

L'épanchement pleural récidivant y a-t-il une solution définitive ?

Jessica Forcillo et Denise Ouellette

M. Bill revient à l'urgence pour un tableau d'épanchement pleural récidivant (voir l'article « Évaluation clinique de l'épanchement pleural : voir clair en eau trouble » dans Le Médecin du Québec de septembre 2010). Il est atteint de dyspnée légère, mais persistante, accompagnée d'une douleur pleurétique du côté gauche et d'une toux sèche depuis une semaine. De plus, il nous signale une perte de poids involontaire de 20 livres, des périodes de sudation nocturne et une perte d'appétit qui durent depuis plus de quatre mois.

L'examen physique révèle une température de 37,5 °C, une aphonie partielle à la palpation et à l'auscultation (test du « 33 »), une matité à la percussion ainsi qu'une diminution du murmure vésiculaire à la plage inférieure gauche. La radiographie pulmonaire que vous avez demandée à l'arrivée montre effectivement un épanchement important à gauche. La radiographie montre aussi, contrairement à celle d'il y a six mois, une masse d'environ 2 cm au niveau du lobe supérieur gauche (photo 1). Après un bilan d'extension complet indiquant la présence de métastases, vous jugez que M. Bill n'est pas opérable. Qu'allez-vous lui proposer ?

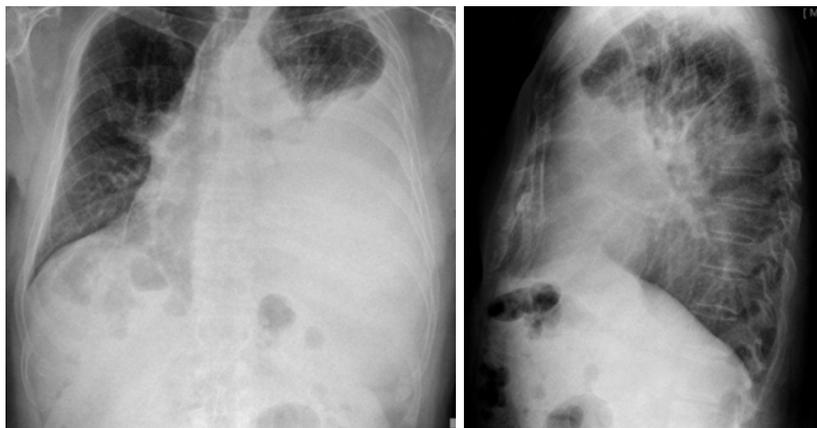


Photo 1. Radiographie des poumons montrant un épanchement pleural important à gauche ainsi qu'un petit nodule de 2 cm au lobe supérieur gauche.

Les causes d'un épanchement pleural récidivant

Les causes d'un épanchement pleural récidivant peuvent être bénignes ou malignes. L'épanchement attribuable à un cancer du poumon, du sein, du côlon ou autre est considéré comme malin, tandis que celui de nature cardiaque (insuffisance) ou hépatique (cirrhose) est bénin (tableau I)¹.

Certaines méthodes diagnostiques, (analyses cyto-

logiques, biochimiques et des cultures du liquide pleural) nous donnent également des indices sur la nature de l'épanchement. Un exsudat, par exemple, peut être associé à un cancer, à une pneumonie, à une embolie pulmonaire ou même à la tuberculose^{2,3} (tableau II)³.

Les interventions en cas d'épanchement récidivant

Plusieurs interventions peuvent être proposées pour traiter un tel épanchement et prévenir la récurrence, dont le drainage simple suivi d'une pleurodèse chimique (talc, doxycycline, bléomycine), ou un traitement plus effractif (chirurgie sous anesthésie générale avec drainage de l'épanchement, suivi d'une pleurodèse mécanique)⁴. Cependant, depuis plusieurs années, une

La D^e Jessica Forcillo est résidente en chirurgie cardiaque à l'Université de Montréal. La D^e Denise Ouellette, chirurgienne thoracique, est chef du Service de chirurgie thoracique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Tableau I

Causes bénignes et malignes d'épanchements pleuraux¹

Causes d'épanchements bénins

- ⦿ Augmentation de la pression hydrostatique du liquide de l'interstice pulmonaire (insuffisance cardiaque)
- ⦿ Diminution de la pression oncotique (syndrome néphrotique)
- ⦿ Mouvement de fluide transsudatif par le diaphragme (cirrhose)
- ⦿ Mécanismes inflammatoires (tuberculose, infection bactérienne, pneumonie)
- ⦿ Embolie pulmonaire (infarctus pulmonaire)
- ⦿ Maladies des tissus conjonctifs (lupus, arthrite rhumatoïde)
- ⦿ Maladies subdiaphragmatiques (pancréatite, abcès subphrénique)

Causes d'épanchements malins

- ⦿ Cancers : poumon (36 %), sein (25 %), lymphome (10 %), ovaire (5 %), estomac (2 %), cause primaire inconnue (7 %), autres (14 %)

Tableau II

Causes d'exsudats³

- | | |
|---|---------------------------|
| ⦿ Pneumonie | ⦿ Polyarthrite rhumatoïde |
| ⦿ Cancer | ⦿ Maladie auto-immune |
| ⦿ Embolie pulmonaire | ⦿ Amiantose |
| ⦿ Maladie virale | ⦿ Pancréatite |
| ⦿ Période après une intervention pour le cœur | |

Source : Bouchereau M, Rakovich G. Évaluation clinique de l'épanchement pleural : voir clair en eu trouble. *Le Médecin du Québec* 2010 ; 45 (9) : 76-80. Reproduction autorisée.

nouvelle technique est préconisée, le PleurX. Nous traiterons principalement de cette dernière, car il s'agit d'un excellent outil de palliation pour M. Bill.

Le but de la pleurodèse, qu'elle soit chimique ou mécanique, est de produire des adhérences entre les plèvres viscérales et pleurales afin d'oblitérer un espace où le liquide peut se réaccumuler. Deux conditions doivent toutefois être présentes, soit la réexpansion totale du poumon pour que les deux plèvres se touchent et un drainage minime après l'évacuation initiale de l'épanchement pour que le produit chimique instillé ne soit pas dilué par l'épanchement. Si ces conditions ne sont pas respectées, on ne peut procéder à un talcage chimique, car les résultats escomptés ne seront pas optimaux. C'est là que le PleurX devient utile.

Le PleurX

Ce drain ressemble à ceux qui sont utilisés en dialyse péritonéale. Souple et fabriqué de silastic, il cause

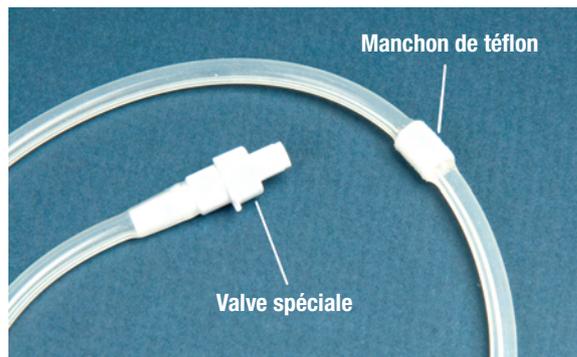


Photo 2. Le drain PleurX en silastic est doté d'un manchon en téflon pour assurer sa stabilité et d'une valve spéciale à son extrémité pour établir la connexion avec l'aiguille.

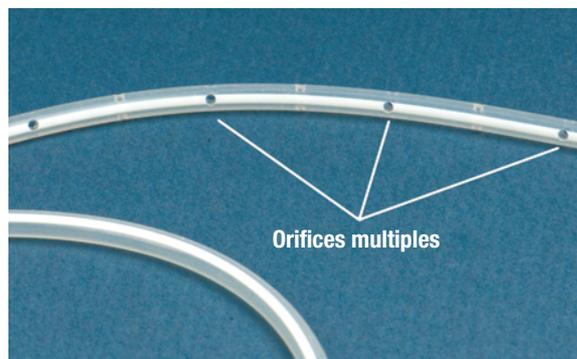


Photo 3. Vue de près montrant les orifices multiples du drain.

moins de réactions inflammatoires. Par ailleurs, les multiples orifices percés tout le long du drain (photos 2 et 3) favorisent un meilleur drainage. En outre, il est plus petit que les drains thoraciques standard et plus gros que les cathéters en queue de cochon (pigtail) mis en place par les radiologistes, soit 15,5 fr. Il se coude également moins que ces derniers en raison de sa souplesse et est donc plus confortable pour le patient. Lorsque ce drain n'est pas en fonction, il est caché discrètement sous un pansement, de sorte que le patient peut poursuivre ses activités normalement.

Le PleurX permet au patient, à ses proches ainsi qu'au personnel du CLSC ou du centre de médecine de jour d'effectuer au besoin un drainage, de façon intermittente, à l'aide d'une bouteille à vide de 500 ml fournie par le fabricant du drain PleurX (photo 4) pour pallier les symptômes de la dyspnée. La fréquence des drainages varie de trois fois par semaine à une fois tous les quinze jours. Le système est muni d'une aiguille spéciale et unique reliée à la bouteille. Cette aiguille ne peut être remplacée par aucune autre, car elle est en plastique et s'insère dans une valve faite d'une membrane qui empêche les fuites (photo 5) et qui peut être endommagée si une autre aiguille est utilisée.

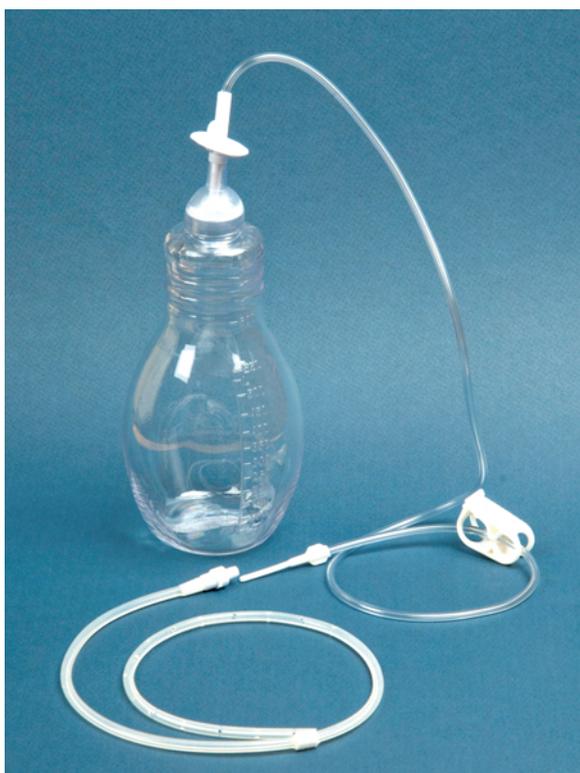


Photo 4. Bouteille à vide de 500 ml fournie par le fabricant du drain PleurX.

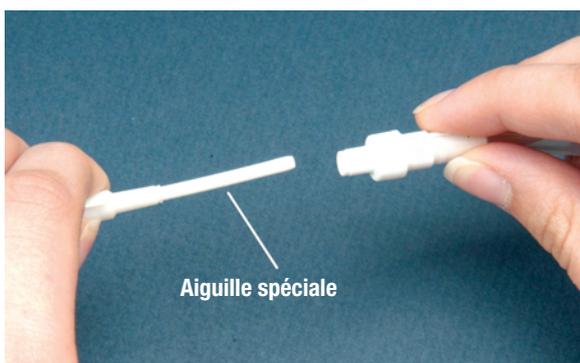


Photo 5. Aiguille spécialement conçue pour la connexion entre le drain et la bouteille.

Le PleurX s'installe en consultation externe sous anesthésie locale par un chirurgien thoracique, un chirurgien général, un pneumologue, un interniste ou un omnipraticien, ce qui rend le drain plus accessible. L'installation consiste en un amalgame de la technique de Seldinger (*encadré*) et d'une tunnellation du drain sous la peau sur une dizaine de centimètres (*photo 6*). Un petit manchon de téflon au niveau du tunnel sous-cutané permet de créer une fibrose locale qui assure la fixation du drain en quelques jours et le maintient en place pendant une période prolongée. Il sert également de barrière anti-infectieuse.

Encadré

Technique de Seldinger

Accès à la cavité pleurale par une ponction à l'aiguille, puis insertion du guide par l'orifice de l'aiguille, et enfin insertion du drain sur le guide. Technique ne nécessitant pas d'incision chirurgicale, mais plutôt une simple ponction pour permettre l'accès à la cavité pleurale ou à un vaisseau artériel ou veineux.



Photo 6. Pansement recouvrant discrètement le drain, une fois celui-ci en place.



Photo 7. Épanchement pleural gauche drainé par installation du drain PleurX.

Le chirurgien thoracique procède donc ainsi à l'installation du PleurX en consultation externe (*photo 7*). Il

montre à M. Bill et à sa conjointe comment l'utiliser. M. Bill retourne chez lui soulagé.

La durée de port de ce drain dépend premièrement de la maladie et du pronostic du patient. Par ailleurs, un patient atteint d'un cancer en phase terminale gardera son drain jusqu'au décès. Chez la moitié des patients dont la survie dépasse trois mois, une symphyse pleurale se crée spontanément en raison du drainage répété de l'épanchement pleural, ce qui réduit, voire arrête l'écoulement. Par conséquent, il est possible de retirer le drain s'il n'y a pas eu de drainage depuis plus de deux mois et que le patient le désire.

Ce système de drainage entraîne peu de complications parfois un saignement lors de la mise en place ainsi que des infections intrapleurales (empyème) ou superficielles au niveau de la paroi le long du drain. Certains patients éprouvent également une douleur intercostale. L'anticoagulothérapie n'est pas une contre-indication à la mise en place de ce drain, mais doit être arrêtée quelques jours avant l'intervention. À l'occasion, la fibrose au niveau du morceau de téflon dans le tunnel ne se forme pas. Le drain peut alors migrer et tomber accidentellement.

Selon une étude publiée en 2006, menée sur 250 patients s'étant fait installer un PleurX, 90 % des sujets avaient une maîtrise totale ou partielle de leurs symptômes avec un taux de complications moyen de 7 %⁵. De 2006 à 2010, nous avons personnellement posé des PleurX à 155 patients (moyenne d'âge de 71 ans), dont 13 % pour des épanchements bénins récidivants et 87 % pour des épanchements malins. La moitié de ces patients sont morts avec leur PleurX en place. La durée moyenne du port du drain était de 157 jours. Il y a eu symphyse pleurale chez 14 % d'entre eux et un taux de complications de 4 %.

M. Bill est très satisfait de son PleurX qui lui procure une sensation de sécurité en plus de soulager ses symptômes de dyspnée. Par ailleurs, il le trouve confortable. Il procède lui-même à ses drainages et consulte le CLSC au besoin. ☞

Bibliographie

1. Heffner JE, Klein JS. Recent advances in the diagnosis and management of malignant pleural effusions. *Mayo Clin Proc* 2008, 83 (2) : 235-50.
2. Sahn SA. Pleural diseases related to metastatic malignancies. *Eur Respir J* 1997 ; 10 : 1907-13.
3. Bouchereau M, Rakovich G. Évaluation clinique de l'épanchement pleural : voir clair en eau trouble. *Le Médecin du Québec* 2010 ; 45 (9) : 76-80.
4. Shaw P, Agarwal R. Pleurodesis for malignant pleural effusions. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 : CD002916.
5. Tremblay A, Michaud G. Single-center experience with 250 tunnelled pleural catheter insertions for malignant pleural effusion. *Chest* 2006 ; 129 : 362-8.