



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



CAS CLINIQUE

Radiofréquence sur les métastases pulmonaires : un pneumothorax initial pourrait-il prédire un échec thérapeutique ?

Radiofrequency of lung metastases: Should initial pneumothorax predict treatment failure?

A. Legras^a, P. Mordant^a, A. Cazes^b, M. Riquet^{a,*}

^a Service de chirurgie thoracique, université Paris Descartes, hôpital européen Georges-Pompidou, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

^b Service d'anatomie pathologique, université Paris Descartes, hôpital européen Georges-Pompidou, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

Disponible sur Internet le 17 septembre 2013

MOTS CLÉS

Métastase
pulmonaire ;
Pneumothorax ;
Radiofréquence ;
Récidive tumorale ;
Cancer colorectal

Résumé L'ablation par radiofréquence (RFA) des métastases pulmonaires de cancer colorectal est particulièrement indiquée en cas de comorbidités majeures contre-indiquant la chirurgie thoracique ou d'une maladie récidivante après un premier traitement chirurgical homolatéral. La première complication de la RFA est le pneumothorax, nécessitant un drainage thoracique dans 5% des cas. Le taux de récurrence locale dans la littérature avoisine également les 5%, or l'existence d'une éventuelle association entre pneumothorax iatrogène et récurrence tumorale n'a jamais été évaluée. Nous rapportons un cas de RFA suivie d'un pneumothorax réfractaire ayant nécessité un traitement chirurgical, et conduisant au diagnostic de tumeur résiduelle. Notre étude de cas illustre donc l'association pneumothorax initial – échec thérapeutique local après RFA, et soulève des interrogations quant à sa causalité.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Lung metastasis;
Pneumothorax;
Radiofrequency
ablation;

Summary In the management of lung metastases originating from colorectal cancer, RFA is particularly indicated in case of major comorbidities contraindicating thoracic surgery or recurrent disease after previous ipsilateral resection. The most frequent complication of RFA is pneumothorax, requiring chest tube insertion in 5% of cases. Interestingly, this proportion is very close to the rate of local recurrence, suggesting a possible association. We report a case of RFA followed by intractable pneumothorax requiring surgical management, and leading to

* Auteur correspondant.

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

Cancer recurrence;
Colorectal cancer

the diagnosis of residual tumour. This case report illustrates this association and questions its relevance.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Au cours de ces dix dernières années, les indications de traitement par radiofréquence (radiofrequency ablation-RFA) des métastases de carcinome colorectal (CCR) ont été progressivement élargies des localisations hépatiques aux localisations pulmonaires. La RFA pulmonaire est particulièrement indiquée en cas de comorbidités majeures contre-indiquant la chirurgie thoracique ou en cas de maladie récidivante après une précédente résection chirurgicale homolatérale [1]. La complication la plus fréquente de la RFA est le pneumothorax, nécessitant un drainage thoracique dans 5% des cas. Fait notable, cette proportion est très proche du taux de récidive locale [2]. Nous rapportons un cas de RFA suivi d'un pneumothorax réfractaire nécessitant un traitement chirurgical, et conduisant au diagnostic de tumeur résiduelle.

Observation

Un homme de 57 ans a été adressé dans notre service pour un pneumothorax réfractaire à la suite d'une RFA pour une métastase pulmonaire. Il avait présenté un cancer colorectal avec métastases hépatiques synchrones huit ans auparavant. La prise en charge initiale avait consisté en une résection chirurgicale de la tumeur primitive et des métastases hépatiques suivie de chimiothérapie adjuvante. Une première métastase pulmonaire gauche métachrone avait été traitée par résection chirurgicale. La surveillance tomodensitométrique (TDM) a révélé un nodule pulmonaire de 11 mm dans le lobe inférieur gauche, hypermétabolique à la tomographie par émission de positions (TEP). Après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire, cette lésion a été considérée comme une très probable récidive métastatique et un traitement par RFA a été proposé.

La procédure de RFA a été réalisée à l'aide d'une électrode à refroidissement interne (ACT 15-30, Covidien, Mansfield, MA, États-Unis) avec une hyperthermie initiale de 45°C pendant 12 minutes puis une seconde hyperthermie à 55°C pendant huit minutes. À la fin de la procédure, le contrôle scannographique a montré une opacité en verre dépoli autour du nodule et un pneumothorax. Après une surveillance initiale, ce pneumothorax a nécessité un drainage thoracique deux jours plus tard (Fig. 1). Malgré la bonne réexpansion pulmonaire, un bullage a persisté pendant deux semaines justifiant une exploration chirurgicale.

Une thoracotomie vidéo-assistée a été réalisée. La fuite d'air était localisée dans une zone de nécrose pulmonaire siégeant autour du nodule ciblé. Cette zone a été réséquée à l'aide d'une agrafeuse endoscopique (EndoGIA, Auto Suture, Covidien). L'évolution postopératoire du patient a été marquée par des fuites aériennes prolongées. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a révélé la présence de nécrose parenchymateuse et tumorale, associée à une fistule broncho-pleurale et à des cellules tumorales résiduelles (Fig. 2). Les marges de résection étaient saines. Une chimiothérapie adjuvante a été administrée et après deux ans de suivi, le patient est en vie sans récidive tumorale.

Discussion

La résection chirurgicale reste le traitement de référence des métastases pulmonaires de cancer colorectal, mais la RFA est une option envisagée en cas de contre-indication chirurgicale ou en cas de récidive tumorale après une précédente résection pulmonaire homolatérale [1]. En effet, l'antécédent de chirurgie thoracique se traduit généralement par une symphyse pleurale. D'une part, cette symphyse pleurale est un obstacle net à l'abord vidéo-thoracoscopique, mais incite à agrandir la longueur de la thoracotomie, impose une pneumolyse complète avant d'envisager un geste de résection parenchymateuse et complique la détection peropératoire d'autres nodules pulmonaires infra-centimétriques. D'autre part, la symphyse pleurale protège théoriquement du pneumothorax après RFA. Ainsi, malgré l'absence d'étude prospective comparative, l'attitude adoptée en réunion de concertation pluridisciplinaire est généralement en faveur de la RFA dans ce contexte particulier.

Dans une étude sur la RFA de métastases pulmonaires, la RFA a été réalisée dans le même temps que la thoracotomie et a été suivie d'une résection atypique systématique, permettant une analyse histologique de la lésion traitée [3]. Cette étude a montré que l'ablation de 100% de la tumeur avait été obtenue chez 39% des patients, entre 90% et 99% de la tumeur chez 50% des patients et moins de 90% de la tumeur chez 11% des patients [3]. Dans la discussion qui suit ces résultats, les auteurs laissent penser que l'analyse histologique immédiate ne reflète pas exactement l'efficacité de la RFA, car elle ne prend pas en compte d'hypothétiques phénomènes d'apoptose retardée. Néanmoins, en analysant les résultats de la RFA comme ceux d'une résection chirurgicale, on peut donc noter que la RFA pulmonaire s'accompagne de la persistance d'une maladie résiduelle microscopique (R1) dans 50% des cas, de la persistance d'une maladie résiduelle macroscopique (R2) dans 11% des cas, et d'une récidive locale (échec) dans environ 5% des cas [4,5]. Ce taux élevé d'ablation incomplète et de récidive locale pourrait être considéré comme acceptable si la présence de la maladie résiduelle et la nécessité d'un traitement adjuvant local pouvaient être déterminées précocement. Dans notre cas, indépendamment du pneumothorax associé et dont l'imputabilité à la récidive locale est discutée ci-après, l'échec local pourrait être attribué en partie à l'utilisation d'une aiguille droite et non d'une aiguille de Le Veen déployable. De plus, on voit sur le contrôle scannographique per-procédure que l'aiguille n'est pas précisément centrée sur le nodule, manœuvre délicate pour cette taille de nodule (Fig. 1b).

Le taux de pneumothorax iatrogène initial nécessitant le recours au drainage thoracique (supérieur à 5%) [2] est très proche de celui des récidives locales (environ 5%) [5]. L'association entre pneumothorax iatrogène initial après une procédure de RFA et échec du traitement n'a pas été étudiée à ce jour [2,6]. D'un point de vue théorique, le

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419579>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419579>

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