

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

Vous allez bénéficier d'une thermo-ablation par micro-ondes

d'une (ou plusieurs) lésion(s) pulmonaire(s) par voie endobronchique.

Ce traitement vous est proposé après validation lors d'une réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) incluant chirurgien thoracique, pneumologue, radiologue, radiothérapeute, oncologue et après une consultation d'anesthésie.

De quoi s'agit-il ?

La destruction par micro-ondes consiste à appliquer dans la tumeur des micro-ondes entraînant une agitation locale des molécules d'eau, provoquant un échauffement progressif des cellules tumorales et leur mort.

Comment procède-t-on ?

En salle opératoire hybride (c'est à dire dans un bloc opératoire équipé de matériel d'imagerie permettant la réalisation d'images type scanner ou encore Cone Beam CT ou CBCT), nous procédons à une électro-navigation endobronchique jusqu'à la lésion (ENB, cf fiche information spécifique) puis à la vérification et à l'ajustement de cette navigation sous imagerie CBCT.

La sonde d'ablation est positionnée dans la tumeur et des mesures sont prises pour vérifier que des marges de sécurité suffisantes sont appliquées dans et autour de votre lésion cancéreuse afin de la détruire en totalité. Parfois plusieurs ablations au cours de la même procédure sont nécessaires. Une fois la sonde en bonne position, elle est connectée au générateur, qui fournit l'énergie micro-ondes pour une durée d'environ 10 minutes.

Serai-je conscient lors de l'intervention ?

La procédure est réalisée sous anesthésie générale afin d'éviter tout mouvement. Une voie intraveineuse, à travers laquelle vous serez administrés les médicaments nécessaires,

sera installée. Soyez assuré que tous les efforts seront entrepris pour que vous sentiez le moins de désagréments possibles durant l'intervention et par la suite.

Combien de temps dure l'intervention ?

La durée de la procédure dépend de plusieurs facteurs : le nombre, la taille et la localisation des lésions à traiter et la difficulté éventuelle pour y positionner la sonde d'ablation correctement.

Le temps de thermo-ablation est en lui-même de 10 minutes (par lésion). La durée complète de la procédure est elle d'1h30 à 2h environ.

Vous serez ensuite surveillé en salle de réveil avant de regagner votre chambre d'hospitalisation.

Combien de temps devrais-je rester hospitalisé ?

Votre durée d'hospitalisation est habituellement de 24h en l'absence d'événement indésirable. Un scanner thoracique sera réalisé le lendemain de la procédure (J1) pour contrôler le succès de la procédure.

Quelles complications peuvent survenir pendant et après le traitement ?

Toute intervention sur le corps humain, même conduite dans des conditions de compétence et de sécurité maximales, comporte un risque de complication.

Les complications les plus fréquentes pouvant survenir sont :

- Un pneumothorax : il s'agit d'air entre le poumon et la paroi thoracique dans la cavité pleurale. Il est simplement surveillé si de faible abondance ou sans retentissement pour vous mais peut nécessiter un drainage thoracique si il est important ou symptomatique.

- Un saignement ou hémorragie pendant ou après le geste interventionnel. Elle peut occasionner des douleurs, exceptionnellement une intervention chirurgicale est nécessaire pour l'arrêter.
- Un épanchement liquidien dans la cavité pleurale (pleurésie)
- Une infection pulmonaire de la zone traitée (rare)
- Une complication conduisant au décès est rarissime

Prévenez-nous en cas de douleur persistante ou de signes anormaux tels fièvre, frissons, difficultés respiratoires dans les heures qui suivent la procédure ou dans les premiers jours.

Comment s'effectue le suivi après la procédure ?

Après le retour à votre domicile, l'équipe médico-chirurgicale vous demandera de venir la voir régulièrement lors de visites programmées. Des examens d'imageries réguliers devront être réalisés la première année : à 1 mois, 3 mois, 6 mois, 9 mois et à 1 an. Ces rendez vous se feront en lien avec votre médecin référent s'occupant de votre suivi.

Une seule séance de thermo-ablation par micro-ondes est parfois insuffisante pour vous guérir. La procédure peut être répétée et ne contre-indique pas d'autres traitements complémentaires.

INFORMATION SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES CLINIQUES À DES FINS DE RECHERCHE

Dans la perspective de réaliser ultérieurement des recherches portant sur les techniques chirurgicales, certaines données personnelles et médicales contenues dans votre dossier (telles que âge, principaux antécédents médicaux, examen clinique, durée d'intervention, résultats d'examens complémentaires, techniques utilisées et leurs résultats...) pourront être collectées dans un fichier informatique et analysées à des fins de recherche.

Ces données demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par les médecins qui vous suivent. Ces données seront rendues anonymes (elles seront identifiées par un numéro de code et/ou vos initiales), et aucune donnée ne permettrait votre identification dans des rapports ou publications scientifiques dont cette recherche ferait l'objet.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi du 6 août 2004), vous disposez d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret

professionnel, ainsi que d'un droit d'accès à ces données et de rectification. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit à l'IMM ou, à défaut, auprès du Dr Agathe Seguin-Givelet, responsable du Département de Chirurgie Thoracique et de la confidentialité du traitement informatique de ces données.

INFORMATION SUR LA BASE NATIONALE DE DONNÉES EPITHOR

Nous vous informons que vos données cliniques seront anonymisées et transmises au registre EPITHOR de la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire, registre qui collige de manière obligatoire toutes les interventions de chirurgie thoracique pratiquées en France.

[> Télécharger la fiche en PDF](#)

PATHOLOGIE

ÉPANCHEMENT PLEURAL

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

Définition :

Epanchement pleural, épanchement pleural est défini par la présence de fluide entre les 2 feuillets de la plèvre (la feuille viscérale qui recouvre le poulmon et la feuille pariétale qui recouvre la cage thoracique).

Conséquences : l'épanchement peut provoquer une gêne et une douleur puis une altération respiratoire. C'est difficile pour respirer, appelée dyspnée, est due à la compression du poulmon par le fluide.

Causes des épanchements pleuraux :

Les médecins distinguent 2 grands groupes d'épanchements pleuraux : les exsudats et les transsudats. Des examens biologiques du fluide pleural permettent de classer l'épanchement dans l'un ou l'autre catégorie. Les exsudats sont dus à la réaction de l'organisme par la présence même, en raison d'une inflammation. Les causes en sont diverses : infection du système circulatoire, tumeurs de la plèvre ou du poulmon. Dans certains cas, on trouve aussi des exsudats.

Les transsudats sont dus au passage de fluide à partir d'autres tissus vers la cavité pleurale, par exemple lorsque la pression s'élève 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 l'insuffisance ou d'exsudat. Pour cela, une analyse précise pleurale sous pression locale est suffisante. Elle consiste à prélever un échantillon de fluide pleural qui est centrifugé au laboratoire. Si l'échantillon de fluide conduit à un transsudat, il n'est pas nécessaire de faire d'autres explorations pleurales car il ne s'agit pas d'une maladie de la plèvre elle-même, et il faut commencer par une autre cause (maladie du cœur ou du foie ou du rein).
- S'il s'agit d'un exsudat, il est important de déterminer la maladie pleurale ou pulmonaire responsable. La ponction pleurale permet également de faire une étude microbiologique (recherche de cellules anormales) et bactériologique (recherche de microbes).

PNEUMOTHORAX

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

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 bien poulmoné par l'air. Il faut alors le réinsérer dans la plèvre. Les causes sont diverses : rupture d'une bulle ou d'une lésion vasculaire thoracique, rupture d'un vaisseau, ou un fait par compression du poulmon, provoquant douleur et difficulté respiratoire. Son traitement est indispensable parfois en urgence.

Qu'est-ce qu'une bulle ?

On classe les pneumothorax en deux types :

- Les pneumothorax (ou) « primaires » ou « spontanés » ou « idiopathiques » : ils surviennent en général chez l'adulte jeune, plus souvent de sexe masculin et plus souvent chez des gens de haute taille (grande taille). Le poulmon est le plus souvent sain ou ne présente que de très petites bulles de gaz. Elles sont alors considérées comme la cause des pneumothorax primaires, mais il en est un facteur favorisante.
- Les pneumothorax (ou) « secondaires » : ils sont la conséquence d'une maladie pulmonaire appelée emphyseme, responsable de développement de bulles multiples et parfois nombreuses. La principale cause d'emphyseme est l'exposition à la cigarette.

Les différents traitements :

- Comme le pneumothorax est bien toléré et que le poulmon est peu affecté, le repos simple suffit souvent à faire revenir le poulmon en situation normale.
- Lorsque le pneumothorax est mal toléré ou lorsque le poulmon est très affecté, il faut alors faire un traitement par aspiration ou drainage thoracique. Ce geste est appelé « drainage thoracique » et consiste à

NODULE PULMONAIRE

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

Vous avez un nodule pulmonaire qui a été détecté sur une radiographie ou sur un examen vidéo-microscopique ou par diagnostic par scanner et vous vous demandez ce que cela signifie, voici une fiche d'information destinée à vous aider à comprendre.

Définition :

- Un nodule pulmonaire est une lésion, plus ou moins arrondie, de moins de 3 cm de diamètre situés dans le poulmon. Ils sont de 3 à 5 mm de diamètre, mais de moins de 10 mm de diamètre.
- Une lésion pulmonaire arrondie de moins de 4 mm n'est pas considérée, sauf constatation, comme un nodule. Si on en voit un, on ne s'en souvient pas, mais on s'en souvient pas de son existence.
- Un nodule unique, car le plus souvent, on appelle « nodule pulmonaire isolé » les nodules pulmonaires multiples, sont moins fréquents et peuvent être diagnostiqués différents ou ne s'en souvient pas de son existence. « Nodule pulmonaire ».

Bilan d'un nodule pulmonaire

Le diagnostic d'un nodule pulmonaire est une situation très fréquente. Il est en général facile car il est souvent détecté sur une radiographie ou sur un examen vidéo-microscopique ou par diagnostic par scanner et vous vous demandez ce que cela signifie, voici une fiche d'information destinée à vous aider à comprendre.

Avec les performances des scanners actuels, de plus en plus d'images pulmonaires anormales sont mises en évidence. Il est de plus en plus difficile de distinguer les nodules pulmonaires des autres lésions pulmonaires. Les nodules pulmonaires de type « bénigne » ou « maligne » sont de plus en plus nombreux. Les nodules pulmonaires de type « bénigne » ou « maligne » sont de plus en plus nombreux. Les nodules pulmonaires de type « bénigne » ou « maligne » sont de plus en plus nombreux.

TELECHARGER LA FICHE

TELECHARGER LA FICHE

TELECHARGER LA FICHE

TECHNIQUES CHIRURGICALES

RÉSECTIONS PULMONAIRES MAJEURES

Unité d'Anatomie de l'Institut des Sciences - Université de Bordeaux

Université de Bordeaux
Institut du Thorax
 Centre - Bordeaux

Définition :

On appelle : **Réséction Pulmonaire Majeure** : agresse l'ablation soit d'une partie d'un lobe pulmonaire (**segmentectomie**) soit d'un **lobe** (**lobectomie**) sans lésion d'un pourcentage (**pneumothorax**)

Ces réssections sont dites anatomiques car elles respectent la continuité des vaisseaux et des bronches distales, respectant ainsi l'architecture lobaire (on peut dire : respectant plus l'organisation que les réssections dites **anatomiques** liées à la suppression de la totalité d'un lobe (**lobectomie pulmonaire**)).



Segmentectomie : résection d'un segment

Lobectomies et Segmentectomies

La pneumonie du compartiment 3 lobes (supérieur, moyen et inférieur) est le pourcentage 2 lobes (supérieur et inférieur). Après une lobectomie, le ou les lobes réséqués se regroupent progressivement le volume initial (despite le lobe réséqué). Sans contact car, seuls une partie d'un lobe pulmonaire peut être réséqué (**segmentectomie**). (On peut dire par exemple : au lieu de la totalité d'un lobe).



Poumon gauche



Poumon droit

TELECHARGER LA FICHE

LOBECTOMIES ET SEGMENTECTOMIES PULMONAIRES PAR THORACOSCOPIE

Centre d'Innovation des Techniques de Résection Pulmonaire



Centre d'Innovation des Techniques de Résection Pulmonaire

Définitions :

- **lobectomie** : C'est l'ablation d'un lobe du poumon (voir la fiche d'information "Vidéo : pulmonectomie totale") pour une tumeur bénigne ou une métastase ou une tumeur maligne.
- **segmentectomie** : C'est l'ablation d'un segment du 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 incision du thorax, avec une caméra (plus ou moins angulaire) ou le vide, et instrumentés des ciseaux et une possibilité de passer le poumon (voir la fiche d'information "Vidéo : pulmonectomie totale").
- **lobectomie ou segmentectomie par thoracotomie** : C'est une intervention faite par ouverture du thorax, par de petites incisions de 3 à 60 mm (souvent) par lesquelles sont introduits une caméra et des instruments. (voir la fiche d'information "Thoracoscopie"). L'intervention peut être ou non réalisée par un robot.



une résection en coin



une résection de segmentaire

TELECHARGER LA FICHE



THYMECTOMIE

[LABORATION DU THYMUS]

Nécessite l'information du Collège des Médecins Généralistes

Le but de cette fiche n'est pas d'indiquer aux médecins qui n'observent une thymectomie mais d'expliquer les principes du mode opératoire de l'intervention, ses indications et les dynamiques et tumours associées. Les thymus peuvent être trouvés sur la fiche d'information "Tumeurs épithéliales du Thymus et Thymomies".

Le Thymus

Le thymus se situe dans une région anatomique appelée le "cervico-thoracique", derrière le sternum entre les deux pectoraux. Il prend la forme d'un plateau. Le thymus est une tumeur développée à l'intérieur des os qui a pour un rôle important dans la mise en place des défenses immunitaires. Ce rôle diminue progressivement avec l'âge.

Indications de l'ablation du thymus

Il n'est ni nécessaire d'abaisser le thymus dans deux cas :

- Pour traiter certaines pathologies neurologiques comme la *myasthénie*.
- Pour enlever une tumeur développée dans le thymus. Cette tumeur est le plus souvent une *tumeur épithéliale thymique* mais l'ichu d'information "Tumeurs épithéliales du thymus et thymomies".



But de l'intervention

- **Myasthénie** : le but est l'ablation complète du thymus et du tissu gréleux adjacent.
- **Thymomies** : le but est l'ablation complète du thymus, de tissu gréleux adjacent, de parties des organes de voisinage en cas d'envahissement (pneum, diaphragme ou pectoraux...)
- **Tumeurs bénignes** (cystes du thymus) : l'ablation de la tumeur peut être suffisante.

Anesthésie

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Même en l'absence d'une myasthénie, un bilan complet de la fonction neuromusculaire est effectué avant l'intervention. Le patient est donc sous surveillance neuromusculaire tout au long.

TELECHARGER LA FICHE

Qu'est-ce qu'un robot ?

Plus que de robotique, il s'agit précisément de ce qu'on appelle l'"*intéranimation*", c'est-à-dire d'un système ayant une certaine autonomie qui reproduit à distance et en temps réel les mouvements, imprimés par le chirurgien aux instruments par l'intermédiaire de manettes de commande. La relation entre le chirurgien et le patient passe par une machine dite "*main-esclave*" (comme dit commande - robot).

le robot comprend donc :

- une cascade de commandes ou travail le mûrger
- des bas mécaniques qui portent les instruments chirurgicaux

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

- cap. structurilor publicitare: magazine (fără servicii de îngrijenire) și servicii de îngrijenire
- la structurile de turnare și modelare: servicii de îngrijenire

Aspect technique(s)

La technique opératoire est identique à la chirurgie par hystérocopie avec ses différentes variantes :

- La cavité thoracique est soustraite par la diaphragme de la cavité
- Les vaisseaux du péricarde sont positionnés autour du péricarde et sont sous les instruments qui sont changés au cours de l'intervention par un chirurgien expérimenté
- L'opérateur est situé à la droite du patient



THORACOSCOPIE

Qu'est-ce qu'une thoroscopie ?

Une intervention par fibroscope consiste à remplacer une sonde stentée (fibroscopie) et ses conséquences (action manuelle, placement des côtes...), par des côtes dont la validité est comparée selon les interventions entre 1 et 2 ans, et donc la mesure est comparée entre 1 et 2. Ces côtes valent pour correspondre à l'introduction dans la cavité pleurale. Un fibroscope (ou optique) est une caméra et ses instruments nécessaires à l'intervention. Pour certaines interventions chirurgicales, une incision de quelques cm dans le thorax est associée.

Peut-on réaliser toutes les interventions par cette technique ?

Respecter les instructions, qu'elles soient relatives aux procédures, peuvent être élaborées par l'orthoptiste, sous réserve de la formation adaptée de l'équipe chirurgicale, de l'équipement approprié du bloc opératoire et du respect des règles de sécurité. La formation est affilée couramment dans les cas suivants:

- [illegible]

MÉDIASTINOSCOPIE

Qu'est-ce qu'une médiastinoscopie ?

La similitudine con gli escherichioni sta nel fatto che l'eteromorfismo è un
processo che avviene all'interno della cellula stessa.

La médulla est une région anatomique située dans la partie médiane du thorax, entre les deux paires de côtes. Cette région comprend le cœur, les vaisseaux sanguins, les nerfs et les ganglions lymphatiques.



But de la médiastinoscopie

Sur tout principalement de préserver des ganglions ou ont été vivus sur le scanner ou sur la chirurgie au 400 (Bre Scar). Ces ganglions peuvent être isolés, ils accompagnent une tumeur maligne ou favorable. Préserve les ganglions, qui sont ensuite analysés en anatomie pathologie, permet selon les cas d'établir un diagnostic ou de faire le bon d'extension d'une tumeur.

Dans le cas des tumeurs lymphatiques, la médecine oncologie est partie une intervention précoce indépendante pour obtenir la stratégie thérapeutique.

Actuallement, les indicateurs tendent à se limiter aux graphiques qui ne sont pas accessibles à d'autres techniques qui peuvent être réalisées en amontature : *logiques techniques* par *l'analyse de* *l'information technique* (SRI) (voir types d'information correspondants).



TELECHARGER LA FICHE ROBOT

[TELECHARGER](#) [LA](#) [FICHE](#)

TELECHARGER LA FICHE

Il est à noter que les cas, surtout relatifs à la préparation des documents, les interventions urgentes sont les plus nombreux. Dans certaines maladies (hypertension, diabète, traitement médicamenteux par anticoagulants de synthèse ou les statines) peut aussi être prescrit avant l'intervention.

Consultation delimitaciones

Il est très recommandé de consulter par le chirurgien qui pratiquera l'intervention et vous donnera les informations nécessaires sur votre intervention.

Merci de venir à assister tout les documents en votre possession (photographés), résultats de sondage, commentaires, résultats d'ouvrages saignés etc.)

Si une nouvelle échographie révèle une présence d'un nodule de la thyroïde ou d'un kyste, elle vous sera prescrite lors de votre consultation.

Deux de ces cas, il peut être nécessaire de faire pratiquer un schéma conceptuel avec l'inspecteur de santé. Ce schéma est un outil d'aide à la décision qui permet de visualiser les liens entre les différents éléments d'un système.

produit de corrosion ou peut également vous être fourni lors de la consultation préliminaire (liste de 'produits' ou 'matériaux').

Si l'intervention est confirmée, vous serez convoqué(e) à l'été suivant, directement en consultation avec le médecin anesthésiste-chirurgien.

Hospitalization

Mais cette hospitalité n'est-elle pas pour moi-même de l'incivilité. Dans certains cas (même simple de la mort de la thymite), une hospitalisation en unité ambulatoire peut être envisagée. Mais pas nécessaire d'être à jour seul compte épidémiologique (35), tout est particulier, la durée d'hospitalisation est courte : de 1 semaine (même myxodacromite) à 1 ou 2 (thymodacromite torse).

Interventions

En función de estas cuestiones, proponemos una

- Une autre des causes du diabète est un excès de la glande thyroïde. La durée d'hyperthyroïdisme est alors très courte.

Definitions

On regroupe sous le terme « déformations de la paroi antérieure du fœtus » deux types d'anomalies et leur

- La strada en strombolio cu = picut de scurta durat
- La strada en strombolio cu = picut de scurta durat

1. Le thorax en entonnoir (ou pectus excavatum).

Il s'agit d'une déformation « en chapeau » ou « en corset » de la paroi antérieure du thorax : le sternum est projeté en avant sur la croissance excessive des cartilages costaux.

Cost one premium lifetime TVSO insurance! (no premiums due to you)

Il existe une classification des « de l'ère », de nord à son sud, qui reflète la façon qualitative ou différente types de points standards. On obtient également ce type d'analyse par un index de mesure sociologique (comme le IMI, l'index de Haller qui les classe en fonction du diamètre transversal du corps par son diamètre antérieur postérieur. La valeur moyenne de cet index est 15.

Downloaded by:  University of Twente

Other popular genres include modern romance, a host of sub-genres of science-

CDR-9 : L'activité normale des activités domestiques



A qui s'adresse le Sympathectomie Thoracique ?

Les autres indications sont très rares et relèvent d'une décision au cas par cas. Consultez :

- Certaines hypertrichosies isolaires des membres inférieurs
- Certaines de prégnance
- Certaines canaliculaires
- Certaines focales situées au syndrome de Klinefelter



Comment se déroule une Sympathectomie Thoracique ?

L'intervention a été sous anesthésie générale (le nez fermé par masquage), c'est-à-dire par l'incision de 5 à 6 mm, une incision pour l'introduction d'un endoscope et deux autres pour l'introduction des instruments. Deux de ces incisions sont situées sous l'aisselle. Le troisième était le dos sous l'épaule. Une gastrostomie ou une conversion en Jejunostomie (incision du jejunum) est possible en cas d'obstruction intestinale (au cas particulier, l'intervention est réalisée et se fait en un seul temps).

Suites opératoires

Au lieu d'un drain thoracique 2-étagé est laissé en place pendant quelques heures. Ce drain peut entraîner un écoulement constant ou intermittent de sang. Un traitement antibiotique approprié vous sera administré.

Quels sont les risques d'une Sympathectomie Thoracique ?

- **Interprétation et comparaison** : Il est difficile une transposition de la transposition dans d'autres parties du corps, surtout dans tous les cas. Ce génodrome touche en général les parties du corps suivantes : nez, poitrine, coudes, épaule, surtout les articulations de cheville. Bien qu'il soit le plus souvent jugé comme une gêne par les patients, certains le considèrent comme favorable. Vous devez aussi compiler cette information pour donner votre accord pour l'intervention. Il n'y a pas de traitement médical ou chirurgical.

TELECHARGER LA FICHE

TELECHARGER LA FICHE

TELECHARGER LA FICHE

A photograph of a modern building with a curved facade, partially obscured by flowering cherry trees in the foreground. The building has a white, curved section and several windows. The cherry trees have pink blossoms and green leaves. The sky is blue.