

VIDEO- MEDIASTINOSCOPIE



Nicola Santelmo
Service de Chirurgie Thoracique
Nouvel Hôpital Civil
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

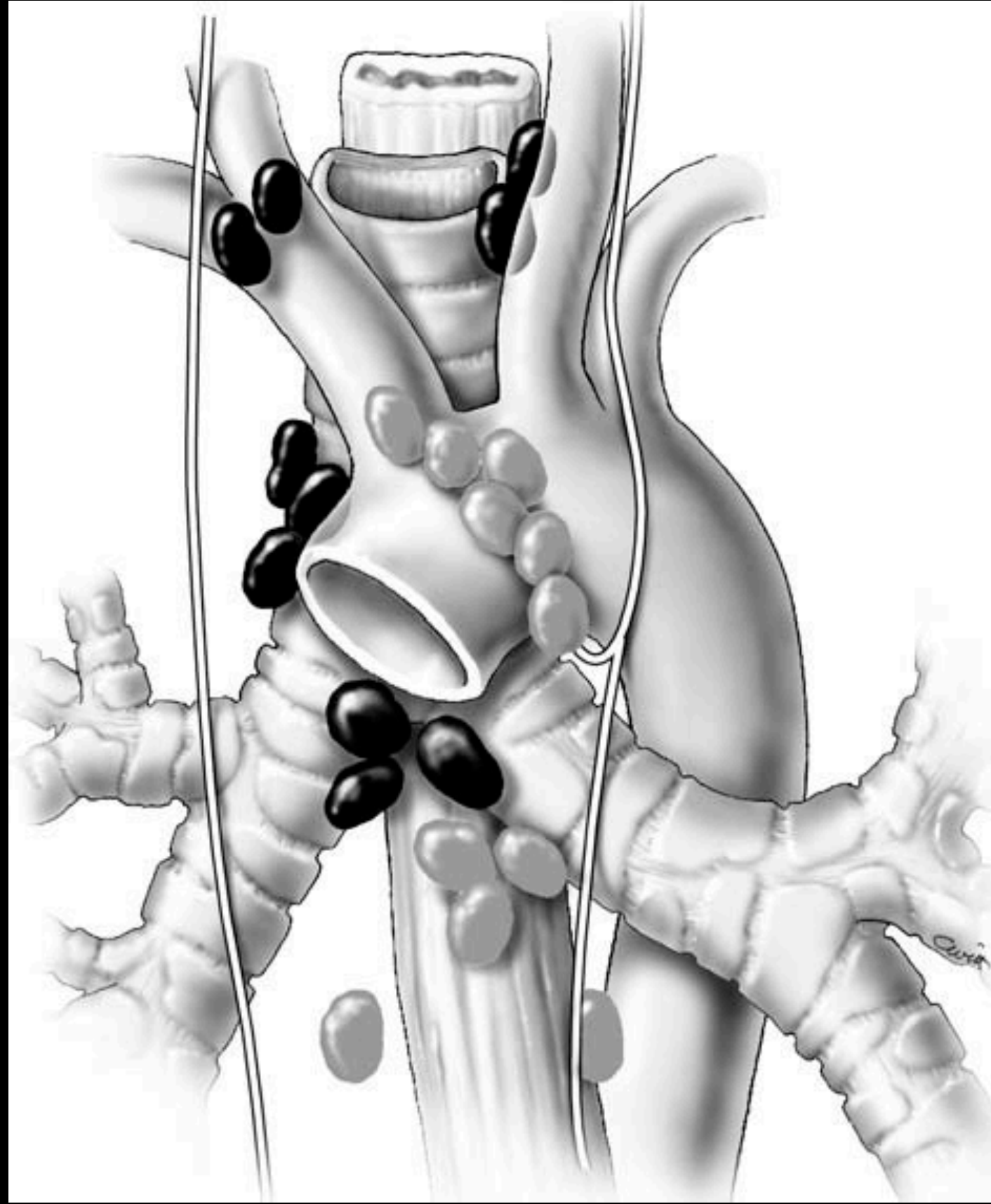
INDICATIONS

Exploration diagnostique du médiastin pour:

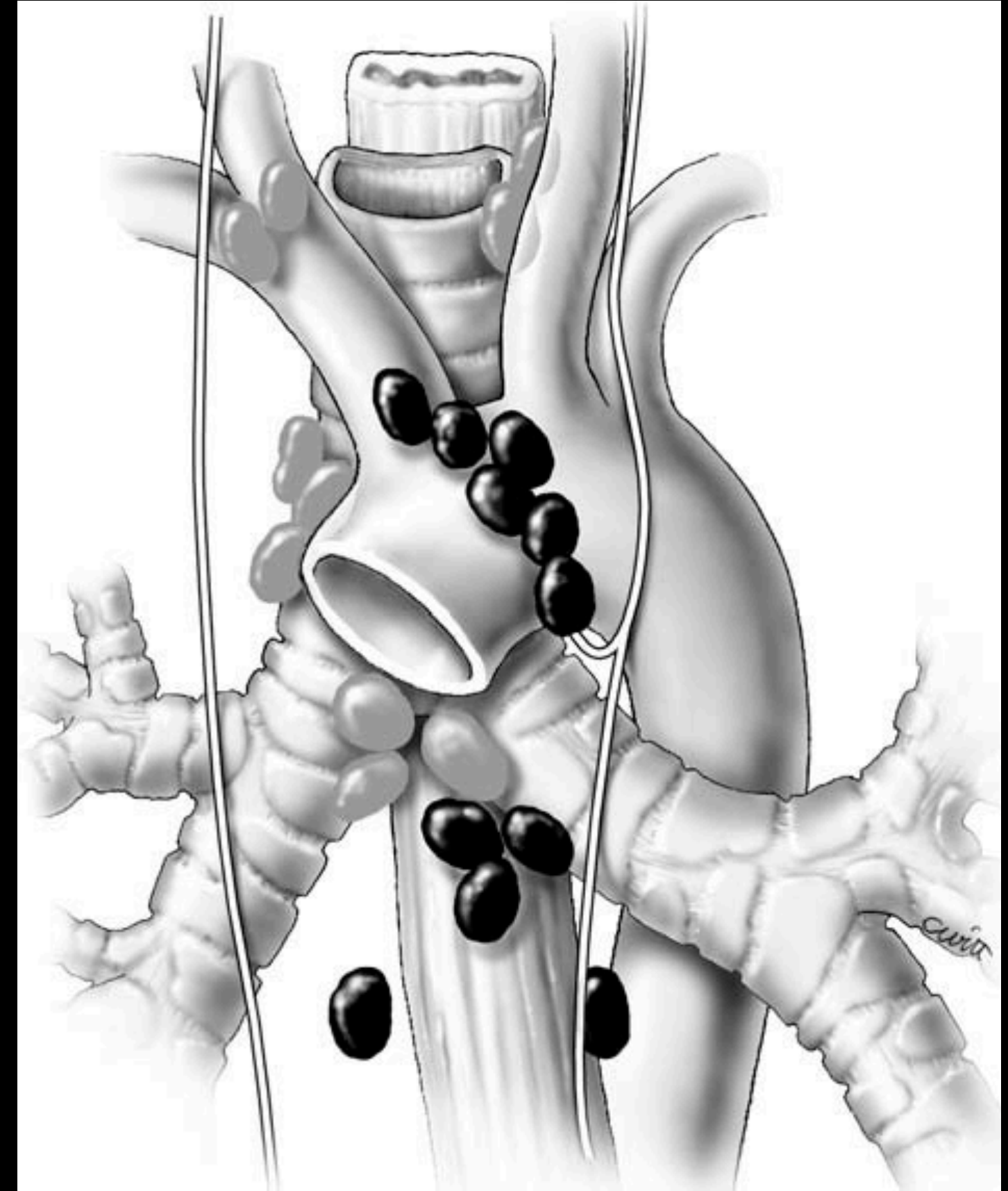
- Diagnostic des caécobromatose médiastinales
- Diagnostic différentiel des adénomégalies médiastinales

MEDIASTINOSCOPIE

Ganglions accessibles

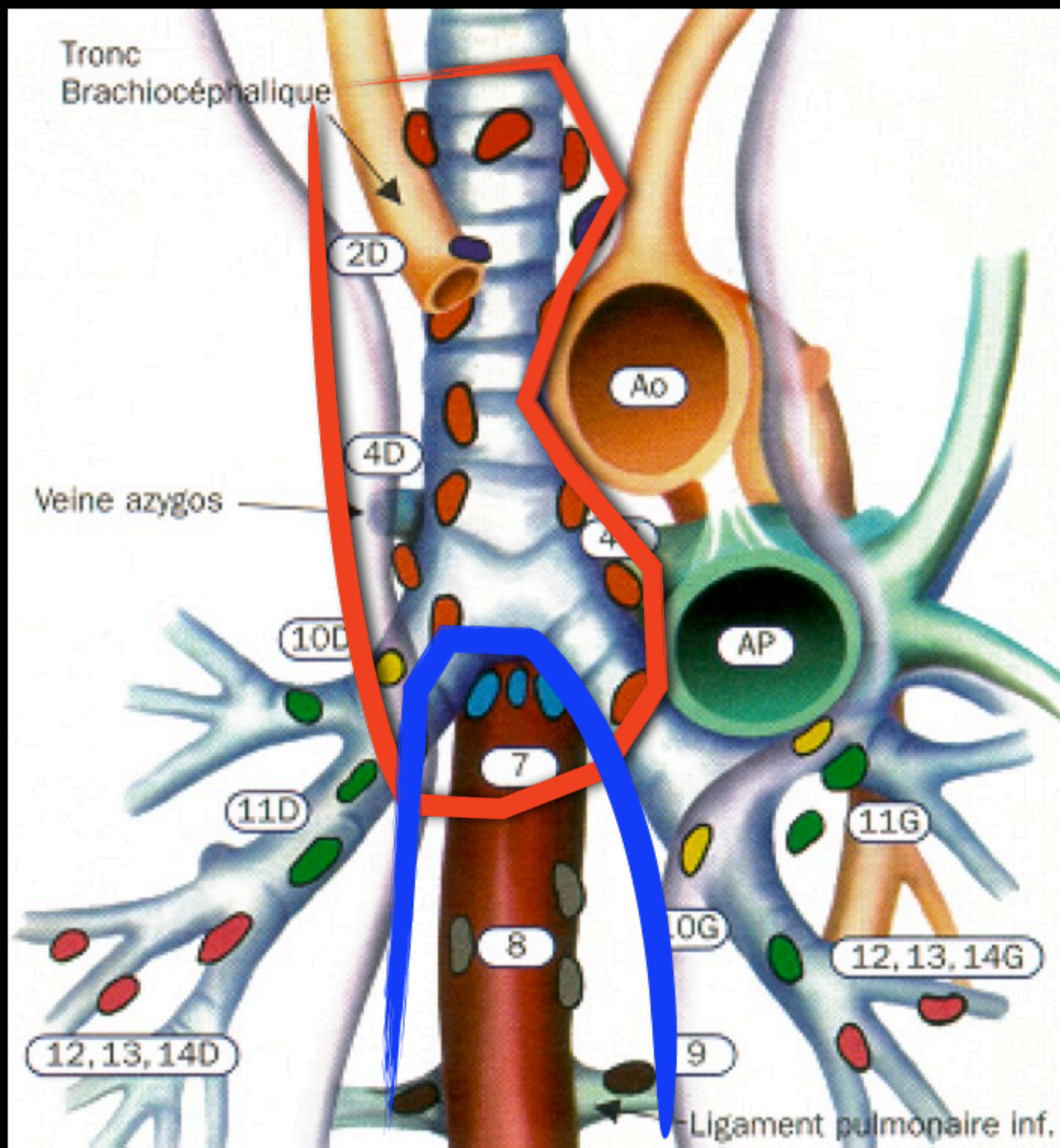


Ganglions inaccessibles



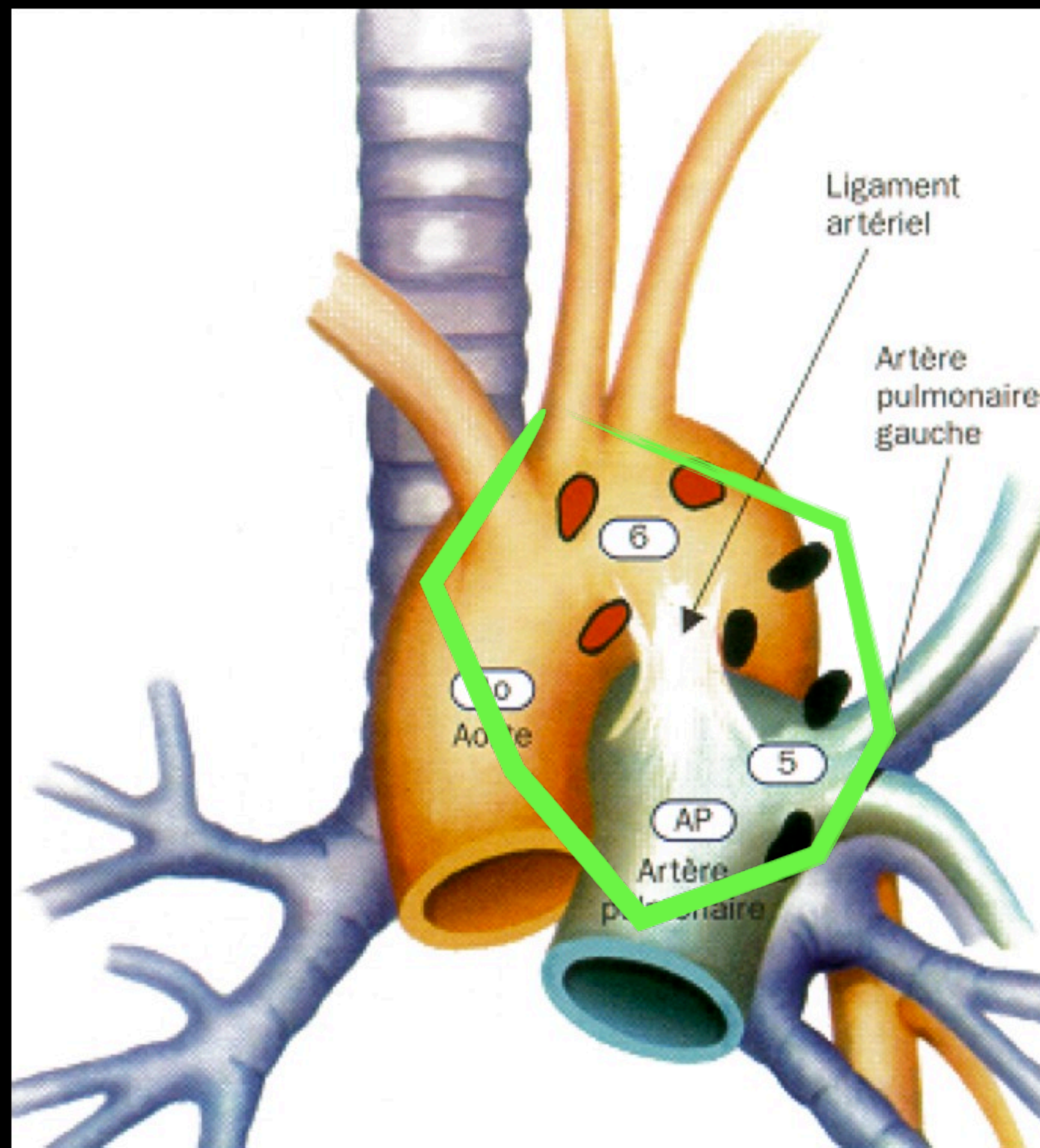
DIFFERENTS ABORDS DU MEDIASTIN

médiastinoscopie

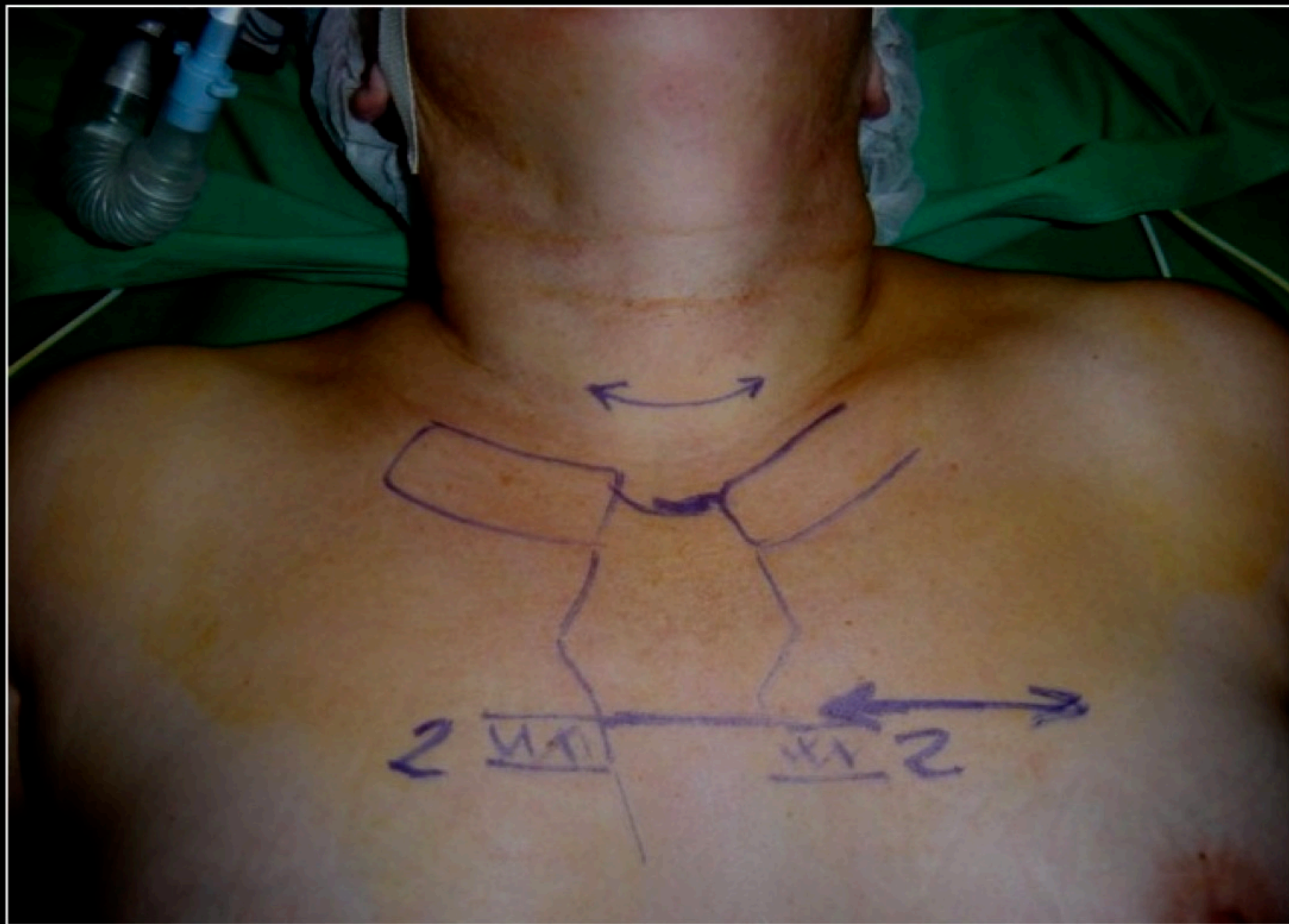


Thoracoscopie

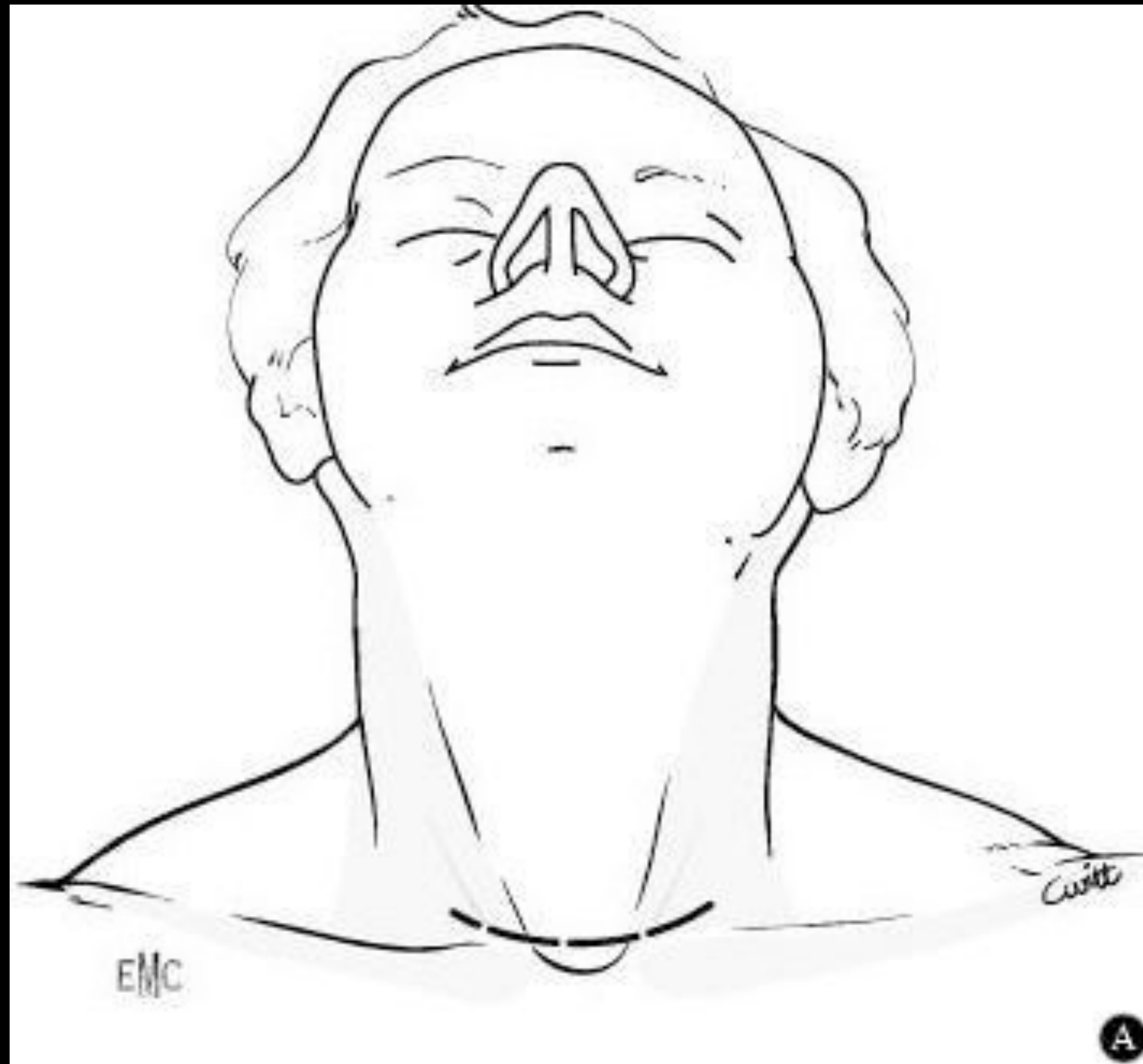
médiastinotomie antérieure



VOIES D'ACCES AU MEDIASTIN



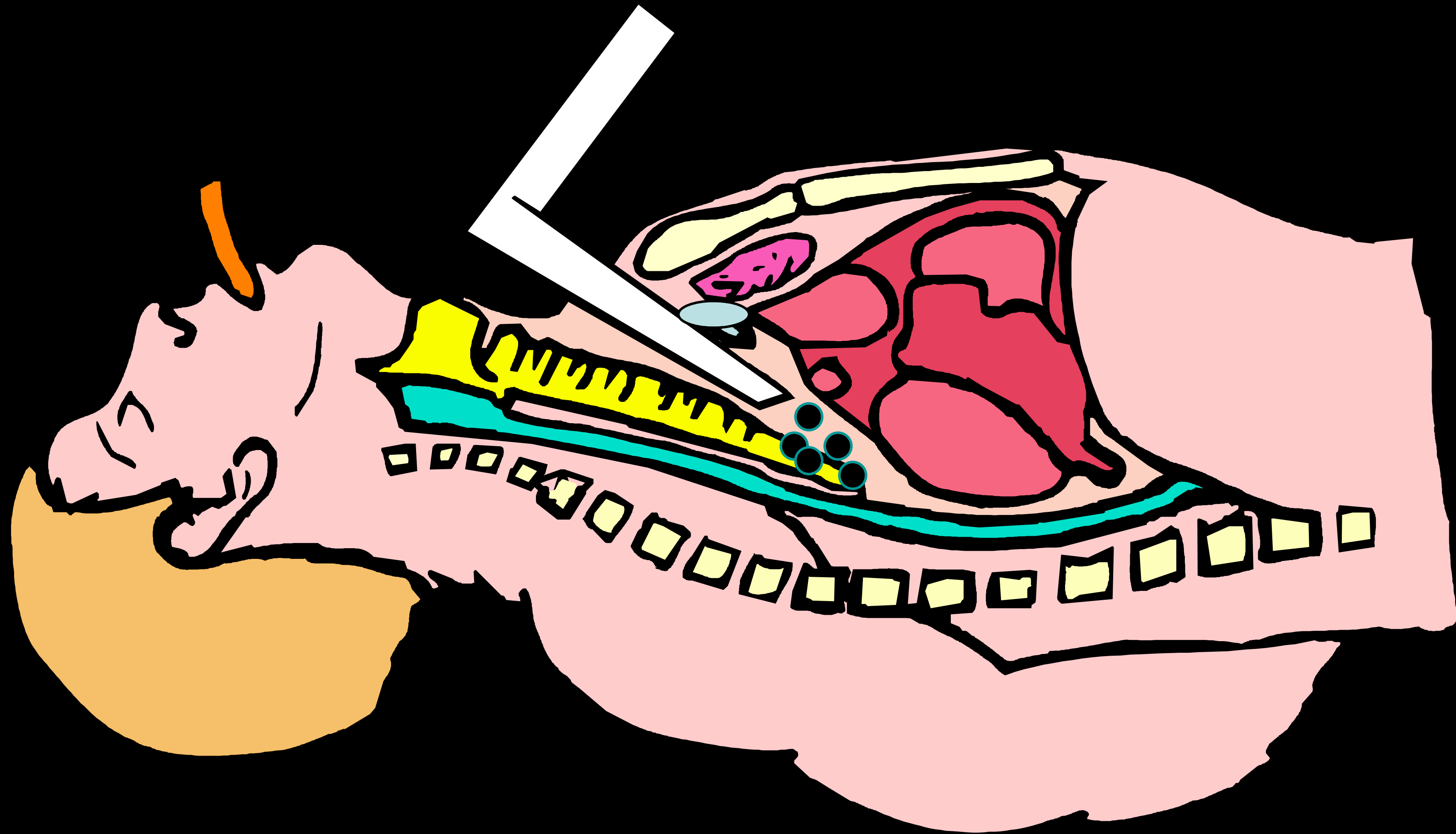
TECHNIQUE



TECHNIQUE



TECHNIQUE



INSTRUMENTATION



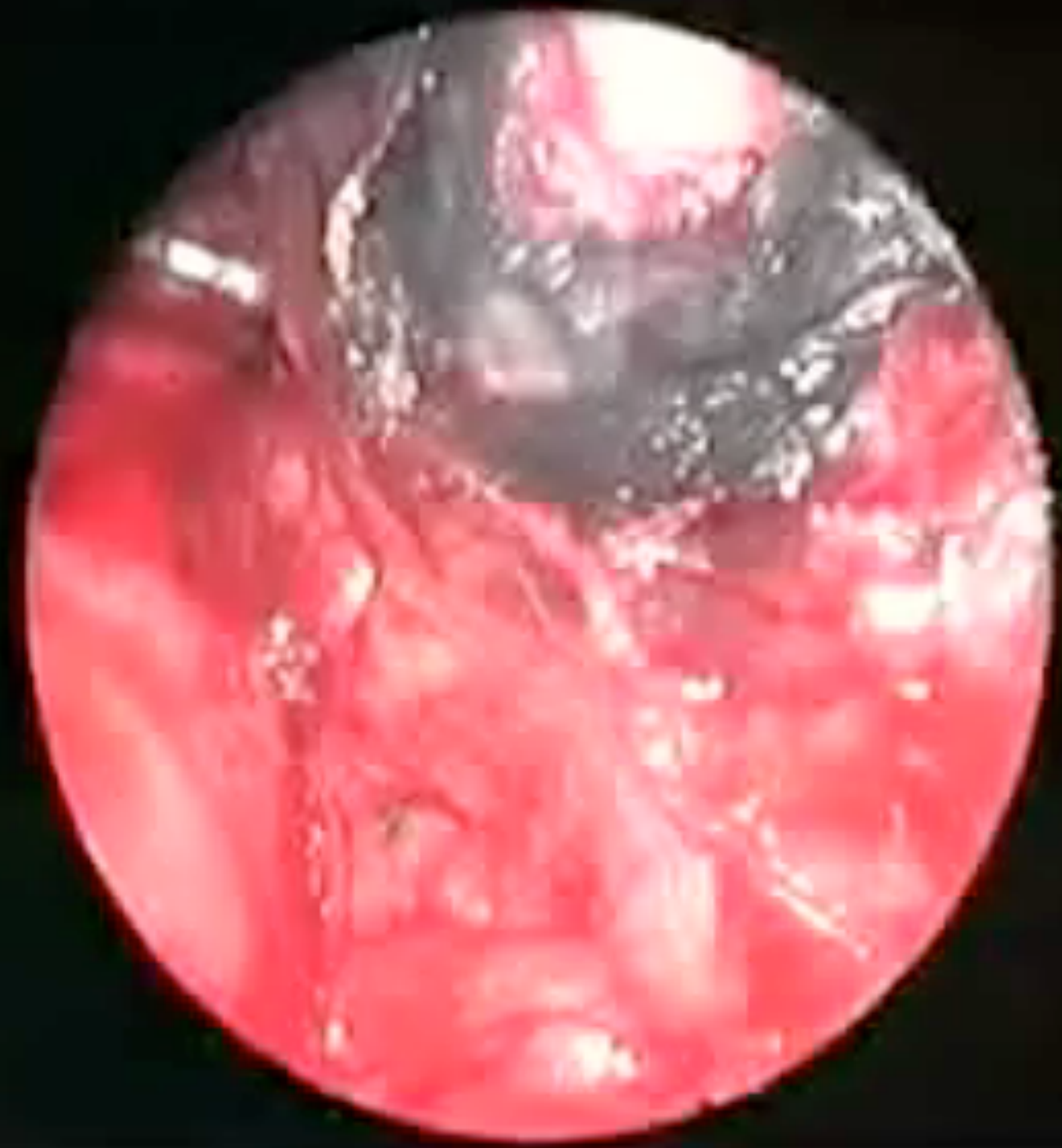
coût 12.000 €

CONDITIONS TECHNIQUES

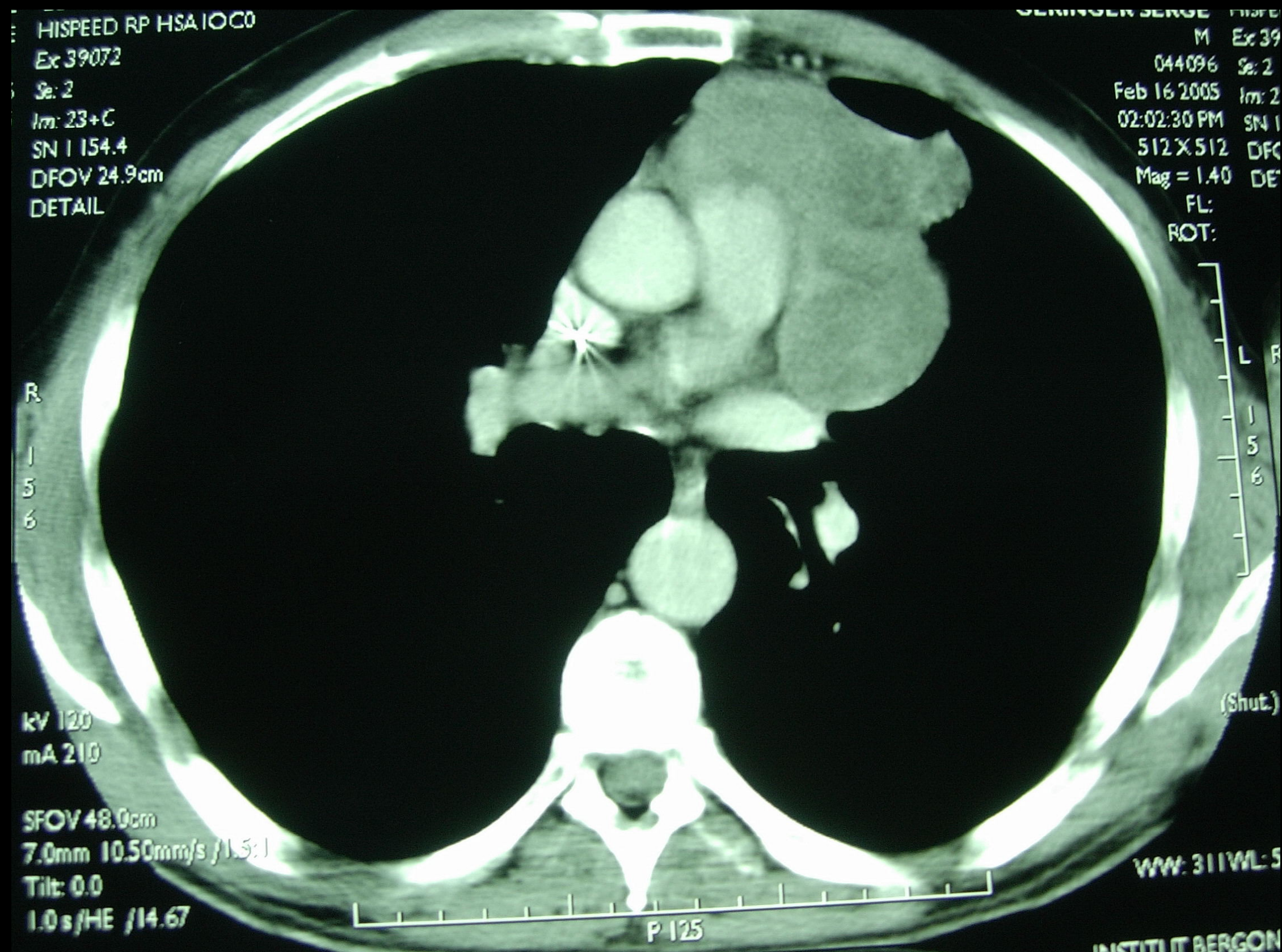
- Consultation d'anesthésie
- Hospitalisation 24H, arrêt travail ???
- Chirurgie ambulatoire ???



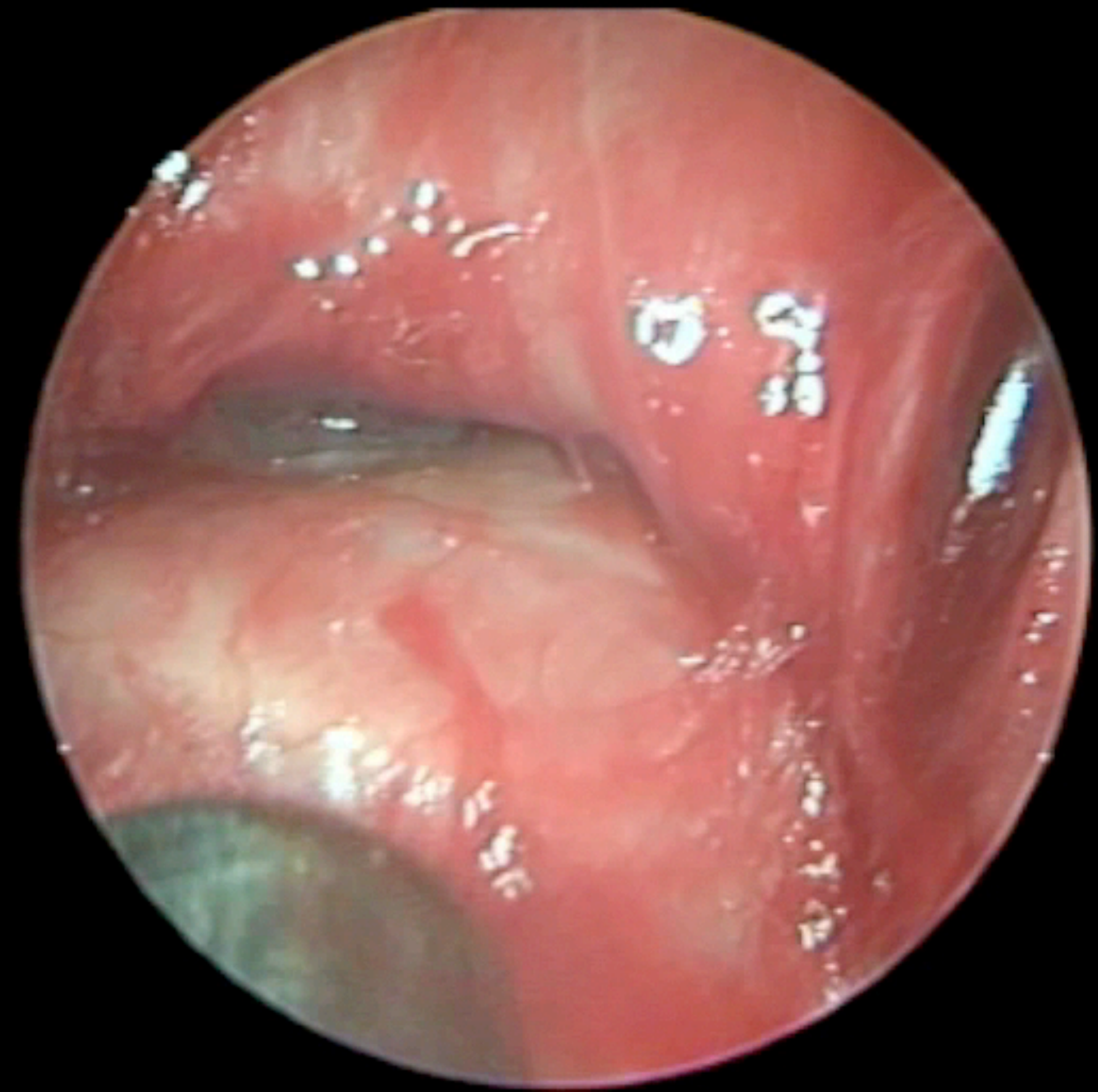
Accès aux
ganglions latero-
trachéaux gauches
par vidéo-
médiastinoscopie



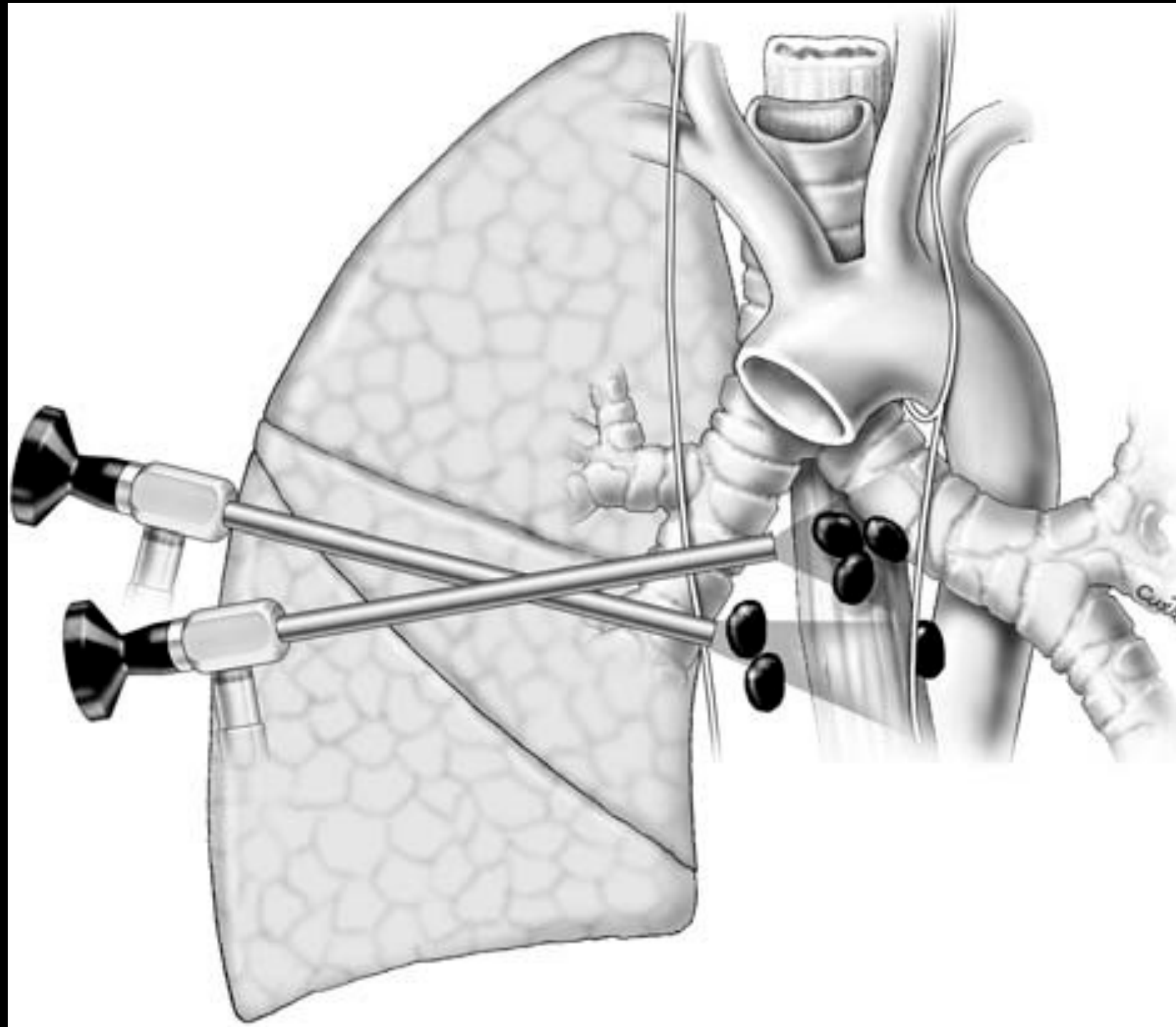
MEDIASTINOTOMIE ANTERIEURE



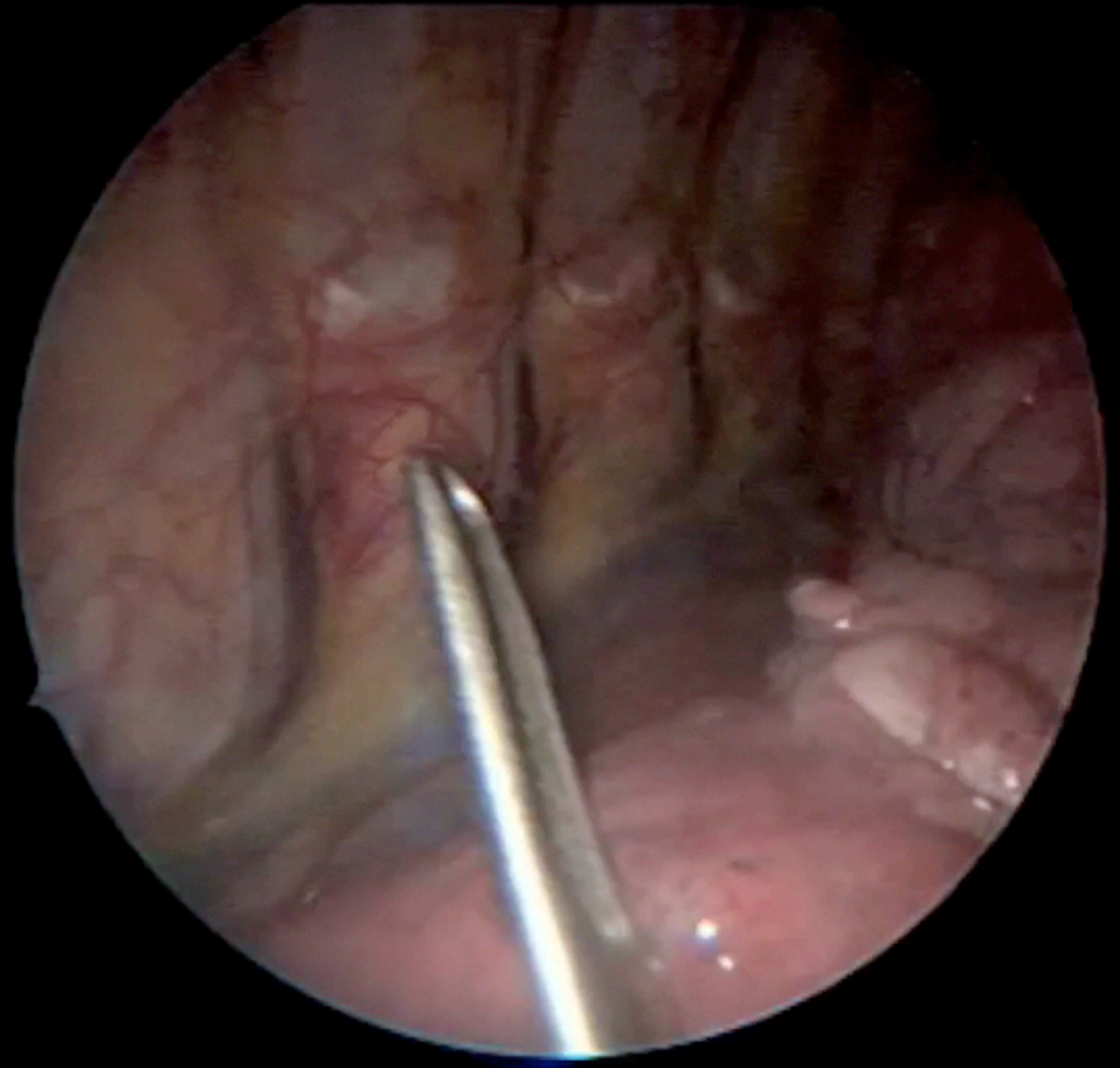
Accès aux
ganglions sous
carinaires par
vidéo-
médiastinoscopie



ABORD DES GANGLIONS SOUS CARINAIRES PAR THORACOSCOPIE



Accès aux
ganglions sous
carinaires et para-
oesophagiens par
vidéo-
thoracoscopie



MORBIDITE et MORTALITE

Mortalité

0-0,2%

Morbidité

plaie vasculaire
plaie trachéale ou bronchique

0,2-1,3%

paralysie récurrentielle
infection cicatrice
pneumothorax

RATIONNEL DE L'EXPLORATION CHIRURGICALE MEDIASTINALE

Depuis 2003 le TEP est le standard dans le bilan d'extension du cancer broncho-pulmonaire

Sensibilité 85%

Spécificité 90%

Cependant 13-20% faux positifs et 5-8% faux négatifs

Attention aux cas de T centrale et/ou N1 (VPN = 17%)

COMPARAISON AVEC D'AUTRES METHODES

	Sensitivity (%)	Specificity (%)
CT	57	82
PET	84	89
Blind TBNA	76	96
EUS-FNA	88	91
Mediastinoscopy	81	100

De Leyn et al. 32 (1): 1. (2007)

Gu P, Zhao YZ et al. Eur J Cancer. 2009 Jan 3.

EBUS-TBNA 76 100

Table 2 Performance Characteristics of Invasive Mediastinal Staging Tests*

Staging Technique	N	Stage	Sens	Spec	FN	FP	Prev
Mediastinoscopy	6505	cN0-3	78	(100)	11	(0)	39
TBNA	1339	cN1-3	78	(99)	28	(1)	75
EBUS-FNA	818	cN1-3	90	(100)	20	(0)	76
EUS-FNA	973	cN0-3	78	(99.5)	19	(0.4)	61
TTNA	215	cN2,3	91	(100)	—	(0)	83
VATS	314	cN0-2	75	(100)	7	(0)	44

Detterbeck FC. et al. Chest 2007

COMPARAISON AVEC D'AUTRES METHODES

La Médiastinoscopie et la EBUS-TBNA restent des méthodes de

CONFIRMATION ou INFIRMATION d'un examen PET positif

ASSOCIEES avec le PET la sensibilité et spécificité proches de 100%

Les deux sont faites sous Anesthésie Générale !

La EBUS-TBNA est certes moins invasive mais si négative doit être confirmée par médiastinoscopie.

ASPECTS ECONOMIQUES

Aucun matériel à usage unique n'est nécessaire

20' durée intervention

24 - 48 H d'hospitalisation

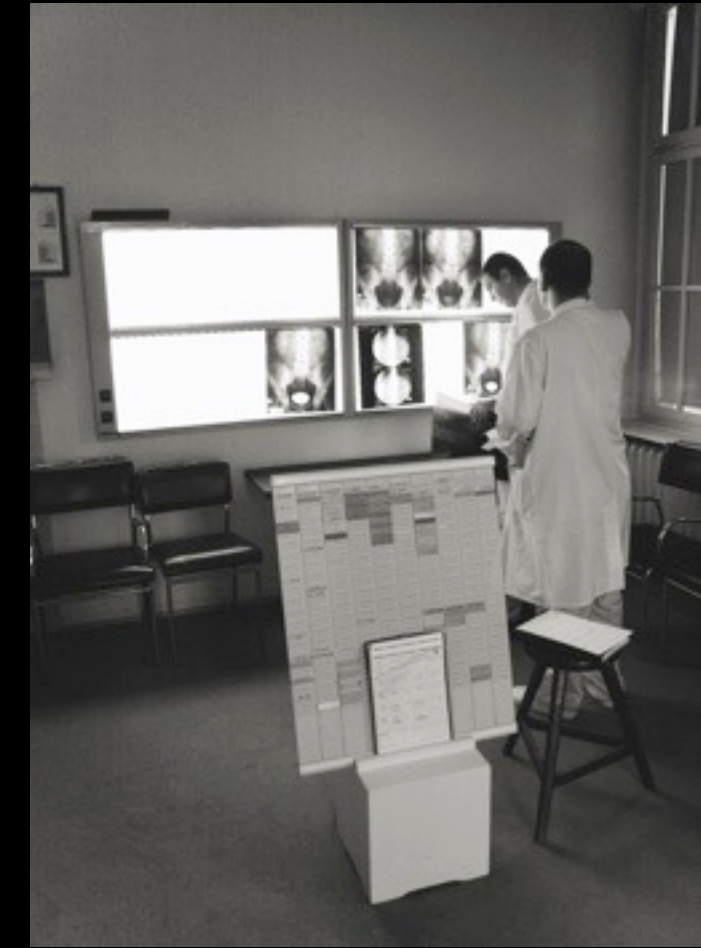
Aucune douleur significative (Diantalvic 2 jours)

6295 € valorisation du GHM sans CMA (avec 8095)

971 € valorisation du GHM si HDJ chirurgie ambulatoire

CONCLUSION

- Technique sûre, mininvasive, fiable et économique
- Meilleure valeur prédictive négative
- Exérèse ganglionnaire plutôt que biopsie
- Cartographie complète de l'envahissement médiastinal
- Indication évidente dans une démarche diagnostique après PET scan positif ou douteux, ou après EBUS-TBNA négative
- Importance capitale en oncologie pour prouver N2 - N3, notamment avant CT néoadjuvante



Merci

