



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Le rôle des résections pulmonaires dans le traitement de la tuberculose multirésistante. Une série monocentrique de 29 patients



Role of pulmonary resections in management of multidrug-resistant tuberculosis. A monocentric series of 29 patients

M. Bouchikh^{a,*,b}, A. Achir^{a,b}, M. Caidi^a, S. El Aziz^a,
A. Benosman^{a,b}

^a Service de chirurgie thoracique, CHU Ibn-Sina, BP 353, 10001 Rabat, Maroc

^b Unité de pédagogie et de recherche en chirurgie thoracique, faculté de médecine, Rabat, Maroc

Disponible sur Internet le 6 novembre 2013

MOTS CLÉS

Tuberculose ;
Tuberculose multirésistante ;
Chirurgie ;
Résection pulmonaire ;
Pneumonectomie ;
Lobectomie

Résumé

Introduction. — La tuberculose pulmonaire multirésistante (MDR-TB) est un problème de santé mondial. La chirurgie est souvent utilisée comme un adjuvant thérapeutique aux antibacillaires. Le but de ce travail est de présenter nos résultats des résections pulmonaires dans le traitement de la MDR-TB.

Patients et méthodes. — Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique incluant 29 patients opérés entre 1995 et 2010 pour MDR-TB.

Résultats. — La tuberculose évoluait depuis 9 à 108 mois avec une durée médiane de $34,77 \pm 19,88$ mois. Le nombre moyen des rechutes tuberculeuses était de 2,73 rechutes par patient. Tous les patients avaient un parenchyme détruit et/ou cavitaires et 17 avaient un examen direct des prélèvements respiratoires positif au moment de l'intervention. Les lobectomies (51,17%) et les pneumonectomies (41,37%) étaient les principaux gestes réalisés. La mortalité opératoire était de 3,44%. Des problèmes de bullage prolongé et de pyothorax survenaient chez 9 patients. Le taux de conversion microbiologique postopératoire était de 88,23%. Un patient a présenté une rechute 5 mois après la chirurgie.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : m.bouchikh@um5s.net.ma (M. Bouchikh).

KEYWORDS

Tuberculosis;
Multidrug-resistant
tuberculosis;
Pulmonary resection;
Pneumonectomy;
Lobectomy

Conclusion. – La chirurgie associée au traitement médical permet d'obtenir un taux élevé de guérison au détriment d'une morbi-mortalité acceptable.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. – Multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) is a worldwide health problem. Surgery is often used as an adjuvant therapy with anti-tuberculosis agents. The aim of this study is to present our results of pulmonary resections in the treatment of MDR-TB.

Materiel and methods. – This is a retrospective monocentric study of 29 patients operated on between 1995 and 2010 for MDR-TB.

Results. – Tuberculosis was evolving from 9 to 108 months with a median of 34.77 ± 19.88 months. The average number of tuberculosis relapses was 2.73 per patient. All patients had a destroyed and/or cavitary parenchyma and 17 had bacilli in sputum at the time of surgery. Lobectomy (51.17%) and pneumonectomy (41.37%) were the main interventions carried out. The operative mortality was 3.44%. Complications such prolonged air leaking and empyema had occurred in 9 patients. The rate of postoperative microbiological conversion was 88.23%. One patient had a relapse 5 months after surgery.

Conclusion. – Surgery associated with medical treatment provides a high cure rate to the detriment of an acceptable morbidity and mortality.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La tuberculose pulmonaire multirésistante (MDR-TB) est une infection à une souche de *Mycobacterium tuberculosis* résistante au moins à deux antibacillaires majeurs de première lignée que sont la rifampicine et l'isoniazide. C'est un problème de santé mondial ; l'Organisation mondiale de santé estime le nombre des nouveaux cas en 2011 entre 390 000 et 510 000 et le nombre des décès liés à cette infection à 150 000 [1]. Au Maroc, la prévalence de la multirésistance est estimée à 0,5% chez les nouveaux cas et à 12,2% chez les tuberculeux antérieurement traités [1]. Une stratégie nationale a été mise en place alors pour le diagnostic rapide et la prise en charge de ces patients. Le but de ce travail est de préciser le rôle que peut jouer la chirurgie dans ce programme de lutte contre la tuberculose multirésistante.

Patients et méthodes

Entre 1995 et 2010, 29 patients étaient opérés dans notre service pour tuberculose pulmonaire multirésistante. Le diagnostic de MDR-TB était retenu après confirmation de la résistance à l'isoniazide et la rifampicine par les tests de sensibilité phénotypiques. La sensibilité aux autres antibacillaires n'était pas testée systématiquement et donc le nombre de cas de tuberculose ultrarésistante (XDR) n'était pas connu. Aucun patient n'était porteur du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), sept patients étaient diabétiques et une patiente avait bénéficié 7 ans auparavant d'une lobectomie supérieure gauche pour tuberculose.

Le bilan préopératoire comprenait une tomodensitométrie thoracique, une exploration fonctionnelle respiratoire, une scintigraphie pulmonaire de perfusion, une gazométrie artérielle, une échographie cardiaque, une fibroscopie bronchique, une recherche des bacilles dans les expectorations à l'examen direct et à la culture et

un bilan biologique standard. Seuls les patients présentant des lésions unilatérales, un bon état général et une bonne fonction cardio-respiratoire étaient retenus pour la chirurgie.

La voie d'abord était une thoracotomie postéro-latérale associée à une résection costale chez 16 patients en raison d'une rétraction importante de l'hémithorax. La pachypleurite importante et les adhérences pleurales serrées et vascularisées nous obligeaient à emprunter souvent le plan extrapleurale pour libérer le poumon sans ouverture des lésions dans la cavité thoracique. Les ganglions n'étaient pas disséqués autour des bronches pour éviter la dévascularisation de celles-ci. Les moignons bronchiques étaient suturés manuellement sans renforcement.

Les patients étaient adressés après chirurgie à un service spécialisé qui assurait leur suivi au long cours. La durée médiane du suivi était de $20 \pm 7,18$ mois. Le même régime du traitement antibacillaire était poursuivi pendant 18 mois après conversion définitive des cultures.

Résultats

Il y avait 17 hommes et 12 femmes âgés de 20 à 66 ans avec une médiane de $37,03 \pm 8,69$ ans. Les patients étaient proposés à la chirurgie après une évolution de leur tuberculose de 9 à 108 mois avec une durée médiane de $34,77 \pm 19,88$ mois. Une durée durant laquelle le nombre des rechutes tuberculeuses variait de 1 à 6 épisodes avec une moyenne de 2,73 rechutes par patient.

L'indication de la résection pulmonaire était la présence d'un parenchyme détruit et/ou cavitare chez tous les patients (Fig. 1 et 2), compliqué dans 2 cas de pyothorax et dans un cas de greffe aspergillaire. La recherche des bacilles de Koch (BK) dans les crachats était positive chez 17 patients alors que chez les 12 autres, il y avait une progression radiologique des lésions faisant craindre une rechute ultérieure.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419577>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419577>

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