

UE12 : Appareil Respiratoire
Dr Pierre Mordant
Le 10/02/2017 de 13h30 à 15h30
Ronéotypeur : Eliot Lauze <3
Ronéoficheur : Clémence DBH

Cours 8 :

Les Techniques d'exploration thoraco- pulmonaires

Le professeur a accepté de relire la ronéo. Il nous a dit que sans mauvaise foi de sa part, il ne pouvait pas nous donner de questions tombables aux partiels, ni nous dire sous quelle forme les questions pouvaient être posées car ce n'est pas lui qui les rédige. Cependant il a précisé que le but des professeurs n'était pas de coller les gens mais d'apprendre la médecine aux étudiants et qu'il fallait bien connaître les différentes techniques. Bien retenir ce qui est médical/radiologique, ce qui est fait sur un patient vigile en hôpital de jour ou en consultation de ce qui est fait par le chirurgien au bloc opératoire

Le mail du professeur est pierre.mordant@aphp.fr

Sommaire

I. Rappels d'anatomie

- A. Les poumons
- B. La plèvre
- C. La trachée et l'arbre bronchique
- D. Le médiastin et les masses médiastinales
- E. Les ganglions

II. Les techniques d'exploration thoraco-pulmonaires

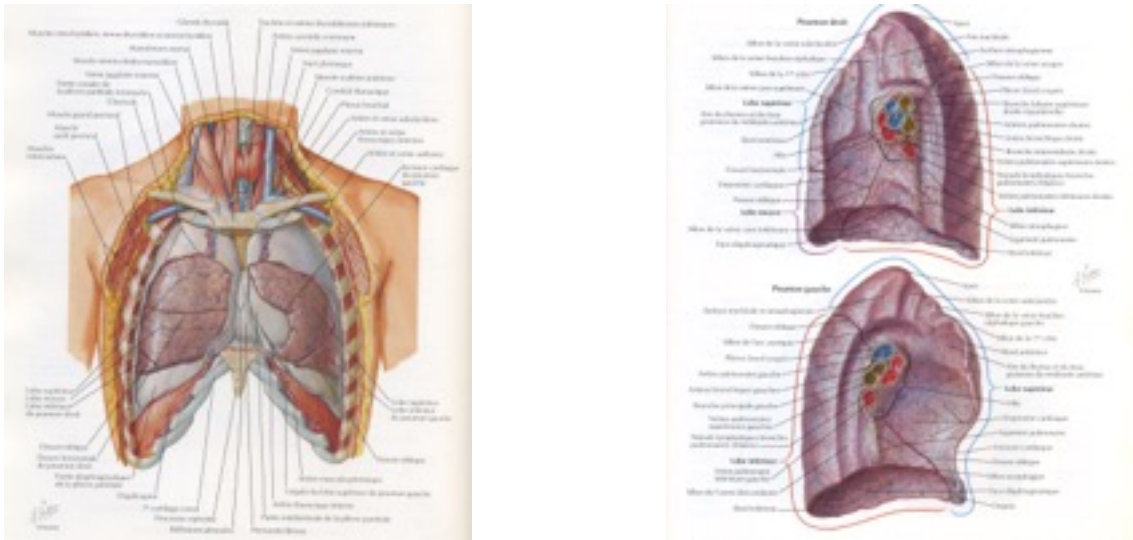
- A. Les prélèvements nécessaires en pratique
- B. Techniques médicales et radiologiques
 - 1. La fibroscopie bronchique et le lavage broncho alvéolaire
 - 2. L'écho-endoscopie bronchique
 - 3. La ponction et la biopsie pleurale
 - 4. La biopsie guidée par scanner
- C. Techniques Chirurgicales
 - 1. La médiastinoscopie
 - 2. La chirurgie du poumon et l'intubation sélective
 - 3. La thoracoscopie
 - 4. La thoracotomie

I. Rappels d'anatomie

A. Les poumons

Le poumon droit est constitué de 3 lobes : lobe supérieur, lobe moyen et lobe inférieur. Le poumon gauche est constitué de 2 lobes : le lobe supérieur et le lobe inférieur. *Donc préciser « lobe moyen droit » ne sert à rien et ridiculise un peu, il est forcément à droite.*

Ces lobes sont définis par des scissures. A droite il y a une grande scissure qui traverse de façon oblique le poumon et qui sépare le lobe supérieur et moyen du lobe inférieur, ainsi qu'une petite scissure qui sépare le lobe supérieur du lobe moyen. A gauche il n'y a qu'une scissure oblique d'en haut en arrière vers en bas en avant qui sépare le lobe supérieur du lobe inférieur.



(ces schéma sont mis uniquement à titre illustratif)

Par conséquent, sur une coupe scanner (qui est faite à 90°) on peut donc avoir en avant le lobe supérieur et en arrière le lobe inférieur. Et sur une radiographie de face, on a donc du mal à savoir par exemple si un nodule se situe sur le lobe supérieur ou inférieur étant donné que c'est en 2D.

On peut remarquer que sur une radiographie, la coupole diaphragmatique droite est un peu plus haute que celle de gauche. Ceci est dû au foie situé juste en dessous qui la relève un peu. On pourrait donc penser que le poumon droit est plus petit et pourtant il est un peu plus gros que le gauche (55% de la fonction pulmonaire contre 45% à gauche) à cause de la place que prend le cœur et ses ventricules qui s'axent vers la gauche.

B. La plèvre

Le poumon est entouré d'une séreuse : la plèvre (le péricarde et le péritoine sont aussi des séreuses). Dans une séreuse, il y a 2 feuillets, un premier qui tapisse l'organe, le feuillet viscéral et un second qui tapisse la paroi, le feuillet pariétal. Concernant la plèvre, le feuillet viscéral recouvre le poumon et lui donne un aspect luisant, le feuillet pariétal recouvre les côtes, le diaphragme et le médiastin. Normalement il n'y a rien entre ces deux feuillets : ce sont des cavités virtuelles. Dans la plèvre, une particularité est qu'il y a du vide entre les deux feuillets. Ceci est possible car sur le feuillet pariétal, il y a un drainage lymphatique. Les vaisseaux lymphatiques ont une activité contractile autonome ce qui fait office de pompe. Cela draine la lymphe vers le canal thoracique qui se jette dans la veine sous-clavière gauche.

S'il y a une rupture de cette dépression dans la plèvre, c'est un pneumothorax : de l'air va s'enfuir dans la plèvre pouvant provenir du poumon lui-même (de l'intérieur) ou via une lésion avec de l'air de l'extérieur qui entre. Lorsqu'il est de faible abondance, le pneumothorax peut se résorber tout seul grâce à ses lymphatiques, on peut aussi poser un drain dans la plèvre qui drainera l'air.

Il est important qu'il y ait cette dépression dans la plèvre car sinon le poumon se rétracte spontanément, comme lorsqu'on sort un poumon de sa cavité lors d'une transplantation par exemple. Pour fonctionner, le poumon a besoin d'être inflaté. On respire grâce au diaphragme (qui est la paroi inférieure) surtout, aux muscles intercostaux et un peu aux muscles respiratoires accessoires. S'il y a de l'air dans la plèvre, cela gêne la liaison diaphragme-poumon qui permet au poumon de fonctionner et de se gonfler.

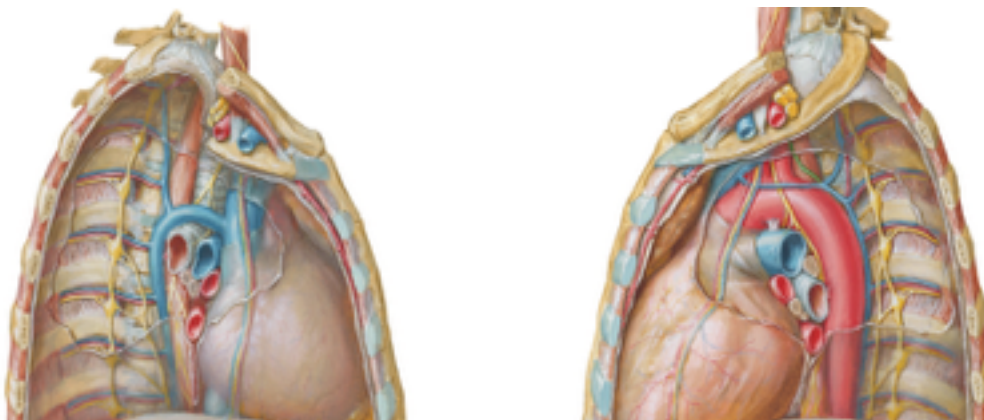
Dans les séreuses toujours des replis là où il y a les vaisseaux, ici le hile. La plèvre recouvre donc les attaches du poumon qui sont le hile, et le ligament triangulaire qui relie la partie inférieure du hile (le « manche de la raquette » sur un schéma d'anatomie) au diaphragme

C. La trachée et l'arbre bronchique

La trachée est constituée d'anneaux trachéaux cartilagineux en antérieur et d'une membraneuse en postérieur. Ces cartilages permettent d'éviter la compression de la trachée lors de la respiration. Si le cartilage se ramollit, comme dans une trachéomalacie par exemple, il y a des contacts entre la face antérieure et la face postérieure

La trachée se divise au niveau de la carène.

La bronche souche droite est plus verticale que la gauche et très courte, presque virtuelle chez certains patients. Lorsqu'on est debout, il y a donc plus de probabilité pour qu'une fausse route se fasse du côté droit. Cependant, le plus souvent les patients faisant des fausses routes sont en position déclive, les corps ou les liquides tombent donc préférentiellement dans les segments postérieurs comme le segment dorsal du lobe supérieur et le segment postéro-basal du lobe inférieur. La bronche lobaire inférieure n'existe pas en général à droite car les bronches se divisent en bronches segmentaires avec comme première branche segmentaire la branche apicale du segment inférieur (= segment de Nelson ou de Fowler) au même niveau que la bronche lobaire moyenne. Les éperons sont les zones où naissent les nouvelles branches, c'est important pour se repérer en fibroscopie



À gauche la bronche souche est beaucoup plus longue car l'aorte passe par dessus, plus horizontale et donne qu'une seule bronche : la bronche lobaire supérieure. L'autre partie est la lobaire inférieure : il y a donc une notion de **carrefour bronchique**, qui est présente uniquement à gauche. *Quand on parle de tumeur au carrefour bronchique, c'est donc superflu de préciser à gauche.*

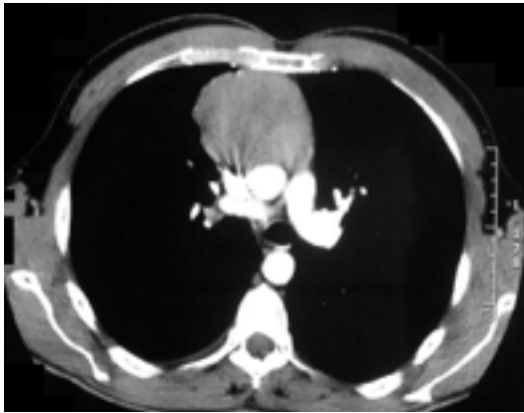
D. Le médiastin et les masses médiastinales

Il est important de bien savoir se repérer dans le médiastin dans un plan antéro-postérieur surtout (il a dit qu'entre le haut et le bas c'était beaucoup moins pertinent).

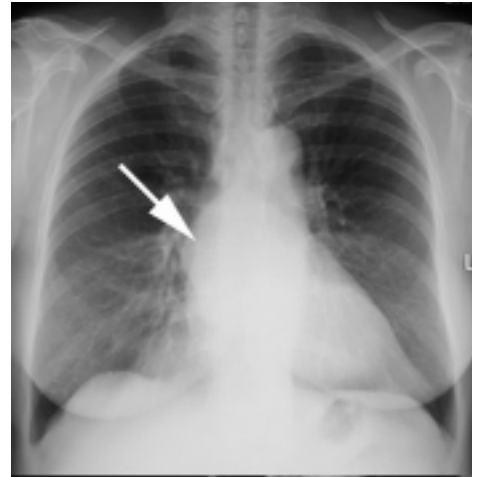
- Le médiastin postérieur : à l'arrière de la trachée, il correspond à l'œsophage, aux corps vertébraux, aux gouttières costo-vertébrales, et à la chaîne sympathique para vertébrale qui a des anastomoses avec les nerfs intercostaux.

Le nerf vague donne le nerf récurrent et descend ensuite innover l'œsophage et l'intestin. Il est responsable de la motricité gastrique. Le nerf récurrent naît et remonte de sous l'artère subclavière droite du côté droit, et sous la crosse de l'aorte du côté gauche. Le nerf phrénique passe devant le hile pulmonaire, nerf de la respiration qui innerve le diaphragme.

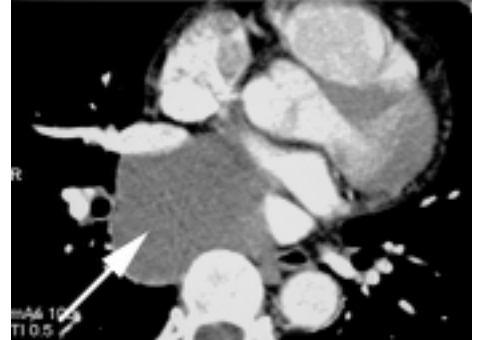
- Le médiastin moyen : est globalement autour de la trachée et de la carène. Il comporte des ganglions et la trachée
- Le médiastin antérieur : il comporte plein de vaisseaux, le coeur, le thymus ou résidu thymique chez l'adulte (des tumeurs peuvent naître de là)



- On peut avoir des masses médiastinales au niveau antérieur comme sur le scanner thoracique en coupe médiastinale ci dessous. (c'est une vue inférieure). Normalement, les deux poumons se touchent en avant. Ici, on observe une masse médiastinale au niveau antérieur.



- Il peut y avoir des masses au niveau moyen provenant de la trachée des ganglions ou des bronches. Ici c'est un kyste bronchogénique : une poche d'épithélium bronchique avec des sécrétions bronchiques qui s'accumulent qui ne peuvent pas s'évacuer dans l'arbre bronchique. Le contenu est gélatineux. Il y a un risque d'infection avec un petit risque de faire des cancer. Quand on en trouve un et qu'il gêne le patient, on le retire.



- Il peut y avoir des masses au niveau postérieur qui naissent en général des nerfs ou des ganglions. Ce sont des tumeurs nerveuses qu'on nomme schwannomes. On peut aussi avoir des tumeurs naissant de l'oesophage, qui peuvent être des kystes para-oesophagiens. On observe ici une masse dans la gouttière costo-vertébrale.



E. Les ganglions

Les ganglions sont très importants : c'est un gros système de défense face aux agresseurs extérieurs auxquels sont exposés les poumons. Il y en a le long des bronches, à l'intérieur des poumons, dans le fond des scissures, au niveau du hile. Ils forment des chaînes qui longent les bronches et qui vont finalement se jeter dans le canal thoracique.

Ils peuvent être le siège de maladies infectieuses (tuberculose ganglionnaire), granulomateuses (sarcoïdose), et peuvent être le premier relai du cancer du poumon, à gros enjeu de santé public car c'est la 1^{ère} cause de mortalité par cancer en France. La survie à 5ans après diagnostic de cancer du poumon est de 15%.

II. Les techniques d'exploration thoraco pulmonaire

A. Les prélèvements nécessaires en pratique

Pour le thorax, on peut avoir besoin de :

- prélèvements de parenchyme pulmonaire, partie la plus **distale** du poumon, là où il y a les alvéoles. (Il y a beaucoup de maladies qui touchent les alvéoles, les petits vaisseaux, ou les petites bronches)
- de prélèvements plus **proximaux** de bronches souches, lobaires, ou segmentaires. C'est accessible par voie intérieure
- de liquide pleural ou de prélèvements de **plèvre**. C'est fait par l'extérieur.
- de prélèvements de **ganglions** en cas d'adénopathies.
- de prélèvements de tout élément anormal du médiastin (masse médiastinale antérieure par exemple)

Les types de prélèvements :

- biopsique : on prélève du tissu, on observe la cohérence du **tissu** et son architecture
- cytologique : on observe les **cellules** mais pas l'architecture (on peut pas observer l'existence d'une membrane basale en cytologie par exemple)
- microbiologique : on **ensemence** le prélèvement pour l'étudier (boîte de pétri par exemple)

B. Techniques médicales et radiologiques

Dans le thorax, il y a les côtes donc les organes sont bien protégés. En général c'est **plus simple** de passer par les **voies naturelles**, les bronches. Ces techniques sont faites généralement sur un patient **vigile**, réveillé, qui est parfois un peu sédaté. Mais passer par les voies naturelles est souvent aussi très **désagréable et douloureux**, c'est pourquoi certaines techniques sont de plus en plus faites sous anesthésie générale aujourd'hui.

1. La fibroscopie bronchique et le lavage broncho alvéolaire (LBA)

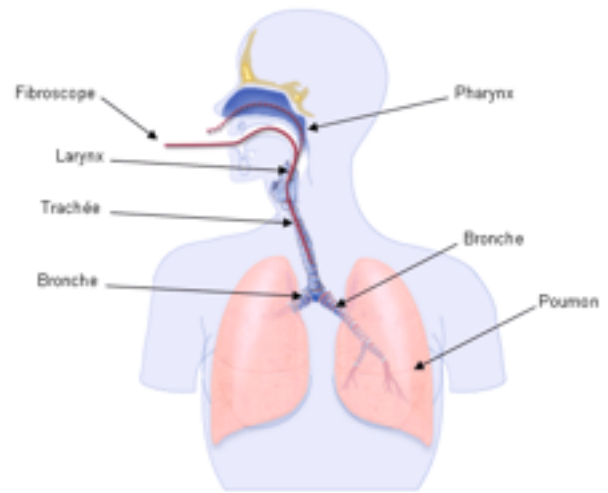


Le fibroscope est une fibre optique de 40-50cm avec une **caméra** au bout qui projette les images sur un écran. Il y a un câble qui amène la **lumière**, on peut bouger son extrémité et la faire **pivoter** pour mieux observer. Il y a en plus un **aspirateur** pour aspirer des potentielles excréments qui gênerait le passage ou la visibilité ainsi qu'un **canal opérateur**. On peut donc faire passer dans le fibroscope une **pince à biopsie** pour aller prélever là où on observe. On peut très bien observer l'arbre trachéobronchique (corps étranger, tumeur, sténose, sang...)

C'est fait par un médecin, radiologue ou chirurgien. Le patient doit être **à jeun** depuis 6h, et **demi assis**. Il est anesthésié localement un peu dans la bouche mais surtout le nez avec du gel à la xylocaine, C'est fait sur un patient vigile, réveillé en général, qui est un peu sédaté

Le fibroscope passe à travers la fosse nasale, on voit les cordes vocales puis on continue jusqu'à l'endroit qui nous intéresse. On peut l'utiliser pour explorer ou pour biopsier.

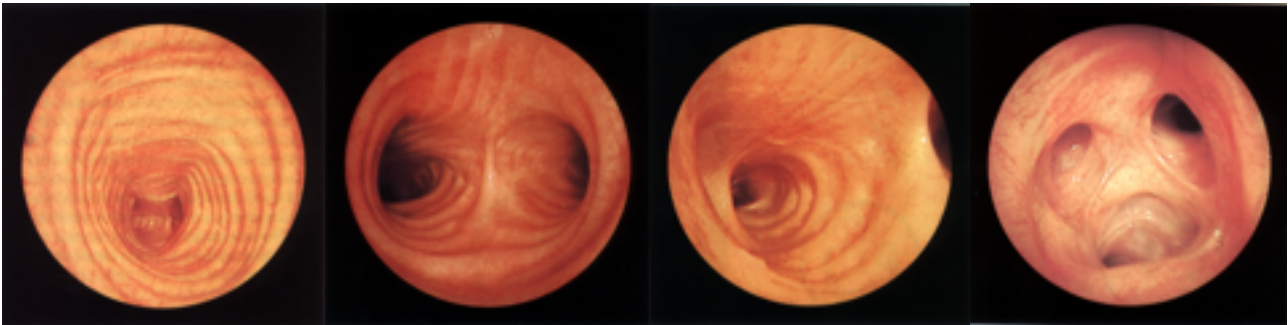
Quand le fibroscope est bloqué car le conduit devient trop étroit, mais qu'on veut explorer **plus loin**, on peut faire un lavage broncho-alvéolaire : on envoie du liquide (3x50mL de sérum physiologique) qui va jusqu'aux **alvéoles** qu'on récupère pour faire des analyses biochimiques, **cytologiques**, bactériologiques et virologiques.



Ca a été standardisé. On a donc des chiffres de cellularité pour se ramener à une norme. Ils peuvent changer si le patient fume, ou s'il présente des maladies ou une inflammation par exemple.

ces chiffres ne sont pas à connaître à moins d'être pneumologue, je vous renvoie aux diapo si vous êtes curieux.

Les patient demandent aujourd'hui de plus en plus à être sous anesthésie générale pour une fibroscopie car c'est douloureux et désagréable.



On peut aller jusqu'en segmentaire avec la fibroscopie, même avoir un reflet de l'état alvéolaire grâce au LBA. Mais on ne peut pas observer les ganglions par exemple : donc on peut dans ce cas faire une écho-endoscopie

2. L'écho-endoscopie

C'est une fibroscopie avec un petit **échographe** en plus à l'**extrémité** du fibroscope. La sonde d'échographie comporte un petit **ballonnet** qui fait en sorte que les ondes se propagent bien.

On l'utilise pour observer les **ganglions** par exemple. Une fois le ganglion repéré grâce à l'échographie, on peut introduire via le canal opérateur une **aiguille** qui va pouvoir piquer la paroi jusqu'au ganglion et **aspérer** pour avoir une **cytologie** pour faire un diagnostic sur le ganglion. Par exemple un granulome peut évoquer une tuberculose ganglionnaire ou une sarcoïdose.

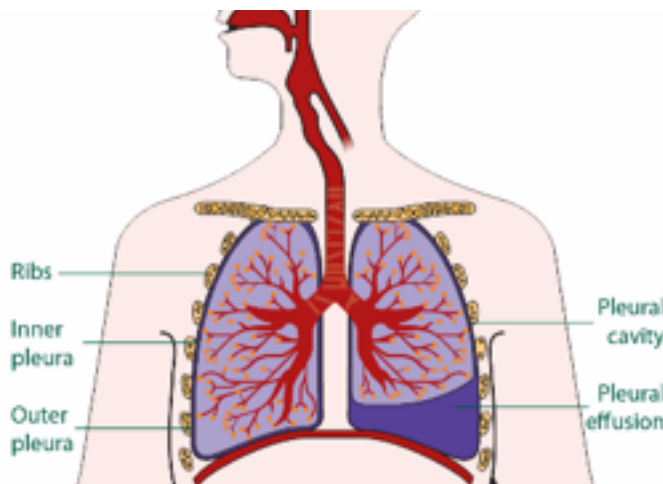
En général on fait une anesthésie locale avec petite sédation, mais de plus en plus on demande une anesthésie générale





ici par exemple, le ganglion est situé juste devant la carène, pour prélever c'est donc très compliqué à cause de l'aorte ascendante, descendante, l'artère pulmonaire et la veine cave supérieure juste à côté. Donc on essaye par la bronche grâce à une échographie, et si ça ne marche pas on peut avoir recours à des méthodes chirurgicales, plus invasives (qu'on verra plus bas)

3. La ponction et la biopsie pleurale



On peut **biopsier** la **plevre** (le tissu lui-même), ou **ponctionner** le **liquide** à l'intérieur de la cavité pleurale en cas d'**épanchement**.



Le liquide va vers le bas et le poumon se recroqueville vers le haut. Lors du prélèvement, il ne faut pas trouer le poumon. on perce la peau, la sous peau, un peu de graisse et l'espace intercostal pour arriver dans la plèvre. On passe sur le **bord supérieur** de la côte inférieure pour passer l'espace intercostal, pour éviter d'embrocher le pédicule vasculo-nerveux qui passe juste sous la côte. *(On peut retenir qu'il faut que l'aiguille soit « posée » sur la côte)*

C'est du liquide qu'on analyse, donc une **cytologie**. On analyse la nature du liquide pour comprendre pourquoi il y a cet épanchement, quels types de cellule il y a, si c'est tumoral, infectieux, inflammatoire etc.. On fait une analyse cytologique, biochimique, bactériologique et virologique

Dans un hémithorax il peut y avoir jusqu'à 3 à 4L de liquide. Ici ça doit être environ 2L.

Parfois la nature du liquide n'est pas très informative dans certaines maladies, comme pour la tuberculose pleurale : tuberculose avec septicémie à germe tuberculeux mais sans développement de tuberculose pulmonaire (crachats non contaminés par la bacille). Mais la plèvre contaminée peut produire beaucoup de liquide qui ne sera pas infecté. Donc si on fait la ponction pleurale, le liquide sera juste du liquide inflammatoire. On peut donc dans ce cas, faire en plus de la ponction une **biopsie pleurale à l'aveugle** avec un **trocart** qui comporte une sorte de crochet qui peut arracher un bout de

plèvre (un peu plus gros que l'aiguille) après **anesthésie locale**. Cela nous permet de voir si le tissu est infecté. C'est bien sur le feuillet **pariétal** ici qu'on prélève.



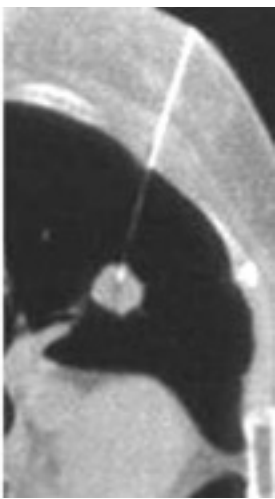
Ponction pleurale



Biopsie pleurale à l'aveugle

Si la biopsie pleurale n'est pas concluante, on peut avoir recours à une thoracoscopie (méthode chirurgicale)

4. La biopsie guidée par scanner



Utilisée dans le cas où on remarque une masse dans le poumon et qu'on ne peut pas y accéder par fibroscopie car c'est trop loin, qu'on ne peut pas faire de LBA car ça ne permet pas d'avoir de bout de cancer. On ne peut pas passer par la plèvre car c'est trop interne. On peut donc faire une ponction sous scanner. On ne fait pas de biopsie à l'aveugle du poumon mais on peut **guider** des **biopsie par scanner**. C'est fait en ambulatoire. On **perfuse** le patient, une **anesthésie locale**, et on l'envoie en **radiologie**.

Le nodule est en plein milieu du poumon, le radiologue fait des coupes de scanner à chaque fois qu'il avance son **aiguille** centimètre par centimètre. Une fois dans le nodule un **dispositif** prélève un **échantillon** pour faire de l'**histologie**.

Le **risque** c'est de faire un **pneumothorax**, c'est assez **fréquent**, mais il est souvent limité et souvent est bien **toléré**.

L'autre risque, c'est d'atteindre une **veine pulmonaire**, qui est à **basse pression**. Il y a une pression négative dans une veine pulmonaire donc de l'air peut entrer dans la veine pulmonaire ce qui peut entraîner une **embolie gazeuse** qui peut donner des

AVC ou infarctus selon l'endroit où la bulle d'air est transportée.

On peut noter qu'il n'y a pas ce problème là dans les autres veines périphériques du corps. En effet, il faudrait beaucoup plus d'air, car l'air présent dans les veines périphériques retournerait vers l'atrium droit, puis ventricule droit et serait envoyé ensuite via l'artère pulmonaire vers les poumons qui filtreraient cet air.

Ce prélèvement est utile pour savoir si le nodule qu'on étudie est tumoral, infectieux (tuberculome, mycose, nocardiose) ou inflammatoire (sarcoïdose). Cela permet d'avoir un **diagnostic**.

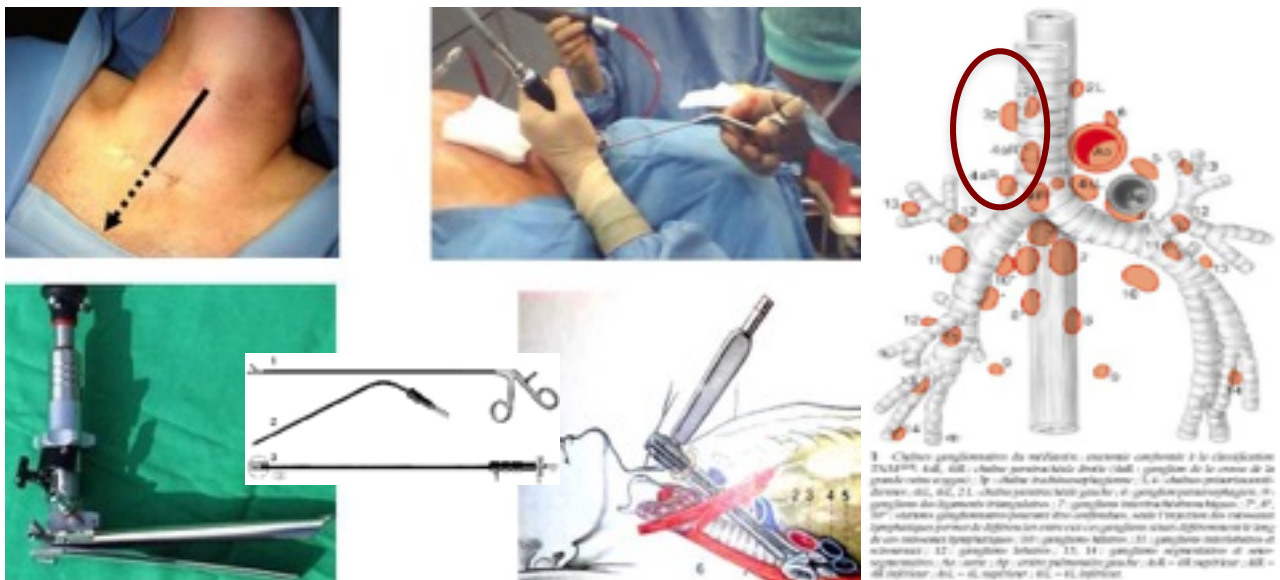
Cette technique est de plus en plus utilisée aujourd'hui car les techniques d'imageries se simplifient. On prend donc d'autre part plus d'images, et on remarque donc plus de masses suspectes dont on veut s'assurer qu'elles ne soient pas tumorales grâce à une ponction sous scanner.

C. Techniques chirurgicales

Là où les techniques médicales et radiologiques ne suffisent pas, on peut avoir recours aux techniques chirurgicales, **plus invasives**, faites par le chirurgien, sous **anesthésie générale** au **bloc opératoire**, avec des règles **d'asepsie** rigoureuse. Il y en a plusieurs mais on verra ici 3 types :

1. La médiastinoscopie

Elle a été développée avant l'écho-endoscopie. On avait des patient avec des gros **ganglions** dans le médiastin et on a donc voulu demander au chirurgien et à l'anesthésiste d'aller **prélever** des **échantillons** pour les étudier.



Ca a de l'intérêt pour le prélèvement d'une adénopathie au niveau para trachéale, inaccessible par écho-endoscopie, souvent située à droite car c'est là surtout où le drainage ganglionnaire du poumon a lieu, ou d'une masse médiastinale. Le prélèvement est ensuite analysé comme pour les techniques précédentes.

On endors le patient totalement, on **l'incube** pour l'aider à respirer, on lui fait une **incision** à la base du cou de 3cm, on va chercher la **trachée** et on la suit avec le médiastinoscope qui a de la **lumière** au bout pour aller trouver les ganglions en faisant attention à l'aorte (mais qui est assez résistante) et surtout à l'artère pulmonaire, plus fragile et difficile à réparer si elle était touchée.

2. La chirurgie du poumon et l'intubation sélective

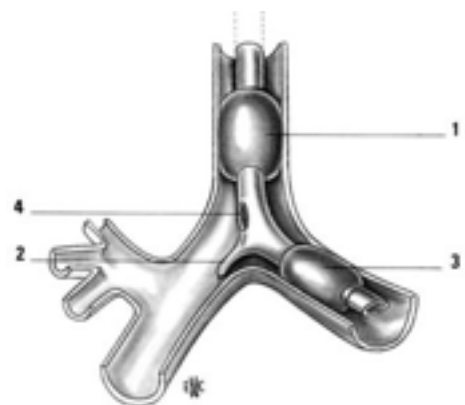
On va voir une petite particularité de la chirurgie du poumon.

Un patient sous anesthésie générale ne contracte plus son diaphragme et ne va donc plus respirer, on le met donc sous ventilation mécanique. Or la ventilation mécanique fait une pression positive dans le poumon. Donc si on l'ouvre, le poumon ne va pas se recroqueviller. Pour l'**opérer**, le poumon **ne doit pas être gonflé**.

On utilise donc une sonde d'**intubation sélective**, ou **sonde de Carlens** qui se cale sur la carène, la partie distale va à gauche (car la bronche est longue, il y a la place de mettre un ballonnet). Il y a un autre ballon au niveau de la trachée ainsi que deux orifices comme sur le schéma : un en regard de la bronche souche droite et un autre dans la bronche souche gauche.

Ils peuvent donc ventiler soit par un seul des deux orifices, soit par les deux. On peut donc **exclure** la ventilation d'un poumon pour pouvoir l'opérer tout en gardant la ventilation sur celui qu'on opère pas.

On fera juste attention à la fin de l'opération à ce que le poumon puisse bien se regonfler.

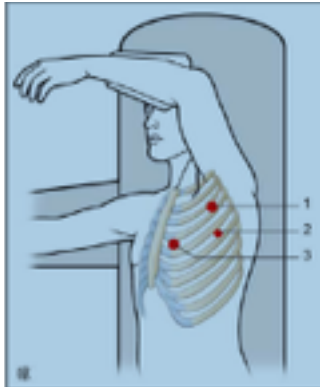


Pour accéder maintenant à l'intérieur du thorax (= cuirasse en grec) et l'opérer, on a fait pendant très longtemps des thoracotomie, qui faisaient des cicatrices de 20cm, où on **écartait** les côtes dans le dos. C'est extrêmement **douloureux** et on ne voyait pas si bien.

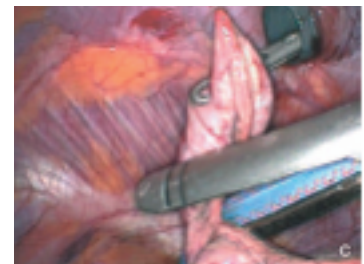
De plus, après l'opération les patients avaient encore mal, ne gonflaient donc pas assez leurs poumons et ne toussaient pas bien donc ils pouvaient s'encombrer et développer des pneumonies. La pneumonie après une chirurgie pulmonaire a tué énormément de patients.

On a donc développé la **vidéo-thoroscopie**.

3. La thoroscopie



On fait **3 trous** d'1cm. Les images sont projetées sur un **écran** de haute définition. On peut en plus lors de chirurgie diagnostique, faire des biopsies pleurales très facilement et prendre des plus gros échantillons sans que le patient ait mal. On peut **exciser des tumeurs**, faire des **biopsie des ganglions**, de la **plèvre**. Il existe un système qui **agrafe** en même temps qu'il prélève l'échantillon pour éviter l'hémopneumothorax en post opératoire avec une pince qui attrape et une deuxième pince qui agrafe le poumon, et coupe ensuite pour empêcher les fuites :



Si vraiment on arrive pas à ses fins en thoroscopie, on peut faire des thoracotomie.

4. La thoracotomie

Tout est réalisable en thoracotomie, en incisant le thorax, mais elle **n'est plus utilisée en exploration diagnostique**. On en fait qu'en **thérapeutique** en pratique.

Un exemple caractéristique d'un cas où on peut avoir recours à une thoracotomie :

emphysème : (localisé ou diffus) se manifeste par une destruction des parois alvéolaires, l'air qu'elles contiennent ne peut donc plus être totalement expiré, cela peut mener à des insuffisance respiratoires (d'après internet)



On a un patient relativement âgé, qui a beaucoup fumé, avec un emphysème majeur, une hémoptysie, un aspect spiculé au scanner thoracique, on observe une masse supérieure à 2cm avec une fixation intense au TEP scanner, le patient est contre indiqué à la ponction sous scanner car son poumon est trop détruit et c'est donc à fort risque de pneumothorax.

On a donc une très **forte suspicion de cancer** et on peut donc faire une thoracotomie pour faire d'emblée une lobectomie pulmonaire qui va faire le **diagnostic et le traitement**.

On commence par lui retirer le nodule et faire un **examen anatomopathologique extemporané** (rapide) et si c'est positif, faire une **lobectomie**, lui retirer tout le lobe.

Casse dédi

A la dynastouff pour changer, pcq c les plu bo
Une petite dédi (mais moins importante) pour escobar parce qu'ils sont jaloux mais ils sont gentils
quand même
A Berthe parce que sinon elle va bouder
Et à sa tête de quand elle est venger parce que j'ai raison
Spéciale dédicace à Laurinda (mais celle de Ferdi)
A la patte de Clément (je parle de celle que t'as trouvé au ski)
Amonbofils et à sa robe sympa
A la pkaïla qu'on ira peut être manger un jour Jojo
Au RCB et à la branlée qu'on va mettre à Ginette (j'espère) pour continuer dans la lancée
Et à ce délicieux semestre qui commence qui s'annonce aussi doux et frai que la rosée du matin

Bisous sur vos bouts