



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



CARTE BLANCHE À LA PNEUMOLOGIE DE L'HÔPITAL FOCH

Mésothéliome pleural : où en sont la chirurgie radicale et le traitement multimodal ?

Pleural mesothelioma: Where are we with radical surgery and multimodal treatment?

P. Bonnette

Service de chirurgie thoracique, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

Disponible sur Internet le 6 août 2011

MOTS CLÉS

Mésothéliome pleural ;
Pleuropneumonectomie ;
Traitement multimodal ;
Stadification ;
Radiothérapie

KEYWORDS

Pleural mesothelioma;
Pleuropneumectomy;
Multimodal treatment;
Staging;
Radiotherapy

Résumé Le traitement multimodal du mésothéliome pleural, réservé à des centres spécialisés, pour des formes épithélioïdes N0, doit inclure une exploration laparoscopique, thoracoscopique et médiastinoscopique préalable. L'exérèse chirurgicale par pleuropneumonectomie, succédant à la chimiothérapie, devrait, à notre sens, éviter toute résection diaphragmatique et péricardique, source d'ensemencement et de complications postopératoires. Notre expérience modeste de 15 patients a confirmé la faisabilité et que la mortalité a été nulle. La radiothérapie de l'ensemble de la cavité de pneumonectomie à fortes doses semble indispensable, la technique de sa réalisation reste débattue. Seules cinq séries homogènes de plus de 40 patients incluant une radiothérapie hémithoracique ont été publiées.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Multimodal treatment of pleural mesothelioma, which is reserved for specialised centres for epithelial forms without node involvement, must include preliminary laparoscopy, thoracoscopy and mediastinoscopy. Following chemotherapy, in our opinion surgical removal via pleuropneumectomy should be performed without resection of the diaphragm and the pericardium, because of the risks of seeding and postoperative complications. Our limited experience with 15 patients has confirmed the feasibility of this with no deaths. High-dose radiotherapy of the whole pneumonectomy cavity appears essential, but the optimal technique is debatable. Only five homogeneous series of more than 40 patients incorporating hemithoracic radiotherapy have been published.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : p.bonnette@hopital-foch.org

Le mésothéliome pleural est une maladie redoutable, d'évolution rapidement fatale, avec cependant, parfois des survies prolongées. L'évolution est souvent régionale, les métastases ne se retrouvant à l'autopsie que dans 30 à 80 % des cas. La tumeur envahit la paroi avec des douleurs intenses, traverse le diaphragme vers le péritoine, rejoint la plèvre controlatérale par le médiastin antérieur, envahit parfois le péricarde. La tumeur peut coloniser les ganglions régionaux, hilaires, médiastinaux, mais aussi intercostaux, sus-claviculaires, coeliaques, par les voies de drainage des lymphatiques de la plèvre pariétale. Les métastases peuvent survenir au niveau osseux, hépatique, cérébral, etc...

Les interventions de décortication, destinées à symphyser la plèvre, et à réséquer le maximum de tumeur pour espérer prolonger la survie, étaient réalisées, dans certains centres, il y a deux décennies mais leur utilité n'a jamais été démontrée. Les exérèses radicales à visée curatrice par pleuropneumectomie étaient responsables d'une mortalité postopératoire inacceptable.

Expérience de Boston

En 1999, Sugarbaker et al. publiaient une série de 183 pneumonectomies extrapleurales (EPP), avec une mortalité opératoire de 3,8 %, réveillant l'intérêt médical pour la chirurgie d'exérèse à visée curatrice [1]. Une chimiothérapie adjuvante était associée. Une irradiation hémithoracique était habituellement réalisée à 30 Grays sur la cavité de pneumonectomie avec un surdosage à 45 Grays sur le médiastin et à 50–55 Grays sur les zones suspectes de tumeur résiduelle.

La survie actuarielle à deux et cinq ans était de 35 et 15 %, meilleure en cas de forme épithéliale (52 et 21 %) que mixte et sarcomatoïde (16 et 0 %), meilleure en l'absence d'atteinte ganglionnaire extrapleurale (42 et 17 %) que d'atteinte ganglionnaire « N2 » (23 et 0 %).

Dans un sous-groupe de 49 patients publié en 1997, avec trois décès postopératoires, 45 patients ayant eu de la chimiothérapie et 35 de la radiothérapie à 30 Grays, le site de récurrence était local dans 16 cas (35 %), abdominal dans 12 cas (26 %), controlatéral dans huit cas (17 %) et à distance dans deux cas [2].

Cette expérience posait les bases d'un traitement trimodal à visée curatrice à faible mortalité opératoire tout en définissant ses limites liées aux fréquentes rechutes locales et régionales.

Chirurgie

La technique d'EPP standard associe, par une grande thoracotomie, un décollement extrapleurale entre la tumeur et la graisse sous-pleurale, une ouverture péricardique permettant l'agrafage intrapéricardique des vaisseaux, puis un agrafage de la bronche, enfin, une exérèse en bloc du diaphragme libéré au niveau de ses insertions pariétales et le long du péricarde, en prenant soin en théorie de libérer et de conserver le péritoine (qui en réalité se déchire régulièrement). Une prothèse en Goretex remplace le défaut péricardique et le défaut diaphragmatique. Un curage ganglionnaire médiastinal extensif est réalisé, ganglions

para-œsophagien compris, voire mammaire interne si possible.

Une publication sur 328 patients opérés de 1980 à 2000 à Boston [3] relatait une mortalité opératoire de 3,4 %. Les complications incluaient des fibrillations auriculaires dans 44 % des cas, une intubation prolongée dans 8 %, une paralysie récurrentielle dans 6,7 %, une phlébite dans 6,4 %, des complications techniques dans 6,1 %.

Depuis dix ans, des séries importantes d'EPP ont relaté des mortalités postopératoires acceptables, par exemple, 7 % sur 385 patients pour Flores, en 2008 [4] (voir aussi les séries du Tableau 1).

Le décollement extrapleurale étant réalisé dans le plan de la tumeur, on comprend bien le taux important de rechutes locales signalées plus haut, rechutes dont le diagnostic après pneumonectomie est resté difficile et n'a été facilité que depuis l'utilisation du Pet scanner en postopératoire [5].

Radiothérapie

Boutin avait constaté, en 1995, huit rechutes sur le trajet de ponction ou de thoracoscopie chez 20 patients atteints de mésothéliome et l'absence de rechute chez 20 autres si trois séances de 7 Grays étaient réalisées sur les zones de ponction ou de trocard, confirmant le risque de dissémination très particulier à cette tumeur et sa radiosensibilité. La radiothérapie postopératoire telle que réalisée à Boston ne semblait pas permettre, cependant, un contrôle local correct, nous l'avons vu.

En 2001, l'équipe de New York a publié une série de 62 EPP réalisées de 1995 à 1998 (40 formes épithéliales, 21 autres, 24 étaient classées N0, 4 N1 et 33 N2) avec sept décès postopératoires [6]. Une radiothérapie postopératoire systématique à la dose de 54 Grays de l'ensemble de la cavité de pneumonectomie était associée, éventuellement complétée d'une électrothérapie du cul de sac pleural. La survie à trois ans était de 27 %, légèrement meilleure en cas de forme épithéliale, nettement meilleure en cas de N0. On notait seulement sept récurrences locales (13 %), pour 17 récurrences péritonéales (31,5 %), 13 pleurales controlatérales (24 %) et 15 métastatiques. L'association EPP + radiothérapie conventionnelle à 54 G a semblé pouvoir entraîner un contrôle local correct. Cette radiothérapie est, cependant, limitée par les organes voisins, poumon controlatéral, cœur, moelle, foie, reins, estomac.

En 2009, l'équipe de New York a revu les dossiers de 78 patients opérés et irradiés à 50 Grays dans leur propre centre : 36 % des patients avaient une récurrence locale [7]. REA a constaté après 17 EPP suivies de 15 radiothérapies à seulement 45 Grays, six récurrences intrathoraciques homolatérales [8]. La radiothérapie conventionnelle ne paraît donc pas entraîner un contrôle local parfait.

La radiothérapie avec modulation d'intensité (IMRT) est susceptible d'améliorer la qualité de l'irradiation. Les premières séries ont montré un certain nombre de décès toxiques (six sur 13 pour Allen et al. [9], six sur 63 pour Rice et al. [10], quatre sur 26 pour Kristensen et al. [11]) et des solutions techniques sont proposées pour en diminuer le risque. Le taux de récurrence locale de 13 % pour Rice est encourageant.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419522>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419522>

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