

# Prise en charge de l'épanchement pleural malin

L. Brouchet, M. Humeau

## Résumé

Les épanchements pleuraux, dans le cadre de la pathologie tumorale maligne, posent deux problèmes : la prise en charge diagnostique et le traitement palliatif de la dyspnée. C'est une situation fréquente, un patient sur deux atteint d'un cancer en situation métastatique verra son évolution compliquée d'un épanchement pleural.

Si le diagnostic positif ne pose pas de problème, son étiologie est par contre plus complexe à déterminer. La moitié des épanchements survenant dans un contexte néoplasique sont bénins, et donc peuvent bénéficier d'une prise en charge spécifique. Les progrès de la biologie moléculaire et de l'imagerie interventionnelle réduisent progressivement les indications de la thoracoscopie diagnostique. Elle reste néanmoins l'examen de référence dans les tableaux anatomocliniques atypiques et le mésothéliome.

L'épanchement pleural est responsable d'une altération de la qualité de vie des patients dont la survie moyenne, au moment du diagnostic de l'épanchement, n'excède pas 4 mois. Le talcage sous thoracoscopie est le traitement de référence, mais sa morbi-mortalité et son taux ne sont pas négligeables. Il est donc primordial de poser l'indication au bon moment et savoir utiliser d'autres techniques pour améliorer le confort de fin de vie de ces patients.

**Mots-clés :** Épanchement pleural • Traitement • Plèvre • Cancer bronchopulmonaire.

Service de chirurgie thoracique, Clinique des Voies Respiratoires, CHU de Toulouse, France.

**Correspondance :** L. Brouchet  
CHU de Toulouse, 24, chemin de Pourville, 31059 Toulouse cedex 9, France.  
brouchet.l@chu-toulouse.fr

Rev Mal Respir Actual 2009 ; 1 : 325-330

## The management of malignant pleural effusions

L. Brouchet, M. Humeau

### Summary

Malignant pleural effusions are a frequently encountered problem in oncology and present two problems: the diagnostic management and the palliative treatment of dyspnoea. It is a common situation and one patient in two suffering from metastatic cancer will develop a pleural effusion.

Positive diagnosis of the pleural effusion is usually easy but it is much more difficult to determine the origin. Indeed, 50% of pleural effusions in cancer are benign and should be managed with appropriate therapies. The role of thoracoscopy in diagnosis has been reduced progressively by advances in molecular biology and imaging. However, thoracoscopy still remains the standard procedure for the diagnosis of mesothelioma and to resolve some complex situations.

Pleural effusion seriously alters the quality of life of patients whose performance status and life expectancy are already compromised. Video-assisted talc pleuradesis is the preferred strategy for the management of pleural effusion but the rate of complications and failure of this procedure are not negligible. This option should be considered early and it is important to discuss alternative strategies, especially in frail patients, in order to optimize their quality of life as far as possible.

**Key-words:** Pleural effusion • Treatment • Pleura • Lung cancer.

Rev Mal Respir Actual 2009 ; 1 : 325-330

brouchet.l@chu-toulouse.fr

## Introduction - physiopathologie

Les épanchements pleuraux représentent une situation préoccupante en oncologie thoracique, d'une part, en raison de leur fréquence et, d'autre part, à cause de la dégradation de qualité de vie qu'ils entraînent.

La présence d'un épanchement dans la plèvre traduit un déséquilibre entre les phénomènes de sécrétion et de réabsorption au niveau des stoma pleurolymphatiques de la plèvre pariétale. Les origines de cet épanchement peuvent donc être multiples. Une obstruction des pores de résorption par des cellules tumorales, ou une augmentation de pression dans les canaux lymphatiques vont conduire à un défaut de résorption. Une augmentation de la sécrétion pleurale, par augmentation de la perméabilité capillaire, en raison d'une sécrétion tumorale accrue de VEGF (*vascular endothelial growth factor*) ou des phénomènes inflammatoires, ou encore une gêne au retour veineux, ou bien une diminution de la pression oncotique vont

dépasser les capacités de résorption de la plèvre et conduire à l'épanchement. La capacité maximale de résorption de la plèvre est de 700 ml par jour [1]. Cette origine est importante à déterminer, car elle conditionnera la prise en charge thérapeutique.

La fréquence de l'épanchement pleural en situation métastatique est estimée à 50 % [2], et la survie moyenne des patients est estimée à 4 mois [3]. Dans une situation palliative, le clinicien est face à une situation complexe. En effet, l'épanchement est parfois considéré comme un moyen simple de suivre l'évolution du patient sous chimiothérapie, faut-il proposer un traitement spécifique, alors que l'espérance de vie est faible, le talcage sous thoracoscopie est efficace, mais est un geste lourd qui peut retarder la prise en charge spécifique de la maladie et dont la garantie de succès n'est pas assurée.

Nous aborderons successivement la prise en charge diagnostique, puis le traitement palliatif des épanchements pleuraux dans un contexte néoplasique.

## Prise en charge diagnostique de l'épanchement pleural

Le diagnostic positif d'un épanchement pleural ne pose pas de problème particulier. S'il est parfois de découverte fortuite, il s'accompagne souvent de signes tels qu'une douleur à type de point de côté ou sous-scapulaire, une toux positionnelle, et une dyspnée. D'autres éléments cliniques orienteront vers une pathologie maligne, les épanchements des adénocarcinomes ne sont pas douloureux contrairement au mésothéliome qui est responsable de phénomènes algiques dans 60 % des cas [4], un épanchement massif unilatéral est le plus souvent d'origine maligne. L'examen clinique retrouvera le trépidé pleurétique et la radio thoracique de face et de profil confirmera le diagnostic. Le cliché thoracique de profil peut mettre en évidence des épanchements de 50 ml, tandis que le cliché de face le seuil de détection est plus proche de 300 ml. La radiographie pourra montrer certains éléments orientant le diagnostic vers une pathologie maligne, comme la présence d'une masse parenchymateuse, de macronodules pleuraux ou une plèvre épaissie qui sont en faveur d'une origine néoplasique. L'échographie pleurale pourra compléter le diagnostic. Son seuil de détection est de 5 ml et elle peut également apporter une orientation étiologique en appréciant la morphologie pleurale (nodulaire, épaissie) et peut être une aide précieuse pour orienter une ponction diagnostique [5]. Un scanner sera réalisé, il orientera vers une origine néoplasique en montrant des images directes (nodules pleuraux, rétraction d'un hémichamp, plèvre pariétale épaissie de plus de 1 cm, épaississement circonferentiel, atteinte de la plèvre médiastinale) et des images indirectes (nodules ou tumeur primitive pulmonaire, métastases extrathoraciques...) [6]. Il est préférable de le faire avant la ponction pleurale, la rentabilité de ce dernier sera plus importante en permettant la visualisation des 2 feuillets pleu-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4216266>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4216266>

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