

# Lobectomie pulmonaire video-assistée pour cancer stade I.

## Dix ans d'expérience à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds

M. Merlini

La résection de parenchyme pulmonaire pour cancer bronchique est une chirurgie classique qui avait relativement peu évolué au cours des dernières décennies. Jusqu'à ces dernières années, les progrès en chirurgie thoracique étaient à mettre sur le compte du développement des techniques d'anesthésie, de ventilation artificielle et de réanimation. La technique chirurgicale avait certes progressé et l'apport des agrafeuses mécaniques linéaires avait fait diminué le taux de fistules bronchiques. Du point de vue oncologique, le concept du curage ganglionnaire bronchique, inter-trachéo-bronchique et trachéal a, bien sûr, été un apport pronostique majeur.

Le développement des techniques mini-invasives a marqué la dernière décennie dans tous les domaines de la chirurgie. L'explosion de la chirurgie endoscopique a permis d'adapter un certain nombre de méthodes à la cavité thoracique: c'est ainsi qu'est née la thoracoscopie. D'abord diagnostique, elle est rapidement devenue thérapeutique, permettant la pleurectomie et la wedge resection de lésions parenchymateuses périphériques.

### Progrès

Dans le domaine oncologique, la vidéo-médiastinoscopie est un progrès de ces dernières années. Cette méthode rend possible la biopsie de tous les territoires lymphatiques latéro-trachéaux et inter-trachéo-bronchiques en cas d'agrandissement ganglionnaire isolé ou associé à un cancer pulmonaire (1). Techniquement, la vidéo-médiastinoscopie nécessite une colonne d'endoscopie standard et une instrumentation spécifique. Elle a l'avantage d'offrir une vision parfaite du médiastin

antérieur grâce à l'effet d'agrandissement d'images du système numérique. Elle permet aussi à l'ensemble de l'équipe chirurgicale de suivre l'évolution de l'opération.

La résection formelle de parenchyme pulmonaire pour cancer bronchique par voie mini-invasive a également évolué. Les grandes incisions classiques de thoracotomie postéro-latérale que nous avons apprises lors de notre formation appartiennent un peu au passé. Elles donnent certes un jour magnifique sur tout un héli-thorax, mais sont délabrantes et entraînent souvent des séquelles douloureuses. L'incision de thoracotomie a donc eu tendance à se faire plus antérieurement sur le thorax et à se raccourcir. De plus, le muscle grand dorsal, systématiquement sectionné autrefois, est davantage ménagé de nos jours.

A l'inverse de la grande thoracotomie, est apparue, au début des années 1990, la résection pulmonaire par voie thoracoscopique pure. Cette méthode a marqué un progrès technique remarquable. Elle avait l'inconvénient d'être une longue opération, nécessitant finalement une mini-thoracotomie pour extraire le lobe pulmonaire réséqué.

### Technique actuelle

De nombreuses équipes ont trouvé leur équilibre en développant la résection pulmonaire vidéo-assistée. Celle-ci a été mise au point en Europe par Giudicelli au milieu des années 1990 (2). Nous l'avons rapidement adoptée dans notre service pour certaines indications opératoires dès 1994 (3, 4, 5, 6, 7, 8): il s'agit essentiellement du cancer non à petites cellules au stade I A et I B (T1 N0 M0, T2 N0 M0).

Pratiquement, cette technique associe une petite incision de thoracoto-

mie (5 cm) au cinquième espace intercostal latéral et deux trocarts de thoracoscopie. L'opération est conduite à la fois par l'incision et par voie endoscopique. L'opération est réalisable sans pneumothorax car l'auvent costal empêche la paroi thoracique de s'effondrer sur le médiastin. La technique fait appel à une instrumentation particulière et à l'habitude de travailler à distance des structures, sans leur contact manuel immédiat. Elle nécessite la manipulation des agrafeuses linéaires thoraciques. Elle comporte à la fois les avantages de la thoracotomie (vision directe, rapidité d'exécution) et de la thoracoscopie (suites opératoires simples). Le lobe pulmonaire réséqué est extrait par la mini-thoracotomie, sans contamination de la paroi.

Les suites opératoires sont extrêmement simples, rapides et peu douloureuses. Pour certaines équipes, cette nouvelle technique a permis d'élargir les indications de la chirurgie thoracique au-delà de l'âge de 80 ans (9). Les séries récentes montrent que le pronostic à long terme est le même que celui de la thoracotomie classique (4).

### Casuistique

Entre 1994 et 2004, 34 patients présentant un cancer bronchique non à petites cellules, stade I, ont bénéficié d'une lobectomie pulmonaire vidéo-assistée au Département de chirurgie de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds. La durée opératoire moyenne a été de 150 minutes. Un seul patient a nécessité une conversion en thoracotomie classique, en raison d'un status opératoire peu clair par thoracoscopie. Après l'intervention, les patients ont été hospitalisés 48 h en moyenne dans l'unité de soins intensifs. La durée d'hospitalisation a été de six jours.

## Conclusion

Pour le cancer bronchique stade I, non à petites cellules, la lobectomie pulmonaire formelle par voie vidéo-assistée est un progrès notable. Dans notre centre, les cas sont strictement sélectionnés. Cela nous a permis d'acquérir la technique sans complications ni morbidité. Les suites opératoires ont été simples et le pronostic superposable à la chirurgie de résection classique.

Professeur Dr M. Merlini, FACS, FCCP  
Service de chirurgie  
Hôpital de La Chaux-de-Fonds  
Tél. 032 967 25 30

## Références

1. Leschber G., Holinka G., Linder A. *Video assisted mediastinoscopic lymphadenectomy (VAMLA) - a method for systematic mediastinal lymphnode dissection.* Eur J Cardiothorac Surg 2003; 24 : 192-5.
2. Giudicelli R., Thomas P., Longon T. *Major pulmonary resection by video-assisted minithoracotomy. Initial experience in 35 patients.* Eur J Cardiothorac Surg 1994; 8 : 254-8.
3. Ludwig C., Zeitoun M., Stoelben E. *Video-assisted thoracoscopic resection of pulmonary lesions.* Eur J Surg Oncol 2004; 30 : 1118-22.
4. Roviario G., Varoli F., Vergani C., Nucca O., Maciocco M., Grignani F. *Long-term survival after videothoracoscopic lobectomy for stage I lung cancer.* Chest 2004; 126 : 725-32.
5. Szwerc MF., Landrenau RJ., Santos RS., Keenan RJ., Murray GF. *Mini-thoracotomy combined with mechanically stapled bronchial and vascular ligation for anatomical lung resection.* Ann Thorac Surg 2004; 77 : 1904-10.
6. Ohtsuka T., Nomori H., Horio H., Naruke T., Suemasu K. *Is major pulmonary resection by video-assisted thoracic surgery an adequate procedure in clinical stage I lung cancer?* Chest 2004; 125 : 1742-6.
7. Tatsumi A., Ueda Y. *Video-assisted thoracic surgery for lung cancer: is it a feasible operation for stage I lung cancer?* Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 2003; 51 : 646-50.
8. Garagozloo F., Tempesta B., Margolis A., Alexander EP. *Video-assisted thoracic surgery lobectomy for stage I lung cancer.* Ann Thorac Surg 2003; 76 : 1009-14.
9. Koizumi K., Haraguchi S., Hirata T., Hirai K., Mikami I., Fukushima M., Okada D., Yamagishi S., Enomoto Y., Nakayama H., Tanaka S. *Lobectomy by video-assisted thoracic surgery for lung cancer patients aged 80 years or more.* Ann Thorac Cardiovasc Surg 2003; 9 : 14-21.



## Nouvelles du centre fiduciaire des médecins romands

### Ctésias, le plus grand Trustcenter de Suisse !

Avec 1540 clients au premier mars 2005, dont 282 neuchâtelois soit les 82 % des médecins neuchâtelois pratiquant à charge de la LAMal, Ctésias maintient sa première place des Trustcenters suisses. Au total plus de 7000 cabinets privés sont reliés à un Trustcenter sur le plan suisse.

### L'envoi électronique des factures

Afin de disposer d'une base de données hautement fiable TrustX exige un très haut niveau de conformité au standard XML des factures qu'il doit traiter. Ces exigences drastiques mais primordiales ont donné beaucoup de fils à retordre aux développeurs de programmes de facturation, occasionnant de nombreux retards dans le transfert des factures. Néanmoins régulièrement de nouveaux fournisseurs de logiciels de facturation franchissent avec succès les tests de validation leur permettant de transmettre rétroactivement les factures Tarmed émises depuis janvier 2004. La liste des fournisseurs de logiciels validés se trouve à l'adresse : [http://www.trustx.ch/f/agenda\\_integration.asp](http://www.trustx.ch/f/agenda_integration.asp).

### Analyses des données

Plus de 1'350'000 factures valides sont enregistrées à fin février 2005, avec un rythme de 130'000 par mois. NewIndex analyse en continu ces données et fournit des chiffres extrêmement fiables, correspondant réellement à la facturation, avec plusieurs semaines d'avance sur ceux relevés par les assureurs. Disposant ainsi d'outils d'analyse performants les groupes de pilotage Tarmed cantonaux et le bureau de neutralité des coûts peuvent anticiper l'évolution des coûts, valider ou corriger les chiffres des assureurs et émettre des recommandations ciblées.

### Le miroir du cabinet

Beaucoup de questions parviennent à Ctésias concernant l'interprétation des chiffres affichés dans le miroir du cabinet. Les principes statistiques utilisés dans les calculs et les choix de données correspondants aux chiffres fournis ne sont pas toujours faciles à comprendre. Pour mémoire, toute la méthodologie statistique et le mode d'emploi du miroir du cabinet sont décrits en détail dans le manuel d'utilisation disponible à l'adresse : <http://www.ctesias.ch/fr/pdf/Manueldutilisateur.pdf> (65 pages!).

### La transmission électronique des factures aux assureurs

La transmission électronique des factures aux assureurs est nécessaire à la levée des limitations de certaines positions tarifaires (ex : 00.0020, 00.0050, 00.0410, etc.). Elle sera obligatoire dès 2006.

Les factures validées déjà transmises à Ctésias sont d'emblée disponibles pour leur transfert. Les tests de validation de toute la chaîne des transferts, du cabinet médical à l'assureur, ont abouti, permettant de planifier la phase de transferts à grande échelle pour le premier semestre 2005.

Dr P. Schläppy