



Public Med

Centre Hospitalier de Mouscron

N° 14

PUBLICATION DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

SEMESTRIEL - PARUTION FÉVRIER 2023

Une approche transversale de l'allergologie | p. 4-5

La lithotripsie en cardiologie interventionnelle | p. 6-7

Les précieuses données de l'isocinétisme | p. 8-9

La chirurgie thoracique à la pointe | p. 10-11

QUOI DE NEUF ?

ARRIVÉ(E)S

Dr Sébastien BERTONI, chirurgien spécialiste en chirurgie générale et digestive a rejoint l'équipe des chirurgiens spécialistes en chirurgie générale et digestive : Dr G. Curca, Dr D. Heuker

Docteur Edwige BOULET, médecin spécialiste en hématologie, a rejoint l'équipe des oncologues et hématologues : Dr J D'haese, Dr N. Nols et Dr M. Rojas

Docteur Louis HUSTIN, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, a rejoint l'équipe des chirurgiens orthopédistes : Dr M. Bertrand, Dr B. Gadsseux, Dr J.R. Laurent, Dr B. Mengal et Dr. E. Sabogal Fuccz

Docteur Emma JACQUIER, médecin spécialiste en gynécologie, a rejoint l'équipe des gynécologues : Dr U. Gilleman, Dr J. Radikov et Dr V. Ryckoort

Docteur Catalina-georgiana MURARIU, médecin spécialiste en pédopsychiatrie

Docteur Noémie KLIPPER DIT KURZ, médecin spécialiste en diabéto-endocrinologie a rejoint l'équipe des endocrinologues : Dr M. Morisca Gavriiliu, Dr M-C Negrea, Dr P. Oriot

Docteur Nahima RIZOUG, a rejoint l'équipe des anesthésistes : Dr C. Bekono Zoa, Dr W. Bruyneel, Dr C. Dransart, Dr D. Kamidi, Dr D Rome et Dr K. Russel

Docteur Fredy PUENTES COLLAZOS, médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, a rejoint l'équipe des médecins physiques et réadaptation : Dr J. Horta et Dr I. Walther

Docteur Tracy VANDERGRAESEN, médecin spécialiste en rhumatologie, a rejoint l'équipe des rhumatologues : Dr M.Doyen, Dr S.Lefebvre, Dr Y. Pottiez



DÉPARTS

Docteur Cucer, pédiatre, a cessé ses activités au CHM

Docteur Job, anesthésiste, a cessé ses activités au CHM

Docteur Khodr, anesthésiste, a cessé ses activités au CHM

Docteur Loumaye, gynécologue, a cessé ses activités au CHM

Docteur Medjahed, anesthésiste, a cessé ses activités au CHM

Docteur Noguera, oncologue, a cessé ses activités au CHM

Docteur Nosedá, chirurgien orthopédiste, a cessé ses activités au CHM Comines

Docteur Roobaert, psychiatre, a cessé ses activités au CHM

QUOI DE NEUF ?



PubliCHMed est une publication du CHMouscron, Avenue de Fécamp, 49 - 7700 Mouscron
www.chmouscron.be

Éditeur responsable : Grégoire LEFEBVRE, Avenue de Fécamp, 49 - 7700 Mouscron

Coordination : Sophie SCHRAEN (Responsable de Communication), Sophie DEWAELE (Chargée de communication)

Conception graphique et réalisation : Imprimerie Parmentier - Christelle Watelet

Illustrations : CHMouscron, Adobe Stock, Shockwave Medical, AZ Groeninge

Rédaction : CHMouscron et Candice LEBLANC, Journaliste rédactrice indépendante

Collaborateurs : G.Lefebvre, Dr. S.Vintila, Dr. A.Sourgkounis, M.Devaux, Dr. E.Yoshihara Dr. M. Janssen



Une coopération transfrontalière au coeur du nouveau laboratoire d'anatomo-pathologie !

En novembre 2022, nous partageons un moment festif et convivial avec les équipes médicales et paramédicales de notre communauté transfrontalière à l'occasion de la mise en œuvre des nouvelles installations du laboratoire d'anatomo-pathologie. C'était l'occasion de les remercier et de les féliciter pour l'état d'esprit constructif et l'approche hautement professionnelle dont ils ont fait preuve dans le cadre de ce projet aux techniques complexes.

Le laboratoire d'anatomie pathologique n'est que très peu exposé, il s'agit d'un service discret et même peu connu d'une institution hospitalière, il est même souvent ignoré du grand public et pourtant... Il est un élément essentiel dans la prise en charge multidisciplinaire des patients atteints de maladies cancéreuses.

Depuis le début des années 90 et même un peu avant, les hôpitaux de Tourcoing et de Mouscron se sont concertés et ont mis en évidence un certain nombre de complémentarités. Les accords locaux de l'époque se sont peu à peu transformés en accords internationaux plus formalisés donnant naissance ensuite aux ZOAST (Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers). Les solutions administratives globales et de remboursement qui aident le citoyen à bénéficier de soins de part et d'autre de la frontière franco-belge ont permis la mise en place d'un laboratoire « commun » avec le CHRoubaix dont les installations principales sont situées sur le site du CHMouscron.

Le CHMouscron bénéficie d'un service de laboratoire d'anatomo-pathologie de pointe faisant partie de l'expertise de son dispositif complet multidisciplinaire de prise en charge des maladies cancéreuses. Ce laboratoire partage cette expertise avec le CHTourcoing depuis plusieurs années.

Suite à diverses difficultés rencontrées au sein du laboratoire du CHRoubaix, une collaboration entre le CHRoubaix et le CHMouscron a été envisagée en 2018. Une convention de collaboration a été signée et mise en œuvre. Les laboratoires ont directement travaillé ensemble et après une préparation minutieuse et des échanges réguliers entre les deux équipes pour l'harmonisation des pratiques professionnelles, le basculement d'une partie de l'activité d'anatomie pathologique a été effectuée en septembre 2022 au moment où le CHMouscron avait terminé l'aménagement d'un plateau technique flambant neuf permettant aux équipes de travailler tous ensemble dans un environnement de grande qualité avec des technologies ultra modernes. C'est dans le cadre d'un chantier plus vaste que le laboratoire d'anatomo-pathologie du CHMouscron a trouvé une nouvelle place dans le complexe hospitalier. En effet, l'extension du service des urgences, du service des soins intensifs, du service de radiothérapie et de l'hospitalisation chirurgicale de jour engendraient un déplacement du laboratoire qui devait également trouver un espace plus important. Ce travail de collaboration a permis d'étudier une optimisation de la répartition des équipements des deux laboratoires dans un nouvel environnement complexe en matière de traitement de l'air et des déchets chimiques.

Les activités de ce service pourront dans un futur proche évoluer vers une prise en charge efficiente et qualitative en matière de cytologie en couche mince et de biologie moléculaire tout en avançant dans des projets de numérisation, un enjeu majeur pour l'avenir.

Le Centre Hospitalier de Mouscron peut être fier de l'évolution de son service d'anatomie-pathologie au travers cette collaboration qui contribue à augmenter encore son expertise en matière de prise en charge des maladies cancéreuses. Nous remercions toutes nos équipes pour leur collaboration et leur professionnalisme permettant d'offrir des services de qualité aux citoyens de notre région.

Une approche transversale de l'allergologie



En attendant la création officielle d'une clinique de l'allergologie en 2023, le CHMouscron propose déjà une équipe multidisciplinaire et des soins transversaux en allergologie adulte et pédiatrique.



L'allergie est une pathologie pouvant toucher différents organes et entraîner un tableau clinique varié. Raison pour laquelle il est nécessaire de l'aborder de façon transversale. Au CHMouscron, l'équipe d'allergologie est composée de pneumoallergologues, bien sûr, mais aussi des dermatologues, des ORL, d'une pédiatre et d'une infirmière spécialisée. « Nous avons toutes un tropisme en allergologie », explique la Dr Sabina Vintila, pneumo-immunoallergologue. « En règle générale, les patient.es rencontrent d'abord l'infirmière en allergologie qui fait une anamnèse infirmière et réalise des tests spécifiques (des EFR et/ou des tests cutanés). Ensuite, ils sont reçus par l'allergologue pour discuter les résultats et des traitements envisageables. Dans certains cas (allergie médicamenteuse, alimentaire ou patient.e asthmatique présentant plusieurs symptômes, etc.), il arrive que nous les voyions avant pour discuter et expliquer les tests envisageables. »

Quels tests pour les allergies ?

Les tests cutanés sont l'examen de première intention pour identifier le ou les allergènes responsables des symptômes.

- Les tests cutanés les plus utilisés sont les « pricks tests ». Ils consistent à déposer une goutte d'allergène sur la peau et à mettre celui-ci en contact avec les cellules du derme avec la pointe d'une lancette à usage unique. Le résultat est connu en 15 minutes. Le prick-test peut être réalisé avec des pneumoallergènes,

des trophallergènes (aliments) ou encore des médicaments (pénicilline, anti-inflammatoires, anesthésiques, etc.). Dans ce dernier cas, le ou la patient.e est installé.e en chambre pour y être surveillé.e de près.

- Le test épicutané ou patch-test est posé dans le haut du dos pendant 48 heures. Il est proposé par la dermatologue en cas d'eczéma (allergies de contact aux dermocosmétiques, conservateurs, etc.).

Pour une allergie alimentaire ou médicamenteuse, si l'anamnèse est compatible, mais que les examens de première intention sont négatifs, un test de provocation orale ou injectable peut être envisagé. Là aussi, le ou la patient.e est installé.e en chambre, à l'Hôpital de jour, et est exposé.e à l'allergène suspecté en doses croissantes sous stricte surveillance médicale. Des prélèvements biologiques spécialisés peuvent aussi être réalisés.

Notons que le bilan sanguin est rarement indiqué. « Son rôle est tout à fait secondaire, voire contreproductif », estime la Dr Vintila. « En effet, l'analyse de sang peut être positive malgré l'absence de symptômes et, souvent, ça peut conduire à une "étiquette" d'allergie non existante. Il n'est pas rare que nous corrigions certains diagnostics erronés, car basés sur une prise de sang ! »

Quand la peau ne « parle » pas... ou trop !

Les prick-tests sont très bien tolérés et peuvent être réalisés dès l'âge de 6 mois, voire plus tôt en cas d'allergie alimentaire (aux protéines de lait, par exemple).

Quand la peau ne « parle » pas... ou trop !

Les prick-tests sont très bien tolérés et peuvent être réalisés dès l'âge de 6 mois, voire plus tôt en cas d'allergie alimentaire (aux protéines de lait, par exemple).

« Certains traitements empêchent la peau de "parler" », explique Dr Vintila. « Les antihistaminiques, les corticoïdes, la codéine ou encore certains sirops contre la toux doivent donc être arrêtés dix jours avant les tests – cinq pour les crèmes à base de cortisone. Quant aux traitements immunosuppresseurs, ils rendent caducs les tests cutanés allergiques. »

Il arrive aussi que certaines peaux ne réagissent pas normalement aux tests cutanés allergiques. « Il y a des peaux "a-réactives", particulièrement chez les seniors. À l'inverse, des affections comme l'urticaire chronique idiopathique ou le dermatographisme rendent la peau hyper-réactive. Dans ces cas, les tests ne sont pas concluants non plus. »



Zoom sur les allergies alimentaires pédiatriques

Le plus fréquent motif de consultation en allergologie pédiatrique concerne les allergies et intolérances alimentaires. À la différence des adultes – chez lesquels on observe une rupture définitive de la tolérance – chez les enfants, il s'agit plutôt d'un manque de tolérance. La preuve : dans près de 90 % des cas, ils dépassent les allergies au lait, aux œufs et aux poissons (les plus fréquentes) en grandissant. En attendant, les jeunes patient.es sont soumis.es à des régimes d'éviction – en cas d'allergie au lait de vache, la mère allaitante doit aussi cesser d'en consommer – et, le cas échéant, à un protocole d'induction à la tolérance : on (ré)introduit l'allergène petit à petit dans l'alimentation.

Les traitements contre les allergies

Le traitement d'une allergie dépend de(s) allergène(s), de la fréquence et/ou de la sévérité des réactions.

- Quand c'est possible, l'**éviction** est bien entendu la première mesure à mettre en place. « Dans le cas des allergies alimentaires, une consultation avec la diététicienne est parfois nécessaire », précise l'allergologue. « Pour adapter l'alimentation, bien sûr, mais aussi pour bien comprendre les notions d'allergies croisées, de classe d'aliments et/ou pour apprendre à lire correctement les étiquettes et les notices, car certains allergènes sont parfois bien cachés ! »
- Souvent, un ou plusieurs **traitements symptomatiques** (topique, oculaire, nasal ou systémique) sont prescrits.
- En termes de **traitements étiologiques** – de « désensibilisation » –, les immunothérapies allergéniques spécifiques concernent les pneumallergènes (acariens, pollens, phanères d'animaux, certaines moisissures, etc.) et les venins de guêpe et d'abeille (hyménoptères).
- Le **traitement prophylactique** de la récurrence est réservé aux allergies sévères à haut risque (les venins d'hyménoptères, par exemple). Les patient.es concerné.es se voient remettre une trousse d'urgence contenant un stylo auto-injecteur d'adrénaline, un aspire-venin, des corticoïdes et des antihistaminiques. Ils doivent toujours l'avoir sur eux et reçoivent, pour ce faire, des attestations pour pouvoir la prendre en cabine lorsqu'ils voyagent en avion, par exemple.

En pratique

- Le secrétariat de pneumologie-allergologie (route 554) est accessible de 8 h à 16 h au +32 (0)56 85 87 50 ou par mail : secretariat.pneumo@chmouscron.be
- Les patient.es peuvent prendre rendez-vous pour une consultation en allergologie, soit par téléphone au +32 (0)56 85 82 00, soit via le formulaire en ligne sur www.chmouscron.be

La lithotripsie en cardiologie interventionnelle

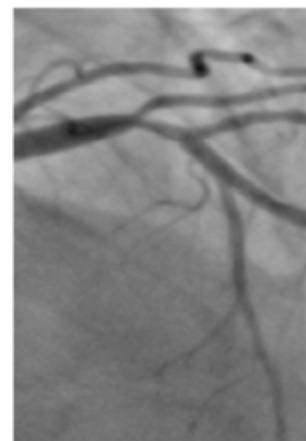


Depuis quelques mois, les trois cardiologues interventionnels du CHMouscron utilisent la lithotripsie dans certaines angioplasties. Cette technique, utilisée depuis longtemps en urologie, présente en effet plusieurs avantages.

Dans la maladie athéromateuse, à la longue, les dépôts de cholestérol dans la paroi artérielle peuvent se calcifier. Et si une sténose survient, lors d'une tentative de revascularisation coronaire percutanée par pose de stent, cette calcification peut poser plusieurs problèmes. « Il est difficile de manœuvrer et d'avancer notre matériel dans une artère calcifiée qui, par définition, est plus rigide », explique le Dr Angelos Sourgkounis, cardiologue interventionnel au CHMouscron. « Dans de rares cas, il arrive même que la quantité de calcium soit si importante que le stent s'abîme au passage. Et quand nous arrivons à le faire passer jusqu'au site choisi, sa bonne expansion et, par conséquent, le degré de revascularisation de l'artère sont également compromis par la calcification. »

Les anciennes techniques

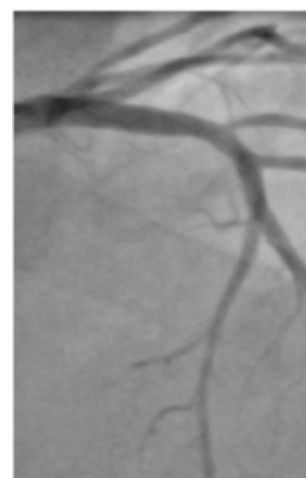
Quand l'imagerie endocoronaire révèle une calcification artérielle problématique – ce qui, heureusement, n'est pas le cas de toutes les patient.es éligibles pour un stent – les cardiologues interventionnels doivent d'abord intervenir sur ces plaques calciques. « Nous avons longtemps utilisé des ballons de haute pression, mais les résultats étaient décevants, car le dispositif dilatait plutôt la partie saine de l'artère », commente le Dr Sourgkounis. « Nous pouvons aussi utiliser l'athérectomie rotationnelle (1). Plus compliquée, elle prend davantage de temps et présente un risque plus élevé des complications, comme la dissection. De plus, il y a aussi le risque que des microdébris induisent une embolisation distale. Depuis quelques mois, nous privilégions donc la lithotripsie intracoronaire. »



Avant le traitement



Pendant le traitement



Après le traitement



Principe de la lithotripsie intracoronaire

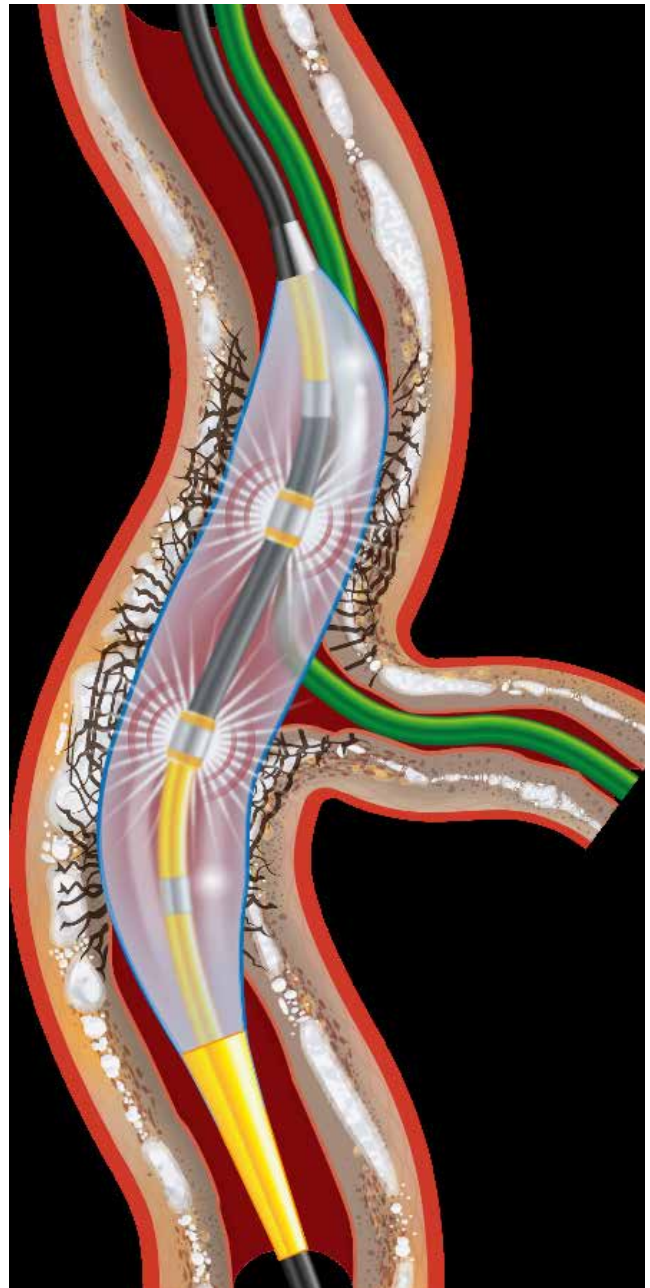
Cette technique est utilisée depuis plus de trente ans en urologie pour casser et dissoudre les calculs rénaux. Depuis peu, la lithotripsie est entrée dans l'arsenal thérapeutique de la cardiologie interventionnelle pour fracturer le calcium. Le principe est relativement simple. Il s'agit d'un ballonnet d'angioplastie qui contient deux micros émetteurs entourés de fluide. Un influx électrique provoque une étincelle qui, par vaporisation, va générer de microbulles dans le fluide du ballonnet. La genèse et la déflagration de ces microbulles entraînent alors une onde acoustique qui va « frapper » la plaque calcique et la fracturer. « Contrairement à l'athérectomie rotationnelle, il n'y a pas de débris avec cette technique, car ceux-ci restent derrière la paroi vasculaire, un peu comme un vase que l'on casse à l'intérieur d'un tissu. Le cas échéant, le cathéter peut passer sans encombre en "écrasant" les débris calciques contenus derrière la paroi vasculaire et, une fois sur site, le stent peut s'y déployer correctement. »



Avantages et limites de la lithotripsie

La lithotripsie n'ajoute que 5 à 10 minutes à l'angioplastie. Le cardiologue sait que le système a délivré assez d'ondes aux plaques calciques quand l'artère se dilate facilement par la suite. La fluoroscopie permet d'ailleurs de vérifier l'expansion du stent. La tomographie en cohérence optique (OCT) intracoronaire ou l'échographie intracoronaire (IVUS) permet aussi de bien visualiser les tissus.

« Les contre-indications à la lithotripsie sont les mêmes que pour l'angioplastie (2) », explique le Dr Sourgounis. « Quant aux complications (dissection ou perforation de l'artère), elles sont possibles, mais encore plus rares qu'avec les techniques anciennes. Celles-ci ont toutefois encore leur place. Il restera toujours des cas où le ballon de lithotripsie ne peut pas passer à cause d'une sténose trop étroite. Dans ce cas, on peut combiner l'athérectomie rotationnelle dans un premier temps, puis la lithotripsie dans un second temps. »



En pratique

Le service de cardiologie se situe route 590 et est joignable durant les heures ouvrables au +32 (0)56 85 81 30. Courriel : consultation.cardiologie@chmouscron.be.

La prise de rendez-vous en cardiologie se fait soit par téléphone au +32 (0)56 85 82 00, soit via le formulaire en ligne sur www.chmouscron.be

Notes

1. Cette technique d'angioplastie utilise une fraise et consiste en une abrasion de la plaque calcifiée. Ce qui permet ainsi de diminuer le volume de la plaque athéromateuse responsable du rétrécissement artériel.
2. C'est-à-dire une coagulopathie, une anatomie non favorable des coronaires, une inhabilité à suivre un traitement antiplaquettaire, etc.

Les précieuses données de l'isocinétisme



Le service de kinésithérapie du CHMouscron dispose d'un dynamomètre isocinétique. Cet appareil permet toute une série de mesures précises, très utiles dans l'évaluation et la rééducation. Maxence Devaux, kinésithérapeute, nous explique la plus-value de cet appareil.

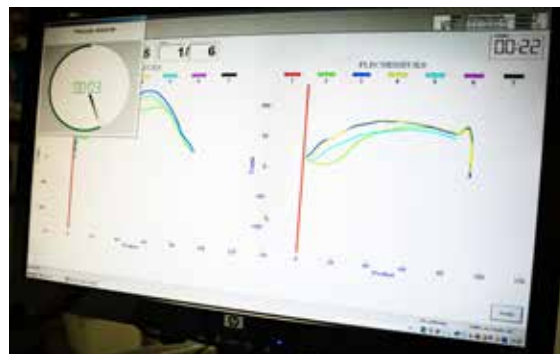
Tout d'abord, qu'est-ce que l'isocinétisme et comment le dynamomètre permet-il d'induire ce type de mouvement ?

Maxence Devaux : « L'isocinétisme se définit comme un mode de contraction à vitesse constante avec une résistance autoadaptée, qui permet d'obtenir un effort maximal tout au long du mouvement. Pour ce faire, l'axe central du dynamomètre est relié à un ordinateur par un bras de transmission rempli de capteurs. La personne initie un premier mouvement et la machine lui renvoie un degré de résistance proportionnel à la force déployée. Et, bien sûr, enregistre toutes les données relatives à l'ensemble des mouvements. »

Que pouvez-vous mesurer avec cet appareil ?

« Plusieurs mesures sont possibles, en fonction de la localisation de la lésion. La plus utilisée est le moment de force maximale dans le mouvement (exprimé en newton/mètre) que le ou la patient.e est capable de développer. Une force qui, en concentrique, s'exerce au maximum en milieu de mouvement, alors qu'en excentrique (1), elle se déploie plutôt à la fin. Cette donnée peut nous fournir des informations précieuses :

- Le ratio entre les muscles agonistes et antagonistes. Exemples : les muscles fléchisseurs et extenseurs du genou, les rotateurs interne et externe de l'épaule, etc. Si ce ratio n'est pas normal, cela peut expliquer certaines pathologies comme les lésions musculaires.
- Les différences bilatérales permettent de comparer les performances du membre lésé et du membre sain, en tenant compte de la dominance droitier/gaucher. Ces différences sont notables après une intervention chirurgicale, par exemple, et permettent de vérifier dans quelle mesure le membre lésé récupère.



- La force relative en fonction des caractéristiques de la personne (son âge, son poids, son genre, son niveau d'activité physique, etc.) permet aussi de pondérer la force développée des deux côtés. Est-ce cohérent par rapport aux données obtenues ?

D'autres ratios et mesures spécifiques à chaque type d'articulation peuvent aussi être évalués. La puissance en watt ou le travail en joule sont aussi intéressants pour évaluer les performances sportives lors d'un entraînement, par exemple.

Dans tous les cas, le dynamomètre traduit instantanément ces différentes mesures dans des graphiques. Rien qu'en examinant les formes des courbes, on repère d'un coup d'œil les anomalies (courbes dégradées, cassures, etc.), ce qui permet parfois de localiser précisément la lésion. »



Dans la pratique clinique, quel est l'intérêt de l'isocinétisme ? À qui ces tests s'adressent-ils et dans quels contextes ?

« Au CHMouscron, l'isocinétisme peut poursuivre quatre types d'objectifs.

- **Évaluer la fonction musculaire** – plus particulièrement un déséquilibre musculaire – grâce aux données que nous venons d'évoquer. En effet, celles-ci permettent d'évaluer précisément les répercussions fonctionnelles d'un syndrome fémoropatellaire (rotule), d'un problème de rotateurs d'épaule, des conséquences de la pose d'une prothèse du genou, etc.
- **Évaluer l'efficacité de la rééducation.** En effectuant un bilan isocinétique au cours de la rééducation, nous pouvons nous assurer de l'efficacité de celle-ci et l'adapter, au besoin.
- **La rééducation proprement dite.** Le dynamomètre isocinétique peut aussi faire partie intégrante du protocole de rééducation. Nous avons ainsi des programmes excentriques sous-maximaux, très utiles en cas de déchirure musculaire ou de tendinopathie, par exemple. Nous mesurons le côté sain puis nous faisons faire le même exercice au membre lésé, mais à un pourcentage (bien) moindre. Au-delà d'une certaine force, la machine bloque. Ce qui permet de rééduquer en toute sécurité.
- **Établir des critères de reprise** de l'activité physique. C'est courant après une plastie d'une rupture des ligaments croisés antérieurs du genou, par exemple. Nous effectuons un premier test trois mois et demi après l'intervention. Tant que le déficit est supérieur à 40 %, aucune activité sportive n'est autorisée. Entre 20 et 40 %, les patient.es peuvent recommencer à trotter, puis à courir. Entre 10 et 20 % de déficit, les sports de pivot peuvent être repris. Et quand on passe sous la barre des 10 %, les patient.es peuvent aussi reprendre les sports de contact. » (2)



Pour la petite histoire...

À l'origine, le premier dynamomètre isocinétique a été mis au point aux États-Unis, à la demande de la NASA qui souhaitait évaluer l'atrophie musculaire des astronautes après leur séjour dans l'espace.

Concrètement, comment se passe une séance sur le dynamomètre isocinétique ?

« Nous commençons toujours par un petit échauffement : 5 à 10 minutes sur un vélo, par exemple, et quelques étirements. Ensuite, le ou la patient.e est installé.e sur le siège de la machine, selon un degré d'inclinaison et de rotation bien précis.

Une fois le membre à évaluer en position sur le dynamomètre, la personne effectue une quinzaine de contractions pour se familiariser avec la machine et la sensation. Puis, place au test proprement dit qui dure une vingtaine de minutes – 10 minutes pour chaque membre. Enfin, nous analysons les résultats et les introduisons dans le dossier médical du ou de la patient.e. »

En pratique

Le service de kinésithérapie se situe route 172 et est accessible du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 18 h.

Le secrétariat est joignable de 8 h à midi et de 13 h 30 à 16 h. Tél. : +32 (0)56 85 88 10. Courriel : secretariat.kine@chmouscron.be

Note

1. Un mouvement est dit concentrique quand les points d'insertion musculaire (attachés à l'os) se rapprochent. Dans le mouvement excentrique, ces mêmes points s'éloignent.
2. Le dynamomètre isocinétique permet aussi d'évaluer le risque de blessures chez les sportifs en début de saison ou encore d'évaluer l'efficacité d'un traitement pour une myopathie, mais il n'y a actuellement pas de demande dans ce sens au CHMouscron.

La chirurgie thoracique à la pointe

Chaque année, une petite centaine de patient.es bénéficient d'une chirurgie thoracique au CHMouscron. Un secteur en constante évolution grâce aux progrès des techniques chirurgicales.



Autrefois, quasi toutes les interventions chirurgicales thoraciques impliquaient une thoracotomie, soit une incision d'une quinzaine de centimètres. Une opération lourde et douloureuse pour les patient.es. Heureusement, le développement de la chirurgie par thoracoscopie vidéoassistée (VATS) dans les années 90 a permis une approche beaucoup moins invasive de l'exploration pleurale et des interventions associées.

Les avantages de la VATS « triportale » – c'est-à-dire à trois incisions – par rapport à la thoracotomie ont été documentés dans de nombreuses études : des taux de complications postopératoires diminués, une mobilisation plus précoce des patient.es, des durées d'hospitalisation et de réhabilitation plus courtes, etc.

Une incision au lieu de trois

En 2011, le Dr Gonzalez-Rivas franchit une étape supplémentaire en pratiquant la première thoracoscopie « uniportale » qui s'impose désormais comme le « standard of care ». « Le chirurgien pratique une incision de 3-4 centimètres dans l'espace intercostal, à travers laquelle il passe la caméra et les instruments », explique la Dr Emi Yoshihara, chirurgienne thoracique au CHMouscron. « Comme il n'y a plus qu'une seule incision au lieu de trois, les douleurs postopératoires et les risques d'infection de plaie sont diminués d'autant, de même que les risques de pneumonie. » En effet, auparavant, les patient.es qui venaient de subir une chirurgie pulmonaire avaient souvent peur de respirer profondément et à fortiori de tousser – en bonne partie à cause des douleurs. Les poumons, particulièrement dans leur partie inférieure, n'étant pas assez bien ventilés, ils devenaient un environnement propice aux infections. « Comme ils ont moins mal avec l'approche uniportale, ils respirent et toussent mieux », explique le Dr Mikhael Janssen, chirurgien thoracique au CHMouscron. « De plus, nous utilisons l'anneau-écarteur Alexis en plastique et silicone – l'équivalent du trocar en chirurgie abdominale – qui protège les tissus mous et prévient mieux les risques de nécrose. Surtout, cet écarteur ne tire pas sur les côtes comme celui utilisé pour une thoracotomie. La douleur pour les patient.es est donc moindre. »



VATS ou thoracotomie ?

Cancers, pneumothorax, épanchement pleural, adénopathies médiastinales, fracture costale nécessitant la pose d'une plaque, de vis et d'un drain... Aujourd'hui, la VATS a largement supplanté la thoracotomie dans quasi toutes les indications de chirurgie thoracique, y compris dans les contextes oncologiques. « Parfois, à cause de la localisation et/ou de la taille de la tumeur, on doit se résoudre à opérer par thoracotomie, mais c'est devenu rare », explique la Dr Yoshihara. « Presque tout peut se faire par thoracoscopie "uniportale", quitte à s'y reprendre à plusieurs reprises pour enlever tout le lobe ou le poumon malade. » « Nous essayons toujours de ne faire qu'une seule incision », ajoute le Dr Janssen. « Mais, parfois, nous devons en ajouter une autre pour rendre la chirurgie plus facile tout en évitant une thoracotomie. »

Suivi et points d'attention postopératoires

À l'instar de n'importe quelle chirurgie, les sites d'incision sont surveillés de près. Les patient.es reçoivent des injections quotidiennes d'héparine pendant 20 jours pour prévenir le risque de thrombophlébite en cas de cancer. Et les chirurgien.nes les revoient 2 à 4 semaines après l'intervention.

Quelles que soient l'indication et la technique choisie, toute résection chirurgicale va forcément diminuer la fonction pulmonaire. Surtout chez les patient.es âgés et/ou obèses. La kinésithérapie respiratoire est donc également systématique. Les séances commencent à l'hôpital et se poursuivent pendant plusieurs semaines au domicile ou en ambulatoire. « Il arrive aussi que nous prescrivions de la kiné en amont de l'intervention, quand la fonction respiratoire du ou de la patient.e n'est pas top, pour la stimuler », explique le Dr Janssen. « En effet, même par voie "uniportale", il faut une assez bonne fonction respiratoire pour pouvoir supporter l'intervention », rappelle la Dr Yoshihara.

Formation continue

Si la chirurgienne a d'emblée été formée à la thoracoscopie « uniportale » durant sa spécialisation de chirurgie, le Dr Janssen a quant à lui passé neuf mois dans un centre de chirurgie thoracique aux Pays-Bas pour se familiariser avec la nouvelle technique. « Pour les médecins de ma génération, qui ont appris à manier la VATS à trois incisions, il faut s'habituer aux gestes et aux instruments de l'uniportal. On commence donc par des interventions relativement simples, des épanchements pleuraux, par exemple, et quand on se sent assez à l'aise, on passe aux cas plus complexes et aux lobectomies. »

Les chirurgien.nes thoraciques sont habitué.es à cette formation continue. D'ailleurs, il sera bientôt question d'effectuer certaines interventions avec le robot Da Vinci (1) qui nécessite... cinq incisions ! « Je pense que ce sera intéressant pour la dissection des ganglions dans les adénopathies médiastinales notamment, car on les verra beaucoup mieux en 3D », estime le Dr Janssen. Affaire à suivre, donc.

Notes

1. Voir à ce sujet notre édition d'octobre 2021.



Dépister les cancers pulmonaires précoces

Les cancers du poumon de stade 1 sont encore (très) curables, mais ils ne provoquent pas ou peu de symptômes avant des stades plus avancés. Résultat : seul un quart des patient.es oncologiques sont encore opérables lorsqu'ils arrivent en consultation de pneumologie, souvent grâce à des découvertes fortuites. « La pandémie de Covid a provoqué deux phénomènes », constate le Dr Janssen. « D'un côté, de nombreuses personnes ont reporté leurs rendez-vous médicaux. Par conséquent, quand nous les revoyons, nous sommes confronté.es à des tumeurs plus avancées. D'un autre côté, les scanners à dose basse de dépistage pour la Covid ont révélé pas mal de lésions qui, en d'autres circonstances, n'auraient sans doute pas été détectées. Dans tous les cas, il y a un grand intérêt à dépister le groupe de patient.es le plus à risque – c'est-à-dire principalement les (ex) gros.ses fumeur.ses, présentant des antécédents familiaux de cancers – en leur proposant de passer un scanner thoracique vers 50-74 ans, comme cela a d'ailleurs été proposé dans la récente étude Nelson (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1911793>). »

En pratique

- Le service de chirurgie thoracique se situe route 290. La prise de rendez-vous se fait soit par téléphone au +32 (0)56 85 82 00, soit via le formulaire en ligne sur www.chmoucron.be

