

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

ÉPANCHEMENT PLEURAL

Tous les documents de l'Institut de Veille Médicale




Définition :

Epanchement pleural, épanchement pleural est défini par la présence de fluide entre les 2 feuillets de la plèvre (le feuillet viscéral qui recouvre le poulmon et le feuillet pariétal qui recouvre la cavité interne de la cage thoracique).



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

Causes des épanchements pleuraux

Les maladies obstruent 2 grands groupes d'épanchements pleuraux : les accidents et les tumeurs. Des causes physiologiques de fluide pleural par rupture de cause Epanchement dans l'une ou l'autre catégorie.

Les accidents sont dus à la structure de la plèvre par la plèvre elle-même, entraînant une inflammation. Les causes en sont diverses : infection de la plèvre ou du poulmon, tumeurs de la plèvre ou du poulmon. Dans certains cas, on trouve une cause évidente.

Les tumeurs sont dues au passage de fluide à partir d'autres sites vers la cavité pleurale, par exemple lorsque la pression élevée 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 tumeur ou d'accident. Pour cela, une anamnèse précise (histoire des symptômes) et un examen physique sont nécessaires. Il faut aussi évaluer le caractère aigu ou chronique. Si l'épanchement de fluide est à un tumeur, il faut pas nécessaire de faire d'autres explorations pleurales (sauf si le diagnostic est évident) car il n'y a pas d'une maladie de la plèvre elle-même, et il faut d'abord s'en occuper.
- Il s'agit d'un accident, il est important de déterminer le caractère aigu ou chronique responsable. La ponction pleurale permet également de faire une étude cytologique (recherche de cellules anormales) et bactériologique (recherche de microbes).

[TELECHARGER LA FICHE](#)

PNEUMOTHORAX

Tous les documents de l'Institut de Veille Médicale




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 (ce qui empêche le poulmon d'être comprimé lors d'un inspiration). On parle de pneumothorax spontané si l'air s'échappe d'une bulle préexistante (une bulle) dans la plèvre thoracique. On parle de pneumothorax induit si l'air s'échappe d'une lésion du poulmon, provoquant une rupture et difficulté respiratoire. Son traitement est responsable d'être évolutif.



Qu'est-ce qu'une bulle ?

On classe les pneumothorax en deux types :

- Les pneumothorax (ou) primaires ou spontanés : ils sont plus fréquents chez les jeunes hommes non fumeurs. Ils sont dus à une rupture de bulles préexistantes (des bulles) dans la plèvre thoracique (pneumothorax spontané) ou à une rupture d'une bulle préexistante dans le poulmon (pneumothorax induit). On ne connaît pas la cause des pneumothorax primaires, mais il s'agit d'un facteur favorisant.
- Les pneumothorax (ou) secondaires : ils sont le conséquence d'une maladie pulmonaire appelée emphyseme, responsable de développement de bulles multiples et parfois nombreuses. La principale cause d'emphyseme est l'exposition au tabac.

Les différents traitements

- Comme le pneumothorax est bien toléré et que le poulmon est peu douloureux, le repos suffit souvent à faire revenir le poulmon en situation normale.
- Si le pneumothorax est mal toléré ou lorsque le poulmon est très douloureux, il faut aspirer l'air emprisonné entre le poulmon et la paroi thoracique. Ce geste est appelé « drainage thoracique ». Il consiste à

[TELECHARGER LA FICHE](#)

NODULE PULMONAIRE

Tous les documents de l'Institut de Veille Médicale




Un nodule pulmonaire est une tumeur ou une lésion pulmonaire qui se présente sous la forme d'une petite masse ronde ou ovale, généralement de moins de 3 cm de diamètre, visible sur une radiographie ou une tomodensitométrie (scanner). Les nodules pulmonaires peuvent être bénignes ou malins.

Définition :

- Un nodule pulmonaire est une tumeur ou une lésion pulmonaire qui se présente sous la forme d'une petite masse ronde ou ovale, généralement de moins de 3 cm de diamètre, visible sur une radiographie ou une tomodensitométrie (scanner). Les nodules pulmonaires peuvent être bénignes ou malins.
- Les nodules pulmonaires peuvent être bénignes ou malins. Les nodules pulmonaires bénignes sont généralement plus petits que les nodules pulmonaires malins.
- Un nodule pulmonaire est une tumeur ou une lésion pulmonaire qui se présente sous la forme d'une petite masse ronde ou ovale, généralement de moins de 3 cm de diamètre, visible sur une radiographie ou une tomodensitométrie (scanner). Les nodules pulmonaires peuvent être bénignes ou malins.



Bilan d'un nodule pulmonaire

Le bilan d'un nodule pulmonaire est une étude qui permet de déterminer si le nodule est bénin ou malin. Ce bilan est réalisé par un médecin spécialiste (généraliste ou pneumologue) et peut inclure une radiographie, une tomodensitométrie (scanner), une biopsie, une ponction, une chirurgie, etc.

Les nodules pulmonaires peuvent être bénignes ou malins. Les nodules pulmonaires bénignes sont généralement plus petits que les nodules pulmonaires malins. Les nodules pulmonaires malins sont généralement plus gros que les nodules pulmonaires bénignes.

Les nodules pulmonaires peuvent être bénignes ou malins. Les nodules pulmonaires bénignes sont généralement plus petits que les nodules pulmonaires malins. Les nodules pulmonaires malins sont généralement plus gros que les nodules pulmonaires bénignes.

[TELECHARGER LA FICHE](#)

TECHNIQUES CHIRURGICALES

RÉSECTIONS PULMONAIRES MAJEURES
Tous droits réservés de l'Institut de Recherche Clinique de l'Université de Bordeaux

IMM Institut du thorax
Centre - Médecine

Définition :
La résection pulmonaire majeure signifie l'ablation d'une partie d'un lobe pulmonaire (segmentectomie) ou d'un lobe (lobectomie) soit l'ablation d'un poumon entier (pneumectomie).
Ces opérations sont dites anatomiques car elles respectent le système des vaisseaux et des bronches distales au segment. Elles s'opposent à l'ectomie car sont des résections plus importantes que les résections dites anatomiques (voir à ce sujet la fiche d'information "Tumeurs pulmonaires").



Lobectomies et Segmentectomies
La pneumectomie comporte 3 lobes supérieurs, inférieurs et médians et le poumon gauche 2 lobes (supérieur et inférieur). Après une lobectomie, le ou les lobes restants se courent 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
Tous droits réservés de l'Institut de Recherche Clinique de l'Université de Bordeaux

IMM Institut du thorax
Centre - Médecine

Définition :

- **Lobectomie** : C'est l'ablation d'un lobe du poumon (voir la fiche d'information "Tumeurs pulmonaires majeures") pour une raison bénigne (une métastase ou une tumeur maligne).
- **Segmentectomie** : C'est l'ablation d'un segment d'un lobe du poumon pour une raison bénigne (une métastase) ou une tumeur maligne.
- **Lobectomie ou segmentectomie par thoracotomie** : C'est une intervention faite par une ouverture de l'os, avec une incision oblique ou moins large selon les cas, un écartement des côtes et une possibilité de pécher le poumon (voir la fiche d'information "Tumeurs pulmonaires majeures").
- **Lobectomie ou segmentectomie par thoracoscopie** : C'est une intervention faite sans ouverture de l'os, par de petites incisions de 3 à 6 cm (incisions) par lesquelles sont introduits une caméra et des instruments, sous la forme d'ouvertures "Thoracoscopie". L'intervention peut être ou non assistée par un robot.




[TELECHARGER LA FICHE](#)

THYMECTOMIE (ABLATION DU THYMUS)
Tous droits réservés de l'Institut de Recherche Clinique de l'Université de Bordeaux

IMM Institut du thorax
Centre - Médecine

Ce but de cette fiche vise les cas d'indication 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 "thorax antérieur", derrière le sternum, entre les deux poumons. Il se développe au début de la vie et diminue progressivement avec l'âge. Il joue un rôle important dans le développement des défenses immunitaires.

Indications de l'ablation du thymus
Il peut être nécessaire d'enlever 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 (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.
- **Tumeurs** : le but est l'ablation complète du thymus, de tous ganglions atteints et parfois des organes de drainage en cas d'envahissement (glandes, fragments de poumon...).
- **Tumeurs bénignes rares 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 avant et ne pas négliger une myasthénie associée à un myogramme, recherche d'anticorps anti AChR, consultation neurologique et conseil.

[TELECHARGER LA FICHE](#)

CHIRURGIE THORACIQUE ASSISTÉE PAR ROBOT

Tous renseignements de contact de l'Institut Curie - Institut de France




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 thoracoscopie ou manœuvres de commande. Le robot assure le chirurgien et le patient grâce à une méthode dite "maître-esclave" (console de commande - robot).

Le robot comprend donc :

- Une console de commandes ou console de chirurgie
- Des bras mécaniques qui assurent les manœuvres chirurgicales

Quelles opérations sont réalisées avec robot assistance à IMM ?

- La résection pulmonaire robotique (lobes totaux ou segmentaires) 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 dioxyde de carbone
- Les bras du robot sont positionnés autour du patient et vont tenir les instruments qui seront changés au cours de l'intervention par un chirurgien assistant
- L'opérateur est assis à la console de commande









A. Marescaux, C. Deschamps, E. Barrois, F. Tassin, 1998

[TELECHARGER LA FICHE ROBOT](#)

THORACOSCOPIE

Tous renseignements de contact de l'Institut Curie - Institut de France




Qu'est-ce qu'une thoracoscopie ?

Une intervention par thoracoscopie consiste à remplacer une incision thoracique (thoracotomie) et ses conséquences (douleurs musculaires, écartement des côtes...) par des incisions dont la taille est comprise entre 1 et 3 cm. 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 récupération est en fait parfois nécessaire.



Peut-on réaliser toutes les interventions par cette technique ?

Presque toutes les interventions, qu'elles soient réalisées sur le poumon, 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 PNEUMES
- RESECTION DU HILUS DE CERTAINES TUMEURS DE LA PLEURE
- ANALYSE DE CERTAINES NODULES DU PNEUMON
- RESECTION DU PNEUMON
- TRAITEMENT DU PNEUMOTHORAX
- RESECTION DE CALCULUS DU MÉDIASTIN
- ANALYSE DE CERTAINES TUMEURS DU MÉDIASTIN
- ANALYSE D'UN SECOND SEGMENTAIRE COMPLETÉMENT DU PNEUMON D'UNE TUMEUR DU PNEUMON



A. Marescaux, C. Deschamps, E. Barrois, F. Tassin, 1998

[TELECHARGER LA FICHE](#)

MÉDIASTINOSCOPIE

Tous renseignements de contact de l'Institut Curie - Institut de France




Qu'est-ce qu'une médiastinoscopie ?

La médiastinoscopie est l'exploration du médiastin par l'insertion d'un endoscope après vidéo médiastinoscopie. 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 prélever des ganglions ou un échantillon de tissu sur le scanner ou sur le scintigraphe au 67-67 (thorax). Ces ganglions peuvent être isolés, ou accompagner une tumeur métastatique ou tumorale. Prélever les ganglions qui sont ensuite analysés en anatomie pathologique, 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 orienter la stratégie thérapeutique.

Actuellement, un indicateur tendrait à se limiter aux ganglions qui ne sont pas accessibles à d'autres techniques qui peuvent être réalisées en ambulatoire : l'exploration par thoracoscopie ou l'exploration par vidéo-assistée (VATS) (voir fiche d'information correspondante).






A. Marescaux, C. Deschamps, E. Barrois, F. Tassin, 1998

[TELECHARGER LA FICHE](#)

INTERVENTIONS SUR LA THYROÏDE

Tous renseignements de l'Institut de Médecine de Nancy (I-MN)




Préparation à l'intervention

Dans la plupart des cas, aucun traitement ou préparation sont nécessaires. Les interventions urgentes sont les seules. Dans certains maladies thyroïdiennes, un traitement médicamenteux par antithyroïdiens de synthèse estu substituable peut vous être prescrit avant l'intervention.

Consultation préopératoire

Vous serez reçu(e) en consultation par le chirurgien qui pratiquera l'intervention et vous donnera les informations nécessaires sur votre intervention.

Avant de venir à l'hôpital tout les documents de votre dossier (échographie), résultats de ponction, sérologie, résultats d'examens sanguins etc. ...)

Si une échographie est faite une ponction d'un nodule de la thyroïde est réalisée, et les résultats sont envoyés par courriel.

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 (glande de "ponction" ou "métabolisme").

Si l'intervention est confirmée, vous serez convoqué(e) le plus souvent ultérieurement en consultation avec le médecin anesthésiste-généraliste.

Hospitalisation

Vous serez hospitalisé(e) le soir du ou la nuit même de l'intervention. Dans certains cas (bénignes simples de la thyroïde) une hospitalisation en unité ambulatoire peut être envisagée. Il n'est pas nécessaire d'être à jeun avant l'intervention (sauf en cas de ponction). Le jour de l'intervention est court (de 1 heure (thyréoadénomectomie) à 1 heure (thyroïdectomie totale).

Intervention

En fonction de votre maladie, l'intervention sera :

- Une résection simple de nodule 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

Tous renseignements de l'Institut de Médecine de Nancy (I-MN)




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 ou des costals à la fois antérieurs et postérieurs du thorax. Il s'agit d'une déformation qui se développe au cours de la croissance.

C'est une anomalie fréquente (1/300) observée qui prédomine 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 de façon quantitative par un index de mesure radiologique (comme en cm). L'index de Chén est le rapport entre la distance maximale du thorax par son diamètre antéro-postérieur. La norme moyenne de cet index est 2,5.

Classification de Chén

Dans ce cadre peuvent intervenir, l'ectasie, l'ectasie, à forme simple ou complexe :

Chén I : costales normales, antérieures, symétriques

Chén II : costales normales, antérieures, dissymétriques à une extrémité du côté dorsal

[TELECHARGER LA FICHE](#)

SYMPATHECTOMIE THORACIQUE

Tous renseignements de l'Institut de Médecine de Nancy (I-MN)




A qui s'adresse la Sympathectomie Thoracique ?

La sympathectomie thoracique s'adresse principalement aux patients souffrant d'hypertension artérielle très sévère et résistante au traitement médical.

Les autres indications sont les tumeurs et malformations de la chaîne sympathique thoracique. Ce sont :

- Certains types de tumeurs de la chaîne sympathique thoracique
- Certains types de malformations de la chaîne sympathique thoracique
- Certains types de malformations de la chaîne sympathique thoracique

Comment se déroule une Sympathectomie Thoracique ?

L'intervention à lieu sous anesthésie générale. Elle se fait par thoracoscopie, 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. Dans de cas isolés, une incision sous l'aisselle, la incision dans le dos sous l'épaule.

Une sympathectomie thoracique est réalisée en thoracoscopie bilatérale et se déroule en un seul temps.

Suites opératoires

Au niveau de l'aine thoracique (niveau de l'aine) pendant quelques heures. Un traitement antibiotique approprié vous sera administré.

Quels sont les risques d'une Sympathectomie Thoracique ?

- Une sympathectomie thoracique est une intervention de la chaîne sympathique thoracique. Elle est réalisée 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. Dans de cas isolés, une incision sous l'aisselle, la incision dans le dos sous l'épaule.

[TELECHARGER LA FICHE](#)

MARQUAGE CHIRURGICAL SOUS ENB ELECTROMAGNETIC BRONCHOSCOPY

NOTA INFORMATIVA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LOS HOSPITALES



Il existe une possibilité d'une intervention chirurgicale pour contrôler la tumeur primitive d'un cancer pulmonaire en place le thorax. En raison de sa taille ou parfois de sa localisation profonde dans le poumon, le chirurgien peut avoir besoin de la repérer afin de réaliser l'intervention à mieux formé.

Ce marquage se réalise soit par une ponction sous scanner soit sous électromagnétisme bronchoscopique (EBS pulmonaire) avec coopération de la plexus respiratoire par un concepteur de la tumeur au moment de son marquage fluorescent (sans d'indolence).

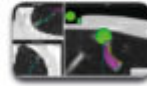


Cette fiche d'information explique cette procédure en langage.

Principes

A 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 repérer 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 toute l'opération de 15 à 30 minutes. Une injection de 15 ml de colorant iodé est administrée pour réaliser un marquage de la tumeur. La durée de la procédure est en moyenne de 25 minutes.



[TELECHARGER LA FICHE MARQUAGE](#)