



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



BPCO et cancer pulmonaire opérable : évaluation du risque opératoire et préparation pré-opératoire

COPD and lung cancer resection:
preoperative risk assessment and patient preparation

H. Oukssel

Département de pneumologie, CHU, 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9

MOTS CLÉS

BPCO ;
Cancer pulmonaire ;
EFR ;
VO_{2max} ;
Opérabilité

KEYWORDS

COPD;
Lung cancer;
Lung function tests;
Cardiopulmonary
exercise testing;

Résumé

Le malade porteur d'une BPCO est un malade fragile associant souvent de nombreuses comorbidités qui augmentent le risque opératoire déjà souvent élevé du fait de l'amputation des capacités respiratoires fonctionnelles. L'indication d'une chirurgie de résection pour cancer pulmonaire vient aggraver ce pronostic du fait d'un risque important de handicap sévère en post-opératoire. Il s'agit d'évaluer rigoureusement ces patients en préopératoire afin de décider avec chacun d'eux de la meilleure option thérapeutique permettant une qualité de vie décente, compromis entre l'altération d'une fonction pulmonaire et le pronostic réservé d'un cancer broncho-pulmonaire s'il n'est pas opéré.

Les tests fonctionnels de repos et d'effort ainsi que l'imagerie par scintigraphie de perfusion quantitative permettent de cibler le risque opératoire afin de discuter au cas par cas et en équipe pluridisciplinaire du rapport bénéfices/risques de l'intervention ou d'une autre alternative thérapeutique.

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

Summary

COPD patients are frail subjects frequently presenting with various co-morbidities that further increase the already quite high operative risk due to the impairment of lung function. The indication for surgical resection for lung cancer further worsens the prognosis given the high risk of severe disability after surgery. A thorough preoperative assessment of these patients is warranted to choose with each of them the best treatment option for a decent quality of life, a compromise between an impairment of lung function and a poor prognosis of lung cancer if not operated. Lung function tests at rest and exercise, as well as quantitative lung perfusion scans can

Correspondance :

Adresse e-mail : HaOukssel@chu-angers.fr (H. Oukssel).

Preoperative evaluation

target the operative risk in order to evaluate, on a case by case basis and within a multidisciplinary team, the benefit risk ratio of the surgical or another therapeutic alternative.

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

Introduction

Le patient porteur d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est un patient fragile du fait d'une amputation de sa capacité respiratoire et des conséquences systémiques de la maladie à moyen et long terme. La BPCO est encore une maladie insuffisamment dépistée au stade précoce, ce qui alourdit le pronostic en termes de mortalité et morbidité au stade modéré à sévère. Pourtant, le tabagisme responsable de la BPCO dans la majorité des cas est un facteur étiologique reconnu également du cancer broncho-pulmonaire. L'évaluation de la fonction pulmonaire chez tout patient diagnostiqué pour cancer pulmonaire semble par conséquent un préalable à toute prise en charge de ces malades. Dans les cancers broncho-pulmonaires non à petites cellules survenant chez un patient porteur d'une BPCO, lorsqu'une indication chirurgicale du cancer est établie, la difficulté est alors de réaliser un bilan d'opérabilité de ces patients en tenant compte de leur capacité fonctionnelle respiratoire et de leurs comorbidités fréquentes. Il s'agit d'évaluer le risque opératoire mais aussi l'ampleur du handicap fonctionnel en post-opératoire. Cet article se centrera donc sur l'évaluation fonctionnelle respiratoire du patient BPCO porteur d'un carcinome bronchique non à petite cellule opérable ainsi que sur les modalités d'optimisation de la fonction respiratoire permettant une diminution du risque péri opératoire.

Évaluation du patient BPCO en préopératoire

L'évaluation des paramètres de repos

Pendant longtemps, la spirométrie et l'étude de la diffusion alvéolo-capillaire (DLCO) ont été les principaux paramètres d'évaluation des patients BPCO en préopératoire d'une résection pulmonaire [1,2].

La spirométrie permet de dépister précocement une BPCO. L'étude de la DLCO permet de déterminer l'origine emphysemateuse du trouble ventilatoire obstructif de ces patients et/ou un trouble de la diffusion alvéolo-capillaire d'autre origine.

Les patients présentant un VEMS et une DLCO \geq 80 % préd ne posent pas de difficultés sur le plan respiratoire en termes de risque péri-opératoire.

Pour ces patients, le VEMS estimé en post-opératoire de 700 ml à 1 litre ou plus de 30 à 40 % préd est considéré comme acceptable [3] au vu du pronostic oncologique et cela malgré le handicap respiratoire sévère qui résultera de la chirurgie d'exérèse pulmonaire.

Il est donc admis de ne pas réaliser d'investigations respiratoires supplémentaires dans ce cas.

Les patients présentant une altération de leur fonction respiratoire définie par un VEMS $<$ 80 % préd et/ou une DLCO $<$ 80 % préd sont ceux qui vont nécessiter une évaluation rigoureuse du risque opératoire.

La spirométrie doit être réalisée en état stable après traitement bronchodilatateur optimal. Certaines études ont évalué le risque de mortalité péri-opératoire sur la simple valeur absolue du VEMS en montrant un taux de mortalité $<$ 5 % soit en cas de lobectomie si le VEMS était supérieur à 1,5 l, soit en cas de pneumonectomie si le VEMS était supérieur à 2 l [4].

Ces études sont biaisées par l'utilisation de la valeur absolue du VEMS qui sous-estime les personnes âgées, les petites tailles et les femmes. Il est en effet important d'utiliser la valeur du VEMS en % préd afin de minimiser ce biais.

De la même façon, une valeur de DLCO à 40 % préd est considérée comme la limite à ne pas franchir [5]. Une valeur de DLCO $<$ 40 % préd entraîne une augmentation du risque de mortalité, de durée d'hospitalisation et de coût hospitalier [6].

Le VEMS et la DLCO sont peu corrélés l'un avec l'autre selon Brunelli [7]. Cela signifie que certains patients à VEMS élevés peuvent avoir une DLCO abaissée et *vice versa*.

Les recommandations ERS/ESTS et BTS préconisent toutes deux la réalisation systématique de la DLCO quel que soit le VEMS, ce qui n'est pas le cas des recommandations ACCP [2] (Encadré 1).

ENCADRÉ 1 - RECOMMANDATIONS [2]

- Une spirométrie est recommandée avant toute résection de cancer pulmonaire.
- Si le VEMS est $>$ 80 % préd ou $>$ 2 litres et qu'il n'y a pas à l'évidence de dyspnée d'effort ou de maladie pulmonaire interstitielle, le patient est alors éligible pour une résection chirurgicale incluant une pneumonectomie sans autre évaluation physiologique.
- Si le VEMS $>$ 1,5 litre et qu'il n'y a pas d'évidence pour une dyspnée d'effort ou une maladie pulmonaire interstitielle, le patient est éligible pour une lobectomie sans autre évaluation physiologique : Grade 1C.
- Chez les patients présentant une indication de résection de cancer pulmonaire, s'il n'y a pas d'évidence pour une dyspnée d'effort ou une maladie interstitielle, même si le VEMS est adéquate, la mesure de la DLCO est recommandée : Grade 1C.
- Chez les patients présentant une indication de résection de cancer pulmonaire, si le VEMS ou la DLCO sont $<$ 80 % préd, il est recommandé de prédire la fonction respiratoire post-opératoire par des tests additionnels ou par calcul : Grade 1C.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215908>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215908>

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