



Endoscopie bronchique et pathologies cancéreuses

Dr Rival

Dr Pernet / Dr Polio

Pneumologie CHUB

Historique

- Début du siècle : bronchoscopie rigide
- Fin des années 60 : premières endoscopies souples
- Aujourd'hui :
 - Endoscopie bronchique souple +++
 - Bronchoscopies rigides
 - Echoendoscopie

Endoscopie souple

Matériels

Déroulement de l'examen

Indications

Contre indications

Complications

Désinfection



Indications (1)

(dans la pathologie cancéreuse)

- Bilan de carcinome bronchique.
- Bilan d'extension de carcinome extrapulmonaire.
- Dépistage de carcinome in situ (autofluorescence).
- Bilan d'adénopathies médiastinales.

Indications (2)

- Bilan des pathologies infectieuses pulmonaires.
- Bilan des pathologies pulmonaires induites par les médicaments.
- Bilan et traitements locaux des hémoptysies.
- Traitements locaux (cryothérapie, thermocoagulation).

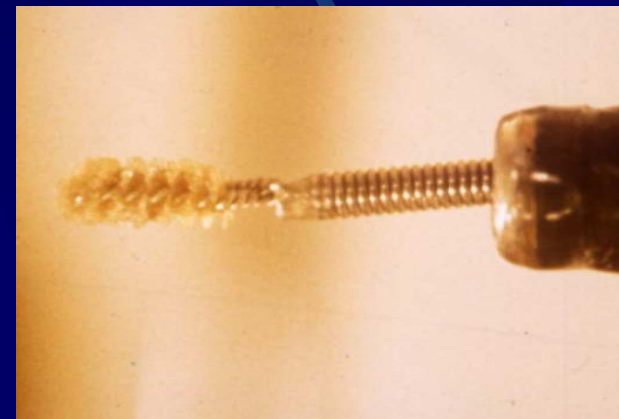
Matériel (1)

- Endoscopes traditionnels
 - ✓ pédiatrique 2.8 ou 3.4 mm
 - ✓ adulte 4.8 ou 5.9 mm
- Vidéoendoscopes 5.1 mm



Matériel (2)

- Pince à biopsie stérilisable ou usage unique.
- Brosse.
- Seringues de sérum physiologique.
- Autofluorescence.
- Cryothérapie / thermocoagulation.



Préparation du patient

- Rassurer le patient.
- Rôle du médecin demandeur et de l'infirmière : explication des objectifs, de la procédure avant le jour de l'examen.
- Donner la lettre d'information expliquant la procédure et les risques d'une fibroscopie bronchique.
- Examen indolore avec peu de complications. Possibilité de réalisation en externe.
- Nécessité d'être à jeun 4 heures avant et 2 heures après l'examen.
- Précaution à prendre chez les patients sous antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants.

Déroulement de l'examen

- Patient en position 1/2 assise et à jeun.
- Anesthésie locale des fosses nasales et de la gorge par de la xylocaïne spray 5 %.
- Anesthésie de la trachée et des bronches par de la xylocaïne-naphtazolée.



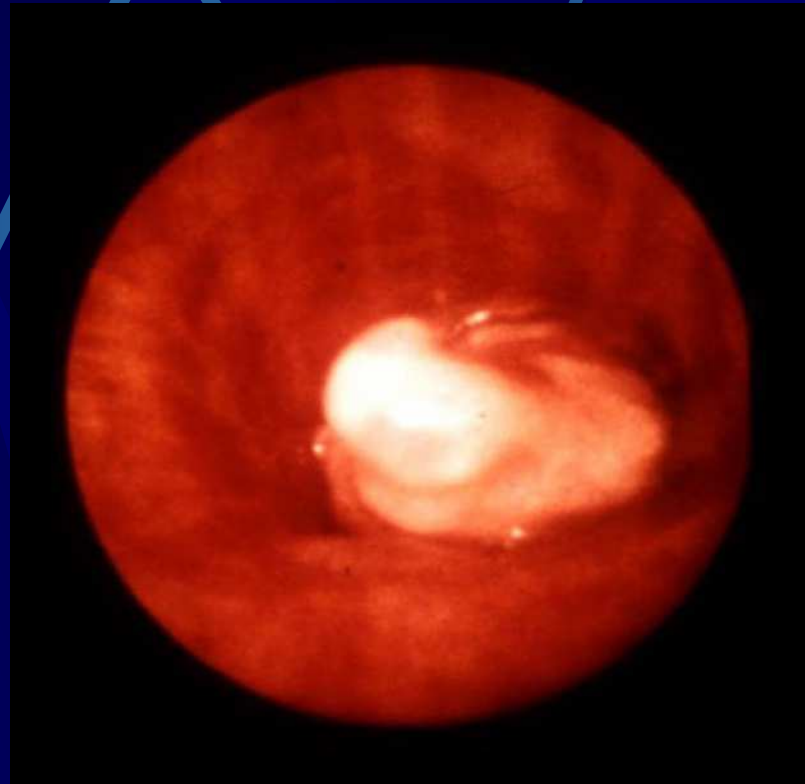
Exemple (1)

Fibroskopie bronchique et biopsie sur une tumeur endobronchique.

● Vidéo

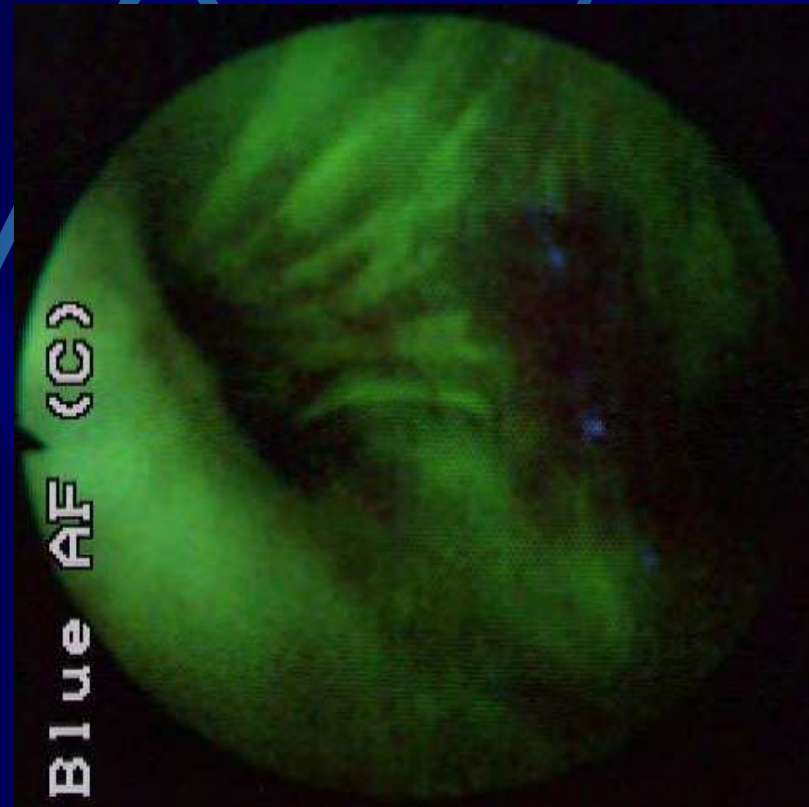
Exemple (2)

Carcinomes bronchiques



Exemple (3)

Autofluorescence bronchique
Lobaire supérieure gauche : carcinome in-situ



Auto-fluorescence

- Cette technique s'applique aux populations à « hauts risques » :
 - –Fumeurs
 - –Professions exposées (fer, amiante)
 - Rendement : on découvre ainsi
 - –10% de lésions de « haut grade » de malignité
 - –60% de lésions de « bas grade »

Auto-fluorescence

- Elle permet aussi le dépistage d'anomalies endobronchiques au cours des cancers oesophagiens ou ORL.
- Cette technique peut être couplée à d'autres techniques (PET-SCAN).
- Les biopsies effectuées permettent de faire des recherches de marqueurs mutants, ou immunohistochimiques.

Auto-fluorescence

- Il y a peu de faux négatifs.
- Les « faux positifs » peuvent s'observer au niveau des zones hémorragiques, des zones de remaniements inflammatoires (BPCO par exemple).

Auto-fluorescence

- **Rappel des stades successifs de dégénérescence bronchique :**
 - **1 -Stades de « bas grades de malignité » :**
 - –a -hyperplasie cellulaire (cellules normales)
 - –b -métaplasie cellulaire (cellules modifiées)
 - –c -dysplasie légère et modérée (apparition des premiers critères de malignité).
 - **2 –Stades de « hauts grades de malignité :**
 - –a -dysplasie sévère
 - –b -carcinome « in situ » ou intraépithélial
 - –c -carcinome invasif
- **Cette classification concerne les carcinomes épidermoïdes.**

Auto-fluorescence

- Les examens itératifs ont montré
 - –Que les lésions de « bas grade » étaient peu évolutives.
 - –Que celles de « haut grade » (dysplasies sévères et cancer « in situ ») pouvaient régresser après arrêt de l'exposition toxique.
- Conduite à tenir :
 - –Les lésions de « bas grade » doivent être surveillées tous les deux ans
 - –Les lésions de « haut grade » doivent être revues à 3 mois : si elles persistent ou s'aggravent, il faut les traiter (cryothérapie ou PDT).

Exemple (4)

Ponction de ganglion médiastinal échoguidée.



Contre-indications

- Trouble hémostasie.
- Anticoagulants.
- Antiagrégants plaquettaires
- Hypoxie non corrigée.
- Bilan de coagulation.
- Possibilité de réalisation de l'endoscopie après correction des troubles.
- Arrêt des antiagrégants plaquettaires.
- Possibilité de réaliser cet examen dans certaine circonstance sous O2 MHC ou VNI.

Complications

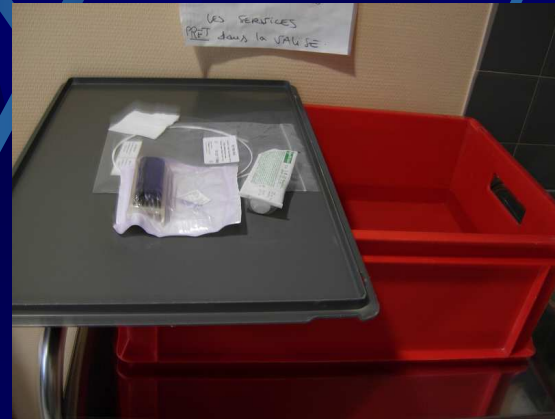
- Hémorragie
- Décompensation respiratoire
- Réaction à la xylocaïne
- Risques infectieux
- Trouble cardiaque

Surveillance post fibroscopie

- Vérifier l'état respiratoire du patient.
- Vérifier la SpO2.
- Possibilité de température après un LBA.
- Possibilité d'expectorations hémoptoïques.

Désinfection -hygiène

- Asepsie +++
- Tenue (masque, gants, blouse ...)
- Désinfection avant l'examen dans soluscope
- Trempage après fibroscopie + écouvillonnage (éviter biofilm bactérien)
- Désinfection terminale dans soluscope





Bronchoscopie Interventionnelle

Bronchoscopie rigide

Méthodes

Anesthésie générale.

Ventilation : spontanée, O₂ ± assistance.

Monitoring : cardio-vasculaire et SaO₂.

Matériel



Installation du patient



Techniques

- Ponction transcarinaire d'adénopathies médiastinales
- Désobstruction mécanique – Dilatation
- Thermocaogulation haute fréquence
- Cryothérapie
- Endoprothèses

Ponction ganglionnaire transcarinaire



Desobstruction mécanique

Carcinome trachéale



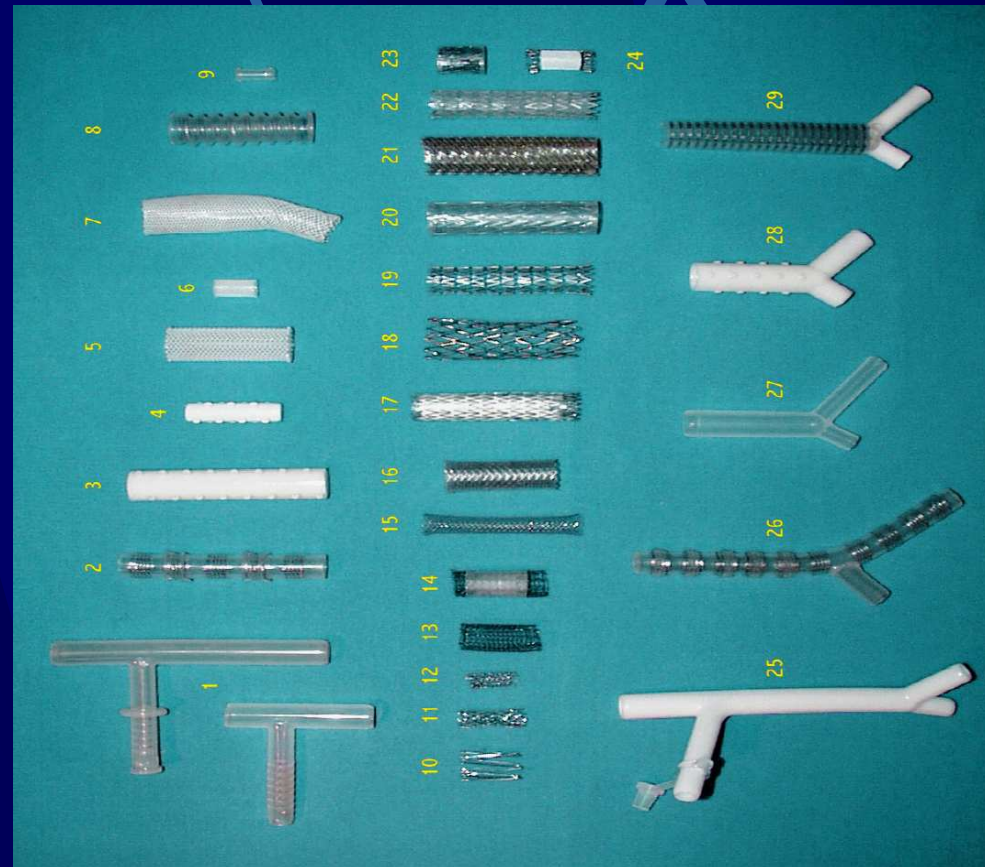
Thermocoagulation haute fréquence Carcinome trachéale



Cryothérapie



Prothèses trachéobronchiques

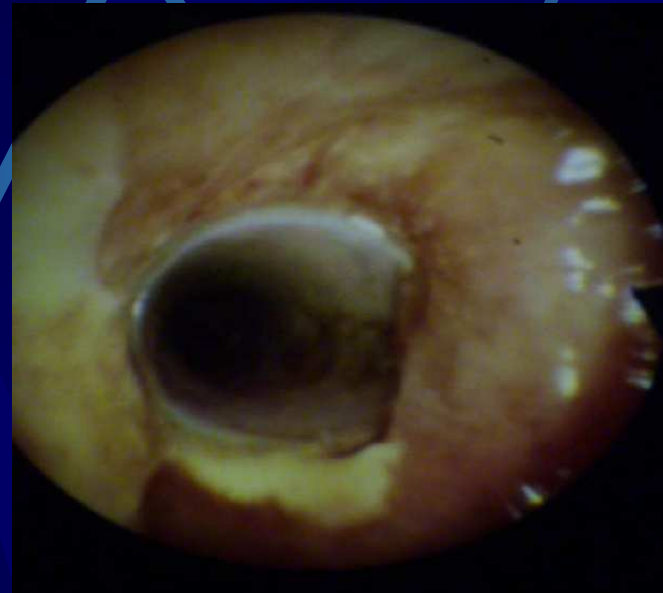
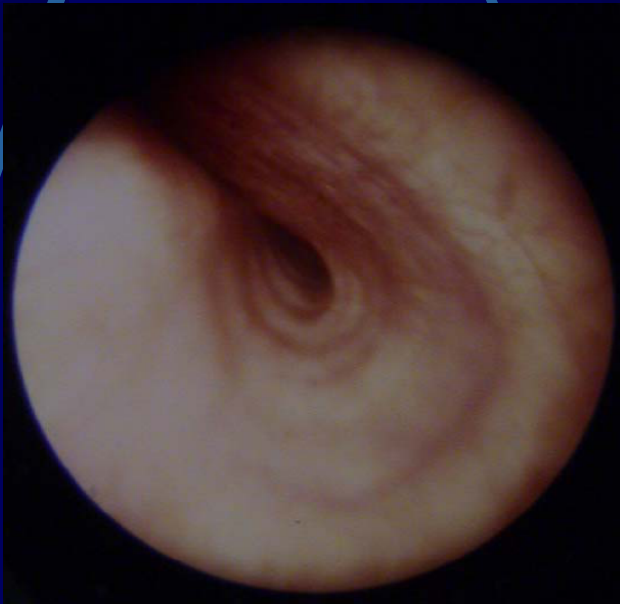


Fistule oeso-trachéale

Cancer de l'oesophage



Prothèse endobronchique



- Compression extrinsèque appareillée par une prothèse cylindrique de silicone.

Surveillance post fibroscopie

- Vérifier l'état respiratoire du patient.
- Vérifier la SpO2.
- Possibilité de température après un LBA.
- Possibilité d'expectorations hémoptoïques.