

Prise en charge médicale des pleurésies néoplasiques en 2010



Eric Briens
Service de Pneumologie, Hôpital Yves Le Foll, Saint-Brieuc
8^{ém} Journée scientifique de l'ABCT 15/10/2010 ¹

Rappels

Etiologies :

Métastases d'un cancer primitif

Cancers bronchiques : 30-40%

Adénocarcinomes mammaires : 15-25%

Lymphomes : 10-15%

Cancers gynécologiques : 10-15%

Mésothéliomes : 10%

Tassi Ann Oncol 2006, Lombardi J Clin Oncol 2010 ²

Rappels

Implications :

Maladie évoluée, incurable

Mauvais pronostic (survie 3-12 mois, mortalité à J30 : 20-30%)

Pronostic difficile à évaluer :

PS 0-2 survie : 12 mois, PS 3-4 : 2 mois,

Nature du cancer primitif : K sein > Lymphomes > K gynéco > ...>K poumon)

Altération qualité de vie (dyspnée invalidante...),

Récidives fréquentes malgré TTT anti-tumoral,

⇒ CS et hospitalisations à répétition

1 semaine d'hospitalisation = 5 % temps estimé de survie

⇒ **Prise en charge essentiellement Palliative**

Tremblay Chest 2006, Lombardi J Clin Oncol 2010 ³

Limites du TTT de référence

Thoracoscopie + talcage

Nécessite :

- Une bonne réexpansion pulmonaire après ponction évacuatrice (20 à 30% de poumon trappé = échec)

- une anesthésie générale

- une hospitalisation avec drainage pleural aspiratif de 4-6 J

- une analgésie en raison des douleurs induites

En pratique, non réalisable dans 1/3 cas

Lombardi J Clin Oncol 2010 ⁴

Quelle problématique ???

Quelle alternative en cas de poumon trappé...

Que faire si AG contre-indiquée ?

Que faire si espérance de vie < 6 mois?

Poumon unique...ou atteinte bilatérale

Que proposer si le patient refuse la thoraco?...

5

Quelles alternatives à la thoroscopie???

- 1) Ponctions pleurales itératives
- 2) Drainage avec instillation locale de talc (« talcage slurry »)
- 3) Cathéter intra-pleural tunnélisé à demeure

6

Ponction pleurale évacuatrice

- ⇒ Simple, soulagement rapide
- ⇒ N'évite pas la récurrence (souvent très précoce)
- ⇒ Parfois douloureuse si itérative
- ⇒ Cs semi-urgentes, hospitalisations répétées
- ⇒ Altération de la qualité de vie

A réserver

- aux patients très altérés
- Ayant une survie estimée < 1 mois
- Ayant une récurrence lente de leur pleurésie (>6-8 semaines)

British Thoracic Society Guidelines Thorax 2010

7

Drainage pleural avec instillation locale d'un produit sclérosant

- ⇒ Choix du produit sclérosant : Talc stérile > Cyclines > Bléomycine
- ⇒ Technique
 - Drain thoracique 10-14 F (sous AL)
 - Evacuation par déclivité ou aspiration douce
 - Contrôle RP (réexpansion pulmonaire??)
 - Instillation locale par le drain (H12-24)
 - Lidocaine 3mg/kg soit 21 ml de lido 1% pour 70Kg (max 250mg)
 - 5 g deTalc stérile dilué dans 50ml Sérum physiologique
 - Clampage drain 1-2H (mobilisation du patient inutile)
 - Ablation précoce (H48) sauf si liquide >250ml/ 24H

BTS guidelines Thorax 2010

8

Drainage pleural avec instillation locale d'un produit sclérosant

⇒ Efficacité

- . Similaire à la thoracoscopie + talcage (symphyse dans 80-90%)
- . Diminuée par CTC +/- AINS
- . Réexpansion pulmonaire complète après drainage = Facteur prédictif d'efficacité .
- . Pneumothorax, poumon trappé, drainage > 250ml/24H = facteur prédictifs d'échec

BTS guidelines Thorax 2010
Dressler Chest 2005

9

Drainage pleural avec instillation locale d'un produit sclérosant

⇒ Inconvénients

- . Mortalité précoce 2-3%
- . Insuffisance respiratoire aigue (SDRA) 4-6%
- . Fièvre et/ou douleur 60%
- . Hopitalisation 1S
- . Risque de dissémination métastatique sur le trajet du drain

Mésothéliome 20-40%. Utilité de la RXT prophylactique
Autres tumeurs : très rare. Pas de RXT prophylactique

BTS guidelines Thorax 2010, Dressler Chest 2005

10

Cathéter Intra-pleural tunnélisé à demeure

⇒ Principe et technique

Mise en place sous AL ou sédation vigile
KT tunnélisé intra-pleural de petit diamètre
En ambulatoire ou hospitalisation de 24H
(formation à l'auto-drainage)
Permet un drainage à domicile (patient ou famille ou IDE)

11

Cathéter Intra-pleural tunnélisé à demeure

Le drain tunnélisé est constitué de 2 parties :

1 interne et 1 externe en silicone souple de 15.5 Fr

La partie interne est intra-pleurale et tunnélisée jusqu'à l'orifice externe **1**

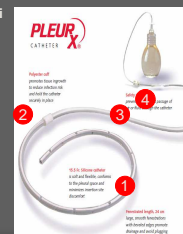
La partie externe débute à partir d'un manchon de polyester qui permet de: **2**

- réduire le risque d'infection
- maintenir le cathéter en place
- favoriser l'épithéliation locale

La partie externe flexible est à l'air libre. **3**

Au bout se trouve une valve de sécurité qui :

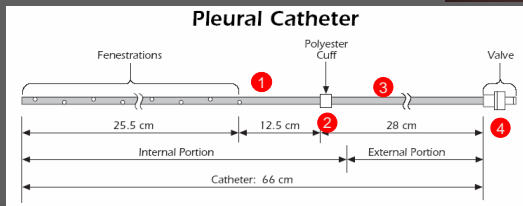
- empêche l'entrée de l'air **4**
- empêche l'issue accidentelle de liquide



Cathéter Intra-pleural tunnélisé à demeure

2 dispositifs disponibles en France :

- . PleurX® (Care Fusion)
- . Rocket IPC® (Sebag diagnostic)

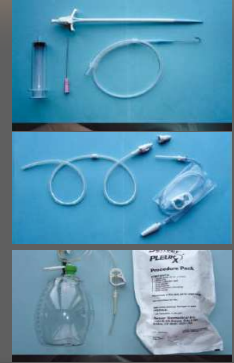


13

Cathéter Intra-pleural tunnélisé à demeure

⇒ Mise en place :

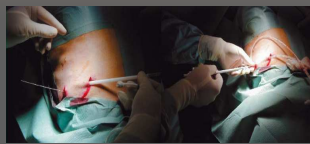
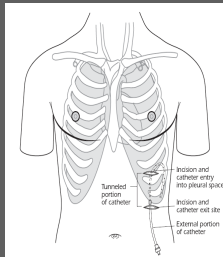
- ⇒ En salle d'endoscopie ou bloc opératoire, patient en position semi assise
- ⇒ Avec 1Kit de pose et raccord stérile pour la mise en aspiration murale ou par des bocal sous vide (au domicile)
- ⇒ Contrôle radiologique nécessaire avant le retour à domicile



14

Cathéter Intra-pleural tunnélisé à demeure

Mise en place :



15

Cathéter Intra-pleural tunnélisé à demeure



16

Cathéter Intra-pleural tunnélisé à demeure

- ⇒ Organisation du retour à domicile
 - . Formation du patient, de sa famille, de l'IDE libérale à l'utilisation du Pack drainage à domicile
 - . Drainage systématique x 3/semaine (+ si nécessaire)
 - . Patient revu à J15 puis /2 mois
 - . Ablation du drain envisageable si 3 drainages < 50ml (sans obstruction du drain et RXP OK)

17

KT tunnélisé : Quels résultats?

- ⇒ Revue littérature (19 études, 1348 patients) : Margaret, J Gen Intern Med 2010)

Amélioration complète / partielle de dyspnée : 95%
Absence de complication 87%
Pleurodèse spontanée : 45%
Durée médiane de drainage 51j (2-434)
Médiane globale de survie 87 jours

18

KT tunnélisé : peut-on espérer l'enlever?

- ⇒ Pleurodèse constatée dans 45%, mécanisme mal élucidé
- ⇒ Délai moyen : 52 jours
- ⇒ Possible même si poumon trappé
- ⇒ Facteurs prédictifs de symphyse :
 - réexpansion complète du poumon à J15 (57% de symphyse / 27% en cas de poumon trappé)
 - K sein > K gynéco > K poumon
- Taux de récurrence après ablation du KT faible : 7%

Tremblay Chest 2006, Warren Ann Thor Surg 2008,
Margaret J Gen Intern Med 2010

19

KT tunnélisé et chimiothérapie ?

- ⇒ 1 seule étude monocentrique rétrospective

	Chimio + Kt	KT seul
Patients	31	28
Durée de drainage	125 J	112 J
Cellulite	0	4
Infection pleurale	0	3

- ⇒ Pas de risque accru d'infection pleurale (même en cas de neutropénie)
- ⇒ Pas de CI à la chimio ni de CI à la pose d'1 KT en cours de chimio

Abstract 4345 ATS 2010

20

Le KT peut-il remplacer la thoracoscopie ?

pas d'étude comparative

1 étude rétrospective :

97 patients « éligibles » pour 1 thoracoscopie (pas de CI à AG, espérance de vie estimée > 3 mois, bonne réexpansion pulmonaire près ponction pleurale évacuatrice)
KT tunnalisé, ablation si 3 drainages < 50ml
Amélioration des SF 100%, complète 67%
Symphyse 70% à J50, 64% à long terme
Récidive après ablation 8%
Mortalité 0%, morbidité 2%

⇒ option thérapeutique envisageable Tremblay ERJ 2007

21

KT tunnalisé versus drainage + symphyse

144 patients randomisés (Pleurx® vs doxycycline) :
but d'évaluer la symphyse pleurale

	<u>Pleurx</u>	<u>Doxy</u>
Succès initial	97%	68%
Récidives tardives	13%	21%
Durée d'hospitalisation	1 jour	6.5 jours

Modifications sur les échelles de Borg et qualité de vie sont semblables

Putnam Cancer 1999;86:1992-9

22

KT tunnalisé et chylothorax?

Pose du KT CI par les 2 fabricants

Arguments scientifiques théoriques :

Drainage prolongé d'1 chylothorax =
Risque de dénutrition (2-6 g de protéides / dl de chyle)
Risque d'immunodépression (4-5000 lymphocytes/ml)

1 étude (Jimenez Chest 2007)

	KT tunnalisé	Ponctions itératives
Patients	10	9
Amélioration	10	8
Réexpansion	10	7
Symphyse	6	3

Pas de différence en terme de perte de poids, de taux d'albumine, de lymphocytes, d'infection pleurale

⇒ Pas de CI au KT tunnalisé

23

KT tunnalisé : Quels Inconvénients ?

- Taux d'ablation du KT pour complications : 8%
- Déplacement ultérieur du KT 2,2%
- complications infectieuses rares
Pleurésie purulente : 2,8%, Tunnellite : 3,4%.
Le + souvent résolutive avec ATB, sans ablation du drain
- Dysfonction/obstruction du KT : 4% (sérum φ, fibrinolyse locale)
- Saignements (0,4%), pneumothorax précoces (4%). Incidence ↓ avec l'expérience, intérêt d'1 introducteur court (Rocket IPC)
- Douleur (3%), nécessitant l'ablation du KT dans 3 cas

Margaret J Gen Intern Med 2010

24

KT tunnélisé : Quels Inconvénients ?

⇒ Dissémination sur le trajet de drainage 0,8%

Surtout en cas de mésothéliome (8 cas) et malgré irradiation préventive
Exceptionnelle pour les autres tumeurs
Efficacité de la radiothérapie externe (drain en place)

Jans, Chest 2007

25

KT tunnélisé : TTT coût efficace?

⇒ 1 seule étude économique
Thoracoscopie + talcage 6 jours d'hospit (8171\$)
KT tunnélisé 24H d'hospit (9012\$)

Surcoût du KT lié au consommable (kit de drainage = 60 -70 euros)
Coût du KT très inférieur si drainage < 6 semaines

En France : Pb de prise en charge du coût de Kit de drainage
- HAD +++
- Accord caisse - Hôpital (ordonnance nominative, matériel délivré par pharmacie hospitalière qui est remboursée par la caisse)

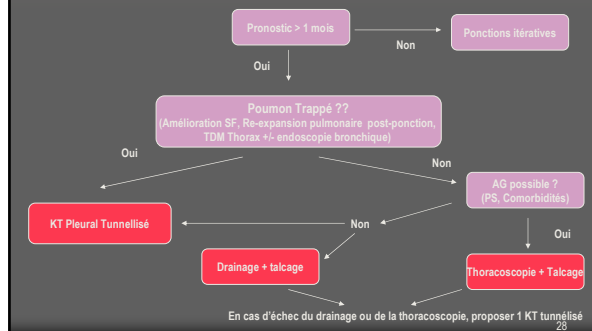
26

Comparaison des différentes techniques

Procédure	Amélioration SF	Pleurodèse	Avantages	Inconvénients
Ponction simple	++	Non	Peu invasive Pas de CI	Récidive rapide Recours au soins +++ Douleur si répétée
Drainage + Talc	+++	Oui	Peu invasif	Douleur Morbidité mortalité Hospit 6-7 J Inefficace si poumon trappé
Thoraco + Talc	+++	Oui	Possibilité de biopsie Talcage +++	Douleur Morbidité mortalité Hospit 6-7 J Inefficace si poumon trappé
KT tunnélisé	+++	Oui	Peu invasif Ambulatoire ou Hospit de 24H Efficacité tous patients	Coût consommable Risques et contraintes liés au drainage à demeure

27

Pleurésie métastatique Récidivante : Proposition de prise en charge thérapeutique



28