

Renée Dugas MD  
Professeure adjoint de clinique Université de Montréal,  
département de médecine familiale et associée chirurgie

## TECHNIQUES NOUVELLES ET ANCIENNES UTILES EN SOINS PALLIATIFS

5/8/2008 1

## Plan de la présentation

- Obstruction
  - Vasculaires
    - Dilatation
    - Stenting
  - Adérobronchiques
    - Réduction du blocage: cryothérapie, cautérisation, stenting
  - Digestives
    - Dilatation
    - Stenting
- Saignement:
  - Bronchiques: cryothérapie, cautérisation
  - Digestifs: cryothérapie, cautérisation, cerclage, sclérothérapie
  - Cutanés: cautérisation, pansement hémostatiques
- Épanchements
  - Pleuraux
  - Ascite
- Collections
  - Épanchements localisés
  - Abscess

5/8/2008 2

## Pourquoi ?

- Le but des techniques à visées palliatives revient à la définition première de soins palliatifs
  - Soulager des symptômes
  - Diminuer les temps d'hospitalisation
    - On est mieux dans notre milieu de vie....mais, entouré des soins nécessaires
  - Améliorer la qualité de vie
    - La qualité importante pour le patient....
  - Diminuer une ou des morbidités
  - Prolonger si possible mais toujours de manière appropriée, adaptée, convenable....

5/8/2008 3

## Obstruction vasculaire

5/8/2008 4

## Obstruction vasculaire

- Artérielle cardiaque
  - Valvulaire cardiaque:
    - Valve aortique:
      - Dilatation utile lorsque le patient est trop hypothéqué pour subir un remplacement valvulaire: confort temporaire, palliatif
    - Valve mitrale
      - Dilatation plus efficace et ad 10 ans
  - Coronarien : dilatation et/ou stenting
    - Bénéfices recherchés
      - ↓ angine
      - ↑ capacité à l'exercice .....↑ qualité de vie
    - Contreindications majeures
      - Très âgé, diabétique, IM antérieur, ↓ de la fonction ventriculaire gauche, insuffisance rénale, petits vaisseaux (femme)

5/8/2008 5

## Techniques coronariennes

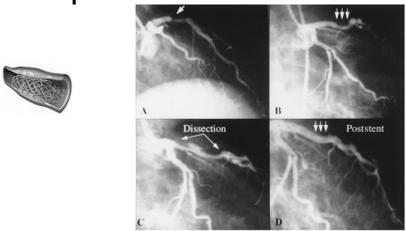


Figure 55-14. Complex stenosis of tortuous proximal LAD. A. Right anterior oblique, cranial angulation. B. Caudal angulation. Following an initial attempt at treatment of the lesion, a long dissection occurred. C. Prompt stent implantation stabilized the patient, preventing the need for emergency CABG. D.

Copyright © 2004 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

5/8/2008 6

## Obstruction vasculaire entérique ou sténose

- angine mésentérique:
  - o douleur abdominale post prandiale causant un crainte de manger et une perte de poids subséquente
- Traitement : Stenting coeliaque ou mésentérique indiqué
  - Devenu le 1er traitement à offrir si possible
  - Si re-sténose post endartérectomie et angioplastie (≈ 24%)
  - Si patient trop hypothéqué pour une chirurgie d'angioplastie
  - Succès ≥ 83 % à plus de 18 mois
    - Si récidive sténotique , déblocage à prévoir par dilatation avec ballon gonflable

5/8/2008 7

## Blocage mésentérique

5/8/2008 8

## Obstruction vasculaire périphérique ou sténose

- Artère vertébro-basilaire:
  - Risque de AVC ≥ 8% comparé à la population générale
  - Risque post-op ↑ :
    - o syndrome de Horner (15%)
    - o Paralysie du récurrent laryngé (2%)
    - o Thrombose précoce (1%)
- Angioplastie avec stent:
  - Très bon taux de succès et peu de complication

5/8/2008 9

Figure 103-2. A 75-year-old female presented with posterior circulation ischemia manifesting as "drop attacks." Angiogram shows: A. High-grade stenosis of extracranial portion of right vertebral artery. B. High-grade stenosis in the intracranial portion of the left vertebral artery just below the origin of the posterior inferior cerebellar artery. C. Right vertebral artery after PTA and stenting with a balloon-expandable coronary stent. D. After PTA and stenting of the right vertebral artery, excellent flow is noted in the basilar and left vertebral artery.

CHAPTER 103. ADVANCES IN THE MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF PERIPHERAL VASCULAR DISEASE: Suhail Atqaband/ Tanvir K. Bajaj

Copyright © 2004 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

5/8/2008 10

## Techniques périphériques

### Sténose fémorale

### Sténose iliaque

Figure 103-5. A 65-year-old female presented with severe lifestyle limiting claudication in the right leg despite treatment with clostazolil and exercise. Angiogram shows: A. Occluded right superficial femoral artery (SFA). B. Patent SFA after successful percutaneous revascularization using self-expanding nitinol stent.

Figure 103-4. A patient with severe coronary artery disease presents with chest pain and rest pain in the right leg. Patient underwent femoral-femoral bypass grafting, but flow through the graft was still slow immediately after the surgery. Angiogram revealed A, a high-grade stenosis of the left common iliac artery with a patent fem-fem graft. B. Patient underwent successful stenting of the left common iliac artery.

Copyright © 2004 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

5/8/2008 11

Links  
 Comment In:  
[Cardiovasc. Intervent Radiol. 2000;Sep-Oct;\(23\(5\)\):410-2.](#)

**Endovascular treatment of chronic mesenteric ischemia: report of five cases.**  
 Noman U, Hansav K, Lindh M, Uther P.  
 Section of Vascular and Interventional Radiology, Department of Diagnostic Radiology, Malmö University Hospital, University of Lund, S-205 02 Malmö, Sweden.

PURPOSE: To evaluate the midterm results of percutaneous transluminal angioplasty (PTA) and stent placement in stenotic and occluded mesenteric arteries in five consecutive patients with chronic mesenteric ischemia. METHODS: Five patients with 70%-100% obliterations of all mesenteric vessels resulting in chronic mesenteric ischemia (n = 4) and as a prophylactic measure prior to abdominal aortic aneurysm repair (n = 1) underwent PTA of celiac and/or superior mesenteric artery (SMA) stenoses (n = 2), primary stenting of celiac occlusions (n = 2), and secondary stenting of a SMA occlusion (n = 1; recoil after initial PTA). All patients underwent duplex ultrasonography (US) (n = 3) and angiography (n = 5) during a median follow-up of 21 months (range 9-42 months). RESULTS: Clinical success was obtained in all five patients. Asymptomatic significant late restenoses (n = 3) were successfully treated with repeat PTA (n = 2) and stenting of an SMA occlusion (n = 1; celiac stent restenosis). Recurrent pain in one patient was interpreted as secondary to postsurgical abdominal adhesions. Two puncture-site complications occurred requiring local surgical treatment. CONCLUSIONS: Endovascular techniques may be attempted prior to surgery in cases of stenotic or short occlusive lesions in patients with chronic mesenteric ischemia. Surgery may still be preferred in patients with long occlusions and a low operative risk.

PMID: 9688798 [PubMed - indexed for MEDLINE]

5/8/2008 12

## Techniques périphériques

Ulcère périphérique persistant

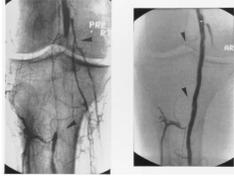


Figure 103-7. Patient with critical limb ischemia presenting as a nonhealing ulcer. Angiogram shows: Total occlusion of the right popliteal artery (left). Patient popliteal artery after successful endovascular revascularization (right).

Copyright © 2004 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Sténose de la tibiale antérieure:  
dilatation avec ballon

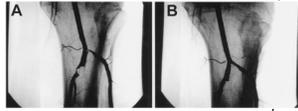


Figure 103-8. Patient with critical limb ischemia of the distal lower extremity. Angiogram shows: A, High-grade stenosis of the anterior tibial artery and the fiboperooneal trunk. B, Successful endovascular revascularization using laser-guided balloon technique.

Copyright © 2004 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.



5/8/2008

13

## Obstructions aérobronchiques

## Blocage trachéal ou endobronchique

Par des tumeurs exophytiques soit  
endotrachéales ou endobronchiques

- Technique au laser Nd-YAG (10-40 watt) permet une résection précise avec coagulation adéquate
- Très efficace pour les tumeurs envahissantes la trachée (80% de succès) et excellent résultat pour les bronches souches
- Mais dispendieux



5/8/2008

15

## Blocage trachéal ou endobronchique

- Technique de cryothérapie
  - Bons résultats avec des températures (-86°C)
  - Cryoprobés rigides ou flexibles pour les différents bronchoscopes
  - Effet ressenti sur quelques heures avec soit expectoration des tissus dévitalisés ou par extraction lors d'une 2<sup>e</sup> bronchoscopie
- Coagulation avec « plasma argon » APC
  - Destruction par chaleur (≥ 50° C)
- Succès de 70-80% et une période d'accalmie de ≈ 6 mois avec l'une ou l'autre des techniques



5/8/2008

16

## Blocage trachéal ou endobronchique

- Technique de thérapie photodynamique (PDT)
  - Administration IV d'un photosensibilisateur qui s'accumule au niveau de la tumeur
  - 48 heures plus tard, activation du photo-sensibilisateur (Photofrin) par un laser sur une fibre optique infra rouge de haute intensité passé dans le canal de travail d'un bronchoscope flexible
  - Ce RX permet un haut degré de sélectivité et une efficacité de longue durée (≥ 9 mois),
    - mais dispendieux
    - et associé à une sensibilité cutanée non négligeable pour un RX palliatif de courte durée



5/8/2008

17

## Blocage péri-trachéal ou péri/ parieto-bronchique

Par tumeur intra pariétal ou péri-trachéal ou péri-bronchique

- Traitement de choix par radiothérapie endobronchique : (HDR) « high dose-rate brachythérapie »
  - Par bronchoscopie un cathéter est amené près de la tumeur permet l'injection d'Iridium 192
  - Traitement de 5 min donnant une dose de 10-15 Gy directement sur la tumeur
  - Peu d'effets négatifs sur les structures environnantes



5/8/2008

18

## Blocage péri-trachéal ou péri/parieto-bronchique

Tumeur intra pariétal ou péri-trachéal ou péri-bronchique compressive

Destruction avancée de la paroi trachéale ou bronchique

Apparition de fistule oesophagienne ou pleurale



5/8/2008

19

## Blocage péri-trachéal ou péri/parieto-bronchique

- Stent indiqué car les techniques précédentes ne peuvent qu'entraîner plus de destruction
- Stent de silicone ou métallique recouvert d'un polymère, car ils peuvent être repositionnés
- Un bronchoscope rigide est nécessaire pour les 1ers stents mis sur le marché, mais il y a maintenant des stents installables par bronchoscope flexible



5/8/2008

20

## Blocage péri-trachéal ou péri/parieto-bronchique

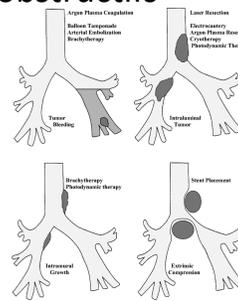
- ⊙ Disparition rapide de la dyspnée
- ⊙ Ceci peut être une mesure temporaire pour permettre un traitement de radiothérapie
  - dans cette situation, il peut être enlevé lorsqu'il y a amélioration de la perméabilité
- ⊙ Ceci est un traitement très pratique pour la dyspnée obstructive proximale chez un patient en phase strictement palliative



5/8/2008

21

## Problèmes pulmonaires obstructifs



Les différentes techniques peuvent être utilisées conjointement

Lung Cancer 45 Suppl. 2 (2004) S235-S238 Interventional endoscopic treatment  
Lutz Finke



5/8/2008

22

## Obstruction digestives



## Sites digestifs possibles

- ⊙ Digestif haut
  - Oesophagien
    - 1/3 proximal
    - 1/3 distal: oesophagogastrique
  - Gastroduodénal
  - Entérique sur de multiples sites
- ⊙ Pancréatobiliaire
  - Cholédocien surtout
  - Pancréatique
- ⊙ Digestif bas



5/8/2008

24

## Indications

- ⊙ Générales
  - Chirurgie contrindiquée car métastases à distances importante
  - Chirurgie contrindiquée car envahissement local rendant les techniques dangereuses et surtout non curative
- ⊙ Spécifiques par endoscopie ou angio-radiologie
  - Blocage biliaire, pancréatique ou digestif
  - Technique d'analgésie tel un bloc coeliaque



5/8/2008

25

## Sites digestifs hauts

- ⊙ Oesophagien:
  - plainte de dysphagie, d'odynophagie et risque de blocage complet
  - Plus fréquent au 1/3 inférieur et causé surtout par des ADK d'origine gastrique proximal
  - 1/3 moyen d'origine oesophagien pavimenteux
  - Compression extrinsèque possible par néoplasie bronchique ou par néoplasie médiastinale surtout ganglionnaire



5/8/2008

26

## Sites digestifs hauts

- ⊙ Pancréato biliaire
- ⊙ Gastro-duodénal
  - Causé surtout par des néoplasies pancréatique, biliaires, gastrique ou duodénales
  - Il peut aussi y avoir des blocages du côlon transverse ou à la jonction duodéno-jéjunale
  - Il peut y avoir une carcinomatose qui ne pourra pas être améliorée avec des dilatations, des stents ou préalablement par des dérivations digestives, car les zones potentiellement occlusives sont disséminées.....
    - Ceci ne sera pas nécessairement visibles sur des scan.....ou RIM



5/8/2008

27

## Sites digestifs hauts Techniques utilisées

- ⊙ Insertion de stent surtout des SEMS ( self expandable stent)
  - Soit installé par gastroscopie en clinique d'endoscopie
  - Soit installé en angioradiologie avec technique de scopie
  - Sous sédation partielle et analgésie
  - Le stent doit être 4-6 cm plus long que la sténose en général (niveau entérique)



5/8/2008

28

## Sites digestifs hauts Techniques utilisées

- ⊙ Au niveau oesophagien
  - Plus stable au 1/3 moyen, mais avec de nouveaux modèles, il y a une stabilité qui se développe au
  - 1/3 inférieur, il y a développement de nouveaux stents



5/8/2008

29

## Sites digestifs hauts techniques utilisées

- ⊙ Pancréato biliaire
  - Plusieurs modèles sont disponibles et de plus en plus efficace pour des durées de 3-6 mois
    - Le calibre le plus persistant est 10F(french), il y a plus de blocage avec les calibres 7-8
  - Cholangéites à surveiller et à traiter....
  - L'inflammation locale limite la migration des stents une fois installés
  - Si blocage (30-60%), les changements de cathéters sont possibles



5/8/2008

30

## Sites digestifs hauts techniques utilisées

- ⊙ Gastroduodénal et entérique
  - Contreindication:
    - ischémie entérique,
    - perforation
    - ou impossibilité de passer au-delà de la sténose que ce soit par endoscopie ou par angiologie avec guide métallique flexible
  - Complications
    - Migration
    - Blocage par envahissement tumoral ou impaction de nourriture
    - Perforation et saignement (1%)



5/8/2008

31

## Sites digestifs hauts techniques utilisées

- ⊙ Causes les plus fréquentes d'occlusion
  - Au niveau biliaire, il y a possibilité d'hyperplasie ou de blocage par boue biliaire
  - Progression des la tumeur et blocage du stent à travers les trous de mèches ou en périphéries
  - Bouchon de nourriture
  - Les SEMS , plus dispendieux, semblent durer plus longtemps que les stents de plastique



5/8/2008

32

## Sites digestifs hauts techniques utilisées

- ⊙ Points positifs
  - Reprise de l'hydratation orale en 24 hres
  - Se pratique en court séjour
  - Taux de succès élevé pour la majorité des sites
  - Amélioration des symptômes en +/- 4 jours
  - Perméabilité préservée , pour l'ensemble autour de 5 mois (3-9 mois)
  - La chirurgie reste un 1<sup>er</sup> choix lorsque pertinente
    - Techniquement réalisable, cliniquement supportable, pas ou peu de métastases, survie possible de plus de 6 mois.....



5/8/2008

33

## Sites digestifs bas indications

- ⊙ Décompression en situation d'occlusion complète comme pont vers un traitement chirurgical
  - Permet d'éviter une chirurgie de décompression et de création d'une colostomie temporaire
  - Une chirurgie de résection curative ou palliative peut être planifiée en dedans de 2 semaines
- ⊙ Décompression en situation de blocage important ou complet quand une chirurgie est contreindiquée
- ⊙ Décompression lorsque le blocage est para intestinal
  - Masses pelviennes , rétro-péritonéales.....
- ⊙ Peut servir à obstruer une fistule entéro-vésicale ou entéro-vaginale.....



5/8/2008

34

## Sites digestifs bas sites et résultats

- ⊙ Plus fréquent sur le colon gauche
- ⊙ Origine maligne dans  $\geq 90\%$
- ⊙ Plus efficace pour une décompression palliative que comme pont vers une chirurgie....mais, différence minime !
- ⊙ Reprise de l'hydratation en dedans de +/- 96 hres
- ⊙ Complications
  - Perforation, migration, re-obstruction, saignement et douleur



5/8/2008

35

## Occlusions digestives stenting ou dérivation impossible

- ⊙ Occlusion haute: toujours pour le confort et limiter les nausées et vomissements
  - Gastrostomie soit de décompression, si blocage distal à l'estomac
  - Gastrostomie d'alimentation si blocage oesophagien



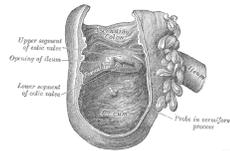
5/8/2008

36

## Occlusions digestives stenting ou dérivation impossible

### ● Occlusion iléo-caecale

- Caecostomie de décompression colique droite
  - ↓ la douleur causée par la pression endoluminale
  - ↓ le risque de perforation et péritonite associée...



5/8/2008

37



5/8/2008

38

## Saignements

5/8/2008

39

## Saignements aéro-bronchiques

- Se présentent sous forme d'hémoptysies
- Présent chez ≈ 30% des cancers pulmonaires
- Techniques
  - Photocoagulation infrarouge par laser Nd-YAG: pénétration de 5-10mm avec résultat d'une coagulation prolongée
  - Coagulation thermique avec «plasma Argon» (APC) est une méthode aussi très efficace et avec moins de risque de perforation
  - Cryothérapie aussi à considérer (cf: début de la présentation)
  - Brachythérapie pour des saignements plus proximaux : 1-2 sessions avec dose de 5Gy
  - Embolisation par angiologie pour les saignements plus périphériques



5/8/2008

40

## Saignements digestifs

- Techniques décrites sur la diapositive précédente
- Pour les varices oesophagiennes
  - Sclérothérapie
  - Cerclage
- Pour les lésions hémorroïdaires
  - Cerclage



5/8/2008

41

## Saignements urinaires

- Vésicaux
  - Techniques par cystoscopie de coagulation.....
- Rénaux
  - Pensez à la possibilité d'embolisation par angiologie



5/8/2008

42

## Saignements cutanés

- ◎ Cautérisation
  - Simple avec  $\text{AgNO}_3$  en clinique ou par cautérisation électrique si disponible
- ◎ Cryothérapie
  - simple avec azote liquide si disponible
- ◎ Pansement avec certains alginates donnent un résultat surprenant avec légère compression en appliquant le pansement (Aquacel®)



5/8/2008

43

## Saignements multiples et variés

- ◎ Ne pas oublier la pharmacologie :
  - Acide tranexamique TA (Cyclokapron®) :
    - forme un complexe réversible déplaçant le plasminogène de la fibrine (inhibition de la fibrinolyse) et inactive l'activité protéolytique de la plasmine
    - 25mg/Kg 3-4 X jour
  - Acide epsilon aminocaproïque EACA (Amicar®):
    - blocage de l'activation du plasminogène en plasmine
    - 50-60 mg/kg 4-6 X jour



5/8/2008

44

## Épanchements pleuraux et ascite

5/8/2008

45

## Épanchements pleuraux: causes

- ◎ Transsudats
  - Par  $\uparrow$  de la pression hydrostatique dans la circulation capillaire
    - Insuffisance cardiaque
    - Péricardite constrictive
  - Par  $\downarrow$  de la pression oncotique dans la circulation capillaire
    - Hypoalbuminémie
    - Cirrhose
    - Syndrome néphrotique
    - Dialyse péritonéale
  - Divers
    - Atélectasie aiguë
    - Mauvaise position d'un cathéter dans la sous-clavière
    - Idiopathique



2008-05-08

46

## Épanchements pleuraux: causes

- ◎ Exsudats
  - Néoplasies
    - Cancers métastatiques de la plèvre
    - Cancers pulmonaires
    - Lymphomes et leucémies
    - Mésothéliomes
    - Tumeurs de la paroi thoraciques
  - Pathologies de la cavité abdominale
    - Abscès sous-diaphragmatique
    - Chirurgie abdominale
    - Pancréatite
    - Syndrome de Meig
  - Causes infectieuses
    - Bactériennes, TB, mycotiques, parasitaire, virale et mycoplasmoses
  - Maladies du collagène
  - Causes diverses



2008-05-08

47

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ◎ Augmentation de la production de liquide pleural:
  - Tumeur impliquant la plèvre
  - Albumine sérique basse
- ◎ Diminution de la résorption du liquide pleural:
  - Tumeur impliquant la plèvre
  - Lymphadénopathies
  - Lymphangéite carcinomateuse



2008-05-08

48

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Ce sont les causes les plus fréquentes d'exsudats chez les patients > de 60 ans
- ⊙ Le cancer du poumon envahissant est la cause la plus fréquente
- ⊙ Dans le cancer du sein
  - soit par envahissement lymphatique
  - soit associé à des métastases hépatiques
- ⊙ Dans 7% des cas, le ca. primaire est inconnu
- ⊙ Les ca. ovariens et gastriques représentent 5% des cas



2008-05-08

49

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Symptômes
  - Aucun...
  - Douleur
  - Toux
  - Dyspnée



2008-05-08

50

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Les globules rouges sont abondants
  - (30,000 à 50,000/ml)
- ⊙ ainsi que les cellules mononucléaires
  - (lymphocytes > 50%)
- ⊙ Ce sont, occasionnellement, des transsudats
  - (5% à 10%)
- ⊙ pH < 7.3
- ⊙ ou glucose < 60mg/dl
- ⊙ Cytologie + dans 60% des cas
- ⊙ et + dans 70%
  - si biopsie pleural pratiquée



2008-05-08

51

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Ponction pleurale à faire pour préciser un diagnostique
- ⊙ La présence d'un épanchement néoplasique présuppose un mauvais pronostic
  - sauf si associé à un ca du sein
  - ou un ca du poumon à petites cellules
- ⊙ Dans les lymphomes,
  - L'épanchement exsudatif est associé à un envahissement pleurétique chez les non Hogkiniens
  - Chez les Hogkiniens, il y a plutôt, un effusion secondaire à un envahissement médiastinal avec blocage lymphatique



2008-05-08

52

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Bilans sanguins utiles
  - test de coagulation
    - très important
  - FSC (formule sanguine complète)
  - bilan hépatique et rénale
  - protéine et albumine



2008-05-08

53

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Technique de ponction
  - Toujours s'appuyer sur la partie supérieure de la côte
    - pour limiter le risque de trauma au paquet vasculaire situé sous la partie inférieure de la côte
  - Attention aux patients cirrhotiques ou présentant un syndrome de la veine cave supérieure car
    - vaisseaux dilatés et tortueux



2008-05-08

54

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

### ⊙ Technique de ponction

- Site préféré:
  - Sur la ligne axillaire postérieure,
  - niveau en dessous du début de la matité percutée
- Anesthésie locale
  - avec 3 à 5 cc de xylocaïne sans adrénaline, utilisant une aiguille 22 longue; possibilité de vérifier ainsi le bon choix du site



2008-05-08

55

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

### ⊙ Technique de ponction

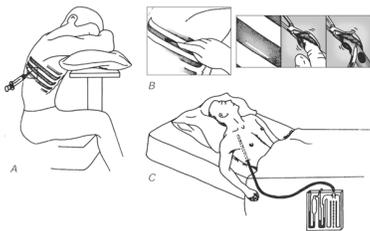
- Utilisation d'un trocart 12 ou 14 et d'une bouteille de drainage en surveillant la vitesse d'évacuation liquidienne
- 1.5 à 2 l peuvent être ponctionnés pour obtenir un confort
  - si réapparition rapide, on songe à utiliser un drainage continu



2008-05-08

56

## Ponction et insertion d'un drain thoracique

Schwartz's Principles of Surgery – 8<sup>e</sup> ed. 2005

2008-05-08

57

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

### ⊙ Insertion d'un drain thoracique

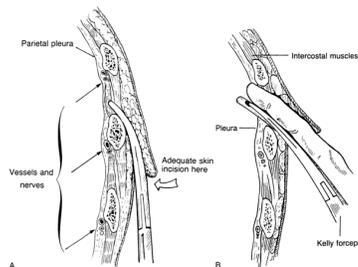
- Site préféré:
  - 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> espace intercostal au niveau de la ligne axillaire
  - aussi utilisé le 2<sup>e</sup> espace intercostal sur la ligne mid-claviculaire antérieure
  - même technique pour l'anesthésie locale



2008-05-08

58

## Insertion drain thoracique

Schwartz's Principles of Surgery – 8<sup>e</sup> ed. 2005

2008-05-08

59

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

### ⊙ Choix du drain

- Préférer ceux ayant le trocart d'insertion déjà installé à l'intérieur du drain
- Préférer les calibres 18 ou 20
  - qui sont assez petits pour être simple à introduire et assez gros pour ne pas s'obstruer avec un liquide épais tel un empyème



2008-05-08

60

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Drain thoracique
  - Il faut prévoir une bouteille de drainage sous eau.
  - Elles existent toutes préparées
  - Après un période d'observation à l'hôpital le patient peut être suivi à domicile



2008.05.08

61

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Si il y a récurrence et que le pronostic est acceptable
  - Pleurectomie limitée ou abrasion pleurale et instillation de talc, tétracycline... est le Rx à prévoir



2008.05.08

62

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Contre indication pour faire des techniques à domicile
  - Besoin de RX pulmonaires pour vérifier
    - si matité solide ou liquide
    - si paralysie du diaphragme
    - si présence de pneumothorax avant ou après
    - si masses pulmonaires et pleurales
    - si loculation



2008.05.08

63

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Il est difficile à domicile de traiter les complications
  - car on a besoin rapidement d'un RX pulmonaire pour vérifier la cause
  - L'installation d'un soluté ou d'une transfusion peut s'avérer nécessaire



2008.05.08

64

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Les saignements importants
  - peuvent demander des transfusions ou un pansement compressif et surveillance
- ⊙ Ces saignements sont souvent associés à une ponction hépatique
  - car le foie est métastatique
  - ou qu'il y a une paralysie du diaphragme
- ⊙ Ils sont à craindre
  - chez les patients cirrhotiques avec hypertension portale



2008.05.08

65

## Les épanchements pleuraux néoplasiques

- ⊙ Autre complication possible
  - Le pneumothorax post ponction est en général mineur, mais il peut progresser
    - et le patient développe une dyspnée dans les heures qui suivent
  - Une surveillance clinique et un RX pulmonaire avant départ de l'hôpital en confirme la présence ou l'absence



2008.05.08

66

## L'ascite

### ● Définition

- C' est le résultat
  - d' une surproduction de liquide par les capillaires viscéraux
  - d' un drainage inadéquat des vaisseaux lymphatiques
  - ou le résultat des deux
- C' est plus fréquemment un exsudat qu' un transsudat dans les épanchements néoplasiques



2008-05-08

67

## L'ascite

### ● Classification de l'ascite néoplasique

1. Forme dite centrale
  - 15% des cas
  - Invasion néoplasique du parenchyme hépatique
  - Compression du système veineux porte et/ou du système lymphatique
  - Ascite résultante ressemble à une ascite associée à une maladie hépatique primaire ( ↑ pression hydrostatique et ↓ de la pression oncotique )
2. Forme périphérique
  - 50% des cas
  - Dépôts d'implants néoplasiques sur le péritoine pariétal et viscéral
  - Ascite résultante secondaire à une interférence mécanique entre le drainage veineux et/ou lymphatique de la cavité péritonéale
  - Une ↓ de l'efflux du liquide péritonéal précède l' ↑ de l'influx
  - Il y a libération de substances vaso-actives par les cellules néoplasiques péritonéales, le monocytes et les macrophages qui ↑ la perméabilité capillaire



2008-05-08

68

## L'ascite

### ● Classification de l'ascite néoplasique (suite)

3. Forme mixte
  - 15% des cas
  - Lésions tumorales présentes dans le foie et sur le péritoine ( viscéral et/ou pariétal )
  - L'accumulation de liquide résulte d'un processus patho-physiologique central et périphérique
4. Forme chyleuse
  - Associé à une infiltration néoplasique rétro-péritonéale et obstruction du flot lymphatique ganglionnaire (cysterne de Pecquet) et pancréatique
  - Résultat d'une brèche per opératoire
  - Secondaire à une thrombose de la veine sous-clavière



2008-05-08

69

## L'ascite

### ● SAAG: gradient d'albumine entre le sérum et l'ascite

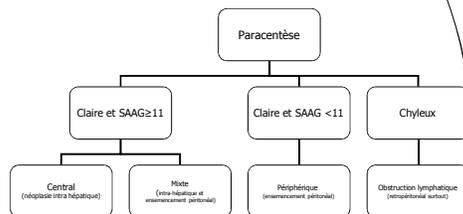
- C'est le résultat de la concentration sérique en albumine moins la concentration ascitique en albumine
- Il est directement associé à la pression dans la veine porte
- $SAAG \geq 11g/l$ , est associé, partiellement, à une ↑ de la pression porte dans 97% des cas
- $SAAG \leq 11g/l$ , est non associé à une ↑ de la pression porte dans 97% des cas



2008-05-08

70

## L'ascite



SAAG = serum-ascitic albumin gradient



2008-05-08

71

## L'ascite

### ● Diagnostic différentiel

- Maladie hépatique préexistante et hypertension portale associée
- Thrombose de la veine porte
- Insuffisance cardiaque congestive
- Syndrome néphrotique
- Pancréatite
- Tuberculose
- Thromboses des veines hépatiques
- Perforation digestive...



2008-05-08

72

## L'ascite

### ● Histoire

- Ballonnement abdominal
- Douleur
- ↑ inexplicable du tour de taille ou du poids
- Nausée et inappétence
- Brûlement épigastrique sur reflux gastro-oesophagien
- Dyspnée et orthopnée
  - sur élévation diaphragmatique
  - sur fuite liquidienne dans l'espace pleural



2008-05-08

73

## L'ascite

- Cliniquement difficile à diagnostiquer si moins de 1.5 à 2 l de liquide
- Signes directs
  - matité au flanc
  - signe du flot
- Signes indirects de la présence d'ascite:
  - hernie ombilicale
  - œdème scrotal et pénien
  - épanchement pleural



2008-05-08

74

## L'ascite

### ● Prévalence

- Une néoplasie est la cause dans 10% des cas
- 10-50% des patients avec néoplasie vont développer une ascite
- 80%:
  - cancer des ovaires
    - 30% au moment du diagnostic
    - 60% au moment du décès
  - de l'endomètre
  - du sein
  - du colon
  - de l'estomac
  - du pancréas
- 20%:
  - Mésothéliome, lymphome non-Hodgkinien, ca de la prostate, myélome multiple, mélanome
  - Inconnue

### ● Pronostic

- 40%: survie ≥ 1an
- 10%: survie ≤ 3 ans



2008-05-08

75

## L'ascite

### ● Examens et prélèvements utiles avant la technique:

- PLA (plaque simple de l'abdomen)
- Echographie abdominale et scan si possible
- Bilan sanguin:
  - fsc (formule sanguine complète)
  - coagulogramme
  - bilan hépatique et rénal



2008-05-08

76

## L'ascite

### ● PONCTION

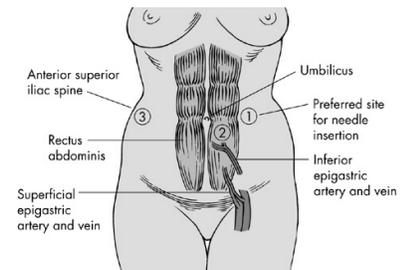
- Peut être faite sous écho ou scan
- Médiane: 2 à 3 cm sous l'ombilic car c'est une zone avasculaire (linea alba)
- Flanc gauche: point McBurneys i.e. 4 cm au dessus de la crête iliaque médialement, car il y a moins de risque de trauma des vaisseaux hypogastriques
- Anesthésie locale avec xylo 2% et adrénaline utilisant une aiguille 22 longue



2008-05-08

77

## L'ascite



2008-05-08

78

## L'ascite

- ◎ Sites et situations à éviter:
  - anciennes cicatrices
  - masses tumorales
  - viscéromégalies
  - distension intestinale
  - globes vésicaux

Site de ponction sur la ligne blanche

Site de ponction au flanc gauche

2008 05 08 79

## L'ascite

La patiente après perte de 10 l d'ascite et on voit le relief des masses métastatiques du ca ovarien d'origine

2008 05 08 80

## L'ascite

- ◎ Rapports de laboratoire sur le liquide prélevé
  - Couleur
    - Blanc laiteux: chyle présente
    - Sanguinolent:
      - fortement suspect de néoplasie
      - tuberculose encore possible
      - sanguinolent qui devient clair, ponction traumatique
  - Cytologie
    - 97% + dans une carcinomatose péritonéale
    - mais, - si néoplasie sans implant péritonéal
  - Décompte cellulaire, différentielle cellulaire
    - si neutrophiles > 250 cell/ml, péritonite très probable
  - Concentration protéique
  - Coloration Gram et culture si suspicion de péritonite

2008 05 08 81

## L'ascite

- ◎ Complications possibles et inquiétantes si elles se présentent à domicile
  - perforations viscérales
  - saignements
  - péritonites
  - suintement persistant

2008 05 08 82

## L'ascite

- ◎ SAAG utile à connaître pour prévoir si réponse + avec les diurétiques
  - ascite secondaire à une hypertension portale est en équilibre avec le volume liquidien total, SAAG  $\geq 11g/l$  (cirrhose, méta hépatiques avec compression de la veine porte)
    - réponse + avec les diurétiques
    - avec restriction en liquide et en sel
      - à considérer de façon réservée chez un patient en phase palliative et surtout terminale (3-4 derniers mois)

2008 05 08 83

## L'ascite

- ◎ Diurétiques
  - Si l'ascite présente un SAAG  $\uparrow$
  - Le but de cette thérapie est de  $\downarrow$  l'accumulation liquidienne extravasculaire
  - Moins de risque d'hypotension orthostatique si présence d'œdème périphérique avec l'ascite
  - Le but est le confort du patient et non un assèchement complet
  - Surtout utiles dans les situations où le système rénine-angiotensine est activé

2008 05 08 84

## L'ascite

- ◎ Diurétiques (suite)
  - 1ers diurétiques de choix doivent agir au niveau du néphron distal en bloquant ↑ de l'activité aldostéronique
    - Spironolactone 25-400mg/jr
    - Amiloride 5-20mg/jr
  - Combiné à un diurétique de l'anse (loop diuretic) pour obtenir une diurèse plus rapide avec préservation du K<sup>+</sup>
    - Furosemide 20-160mg/jr
    - Ethacrynique-acide 25-200mg/jr



5/8/2008

85

## L'ascite

- ◎ Octréotide
  - S'est avérée efficace chez les patients présentant une ascite chyleux
    - Ascite chyleux possible chez les patients présentant des néoplasies originant près du canal thoracique ( lymphome, ca. oesophage, ca. poumon )
    - Octreotide 50 µgr s.c. tid

REF: CLINICAL ONCOLOGY Volume 17, Issue 2, Pages 75-132 (April 2006)  
The successful treatment of chylothorax in malignant disease with octreotide  
Pages 118-121  
L. Michiel, J. Evans, M.W. Jansen and V.A. Vanhoy



5/8/2008

86

## Collections: épanchements localisés abcès

5/8/2008

87

## Épanchements localisés

- ◎ Ponctions réalisées en radiologie
  - Avec un scan
  - Possibilité de laisser un drain
  - Espérer un assèchement
  - Pour un épanchement péricardique,
    - une thoracostomie ou une thoracoscopie peut être indiquée pour éviter un récurrence



5/8/2008

88

## Abcès

- ◎ Précision de la localisation par scan si
  - Intrathoracique
  - Abdomino-pelvien
  - Cérébral
  - Même cervicaux profonds....
- ◎ Drainage avec drain pour éviter une récurrence soit
  - Sous scopie suivi ou non d'une chirurgie
  - Chirurgical superficiel (peau et sous cutané) ou profond ( intra abdominal....)



5/8/2008

89

## Conclusion

- ◎ Pour nos patients qui sont toujours très hypothéqués....
  - Toute technique pouvant assurer leur CONFORT avec une demande minimale d'énergie de leur part est à évaluer
  - Ceci change d'un patient à l'autre
  - Le patient doit toujours être au CENTRE de notre plan d'action



5/8/2008

90

Gardons l'esprit ouvert.....



5/8/2008

91