

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

OU CANCER BRONCHIQUE PERIPHERAL

Fiche d'information de l'Institut du Thorax de Rouen (Centre de référence)

A. Sobolev, S. Esposito, E. Bouvier, E. Jouan, E. Jais, C. Lefebvre, A. Maigne, P. Cottier, F. Gode, C. Hoizey, J. Péro, F. Tostin, M. Tardieu

Définition :

Le terme de **cancer** désigne une prolifération anormale de cellules. Les **adénomes**, qui sont des tumeurs bénignes, peuvent évoluer vers une tumeur maligne.

Comme dans le cas de notre organisme, le cancer peut atteindre les poumons et notamment les bronches. On parle de **cancers bronchiques** ou **broncho-pneumoniques primitifs**, en opposition avec les localisations (secondaires) d'un cancer d'origine autre qu'une tumeur pulmonaire).

Les cancers du poumon sont des **tumeurs graves** : en France, ils sont le 4^{ème} cancer en termes d'incidence (27000 nouveaux cas par an) mais la première cause de mortalité (33000 cas). Le nombre de nouveaux cas par année des cancers bronchiques primitifs (ou globalement par augmentation de la survenue chez les hommes et chez les femmes) est en constante augmentation dans les hommes qui restent cependant les plus touchés (environ deux fois davantage que chez les femmes).

On parle de **cancers bronchiques au stade curatif** car il existe plusieurs types de cancer du poumon adaptés aux différentes formes de tumeurs : les **cancers adénocarcinomes** ou **cancers épithéliaux**, les **carcinomes à petites cellules** ou **carcinomes neuro-ectodermiques** et les **cancers épithéliaux**. Leur évolution et leur traitement 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 surtout accrue lorsque l'on fume depuis longtemps (de 10 à 20 ans), on est consommateur régulier ou ex-fumeur (jusqu'à 30 ans avant de cesser de fumer). Le cancer du poumon est également lié à l'exposition à certains produits chimiques, tels que l'amiante ou le silicium. Les professionnels de santé exposés à la poussière de charbon de bois sont également à risque. Les **carcinogènes** sont les agents qui favorisent le développement de cancers. Certains médicaments, tels que les hormones, sont également à risque.



[TELECHARGER LA FICHE](#)

BIJAN PRÉOPÉRATOIRE AVANT UNE CHIRURGIE D'EXERCISE DE TUMEUR PULMONAIRE

Fiche d'information de l'Institut du Thorax de Rouen (Centre de référence)

A. Sobolev, S. Esposito, E. Bouvier, E. Jouan, E. Jais, C. Lefebvre, A. Maigne, P. Cottier, F. Gode, C. Hoizey, J. Péro, F. Tostin, M. Tardieu

Cette fiche décrit les **examens complémentaires** qui doivent être réalisés avant une intervention pour tumeur de poumon. Certains de ces examens sont également indiqués pour d'autres types d'interventions thoraciques. Le bilan préopératoire comprend souvent plusieurs examens pour faire le point sur le stade de la maladie. En effet, lorsque le diagnostic de cancer du poumon est évoqué, seuls 20% des patients souffrant de cancer, ont connu que le cancer est découvert à un stade très avancé, soit parce que l'état du patient n'est pas compatible avec une intervention chirurgicale.

Il est **indispensable de réaliser des éléments pour :**

- Traiter une opération complexe, c'est à dire permettre l'accès en cobalt de la tumeur
- Réaliser les mesures de sécurité au maximum

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

- Des examens visant à déterminer le volume et le stade de la tumeur (stade de la tumeur). Par exemple : le scanner thoracique avec injection de produit de contraste et le PET-scan.
- Des examens visant à déterminer si votre état général et votre fonction respiratoire et cardiaque permettent cette intervention (stade de votre santé).

Organiser le bilan préopératoire et gagner du temps est l'objectif du Centre d'Investigation des Tumeurs de Rouen (CITR) de l'Institut du Thorax de Rouen (Centre de référence).

I - Le bilan de la maladie

DES EXAMENS RADIOLOGIQUES

Scanner thoracique

Le scanner est l'examen de base. Il permet :

- De déterminer l'aspect et les dimensions de la tumeur
- D'étudier ses rapports avec les organes voisins
- De rechercher d'éventuelles métastases pulmonaires ou ganglionnaires



[TELECHARGER LA FICHE](#)

TUMEURS EPITHÉLIALES DU THYMUS ET THYMOMES

Fiche d'information de l'Institut du Thorax de Rouen (Centre de référence)

A. Sobolev, S. Esposito, E. Bouvier, E. Jouan, E. Jais, C. Lefebvre, A. Maigne, P. Cottier, F. Gode, C. Hoizey, J. Péro, F. Tostin, M. Tardieu

Les tumeurs épithéliales du thymus sont rares. Elles représentent 20% des tumeurs du médiastin (espace anatomique situé entre les deux paires d'os et entre les deux poumons).

- Les **thymomes** : il s'agit le plus souvent de tumeurs épithéliales (origine épithéliale). Ces thymomes sont rares, mais les plus fréquents et les plus agressifs.
- Les **carcinomes épithéliaux**, qui sont des tumeurs plus agressives.

Ces tumeurs sont souvent liées à des problèmes de dérégulation génétique qui sont observés dans une tumeur ou une collection glandulaire normale (comme le thymus), ou l'épithélium de l'œsophage. C'est le cas des tumeurs de l'œsophage, qui sont les plus fréquentes et les plus agressives.

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 (comme le syndrome de Myasthénie Gravis) ou à une maladie auto-immune qui est recherchée dans le bilan préopératoire.

Diagnostic :

Le diagnostic repose principalement sur le scanner thoracique. Lorsque le diagnostic est formellement établi sur le scanner, une intervention chirurgicale, sans diagnostic histologique est en général proposée.

Lorsque le diagnostic n'est pas certain (image atypique), il faut le faire établir de la tumeur ou sur une maladie neuro-musculaire, comme par exemple un lymphome, il est préférable de compléter le bilan par d'autres examens (IRM, PET scan) voire de réaliser une biopsie sous anesthésie locale, sous contrôle scopographique, afin d'établir une histologie fiable.

Bilan

Le bilan comprend :

- Une analyse des caractéristiques de la tumeur et de son éventuel étirement à d'autres organes sur le scanner thoracique.

[TELECHARGER LA FICHE](#)

ÉPANCHEMENT PLEURAL

Tous droits réservés de l'Institut de Recherche Clinique




Définition :

Epanchement pleural : Epanchement pleural est défini par la présence de fluide entre les 2 feuillets de la plèvre (le feuillet externe qui recouvre le poulmon et le feuillet pariétal qui recouvre la cage thoracique).

Conséquences : Epanchement peut provoquer une gêne et une douleur plus une altération respiratoire. Cette douleur peut respirer, appelée dyspnée, est due à la compression du poulmon par le fluide.



Causes des épanchements pleuraux

Les maladies obstruant 2 grands groupes d'épanchements pleuraux : les **insuffisants** et les **transsudats**. Ces derniers regroupent le fluide pleural par défaut de cause Epanchement dans l'une ou l'autre catégorie. Les **insuffisants** sont dus à la structure de liquide par la présence même, entraine une inflammation. Les causes en sont variées : infection de sévère ou de, poulmon, tumeurs de la plèvre ou du poulmon. Dans certains cas, ils sont causés par des **insuffisants**.

Les **transsudats** sont dus au passage de fluide à partir d'autres sites vers le cavité pleurale, par exemple lorsque la pression osmotique dans certains vaisseaux sanguins. Les causes les plus fréquentes sont l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance hépatique ou l'insuffisance rénale.

Comment faire le diagnostic ?

- La première étape est de faire le diagnostic de transsudat ou d'insuffisant. Pour cela, une analyse **ponction pleurale** avec mesurée totale est effectuée. Elle consiste à prélever un échantillon de fluide pleural qui est centrifugé au laboratoire. Si l'échantillon de fluide contient un transsudat, il n'est pas nécessaire de faire d'autres explorations pleurales (sauf si le sujet souffre d'une maladie de la plèvre elle-même, et il faut d'ailleurs être sûr que l'analyse d'un insuffisant, il est important de déterminer le insuffisant (si la pleurésie est responsable, la ponction pleurale permet également de faire une **étude microbiologique** (recherche de cellules anormales) et **des marqueurs** (recherche de microbes).


A. Aguin, D. Boudier, D. Couvry, E. Couvry, C. Lefebvre, A. Maitre, 2019


[TELECHARGER LA FICHE](#)

PNEUMOTHORAX

Tous droits réservés de l'Institut de Recherche Clinique




Qu'est-ce qu'un pneumothorax ?

Un pneumothorax survient lorsque de l'air s'échappe du poulmon et s'installe entre le poulmon et la paroi thoracique dans la plèvre. Cela empêche le poulmon d'être correctement oxygéné et provoque le collapsus du poulmon. Les symptômes sont une douleur thoracique, une gêne à respirer et une toux sèche. Les causes sont variées : elles peuvent être dues à une lésion de la plèvre ou du poulmon, à une infection, à une tumeur, à une maladie génétique ou à une blessure. Les symptômes sont une douleur thoracique, une gêne à respirer et une toux sèche.



Qu'est-ce qu'une bulle ?

On classe les pneumothorax en deux types :

- Les pneumothorax **primaires** ou **spontanéés** : ils sont liés à la présence de **bulles** dans la plèvre. Ces bulles sont des poches d'air qui se forment dans la plèvre et peuvent provoquer un pneumothorax. Elles sont plus fréquentes chez les jeunes hommes non fumeurs. Les causes sont variées : elles peuvent être dues à une lésion de la plèvre ou du poulmon, à une infection, à une tumeur, à une maladie génétique ou à une blessure.
- Les pneumothorax **secondaires** : ils sont le résultat d'une **maladie pulmonaire** appelée **emphysème**, responsable de l'altération de la plèvre et de la formation de bulles. Les causes sont variées : elles peuvent être dues à une lésion de la plèvre ou du poulmon, à une infection, à une tumeur, à une maladie génétique ou à une blessure.

Les différents traitements

- Comme le pneumothorax est bien toléré et que le poulmon est peu douloureux, il n'est pas toujours nécessaire de traiter le pneumothorax.
- Si le pneumothorax est mal toléré ou s'il s'agit d'un pneumothorax de grande taille, il est possible de faire une **ponction pleurale** ou une **thoracotomie**. Ces gestes ont pour but d'évacuer l'air et de permettre au poulmon de se réexpanser.


A. Aguin, D. Boudier, D. Couvry, E. Couvry, C. Lefebvre, A. Maitre, 2019


[TELECHARGER LA FICHE](#)

NODULE PULMONAIRE

Tous droits réservés de l'Institut de Recherche Clinique




Un nodule pulmonaire est une lésion de la plèvre ou du poulmon qui est détectée sur une radiographie ou sur un scanner. Les nodules pulmonaires sont des petites tumeurs qui peuvent être bénignes ou malignes. Les symptômes sont une toux sèche, une gêne à respirer et une douleur thoracique.

Définition :

- Un nodule pulmonaire est une lésion de la plèvre ou du poulmon qui est détectée sur une radiographie ou sur un scanner. Les nodules pulmonaires sont des petites tumeurs qui peuvent être bénignes ou malignes. Les symptômes sont une toux sèche, une gêne à respirer et une douleur thoracique.
- Les nodules pulmonaires sont classés en deux types : les **nodules pulmonaires solitaires** et les **nodules pulmonaires multiples**. Les nodules pulmonaires solitaires sont des tumeurs qui peuvent être bénignes ou malignes. Les symptômes sont une toux sèche, une gêne à respirer et une douleur thoracique.
- Les nodules pulmonaires multiples sont des tumeurs qui peuvent être bénignes ou malignes. Les symptômes sont une toux sèche, une gêne à respirer et une douleur thoracique.



Bilan d'un nodule pulmonaire

Le bilan d'un nodule pulmonaire est une étude des symptômes. Il est généralement réalisé par un médecin généraliste ou un pneumologue. Les symptômes sont une toux sèche, une gêne à respirer et une douleur thoracique. Les symptômes sont une toux sèche, une gêne à respirer et une douleur thoracique.

Les symptômes sont une toux sèche, une gêne à respirer et une douleur thoracique. Les symptômes sont une toux sèche, une gêne à respirer et une douleur thoracique.

Les symptômes sont une toux sèche, une gêne à respirer et une douleur thoracique. Les symptômes sont une toux sèche, une gêne à respirer et une douleur thoracique.


A. Aguin, D. Boudier, D. Couvry, E. Couvry, C. Lefebvre, A. Maitre, 2019


[TELECHARGER LA FICHE](#)

TECHNIQUES CHIRURGICALES

RÉSECTIONS PULMONAIRES MAJEURES

Tout à l'information de l'Institut de Thorax (IAT) - Institut de Recherche en Thorax (IRT)

Définition :

La terme « Résection Pulmonaire Majeure » signifie l'ablation d'une partie d'un lobe pulmonaire (segmentectomie) ou d'un lobe (lobectomie) ou l'ablation d'un poumon entier (pneumectomie).

Ces opérations sont effectuées uniquement sur des tumeurs malignes ou des tumeurs bénignes et de la trachée distales au segment. Elles suppriment le lobe ou le lobe entier. Dans certains cas, seule une partie d'un lobe pulmonaire peut être enlevée (segmentectomie). Elle représente par exemple un tiers ou la moitié d'un lobe.



Lobectomies et Segmentectomies

La pneumectomie comporte 3 lobes (supérieur, moyen et inférieur) et le poumon gauche (2 lobes (supérieur et inférieur). Après une lobectomie, le ou les lobes restants recouvrent progressivement le volume laissé libre par le lobe enlevé. Dans certains cas, seule une partie d'un lobe pulmonaire peut être enlevée (segmentectomie). Elle représente par exemple un tiers ou la moitié d'un lobe.



[TELECHARGER LA FICHE](#)

LOBECTOMIES ET SEGMENTECTOMIES PULMONAIRES PAR THORACOSCOPIE

Tout à l'information de l'Institut de Thorax (IAT) - Institut de Recherche en Thorax (IRT)

Définition :

- **Lobectomie** : C'est l'ablation d'un lobe du poumon (voir la fiche d'information "Lobectomie 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 de 3 à 6 cm (incision) par laquelle sont introduits une caméra et des instruments, sous la fibre thoracoscopique ("thoracoscope"). L'intervention peut être ou non assistée par un robot.




[TELECHARGER LA FICHE](#)

THYMECTOMIE (ABLATION DU THYMUS)

Tout à l'information de l'Institut de Thorax (IAT) - Institut de Recherche en Thorax (IRT)

Ce but de cette fiche est de donner des informations sur les maladies qui nécessitent une thymectomie mais d'expliquer les principes de la réalisation de l'intervention, les renseignements 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". Dès le 3^e ou 4^e mois de la vie, le thymus est le plus gros organe du système immunitaire. Il joue un rôle important dans le développement 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 traiter certaines pathologies auto-immunes comme la myasthénie.
- Pour enlever une tumeur développée dans le thymus. Cette tumeur est le plus souvent une tumeur épithéliale (voir la fiche d'information "Tumeurs épithéliales du thymus et Thymomes").

But de l'intervention

- **Myasthénie** : le but est l'ablation complète du thymus et toutes les cellules saines.
- **Thymome** : le but est l'ablation complète du thymus, de tous ganglions atteints et parfois des organes de voisinage en cas d'envahissement (pneum, fragments de poumon...).
- **Tumeurs bénignes non du thymus** : l'ablation de la tumeur peut être suffisante.

Anesthésie

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Même en l'absence de myasthénie, un bilan complet est généralement réalisé avant l'intervention. Une surveillance particulière est effectuée pendant l'anesthésie.

[TELECHARGER LA FICHE](#)

CHIRURGIE THORACIQUE ASSISTÉE PAR ROBOT

Tous les départements de l'Institut du Thorax de l'Université de Bordeaux

Qu'est-ce qu'un robot ?

Plutôt que de robotique, il serait plus juste de parler de "télémanipulation". C'est le rôle d'un système ayant une mécanique robotique qui reproduit à distance et en temps réel les mouvements réalisés par le chirurgien aux instruments par télémanipulateurs ou manettes de commande. Le robot assure le chirurgien et le patient grâce à une méthode dite "maître-esclave" (commande - robot).

Le robot comprend donc :

- Une console de commande où se trouve le chirurgien
- Des bras mécaniques qui actionnent les instruments chirurgicaux

Quelles opérations sont réalisées avec robot assistance à l'IMM ?

- Les résections pulmonaires (lobes, bronches ou segments pulmonaires) en vidéo assistée
- Les tumeurs médiastinales
- La résection des tumeurs du médiastin inférieure à 3 cm

Aspect technique

Le technicien opératoire est identifié à la chirurgie par thoracoscopie avec les différentes étapes :

- La cavité thoracique est insufflée par du gaz (CO2) de manière à créer une chambre opératoire
- Les bras du robot sont positionnés autour du patient et sont liés au thorax par un système qui permet de les changer au cours de l'intervention par un chirurgien externe
- L'opérateur est assis à la console de commande



A. Ripoll, D. Baudouin, D. Couvret, E. Fournier, C. Laffont, A. Mazière, IMM - Université de Bordeaux

[TELECHARGER LA FICHE ROBOT](#)

THORACOSCOPIE

Tous les départements de l'Institut du Thorax de l'Université de Bordeaux

Qu'est-ce qu'une thoracoscopie ?

Une intervention par thoracoscopie consiste à remplacer une grande incision (thoracotomie) et ses conséquences (douleurs, cicatrices, inconvénients sociaux...) par des incisions de la taille de quelques centimètres réalisées séparément entre le 2^e et le 3^e espace costal et coupées entre les 5^e et 6^e côtes. Ces petites incisions permettent l'introduction dans la cavité thoracique d'un endoscope (ou vidéo) relié à une caméra et aux instruments nécessaires à l'intervention. Pour certaines interventions réalisées, une incision de quelques cm est parfois elle associée.



Peut-on réaliser toutes les interventions par cette technique ?

Presque toutes les interventions, qu'elles soient réalisées en vidéo ou par robot, peuvent être réalisées par thoracoscopie, sous réserve de la formation adaptée de l'équipe chirurgicale, de l'équipement approprié (vidéo, optique) et du respect des règles de sécurité. La thoracoscopie est effectuée classiquement dans les cas suivants :

- DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES PNEUMONIES
- BIOPSIE DES NŒUDS DE CERTAINES TUMEURS DE LA POUMON
- ANALYSE DE CERTAINS NŒUDS DU PNEUMON
- BIOPSIE DU PNEUMON
- TRAITEMENT DU PNEUMOTHORAX
- BIOPSIE DE CERTAINS NŒUDS MĒDIASTINAUX
- ANALYSE DE CERTAINS TUMEURS DU MĒDIASTIN
- ANALYSE D'UN SECOND SÉQUESTRE PNEUMONIQUE D'UN JONC LOMBAIR TUMORAL DU PNEUMON

A. Ripoll, D. Baudouin, D. Couvret, E. Fournier, C. Laffont, A. Mazière, IMM - Université de Bordeaux

[TELECHARGER LA FICHE](#)

MĒDIASTINOSCOPIE

Tous les départements de l'Institut du Thorax de l'Université de Bordeaux

Qu'est-ce qu'une médiastinoscopie ?

La médiastinoscopie est l'exploration du médiastin par l'insertion d'un endoscope après vidéo-thoracoscopie.

Le médiastin est une région anatomique située dans la partie inférieure de la poitrine, entre les deux ossements. Cette région comprend le cœur, de nombreux vaisseaux, des ganglions lymphatiques et des ganglions lymphatiques.



But de la médiastinoscopie

Le but principal est de prélever des ganglions ou des tumeurs ou de scanner ou de biopsier les ganglions ou les tumeurs. Ces ganglions peuvent être isolés, ou accompagner une tumeur (adénocarcinome ou lymphome). Prélever les ganglions qui sont situés au-dessus du diaphragme permet alors de classer un diagnostic ou de faire le bilan pronostic d'une tumeur.

Dans le cas des tumeurs bronchiques, la médiastinoscopie est parfois une manœuvre préalable indispensable pour valider la stratégie thérapeutique.

Actuellement, les indications tendent à se limiter aux ganglions ou ne sont pas accessibles à d'autres techniques qui peuvent être réalisées en vidéo-thoracoscopie ou par thoracoscopie assistée par robot (télémanipulation) (TRUS) (voir fiche d'information correspondante).



A. Ripoll, D. Baudouin, D. Couvret, E. Fournier, C. Laffont, A. Mazière, IMM - Université de Bordeaux

[TELECHARGER LA FICHE](#)

INTERVENTIONS SUR LA THYROÏDE

Une information de l'Institut de Recherche Clinique




Préparation à l'intervention

Dans la plupart des cas, aucun traitement ou préparation sont nécessaires. Les interventions urgentes sont les seules. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'un traitement médicamenteux par antithyroïdiens de synthèse et/ou bêta-bloquants pour vous être prescrit avant l'intervention.

Consultation préopératoire

Vous serez appelé en consultation par le chirurgien qui pratiquera l'intervention et vous donnera les informations nécessaires sur votre intervention. Avant de venir à l'hôpital, apportez tous les documents de votre dossier (échographies), résultats de ponction, sérologies, résultats d'examens sanguins etc. Si une échographie récente vous a permis d'avoir un modèle de la thyroïde en 3D, apportez-le avec vous. Dans de rares cas, il peut être nécessaire de faire connaître un scanner contrasté (avec injection de produit de contraste au point également vous être prescrit lors de la consultation préopératoire) appelé de "ponction" ou "métabolisme". Si l'intervention est confirmée, vous serez convoqué le plus souvent ultérieurement en consultation avec le médecin anesthésiste-généraliste.

Hospitalisation

Vous serez hospitalisé le soir du ou de la nuit même de l'intervention. Dans certains cas, l'hospitalisation est de 1 à 3 jours (dans certains cas, il peut être nécessaire de faire connaître un scanner contrasté (avec injection de produit de contraste au point également vous être prescrit lors de la consultation préopératoire) appelé de "ponction" ou "métabolisme").

Intervention

En fonction de votre maladie, l'intervention sera :

- Une résection simple de nodules en respectant le reste de la glande thyroïde. La durée d'hospitalisation est alors très courte.

[TELECHARGER LA FICHE](#)

TRAITEMENT DES DÉFORMATIONS DE LA PAROI THORACIQUE

Une information de l'Institut de Recherche Clinique




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 carène ou « pectus carinatum »

1. Le thorax en entonnoir (ou pectus excavatum)

Il s'agit d'une déformation vers l'intérieur du sternum et de la cage thoracique. Il est souvent associé à une anomalie de la paroi antérieure du thorax. Le sternum est projeté en arrière par la croissance excessive des cartilages costaux. C'est une anomalie fréquente (1/300) observée surtout prédominante dans le sexe masculin. Il existe une classification dite « de Chén » du nom de son auteur, qui décrit de façon qualitative les différents types de pectus excavatum. On décrit également ce type d'anomalie par un indice de mesure radiologique (comme le BMI). Il faut de plus que les patients aient une gêne fonctionnelle ou esthétique pour leur diagnostic et/ou traitement. La mesure moyenne de cet indice est 2,5.

Classification de Chén

Dans ce cadre, quatre formes principales, incluant, parfois, à leurs extrêmes, les variantes :

Chén I : sternum normal, cartilages costaux hypertrophiés

Chén II : sternum normal, cartilages costaux hypertrophiés, sternon médian fréquemment à une hauteur du niveau du sternum





[TELECHARGER LA FICHE](#)

SYMPATHECTOMIE THORACIQUE

Une information de l'Institut de Recherche Clinique




A qui s'adresse la Sympathectomie Thoracique ?

La sympathectomie thoracique s'adresse principalement aux patients souffrant d'hypertension essentielle, mais également, et de manière de plus en plus fréquente, à des patients souffrant de migraines chroniques. Les autres indications sont les tumeurs et les malformations de la chaîne sympathique. Ce sont :

- Certains hypertendus résistants aux traitements médicaux
- Certains dystrophiques
- Certains vasodilatés
- Certains patients atteints du syndrome de Raynaud



Comment se déroule une Sympathectomie Thoracique ?

L'intervention a lieu sous anesthésie générale. Elle est faite par thoroscopie, c'est-à-dire par 3 micro-tronçons de 3 à 5 mm : une incision pour l'introduction d'un endoscope et deux autres pour l'introduction des instruments. Deux de ces tronçons sont utilisés pour séparer la chaîne dans le dos sous l'assistance des ultrasons, une compression et l'excision du thorax. L'excision est réalisée en un mouvement rapide. Seul un particulier, l'excision est bilatérale et est faite en un seul temps.

Suites opératoires

Au nivel d'un drain thoracique (tubé) est laissé en place pendant quelques heures. Ce drain peut être retiré au moment pendant les premiers jours. Un traitement antibiotique approprié vous sera administré.

Quels sont les risques d'une Sympathectomie Thoracique ?

- Une **hypotension compensatoire** : il s'agit d'une compensation de la baisse de tension dans l'abdomen par le réflexe barorécepteur. Dans tous les cas, ce phénomène touche en général les centres du cortex surrénal, les petites artères, il survient surtout par période de stress. Bien qu'il soit le plus souvent réglé comme une gêne par les médicaments, cependant le considérer comme handicapant. Vous devez avoir compris cette information pour donner votre accord pour l'intervention. Il n'y a pas de traitement médical ou chirurgical.

[TELECHARGER LA FICHE](#)

MARQUAGE CHIRURGICAL SOUS ENB
ELECTROMAGNETISME BRONCHIQUE

Vous allez recevoir de l'information de l'Institut de Recherche en Santé de l'Université de Montréal.



Faire à des points une intervention chirurgicale pour contrôler le cancer pulmonaire est plus sûr. En raison de sa taille ou parce de sa localisation profonde dans le poumon, le chirurgien peut avoir besoin de réopérer afin de réaliser l'intervention à mieux faire.

Ce marquage se réalise soit par une ponction sous scanner soit sous électromagnétisme bronchique (EBB pulmonaire) avec coopération de la pince respiratoire par un concept appelé SBB, ou autrement dit un marquage fluorescent (sans d'indolmine).

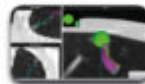


Cette fiche d'information explique cette procédure de marquage.

Principes

À partir du scanner thoracique une planification de la procédure est réalisée par le chirurgien afin d'obtenir la meilleure reconstruction 3D le plus simple pour atteindre la tumeur en passant par les bronches.

Le jour de votre intervention, au site opératoire, sous anesthésie générale, vous serez placé dans un champ électromagnétique stable de la cartographie virtuelle pré-opératoire, une navigation est réalisée pendant laquelle une injection de 0,5 ml de colorant iodé (contrastant) est administrée pour réaliser un marquage de la tumeur.



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

[TELECHARGER LA FICHE MARQUAGE](#)