



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Résections pulmonaires majeures à thorax fermé pour carcinome bronchique de stade I

Closed chest major pulmonary resections for stage I bronchial carcinoma

D. Gossot*, E. Brian, R. Caliandro, P. Girard,
M. Grigoriou, D. Natali, J.-B. Stern

Département Thoracique, Institut Mutualiste Montsouris, 42 bd Jourdan, 75014 Paris

MOTS CLÉS

Lobectomie ;
Segmentectomie ;
Chirurgie thoracique
vidéo-assistée ;
Thoracoscopie ;
Lobectomie
endoscopique

KEYWORDS

Lobectomy;
Segmentectomy;
Video-Assisted
Thoracic Surgery;
Thoracoscopy;
Endoscopic
lobectomy

Résumé

Les premières lobectomies pulmonaires par thoracoscopie ont été décrites il y a près de 20 ans, mais la technique n'a été acceptée par la communauté chirurgicale que depuis environ 5 ans. Le taux de pénétration de la technique varie de 3 % à 60 % selon les pays. En France, ce n'est que très récemment que la thoracoscopie a été admise comme une alternative crédible à la thoracotomie après les publications de plusieurs séries démontrant sa moindre morbidité pour des résultats carcinologiques au moins équivalents. À partir des résultats de notre série de résections pulmonaires majeures par voie endoscopique pour carcinome bronchique non à petites cellules (CBNPC) de stade I et des résultats de la littérature, les bénéfices et les limites de ces techniques sont discutés.

© 2012 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Although the first thoracoscopic lobectomies were performed almost 20 years ago, the technique has only been accepted for about 5 years. Depending on which country, its penetration rate ranges from 3 % to 60 %. In France, it is only recently that thoracoscopy has been considered as a valid alternative to thoracotomy, following the publications of large series reporting a reduced morbidity with equivalent oncological results. Basing on our series of major pulmonary resections for stage I- non small cell bronchial carcinomas (NSCBC) performed under a totally endoscopic approach, the benefits and the limitations of these techniques are discussed.

© 2012 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Auteur correspondant :

Adresse e-mail : dominique.gossot@imm.fr (D. Gossot).

Introduction

La réalisation de lobectomies pulmonaires pour cancer par thoracoscopie a été rapportée il y a près de 20 ans [1]. La technique a longtemps été très discutée et est restée confinée pendant plusieurs années à quelques centres dans le monde. Les critiques faites à la méthode portaient sur son caractère potentiellement dangereux (en raison de la dissection de gros vaisseaux à thorax fermé) et sur sa validité carcinologique (il a par exemple été longtemps affirmé qu'un curage ganglionnaire radical n'était pas réalisable par cette voie). La publication en 2006 et 2007 de larges séries nord-américaines et japonaises faisant état d'une faible morbidité et de survie équivalente voire supérieure aux techniques conventionnelles a donné un regain d'intérêt à la technique [2-5]. Le nombre de publications sur la chirurgie vidéo-assistée du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) est en nette augmentation avec plusieurs larges séries récentes rapportant de bons résultats tant en termes de morbidité qu'en termes de survie. Aux États-Unis, selon le registre de la *Society of Thoracic Surgeons* (STS), 20 à 30 % de la chirurgie du CBNPC de stade I est vidéo-assistée [6]. Au Japon, ce taux serait proche de 40 %.

Nous avons rapporté les principes et les résultats initiaux de la technique « totalement endoscopique » [7]. Le but de cette communication au cours du GOLF 2012 est de faire le point sur la technique de lobectomie pulmonaire endoscopique, son rationnel et ses résultats à partir d'une série de 224 patients opérés pour suspicion de CBNPC de stade I.

L'expérience de l'IMM

Les aspects techniques de l'intervention ont déjà été décrits [8]. En résumé, l'intervention est réalisée sous anesthésie générale avec intubation bronchique sélective dans tous les cas. Les patients sont installés en décubitus latéral comme pour une thoracotomie. Comme pour toute intervention thoracoscopique, 2 moniteurs sont utilisés et l'optique fixée sur un bras mécanique. L'intervention est faite avec une optique orientable (de 0° à 90°) à capteur distal et signal haute définition (TVHD). Seuls des instruments de chirurgie endoscopique sont utilisés et introduits par l'intermédiaire de 3 à 4 trocarts, selon les nécessités de la dissection. Aucune incision d'appoint n'est utilisée. En fin d'intervention, l'un des orifices de trocart est élargi sur une longueur de 3 à 4 cm et la pièce de lobectomie est extraite par cette incision après avoir été protégée par un endo-sac. Il n'est jamais nécessaire d'utiliser un écarteur pour cette extraction. Selon le type d'intervention, 1 ou 2 drains pleuraux sont mis en place par l'intermédiaire des orifices de trocart et leur ablation est décidée selon les règles habituelles, c'est à dire absence de bullage et débit inférieur à 200 ml/j.

Du 1^{er} janvier 2007 au 1^{er} juin 2012, 343 patients ont eu une lobectomie ou une segmentectomie anatomique par thoracoscopie, toutes indications confondues. 224 d'entre eux ont été opérés pour une suspicion de CBNPC de stade I clinique. Une segmentectomie a été décidée lorsque la fonction respiratoire et/ou les antécédents de résection pulmonaire du patient contre-indiquait une lobectomie ou pour certaines opacités en verre dépoli. Il y avait 98 hommes

et 126 femmes âgés en moyenne de 65 ans (extrêmes : 21-86 ans). Il y a eu 14 conversions en thoracotomie (6,2 %), soit pour une condition anatomique défavorable (n = 10) soit pour une complication peropératoire non contrôlable en sécurité à thorax fermé (n = 4). Sur les 210 patients restants, les exérèses suivantes ont été réalisées : lobectomie supérieure droite (n = 51), lobectomie moyenne (n = 22), lobectomie inférieure droite (n = 29), bilobectomie (n = 1), lobectomie supérieure gauche (n = 24), lobectomie inférieure gauche (n = 29), segmentectomie (n = 54), associées dans tous les cas à un curage ganglionnaire radical.

Chez les 210 patients opérés par voie totalement endoscopique la mortalité a été nulle. La durée moyenne d'intervention a été de 207 minutes ± 48 (extrêmes : 95-317 minutes). Le saignement peropératoire moyen a été de 118 ml ± 95 (extrêmes : 0-450 ml). Aucun patient n'a été transfusé. Il y a eu 24 complications postopératoires (11,4 %), pour la plupart mineures. Le dernier drain a été enlevé en moyenne au 4^e jour postopératoire ± 2 (extrêmes : 2-9 jours). La durée moyenne d'hospitalisation postopératoire a été de 7 jours ± 2 (extrêmes : 3-16 jours). L'examen anatomopathologique final confirmait qu'il s'agissait d'un CBNPC de stade I dans 167 cas, alors que 22 (10,4 %) CBNPC étaient finalement classés pN1 (n = 12) et pN2 (n = 10). Dans 21 cas, il s'agissait d'un autre type de tumeur : métastase pulmonaire (n = 2), tumeur carcinoïde (n = 16), carcinosarcome pulmonaire (n = 1), et lymphome (n = 2). Le nombre moyen de ganglions médiastinaux prélevés était de 22 ± 9 après curage droit et de 20 ± 8 après curage gauche. Le nombre moyen de sites ganglionnaires disséqués a été de 3,3 (extrêmes : 2-5).

Intérêt des résections pulmonaires majeures à thorax fermé

L'intérêt théorique de ne pas ouvrir le thorax pour réséquer un cancer bronchique est double : 1) une réduction des douleurs postopératoires et une meilleure tolérance respiratoire et 2) un probable bénéfice immunologique lié au caractère moins invasif de l'intervention.

La thoracotomie postéro-latérale (TPL) est encore la voie d'abord la plus utilisée pour réaliser une exérèse pulmonaire majeure. Mais cette incision est particulièrement douloureuse. Les douleurs postopératoires précoces ont un retentissement respiratoire important, avec une réduction de 20 % du VEMS et elles sont le principal facteur d'encombrement bronchique postopératoire. Selon Dajczman et al., 73 % et 30 % des patients présentent des douleurs thoraciques chroniques à 2 ans et à 5 ans [9]. Il est admis que l'écartement des côtes et le traumatisme des nerfs intercostaux en sont les principaux responsables.

Les bénéfices d'un abord endoscopique ont été largement rapportés en chirurgie digestive, où des interventions majeures pour cancer sont faites en routine par laparoscopie. Ces bénéfices concernent la réduction de la douleur postopératoire et de la durée de séjour, et une meilleure préservation de l'immunité par la réduction de « l'agression opératoire ». Il en est de même en chirurgie thoracique. Plusieurs études sur les taux de C-reactive protéine (CRP) et de cytokines postopératoires font supposer que les défenses immunitaires des patients sont mieux préservées après chirurgie vidéo-assistée

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215907>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215907>

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