



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Biopsie pulmonaire chirurgicale au cours des pneumopathies interstitielles diffuses

Surgical lung biopsy in interstitial lung disease

Article rédigé par E. Blin*,
d'après la communication de H. Nunes¹

¹Service de Pneumologie, Hôpital Avicenne, Bobigny, France

MOTS CLÉS

Pneumopathie interstitielle diffuse ;
Fibrose pulmonaire idiopathique ;
Biopsie pulmonaire chirurgicale ;
Vidéoarthroscopie ;
Mini-thoracotomie

Résumé

Dans environ un tiers des cas de pneumopathies interstitielles diffuses l'apport de l'histologie via une biopsie pulmonaire chirurgicale (BPC) est nécessaire à leur prise en charge. La BPC a une excellente rentabilité diagnostique mais est un examen invasif qui doit être réalisé uniquement si un impact pronostique et thérapeutique est attendu. L'indication majeure de la BPC est le champ des pneumopathies interstitielles idiopathiques et notamment le diagnostic différentiel entre fibrose pulmonaire idiopathique, pneumopathie interstitielle non spécifique idiopathique et pneumopathie d'hypersensibilité chronique, quand les données environnementales, cliniques, biologiques et d'imagerie ne suffisent pas à poser un diagnostic. Il n'y a pas de consensus sur les contre-indications de ce geste, toutefois la mortalité est plus élevée chez les sujets de plus de 70 ans, ayant au moins une comorbidité associée, ayant une CVF < 55 % ou une DLCO < 35 %. La vidéoarthroscopie est à privilégier par rapport à la mini-thoracotomie en raison d'une mortalité moindre, mais n'est pas toujours réalisable notamment en urgence. Les modalités de réalisation de la BPC doivent être strictes, en particulier plusieurs prélèvements doivent être effectués dans 2 lobes différents.

© 2016 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emmanuelle.blin@aphp.fr (E. Blin).

KEYWORDS

Interstitial lung disease;
Idiopathic pulmonary fibrosis;
Surgical lung biopsy;
Video-assisted thoracoscopy;
Mini-thoracotomy

Abstract

In almost a third of interstitial lung disease cases the contribution to histology through a surgical lung biopsy (SLB) is necessary for the care. SLB has an excellent diagnostic performance but is an invasive examination which must be performed only if a prognostic and therapeutic impact is expected. The major indication of SLB is the field of idiopathic pulmonary pneumonias, especially differential diagnosis between idiopathic pulmonary fibrosis, idiopathic nonspecific interstitial pneumonia and chronic hypersensitivity pneumonia, when environmental, clinical, biological and imaging data are not sufficient to make a diagnosis. There is no consensus on the contraindications of this technique, however there is a higher mortality among subjects above 70 years old, having at least an associated comorbidity, with a FVC < 55% or a DLCO < 35%. Video-assisted thoracoscopy is to favor against mini thoracotomy because of a lower mortality, but is not always achievable in case of emergency. SLB procedure must be strict, particularly several samples must be performed in 2 different lobes.

© 2016 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La démarche diagnostique devant une pneumopathie interstitielle diffuse (PID) chronique requiert l'intégration de données démographiques et environnementales, de l'examen clinique, des examens biologiques, de la tomodensitométrie (TDM) thoracique, de l'endoscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire et éventuellement de biopsies trans-bronchiques, et de l'évolution de la maladie. La discussion multidisciplinaire va aboutir à la lumière de ces éléments à un diagnostic soit de certitude, soit avec un degré de probabilité. Une biopsie pulmonaire chirurgicale (BPC) va s'avérer nécessaire à la confirmation du diagnostic dans un tiers des cas. Il s'agit d'un examen invasif à visée diagnostique, son indication doit donc être justifiée en termes d'impact pronostique et thérapeutique.

Dans les autres situations, la BPC sera à discuter au cas par cas : PID chronique d'allure idiopathique sans diagnostic de certitude, suspicion de FPI avec aspect TDM de PIC possible ou incompatible, PINS idiopathique.

Les trois diagnostics les plus fréquents par BPC (qui sont en pratique les trois diagnostics différentiels les plus difficiles) sont la FPI, la pneumopathie interstitielle non spécifique (PINS) idiopathique et la pneumopathie d'hypersensibilité chronique. En effet, 37 % des patients avec un aspect TDM de PINS ont en fait une PIC histologique [2]. Cette distinction a des implications pronostiques majeures, la survie étant bien meilleure pour les PINS idiopathiques que pour la FPI, et surtout thérapeutiques depuis l'avènement des traitements antifibrotiques dans la FPI et d'autre part la démonstration du caractère délétère du traitement par corticoïdes et immunosuppresseur dans la FPI.

Apport diagnostique et indications de la biopsie pulmonaire chirurgicale

La BPC a une excellente rentabilité, avec une performance diagnostique allant jusqu'à 95 % et une incidence thérapeutique dans 42 à 90 % des cas [1].

En règle générale, la BPC n'est pas indiquée en cas de PID de cause connue (médicament, exposition, connectivité ou vascularite). Le recours à la biopsie est très rare pour le diagnostic des granulomatoses. Une biopsie peut être utile dans certaines PID particulières notamment les maladies kystiques pulmonaires (histiocytose langerhansienne, lymphangioléiomyomatose). Les indications majeures de la BPC restent néanmoins les pneumopathies interstitielles idiopathiques.

Dans certaines situations il sera toutefois possible de faire le diagnostic sans recourir à la biopsie : fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) avec aspect TDM de pneumopathie interstitielle commune (PIC) certaine, pneumopathies interstitielles idiopathiques liées au tabac avec tableau clinico-radiologique et LBA compatible, fibro-élastose pleuro-parenchymateuse.

Contre-indications et complications

Il n'existe aucune recommandation forte sur les contre-indications de la BPC. En effet l'identification de facteurs de risque associés à une morbi-mortalité est limitée car les études disponibles sont rétrospectives, avec des effectifs réduits et des populations hétérogènes. Hutchinson et al. ont repris dans une analyse rétrospective plus de 32 000 cas de BPC aux États-Unis entre 2000 et 2011 [3]. La mortalité globale était de 6,4 %, mais seulement de 1,7 % pour les gestes programmés (contre 16 % pour les gestes en urgence). Les facteurs prédictifs de mortalité étaient le sexe masculin, l'âge, la présence de comorbidités, la thoracotomie (versus la thoracoscopie), un diagnostic final de FPI ou de connectivité. Le taux de mortalité le plus élevé était observé chez les patients de plus de 74 ans ayant au moins une comorbidité associée.

Aucun seuil sur les paramètres fonctionnels respiratoires en dessous duquel la BPC serait à exclure n'a été établi. La majorité des études utilisent comme critères d'exclusion une DLCO < 35 % ou une CVF < 55 %. Les autres facteurs

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5725262>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5725262>

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