

## La chirurgie pleurale « thérapeutique »

N. Vénissac, J. Mouroux

Service de Chirurgie Thoracique, Hôpital Pasteur, CHU de Nice, 30, avenue de la Voie-Romaine, 06000 Nice.

**Correspondance :** N. Vénissac, à l'adresse ci-dessus.  
venisac.n@chu-nice.fr

142

### Résumé

La chirurgie pleurale carcinologique connaît un regain d'intérêt depuis quelques années dans la prise en charge du mésothéliome pleural, en raison de l'augmentation de l'incidence de cette tumeur et grâce à la maîtrise d'une mortalité post opératoire historiquement rédhibitoire.

Les particularités anatomiques de la plèvre rendent compte des possibilités techniques que sont la pleurectomie, la pleuro-décortication et la pleuro-pneumectomie élargie. Il s'agit de la résection soit de la plèvre pariétale isolée, soit associée à la résection de la plèvre viscérale ou du poumon plus ou moins élargie à la résection du diaphragme et du péricarde. Les indications dépendent de l'extension tumorale et du statut du patient. Actuellement la morbidité de cette chirurgie et notamment de la pleuro-pneumectomie élargie est bien contrôlée par les équipes entraînées et la mortalité est de l'ordre de 5 %. Le taux de récurrence locale est de 10% pouvant justifier l'adjonction de traitements locaux comme la chimiothérapie hyperthermique intra thoracique. La médiane de survie des mésothéliomes opérés est actuellement de 19 mois et la survie à 5 ans des tumeurs de meilleurs pronostics de 46 %. A ce jour la chirurgie d'exérèse radicale est la base du traitement local des mésothéliomes pleuraux dans une prise en charge multidisciplinaire.

**Mots-clés :** Chirurgie. Plèvre. Mésothéliome. Pleurectomie.

La chirurgie pleurale est l'un des plus anciens chapitres de la chirurgie thoracique. Historiquement les particularités anatomiques de la plèvre pariétale ont été utilisées, dès le début du siècle dernier, pour créer un *pneumothorax extra-pleural* dans le traitement de la tuberculose. A la même époque Delorme en France [1] et Fowler [2] aux Etats-Unis proposaient, dans le cadre des empyèmes chroniques, la *décortication*. Le principe

### Summary

#### “Therapeutic” pleural surgery

Renewed interest in carcinological pleura surgery for the treatment of mesothelioma has resulted from an increased incidence of the tumor and also better control of postoperative mortality for an operation with a dramatic reputation.

Techniques include pleurectomy, pleurodecortication and wide pleuropneumectomy. To achieve isolated resection of the parietal pleura or a combined resection of the parietal and visceral pleura with more or less wide resection of the diaphragm and pericardium. Indications depend on the tumor extension and the patient's status. Mortality, particularly for wide pleuropneumectomy is not well controlled by well-trained teams and is to the order of 5%. The rate of local recurrence is to the order of 10% and can warrant use of local treatments such as intrathoracic hyperthermic chemotherapy. Median survival for operated mesothelioma is 19 months with a 46% five-year survival for the tumors with the best prognosis. At the present time, radical surgical resection is the basis of local treatment for pleural mesothelioma.

**Key-words:** Surgery. Pleura. Mesothelioma. Pleurectomy.

reposait sur la résection de la plèvre pariétale épaissie et la libération de la plèvre viscérale pour permettre la ré-expansion pulmonaire. Principe et technique sont toujours d'actualité pour le traitement des pleurésies purulentes après échec des traitements médicaux. En 1925, Lillienthal [3] proposait la *pleuro-abrasion* et, en 1956, Gaensler [4] la *pleurectomie* pour le traitement des pneumothorax. Ces différentes techniques, à l'except-

tion du pneumothorax thérapeutique, sont encore largement utilisées pour le traitement de ces affections bénignes.

Dans le domaine des affections néoplasiques, la chirurgie pleurale n'avait qu'une place limitée aux techniques de symphyse en cas d'épanchements néoplasiques. La pleuro-pneumectomie pour mésothéliome a été abandonnée après les résultats de Butchart et al., publiés en 1976 et qui rapportaient une mortalité post-opératoire de 31 % [5]. Cependant, plusieurs événements ont récemment contribué à remettre en avant cette chirurgie : 1- l'augmentation attendue du nombre de mésothéliomes pleuraux, 2- l'absence de traitement à prétention curative, 3- l'amélioration très significative des résultats post-opératoires de la pleuro-pneumectomie publiés par Sugarbaker [6, 7] et Rusch [8, 9], 4- une dynamique nouvelle dans l'approche thérapeutique de cette pathologie avec les traitements multimodaux.

Dans ce chapitre, après un bref rappel des particularités anatomiques de la plèvre, nous présentons les différentes techniques utilisées et leurs résultats dans le cadre du mésothéliome, les indications potentielles dans d'autres pathologies malignes, et la technique de chimiothérapie intra-thoracique après cytoréduction chirurgicale.

## Particularités anatomiques de la plèvre

La *plèvre viscérale* est intimement liée au parenchyme pulmonaire par une couche cellulaire sous-pleurale, qui se poursuit dans le poumon pour former l'interstitium pulmonaire. De ce fait, la résection de la plèvre viscérale entraîne obligatoirement des lésions parenchymateuses (fig. 1).

La *plèvre pariétale* repose sur la paroi thoracique par l'intermédiaire d'une couche cellulaire plus ou moins épaisse : le fascia endothoracique. Ce fascia est une zone offrant un excellent plan de dissection de la plèvre pariétale (plan utilisé pour la collapsothérapie). Ce plan est, par contre, quasi inexistant au niveau diaphragmatique, expliquant la difficulté de conservation de ce muscle lors de la pleurectomie.

La *plèvre médiastinale* repose sur la graisse médiastinale, sur les vaisseaux du médiastin et le péricarde ; il existe en général, entre elle et ces structures, un plan de clivage.

Le *drainage lymphatique* de la plèvre viscérale est superposable au drainage broncho-pulmonaire. Celui de la plèvre pariétale se fait par les lymphatiques intercostaux et mammaires internes.

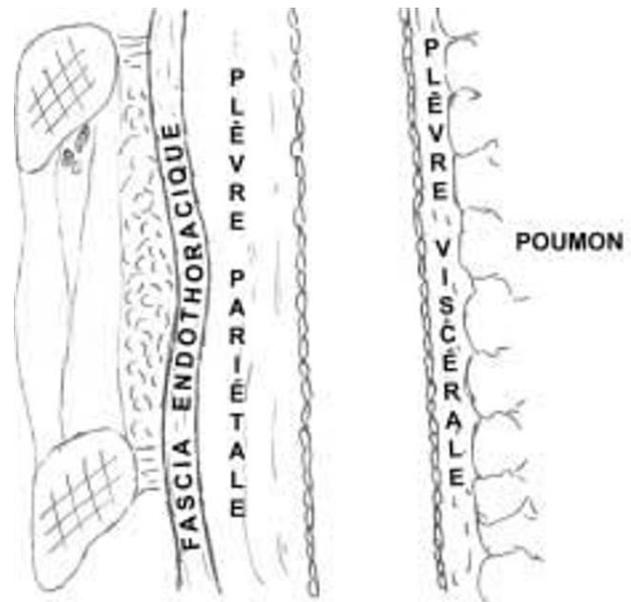


Figure 1. - Schéma anatomique : coupe transversale d'un espace intercostal.

## Techniques chirurgicales

Toutes les interventions sont réalisées sous anesthésie générale et intubation sélective pour permettre l'exclusion du poumon du côté opéré. La voie d'abord de référence est une thorcotomie postéro-latérale dans le 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> espace intercostal, du bord spinal de l'omoplate à la jonction chondro-costale en avant. Cette large voie d'abord doit permettre un accès aux confins de la cavité thoracique. L'analgésie péri-opératoire est généralement assurée par une péridurale thoracique.

### La pleurectomie

Il s'agit de la résection complète de la plèvre pariétale (comprenant la plèvre médiastinale et diaphragmatique). Pour les raisons anatomiques que nous avons vu plus haut, la résection de la plèvre diaphragmatique est difficile et impose soit un « pelage » du muscle, soit sa résection partielle ou complète. La résection du diaphragme implique sa réparation, soit par fermeture directe (pour les résections minimales), soit par remplacement prothétique (résection étendue ou complète) (fig. 2). En fonction de l'atteinte du péricarde, il peut être nécessaire de réaliser une résection complète du sac péricardique qui est réparé par une plaque prothétique (pour éviter toute luxation cardiaque en post-opératoire). L'intervention se termine par la mise en place de deux drains pleuraux.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3420322>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3420322>

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