

Anesthésie pour médiastinoscopie

Indications

- « staging » du cancer broncho-pulmonaire,
- diagnostic des adénopathies médiastinales ou des tumeurs du médiastin (dans ce cas, une médiastinotomie lui est habituellement préférée).

Technique

Dissection digitale du médiastin antéro-supérieur puis biopsies à l'aide du médiastinoscope.

Morbidité

- Hémorragies :

Elles sont contrôlées dans l'immense majorité des cas par tamponnement.

Les hémorragies graves (< 0,4%) peuvent nécessiter une sternotomie ou une thoracotomie antérolatérale D ou postérolatérale D d'hémostase. La voie d'abord est fonction du vaisseau impliqué (Veine Azygos, VCS, TVI, Artères bronchiques, pulmonaire D, TABC, carotide primitive G). Les ATCD chirurgicaux rendent cette intervention d'hémostase difficile.

En cas de thoracotomie D, le bloqueur bronchique est une bonne alternative à la réintubation par sonde à double lumière avant mise en DLG.

Les facteurs de risque sont : radiothérapie cervico-médiastinale, médiastinoscopie redux ou autres interventions sur le médiastin, syndrome cave supérieur, certaines formes de lymphomes (type scléro-nodulaire de la maladie de Hodgkin).

- Autres complications : pneumothorax, lésions nerveuses (phrénique, récurrent), lésions oesophagiennes ou trachéales

Mortalité inférieure à 0,3%

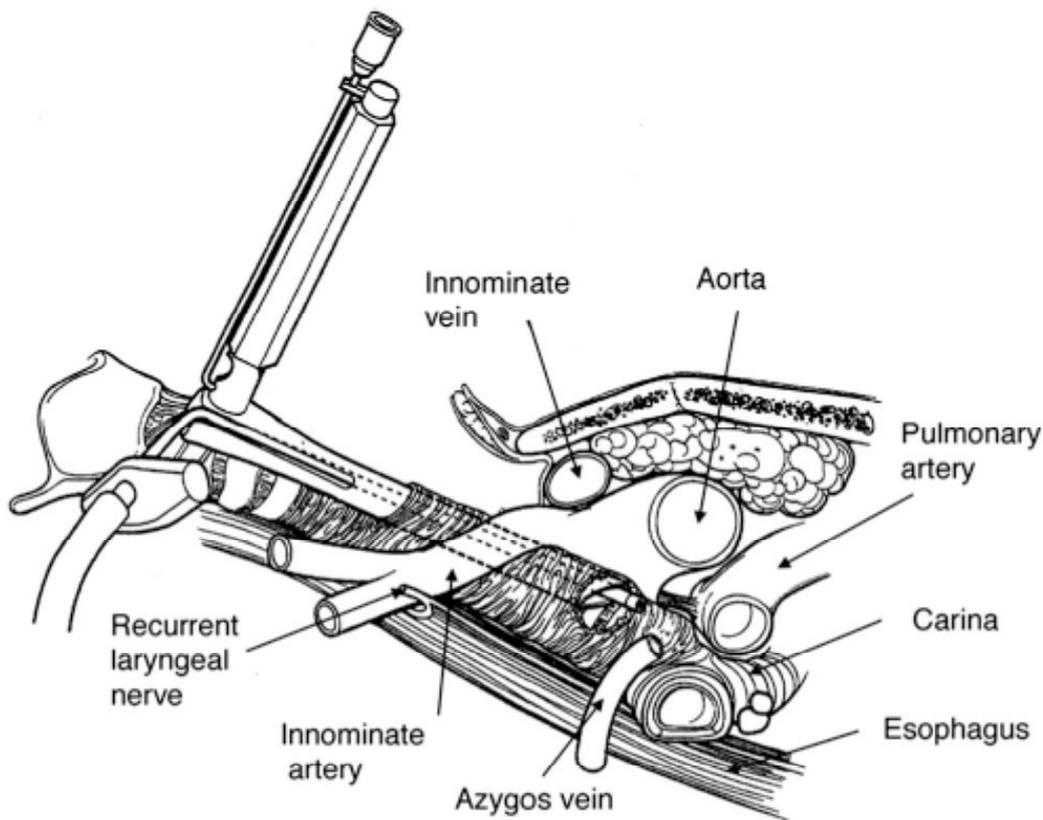


Fig 1. Diagrammatic representation of a mediastinoscope in the pretracheal fascia along with relevant surrounding anatomic structures. Note that the azygos vein drains into the superior vena cava, which has been omitted as it would cover the location of the mediastinoscope. (Adapted from Ponn and Frederico.⁶)

Consultation d'anesthésie

GR I et II + RAI indispensables

AVK : arrêt et relais éventuel par HNF/HBPM selon les cas.

Antiagrégants : Arrêt si Plavix.

Rapport bénéfice/risque pour l'aspirine (Impliquer le chirurgien dans la décision).

Anesthésie

Certains patients ont une compression trachéale (habituellement asymptomatique) visible sur le scanner. L'installation chirurgicale avec billot peut aggraver la compression dans le sens antéro-postérieur.

Le syndrome cave peut s'accompagner d'une orthopnée. Dans les cas sévères, seule l'intubation sous fibroscopie offre la certitude du contrôle des voies aériennes.

La TIVA avec rémifentanyl est bien adaptée (douleurs postopératoires très modérées).

La curarisation met à l'abri des mouvements de toux pendant la dissection et surtout la biopsie.

La sécurité est de prendre 2 VVP dont une dans le système cave inf. et l'autre au membre supérieur droit.

La PNI doit être mesurée sur le bras gauche (compression intermittente du TABC par le médiastinoscope).

La perte du signal de SpO2 au bras droit est un indice de compression du TABC et donc d'hypoperfusion carotidienne D.

Mise en place d'une sonde naso-gastrique pour le repérage per-opératoire de l'œsophage.

Installation

Décubitus dorsal, billot sous les épaules et hyperextension cervicale. Bras le long du corps.

Protection de la face contre les compressions du chirurgien sur celle-ci.

Sécurisation des raccords de ventilation.

Accès pour le chirurgien à la face.

Durée

Déterminée par la nécessité ou non de plusieurs biopsies-extempo.

JY Marandon

Ph. Puyo

Février 2008