

Infos patients – Chirurgie Thoracique

Informations patients chirurgie thoracique

- [Prendre rendez-vous](#)
- [L'équipe](#)
- [Informations patients](#)
- [Vidéo d'information](#)
- [Votre hospitalisation](#)
- [Admission en ligne](#)
- [Enseignement & publications](#)

Les spécialistes du département ont rédigé des fiches d'information dans le but de vous éclairer sur votre pathologie ou les techniques utilisées pour le traitement de celle-ci. Ces fiches complètent l'information orale reçue en consultation.

Les informations sur les techniques d'endoscopie ou de pneumologie peuvent être trouvées sur le site du [département de pneumologie](#).

Pour toute information complémentaire sur les cancers du poumon, vous pouvez également consulter [le site de l'Institut Curie](#)

LES CENTRES EXPERTS DES DÉPARTEMENTS DE CHIRURGIE THORACIQUE ET PNEUMOLOGIE

Le Centre d'Investigation des Tumeurs du Thorax (CITT) fait partie de l'Institut du Thorax et se situe sur le site Montsouris

Plus de 300 patients ont bénéficié du CITT dans l'année 2016

Son objectif : améliorer les délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique des opacités tumorales découvertes sur une radiographie pulmonaire ou un scanner du thorax.

Le contact téléphonique : 01 56 61 61 00

Lors du contact téléphonique de prise de rendez-vous, le patient est orienté vers l'infirmière coordinatrice du CITT qui recueille les données relatives aux examens déjà réalisés. Elle organise une première consultation avec un pneumologue dans les jours qui suivent.

La Consultation d'accueil

Au cours de la première consultation, des orientations diagnostiques sont envisagées en fonction des antécédents du patient et des premiers examens disponibles. Les examens complémentaires nécessaires au bilan sont prescrits.

A l'issue de la consultation, l'infirmière coordinatrice reçoit le patient afin d'organiser sa prise en charge. Elle organise les rendez-vous d'examens complémentaires au sein de l'Institut du Thorax (site Montsouris et site Curie) ou à l'extérieur de Montsouris avec des centres de référence partenaires du CITT. Elle complète les informations concernant le déroulement des différents examens. Elle collige les résultats des examens réalisés et planifie la consultation de synthèse. Elle accompagne et assiste le patient dans ses

démarches administratives.

Lors de la première consultation, le patient reçoit une pochette dans laquelle seront intégrés les explications relatives aux examens, une fiche récapitulant le planning des examens, horaires et lieux des rendez-vous, que ce soit au sein de l'Institut du Thorax ou à l'extérieur. Dans le cas d'un examen prescrit dans un autre établissement, les coordonnées et le plan d'accès sont fournis.

Le bilan

Certains des examens prescrits par le pneumologue seront planifiés au sein du plateau technique de l'Institut du Thorax :

- Sur le site Montsouris : fibroscopie bronchique, explorations fonctionnelles respiratoires, électrocardiogramme, bilan biologique, consultation d'anesthésie, imagerie cérébrale, ponction biopsie transpariétale sous scanner, écho-endoscopie bronchique, échographie cardiaque, échographie des troncs supra-aortiques, coronarographie...
- Sur le site Curie : ponction biopsie transpariétale sous scanner, TEP-18FDG ou scintigraphie pulmonaire

Si nécessaire, l'infirmière coordinatrice propose au patient de se rendre dans un établissement partenaire assurant les mêmes délais rapides de prise en charge et, dans la mesure du possible, proche de son domicile.

La Consultation de synthèse

A l'issue de l'ensemble des examens, un diagnostic est le plus souvent établi. Le patient est revu par le pneumologue pour une consultation de synthèse et est orienté au sein de l'Institut du Thorax soit vers le département Thoracique (Site Montsouris) pour une intervention chirurgicale, soit vers le service d'Oncologie (Site Curie) pour un traitement

médical ou encore vers un autre établissement partenaire en fonction de la pathologie.

Contacts

- Infirmière coordinatrice : Isabelle Baumer
- Pneumologues du CITT : Dr Raffaele Caliandro, Dr Philippe Girard, Dr Jean-Baptiste Stern et Dr Thibault Vieira
- Téléphone : 01 56 61 61 00 / Fax : 01 56 61 62 32 / Courriel : citt@imm.fr.

Fiche mise à jour le 30 décembre 2016



Contact : 01 56 61 62 80

Présentation

Le Centre de Pneumologie Interventionnelle (CPI) de l'Institut Mutualiste Montsouris est composé d'une équipe de pneumologues formés aux techniques diagnostiques endoscopiques modernes, notamment celles utilisant l'échographie endo-bronchique. L'objectif de ces examens est d'améliorer la performance diagnostique des nodules pulmonaires ou des ganglions médiastinaux anormaux.

Le CPI prend également en charge en urgence les obstructions de la trachée et des grosses bronches, qu'elles soient d'origine tumorale ou causées par des corps étrangers. Cette prise en charge peut comporter la pose de prothèses ou stents endobronchiques.

Enfin, le CPI prend en charge les pathologies de la plèvre, en

particulier les pleurésies, par la réalisation de biopsies pleurales, de ponctions diagnostiques et évacuatrices, de pose de drains thoraciques adaptés à l'étiologie de la pleurésie

Fonctionnement du CPI

Le contact téléphonique

Orienté par son médecin traitant, ou pouvant appeler de lui-même, le patient est en contact téléphonique avec l'infirmière ou la secrétaire coordinatrice du **Centre de Pneumologie Interventionnelle**. Celle-ci recueille les données relatives aux examens déjà réalisés, et oriente le/la patient(e) vers le médecin réalisant des examens complémentaires ou vers l'hospitalisation si nécessaire.

La consultation

Pour organiser et programmer ces examens spécialisés, le patient doit être vu en consultation par le pneumologue. Pour les examens nécessitant une anesthésie générale, un rendez vous avec l'anesthésiste suivra la consultation. Dans certains cas, une admission en urgence peut s'avérer nécessaire, sans passer par la consultation.

L'endoscopie spécialisée

La fibroscopie bronchique : réalisée sous anesthésie locale ou générale, elle permet de visualiser l'arbre bronchique proximal et de réaliser des prélèvements (biopsies, analyses microbiologiques). En cas de nodule pulmonaire périphérique, le plus souvent la fibroscopie ne permet pas le diagnostic, il faut donc avoir recours à d'autres examens, notamment l'écho-endoscopie bronchique radiale (mini-sonde).

L'écho-endoscopie bronchique radiale : cet examen réalisé sous AG en ambulatoire permet de biopsier des nodules ou masses pulmonaires qui ne sont pas accessibles par une fibroscopie bronchique « classique », car trop distaux dans

l'arbre respiratoire.

L'écho-endoscopie bronchique linéaire (EBUS) avec ponction ganglionnaire : cet examen réalisé sous anesthésie générale en ambulatoire permet de biopsier des ganglions du médiastin (partie médiane du thorax) qui semblent pathologiques.

La bronchoscopie interventionnelle

Certaines pathologies de la trachée ou des grosses bronches nécessitent une désobstruction en urgence avec éventuellement la pose d'une prothèse. Dans ces cas, une hospitalisation en urgence peut être nécessaire.

Une fausse route par inhalation d'un corps étranger enclavé dans l'arbre bronchique peut également justifier d'une bronchoscopie rigide en urgence.

Les pathologies de la plèvre

Le CPI permet de prendre en charge en consultation ou en courte hospitalisation l'ensemble des maladies de la plèvre.

Réalisation de biopsies pleurales : elles sont parfois nécessaires pour déterminer la nature de la pleurésie. Cela peut être fait en consultation externe sous anesthésie locale, ou parfois au bloc opératoire par thoracoscopie sous anesthésie générale par un chirurgien thoracique.

Pose de drain tunnélisés PleurX® : en cas de pleurésie chronique ou rapidement récidivante, il est parfois nécessaire de poser un drain qui pourra être laissé en place plusieurs semaines si nécessaire. Ces drains sont posés sous anesthésie locale, habituellement lors d'une courte hospitalisation.

Rédacteurs: Dr JB. Stern – Dr R. Caliandro.

Fiche mise à jour le 2 mai 2016

ÉPANCHÈMENT PLEURAL

Niveau de connaissance de l'état de l'expert



Définition :

Également appelé **effusion**, l'épanchement pleural est défini par la présence de fluide entre les 2 feuillets de la plèvre de feuillets viscéral et pariétal et le fluide pleural qui recouvre la face interne de la cage thoracique.

Conséquences : Épanchement peut provoquer une gêne et une douleur lors des efforts respiratoires. Cette douleur peut être appelée **effort**, et due à la compression du poumon par le fluide.



Épanchement pleural dans un hémithorax.

Causes des épanchements pleuraux :

Les épanchements pleuraux peuvent être classés en fonction de leur origine. Les épanchements pleuraux peuvent être classés en fonction de leur origine. Les épanchements pleuraux peuvent être classés en fonction de leur origine. Les épanchements pleuraux peuvent être classés en fonction de leur origine.

Comment faire le diagnostic ?

- Le premier geste est de faire un diagnostic différentiel. Pour cela une simple ponction pleurale peut être réalisée en ambulatoire. Elle consiste à pénétrer en profondeur de façon précise dans le thorax au niveau de la 8ème côte. Il faut pas oublier de faire un diagnostic différentiel avant de faire une ponction pleurale. Il faut pas oublier de faire un diagnostic différentiel avant de faire une ponction pleurale.

[TELECHARGER LA FICHE](#)

PNEUMOTHORAX

Niveau de connaissance de l'état de l'expert



Qu'est-ce qu'un pneumothorax ?

Un pneumothorax survient lorsque de l'air s'échappe du poumon et s'installe entre le poumon et la paroi thoracique dans la plèvre. Cela provoque le collapsus du poumon et une gêne respiratoire. Cela provoque le collapsus du poumon et une gêne respiratoire.



Qu'est-ce qu'une bulle ?

On classe les pneumothorax en deux types :

- Les pneumothorax dit « primaires »** ou « spontanés » : ils surviennent chez des personnes jeunes, sans maladie pulmonaire connue. Ils surviennent chez des personnes jeunes, sans maladie pulmonaire connue.
- Les pneumothorax dit « secondaires »** : ils surviennent chez des personnes âgées, avec une maladie pulmonaire connue. Ils surviennent chez des personnes âgées, avec une maladie pulmonaire connue.

Les différents traitements :

- Comme le pneumothorax est bien toléré et que le poumon se repleine spontanément, il n'est pas toujours nécessaire de traiter le pneumothorax. Comme le pneumothorax est bien toléré et que le poumon se repleine spontanément, il n'est pas toujours nécessaire de traiter le pneumothorax.

[TELECHARGER LA FICHE](#)

NODULE PULMONAIRE

Niveau de connaissance de l'état de l'expert



Définition :

Un nodule pulmonaire est une lésion plus ou moins arrondie de moins de 3 cm de diamètre visible sur les radiographies ou les scanners thoraciques. Un nodule pulmonaire est une lésion plus ou moins arrondie de moins de 3 cm de diamètre visible sur les radiographies ou les scanners thoraciques.



Bilan d'un nodule pulmonaire :

Le bilan d'un nodule pulmonaire est une étape très importante. Il est en général réalisé par un pneumologue ou un radiologue. Le bilan d'un nodule pulmonaire est une étape très importante. Il est en général réalisé par un pneumologue ou un radiologue.

[TELECHARGER LA FICHE](#)

TECHNIQUES CHIRURGICALES

RÉSECTIONS PULMONAIRES MAJEURES
avec l'approfondissement de l'usage de l'endoscopie mini-invasive

Définition :
 Les résections Pulmonaires Majeures (RPM) agissent à l'ablation soit d'une partie d'un lobe pulmonaire (segmentectomie) soit d'un lobe (lobectomie), soit l'ablation d'un poumon entier (pneumectomie).
 Ces opérations sont liées anatomiques car elles nécessitent le contrôle des vaisseaux et de la bronche distale du segment, lobe ou poumon à résecter. Ce sont des interventions plus importantes que les résections dites « petites » (voir la page fiche d'information "Tumeurs pulmonaires").

Lobectomies et segmentectomies
 Le poumon droit comporte 3 lobes (supérieur, moyen et inférieur) et le poumon gauche 2 lobes (supérieur et inférieur). Après une coupe horizontale, les 10 lobes sont divisés en 10 segments. Le volume total d'un lobe est réparti dans certains cas, sous une partie d'un lobe pulmonaire pour être enlevé (Segmentectomie). On représente par exemple un lobe supérieur d'un lobe.





[TELECHARGER LA FICHE](#)

LOBECTOMIES ET SEGMENTECTOMIES PULMONAIRES PAR THORACOSCOPIE
avec l'approfondissement de l'usage de l'endoscopie mini-invasive

Définition :

- **Lobectomie** : C'est l'ablation d'un lobe de poumon (sur la fiche d'information "Tumeurs pulmonaires majeures") pour une tumeur bénigne, une métastase ou une tumeur maligne.
- **Segmentectomie** : C'est l'ablation d'un segment d'un lobe de poumon pour une tumeur bénigne, une métastase ou une tumeur maligne.
- **Lobectomie ou segmentectomie par thoracoscopie** : C'est une intervention faite par une ouverture de thorax, avec une incision plus ou moins large selon les cas, un traitement des vides et une possibilité de prélever le poumon (sur la fiche d'information "Tumeurs pulmonaires majeures").
- **Lobectomie ou segmentectomie par thoracoscopie** : C'est une intervention faite sans ouverture de thorax, sur de petites sections de 7 à 8 cm (tranchée) par lesquelles sont introduites une caméra et des instruments. Sur la fiche d'information "Thoracoscopie", l'intervention peut être ou non réalisée par arthroscopie.





[TELECHARGER LA FICHE](#)

THYMECTOMIE (ABLATION DU THYMUS)
avec l'approfondissement de l'usage de l'endoscopie mini-invasive

Le but de cette fiche est pas d'insister sur les maladies qui nécessitent une thymectomie mais d'expliquer les principes et les modalités de l'intervention. Les enseignements sur les thymomes et tumeurs épithéliales du thymus peuvent être trouvés sur la fiche d'information "Tumeurs épithéliales du thymus et thymomes".

Le thymus
 Le thymus est situé dans une région anatomique appelée le "médiastin antérieur" derrière le sternum, entre les deux bronches. Il est généralement le forme d'un triangle. Le thymus est surtout développé chez l'enfant et chez les jeunes et régresse dans la vie en place des cellules immunitaires. Sa taille diminue progressivement avec l'âge.

Indications de l'ablation du thymus
 Il peut être nécessaire d'enlever le thymus dans deux cas :

- Pour éviter certaines pathologies auto-immunes comme la myasthénie.
- Pour enlever une tumeur développée dans le thymus. Cette tumeur est le plus souvent une tumeur épithéliale bénigne (voir fiche d'information "Tumeurs épithéliales du thymus et thymomes").

But de l'intervention

- **Myasthénie** : le but est l'ablation complète du thymus et de tous les ganglions adjacents.
- **Thymome** : le but est l'ablation complète du thymus, de tous les ganglions adjacents, et parfois des organes de voisinage (sur la fiche d'information "Tumeurs épithéliales du thymus et thymomes").
- **Tumeurs bénignes dans le thymus** : ablation de la tumeur pour des symptômes.

Anesthésie
 L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Même en l'absence de myasthénie, un test avant à la parhéraldine est recommandé pour évaluer le risque de blocage des nerfs du thorax, notamment le nerf récurrent.



[TELECHARGER LA FICHE](#)

CHIRURGIE THORACIQUE ASSISTÉE PAR ROBOT

Pratiqué dans les centres de référence de Thorax, Cancer, Neurologie

Qu'est-ce qu'un robot ?

Plutôt que de robotique, il s'agit d'un système de "télémanipulation", c'est-à-dire d'un système ayant une interface électronique qui répond à distance et de temps réel, à des commandes faites par le chirurgien qui manipule par l'intermédiaire de manettes de commande. La relation entre le chirurgien et le patient passe par une interface dite "tablette tactile" (écran de commande - robot).

Le robot comprend donc :

- Une console de commandes où réalise le chirurgien
- Des bras mécaniques qui portent les instruments chirurgicaux

Quelles opérations sont réalisables avec robot assistance à l'IRM ?

- Des excisions partielles ou totales (lobectomie ou segmentectomie) accessibles à une observation par vidéo télescopée
- La résection des tumeurs de médiastin inférieurs à 5 cm

Aspect technique

La technique opératoire est identique à la chirurgie par thoracoscopie avec les différences suivantes :

- La console de commande est installée par du double de hauteur
- Les bras du robot sont positionnés autour du patient et sont sur les instruments qui sont chargés au cours de l'intervention par un chirurgien externe
- L'opérateur est placé à la console de commande



A. BARDI, C. BARDI, L. SERRI, F. PASTI - IRM - 2014

[TELECHARGER LA FICHE ROBOT](#)

THORACOSCOPIE

Pratiqué dans les centres de référence de Thorax, Cancer, Neurologie

Qu'est-ce qu'une thoracoscopie ?

Une intervention par thoracoscopie consiste à remplacer une large incision thoracotomique et ses conséquences (douleurs musculaires, ecchymose cutanée, risque de complications) par des incisions dites mini-invasives comprises entre 1 et 2,5 cm, de façon à réaliser un compte rendu vidéo. Ces incisions permettent d'introduire dans la cavité pleurale d'un endoscope (ou optique) afin d'observer et aux instruments nécessaires à l'intervention. Pour certains interventions majeures, une incision de sauvetage est tout particulièrement envisagée.

Peut-on réaliser toutes les interventions par cette technique ?

Peuvent être réalisées en vidéo, qu'il s'agisse de tumeurs ou de lésions, toutes des interventions thoracoscopiques, sous réserve de la formation adéquate de l'équipe chirurgicale, de l'équipement approprié du bloc opératoire et du respect des règles de sécurité. La thoracoscopie est utilisée couramment dans les cas suivants :

- SPONDYLOLYSE ET TRAITEMENT DES PNEUMES
- BIOPSIE DU MÉDIASTIN ET CORONARIEN SANS OUVERTURE DE LA PLEURE
- ABLAZON DE CERTAINS MÉTASTES DU PNEUMON
- BIOPSIE DES PNEUMES
- TRAITEMENT DU MÉDIASTIN SUPÉRIEUR
- BIOPSIE DE CERTAINES TUMÉURS
- ABLAZON DE CERTAINES TUMÉURS DU MÉDIASTIN
- ABLAZON DE CERTAINES MÉTASTASES DU PNEUMON

A. BARDI, C. BARDI, L. SERRI, F. PASTI - IRM - 2014

[TELECHARGER LA FICHE](#)

MÉDIASTINOSCOPIE

Pratiqué dans les centres de référence de Thorax, Cancer, Neurologie

Qu'est-ce qu'une médiastinoscopie ?

La médiastinoscopie est l'exploration du médiastin par l'introduction d'un endoscope appelé vidéo-médiastinoscope. Le médiastin est une région anatomique située dans la partie inférieure du thorax, entre les deux plevrures. Cette région comprend le cœur, de nombreux vaisseaux, des ganglions lymphatiques et des ganglions lymphatiques.

But de la médiastinoscopie

Le but principal est de pallier aux ganglions qui ont été ou qui ne sont pas accessibles à l'IRM (IRM Thorax). Ces ganglions peuvent être totaux, mais comprennent une maladie infectieuse ou lymphoproliférative. Les ganglions qui sont étroitement associés à une anastomose pathologique, pour savoir les cas d'adénocarcinome ou de tumeurs de l'œsophage ou d'un tumeur.

Dans le cas des tumeurs bronchiques, la médiastinoscopie est parfois une intervention préalable indispensable pour valider le diagnostic histopathologique.

Actuellement, les indications tendent à se limiter aux ganglions qui ne sont pas accessibles à d'autres techniques qui peuvent être réalisées en ambulatoire : l'exploration thoracoscopique par thoracoscopie ou l'exploration thoracoscopique (ETS), l'exploration thoracoscopique (ETS), l'exploration thoracoscopique (ETS).



A. BARDI, C. BARDI, L. SERRI, F. PASTI - IRM - 2014

[TELECHARGER LA FICHE](#)

INTERVENTIONS SUR LA THYROÏDE

Vos interventions de l'équipe de Thorax (CNCM)




Préparation à l'intervention

Dans le cadre de la chirurgie, votre préparation est nécessaire. Les interventions urgentes sont les rares. Dans certains cas, il est nécessaire de faire un traitement médicamenteux par antithyroïdienne de synthèse et/ou bêta-bloquants pour vous être prêt pour l'intervention.

Consultation préopératoire

Vous serez reçu(e) en consultation par le chirurgien qui réalisera l'intervention et vous devrez lui transmettre les informations nécessaires sur votre intervention. (Méthode de prise de poids, tous les documents en votre possession (radiographies), résultats de ponction, scintigraphie, résultats d'examens sanguins, etc.)

Il est possible d'effectuer et/ou une ponction d'un nodule de la thyroïde en préopératoire, elle sera prise en compte lors de votre consultation.

Dans le cas de l'ajout d'un traitement de fond, il est possible de faire un bilan de préopératoire (glande de la thyroïde) ou l'absence de celui-ci.

L'intervention est réalisée, vous serez convoqué(e) le plus rapidement possible et consulté(e) avec le médecin anesthésiste réanimateur.

Hospitalisation

Vous serez hospitalisé(e) la veille de la chirurgie ou le jour même de l'intervention. Dans certains cas, il est possible de faire la chirurgie à jour et de rentrer à domicile le jour même. Le jour de l'opération est court (de 1 à 2 heures) et il est possible de rentrer à domicile le jour même.

Intervention

La fonction de votre thyroïde, l'ablation totale

- Une ablation totale de la thyroïde est réalisée en ambulatoire le jour de la chirurgie. Le jour de l'opération est court (de 1 à 2 heures).

[TELECHARGER LA FICHE](#)

TRAITEMENT DES DÉFORMATIONS DE LA PAROI THORACIQUE

Vos interventions de l'équipe de Thorax (CNCM)




Définitions

On regroupe sous le terme « déformations de la paroi antérieure du thorax » deux types d'anomalies et leurs variantes :

- Le thorax en entonnoir ou « pectus excavatum »
- Le thorax en gibet ou « pectus carinatum »

I. Le thorax en entonnoir (ou pectus excavatum)

Il s'agit d'une déformation en creux et qui est en creux à la base antérieure du thorax. Le sternum est projeté en arrière par la croissance excessive des cartilages costaux.

C'est une anomalie fréquente (3/100) héréditaire qui prédomine dans le sexe masculin.

Il existe une classification dite « de Clé », du nom de son auteur, qui décrit de façon qualitative les différents types de pectus excavatum. On décrit également ce type d'anomalie en fonction de son caractère asymétrique (comme un « S »). Enfin, il existe une forme dite « thorax en entonnoir » par son caractère asymétrique. La valeur moyenne de ce score est 25.



Classification de Clé

Clé I : Costes dorsales marquées, sternum, pectus, et sternum déviés et déformés.

Clé II : Costes dorsales marquées, sternum.

Clé III : Costes latérales marquées, sternum, pectus, et sternum déviés et déformés.




[TELECHARGER LA FICHE](#)

SYMPHECTOMIE THORACIQUE

Vos interventions de l'équipe de Thorax (CNCM)




A qui s'adresse la Symphectomie Thoracique ?

La symphectomie thoracique s'adresse principalement aux patients souffrant d'hyperhidrose axillaire, des épaules et des mains, et des pieds. Elle est réalisée en ambulatoire. Les autres indications sont les cas de mal de dos chroniques et de douleurs de la tête.

- Certaines hyperhidroses axillaires et/ou faciales involontaires
- Certaines hyperhidroses des mains
- Certaines hyperhidroses des pieds
- Certaines douleurs chroniques de la tête



Comment se déroule une Symphectomie Thoracique ?

L'intervention est une anesthésie générale. Elle est réalisée par thoracotomie, c'est à dire par 3 incisions de 2 à 3 cm. Une incision pour l'introduction d'un endoscope et deux autres pour l'introduction des instruments. Une incision supplémentaire est réalisée en fonction de la technique utilisée. Les autres incisions sont des sites de réalisation d'une cicatrice en Z-plastie.

Suites opératoires

Après l'opération, le patient est placé en salle de soins postopératoires. On doit pouvoir rentrer en ambulatoire pendant les premiers jours. Un traitement antibiotique approprié vous sera administré.

Quels sont les risques d'une Symphectomie Thoracique ?

- Une hyperhidrose compensatoire est à dire une hyperhidrose de compensation dans d'autres parties du corps, souvent dans deux des trois zones. Ce phénomène touche en général les parties du corps suivantes : les pieds, les mains, les bras et les jambes. Il est possible de faire un traitement par laser ou par traitement médicamenteux. Il est possible de faire un traitement par laser ou par traitement médicamenteux.

[TELECHARGER LA FICHE](#)

MARQUAGE CHIRURGICAL SOUS ENB ELECTROCOAGULATION BRONCHIQUE

Unité d'Oncothorax de l'Institut du Thorax



Pour le patient, une alternative chirurgicale pour contrôler le cancer précoce d'un nodule pulmonaire ou pour le patient à risque de sa taille ou parfois de sa localisation profonde dans le poumon, le chirurgien peut avoir besoin de se repérer afin de réaliser l'intervention à bon compte.

Ce repérage se réalise soit par une ponction avec scanner ou sous électrocoagulation bronchique (EB) guidée par une cartographie de la plèvre recréée par un logiciel dédié (sans ou avec l'aide d'un marquage fluorescent lors d'interventions).

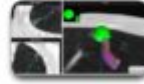


Cette fiche d'information explique cette procédure de repérage.

Principes

Le point de repérage bronchique ou l'identification de la procédure est réalisée par le chirurgien. Elle consiste à vérifier sur une reconstruction 3D le trajet et l'axe direct pour repérer la tumeur en passant par les bronches.

Le jour de votre intervention, au bloc opératoire, sous anesthésie générale, vous serez placé dans un appareil électrocoagulateur. Grâce à la cartographie virtuelle pré-établie, une navigation est réalisée jusqu'au nodule. Une injection de 0,5 ml de colorant préférentiel est alors réalisée pour réaliser un marquage de la tumeur.



La durée de la procédure est en moyenne de 20 minutes.

[TELECHARGER LA FICHE MARQUAGE](#)