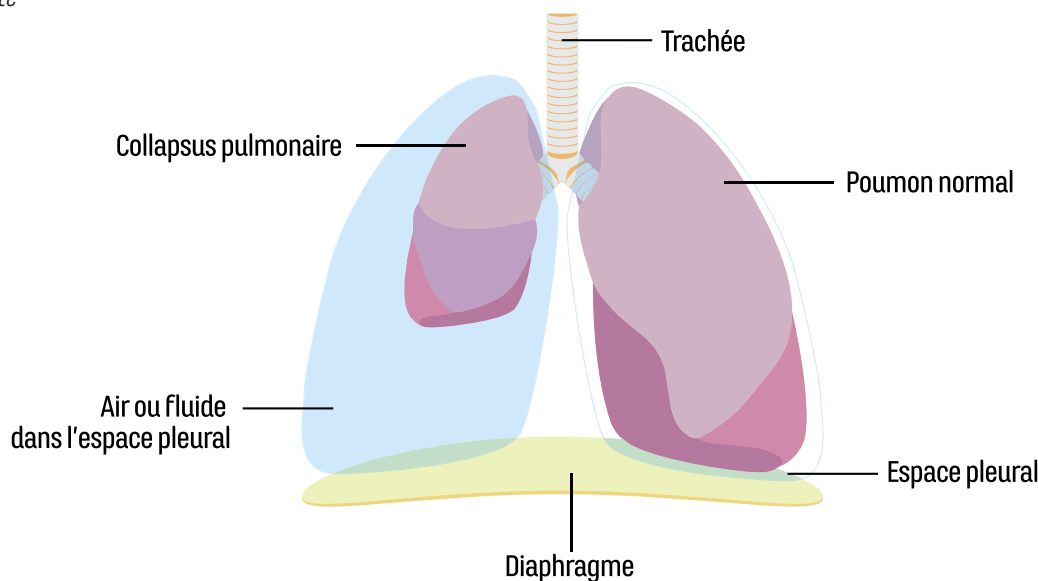


La Chirurgie des pleurésies néoplasiques

Définition d'une pleurésie

Physiologiquement, le poumon est accolé à la paroi thoracique. Une pleurésie est définie par la **présence de liquide entre le poumon et la paroi thoracique**, induisant ainsi un décollement pulmonaire.

Figure 1 : Pleurésie droite



Origine, étiologie d'une pleurésie

Une ponction du liquide pleural est généralement réalisée afin d'orienter le diagnostic et de valider ou non l'indication d'une exploration pleurale chirurgicale.

Ainsi selon les caractéristiques biochimiques du liquide pleural, une indication d'exploration est posée **s'il s'agit d'un exsudat** – défini par un liquide riche en protéines – ou cette indication n'est pas retenue et un bilan d'insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique est réalisé **s'il s'agit d'un transsudat** – défini par un liquide pauvre en protéines.

Dans le cas d'une **pleurésie néoplasique**, l'accumulation de liquide est liée à la **présence de cellules cancéreuses sur la plèvre** entraînant alors un déséquilibre entre sécrétion et résorption de liquide pleural avec une accumulation progressive de liquide.

Généralement ces cellules cancéreuses **proviennent d'un cancer situé ailleurs**, mais parfois elles proviennent d'un **cancer développé à partir de la plèvre elle-même**, dans le cadre notamment d'un mésothéliome.

Les signes cliniques d'une pleurésie

Une pleurésie débutante peut se manifester par **une toux irritative persistante** et **une douleur thoracique latéralisée**. En présence d'une grande quantité de liquide, le poumon peut être **partiellement ou totalement comprimé**. Sa fonction de ventilation, d'échanges gazeux **n'est donc plus assurée** et un essoufflement plus ou moins important apparaît progressivement.

Le diagnostic d'une pleurésie néoplasique

Le diagnostic de pleurésie est suspecté à l'examen clinique et confirmé à la radiographie de thorax qui montre la présence de liquide autour du poumon. **Un scanner thoracique et un TEP scanner sont souvent réalisés.**

Centre Hospitalier de Valenciennes

Une ponction du liquide est généralement réalisée par un pneumologue d'une part pour vous soulager **en diminuant la sensation d'essoufflement** et d'autre part **pour analyser le liquide**. Il est important de noter que l'absence de cellules cancéreuses dans le liquide **ne permet pas d'exclure une origine néoplasique**.

Le diagnostic de certitude sera posé après analyse anatomopathologique de biopsies de plèvre réalisées au décours de l'exploration pleurale chirurgicale.

Les traitements d'un pneumothorax

Rôles du chirurgien

Ses rôles sont doubles, le chirurgien réalise :

- **des biopsies de la plèvre** qui seront analysées en anatomo-pathologie afin de confirmer l'origine néoplasique de la pleurésie
- il réalise **un geste qui vise à prévenir la récurrence de l'épanchement**, on parle de symphyse pleurale, d'accrolement pleural par talcage.

On rappellerait que l'objectif thérapeutique de la chirurgie est de réduire les symptômes et prévenir leur réapparition, mais **pas de guérir cette maladie néoplasique**.

Rôles de l'oncologue

Une fois le diagnostic confirmé, la suite de la prise en charge est assurée par un oncologue qui établira un protocole de traitements **à base de chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie** visant à contrôler la maladie néoplasique à l'origine de la pleurésie.

La chirurgie de la pleurésie néoplasique

Objectifs de l'intervention

Ainsi donc les objectifs de cette intervention sont doubles :

- **Permettre un diagnostic de certitude**, en réalisant des biopsies pleurales..
- **Soulager vos symptômes et prévenir la récurrence de la pleurésie**, soit en réalisant un talcage pleural, ou un accrolement de la plèvre à la paroi thoracique, soit en mettant en place un drain thoracique à demeure, un PleurX.

Déroulé de l'intervention

L'intervention se déroule sous anesthésie générale par une voie vidéo-assistée au travers de 1 à 2 incisions de 10 à 20 mm de longueur.

Le chirurgien évacue la **totalité du liquide** puis inspecte la cavité pleurale et les poumons. En général, la plèvre pariétale tapissant les côtes **est inflammatoire et épaissie**. Elle **peut aussi être couverte de nodules** par endroits. Parfois la plèvre viscérale tapissant le poumon **est également atteinte**.

Le chirurgien réalise alors **des biopsies de la plèvre** qui sont envoyées pour analyse **anatomo-pathologique** afin de confirmer l'atteinte néoplasique.

Ensuite le chirurgien effectue une **symphyse pleurale**, afin d'accrocher le poumon à la paroi en pulvérisant la cavité pleurale de talc. Cela provoquera une réaction inflammatoire entraînant l'**adhérence du poumon à la paroi thoracique**. Ceci permet de **diminuer le risque de réapparition de liquide entre le poumon et les côtes**.

Si le poumon ne se regonfle pas, est trop rétracté, **une symphyse pleurale n'est pas indiquée**, et un drain à demeure de type PleurX sera mis en place afin de permettre la réalisation régulière puis de plus en plus espacées de ponctions pleurales.

À la fin de l'intervention, un drain thoracique souple **est laissé en place** afin d'assécher la cavité pleurale le temps que le talc produise son effet.

Centre Hospitalier de Valenciennes

Après l'intervention

Au cours de l'hospitalisation, vous bénéficierez d'une prise en charge active, visant à accélérer votre récupération, et **en limitant le risque de complications**.

Ainsi, vous serez installé au fauteuil le soir même pour le repas selon votre état clinique. Vous serez mobilisé le jour même ou dès le lendemain, les vos voies veineuses seront retirées et vous serez accompagné par le kinésithérapeute pour faire vos exercices de kinésithérapie respiratoire et pour vous mobiliser et marcher dans le service. Vous bénéficierez de **deux séances quotidiennes de kinésithérapie respiratoire**.

Le drain thoracique sera retiré entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour postopératoire. La durée du drainage dépend de la quantité journalière de liquide évacuée. Habituellement, le drain est retiré après 3 jours. Dès lors, si vous suivez bien les exercices de kinésithérapie et que vos douleurs sont contrôlées, une sortie sera envisageable en moyenne entre le 3^{ème} et le 4^{ème} jour post opératoire.

Les complications post opératoires

Cette intervention a un **très faible taux de complication** à type de saignement ou infection. Le plus fréquemment, de la température est présente en post-opératoire liée à la réaction inflammatoire générée par le talcage pleural.

En cas de talcage, le taux d'échec théorique **décrit est de moins de 5%**.

Le suivi post opératoire en consultation

Vous reverrez votre chirurgien en consultation une dizaine de jours après votre sortie d'hospitalisation afin de vérifier votre bonne évolution, adapter au besoin le traitement de vos douleurs et contrôler votre bonne cicatrisation. Une radiographie thoracique sera à réaliser soit 30 min avant la consultation soit proche de chez vous quelques jours avant la consultation. Le chirurgien vous communiquera les résultats des analyses anatomo-pathologiques et vous ré-adressera vers le spécialiste adéquat pour la suite de votre prise en charge.

Contacts

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le service de chirurgie thoracique au 03.27.14.01.21.

Fiche d'information médicale rédigée par le Dr Dhainaut et le Dr Montagne, chirurgiens thoraciques.

Dernière modification le 17 mai 2024 .