

SPECIAL REPORT

COMPTE RENDU DU TROISIEME CONGRES SCIENTIFIQUE DE LA SOCIETE MAROCAINE DE CHIRURGIE THORACIQUE

Pr Mohammed BOUCHIKH , MD PhD.

Service de Chirurgie Thoracique, CHU Ibn Sina, Rabat.

Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohamed V, Rabat.



La Société Marocaine de Chirurgie Thoracique « SMCT » a organisé son 3e congrès scientifique les 6 et 7 Avril 2018 à Marrakech.

Ce congrès a rassemblé plus de 100 participants de différentes spécialités : chirurgie thoracique, pneumologie, oncologie médicale, radiothérapie, anesthésie- réanimation, médecine physique et de rééducation, informatique médicale et biostatistique. En plus du Maroc, les intervenants venaient aussi d'Algérie, de Tunisie, de France, de Suisse et d'Irlande.

Le programme scientifique élaboré par le bureau de la SMCT a abordé six thématiques principales :

- Les traumatismes thoraciques.
- L'emphysème bulleux et le pneumothorax.
- Les bronchectasies.
- Les nouvelles technologies en chirurgie thoracique.
- Le cancer bronchique non à petites cellules.
- Les perspectives d'avenir et projets de la SMCT.

Trois symposiums étaient aussi organisés en collaboration avec les acteurs de l'industrie pharmaceutiques et des dispositifs médicaux :

- L'intubation sélective.
- la chirurgie de la paroi thoracique.
- les nouvelles thérapeutiques dans la prise en charge des CBNPC.

Deux sessions de communications affichées et orales ont été organisées et ont en particulier permis aux jeunes internes et résidents venus en nombre de présenter leurs travaux et débattre avec leurs pairs.

Nous présentons ici les nouveautés et les principaux progrès présentés lors des thématiques principales :

I/ LES TRAUMATISMES THORACIQUES.

Pr CHERKAB, anesthésiste-réanimateur au CHU de Casablanca a ouvert cette session avec une conférence sur la contusion pulmonaire. Après un rappel sur les étiologies et la physiopathologie de la contusion, l'orateur a listé les moyens diagnostiques en insistant sur le rôle qu'y joue la TDM thoracique. Cette dernière permet aussi de faire une quantification volumétrique du territoire contus qui est corrélé statistiquement au taux de mortalité

qui survient essentiellement par SDRA et par surinfection.

L'orateur a énuméré par la suite les principes thérapeutiques de la contusion qui consistent en une mise en condition et l'assurance d'une bonne oxygénation. Les facteurs de mauvais pronostic qui ressortent des différents articles sont des scores élevés APACHE II, SAPS II et SOFA et un rapport paO_2/FiO_2 bas.

Par la suite **Pr Christophe JAYLE**, chirurgien thoracique au CHU de Poitiers a donné une conférence sur la chirurgie des traumatismes de la paroi thoracique. Il a rapporté les résultats de quelques études, pour la plupart rétrospectives, qui démontrent l'intérêt de la stabilisation chirurgicale de la paroi thoracique par rapport au traitement médical seul, et ce concernant la durée d'hospitalisation et de ventilation, l'amélioration de la qualité de vie, le délai de la reprise du travail et la diminution des douleurs aiguës et chroniques. Par la suite il a présenté le projet d'« Evaluation Médico-économique de la prise en charge des VOlets thoraciques entre traitement médical et traitement chirurgical par raccords 3D Stracos® » (EMVOLS). L'essai clinique est actuellement mené en France pour démontrer un éventuel bénéfice socio-économique et clinique d'une ostéo-synthèse chirurgicale. Le thème des traumatismes thoraciques s'est poursuivi par une conférence donnée par **Pr N. IDELHAJ** du CHU de Casablanca sur les ruptures trachéo-bronchiques (RTB). Après un rappel des mécanismes et de la physiopathologie des RTB, l'oratrice a détaillé les moyens diagnostiques en insistant sur les apports des examens endoscopiques. Elle a rapporté par la suite les indications du traitement conservateur, les différentes techniques du traitement chirurgical et les résultats de quelques séries chirurgicales. Elle a fini en présentant le cas clinique d'un enfant victime d'un arrachement de la bronche lobaire supérieure réparée par sleeve-lobectomie.

Pr A. ARSALANE de l'hôpital militaire Ibn Sina de Marrakech a présenté une conférence sur la place de la VATS dans les traumatismes thoraciques. Il a rapporté les résultats de son utilisation dans des indications bien

codifiées comme la suspicion des plaies diaphragmatiques, les hémithorax et les emphyèmes post-traumatiques, mais aussi les résultats dans des indications plus discutées comme l'évaluation d'un saignement continu intrathoracique ou une plaie de l'aire cardiaque. Il a démontré que la VATS est devenue un outil indispensable à l'évaluation et à la prise en charge des traumatismes thoraciques à condition de respecter certaines contre-indications et de convertir rapidement en cas de besoin.

La dernière conférence dans ce premier thème était sur les ruptures diaphragmatiques post-traumatiques et était présentée par **Pr A. SIMERABET**, chirurgien thoracique au CHU d'Oran. Il a fait le tour de la question en parlant des circonstances de survenue, des moyens diagnostiques et des principes thérapeutiques tout en illustrant par des cas cliniques pratiques.

II/ L'EMPHYSEME BULLEUX ET LE PNEUMOTHORAX.

Pr A. ACHIR a ouvert la première session du 2e jour du congrès par une conférence sur la chirurgie du pneumothorax spontané primaire. Il a commencé par présenter les avancées scientifiques sur le sujet notamment les nouvelles théories étiopathogéniques comme la théorie mécanique incriminant la rugosité à la surface de la première côte. Il a exposé par la suite l'expérience du service de Chirurgie Thoracique du CHU Ibn Sina de Rabat dans la prise en charge de cette pathologie durant les 5 dernières années et l'introduction de la VATS. Il était aussi l'occasion pour insister sur le respect par nos praticiens des recommandations internationales en ce qui concerne le délai opératoire.

La deuxième conférence a été donnée par **Dr David P. BREEN**, chef de l'unité de pneumologie interventionnelle à Galway University Hospitals en Irlande, sur le rôle de l'endoscopie interventionnelle dans le traitement de l'emphysème pulmonaire. L'idée du traitement endoscopique est de développer une alternative moins risquée à la réduction chirurgicale du volume pulmonaire. L'orateur a présenté les études prouvant l'efficacité de ce type de traitement dans l'amélioration des paramètres respiratoires et la qualité de vie des patients. Par la suite il a exposé les critères de sélection des patients en insistant sur deux notions importantes conditionnant l'efficacité de la procédure qui sont l'intégrité des scissures et l'absence de ventilation collatérale au niveau des lobes cibles. Finalement il a expliqué les différentes techniques de la réduction endoscopique du volume pulmonaire à savoir les valves endobronchiques, les coils endobronchiques, les thérapies sclérosantes et les techniques de dénervations et de cryothérapies destinées aux patients bronchitiques chroniques.

Pr D. LARDINOIS, chirurgien thoracique à Basel en Suisse a donné deux conférences, l'une sur la chirurgie de réduction de volume et l'autre sur la transplantation dans l'emphysème pulmonaire.

Lors de sa première présentation, il a expliqué les principes de la réduction de volume, les méthodes de détermination des volumes cibles et les techniques vidéo-endoscopiques de sa réalisation. Il a insisté sur les critères morphologiques et fonctionnels de sélection des patients et a présenté les résultats de l'essai clinique NETT. En fait la chirurgie de réduction de volume améliore la tolérance à l'exercice, la fonction respiratoire, la qualité de vie et la survie chez des patients bien sélectionnés. Elle peut aussi constituer une alternative temporaire en attendant la transplantation pulmonaire.

La deuxième conférence du **Pr LARDINOIS** était sur la place de la transplantation dans la l'emphysème pulmonaire. Il a commencé par rappeler la majorité des indications de la transplantation pulmonaire et le pourcentage qu'occupe la BPCO. Par la suite il a exposé les différents facteurs influençant le pronostic après la transplantation notamment l'âge du receveur, celui du donneur, le volume d'activité du centre chirurgical. Les critères de sélection des patients mais surtout le choix du moment de la transplantation sont aussi primordiaux pour la réussite de la procédure. La transplantation bi-pulmonaire dans cette indication donne des meilleurs résultats à moyen et à long terme que l'uni-pulmonaire avec un taux de complications presque similaire. La transplantation uni-pulmonaire peut être proposée chez des patients plus âgés qui ne peuvent pas supporter de longues procédures.

III/LES BRONCHECTASIES.

La session a été ouverte par une conférence de **Pr M. SERRAJ**, pneumologue au CHU de Fès, sur les actualités dans la prise en charge médicale des bronchectasies. Elle s'est référée aux ERS guidelines/TASK force report publiés en 2017 pour discuter l'intérêt du diagnostic et de l'éradication d'une colonisation par le *Pseudomonas aeruginosa*, l'intérêt d'une antibiothérapie par voie inhalée et la place de l'antibioprophylaxie pour la réduction du taux des exacerbations et l'amélioration de la qualité de vie des patients. En revanche la corticothérapie inhalée et les bronchodilatateurs de longue durée d'action n'ont de place qu'en cas d'asthme ou de BPCO associés selon les nouvelles recommandations. Par la suite l'oratrice a présenté brièvement les nouveaux concepts et les nouveaux traitements en cours d'évaluation dans les DDB.

Toujours dans le cadre de la prise en charge médicale des bronchectasies, **Dr S. KARKOURI**, spécialiste en médecine physique et de rééducation au CHU de Rabat, a donné une conférence sur la place de la réhabilitation dans le péri-opératoire des bronchectasies. Cette réhabilitation est à la fois pré et post-opératoire. L'oratrice a expliqué que la phase pré-opératoire passe obligatoirement par une évaluation de la fonction respiratoire dans l'objectif de son optimisation et la mise en condition physique du patient. Cette préparation fait appel à des techniques manuelles comme la modulation du flux expiratoire, le drainage bronchique autogène, l'éducation à la toux et des techniques instrumentales comme la PEP, les appareils à percussion, les spiromètres incitatifs ou la VNI. La prise en charge en phase post-opératoire vise essentiellement la lutte contre la douleur, l'encombrement bronchique et l'hypoventilation alvéolaire. Elle doit aussi mettre en place un programme personnalisé de réhabilitation et d'entraînement à l'effort. Le volet chirurgical a été abordé par **Pr Y. OUADNOUNI**, chirurgien thoracique au CHU de Fès en présentant une conférence sur la chirurgie ouverte des DDB. Il a démontré que le nombre de patients opérés est en baisse dans les pays occidentaux, mais qu'il reste élevé dans les pays en voie de développement comme en témoigne le nombre de publications en Turquie et en Chine par exemple. Si les indications du traitement chirurgical sont claires et unanimes dans les formes localisées unilatérales, **Pr OUADNOUNI** a démontré néanmoins que la chirurgie peut être proposée aussi dans les formes localisées bilatérales et dans les formes diffuses bilatérales et inhomogènes. Il a étayé l'exposé par les résultats du service et a démontré par des cas cliniques la nécessité de la voie ouverte dans certaines formes de DDB.

Quant à **Pr S. BOUBIA**, chirurgien au CHU de Casablanca a donné par la suite une conférence sur la VATS dans les DDB et a défendu sa faisabilité malgré quelques difficultés techniques avec des taux de morbi-mortalité acceptables aussi bien dans sa propre expérience que dans la littérature.

IV/LES NOUVELLES TECHNOLOGIES EN CHIRURGIE THORACIQUE.

Pr M. DAHAN, chirurgien thoracique à Toulouse et ex-président de la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire a présenté un projet d'utilisation d'objets connectés pour le suivi postopératoire des patients ayant subi une résection pulmonaire. En fait grâce à des applications installées sur le téléphone du patient, celui-ci pourrait transmettre quotidiennement des paramètres cliniques et fonctionnels à l'équipe soignante. Ceci permettrait de diminuer les durées des hospitalisations tout en améliorant la sécurité du suivi des patients à domicile.

Cette session des nouvelles technologies s'est poursuivie avec une conférence donnée par **Pr Jean-Marc BASTE**, chirurgien thoracique au CHU de Rouen, sur la simulation en chirurgie thoracique mini-invasive. Le but de la simulation en fait, est de réduire le risque lié aux interventions complexes et de créer un curriculum approfondi et standardisé pour la formation initiale et continue des chirurgiens. La simulation passe par 3 étapes : une simulation procédurale, une simulation comportementale et une simulation d'équipe. Cette dernière est indispensable pour former les équipes et améliorer leurs performances quant à la gestion des crises, mais aussi pour évaluer leurs pratiques et élaborer des checklists. L'orateur a donné de multiples exemples de protocoles de simulation existants, des plus simples aux plus complexes.

Pr Jean-Marc BASTE a donné une deuxième conférence sur un autre aspect des avancées technologiques, il s'agit de la place de la robotique en chirurgie thoracique. Après un bref rappel historique de l'évolution de cette technique, il a illustré la place qu'occupe actuellement ce type de chirurgie en France par rapport à la chirurgie ouverte et la VATS témoignant de sa forte adoption par la majorité des équipes françaises. Il a énuméré par la suite les différents avantages de la chirurgie robotique mais aussi ses inconvénients qui sont son coût élevé et les difficultés logistiques pour sa mise en place.

V/ LE CANCER BRONCHIQUE NON A PETITES CELLULES (CBNPC)

Le CBNPC est le thème qui a suscité le plus d'intérêt chez l'assistance. Il a été ouvert par une conférence sur la nouvelle classification TNM et ses implications thérapeutiques donnée par le président de notre société **Pr M. RIDAI**.

La deuxième conférence était celle du **Pr Y. MSOUGAR**, chirurgien thoracique au CHU de Marrakech, sur la prise en charge des CBNPC N2.

REMERCIEMENTS :

Nos remerciements à **Mr LAABOURI MOUNIR** pour sa précieuse contribution en assurant l'enregistrement des conférences. Ces enregistrements ont facilité l'élaboration du présent rapport.

CORRESPONDING AUTHOR :

Pr Mohammed BOUCHIKH. Service de Chirurgie Thoracique, CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco.

Email : m.bouchikh@um5s.net.ma

COPYRIGHT © 2018 Pr MOHAMED BOUCHIKH

This is an open access article distributed under the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

L'orateur a exposé initialement l'ensemble des situations qui imposent une exploration invasive du médiastin. Par la suite, il a énuméré les différentes présentations clinico-radiologiques qui rendent ce groupe très hétérogène. En effet, les « minimal » N2 ont un meilleur pronostic que les « bulky » N2. Le nombre de stations atteintes et le nombre des ganglions envahis ressortent aussi comme facteurs pronostiques dans distinctes études d'où la proposition de nouvelles classifications qui prennent en considération l'ensemble de ces paramètres. Après, l'orateur a présenté les moyens thérapeutiques et l'algorithme de prise en charge des CBNPC N2.

Pr M. SMAHI, chirurgien thoracique au CHU de Fès a abordé une thématique particulière, celle des patients avec un CBNPC oligométastatique. Ces patients ne représentent que 0,6 à 2% des cas selon les séries. L'orateur a rappelé les particularités biologiques de ce groupe concernant essentiellement l'expression des microARNs. Il a détaillé les indications chirurgicales en fonction des différents sites métastatiques, et a discuté la place des traitements systémiques associés. Les résultats des séries chirurgicales, qui sont pour la majorité rétrospectives et d'un effectif limité, ont été passés en revue. Des taux de survie à 5 ans entre 13% et 50% sont rapportés après un traitement multimodal.

La dernière conférence dans ce thème a été donnée par **Pr M.S BOUDAYA**, chirurgien thoracique à l'hôpital CHARLES NICOLLE à Tunis. Il a rapporté l'expérience tunisienne dans la chirurgie du cancer bronchique. En effet, Il a montré les données épidémiologiques du CBNPC en Tunisie et a rappelé les débuts de la chirurgie thoracique dans ce pays maghrébin et son évolution ces dernières décennies. Il a terminé par exposer les problèmes rencontrés actuellement notamment le retard diagnostique et le faible pourcentage des patients qui peuvent bénéficier d'une résection chirurgicale.

VI/ LES PERSPECTIVES D'AVENIR ET PROJETS DE LA SMCT.

Ce dernier thème a été consacré à la présentation des deux principaux projets du bureau de la SMCT durant son prochain mandat ; la création d'une revue nationale spécialisée et l'élaboration d'un registre regroupant les principaux centres nationaux.

On a commencé par exposer le bilan de la production scientifique nationale en Chirurgie Thoracique depuis l'année 2000. On a discuté ses points positifs et ses points de faiblesse et les moyens pour l'améliorer.

Le projet du registre national a été présenté par **Pr BOUBIA**, alors que **Pr DAHAN** et **Pr FALCOZ** ont présenté respectivement l'expérience de la base de données française de chirurgie thoracique « EPITHOR », et celle européenne de l'ESTS.

La qualité du programme scientifique et celle des présentations et la participation active de la présence ont contribué au succès et la réussite de cette 3e édition du congrès de la SMCT.

Rendez-vous en Avril 2019 pour sa 4e édition.