



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

Imagerie des complications de la chirurgie carcinologique thoracique[☆]



S. Bommart^{a,*}, J.-P. Berthet^{b,c}, G. Durand^a,
J.-L. Pujol^d, C. Mathieu^a, C. Marty-Ané^c, H. Kovacsik^a

^a Service de radiologie, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, CHU de Montpellier, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

^b Inserm U 1046, université Montpellier 1, université Montpellier 2, 34295 Montpellier, France

^c Service de chirurgie thoracique, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, CHU de Montpellier, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier, France

^d Département d'oncologie thoracique, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, CHU de Montpellier, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295, Montpellier, France

MOTS CLÉS

Tomodensitométrie ;
Chirurgie
thoracique ;
Pyothorax ;
Chylothorax ;
Fistule

Résumé Les complications en chirurgie oncologique thoracique varient selon les comorbidités et le type de chirurgie. Les hémorragies, les infections et l'œdème pulmonaire ne sont pas spécifiques du type de résection mais sont plus fréquemment rencontrés après pneumonectomies. Les pneumonectomies ont une morbidité due aux modifications majeures du contenu intrathoracique. L'infarctus pulmonaire et le volvulus bronchique sont des situations urgentes rencontrées après lobectomie. Le scanner met en évidence des signes congestifs localisés et la sténose ou l'occlusion d'une veine ou d'une bronche. La reconnaissance rapide d'événements critiques, en particulier grâce à une analyse systématique du scanner, est capitale pour une prise en charge adéquate au décours d'une complication postopératoire ou retardée en oncologie thoracique.
© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de Éditions françaises de radiologie.

Les données épidémiologiques récemment actualisées par l'Institut national du cancer (INCa) démontrent que le cancer bronchopulmonaire demeure une problématique clinique fréquente au pronostic toujours redoutable. Il occupe le quatrième rang des cancers en termes de fréquence et constitue la première cause de décès par cancer en France [1].

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2016.08.014>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : s-bommart@chu-montpellier.fr (S. Bommart).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2016.09.003>

2211-5706/© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de Éditions françaises de radiologie.

Malgré les progrès récents liés aux thérapies ciblées ou l'immunothérapie, la chirurgie reste l'option thérapeutique de choix dans le traitement du cancer bronchopulmonaire non à petites cellules (CBNPC), non seulement pour les formes précoces, mais également pour des stades localement plus avancés [2].

L'étendue de l'exérèse dépend essentiellement de l'envahissement locorégional, et doit répondre au double impératif oncologique et fonctionnel. Dans ce cadre, la résection privilégiée est représentée par l'exérèse anatomique d'un lobe (lobectomie). L'extension de la résection à l'ensemble du poumon (pneumonectomie), ou à un second lobe (bilobectomie) à droite est consensuelle en présence d'un envahissement tumoral d'une structure artérielle, veineuse, bronchique ou parenchymateuse proximale ou centrale. La chirurgie d'épargne parenchymateuse est une alternative validée aux pneumonectomies [3]. Elle est proposée dans un souci de préservation de la fonction respiratoire et vasculaire pulmonaire. Il s'agit de gestes de résection-réimplantation (*sleeve lobectomy*) bronchique ou artérielle pulmonaire [4].

Face à des CBNPC localement avancés (pT3 ou pT4), la résection sera élargie aux structures de voisinage (plèvre, paroi thoracique osseuse, corps vertébraux, diaphragme, structures ou organes médiastinaux tels que le péricarde, l'oreillette, la trachée, l'aorte thoracique, la veine cave supérieure, etc.). Le geste chirurgical peut alors devenir plus lourd faisant appel à la multidisciplinarité chirurgicale lors de la résection et de la reconstruction de ces structures.

Si la mortalité est globalement faible (< à 1 %) pour les résections très limitées et elle se majore pour les lobectomies (entre 1,2 et 4 %) pouvant atteindre 6 % pour les pneumonectomies [5,6]. Cette mortalité est secondaire aux complications de la chirurgie dont la fréquence se situe entre 24 et 41 % des cas, suivant la lourdeur de l'intervention et les comorbidités [7,8].

L'imagerie joue un rôle majeur dans le suivi postopératoire et le diagnostic des complications de la chirurgie carcinologique thoracique. Le cliché standard est la technique de base, suffisante en cas d'évolution normale. En cas de complications, il devient rapidement insuffisant, le scanner est alors l'examen majeur du bilan initial d'une complication postopératoire et du suivi des patients. Les modifications anatomiques postopératoires et l'absence de spécificité de certains éléments sémiologiques, tels que les condensations alvéolaires, rendent nécessaires une analyse systémique du parenchyme pulmonaire, de la plèvre et des rapports vasculaires en intégrant à l'analyse le geste chirurgical et la symptomatologie.

Protocole d'acquisition

L'exploration scanographique d'une complication de la chirurgie thoracique doit se faire après injection intraveineuse de produit de contraste iodé afin de vérifier la perméabilité des structures vasculaires. Le mode MIP permet d'identifier plus facilement un obstacle artériel pulmonaire ou veineux. L'opacification permet également de caractériser une collection, une récurrence ou de rechercher une complication embolique.

Le mode min IP est un outil d'aide au diagnostic des complications bronchiques à type de sténose ou de torsion.

D'une façon générale, un protocole en basse dose sera privilégié [9–11].

Complications générales

L'hémorragie postopératoire

L'hémorragie postopératoire est une complication précoce. Elle est rare (de 0,1 à 3 %) et rarement fatale (≤ 1 %) [12]. Elle se manifeste par des signes de collapsus et de compression. Le diagnostic est facile en présence d'une déglobulisation dans les heures qui suivent la chirurgie. Une hémorragie abondante avec collapsus ne réclame aucun autre examen et la reprise au bloc opératoire est indiquée sans tarder.

Lorsque l'hémorragie est plus latente, elle s'accompagne de la formation d'un caillot dont l'évacuation par drainage n'est pas efficace. Le scanner retrouve alors un épanchement pleural dense, parfois hétérogène, pouvant donner plus tardivement un aspect pseudo tumoral. L'existence d'un refoulement médiastinal, témoin du caractère compressif de cet épanchement doit être renseigné. Même si la mise évidence d'une extravasation sur le scanner est rare (Fig. 1), elle doit être recherchée. Un faux anévrisme de l'artère pulmonaire peut être objectivé en rapport avec une déhiscence de la suture vasculaire (Fig. 2). Il doit être impérativement décrit compte tenu du risque de rupture secondaire et de choc hémorragique [13].

L'œdème pulmonaire

La fréquence de cette complication est estimée entre 2,5 et 5 % pour la pneumonectomie [14,15]. Il existe des formes secondaires d'origine cardiogénique, thromboembolique



Figure 1. Image scanographique dans le plan axial en fenêtrage médiastinal après injection intraveineuse de produit de contraste iodé obtenue chez un patient de 60 ans. Cette image montre un épanchement pleural de densité hétérogène en rapport avec un hémithorax apparu au décours de l'ablation du drain thoracique avec extravasation le long du trajet du drain en rapport avec une plaie intercostale (flèche). Prise en charge chirurgicale au décours du scanner pour décaillotage.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663358>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663358>

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