

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

PATHOLOGIE

CANCER DU POUMON

EDU-CANCER BRONCHOLOGUE PRIMAIRE

www.institutcurie.fr/medecins

Définition :

Le terme de cancer désigne une prolifération anormale de cellules. Les cancers sont situés au niveau respiratoire (cancer à l'origine du sang).

Comme tout les tumeurs de notre organisme, le cancer peut atteindre les poumons et notamment les bronches. On parle de cancers bronchiques (ou broncho-pulmonaires) primaires, en opposition avec les métastases (secondaires) d'un cancer d'une autre origine (mélanome, prostate, etc.).

Les cancers du poumon sont des tumeurs géantes et rares, ils sont le 4^{ème} cancer en termes d'incidence (17000 nouveaux cas par an) mais le premier en termes de mortalité. L'incidence du cancer de poumon (en particulier des cancers bronchiques primaires) varie globalement en augmentation (ils augmentent chez les femmes et commencent à diminuer chez les hommes qui restent cependant les plus touchés). Les cancers du poumon sont le cancer le plus fréquent chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes.

On parle de cancers bronchiques au pluri car il existe plusieurs types de cancer de poumon répartis en deux grandes familles : les carcinomes à cellules squameuses et les adénocarcinomes et les cancers bronchiques à petites cellules et les carcinomes à cellules neuroendocrines. Les tumeurs et les symptômes sont différents.

Quels sont les facteurs de risque du cancer du poumon ?

Le tabac est le facteur de risque le plus fréquemment cité. Son importance est renforcée si durant l'enfance il existe des tumeurs ou si l'on a fumé pendant longtemps. Après, même un « petit fumeur » régulier pendant de nombreuses années présente un risque de cancer du poumon. Plus de 85% des cas de cancer du poumon sont dus à des cancers bronchiques primaires. Les autres cancers du poumon sont dus à des métastases de cancers d'autres localisations. L'importance de ces métastases varie selon le type de cancer d'origine. L'importance de ces métastases varie selon le type de cancer d'origine.



[TELECHARGER LA FICHE](#)

BILAN PRÉOPÉRATOIRE AVANT UNE CHIRURGIE D'EXERCISE DE TUMEUR PULMONAIRE

www.institutcurie.fr/medecins

Cette fiche résume les principales données qui doivent être évaluées avant une intervention pour tumeur du poumon. Certains de ces examens sont également indiqués pour d'autres types d'interventions thoraciques. Le bilan préopératoire comporte plusieurs examens pour être sûr de la taille de la tumeur. En effet lorsque le diagnostic de cancer de poumon est établi, seuls 25% des patients pourront être opérés, soit parce que le tumeur est découverte à un stade trop avancé, soit parce que l'état du patient n'est pas compatible avec une intervention chirurgicale.

Il est indispensable de disposer des éléments pour :

- Avoir une évaluation complète, c'est-à-dire permettant l'évaluation de l'état de la tumeur
- Réduire les risques pour l'opération de la tumeur

Le bilan préopératoire d'une tumeur du poumon comporte deux parties distinctes :

- Des examens visant à déterminer la taille et le stade de la tumeur (bilan de la tumeur). Par exemple, le tumeur est-elle limitée aux ganglions de voisinage ou s'est-elle diffusée à distance (méastases) ?
- Des examens visant à déterminer si votre état général et votre fonction respiratoire et cardiovasculaire sont compatibles avec une intervention chirurgicale.

Organiser le bilan préopératoire et gagner du temps est proposé par le Centre d'Investigation des Tumeurs du Réseau ESCC de l'INM. Il s'agit d'un consensus de 2016 de 2016.

1 - Le bilan de la maladie

LES EXAMENS RADIOLOGIQUES

Tumeur Primaire

Le scanner en coupe de base (spineux)

- Déterminer l'aspect et les dimensions de la tumeur
- Déterminer son rapport avec les ganglions voisins
- Déterminer éventuellement les métastases d'adénocarcinomes (bilan de base) ou de carcinomes à petites cellules (bilan de base)



[TELECHARGER LA FICHE](#)

TUMEURS EPITHÉLIALES DU THYMUS ET THYMOMES

www.institutcurie.fr/medecins

Les tumeurs épithéliales du thymus sont rares. Elles représentent 20% des tumeurs du médiastin. Elles sont classées en deux groupes : les thymomes et les thymocarcinomes.

- Les thymomes, il s'agit le plus souvent de tumeurs encapsulées (bien délimitées). Ces thymomes sont généralement bénignes et sont de bon pronostic.
- Les thymocarcinomes, qui sont des tumeurs plus agressives.

Ces tumeurs sont souvent portées des anticorpes directs de diagnostic thérapeutique qui sont élevés dans une certaine mesure (notamment pour les thymocarcinomes). Elles sont classées en deux groupes : les thymomes et les thymocarcinomes. Elles sont classées en deux groupes : les thymomes et les thymocarcinomes.

Les tumeurs épithéliales du thymus sont souvent découvertes de façon fortuite lors de la réalisation d'un examen d'imagerie demandé pour un autre motif. Elles sont parfois associées à une maladie auto-immune (myasthénie ou à une maladie auto-immune qui sont les caractéristiques de la tumeur pré-opératoire.

Diagnostic

Le diagnostic repose principalement sur le scanner de thorax.

Le scanner de diagnostic est généralement effectué sur le scanner, une intervention d'urgence, sans diagnostic histologique et en général préopératoire.

Le diagnostic est généralement établi par examen histologique, réalisé sur le tissu excisé de la tumeur ou sur une tumeur métastatique, comme par exemple un lymphome. Il est possible de compléter le bilan par d'autres examens (IRM, PET/CT) afin de réaliser une biopsie sous contrôle local, sous contrôle radiologique, afin d'établir une intervention adéquate.

Bilan

Le bilan comprend :

- Une série de tests caractéristiques de la tumeur et de son extension éventuelle à distance (général et local).

[TELECHARGER LA FICHE](#)

ÉPANCHÈMENT PLEURAL

Niveau de connaissance de l'état de l'expert en médecine



Définition :

Également appelé **épanchement**, 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 gêne est pour l'essentiel appelée **essoufflement** et due à la compression du poumon par le fluide.



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.

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 6^{ème} côte. Il faut être attentif à faire d'abord une ponction pleurale pour ne pas faire de pneumothorax. Si l'analyse du liquide est normale, il faut être attentif à faire d'abord une ponction pleurale pour ne pas faire de pneumothorax.



[TELECHARGER LA FICHE](#)

PNEUMOTHORAX

Niveau de connaissance de l'état de l'expert en médecine



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 peut être fatal.



Qu'est-ce qu'une bulle ?

On classe les pneumothorax en deux types :

- Les pneumothorax **primaires** ou **spontané** : ils surviennent chez des jeunes adultes sans cause connue.
- Les pneumothorax **secondaires** : ils surviennent chez des personnes atteintes d'une maladie pulmonaire chronique.

Les différents traitements :

- Comme le pneumothorax est bien toléré et que le poumon se réexpande spontanément, il n'est pas toujours nécessaire de traiter.
- Si le pneumothorax est mal toléré ou s'il est associé à une maladie pulmonaire chronique, il faut le traiter.



[TELECHARGER LA FICHE](#)

NODULE PULMONAIRE

Niveau de connaissance de l'état de l'expert en médecine



Définition :

Un nodule pulmonaire est une lésion plus ou moins arrondie de moins de 3 cm de diamètre visible de façon isolée sur une coupe de scanner thoracique. Les nodules pulmonaires peuvent être bénignes ou malignes.



Bilan d'un nodule pulmonaire :

Le bilan d'un nodule pulmonaire est une situation très fréquente. Il est en général réalisé car l'on craint un cancer. Le bilan d'un nodule pulmonaire est une situation très fréquente. Il est en général réalisé car l'on craint un cancer.



[TELECHARGER LA FICHE](#)

TECHNIQUES CHIRURGICALES

RÉSECTIONS PULMONAIRES MAJEURES
avec l'approfondissement de l'usage du Thorax Vidéo Assisté

Définition :
 Lesectomie Pulmonaire Majeure = Agir sur au moins soit une partie d'un lobe pulmonaire (segmentectomie) soit deux lobes (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, l'ablation pulmonaire à vif. Ce sont des interventions plus importantes que les résections dites « petites » (voir la page fiche d'information "Les petites résections").

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 divisé en 10 segments, donc certains cas, seuls une partie d'un lobe pulmonaire peut être enlevée (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 du Thorax Vidéo Assisté

Définition :

- **Lobectomie** : C'est l'ablation d'un lobe du poumon (sur la fiche d'information "Lesectomie pulmonaire majeure") pour une tumeur bénigne, une métastase ou une tumeur maligne.
- **Segmentectomie** : C'est l'ablation d'un segment d'un lobe du 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 "Lesectomie pulmonaire majeure").
- **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 assistée par robot.




[TELECHARGER LA FICHE](#)

THYMECTOMIE (ABLATION DU THYMUS)
avec l'approfondissement de l'usage du Thorax Vidéo Assisté

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 Epithéliales du Thymus et Thymomes".

Le thymus
 Le thymus est situé dans une région anatomique appelée le "médiastin antérieur". Pendant la croissance, le thymus est le plus développé et se compose d'un épithélium. Le thymus est surtout développé chez l'enfant et chez l'adulte et est important dans la mise en place des défenses immunitaires. Le thymus 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 Epithéliales 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 Epithéliales 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 avant l'induction de l'anesthésie et l'induction de l'anesthésie est programmée en préopératoire.



[TELECHARGER LA FICHE](#)

CHIRURGIE THORACIQUE ASSISTÉE PAR ROBOT

Pratiqué dans les centres de Thorax, d'Urologie et de Gynécologie

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, permettant notamment de contrôler les instruments par l'intermédiaire de commandes 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 de manipulation chirurgicale
- Des bras mécaniques qui portent les instruments chirurgicaux

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

- Des excisions partielles ou complètes (subtotale ou vagotomie) de tumeurs accessibles à une observation par vidéo-télévision
- La résection des tumeurs de médullaire intracraniale 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 patients
- Les bras du robot sont positionnés autour du patient et sont reliés aux instruments de façon rigide au cours de l'intervention par un chirurgien externe
- L'opérateur est placé à la console de commande



© M. Béné, C. Baudouin, E. Serrès, F. Pagan, 2014 - IRM - 2014

[TELECHARGER LA FICHE ROBOT](#)

THORACOSCOPIE

Pratiqué dans les centres de Thorax, d'Urologie et de Gynécologie

Qu'est-ce qu'une thoracoscopie ?

Une intervention par thoracoscopie consiste à remplacer une large incision thoracotomique et ses conséquences (douleurs musculaires, ecchymose cutanée, etc.) par des incisions dites "minimales" ou "portales" qui sont réalisées avec 3 ou 4 cm de diamètre en coupant selon un fil. Ces incisions permettent l'introduction 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 les interventions par thoracoscopie, 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 :

- SPONDYLECTOMIE ET TRAITEMENT DES PLEURÈMES
- BIOPSIE DE LA MÈDULLAIRE CERVICALE SUPÉRIEURE ET DE LA PŒHIE
- ABLAZION DE CERTAINS NŒVUS DE LA PŒHIE
- BIOPSIE DES PŒHIES
- TRAITEMENT DU MÉDULLAIRE CERVICALE
- BIOPSIE DE CERTAINS NŒVUS DE LA PŒHIE
- ABLAZION DE CERTAINS TUMEURS INTRACRÂNIENNES
- ABLAZION DE CERTAINS NŒVUS DE LA PŒHIE CERVICALE SUPÉRIEURE



© M. Béné, C. Baudouin, E. Serrès, F. Pagan, 2014 - IRM - 2014

[TELECHARGER LA FICHE](#)

MÉDIASTINOSCOPIE

Pratiqué dans les centres de Thorax, d'Urologie et de Gynécologie

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 isolés, mais nécessitent une méthode spécifique ou spécifique. L'absence des ganglions qui sont étroitement liés à une anastomose pathologique, permet ainsi de réaliser un diagnostic ou de faire le bilan d'extension d'un tumeur.

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

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 (systématique) par thoracoscopie et l'exploration (systématique) (SIL) pour faire l'information complémentaire.




© M. Béné, C. Baudouin, E. Serrès, F. Pagan, 2014 - IRM - 2014

[TELECHARGER LA FICHE](#)

INTERVENTIONS SUR LA THYROÏDE
Voies d'intervention de l'Institut de Thorax (Paris - Montsouris)

Préparation à l'intervention

Dans le cadre de la prise en charge préopératoire, les interventions urgentes sont les rares. Dans certains malades hyperthyroïdiés, un traitement médicamenteux par antithyroïdiens de synthèse et/ou bêta-bloquants peut avoir été prescrit avant 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 affection :
 - Résultats de toutes les analyses de vos données (biologiques), résultats de ponctions, scintigraphies, résultats d'examen sanguin (etc...)
 - Si une scintigraphie et/ou une ponction d'un nodule de la thyroïde ont été réalisés, elle sera prise en compte lors de votre consultation.
 - Dans le cas contraire, il pourra être nécessaire de faire ponction ou scanner scintigraphique avant l'opération de manière à connaître quel est l'agencement exact des nodules lors de la consultation préopératoire (glande de "thyroïde" ou "parathyroïde").
 - L'intervention est courante, vous serez accompagné(e) le plus souvent ultérieurement et consulté(e) avec le médecin anesthésiste réanimateur.

Hospitalisation

Vous serez hospitalisé(e) la veille de la jour même de l'intervention. Dans certains cas médicaux simples de la thyroïde de la thyroïde, une hospitalisation en unité ambulatoire peut être envisagée. Il n'est pas nécessaire d'être à jeun sauf consigne spécifique (de jeûne ou contraire) le jour de l'opération en fonction de la durée de l'intervention (moins de 1 jour ou plus de 24 heures) et/ou de l'usage d'anesthésie générale.

Intervention

En fonction de votre maladie, l'intervention sera :

- Une résection simple de nodules ou nœuds au sein de la glande thyroïde. Le degré d'extirpation est alors très étendu.

A. Baudouin, C. Baudouin, C. Baudouin, P. Pignatelli, H. Baudouin

[TELECHARGER LA FICHE](#)

TRAITEMENT DES DÉFORMATIONS DE LA PAROI THORACIQUE
Voies d'intervention de l'Institut de Thorax (Paris - Montsouris)

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 s'en creuse à la base antérieure du thorax. Le sternum est projeté en arrière par la croissance excessive des cartilages costaux.
 C'est une anomalie fréquente (3/1000 naissances) 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 l'axe sagittale (en avant ou en arrière du milieu) que l'on observe en décubitus dorsal. Le plan horizontal du thorax par son diamètre antéro-postérieur (sa largeur) est mesuré et est noté E3.

Classification de Clé

Clé I : Costales dorsales moyennes, médianes, postérieures et sternales déviées en avant.
 Clé II : Costales dorsales moyennes, médianes.
 Clé III : Costales latérales, médianes, avec ou sans déviation de la ligne médiane.
 Clé IV : Costales latérales, médianes, avec ou sans déviation de la ligne médiane.



A. Baudouin, C. Baudouin, C. Baudouin, P. Pignatelli, H. Baudouin

[TELECHARGER LA FICHE](#)

SYMPHECTOMIE THORACIQUE
Voies d'intervention de l'Institut de Thorax (Paris - Montsouris)

A qui s'adresse la Symphectomie Thoracique ?

La symphectomie thoracique s'adresse principalement aux patients souffrant d'hyperhidrose axillaire très invalidante et résistante au traitement médical. Les autres indications sont les cas de malades atteints d'hyperhidrose axillaire sévère. Ce sont :

- Certains hyperhidroses axillaires et/ou faciales invalidantes
- Certains onychomaties
- Certains cas de gélules
- Certains patients atteints de syndrome de Raynaud

Comment se déroule une Symphectomie Thoracique ?

L'intervention est une anesthésie générale. Elle est faite 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. Dans de cas simples, une incision est suffisante, à l'inverse dans le cas des cas complexes. Une symphectomie axillaire conventionnelle ou symphectomie axillaire thoracique est possible en cas d'hyperhidrose axillaire. Les cas particuliers, l'hyperhidrose et le syndrome de Raynaud, sont traités en un seul temps.

Suites opératoires

Au total un seul thoracotomie (T3) est faite en deux points séparés. Ce doit être remis en position 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 transpiration excessive dans d'autres parties du corps, surtout dans deux tiers du cas. Ce phénomène touche en général les parties du corps suivantes : les parties inférieures du corps, surtout sur le visage et les bras. Bien qu'il soit plus souvent jugé comme gênant par les patients, ce phénomène est considéré comme handicapant. Vous devez donc compter avec cette situation pour donner votre accord pour l'intervention. Il n'y a pas de traitement médical ou chirurgical.

A. Baudouin, C. Baudouin, C. Baudouin, P. Pignatelli, H. Baudouin

[TELECHARGER LA FICHE](#)

MARQUAGE CHIRURGICAL SOUS ENB ELECTROCOAGULATION BRONCHIQUE

Unité d'Innovation de l'Institut de Cardiologie de Montréal



Pour le patient, une alternative chirurgicale pour contrôler le risque de récidive d'un cancer pulmonaire ou pour le mieux évaluer de sa taille et de sa localisation profonde dans le poumon, le chirurgien peut avoir besoin de se servir des dispositifs innovateurs à fins de marquage.

Ce marquage se réalise soit par une ponction avec scanner ou bien électrocoagulation bronchique (EB) guidée par une cartographie de la plèvre recréée par un logiciel dédié. Cette dernière permet un marquage beaucoup plus d'efficacité.

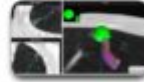


Cette fiche d'information explique cette procédure de marquage.

Principes

Le point de scanner bronchique ou cartographie de la plèvre est réalisé par le chirurgien. Une cartographie est créée sur une reconstruction 3D de la plèvre à l'aide d'un logiciel pour reproduire la forme en passant par les bronches.

Le jour de votre intervention, au bloc opératoire, une anesthésie générale sera faite ainsi qu'un échocardiogramme. Suite de la cartographie virtuelle par ordinateur, une navigation est réalisée jusqu'au marqueur ciblé de 0,5 cm de diamètre préférentiellement en deux sessions pour réaliser un marquage de 1-2 cm.



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

[TELECHARGER LA FICHE MARQUAGE](#)