

# Endoscopie interventionnelle dans le traitement des métastases bronchiques

Arlette COLCHEN PERSONNE, F. GONIN, T. NGO

## Résumé

Autant les métastases des tumeurs à distance au niveau du parenchyme pulmonaire ou des adénopathies médiastinales sont fréquentes autant les métastases bronchiques sont rares. Selon les publications elles représentent 2 à 4 % des localisations métastatiques thoraciques.

Toutes les tumeurs peuvent entraîner des métastases bronchiques. Les plus fréquentes sont le sein, le colon, le rein, les sarcomes, les mélanomes malins.

Les signes cliniques les plus souvent rencontrés sont la toux, les hémoptysies et surtout la dyspnée. Dans 30 à 40 % des cas ils sont silencieux. Les examens radiologiques sont souvent peu parlants quand il n'y a pas de lésions parenchymateuses ou ganglionnaires associés.

La technique d'endoscopie interventionnelle repose sur une obligation absolue : assurer la ventilation tout au long de la procédure. Le bronchoscope rigide est l'instrument de choix qui permet de ventiler soit en régime haute fréquence soit en ventilation plus traditionnelle, d'introduire optique, pincettes, sonde de cryothérapie, fibre laser, tampons permettant de comprimer un saignement et surtout une aspiration permanente afin d'éviter une noyade deuxième obsession dans le traitement de ces tumeurs facilement hémorragiques. Ces endoscopies sont bien sûr réalisées sous anesthésie générale au bloc opératoire.

Les résultats locaux sont bons dans la très grande majorité des cas. La lumière bronchique est rouverte. Un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie pourra se faire dans de bonnes conditions respiratoires. Si des récurrences apparaissent de nouvelles endoscopies interventionnelles peuvent être faites sans limite. Cependant il est bien évident qu'il ne s'agit pas de réaliser ces endoscopies chez des malades en fin de vie pour qui la localisation bronchique n'est qu'un épiphénomène.