

Chirurgie Thoracique

COMPTE RENDU OPERATOIRE

T - AG

Mme GOASGUEN Marie Pierre

(02-11-1965)

NIP : 2713079842

Date : 20-01-2015

Opérateurs : Pr ALIFANO - Dr GAUCHER

Assistant : Dr ROBIN

Anesthésiste : Dr HALBIRK

Médecins traitants :

Docteur TANGUY Bernard - 49 ALLEE DES TOPAZES - 97400 SAINT DENIS - REUNION

Docteur MAILLOT - 56 Avenue Paul Julius Bernard - 97460 SAINT PAUL - REUNION

**TUMEUR DE LA PAROI THORACIQUE ANTERIEURE CHEZ UNE
PATIENTE PORTEUSE D'UNE THORACOSTOMIE POUR PYOTHORAX
CHRONIQUE AVEC FISTULE BRONCHO-PLEURALE.
RESECTION DE LA VOLUMINEUSE TUMEUR PARIETALE
INTERESSANT LA PEAU, LE TISSUS SOUS CUTANE ET UNE PORTION
LIMITEE DU MUSCLE GRAND PECTORAL.
COMPLEMENT DE LA THORACOSTOMIE PAR UN LAMBEAU
MYOCUTANE DE GRAND DORSAL ET DENTELE. REPARATION DU
DEFECT CUTANE AU NIVEAU DE LA RESECTION DE LA TUMEUR PAR
LAMBEAU DE GLISSEMENT.**

Patiente âgée de 48 ans, à l'état général médiocre, elle pèse 33 kilos pour 1m58, et est tabagique non sevrée. Elle a comme antécédent principal un adénocarcinome pulmonaire droit traité il y a 12 ans de manière multimodale par chirurgie (bilobectomie supérieure et moyenne) et chimiothérapie. Au décours de cette opération, est survenue une infection pleuro-pulmonaire justifiant des multiples prises en charge chirurgicales par thoracoscopie, drainage, marsupialisation et finalement thoracotomie itérative il y a trois ans avec exérèse du lobe restant.

Néanmoins, quelques mois plus tard, apparition d'un pyothorax sur fistule bronchique nécessitant une thoracostomie itérative.

La patiente est adressée de l'île de la Réunion pour poursuite de la prise en charge.

Le 08-01-2014 la patiente a donc bénéficié d'une thoracoplastie de 8 côtes dans un but d'affaissement. Les suites opératoires immédiates ont été tout à fait simples.

L'évolution radiologique dans les deux mois qui ont suivi a montré une bonne réduction du volume de la poche qui est restée cependant assez volumineuse.

La patiente a été revue dans le service en mars 2014 pour évaluation de la faisabilité d'un comblement par épiplooplastie.

Finalement, le volume de la poche résiduelle avait été jugé encore beaucoup trop important pour pouvoir être comblé par un épiploon, dont le volume anticipé était faible compte tenu du poids de la patiente. La patiente était donc rentrée à la Réunion avec indication à la poursuite des soins locaux et réévaluation quelques mois plus tard.

En janvier 2015, elle est réadressée pour le double problème du comblement de la poche de pneumectomie encore à réaliser et d'autre part pour l'apparition d'une volumineuse lésion pariétale thoracique antérieure, sous claviculaire, faisant 10 cm environ de grand axe, ulcérant la peau et mobile sur les plans profonds. Ces constatations sont confirmées par un scanner thoracique réalisé dans le service qui retrouve une masse relativement superficielle, qui ne semble pas infiltrer les arcs costaux antérieurs résiduels ni le médiastin.

Il persiste une cavité de pneumonectomie qui est en grande partie rétractée avec persistance d'une fistule broncho-pleurale.

Le parenchyme pulmonaire controlatéral présente quelques petites lésions nodulaires non complètement spécifiques mais quand même suspectes dans le contexte.

Bien que l'on soit à 12 ans de la résection pulmonaire initiale, la possibilité d'une reprise évolutive de la maladie ne peut pas être exclue. L'hypothèse d'un sarcome radio-induit est aussi possible bien que l'on ne puisse exclure des étiologies plus rares.

Néanmoins, compte tenu du caractère ulcéré de cette volumineuse lésion, il existe l'indication à une exérèse de propreté.

D'autre part, la patiente est très demandeuse de la procédure chirurgicale visant à fermer sa thoracostomie.

L'indication à la résection de la lésion pariétale est discutée avec la patiente ainsi que les possibilités de comblement de la thoracostomie.

Les risques possibles ainsi que les bénéfices attendus sont également discutés.

INTERVENTION :

Sous anesthésie générale, intubation sélective par bronchocath gauche sans ergot, patiente à 45° sur la table d'opération, bras dans le champ opératoire.

Incision cutanée tout autour de la lésion tumorale pariétale prolongée vers le bas jusqu'au mamelon dont les contours sont respectés.

Clivage du plan sous cutané du muscle grand pectoral.

La masse respecte le muscle grand pectoral sauf possiblement sur un endroit faisant quelques millimètres de grand axe où la résection est poussée dans l'épaisseur du muscle et une recoupe musculaire est réalisée de principe.

Dissection progressive de la masse du muscle pectoral.

Il existe un doute sur une possible infiltration par la tumeur sous cutanée du pôle supérieur de la glande mammaire dont la moitié supérieure est donc réséquée en monobloc avec la pièce.

Exérèse de la tumeur, dont l'analyse histologique extemporanée montre le caractère carcinomateux.

Toilette du champ opératoire.

Dans un deuxième temps, reprise de l'ancienne cicatrice postéro latérale, prolongée jusqu'à la berge postérieure de la thoracostomie.

Libération de la berge postérieure de la thoracostomie des plans profonds permettant de réaliser un lambeau myocutané emportant la moitié supérieure de la portion antérieure des muscles grand dorsal et dentelé qui peuvent ainsi être glissées directement dans la cavité résiduelle de thoracostomie qui peut être complètement comblée.

Amarrage du lambeau myocutané aux berges de la thoracostomie après avoir apposé entre le fond de la thoracostomie et le lambeau un redon n°16.

L'incision postéro latérale peut être fermée plan par plan sans aucune tension.

Minime décollement des berges de la résection de la tumeur pariétale antérieure.

Le défaut pariétal peut être fermé sans tension, par ces artifices de glissement sur une très grande partie de sa surface, seul un cercle de 4 cm environ de grand axe sera laissé ouvert en vue d'une greffe cutanée secondaire.

Toilette.

Pansement.

Signature du Chirurgien :

