

Prise en Charge de l'Epanchement Pleural



L. Brouchet, M. Humeau

Service de Chirurgie Thoracique Pr Dahan

Clinique des Voies Respiratoires

CHU Toulouse

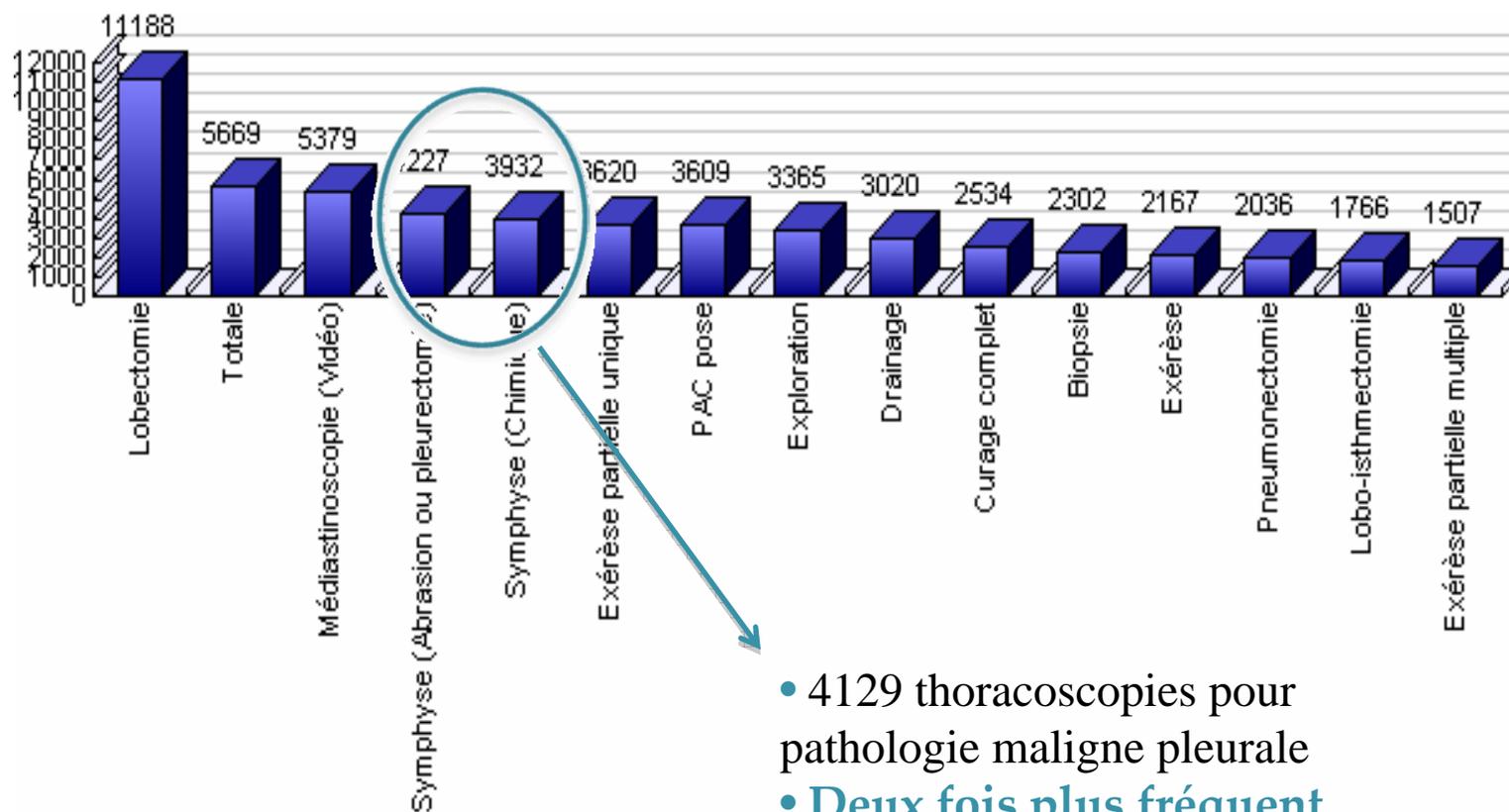


Fréquence

- Un patient sur deux en situation métastatique aura un épanchement pleural
- Tournant évolutif dans la qualité de vie
- Survie médiane au moment du diagnostic est de 4 mois

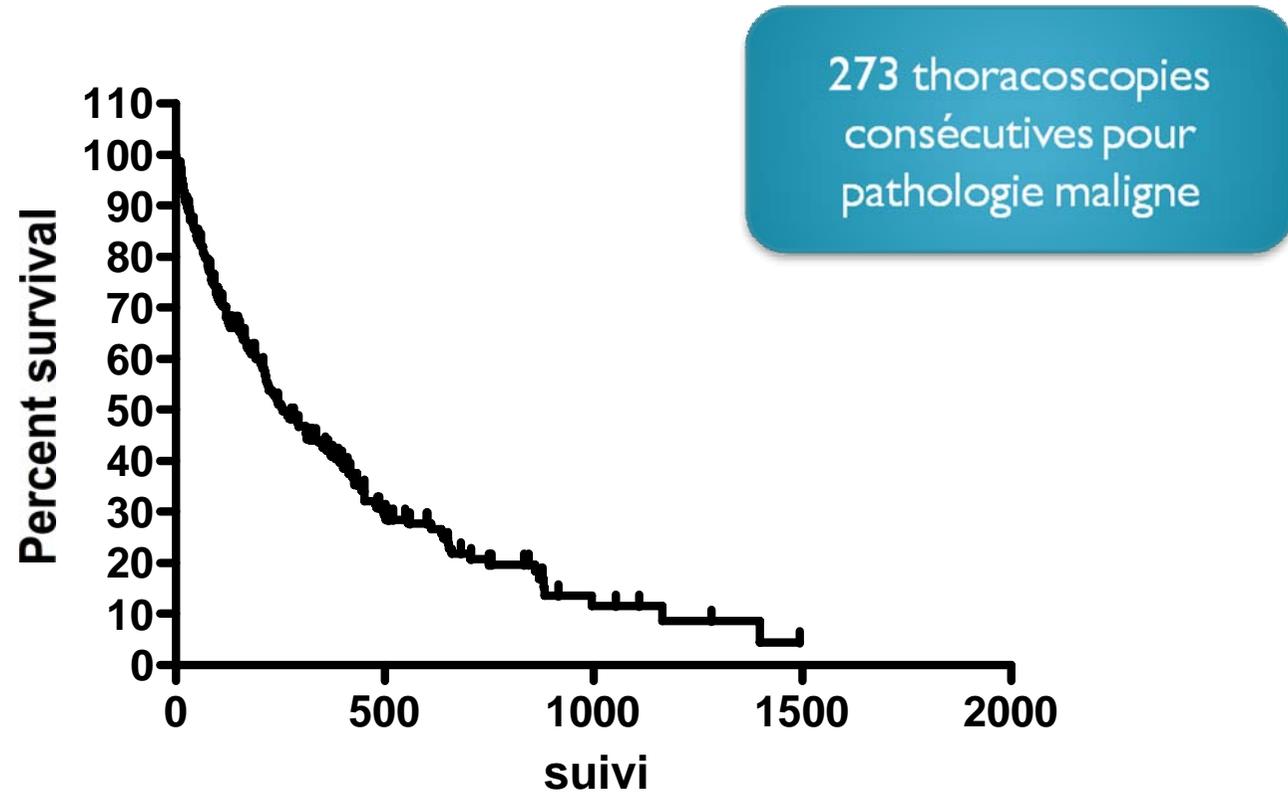
Données Epithor

- Aout 05-Aout 09



- 4129 thoracoscopies pour pathologie maligne pleurale
- **Deux fois plus fréquent que la pneumonectomie**

Survie thoracoscopie



Médiane de survie 256 jours
Mortalité hospitalière 10,3%

Physiopathologie

stomas pleuro-lymphatiques

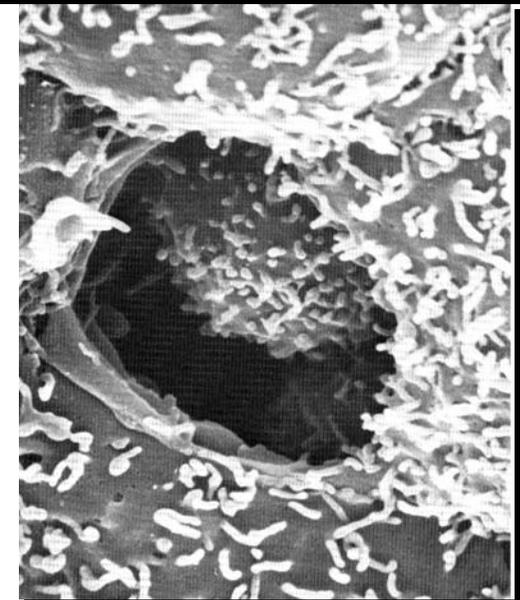
diamètre 2 à 12 μm

x 12 : membrana cribriformis

partie déclive plèvre pariétale

- plèvre thoracique (100 / cm^2)
- plèvre diaphragmatique (8000 / cm^2)
- plèvre médiastine

*(décrits par Dubrowski
et par von Recklinghausen en 1863)*



Physiopathologie



- Résorption 700 ml / 24h
- Défaut drainage : obstruction pores par cellules tumorales, augmentation pression lymphatique
- Augmentation sécrétion : VEGF, inflammation, obstruction veineuse, diminution pression oncotique

Etiologies

60 %

Poumon 36%

Sein 25%

Appareil digestif

Rein

Appareil génito-urinaire

ORL

Thyroïde

Lymphome 10%

U
T
I
L
E
S

Diagnostic

- Dyspnée, toux, douleur
- Trépidation pleurétique
- Imagerie
 - RT Face 300cc
 - RT Profil 50cc
 - Echographie 5cc
 - TDM avant évacuation bilan





Ponction pleurale

- Cytologie rendement diagnostique 65%
orientation lymphocytaire, hémorragique
- Type histologique: rare
- Sensibilisation par centrifugation de grande quantité
- 3-10% des épanchements malins sont transudatifs
- Dosage marqueurs?
- Avenir : hybridation in situ, méthylation ADN, micro-arrays, mutation EGFR, K-Ras, mésothéline

Biopsie écho ou TDM-guidée

- Sens 87%
- Spé 100%
- Si plèvre > 5-8 mm
- Radiologue / Anatomocytologiste

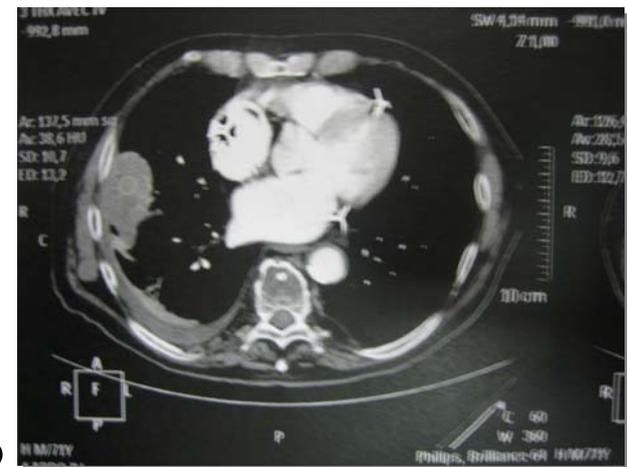


TEP-FDG

- Sens 96,8%
- Spé 88,5%
- VPN=VPP 93,9%
- Tep non fixante
et cytologie négative



Epanchement non malin ?



Biopsie Pleurale à l'Aveugle

Castelain

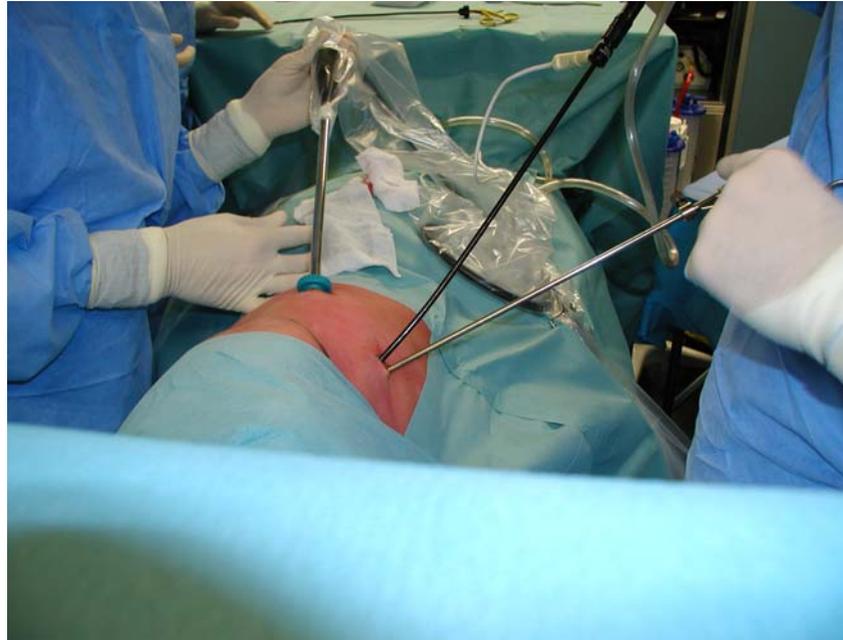


Abrams



Rendement diagnostic < 60 %

Biopsies sous Thoracoscopie



- Rendement diagnostic **> 90%**
 - Multiples, $> 5 \text{ mm}^2$, graisse sous pleurale, territoire sain
 - Symphyse dans le même temps
 - Possibilité de conversion
- Mais :**

Biopsies sous Thoracoscopie

Anesthésie générale

Intubation sélective



Rachi-Anesthésie



Drainage post-opératoire



Thoracoscopie / Pleuroscopie médicale

- Sédation légère
- Ventilation spontanée
- Drainage quelques heures
- Endoscope rigide ou fibroscope
- Rendement identique à la thoracoscopie chirurgicale
- **Indications respectives : accessibilité au deux techniques**
- Scopie examen clé des pleurésies sans diagnostic ou suspecte de mésothéliome

Prise en charge palliative

Objectifs

- Amélioration des
symptômes
Réduction de la dyspnée
- Réduire la fréquence des
hospitalisations
Prévention des récives

Ponctions pleurales itératives

- Simple
- Ambulatoire
- Première intention
- Etiologie de la dyspnée
- Réexpansion
- 100% de récurrence J30

Pour qui ?

- Récidive lente
- Défaut de réexpansion
- En cours de traitement
- OMS 3-4
- Guérison rapide envisageable (lymphome)

Talcage par le drain

- Ambulatoire
- Techniques multiples
- Traitement antalgique
- Talc ou ...?
- 60-100% de bon résultats
- 2^{ème} tentative possible

Pour qui ?

- OMS 2-4
- Épanchement très abondant : échec
- Défaut de réexpansion: échec
- Contre indications de la thoracoscopie

Technique « Orangina »

Venissac®

- Sous anesthésie locale : Monaldi n° 18
- Vidange complète puis Xylocaïne 7cc/50 20 min
- Talc 6g/100cc 4 heures
- Déclampage
- Réaction fébrile +++



Traitement de Référence

Shaw P, Agarwal R. Cochrane Database 2004

Méta-analyse 36 articles sélectionnés, 1500 patients

3 Questions:

- Faut-il utiliser un agent sclérosant pour symphyser?
- Quel est le meilleur sclérosant ?
- La symphyse sous thoracoscopie est-elle supérieure à la symphyse par un drain ?

Talc contre Placebo

- Une substance scérosante est nécessaire pour symphyser (talc, tétracyclines, mitozantrone)

$$RR = 1,20$$

$$NNT = 8$$

- Pas de surmortalité observée

Talc de l'Ariège contre le reste du monde

- Multitude des produits : Talc, Bléomycine, Tétracyclines, Corynebacterium parvum, Mitozantrone, Mepacrine, Alcool, Nitrate d'Argent ...

- **Talc** > Bléomycine = Tétracyclines = Coryné....

$$RR = 1,34$$

$$NNT = 5$$

- Pas de différence de mortalité
- Talc = produit le moins cher, *Haddad FJ World J Surg 2004.*
- Innocuité du talc calibré en grosse particule ($>20 \mu m$) *Janssen JP Lancet 2007*
- *Nitrate d'Argent > Talc ? Da Silveira Paschoalini M. Chest 2005*

Symphyse Chirurgicale contre Médicale

- Talcage par thoracoscopie > Talcage par le drain

$$RR = 1,68$$

$$NNT = 3$$

- **Mortalité identique** « études randomisées - patients sélectionnés »

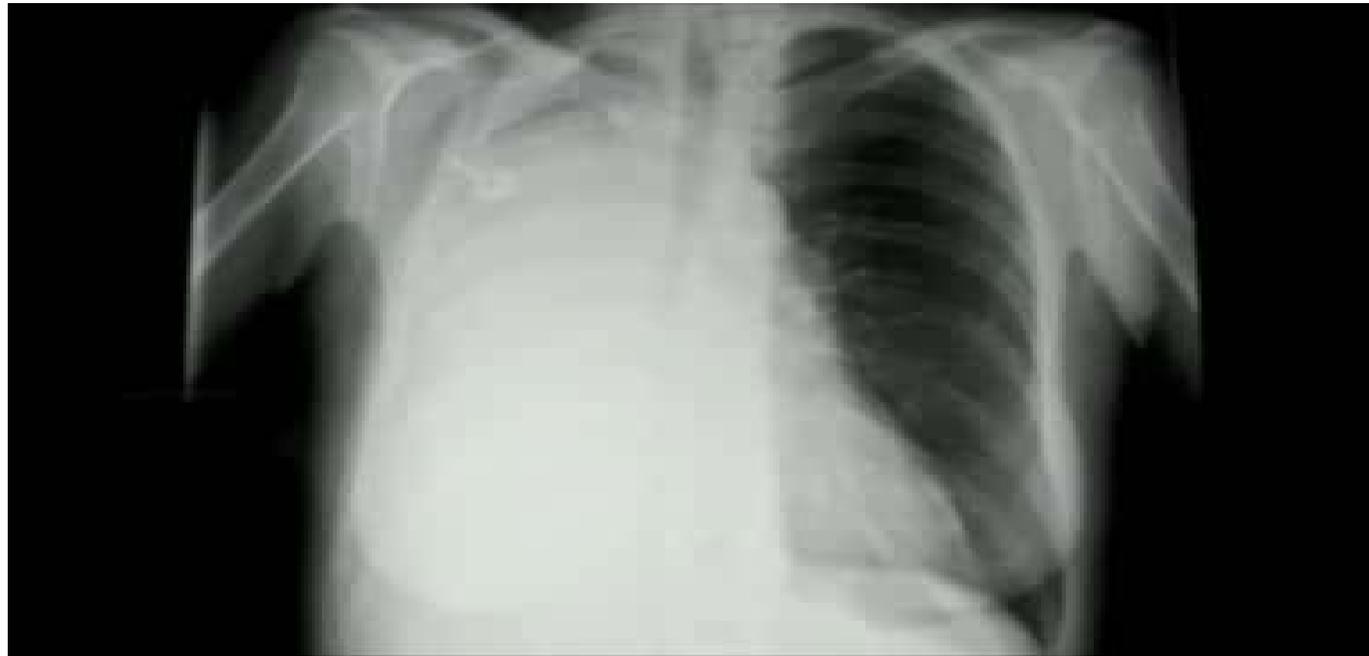


Effets Secondaires

%	Talc	Bléomycine	Tétracyclines
Fièvre	30	30	18
Douleurs	31	29	38
Troubles digestifs	0	17	0

Rque: SDRAs observés après talcage quelques cas (Ø particules)

Gold standard



>90% de succès

Altération de l'état général

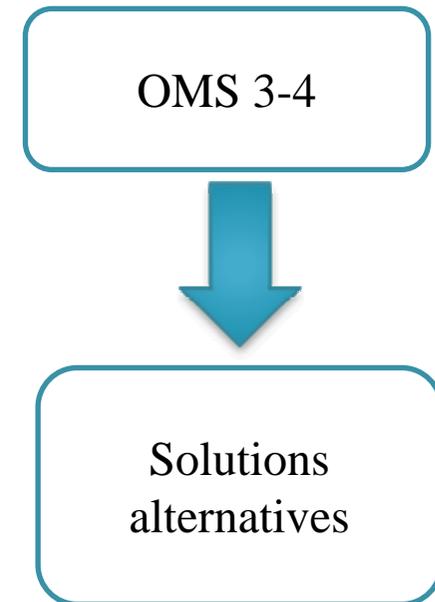
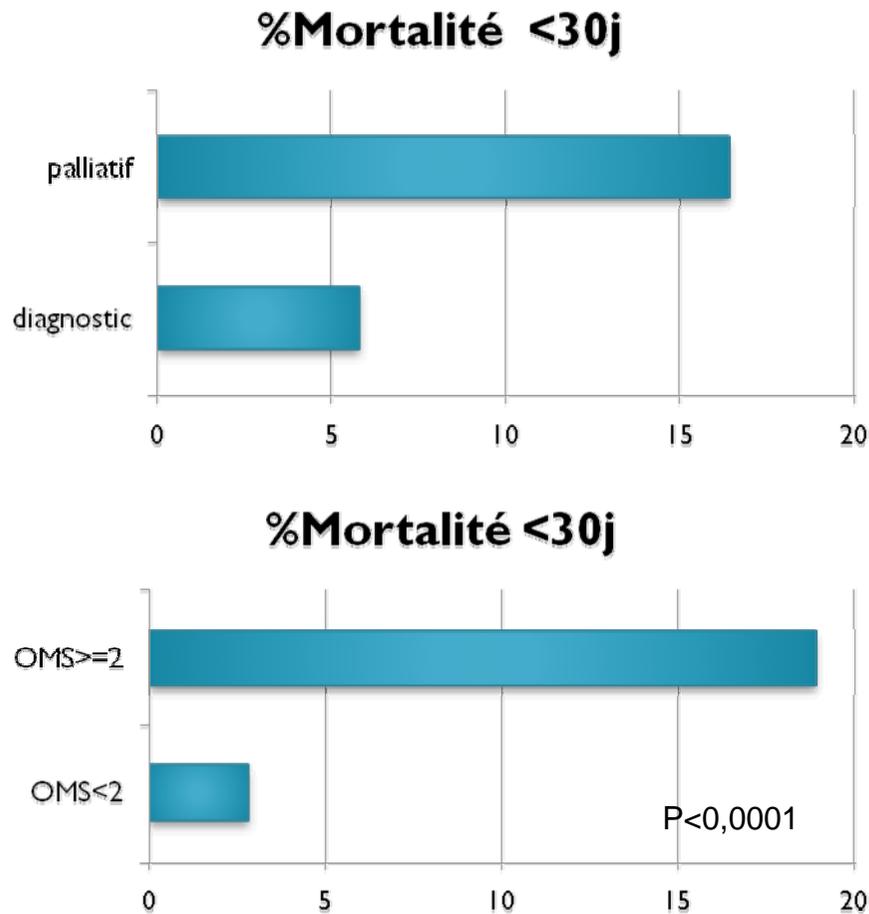
Engainement pulmonaire

Contre-indications anesthésiologiques

.....

—————→ Alternatives

Thoracoscopie chirurgicale Mortalité précoce



273 thoracoscopies consécutives pour pathologie pleurale maligne

Shunt pleuro-péritonéal

- Mise en place sous cutané anesthésie locale ou neurolep
- En cas de poumon engainé sans réexpansion
- Pleurésie non hémorragique



Denver Biomedical

Shunt pleuro-péritonéal

- *Genc O. EJTCS 2000*
 - 160 Patients
 - Mortalité hospitalière 1,8%
 - 14, 8% complications (12 occlusions, 8 infections locales, 1 envahissement local)
 - Succès 95%
- *Lee KA. J Am Coll Surg 1994*
 - n=20, permeab = 26 mois, 25% d'occlusion
- *Schulze M. ATS 2001*
 - n=14, mortalité H 21%, complications 14%, réduction dyspnée 73%.

Cathéter tunnelisé

- Prise en charge ambulatoire :
IDE à domicile
- Mise en place sous AL en hôpital
de jour
- Vidange de 1x/j à 3x/sem
- Ablation 3 vidanges successives
< 50cc



Van Den Toorn Leon M. Lung Cancer 2005

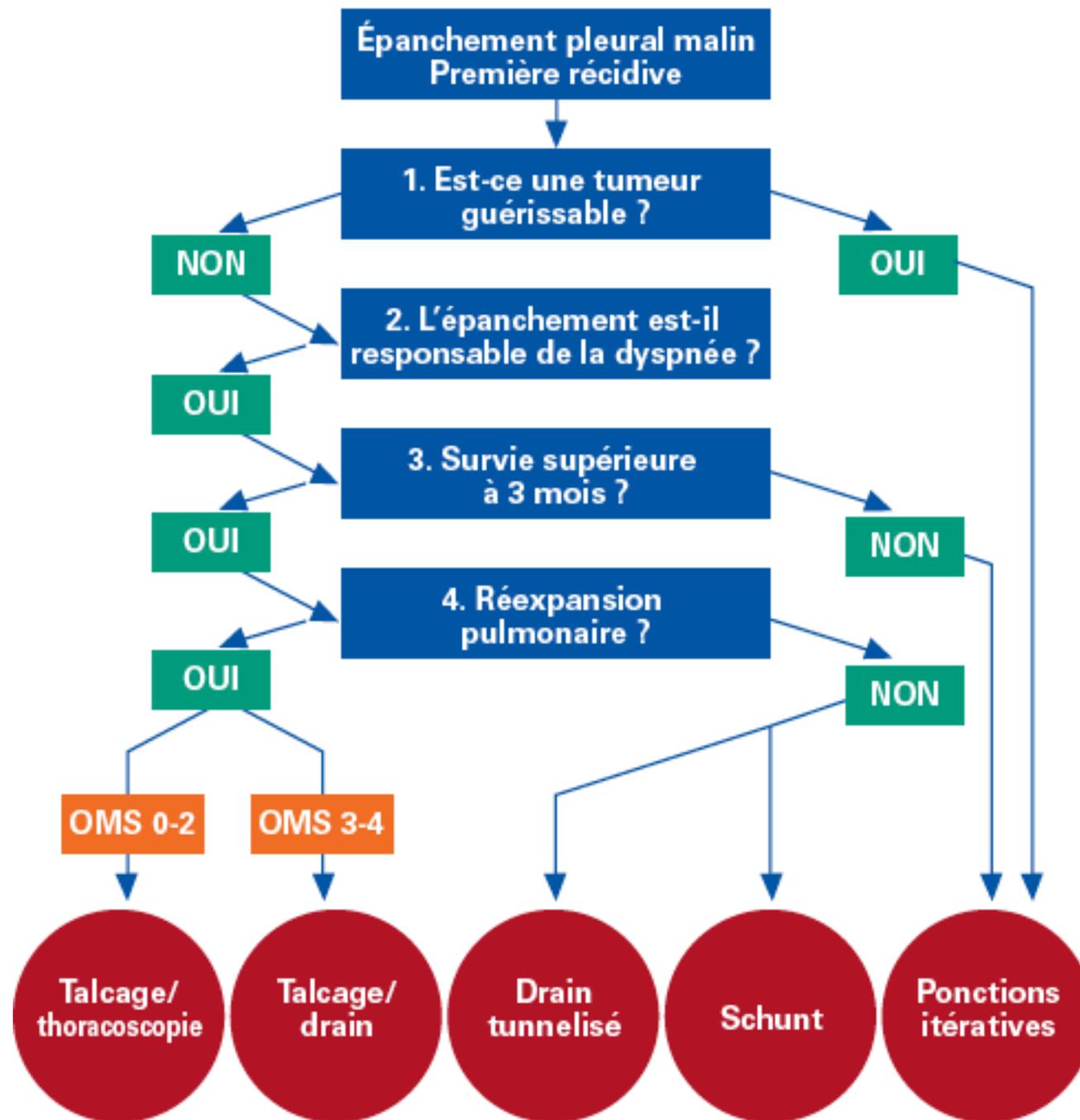
Cathéter tunnelisé

Tremblay A. Chest 2006

250 patients :

- Contrôle total 38,8%, partiel 50%, absence 3,6%
- 42,9 % pleurodèses spontanées
- Durée moyenne 56 J
- 4,8% d'infections, 2,4% PNO
- 90,1% de succès
- Coût +++





Quand faire un talcage par thoracoscopie ?

- « Dès la première manifestation de l'épanchement pleural »
- Quand l'état général le permet
- Quand la ponction permet le retour a la paroi
- Il existe des alternatives...
- RCP soins de support