THORACOSCOPIE

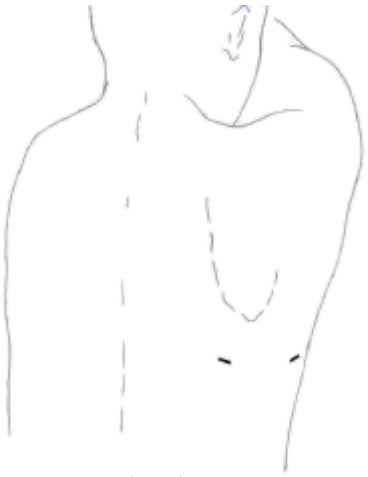
Fiche d'information du
Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré

Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré Hartmann

Groupe Hospitalier Privé Ambroise Paré - Hartmann

Qu'est-ce qu'une thoracoscopie ?

Une intervention par thoracoscopie consiste à remplacer une longue cicatrice (thoracotomie) et ses conséquences (sections musculaires, écartement des côtes…) par des orifices dont la taille est comprise selon les interventions entre 3 et 12 mm, et dont le nombre est compris entre 1 et 5. Ces orifices cutanés correspondent à l'introduction dans la cavité pleurale d'un endoscope (ou optique) relié à une caméra et aux instruments nécessaires à l'intervention. Pour certaines interventions majeures, une incision de quelques cm doit parfois être associée.



Cicatrices de thoracoscopie

Peut-on réaliser toutes les interventions par cette technique ?

Presque toutes les interventions, qu'elles soient mineures ou majeures, peuvent être réalisées par thoracoscopie, 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 thoracoscopie est utilisée couramment dans les cas suivants :

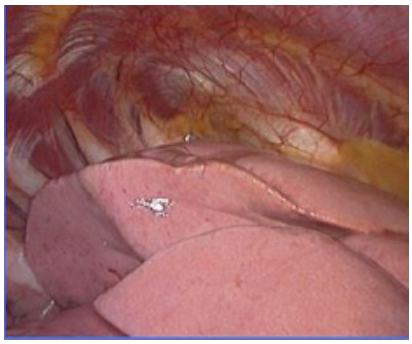
- **DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES PLEURÉSIES**
- **BIOPSIE OU ABLATION DE CERTAINES TUMEURS DE LA PLÈVRE**
- **ABLATION DE CERTAINS NODULES DU POUMON**
- **BIOPSIE DU POUMON**
- **TRAITEMENT DU PNEUMOTHORAX**
- **BIOPSIE DE GANGLIONS DU MÉDIASTIN**
- **ABLATION DE CERTAINES TUMEURS DU MÉDIASTIN**
- **ABLATION D'UN SEGMENT (SEGMENTECTOMIE) OU D'UN LOBE (LOBECTOMIE) DU POUMON**

La thoracoscopie supprime-t-elle les douleurs postopératoires ?

Non mais elle les réduit de façon importante. Ces douleurs de la paroi thoracique disparaissent presque le plus souvent dans un délai de 1 à 4 mois et sont liées au passage d'instruments entre les côtes.

Une intervention par thoracoscopie est-elle toujours possible ?

Pour de nombreuses maladies non tumorales, les interventions sont presque systématiquement faites par thoracoscopie. Cependant, certaines circonstances (adhérences pleurales, séquelles de maladies pulmonaires, anomalies anatomiques, difficultés techniques, complications imprévues…) peuvent nécessiter de transformer l'intervention en chirurgie conventionnelle avec ouverture thoracique (thoracotomie). Cette éventualité est rare (environ 5% des cas). Dans certains cas, le recours à une intervention conventionnelle faite avec une ouverture thoracique (thoracotomie) reste nécessaire pour des raisons techniques et/ou des raisons de sécurité. Ceci est particulièrement vrai pour certains cancers du poumon.



Vue du poumon droit par thoracoscopie



Vue du poumon gauche par thoracoscopie

Anesthésie

Sauf exception, l'intervention se déroule sous anesthésie générale. Sauf nécessité de compléter le bilan par d'autres examens, vous êtes hospitalisé(e) la veille de l'intervention ou le matin même. Vous devez voir l'anesthésiste en consultation préopératoire, comme pour toute intervention chirurgicale sous anesthésie générale. Si vous êtes fumeur, même occasionnellement, il est fortement recommandé d'arrêter de fumer. L'idéal est d'arrêter le tabac plusieurs semaines avant l'intervention. En pratique, un arrêt d'au moins 15 jours est indispensable pour minimiser les risques de surinfection bronchique qui peuvent prolonger votre hospitalisation et nécessiter des traitements particuliers.

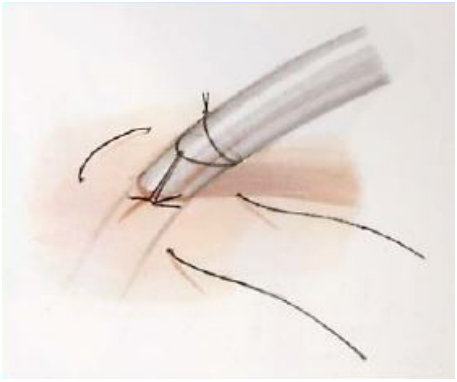
Suites opératoires

En fin d'intervention, un (parfois deux) drains pleuraux (tubes de 10 mm de diamètre sortant de la cavité pleurale, et reliés à un boîtier stérile) sont mis en place. Ils servent à aspirer l'air et les sécrétions pleurales postopératoires. Selon le type d'intervention, les drains sont gardés pendant 1 à 3 jours, parfois plus dans certaines circonstances. Sauf cas particulier, vous pouvez quitter l'hôpital le lendemain de l'ablation du dernier drain. Vous pouvez mener une vie normale dès votre sortie de l'hôpital. Il est cependant recommandé de limiter les efforts physiques et les voyages pendant les 15 premiers jours.

Complications

Le fait que l'intervention soit réalisée par thoracoscopie ne doit pas occulter le fait qu'il s'agit d'une chirurgie du thorax sous anesthésie générale avec ses possibles complications. Par rapport à une chirurgie thoracique conventionnelle, une intervention par thoracoscopie comporte les avantages suivants :

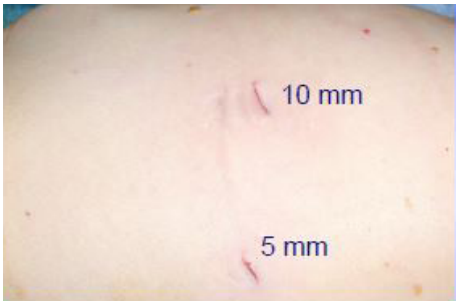
- Séquelles esthétiques mineures
- Absence de séquelle musculaire à long terme
- Récupération plus rapide et hospitalisation plus courte



Drain pleural

Toutefois, pendant les premiers jours, voire les premières semaines, vous pourrez présenter des symptômes suivants :

- Douleurs au niveau de la paroi thoracique. Une partie de ces douleurs est liée au drain thoracique. Vous recevrez un traitement adapté (médicaments par voie orale, bloc paravertébral ou analgésie auto-contrôlée…). L'anesthésiste vous en informera au cours de la consultation d'anesthésie
- Sensation de difficulté respiratoire, d'oppression thoracique
- Sensation d'hypoesthésie ou hyperesthésie cutanée (diminution ou augmentation de la sensibilité de la peau) au niveau de la paroi thoracique



Exemple de cicatrices après thoracoscopie

Ces signes, s'ils existent, régresseront progressivement en 1 à 3 mois selon l'importance de votre Intervention. Une fiche d'information sur les suites opératoires et sur le traitement de la douleur vous sera remise à votre sortie de l'hôpital.

Sortie de l'hôpital

Vous sortirez de l'hôpital avec un arrêt de travail d'une durée variable selon le type d'intervention et les exigences de votre profession, et parfois avec une ordonnance de kinésithérapie respiratoire, pour accélérer la récupération de votre fonction respiratoire. Les fils sont enlevés entre le 7ème et le 10ème jour post-opératoire par une infirmière. Sauf avis contraire, vous serez revu en consultation par le chirurgien au cours du premier mois postopératoire.