

THYMECTOMIE

[ABLATION DU THYMUS]

Fiche d'information de l'Institut du Thorax Curie-Montsouris

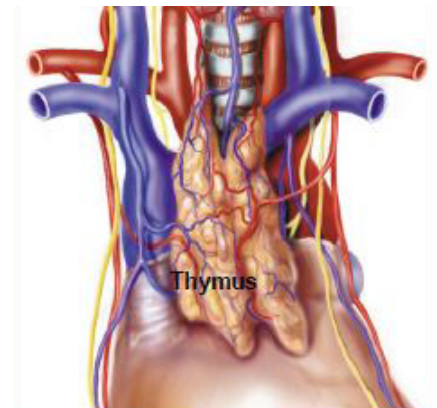


Institut du thorax
Curie - Montsouris

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

Le thymus

Le thymus est situé dans une région anatomique appelé le "**Médiastin antérieur**", derrière le sternum, entre les deux poumons. Il a grossièrement la forme d'un papillon. Le thymus est surtout développé chez l'enfant chez qui il joue un rôle important dans la mise en place des défenses 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 neurologiques comme la **myasthénie**
- Pour enlever une tumeur développée dans le thymus. Cette tumeur est le plus souvent une **tumeur épithéliale thymique** (voir Fiche d'information "Tumeur épithéliale du thymus et Thymomes")

But de l'intervention

- **Myasthénie** : le but est l'ablation complète du thymus et du tissu graisseux adhérent
- **Thymomes** : le but est l'ablation complète du thymus, du tissu graisseux adhérent, et parfois des organes de voisinage en cas d'envahissement (plèvre, fragment de poumon...)
- **Tumeurs bénignes rares du thymus** : l'ablation de la tumeur peut être suffisante

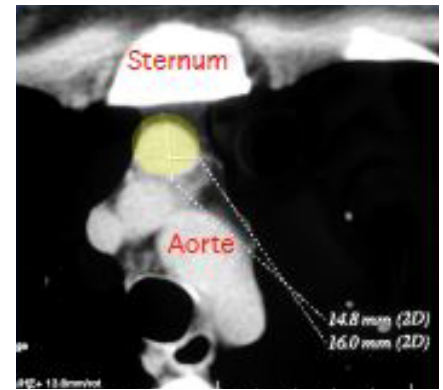
Anesthésie

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Même en l'absence de myasthénie, un bilan visant à ne pas méconnaître une myasthénie associée (Electromyogramme, recherche d'Anticorps anti-RACH, consultation neurologique) est proposé.

Intervention

Il existe de nombreuses techniques permettant d'enlever le thymus :

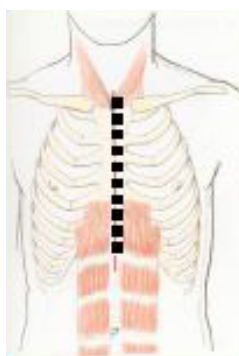
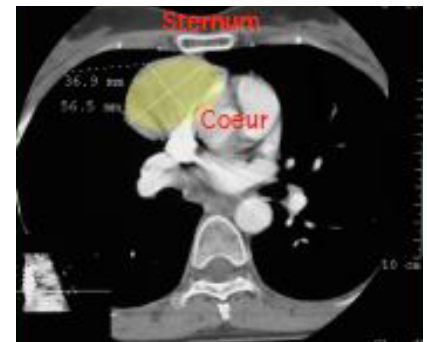
- En ouvrant le thorax (thoracotomie ou sternotomie)
- En ouvrant le thorax et le cou (thoracotomie et cervicotomie)
- En ouvrant le cou seulement (cervicotomie)
- Par thoracoscopie unilatérale (à Thorax fermé)
- Par thoracoscopie bilatérale (à Thorax fermé)
- Par voie sous-xyphoïdienne (à Thorax fermé avec cicatrice abdominale haute)



Thymome de petite taille :
Intervention à thorax fermé

Les indications de ces techniques dépendent :

- De la présence ou non d'une tumeur du thymus
- De la taille de cette tumeur
- D'un éventuel envahissement des structures voisines
- De la nécessité ou non de faire une exérèse complète du thymus
- De l'expérience et des habitudes de l'équipe concernée
- De la décision de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP rythmic)



Sternotomie



Thoracotomie



Thoracoscopie



Voie
sous-xyphoïdienne

Nous ne détaillons ici que les techniques pratiquées par le département Thoracique de l'IMM, ce qui ne signifie pas que les autres techniques n'ont pas également leur intérêt. Schématiquement :

- **Tumeur du thymus de grande taille et/ou ayant un aspect mal limité** : Intervention à thorax ouvert par sternotomie ou thoracotomie
- **Tumeur de petite taille et bien limitée** : Thoracoscopie bilatérale avec ou sans assistance par un robot, ou thoracoscopie par voie sous-xyphoïdienne
- **Myasthénie sans tumeur ou avec tumeur de petite taille** : Thoracoscopie uni ou bilatérale avec ou sans assistance par un robot.

Précision sur les techniques à thorax fermé

- **Thoracoscopie unilatérale ou bilatérale et voie sous-xyphoïdienne** : la décision est prise sur les données du scanner pré-opératoire, sur des éléments anatomiques (corpulence, taille du thorax) et sur l'aspect du thymus ou de la tumeur thymique.
- **Robot** : Par rapport à une thoracoscopie, l'utilisation d'un robot peut apporter un bénéfice technique pour l'équipe chirurgicale mais n'a pas d'incidence sur les cicatrices et les suites opératoires.

Hospitalisation et sortie

Quelque soit la voie d'abord (à thorax ouvert ou à thorax fermé), un ou deux drains pleuraux sont laissés en place pendant 1 à 3 jours. Lorsque l'intervention est faite pour myasthénie, le patient séjourne habituellement en réanimation pour la première nuit postopératoire.

La durée d'hospitalisation est de 2 à 5 jours selon la technique utilisée.

La durée de convalescence dépend également de la technique utilisée. Elle varie de 15 à 30 jours.

Incidents possibles

- En cas d'insuffisance respiratoire liée à la myasthénie, celle-ci peut être transitoirement aggravée et nécessiter une hospitalisation en réanimation en post opératoire.
- En cas de tumeur envahissant le nerf phrénique (nerf du diaphragme), il est parfois nécessaire de sacrifier ce nerf.
- Après sternotomie, les suites sont le plus souvent très simples. Dans quelques rares cas, une infection du sternum peut survenir, surtout en cas de déficit immunitaire associé à un thymome. Cette infection peut nécessiter des soins prolongés et parfois une reprise chirurgicale.
- Après thoracoscopie (voir la Fiche d'Information "Thoracoscopie")

Vidéo

Une intervention [résumée] de thymectomie par thoracoscopie pour thymome est disponible sur le site internet de l'IMM.

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.