



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Prise en charge chirurgicale cardiothoracique d'un cancer bronchique responsable d'une insuffisance cardiaque



Lung cancer with heart failure – a cardiac and thoracic surgeon's
collaboration

C. Pricopi^a, F. Alimi^a, P. Achouh^b, P. Mordant^a,
F. Le Pimpec-Barthes^a, A. Arame^a, A. Badia^a,
M. Riquet^{a,*}

^a Service de chirurgie thoracique, hôpital européen G.-Pompidou, 20, rue Leblanc, 75015
Paris, France

^b Service de chirurgie cardiovasculaire, hôpital européen G.-Pompidou, 20, rue Leblanc,
75015 Paris, France

Disponible sur Internet le 22 février 2014

MOTS CLÉS

Cancer ;
Oreillette ;
T4 ;
Tumeur ;
Envahissement

Résumé La résection chirurgicale est une option thérapeutique validée dans certains cas sélectionnés de tumeurs pulmonaires envahissant les structures médiastinales nobles (veine cave, oreillettes, aorte ou tronc supra aortiques). Nous présentons ici un cas de tumeur pulmonaire nécrosée, envahissant l'oreillette gauche et à l'origine d'une insuffisance cardiaque. Une résection chirurgicale élargie sous circulation extracorporelle a été réalisée en double équipe thoracique et cardiaque. Arrivé dans un état grabataire, le patient est sorti de l'hôpital totalement autonome au 13^e jour postopératoire, et a bénéficié d'une survie d'un an à domicile avec une bonne qualité de vie.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Atrium;
T4;

Summary Surgical resection is a validated therapeutic option for selected cases of pulmonary tumors invading the important mediastinal structures (caval vein, atrium, aorta or supra-aortic trunks). Here, we present a patient with a necrosed pulmonary tumor invading the left atrium, causing cardiac insufficiency. A complete surgical resection under extracorporeal circulation

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marc.riquet@egp.aphp.fr (M. Riquet).

Lung cancer;
Surgery

was performed by the thoracic and cardiac teams. Admitted in a bed-ridden state, the patient was discharged completely rehabilitated on postoperative day 13. He survived 1 year at home with a good quality of life.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La prise en charge des patients atteints d'un cancer pulmonaire localement avancé envahissant les structures médiastinales reste un défi chirurgical majeur. Ces patients présentent parfois une importante altération de l'état général et sont souvent considérés comme non opérables soit pour des raisons techniques, soit à cause de leur état général. Cependant, certaines séries chirurgicales ont montré l'efficacité de la chirurgie dans ces circonstances [1,2]. L'altération de l'état général lié au cancer et l'extension locorégionale ne doivent pas faire recuser trop hâtivement la chirurgie, comme l'illustre le cas rapporté ici.

Observation

Il s'agissait d'un homme âgé de 56 ans, peintre en carrosserie, sans antécédent médicochirurgical hormis un tabagisme estimé à 42 paquets-années sevré depuis 1 mois, hospitalisé pour une altération majeure de l'état général, un amaigrissement de 10 kg en 3 mois, une dyspnée fébrile et la découverte sur la radiographie pulmonaire d'une volumineuse opacité excavée des deux tiers du champ pulmonaire gauche (Fig. 1). Le scanner thoracique montrait que cette volumineuse masse nécrosée du lobe supérieur gauche (8 × 15 cm) obstruait la veine pulmonaire supérieure et occupait un tiers de l'oreillette gauche (Fig. 2 et 3).

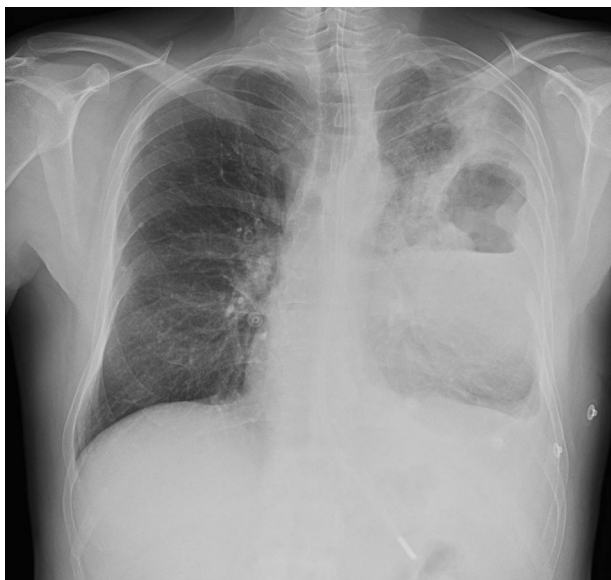


Figure 1. Radiographie pulmonaire montrant une opacité excavée, avec niveau hydro-aérique, occupant les deux tiers du champ pulmonaire gauche.

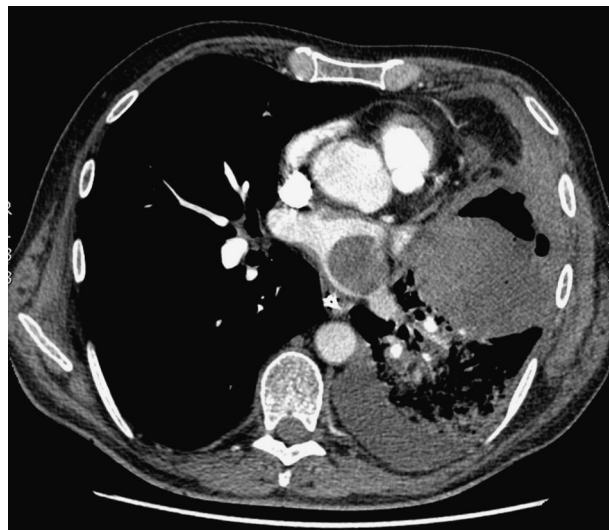


Figure 2. Coupe horizontale TDM: la masse tumorale envahit et occupe l'oreillette gauche.

Il existait également une condensation alvéolaire infectieuse du lobe inférieur gauche, un épanchement pleural gauche, des adénopathies médiastinales d'aspect réactionnel et un nodule lobaire moyen fortement suspect de localisation secondaire (Fig. 4). En fibroscopie, la bronche lobaire supérieure gauche était obstruée par un adénocarcinome pulmonaire primitif. Le bilan d'extension (TDM cérébral et TDM abdominal) était négatif en dehors du



Figure 3. Coupe frontale TDM: la masse tumorale envahit l'ostium de la veine pulmonaire supérieure gauche, et occupe l'oreillette gauche.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419569>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419569>

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