie) : **la loge** ou **cavité de pneumonectomie**.

Les parois de cette cavité constituent une vaste surface de suintement hémorragique puis séro-fibrineux. Cet écoulement réalise le remplissage progressif et complet de la loge, en un délai variable de 15 jours à un mois. Ceci explique la présence d'un drain thoracique **unique** et **clampé** au retour du bloc (dans la plupart des cas).

L'ablation du poumon droit est considérée comme plus grave que l'ablation du poumon gauche parce qu'elle laisse en place moins de poumon fonctionnel.

## III. Facteurs de risques :

Ce sont essentiellement des patients ayant :

- Un cancer pulmonaire
- Un terrain tabagique (→ risque coronarien surajouté éventuel)
- Eventuellement une exposition professionnelle ou des facteurs environnementaux (radiations, pollution)

Le plus souvent réalisée en un temps, elle peut suivre une précédente lobectomie : nous parlerons alors de **totalisation**.

#### **IV. Installation du patient :**

Avant toute prise en charge, s'assurer en collaboration avec l'aide-soignant, de la bonne fonctionnalité de l'environnement du lit. (Cf. fiche d'ouverture de lit).

- Le patient arrive intubé/ventilé la plupart du temps : **le connecter au respirateur en mode ventilation assistée contrôlée – V.A.C.** - (les paramètres du respirateur ayant été vérifiés par l'anesthésiste auparavant). **ATTENTION** : ne pas oublier le filtre PAL.
- Monitorer : **saturation** (doigt ou oreille) – scope/ **tracé électrique cardiaque – P.N.I** (Pression Non Invasive) de préférence en **controlatéral** de la SpO2 et de la VVP.
- Attacher le patient pour éviter une extubation précoce et **surélever** le buste de 30° à 45° pour un meilleur recrutement alvéolaire.
- Brancher la réanimation à la voie veineuse périphérique en s'étant assuré au **préalable** du reflux sanguin.
- Appeler le service de radiologie pour un **cliché du thorax post opératoire**.
- Si présence d'une APD : attention lors de la manutention.

#### **V. Surveillance immédiate :**

- ⇒ **Respiratoire** : s'assurer de la bonne ventilation alvéolaire du patient  
Pour cela surveiller :
- le soulèvement de l'hémi thorax
  - une éventuelle apparition de marbrures, d'une cyanose ou de sueurs (hypercapnie), SpO2
  - la parfaite compliance du patient au respirateur (volume courant, fréquence respiratoire, absence d'hyperpression).
  - le bon déroulement du sevrage respiratoire selon le protocole du service (cf protocole d'extubation)- extubation sous contrôle du médecin anesthésiste-
  - En cas de pneumonectomie droite, **attention à la gêne que pourrait constituer une dilatation gastrique** (gêne du poumon restant).
- ⇒ **Cardiovasculaire** : Effectuer la surveillance horaire de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque. **Attention à la tachycardie si le patient est coronarien.**

⇒ **Autres :**

- Surveillance de l'apparition ou de la présence d'un emphysème sous-cutané; à la palpation, l'emphysème donne une sensation caractéristique de crépitements neigeux.
- Surveillance de la température.
- Surveillance de l'aspect du pansement : propreté et étanchéité.
- Surveillance de l'aspect du pansement de l'APD

**ATTENTION : le drain thoracique doit toujours être clampé.**

**VI. Problèmes liés à l'intervention :**

⇒ **Risque hémorragique :**

Comme dans toute chirurgie, **le saignement** est un élément de surveillance important. **Attention à la possible absence d'extériorisation du saignement (drain clampé).**

Surveiller :

- La survenue d'une hypertension qui pourrait favoriser le saignement.
- L'aspect clinique du patient notamment : la pâleur du visage, tachycardie, hypotension, conjonctives pâles.
- L'aspect du liquide résidant dans le drain thoracique (lors du pansement).
- L'état du pansement<sup>1</sup> : saignement présent sur le mépore (quantification).
- A la NFS (sur prescription), ou à l'hémocue, diminution de l'hémoglobine.

**N.B** : une hémorragie intra thoracique peut se voir par cliché du thorax.

⇒ **Risque lié au geste chirurgical :**

- Le risque majeur de la pneumonectomie est **l'hernie cardiaque**. En effet, l'ablation du poumon laisse une cavité béante à l'intérieur de laquelle le cœur peut réaliser une rotation sur lui-même (« luxation ») et provoquer un arrêt circulatoire par désamorçage. C'est pourquoi il est impératif que le patient soit **toujours à plat**

---

<sup>1</sup> La réfection du pansement se fait dès que celui-ci est souillé et/ou non occlusif.

**dos : pas de décubitus latéral (surtout du côté de la pneumonectomie), ni de lever trop précoce.**

Le pansement et la toilette s'effectuent en position assise.

- Le **lchage de suture bronchique**. Exceptionnel mais grave. Le plus souvent retardé et alors source d'infection sévère. Rarement précoce, il favorise alors un emphysème sous-cutané extensif, et il est responsable de fuites en ventilation contrôlée. C'est une urgence chirurgicale dans tous les cas.

### ↪ **La douleur :**

La prise en charge de la douleur en post-opératoire est primordiale. Evaluation, traitement, réévaluation et réajustement.

**L'évaluation** : utiliser tous les moyens disponibles

- Si patient intubé : échelle comportementale de la douleur (BPS)
- Si patient extubé : échelles habituelles (EVS - chiffrée de 0 à 3, EVA)
- Attention : l'évaluation doit se faire au minimum toutes les heures en post-opératoire immédiat (plus si titration morphine par exemple).
- Objectifs : BPS < ou = 3; EVA < 3; EVS 0 ou 1

**La prise en charge** : préférentiellement une APD sera posée :

- si patient porteur d'une APD :

**Vérifier** les connexions du cathéter : système clos ainsi que la présence d'un filtre anti bactérien

**Vérifier** l'absence de plicature du cathéter

**Vérifier** la fixation du cathéter à la peau ainsi que la présence d'une boucle de sécurité. Ne pas positionner le filtre sur le thorax mais plutôt en sus claviculaire afin de ne pas gêner les manipulations de kinésithérapie.

**Vérifier** l'intégrité et la contenance de l'infuseur

**Vérifier** le produit, sa concentration et la vitesse

**Vérifier** l'efficacité de l'analgésie (bonne latéralité et niveau de l'analgésie en utilisant le test au froid; remplir la feuille de surveillance (cf feuille de surveillance de l'ALR)

**Vérifier** l'absence d'un globe vésical

**Eduquer** le patient.

- si patient porteur d'un BPV:

Idem à la prise en charge de l'APD; s'assurer toutefois de l'absence de morphiniques dans l'infuseur

➤ autres :

- PERFALGAN® et PROFENID® (sauf contre-indication médicale)
- ± PCA morphine à mettre en place le plus rapidement possible (cf.feuille de surveillance spécifique)
- ± ACUPAN® en adjonction des autres antalgiques