THYMECTOMIE

Fiche d'information du
Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré

Mise à jour : octobre 2025 – d'après le Référentiel RYTHMIC 2022

Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré Hartmann

Groupe Hospitalier Privé Ambroise Paré - Hartmann

FICHE INFORMATION PATIENT

Madame, Monsieur,

Ce document est destiné à vous informer et vous préparer à l'intervention chirurgicale proposée par votre chirurgien.

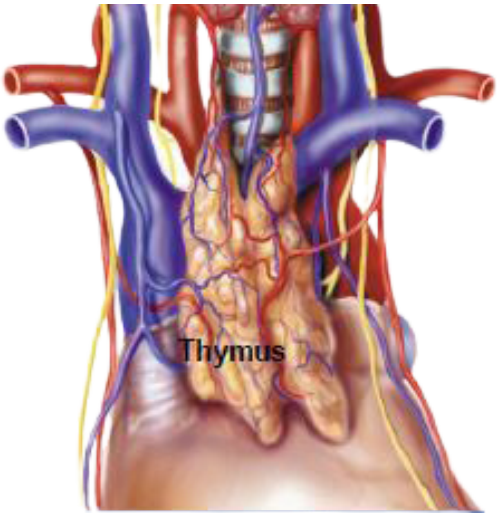
Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé(e) du déroulement de l'intervention, des suites normalement prévisibles mais aussi des risques encourus et notamment des principales complications qui pourraient survenir.

Prenez le temps de lire ce document, d'en parler avec vos proches, afin d'être soutenu(e) dans la préparation à l'intervention et d'anticiper le retour à la maison. N'hésitez pas à préparer vos questions, à lister vos préoccupations et vos doutes afin d'en parler à votre chirurgien ou à votre médecin traitant.

Ne vous faites pas opérer si vous gardez des doutes ou des interrogations.

Qu'est-ce que le thymus ?

Le **thymus** est une petite glande située dans le **médiastin antérieur**, derrière le sternum, entre les deux poumons.
Il joue un rôle important dans la formation du système immunitaire durant l'enfance, puis régresse progressivement à l'âge adulte.



Chez certaines personnes, le thymus peut être le siège :

- d'une **tumeur** (souvent bénigne et bien limitée, appelée thymome) ;
- ou d'un **trouble auto-immun** comme la **myasthénie**, où le thymus contribue à la production d'anticorps anormaux.

Pourquoi enlever le thymus ?

L'ablation du thymus (*thymectomie*) peut être indiquée dans trois situations principales :

- **Myasthénie** : pour réduire la production d'anticorps responsables de la maladie.
  - L'ablation complète du thymus et du tissu graisseux médiastinal est alors réalisée.

- **Tumeur thymique (thymome, carcinome thymique)** : pour retirer la tumeur et prévenir son extension.
  - L'objectif est l'exérèse complète du thymus, du tissu graisseux environnant, et parfois de structures adjacentes (plèvre, péricarde, fragment de poumon).



Thymome

- **Tumeur bénigne rare du thymus** : un simple retrait localisé peut suffire.

Avant toute intervention, un bilan neurologique et une recherche d'anticorps,
les anti-acétylcholineS sont systématiques afin d'éliminer une myasthénie associée, même silencieuse.

Comment se déroule l'intervention ?

L'opération se déroule sous **anesthésie générale.**
Plusieurs voies d'abord chirurgicales peuvent être envisagées, selon la taille et l'aspect de la tumeur, et selon le contexte de myasthénie.

1. Chirurgie mini-invasive (RATS)

La **chirurgie robot-assistée (RATS)** est aujourd'hui la technique de référence pour les tumeurs thymiques **petites ou bien limitées** et pour les **thymectomies réalisées dans la myasthénie**.
Elle permet de travailler à **thorax fermé**, à travers 3 à 4 petites incisions, sans ouvrir le sternum.

Principe :

- Le chirurgien contrôle les instruments depuis une **console robotique**, située à proximité du patient.
- La vision est en **3 dimensions** et les instruments articulés permettent une dissection fine et précise.

Avantages :

- Moins de douleur postopératoire ;
- Récupération respiratoire plus rapide ;
- Cicatrices discrètes ;
- Durée d'hospitalisation souvent plus courte.





Robot-assistée (RATS)

Cette voie mini-invasive offre des résultats équivalents à la chirurgie ouverte en termes de **sécurité et de résection complète**, mais avec un confort amélioré pour le patient.

2. Chirurgie par sternotomie ou thoracotomie
Lorsque la tumeur est **volumineuse**, **adhérente** ou **envahissant des organes de voisinage**, une ouverture du thorax est parfois nécessaire pour assurer une résection complète et sécurisée :

- **Sternotomie** : ouverture longitudinale du sternum, utilisée pour les tumeurs centrales du médiastin ;
- **Thoracotomie** : incision latérale du thorax, adaptée aux tumeurs plus étendues d'un seul côté.

Comment décide-t-on de la technique utilisée ?

Le choix de la voie chirurgicale dépend de plusieurs éléments :

- la **taille et la localisation** de la tumeur,
- la **présence ou non d'une myasthénie**,
- la **morphologie du patient** (ex. obésité, thorax étroit),
- la **complexité du geste** à réaliser,
- et l'**expérience du chirurgien.**

Les dossiers sont discutés en **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) du réseau national RYTHMIC**, afin de déterminer la stratégie la plus adaptée à chaque patient.

Hospitalisation et suites opératoires

- L'intervention dure en moyenne **2 à 3 heures** selon la technique.
- Un **drain thoracique** est laissé en place pour évacuer l'air et les sécrétions et retirer le plus souvent après 1 jour.
- Après une **thymectomie pour myasthénie**, une surveillance en soins continus est souvent prévue pour la première nuit.
- La durée d'hospitalisation est généralement de **2 à 5 jours**
- La convalescence varie entre 2 et 4 semaines, selon la voie d'abord.

En cas de tumeur envahissant le **nerf phrénique** (nerf du diaphragme), celui-ci peut devoir être sectionné, entraînant une paralysie diaphragmatique unilatérale.

En cas de myasthénie, une aggravation temporaire de la faiblesse musculaire peut survenir en postopératoire et nécessiter un traitement spécifique.

Complications

Les complications sont rares mais possibles :

- infection du site opératoire (plus fréquente après sternotomie),
- épanchement pleural ou pneumothorax prolongé,
- faiblesse musculaire transitoire en cas de myasthénie,
- exceptionnellement, troubles du rythme cardiaque ou atteinte nerveuse (nerf phrénique, récurrent).

FEUILLE DE CONSENTEMENT

Fiche d'information du
Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré

Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré Hartmann

Groupe Hospitalier Privé Ambroise Paré - Hartmann

Patient(e)

Nom :

Prénom :

Nature de l'intervention :

Date de remise du document au / à la patient(e) :

Signature du/de la patient(e)

Docteur Agathe SEGUIN-GIVELET
N° RPPS : 10001627727