

# FICHE INFORMATION PATIENT

Madame, Monsieur,

Ce document est destiné à vous informer et vous préparer à l'intervention chirurgicale proposée par votre chirurgien.

Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé(e) du déroulement de l'intervention, des suites normalement prévisibles mais aussi des risques encourus et notamment des principales complications qui pourraient survenir.

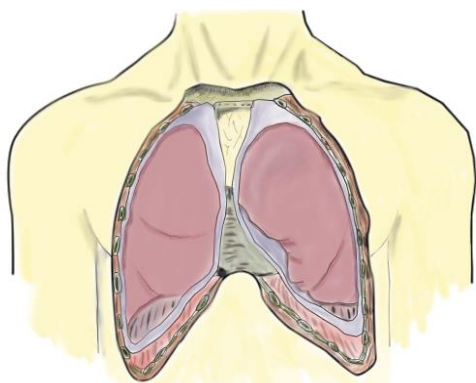
Prenez le temps de lire ce document, d'en parler avec vos proches, afin d'être soutenu(e) dans la préparation à l'intervention et d'anticiper le retour à la maison. N'hésitez pas à préparer vos questions, à lister vos préoccupations et vos doutes afin d'en parler à votre chirurgien ou à votre médecin traitant. Ne vous faites pas opérer si vous gardez des doutes ou des interrogations.

## SYMPHYSE PLEURALE POUR ÉPANCHEMENT

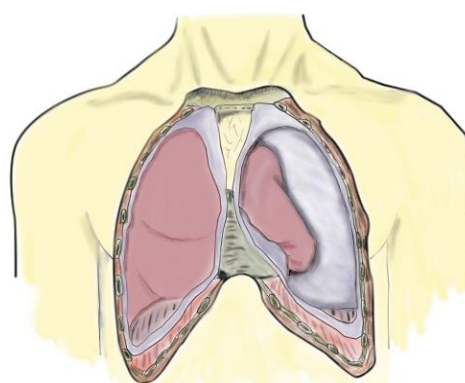
Les examens spécialisés que vous avez effectués ont montré la présence d'un épanchement pleural contenant du liquide et/ou de l'air. Ceci nécessite une intervention chirurgicale qui consiste à vider cet épanchement et éviter sa récurrence : c'est ce que l'on appelle une « *symphyse pleurale* ».

### Qu'est-ce qu'un épanchement pleural ?

Le poumon est situé dans la cage thoracique qui permet, par un effet de « soufflet », de faire entrer et sortir l'air des voies respiratoires. Pour cela, le poumon doit rester en permanence solidaire de la cage thoracique.



**Poumon normal**



**Épanchement gauche**

Aussi, lorsque de l'air ou du liquide apparaissent entre le poumon et la paroi thoracique, on parle d'**épanchement pleural** qui, selon sa nature porte un nom différent :

- **pneumothorax** s'il s'agit d'air ;
- **hémithorax** s'il s'agit de sang ;
- **pleurésie** s'il s'agit de liquide non sanglant.

## Quelles sont les causes de l'épanchement ?

---

L'**épanchement** peut être dû :

- **à une maladie du poumon et ou de la plèvre** qui entraîne l'apparition de liquide en dans l'espace pleural. Ce liquide est anormal par sa quantité et son caractère récidivant après ponction ou drainage. L'origine peut être inflammatoire, infectieuse (virale, bactérienne et tuberculeuse) ou tumorale (cancer du poumon ou de la plèvre) ;
- **à un traumatisme** : perforation du poumon par une fracture de côte ou une plaie par arme blanche, mais aussi une rupture traumatique du diaphragme (surtout à droite).

## Comment se manifeste un épanchement ?

---

Un épanchement entraîne une compression des poumons qui ne pourront plus fonctionner correctement, ce qui provoquera :

- une gêne respiratoire appelée « **dyspnée** »,
- une **toux** sèche ou au contraire pouvant ramener des crachats parfois purulents,
- une **douleur** en « *coup de poignard* » lorsque l'épanchement survient brutalement.

Dans tous les cas, cela entraînera un défaut d'oxygénation du sang et une mauvaise élimination du gaz carbonique des tissus. C'est une situation incompatible avec une vie normale.

## Pourquoi propose-t-on une intervention chirurgicale ?

---

Lorsque l'épanchement n'est pas susceptible de se résorber spontanément, il doit être évacué sous anesthésie locale par une **ponction** à l'aiguille ou la mise en place d'un tuyau dans la plèvre : c'est ce que l'on appelle un « **drainage** ». Ce drain doit être laissé en place le temps que la plèvre puisse se recoller.

Dans un certain nombre de cas, ce traitement est insuffisant parce que l'épanchement récidive ou ne peut être correctement évacué. Il devient alors indispensable de proposer une intervention chirurgicale qui consistera non seulement à vidanger le liquide mais aussi à éviter sa récidive : c'est ce que l'on appelle la « **symphyse pleurale** »

## Quelles sont les modalités d'une thoracoscopie ?

---

La symphyse pleurale est effectuée depuis de nombreuses années par « *vidéothoroscopie* ». Elle est réalisée sous anesthésie générale et consiste à introduire par un ou plusieurs orifices, une caméra et les instruments nécessaires pour effectuer les gestes suivants :

- vidange de l'épanchement,
- exploration de la plèvre et du poumon avec biopsie éventuelle,
- irritation de la plèvre dans le but d'entraîner un accolement.

Si le chirurgien constate que l'accès de la plèvre est impossible par cette voie, il allongera l'incision et écartera les côtes : c'est une « *thoracotomie* » dont les suites opératoires peuvent être plus longues.

À la fin de l'intervention, le chirurgien mettra en place dans les orifices opérateurs un ou plusieurs drains que l'on pourra enlever lorsqu'ils ne donneront plus de liquide et d'air.

## Quelles sont les modalités d'une symphyse pleurale ?

---

La symphyse pleurale est le geste qui permet de réaliser un accolement de la plèvre afin de limiter le risque de récurrence de l'épanchement.

Dans la mesure où il n'existe aucun produit adhésif d'action immédiate, le principe de l'intervention est de provoquer une inflammation de la plèvre en cicatrisant.

Plusieurs techniques existent pour provoquer cette inflammation :

- L'irritation mécanique de la plèvre à l'aide de compresses ;
- L'irritation chimique à l'aide d'iode, de nitrate d'argent, de talc ou tout autre produit comme des antibiotiques et même du sang ;
- L'ablation plus ou moins étendue de la plèvre (pleurectomie).

## Comment se déroule une hospitalisation pour symphyse pleurale ?

---

### 1. Préparation à l'intervention

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu.

Il est indispensable que vous suiviez les recommandations de votre chirurgien et de votre anesthésiste. Le non-respect de ces recommandations pourrait conduire au report ou à l'annulation de l'intervention.

Afin de limiter le risque d'infection postopératoire, des consignes d'hygiène corporelle vous seront données.

Il faudra être à jeun pour l'intervention, c'est-à-dire arrêter toute prise alimentaire 6 heures avant et toute prise de boisson 2 heures avant.

Si vous prenez des médicaments, il est impératif de le signaler à votre chirurgien ainsi qu'à l'anesthésiste que vous verrez en consultation. Certains médicaments pourront être modifiés ou arrêtés.

## 2. Intervention

L'intervention nécessitera une anesthésie générale ainsi qu'une analgésie dite locorégionale (infiltration de la cicatrice et/ou une péridurale par exemple).

Afin de travailler sur le poumon malade complètement immobile, l'anesthésiste mettra en place une sonde dans la trachée qui permet une respiration avec le poumon opposé.

Afin de limiter les infections postopératoires, vous recevrez en début d'intervention une injection d'antibiotiques. C'est pourquoi il vous est demandé de signaler toute allergie au médecin anesthésiste.

## 3. Suites opératoires habituelles

Les suites habituelles nécessitent un séjour en hospitalisation traditionnelle parfois précédée d'un passage en soins intensifs ou en soins continus de quelques heures à quelques jours.

Vous sortirez de la salle d'opération avec un ou plusieurs drains thoraciques permettant d'aspirer l'air et le liquide produits dans le thorax dans les suites de l'intervention. Ces drains seront ôtés dans les jours suivants en fonction de leur production et du contrôle radiologique.

Votre douleur sera évaluée régulièrement par l'équipe médicale et paramédicale. Afin de limiter le risque d'infection respiratoire, il est très important de ne pas la minimiser. En effet, nous disposons de nombreux moyens pour combattre ces douleurs : péridurale, cathéter para vertébral, perfusion ou pompe à la demande, médicaments oraux, patch. Les substances employées contiennent de la morphine ou ses dérivées qui sont très efficaces avec quelques inconvénients connus tels que nausées, hallucinations, constipation ou blocage de la vessie.

La durée d'hospitalisation est variable et dépendante de nombreux paramètres : vos antécédents médicaux (maladies et état nutritionnel), les difficultés rencontrées pendant l'intervention et la survenue d'éventuelles complications. Vous serez alors dirigés vers votre domicile, un autre service hospitalier ou un service de soins de suites ou de rééducation.

# Quels sont les accidents et complications possibles au cours de cette intervention ?

---

Les interventions de symphyse pleurale sont rarement sources d'accident pendant l'opération. Toutefois, lorsque la plèvre est partiellement collée, le chirurgien peut être amené à ouvrir plus largement l'incision en effectuant une thoracotomie.

Les seuls accidents graves rapportés dans la littérature concernent des plaies d'organes voisins : poumon, diaphragme, organes abdominaux, gros vaisseaux et nerfs...

## Quels sont les risques et incidents au décours de l'intervention ?

---

1/ **Les douleurs** : la symphyse pleurale est responsable de deux types de douleurs :

- au niveau des incisions : douleurs, facilement calmées et ne durant que 2 à 3 jours.
- sous le mamelon : des douleurs dues à l'irritation des nerfs intercostaux peuvent apparaître secondairement. Elles sont très particulières car elles s'apparentent à des « coups d'aiguilles », de « l'électricité », des brûlures, des fourmillements, voire parfois la sensation d'une peau endormie, autant de signes variables dans le temps. Il est indispensable de les signaler à votre médecin afin de les traiter au plus tôt. **En effet, négligées, ces douleurs peuvent passer à la chronicité et vous empêcher de mener une vie normale.**

2/ **L'hémorragie** : se caractérise par un saignement post opératoire important au niveau des drains pouvant conduire à une seconde intervention sous anesthésie générale et possiblement une transfusion sanguine.

3/ **Le drainage prolongé** : il peut arriver que la cicatrisation du poumon et de la plèvre demandent plus de temps que prévu et que l'on soit obligé de garder les drains plusieurs jours, et dans les cas extrêmes plusieurs semaines. Dans une même mesure, après l'ablation des drains et parfois après la sortie de l'hôpital, l'épanchement peut récidiver. Il faudra alors faire une ponction pleurale ou un nouveau drainage. Une ré-intervention est exceptionnelle mais possible.

4/ **La phlébite et l'embolie pulmonaire** :

La phlébite est définie par l'apparition de caillots dans les veines des membres inférieurs dû à la position pendant l'opération, l'alitement post opératoire et la nature de votre maladie. La principale complication de la phlébite et la migration de ce caillot vers les poumons : c'est *l'embolie pulmonaire* qui peut être source d'un décès brutal.

Aussi, nous vous munirons de bas anti phlébite, et vous prescrirons des fluidifiants sanguins (anticoagulants).

5/ **L'infection du site opératoire** : tout acte chirurgical comportant un abord cutané nécessite une hygiène rigoureuse de la peau et une préparation spécifique, car la majorité des infections post opératoires sont dues à des germes présents dans l'organisme (peau, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire...). Toute infection bactérienne survenant en n'importe quel point de l'organisme même distant du site chirurgical, peut entraîner une greffe bactérienne sur le site opératoire.

6/ **Atteinte nerveuse** : en effet l'irritation de la plèvre peut être responsable d'un déficit nerveux le plus souvent temporaire traduit par une modification de la voix (nerf récurrent), un abaissement de la paupière (nerf sympathique), une ascension du diaphragme (nerf phrénique)...

7/ **Les séquelles radiologiques** : à la suite de l'intervention vous serez amené à effectuer une surveillance radiologique. Celle-ci peut montrer une persistance plus ou moins importante d'air et ou de liquide qui disparaîtra d'autant plus rapidement que vous aurez une activité physique régulière mais douce pendant les deux premiers mois post opératoires.

8/ **Exposition aux radiations** : tout acte diagnostique et/ou thérapeutique nécessitant l'utilisation d'appareil de radiologie expose le patient et le personnel soignant aux rayons X, ce qui impose des règles de protection spécifiques qui sont systématiquement employées. **Il est important que vous signaliez une grossesse en cours ou susceptible de l'être.**

## Complications spécifiques

---

Le geste de symphyse pleurale n'est pas anodin dans la vie d'un patient car il risque de compliquer une intervention ultérieure du poumon (maladie bénigne, cancer voire même transplantation).

Aussi, les techniques de symphyse pleurale employées n'ont pas vocation à être efficace dans 100% des cas, et ceci précisément pour permettre une nouvelle intervention si elle était nécessaire.

Sachez donc que si votre médecin a recours à cette technique, c'est qu'il pense qu'il n'y a pas de meilleur moyen d'éviter la récurrence.

Enfin, une récurrence de l'épanchement est possible, notamment en cas d'évolution de la maladie causale.

## Surveillance et recommandations

---

L'accrolement quasi définitif de la plèvre nécessite 3 semaines environ, aussi conseille-t-on d'éviter tout effort violent pendant cette période.

Tout signe anormal doit être signalé à votre médecin traitant ou votre chirurgien : apparition d'une fièvre, un état de fatigue intense, un écoulement de la cicatrice...

Après votre sortie, consultez votre chirurgien avant de prendre l'avion, de faire de la plongée avec bouteilles ou plus généralement de pratiquer un sport ou un métier à risque.

# Conclusion

---

Sachez qu'aujourd'hui toute décision de symphyse pleurale pour épanchement est le fruit d'une réflexion multidisciplinaire reposant sur des recommandations en constante évolution avec les nouvelles techniques et visant à atténuer l'impact de votre maladie sans compromettre votre avenir.

**Sachez enfin que votre chirurgien participe à un programme d'auto évaluation permanente (registre de pratique « Epithor ») ce qui lui permet de vous donner toute statistique possible sur votre maladie et les risques vitaux d'une telle intervention.**

***NB :** Les explications contenues dans ce document ne peuvent être exhaustives, aussi le chirurgien et le médecin anesthésiste restent à votre entière disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire sur tel ou tel point particulier que vous auriez insuffisamment compris et que vous souhaitez faire préciser.*

<b>PATIENT (E)</b> Nom : Prénom : Nature de l'intervention :	Date de remise du document au patient(e)  Date et signature du patient(e)
---	---

**Cachet du médecin**