

CONTROVERSES AU SUJET DU MOMENT OPÉRATOIRE DANS LE TBC PLEURO-PULMONAIRE

Prof. dr. Florin Chirculescu

Mot-clés: TB, traitement chirurgical, moment opératoire

Combien de fois n'a-t-on pas pratiqué l'excision d'une tumeur du poumon qui, après l'examen histopathologique, s'est avéré être un tuberculome? La surprise diagnostique fut, pour la plupart du temps, accompagnée d'une évolution favorable, malgré l'absence du traitement antiTB standard. Rappelons que celui-ci comporte l'administration de deux ou plusieurs antiTB, en schémas variables, pour une période de 4 - 6 mois.

L'occurrence heureuse d'une évolution correcte sans traitement anti TB a persuadé, peut-être, maints praticiens à réévaluer le moment opératoire dans le TB pleuro-pulmonaire.

La base rationnelle qui nous oblige d'administrer une médication antiTB avant l'opération chirurgicale est donnée par:

a) la possibilité de négativer le bacille Koch dans les crachats,

b) la baisse de la concentration du bacille Koch dans la lésion à exciser sous traitement spécifique, ce qui réduit le risque de dissémination.

Ces objectifs ne sont pas atteints, toutefois, quand on doit opérer des lésions TB déterminées par des bacilles polichimiorésistants, où dans les urgences chirurgicales qui ont une évolution favorable d'après l'infectieux après l'intervention, sans avoir reçu un traitement spécifique. Ces situations ont généré une contradiction avec les guides thérapeutiques acceptés. En essayant de réconcilier cette contradiction, les chirurgiens agressifs ont choisi d'adapter l'attitude thérapeutique selon les particularités de chaque cas.

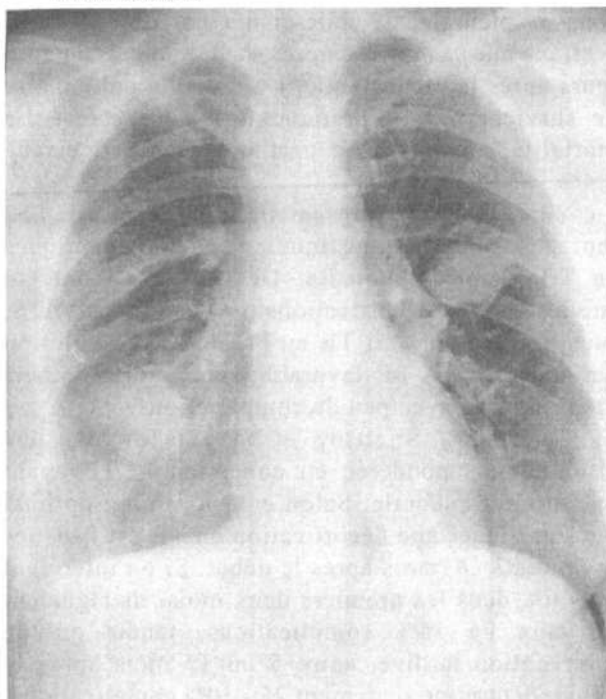
Quels furent leurs arguments?

Weissberg et Refaely, de Tel-Aviv, publient un article en 2000, dans la Revue Italienne de Chirurgie, présentant une série de 57 cas de TB pleuro-pulmonaire traités par une intervention chirurgicale. 42 de ces cas étaient actifs, avec le bacille Koch positif dans les crachats, ce qui signale une inefficacité du traitement antiTB. Pourtant, 49 de ces cas ont été „éradiqués”, selon les affirmations des auteurs.

Gurianov, Streltsov et Alba publient en 2000 un article qui présente une série de 264 pneumonectomies pratiquées en TB, sans traitement spécifique préalable. Les auteurs comparent cette série avec une autre, comprenant 61 patients qui ont

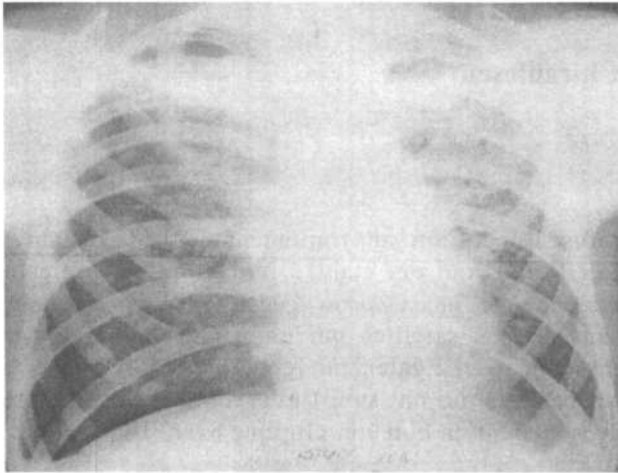
refusé l'opération sans traitement médical préalable. Les lésions qui ont établi l'indication chirurgicale étaient des tuberculomes géants et des cavernes, sans lésions satellites qui pouvaient suggérer une dissémination. Également, les auteurs soulignent que les patients qui ont subi l'intervention chirurgicale présentaient un bon état clinique avant l'opération.

Tuberculome



Les auteurs ont constaté que le lot des pneumonectomisés sans traitement préopératoire a présenté une meilleure évolution que les patients ayant reçu des antiTB. Ils ont présenté moins de complications, ils ont bénéficié d'une intégration sociale plus rapide et leurs déficits de fonction respiratoire ont survécu en pourcentage bien plus bas.

Les lésions pleurales sont aussi susceptibles de supporter un „assaut” chirurgical précoce. Vencevicius propose le schéma suivant d'adressage pour les pneumothorax tuberculeux, expérience établie sur un lot de 533 patients, traités entre 1960 et 1997.

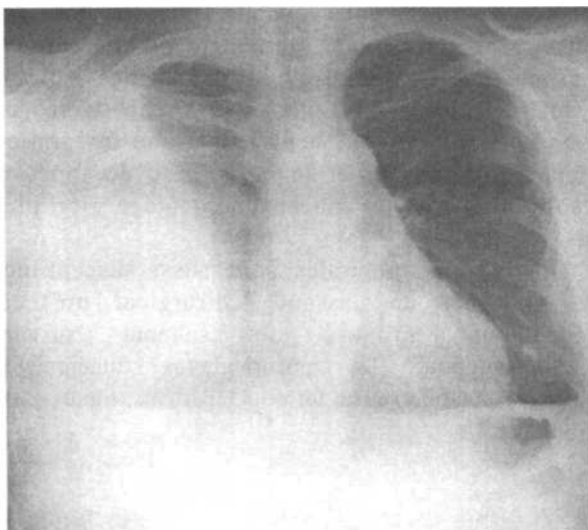


Dans une première étape, il pratique une ponction pleurale. Si celle-ci n'a pas de succès, il pratique une pleurotomie après 4 - 5 jours. Si en 5 - 6 jours après la pleurotomie, l'expansion pulmonaire ne survient pas, il pratique une décortication. La mortalité connexe à ce protocole agressif est de 8,4%.

Yim et Izzat présentent une série de 62 thoracoscopies diagnostiques et/ou thérapeutiques en TB pleuro-pulmonaire. De ceux-ci, 8 ont été suivies par des décortications pratiquées par VATS, sans préparation anti TB au préalable. L'évolution des tous ces cas fut favorable, sans mortalité peropératoire, et avec peu de complications.

Cependant, Streltsov et Skorniakov ont une attitude plus pondérée en concernât le TB ayant une atteinte pleurale. Selon eux, le timing optimal pour pratiquer une décortication en TB est dans les premiers 3 - 4 mois après le début. Si on intervient plus tôt, dans les premiers deux mois, ils signalent un taux de 75% complications, tandis qu'une intervention tardive, entre 5 où 12 mois après le début, détermine seulement 25 - 30% complications.

Épanchement pleural droit TB



D'autres auteurs russes, Grishcenko et Krasnov, attirent aussi l'attention sur une rate accrue des complications (2,5 fois plus élevée) connexes aux interventions effectuées d'urgence. Cependant, ils n'ont pas effectué une étude pour déterminer quelle est la participation de l'absence du traitement antiTB, où de l'urgence *per se*, pour générer les complications sus-mentionnées.

Un étude intéressant présentent Titarenko et Esmedliaeva en 2003. Ils ont évalué 63 patients atteints par TB fibrocavitaire au début du traitement antiTB et après un mois. Les critères monitorisés ont été: l'état clinique et l'aspect Rx. Ils ont révélé qu'ils y'a deux markers qui s'associent a l'amélioration des critères sus-mentionnés: 1) l'activité accrue de la ceruloplasmine, et 2) un *taux bas de l'albumine sérique*.

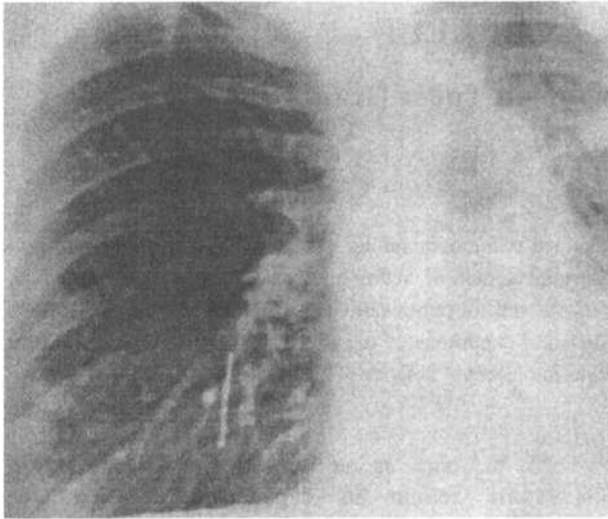
D'autre part, un autre étude conduit par M. Perelman constate que la prolongation du traitement antiTB, sans que celui-ci s'ensuive par une amélioration clinique où radiologique, n'est pas désirable pour le seul bout d'atteindre le seuil fatidique des 6 mois de traitement, classiquement prescrit. Tout en corroborant les deux articles sus-mentionnés, on peut spéculer sur l'utilisation des deux markers, pour évaluer combien de temps on peut se permettre de continuer un traitement antiTB préopératoire.

Il y'en a d'autres auteurs qui sont particulièrement „abruptes” envers le traitement préopératoire du TB. Ainsi, Grigorian et Golovchenko affirmentclairement qu'il n'y a aucune différence entre les tuberculomes opérés avec où sans traitement antiTB au préalable, même si le taux des complications et des rechutes qu'ils présentent, plaident en toute évidence pour une intervention chirurgicale qui *ne soit pas précédée* par un traitement antiTB.

Étude Gregorian&Golovchenko

| | Complications | Rechutes |
|---------------------|---------------|----------|
| Sans traitement | 6,60% | 6,80% |
| Traitement =6 mois | 6,80% | 9,20% |
| Traitement > 6 mois | 7,50% | 13,50% |

Furak et Trojan comparent aussi une série de 80 cas de TB diagnostiqué avant l'opération, avec 64 cas diagnostiqués pendant l'opération - les derniers n'ayant pas subi de traitement antiTB avant l'opération. Ils constatent que les cas dont on ne connaissait pas l'origine tuberculeuse n'ont pas eu plus des complications, mais les décès ont survenu seulement dans la deuxième série. Également, ils remarquent que les opérations effectuées sur des lésions TB inconnues au préalable, s'ensuivent par des résections plus larges que celles qui sont vraiment nécessaires. On doit souligner, cependant, que l'étude des deux auteurs comprend, en plus de tuberculomes et cavernes, des lésions associées, pleuro-pulmonaires, et de hidrothorax récurrents, ce qui élargit la palette diagnostique des maladies susceptibles d'être attaqués sans délai.



On a gardé pour le final les conclusions de Mikhail Perlemann, celui qui dès 1997 faisait les suivantes remarques:

1) le chirurgien thoracique doit être consulté rapidement en TB, si on constate que la thérapie médicamenteuse est inefficace où si elle a une efficacité basse,

2) le traitement antiTB médicamenteux à long terme n'est pas désirable si l'on envisage une intervention chirurgicale,

3) les cas de TB pleuro-pulmonaire doivent être traités individuellement, et non pas en suivant un protocole immuable.

Tout en corroborant les études des 10 dernières années, on a constaté une série d'éléments communs:

1) les *tuberculomes* et les cavernes simples, sans lésions satellites, peuvent être opérés d'emblée, sans traitement antiTB,

2) les *décortications*, où les interventions qui comportent aussi une décortication ont les plus grandes chances de réussite si on les pratique entre le deuxième et quatrième mois après le début de l'affection,

3) négativer le bacille Koch dans les crachats est, en effet, désirable, mais si on ne le réussisse pas, on doit recourir à l'intervention chirurgicale.

On ne peut pas s'empêcher de constater qu'on

a consulté plus de patients décédés suite à des saignements consécutives à des pneumolyses vigoureuses, ce qui est la norme après un traitement antiTB prolongé, que de patients qui ont existé par une éventuelle évolution du TB après l'opération. Par contre, la deuxième situation est survenue, dans la plupart de cas, quand les patients étaient atteints par des souches polichimiorésistantes auxquels on a tardé d'indiquer l'opération.

Bibliographie:

1. Weissberg D. Refaely Y. - The place of surgery in the treatment of re-emerging pulmonary tuberculosis, *Anal. Ital. Chir*, 1999

2. Gurianov V., Streltsov V., Alba M. - Early surgical treatment of new restrictive forms of pulmonary tuberculosis, *Problemy Tuberkuleza*, 2000

3. Vencevicius V. - The diagnosis and treatment of spontaneous pneumothorax of different etiologies, *Problemy Tuberkuleza*, 2000

4. Yim A., Izzat M. - Thoracoscopic surgery for pulmonary tuberculosis. *World Journal of Surgery*, 1999

5. Streltsov, Skorniakov - Indications for surgical treatment of chronic and encysted pleurisy, *Problemy Tuberkuleza*, 1999

6. Perelmann Mikhail, Streltsov VP - Surgery for pulmonary tuberculosis, *World Journal of Surgery*, 1997

7. Grishchenko N., Krasnov V. - Rôle of surgical treatments in patients with fibrocavernous pulmonary tuberculosis, *Problemy Tuberkuleza*, 2003

8. Titarenko O. Esmediliaeva D. - Prédiction of the effectiveness of preoperative preparation of patients with fibro-cavernous pulmonary tuberculosis, *Problemy Tuberkuleza*, 2003

9. Grigorian V. Golovchenko R. - Results of surgical intervention depending on duration of preoperative treatment of pulmonary tuberculosis patients, *Problemy Tuberkuleza*, 2001

10. Furak J. Trojan I. - Surgical intervention for pulmonary tuberculosis: analysis of indications and perioperative data relating to diagnostic and therapeutic resections, *EJCTS* 2001.