




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Prise en charge du chylothorax postopératoire[☆]

Management of postoperative chylothorax

M. Chalret du Rieu^a, J. Baulieux^b, A. Rode^b,
J.Y. Mabrut^{b,*}

^a Service de chirurgie générale et digestive, hôpital Purpan, place du Dr Baylac, 1059
Toulouse cedex 9, France

^b Service de chirurgie générale, digestive et de la transplantation hépatique, hôpital de la
Croix-Rousse, 103, Grand-Rue-de-la-Croix-Rousse, 69317 Lyon cedex 4, France

Disponible sur Internet le 22 octobre 2011

MOTS CLÉS

Chylothorax ;
Canal thoracique ;
Physiopathologie ;
Diagnostic ;
Prise en charge

Résumé Le chylothorax est une complication rare et grave de la chirurgie thoracique et œsophagienne. Les rapports anatomiques du canal thoracique et le caractère très variable de sa disposition expliquent la survenue de plaies au cours de la dissection du médiastin postérieur. À la phase précoce, le chylothorax peut entraîner des complications volémiques et cardiorespiratoires sévères. En cas de chronicisation, des complications propres peuvent apparaître comme la dénutrition et la survenue d'infections opportunistes, responsable d'un taux de mortalité pouvant atteindre 50%. Une prise en charge optimale et spécifique du chylothorax permet de faire diminuer cette mortalité et repose sur trois options thérapeutiques : le traitement conservateur, le traitement chirurgical ou le traitement radiologique. Le traitement conservateur doit être initié dès le diagnostic et permet une résolution du chylothorax dans 50 à 70% des cas. En cas de chylothorax à haut débit ou en cas d'échec du traitement conservateur, une réintervention est indiquée. L'embolisation percutanée constitue une alternative intéressante et peu invasive à la chirurgie.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Chylothorax;
Thoracic duct;
Pathophysiology;
Diagnosis;
Management

Summary Chylothorax is a rare but severe complication of both thoracic and esophageal surgery. The anatomical relationship of thoracic duct and its highly variable anatomy may explain the occurrence of thoracic duct injury during dissection of the posterior mediastinum. At early stage, it can lead to severe cardiorespiratory and volemic complications. In case of chronicization, malnutrition and immunologic complications can occur, responsible for a mortality rate of up to 50%. An optimal management of chylothorax can decrease mortality and is based on three options: conservative treatment, surgery and radiological treatment. Conservative

DOI de l'article original : 10.1016/j.jvisc.2011.09.006.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans le *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-yves.mabrut@chu-lyon.fr (J.Y. Mabrut).

treatment must be initiated since the diagnosis established and allows resolution of chylothorax in 50 to 70% of cases. In case of either high flow chylothorax or failure of conservative treatment, reoperation is indicated. Percutaneous embolization is an interesting and minimally invasive alternative to surgery.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le chylothorax est une complication redoutée de la chirurgie thoracique et particulièrement de la chirurgie de l'œsophage, rapportée en moyenne dans 0,5 à 4 % des cas [1–4]. Il est défini par la présence de chyle, liquide riche en graisses et en substances absorbées par l'épithélium intestinal, dans la cavité pleurale. Il est le plus souvent secondaire à une plaie du canal thoracique. Les conséquences du chylothorax peuvent être sévères : défaillance cardiorespiratoire, dénutrition, immunodépression, pouvant conduire au décès du patient dans environ 30 % des cas [4]. Sa prise en charge n'est pas consensuelle opposant les partisans d'un traitement conservateur à ceux d'une chirurgie précoce. L'objectif de cette mise au point est, après avoir effectué un rappel anatomique, physiopathologique et clinique, d'exposer les principales possibilités thérapeutiques et de proposer une stratégie thérapeutique face à la survenue d'un chylothorax, notamment après œsophagectomie.

Préambule

Rappel anatomique

Le canal thoracique prend son origine au niveau de la citerne du chyle, ou citerne de Pecquet, du nom du médecin parisien qui en fit la première description en 1651 [5]. La citerne du chyle est située à la face antérieure de la deuxième vertèbre lombaire, en arrière et à droite de l'aorte abdominale (Fig. 1). Son extrémité supérieure donne naissance au canal thoracique qui remonte vers le thorax en passant en arrière du ligament arqué médian du diaphragme, entre la veine azygos et l'aorte. Son trajet à la partie inférieure du médiastin postérieur est latéro-vertébral droit, dans l'espace aorto-œsophagien. Il croise ensuite la face antérieure du rachis entre la quatrième et sixième vertèbre thoracique pour cheminer en latéro-vertébral gauche, en arrière de la crosse de l'aorte, devant l'artère sous-clavière gauche jusqu'au sommet du thorax. Le canal thoracique réalise alors une crosse, en avant du muscle scalène antérieur, pour se terminer au niveau du confluent jugulo-sous-clavier gauche. Au total, il mesure en moyenne 36 à 45 cm pour un diamètre de 2 à 3 mm [3].

Cette description anatomique n'est cependant présente que chez 65 % de la population [6]. En effet, l'embryogenèse du système lymphatique décrit deux canaux lymphatiques, droit et gauche qui involueront ensuite partiellement pour former le canal thoracique expliquant les nombreuses variations anatomiques possibles (Fig. 1). Une duplication ou une triplication du canal thoracique peut ainsi être observée jusque dans 40 % des cas [7]. De même, le canal thoracique peut former un véritable plexus se drainant en un canal unique ou séparément dans les veines sous-clavières droite et gauche [8]. L'importance de ces variations anatomiques explique sans doute en partie l'incidence des chylothorax

post chirurgicaux en dépit de la sensibilisation des chirurgiens à cette complication.

Physiologie du canal thoracique

Le canal thoracique, dont l'histologie est similaire à celle d'un vaisseau, draine la lymphe et le chyle issus du tractus gastro-intestinal, du foie, de la paroi abdominale et des membres inférieurs ainsi que de la partie gauche du thorax, du membre supérieur gauche et de la partie gauche de la région cervico-faciale. Chez l'adulte, le canal thoracique peut transporter jusqu'à quatre litres de chyle par jour, alimenté principalement par le tractus gastro-intestinal et le foie. Le flux dépend de plusieurs facteurs dont le régime alimentaire, la prise de médicaments, l'absorption digestive et le degré de mobilité, pouvant ainsi varier de dix à plus de 100 ml/kg par jour [4,9]. Le flux est maintenu par la conjonction des pressions intra-abdominales et thoraciques, de la compression artérielle intermittente adjacente et de la contraction propre de la musculature du canal thoracique [9].

La principale fonction du canal thoracique est de transporter les graisses alimentaires dans la circulation systémique. Ainsi, environ 60 à 70 % des graisses alimentaires passent par le canal thoracique rendant le chyle riche en chylomicrons, triglycérides, cholestérol et vitamines liposolubles. En revanche, les acides gras composés d'une chaîne carbonée de moins de dix atomes de carbone, notamment les triglycérides à chaîne moyenne, sont directement absorbés dans le système veineux portal sans passer par le canal thoracique. Le chyle contient également une proportion importante d'albumine (12 à 41 g/L).

Les autres principaux constituants de la lymphe sont des lymphocytes, représentant 95 % des éléments cellulaires du chyle, des immunoglobulines et des enzymes digestives issues d'une combinaison entre la lymphe et les substances absorbées au niveau du tube digestif [4]. Cette richesse explique le caractère stérile et bactériostatique du chyle et ainsi la rareté des chylothorax surinfectés. Le contenu du chyle en électrolytes, anticorps et enzymes est similaire à celui du plasma [10].

Conséquences fonctionnelles du chylothorax

Les conséquences du chylothorax sont locales, immunologiques et nutritionnelles.

Localement, un chylothorax constitué peut avoir un retentissement cardiorespiratoire par compression mécanique sur le cœur, pouvant aboutir à l'extrême à une tamponnade. De même, une détresse respiratoire peut s'installer consécutivement à la constitution d'un épanchement pleural, provoquant une atélectasie pulmonaire progressive [11].

À distance de la phase aiguë, les complications imputables au chylothorax sont liées à la déplétion chronique de chyle et donc plus fréquentes en cas de traitement

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3312144>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3312144>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)