

Remplacement de la trachée par l'aorte

Réflexions à propos d'un cas

224

E. Brian¹, V. Gounant², J.-P. Fulgencio³,
B. Milleron², B. Bazelly¹

¹ Service de Chirurgie thoracique,

² Service de Pneumologie,

³ Service de Réanimation Chirurgicale,

Hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75970 Paris Cedex 20.

Correspondance : B. Bazelly, à l'adresse ci-dessus.
bernard.bazelly@tnn.aphp.fr

Résumé

Le remplacement de la trachée est une éventualité peu fréquente en raison de la rareté des indications et des grandes possibilités de la résection-anastomose. Cependant, il est parfois nécessaire d'envisager une résection plus étendue que ne le permet cette technique et de faire un véritable remplacement trachéal.

A ce jour, aucune prothèse n'avait donné de satisfaction à long terme. La prothèse doit en effet, assurer une filière aérienne de bon calibre, mettre à l'abri du collapsus expiratoire, permettre un rétablissement du tapis ciliaire et être bien tolérée sans rejet.

Des travaux expérimentaux récents puis les cas de plusieurs patients opérés semblaient démontrer que l'aorte abdominale était susceptible de se transformer progressivement en néotrachée en nécessitant cependant la présence d'une endoprothèse provisoire afin de pallier au collapsus expiratoire jusqu'à l'apparition de nouveaux anneaux trachéaux. Si les résultats expérimentaux puis ceux obtenus en clinique humaine étaient très encourageants, des contreparties néfastes de l'endoprothèse ont été observées, notamment sur les patients opérés.

La technique utilisée dans notre observation a conservé l'aorte abdominale comme substitut trachéal, mais l'endoprothèse a été remplacée par une exoprothèse laissant libre la lumière du tube aortique et autorisant donc le suivi quotidien de son devenir. Le résultat obtenu a également été encourageant mais l'analyse de l'évolution n'a pas confirmé les conclusions jusqu'ici publiées quant à l'« intégration » du tissu aortique. Sans nier les résultats obtenus, d'autres hypothèses concernant la régénération de la néotrachée semblent pouvoir être avancées.

Mots-clés : Aorte. Prothèse. Remplacement de la trachée. Trachée. Néotrachée.

Summary

Tracheal replacement using the abdominal aorta.
Comments on a case report

Tracheal replacement is an uncommon option because of the very limited number of indications and the large number of possibilities for resection anastomosis. There may nevertheless be situations where extensive resection leaves only one solution, tracheal replacement.

To date, no prosthesis has provided long-term satisfaction. For tracheal replacement, the prosthesis must provide a large caliber airway which does not collapse during expiration and which enables the development of a ciliary lining, in addition to tolerance without rejection.

Recent experimental work, then several clinical cases, would suggest that the abdominal aorta can be successfully transformed into a neotrachea. A temporary endoprosthesis is however necessary to prevent collapse until new tracheal rings develop. Experimental and early clinical work has provided promising results but with problems concerning the endoprosthesis

In our patient, we used the abdominal aorta as a tracheal substitute but replaced the endoprosthesis with an exoprosthesis leaving the aortic lumen free. The result was also encouraging, but the absence of integration of the aortic tissue did not confirm the observations reported by others. Other hypotheses concerning the regeneration of the neotrachea should be put forward.

Key-words: Aorta. Prosthesis. Tracheal replacement. Neotrachea.

Le remplacement de la trachée après résection étendue a toujours eu pour obstacle l'absence de prothèse trachéale idéale. Trois cas de remplacement trachéal par l'aorte abdominale ont été récemment publiés. Les résultats prometteurs obtenus ont été attribués à la métaplasie trachéale du tissu aortique. Les auteurs rapportent un nouveau cas d'évolution similaire. Bien que comportant le même principe, la technique utilisée a été différente avec, notamment, pour avantage le suivi quotidien du greffon artériel.

Observation

Un patient de 66 ans, non fumeur, opéré en 1981 d'une mélanose de Dubreuil au niveau cervical, a été hospitalisé à la suite d'hémoptysies. Le bilan a mis en évidence un mélanome endobronchique étendu, possiblement métastatique, intéressant la bronche lobaire inférieure droite, le tronc intermédiaire, la bronche souche droite et les 2/3 inférieurs de la trachée (*figure 1*). Il n'existait aucune extension pérित्रachéale ou ganglionnaire, ni localisation à distance sur les données de la clinique, du scanner et de la tomoscintigraphie au 18 fluorodésoxyglucose (PET-FDG). L'origine de la bronche lobaire supé-

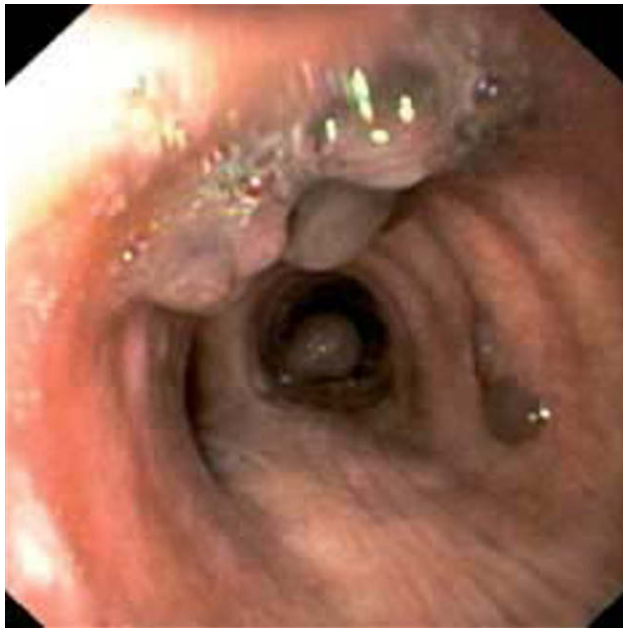


Figure 1. - Endoscopie préopératoire montrant les localisations trachéales et de la bronche souche droite du mélanome.

rieure droite et l'arbre bronchique gauche étaient respectés par le processus (*figure 2*).

L'excellent état général de ce patient, le caractère strictement endotrachéal de cette tumeur et l'absence de toute thérapeutique curatrice dans le mélanome ont justifié une proposition d'exérèse que le malade et sa famille ont accepté après réflexion éclairée.

L'intervention a eu lieu en janvier 2005. Elle a été menée par sternotomie après avoir prélevé l'aorte abdominale qui a été remplacée par un tube de Dacron tissé n° 16. Elle a comporté une bi-lobectomie inférieure et moyenne élargie au carrefour bronchique supérieur, à la bronche souche droite, à la carène et à la sub-totalité de la trachée. Les tranches de section de la bronche lobaire supérieure droite, de la bronche souche gauche et de l'extrémité supérieure restante de la trachée cervicale étaient saines à l'histologie extemporanée. Après reconstitution d'une néocarène par suture « en canon de fusil » de l'orifice lobaire supérieur droit et de la bronche souche gauche, l'aorte abdominale a été suturée à cette néocarène puis à la trachée cervicale restante. Un « ressort » en acier inoxydable de diamètre 20 mm et de pas de 5 mm a été ensuite placé autour de l'aorte afin d'éviter tout collapsus expiratoire (*figure 3*).

Les suites opératoires ont été menées sous ventilation assistée, narcose et curarisation pendant 15 jours de principe. Des contrôles endoscopiques ont été faits toutes les 48 heures.

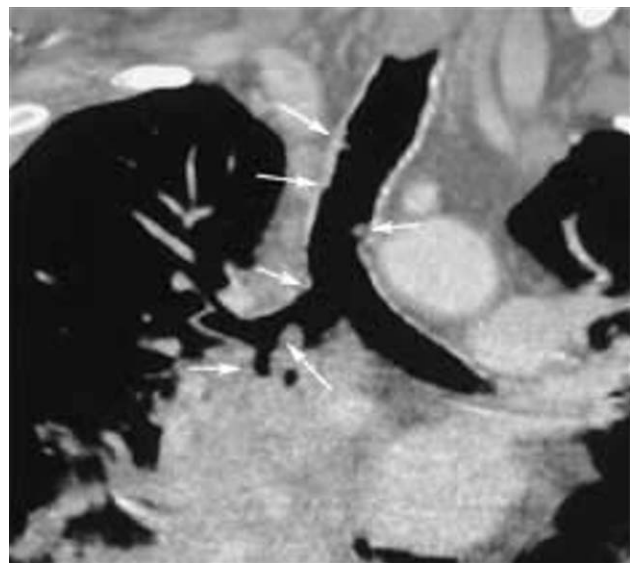


Figure 2. - Coupe scanographique montrant l'étendue des lésions. Elles intéressent la trachée et la totalité de l'arbre bronchique droit, à l'exception de la lobaire supérieure.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3420110>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3420110>

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