

Pleurésies Néoplasiques

Talcage ou Drain à Demeure?

Philippe Girard, Dominique Gossot, Raffaele Caliandro
Jean-Baptiste Stern, Delphine Natali

SPIF, 23 mars 2013



Pleurésies Néoplasiques

Epidémiologie

- ~ 20% des patients qui décèdent de cancer
- ~ 400,000 cas/an en Europe (>30.000 en France)
- ~ 50% des patientes qui dcd de cancer du sein
- ~ 50% des EPN: poumon et sein
- Médiane survie 4-12 mois...(histologie, PS)

Pleurésies Néoplasiques

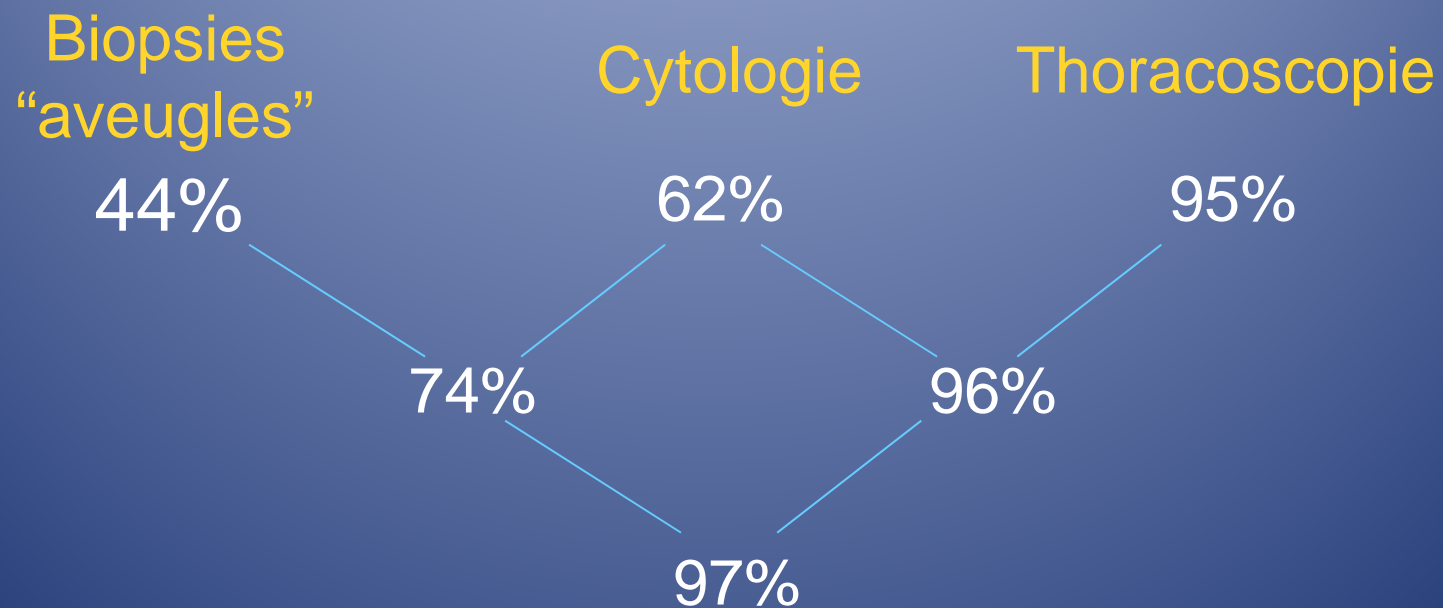
Cancer (connu ou suspecté) + épanchement pleural

Questions

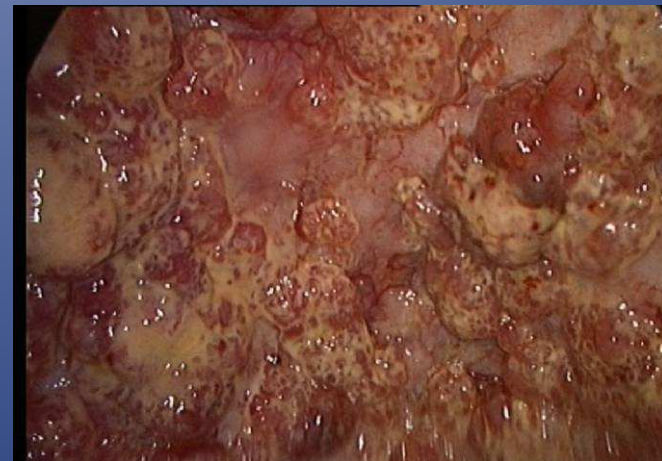
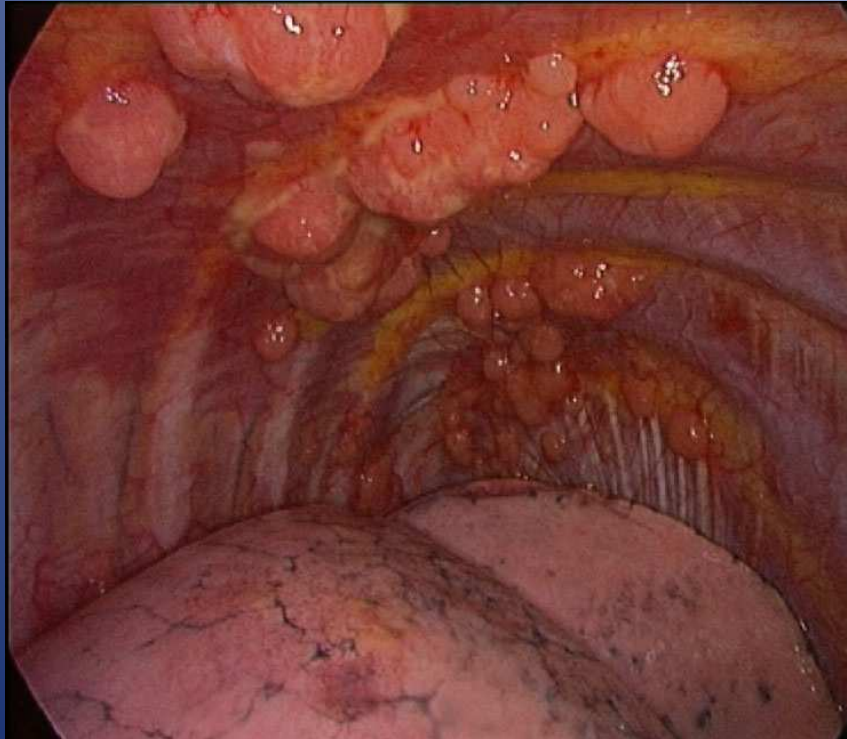
1. Est-ce une pleurésie néoplasique ?
2. Quel Traitement (de l'épanchement) ?

Diagnostic des EPN

- Sensibilité des méthodes diagnostiques



Métastases Pleurales



Pleurésies Néoplasiques

Questions

1. Est-ce une pleurésie néoplasique ?
2. Quel traitement (de l'épanchement) ?

Pleurésies Néoplasiques:

Traitement du “symptôme” (épanchement...)

4 options:

1. Observation?
2. Ponctions “à la demande”?
3. Symphyse (talcage) ?
4. Cathéter “à demeure” (PleurX) ?

→ Arbre de décision

Pleurésies Néoplasiques:

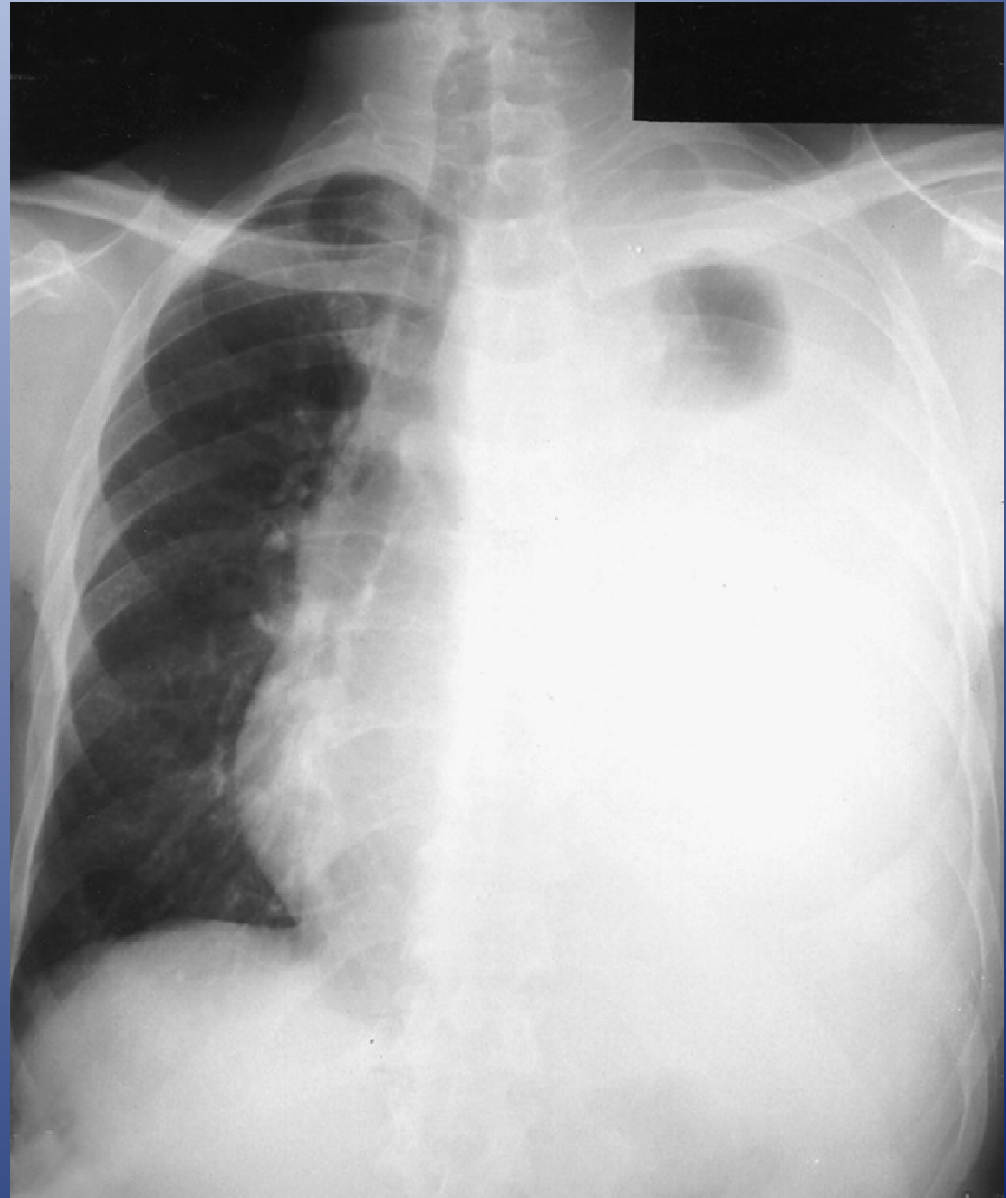
Traitement du “symptôme” (épanchement...)

4 options:

1. Observation?
2. Ponctions “à la demande”?
3. Symphyse (talcage) ?
4. Cathéter “à demeure” (PleurX) ?

Epanchement
Compressif
=
Évacuation
urgente
(ponction ou drain)

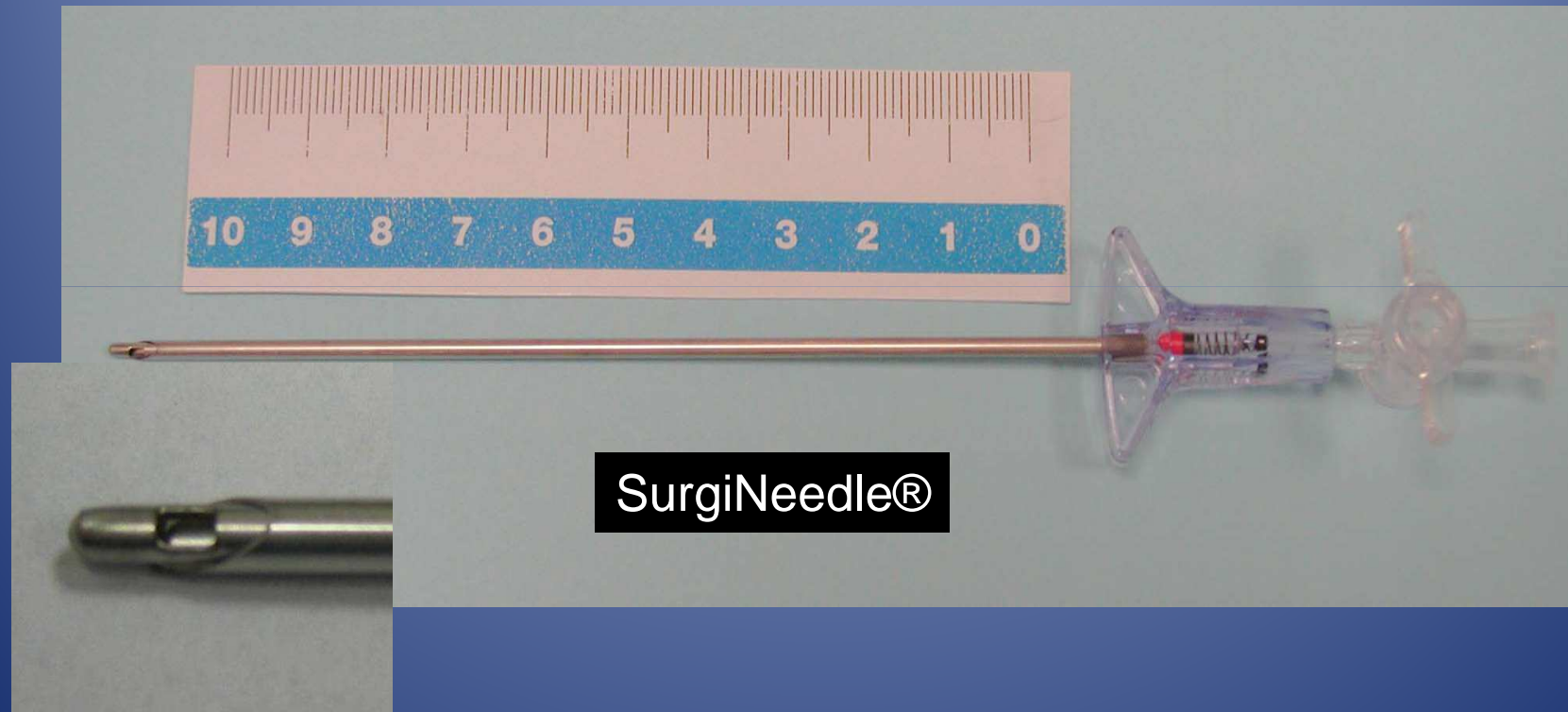
NB: échographie?
Pour quoi faire??...



Ponction pleurale évacuatrice



Ponction pleurale évacuatrice



...ou toute autre aiguille + robinet...

Pleurésies Néoplasiques:

Traitement du “symptôme” (épanchement...)

4 options:

1. Observation?
2. Ponctions “à la demande”?
3. Symphyse (talchage) ?
4. Cathéter “à demeure” (PleurX) ?

Indications de Symphyse Pleurale

SI ET SEULEMENT SI:

1. Les ponctions ou drainage améliorent le patient
2. L'épanchement se reproduit après évacuation
3. Le poumon se ré-expand après évacuation+++

Epanchement Compressif



Après ponction 1800 mL

Epanchement Compressif

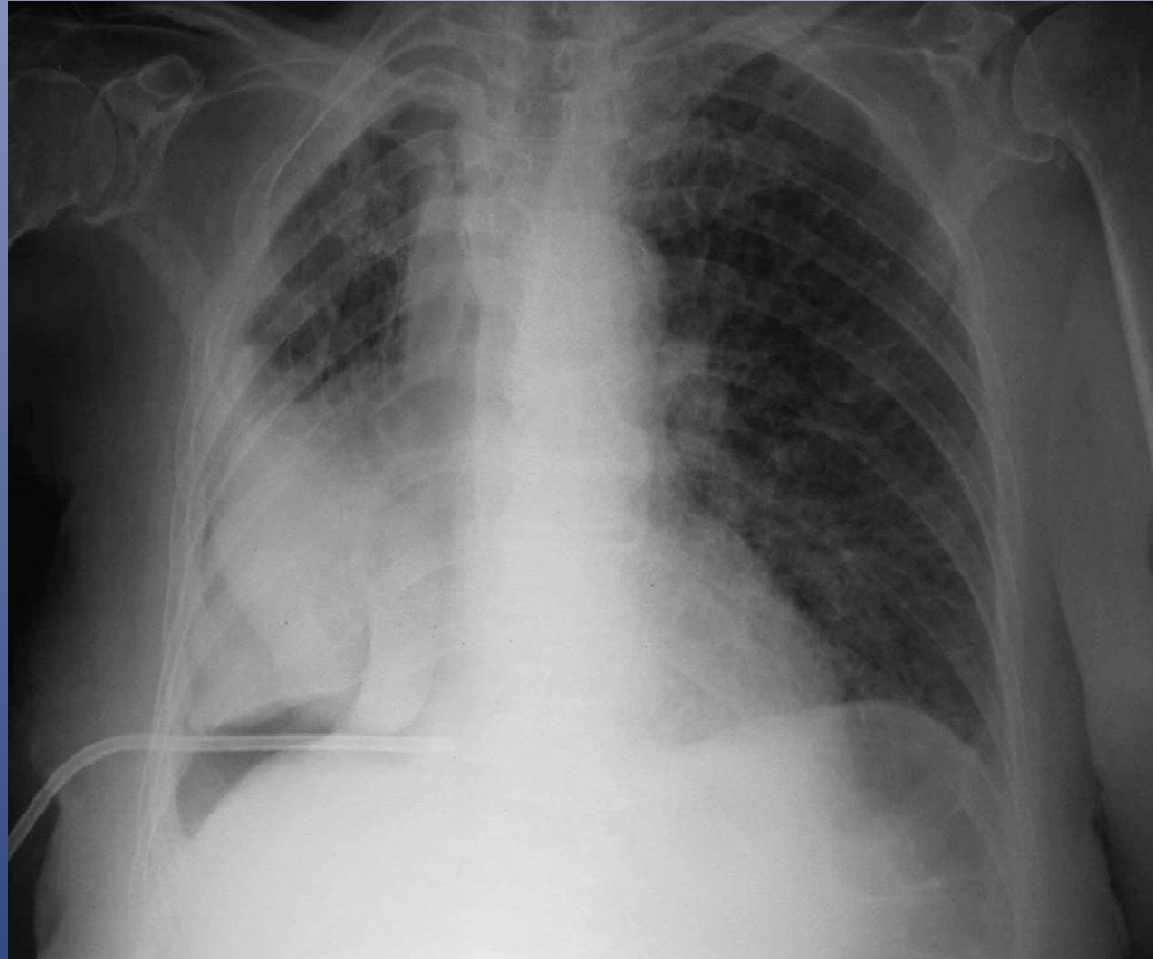


Après ponction 1800 mL



Drainage pleural évacuateur

Ré-expansion ?



Poumon « trappé »

Techniques de symphyse pleurale

1. Thoracoscopie (selon EG, disponibilités locales...)

- AG \pm ventilation poumon séparés
- Permet prélèvements dirigés
(plèvre ++, poumon, péricarde...)
- Talcage

2. Drainage simple + agent symphysant

(symphyse « par le drain »)

Pleurésies néoplasiques

- Taux de succès des principaux agents « symphysants »

<i>Agent</i>	<i>Nombre de patients</i>	<i>Taux de succès</i>	<i>Doses</i>
Talc	165	93%	2,5–10 g
Corynebacterium	169	76%	
Tétracycline*	359	67%	500 mg–20 mg/kg
Bléomycine	199	54%	15–240 UI

* La tétracycline n'est plus disponible sur le marché en France.

Talcage



Consensus: « meilleur » agent sclérosant = **talc** (2-4g)

Talcage par thoracoscopie

- Survie sans récurrence (??...)

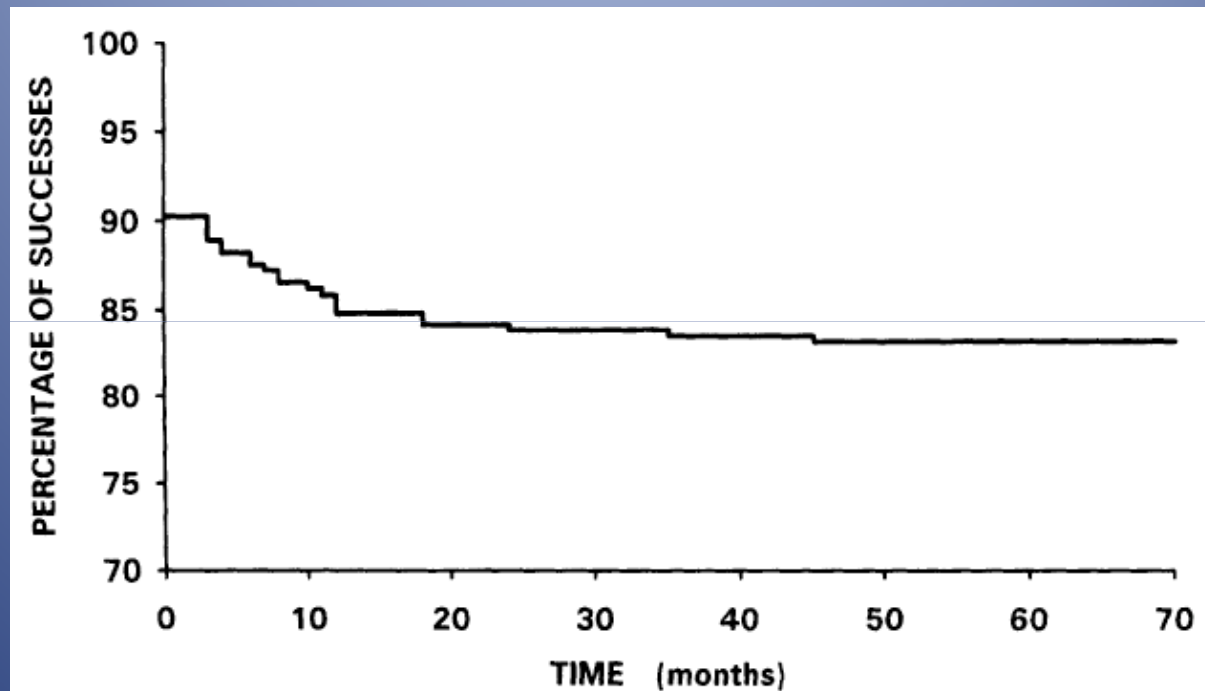


FIGURE 1. Lifetime outcome of pleural symphysis obtained with thoracoscopic talc poudrage in 295 patients.

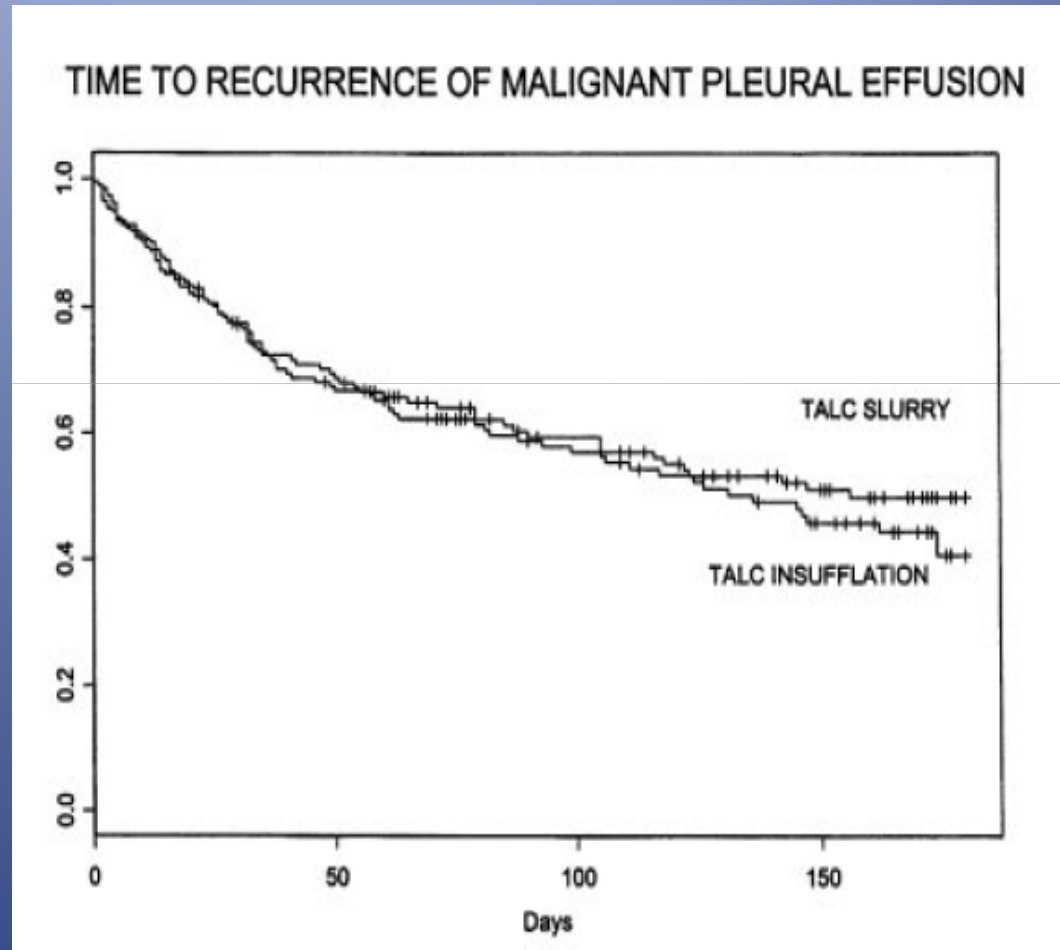
Talcage: Thoracoscopie ou Drain?

501 patients

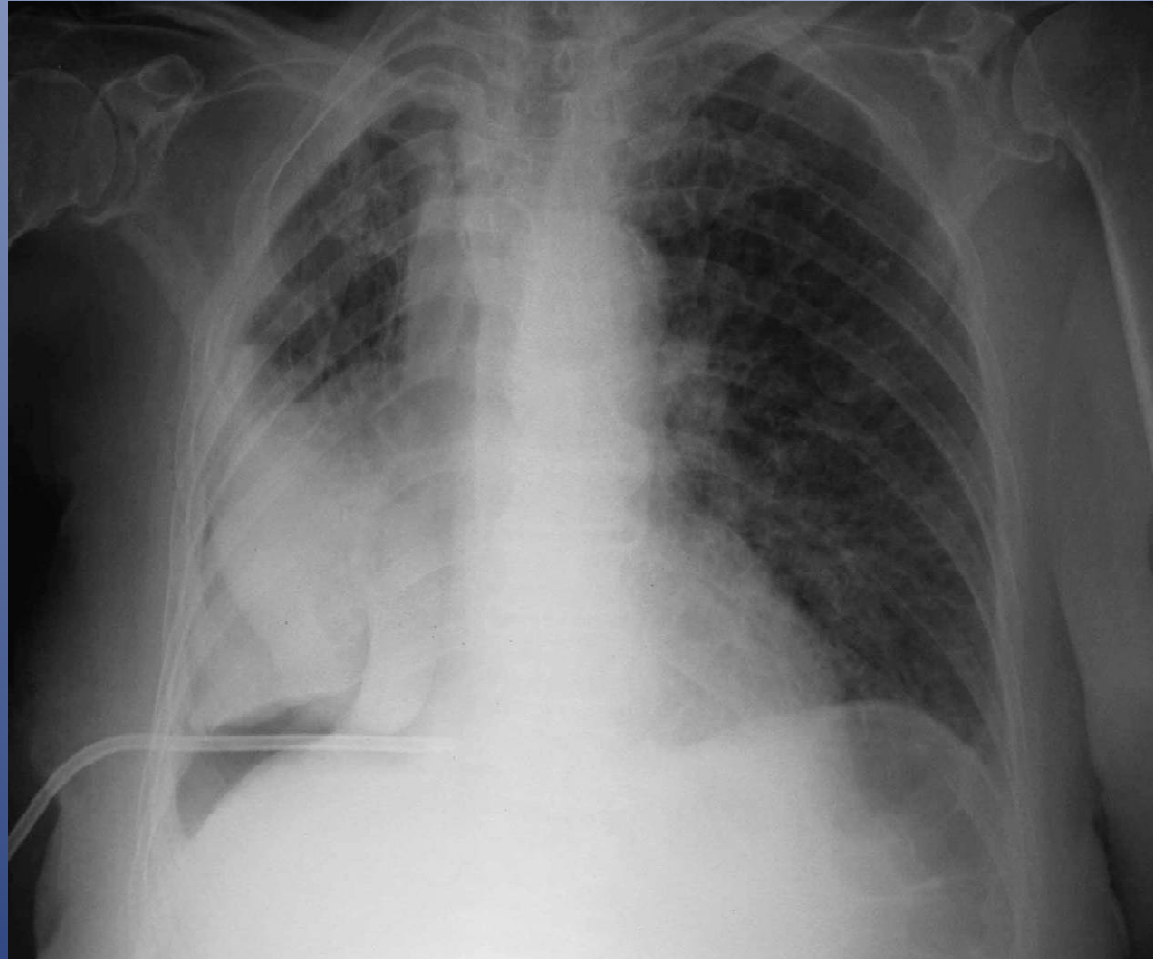
Randomisation

Thoracoscopie
VS
Drain (« boue »)

(talc poudrage
VS
talc slurry)



Ré-expansion ?



Poumon « trappé »

Pleurésies Néoplasiques

Echecs (reproduction d'épanchement symptomatique nécessitant nouvelle(s) évacuation(s))

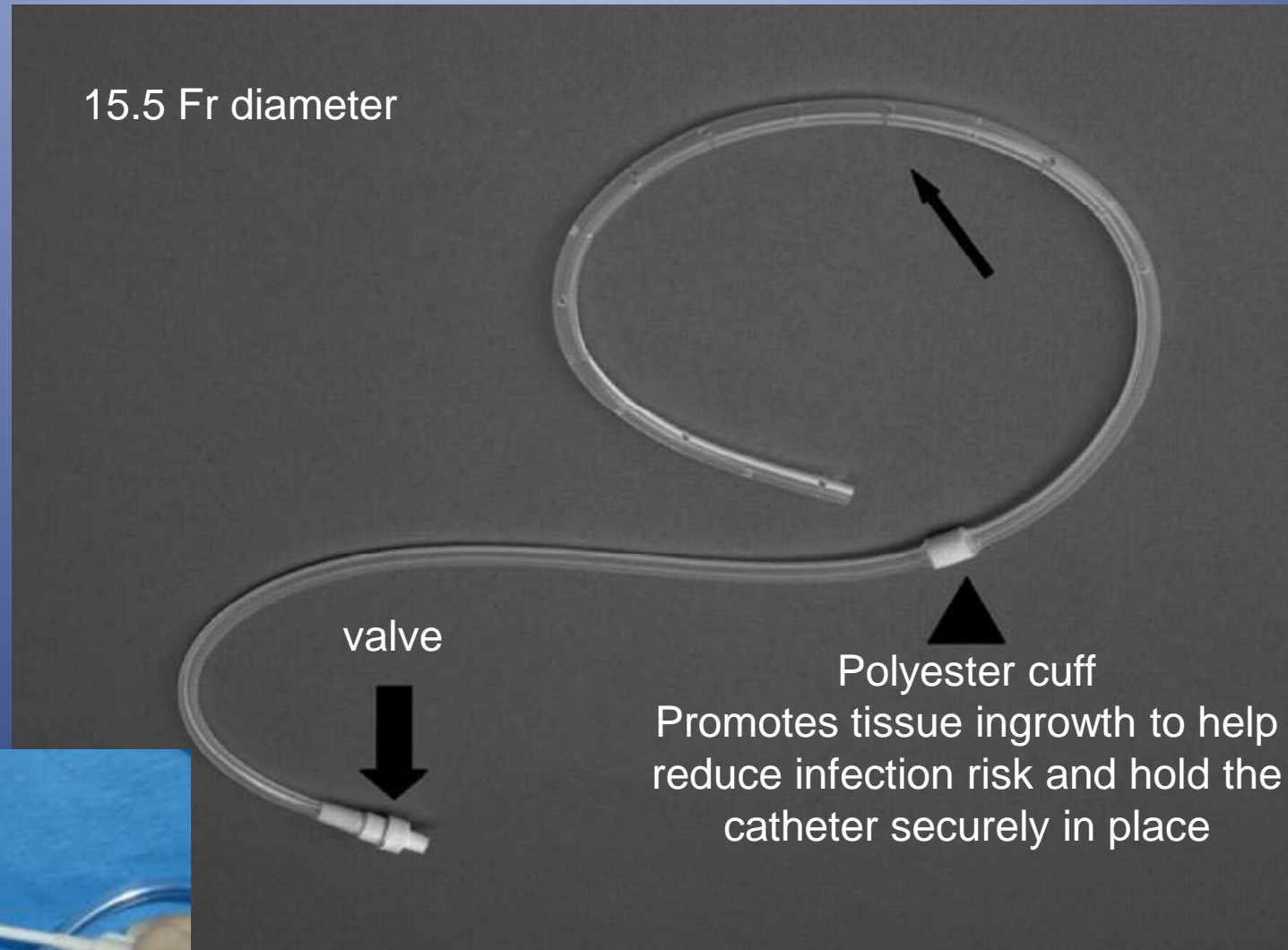
et/ou **Contrindications de symphyse** (poumon trappé)

→ « Gestion »:

- Ponctions itératives ?
- Re-symphyse ??....
- drains « à demeure » (PleurX®...)

PleurX[®] Tunnelled Catheter

15.5 Fr diameter



Kit de pose

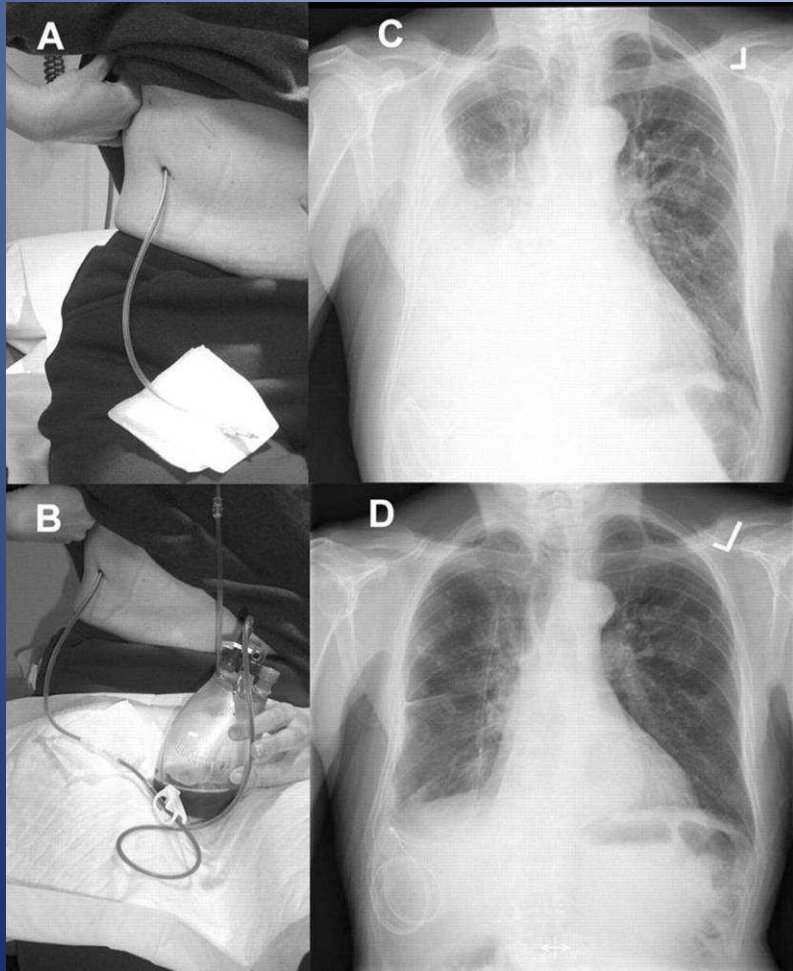


Kit d'évacuation



<http://www.pleurx.fr/videos.html>

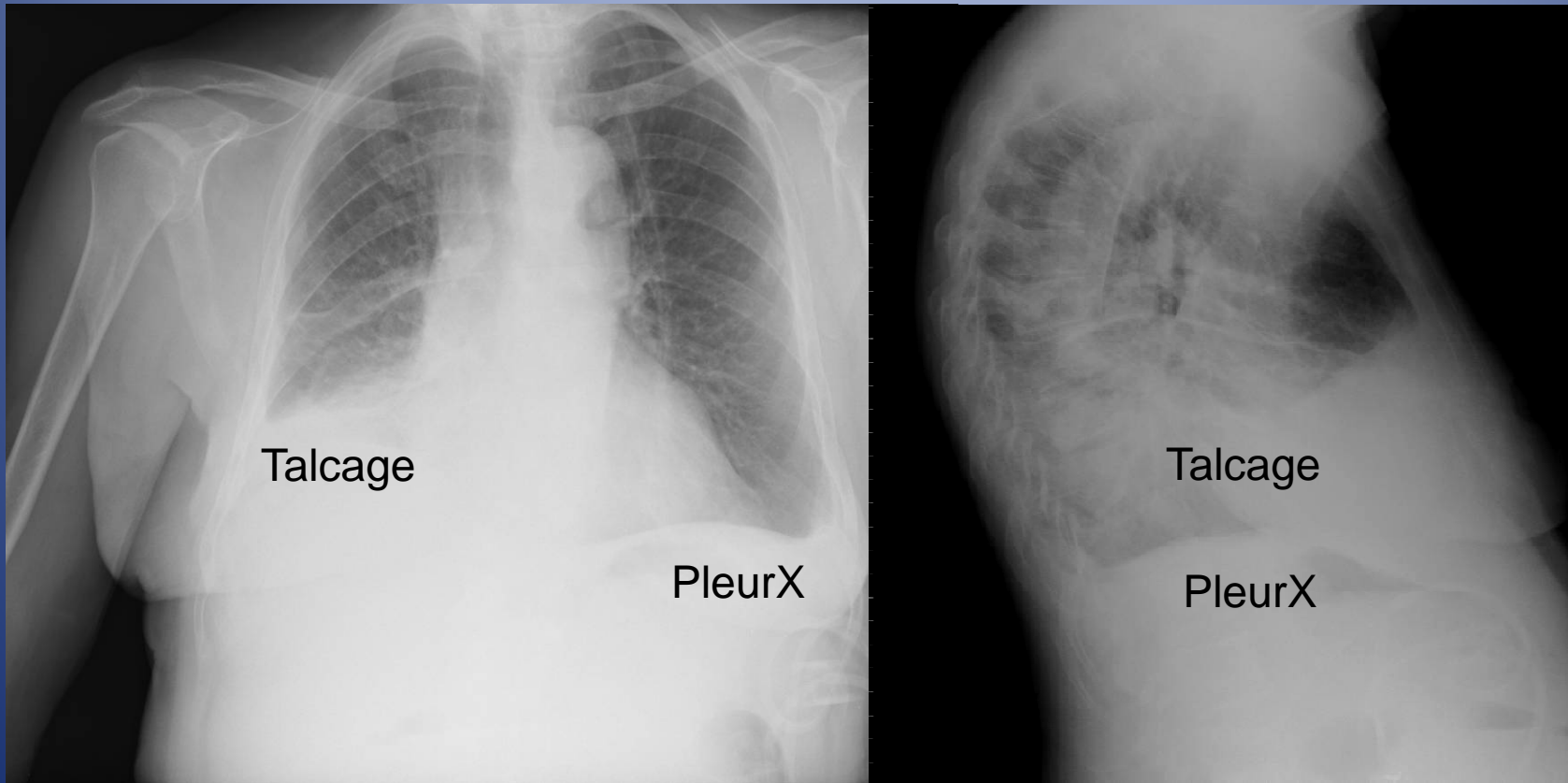
Catheter tunnelisé "à demeure" (PleurX®)



- Evacuation à la demande...
- 90% « succès »
(aucune autre intervention)
- Infection: 3% (ne pas retirer le drain !!)
- 26-72% symphyse spontanée
- Traitement de 1ere ligne ?

Tremblay, Chest 2006;129:362-368
Warren, EJTCs 2008;33:89-94
Suzuki, JTO 2011;6:762-7

Talcage ou drain à demeure ?



Comparaison des Traitements

Strategies/ Procédures	Effet sur les symptômes	Symphyse %	Avantages	Désavantages
Ponctions	++	N/A	Peu invasif Patient externe	Pas de symphyse
Talcage par le drain	+++	Env. 70% ?	Peu invasif, Talcage possible	Hospitalisation Mobilité réduite
Thoracoscopie (médiacle ou chirurgicale)	+++	Env. 80% ?	Biopsies possibles Talcage "meilleur"?	Hospitalisation Mobilité réduite (AG)
Cathéter à demeure (PleurX)	+++	26-58%	Peu invasif Patient externe	Evacuation 2-3 fois par semaine

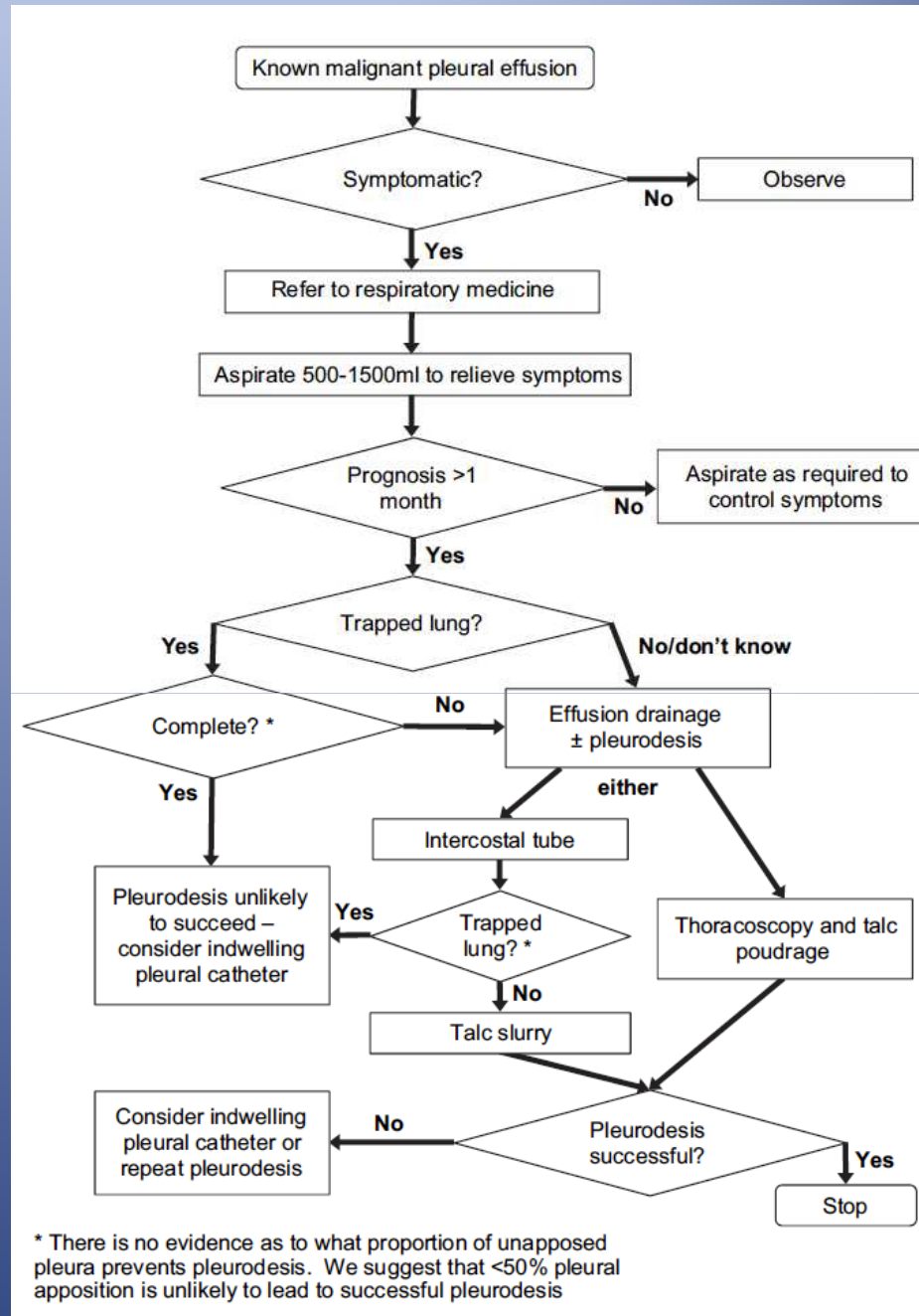
Pleurésies Néoplasiques:

Traitement du “symptôme” (épanchement...)

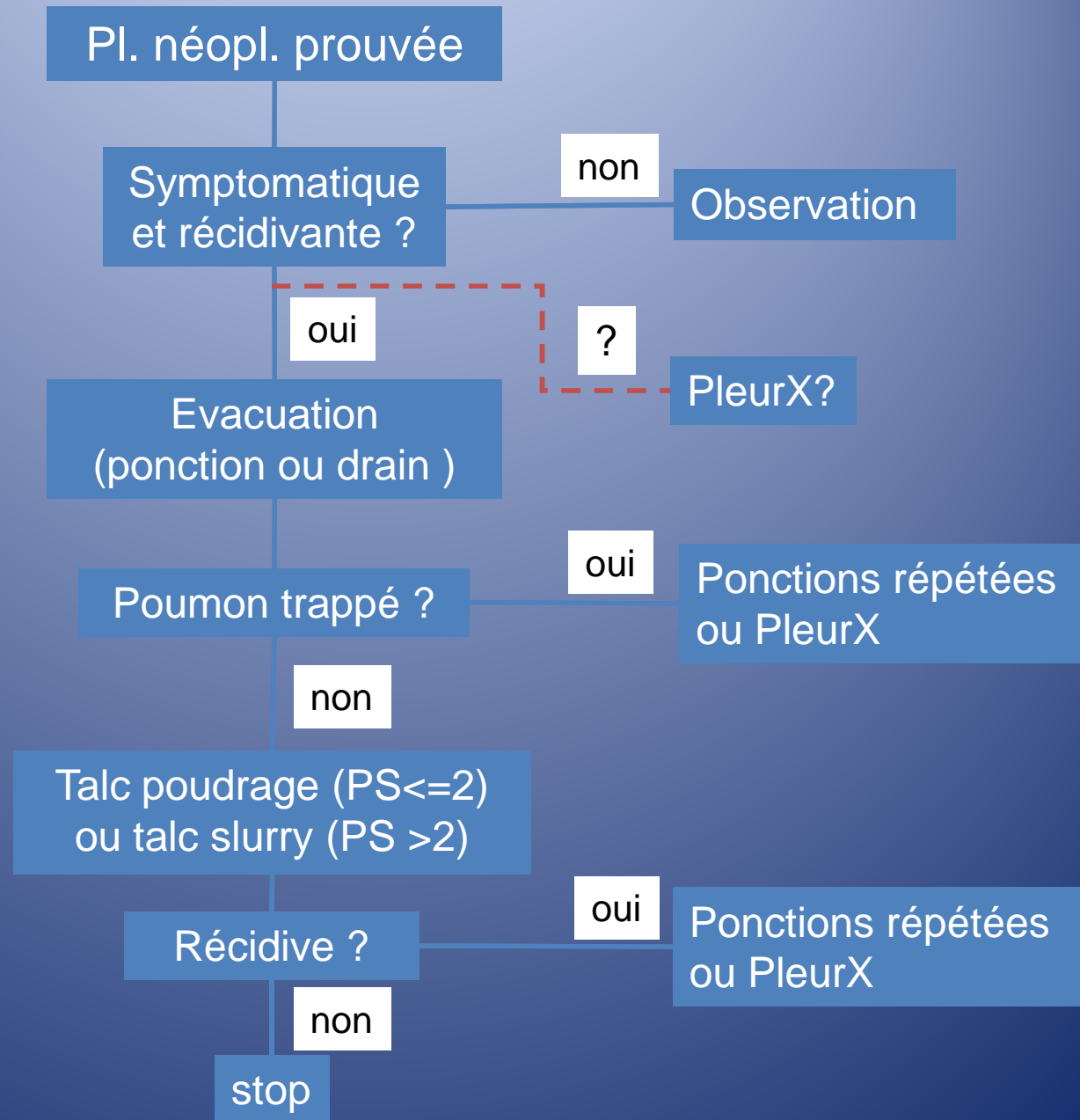
4 options:

1. Observation?
2. Ponctions “à la demande”?
3. Symphyse (talchage) ?
4. Cathéter “à demeure” (PleurX) ?

Arbre décisionnel



Arbre décisionnel



Ph Girard, IMM, mars 2013

Simplifié de *Roberts et al., BTS Guidelines, Thorax 2010;65 Suppl 2:ii32-40*

Epanchement Pleural Néoplasique

Mauvais Pronostic



compromis confort/QdV vs efficacité
+ expertise locale et moyens disponibles

Dans l'idéal: décisions par **équipe pluridisciplinaire dédiée**
(cancéro, pneumo/chir. thor., équipe soins palliatifs)

ET patient/famille informé(s)

Protocole de surveillance des PleurX

(V5, février 2013)

Sur la peau, en général, 2 ou 3 fils, à retirer à J8 environ après la pose.
 Pansement simple, ou laisser à l'air (désinfection simple si inflammatoire).



Au bout du drain, 2 possibilités :

- soit un capuchon spécifique PleurX (6€ pièce...)
- soit un prolongateur se terminant par un orifice type perfusion « mâle », fermé par un bouchon obturateur de perfusion. Un clamp en plastique blanc est placé sur le prolongateur

Mise en aspiration :

1. *Fréquence* : à la demande (de 1 fois par jour à 1 fois par semaine...)

2. *Technique* :

- Si drain fermé par le capuchon PleurX
- enlever le capuchon (pas besoin de clamber, il y a une valve incorporée)
- adapter la tubulure/prolongateur PleurX (18€ pièce...) clampée à travers la valve du drain, en veillant à bien entendre le « clic » en fin d'insertion.
- Si le prolongateur avec clamp est déjà en place
 - Vérifier que le prolongateur est clampé
 - Enlever le bouchon obturateur



Puis (dans les 2 cas ci-dessus) :

- Adapter l'extrémité du prolongateur sur le bocal de redon aspiratif de 600 ml (2€ pièce...), déclamber le bocal de redon, déclamber le prolongateur, en réglant le débit en fonction de la tolérance clinique (un débit trop rapide peut être douloureux, faire tousser...)
- Changer le flacon de redon quand il est plein (clamber prolongateur et bocal, etc...)



NB: si on utilise le « kit d'aspiration » PleurX, (54 €), le prolongateur et le bocal sous vide sont indissociables. Dans ce cas, la procédure se limite au raccordement drain-prolongateur.

Arrêt de la procédure

• *Quand ?*

Quand l'aspiration est mal tolérée (douleur, toux...) ou quand l'aspiration n'est plus productive. En règle générale, ne pas dépasser 1200ml (2 flacons de redon) par procédure et par jour

• *Comment ?*

- clamber prolongateur et redon
- désadapter le redon
- si on laisse le prolongateur en place, placer un nouveau bouchon obturateur de perfusion.
- si on retire le prolongateur (pas besoin de clamber), placer un nouveau capuchon PleurX

Dr Philippe Girard, Dr Raffaele Caliendo, Dr Jean-Baptiste Stern, Dr Delphine Natali

Ph Girard, IMM, mars 2013

Coûts

• drain **400€**
 (tarification T2A **1.400€**,
 pour 1 nuit, DP J91)

• du kit de drainage **60€**

• d'une infirmière HAD **10€**

= env. **70€** ts les 2j;

= env. **1.000€** par mois

(1 mois de Tarceva = 2.366€ ?)

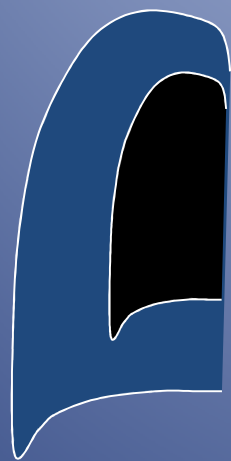
Biopsies Pleurales « à l'aveugle »



Abrams



Castelain



Épanchement compressif

Drainage ou
Ponction évacuatrice



Bonne ré-expansion
Symphyse possible



Asp – 20 cm H2O



Pas de ré-expansion
Pas de symphyse

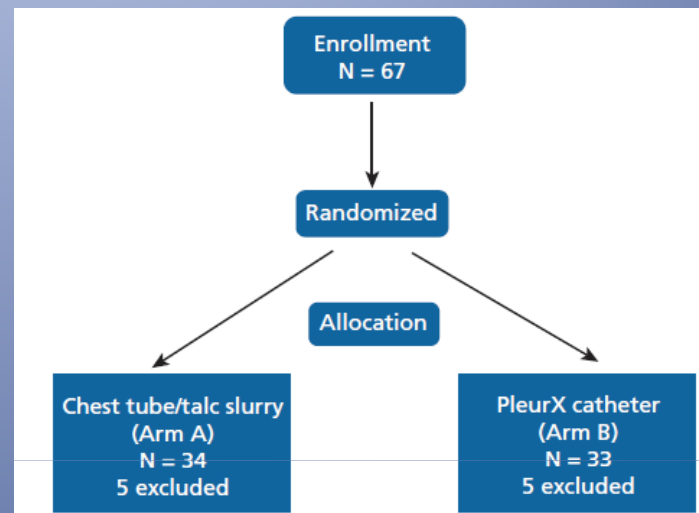




Ph Girard, IMM, mars 2013

Essai randomisé talc vs PleurX

Nb patients prévus: 530
 Inclus: 67
 Analysés: 57
 (refus de randomisation...)



	Talcage par le drain	PleurX	p
Succès à 30j.	46%	62%	0.064
Survie médiane	147	147	NS
Qualité de vie	5.9	8.7	0.036