

ACTUALITÉS CHIRURGICALES

75° CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

TEXTES PUBLIÉS SOUS LA DIRECTION DE
CLAUDE OLIVIER

Secrétaire général de l'Association française de Chirurgie

MASSON & C^o, ÉDITEURS
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS-VI^e

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS DU THYMUS

par F. LANTIN, L. MICHEL, J. VANDEPERRE, Y. SCHIETTECATTE
et J. M. VERSTRAETEN *

Nous avons observé 12 cas de tumeurs thymiques : 9 femmes et 3 hommes dont 8 cas entre 10 ans et 40 ans. Ces tumeurs sont toujours localisées dans le médiastin antérieur à des niveaux toutefois différents : 6 fois dans le médiastin supérieur, 6 fois dans le médiastin moyen, avec une situation préférentielle soit à droite (6 cas), soit à gauche (5 cas), voire médiane (1 cas).

La symptomatologie clinique. — Elle est fort imprécise. Le plus souvent les malades consultent pour des signes tels que palpitations, douleur de l'hémithorax, fatigue, dyspnée, toux. Ces signes ont entraîné des investigations plus complètes qui permirent de découvrir la tumeur médiastinale. Un examen de routine a permis de découvrir l'affection dans 3 cas. Une dysphagie, une compression de la veine cave supérieure a été observée dans une tumeur néoplasique.

Classification des tumeurs observées. — Nous n'avons pas observé de syndromes associés aux tumeurs thymiques tels que myasthénie, érythroblastopénie, syndrome de Cushing, troubles immunologiques. Après avoir

* Service de Chirurgie P^r agrégé F. LANTIN), Clinique Saint-Michel, 19, rue de Lantshere, 1040 Bruxelles. Service de Pneumologie (P^r J. M. VERSTRAETEN), Clinique Saint-Vincent, 2, St-Vincentiusplein, 9000 Gent.

retenu la classification établie par Friedman en 1967, nous avons finalement opté pour une classification qui nous semble plus complète.

Sur nos 12 tumeurs thymiques : 3 malformations (2 kystes thymiques, 1 hyperplasie simple); 8 thymomes (1 épithélial, 1 mixte, 3 lymphocytaires, 3 hodgkiniens); 1 lymphosarcome.

Classification des tumeurs thymiques

a) Malformations :

- 1) *Kystes thymiques congénitaux.*
- 2) *Thymo-lipomes.*
- 3) *Fibromes, mixomes.*
- 4) *Hypertrophies simples.*

b) Tumeurs thymiques proprement dites (thymomes) :

- 1) *Tumeurs épithéliales (type réticulaire).*
- 2) *Lympho-épithéliales.*
- 3) *Tumeurs lymphocytaires.*
- 4) *Tumeurs à cellules fusiformes.*
- 5) *Tumeurs pseudo séminomateuses.*
- 6) *Tumeurs pseudo hodgkiniennes ou Hodgkin thymique.*

c) Tumeurs thymiques formées d'un seul type cellulaire :

- 1) *Les tumeurs de l'épithélium primordial (de Löwenhaupt). Ce sont les cas des carcinomes thymiques.*
- 2) *Les lymphosarcomes.*

d) Tumeurs tératoïdes :

- 1) *Germinome.*
- 2) *Tératome.*
- 3) *Tératocarcinome.*
- 4) *Embryocarcinome.*
- 5) *Choriocarcinome.*

Evolution des tumeurs thymiques. — Les thymomes lymphocytaires ont une évolution favorable, ils sont le plus souvent bénins. L'exérèse chirurgicale dans les tumeurs encapsulées est simple. Le caractère de malignité est déterminé à l'examen macroscopique avec tendance à l'envahissement des organes voisins. Leur pronostic est réservé mais les traitements actuels font espérer une survie appréciable. Ces malades ont été traités par association de la chirurgie et de la radiothérapie. Un cas de lymphosarcome thymique a été traité chirurgicalement et par radiothérapie; l'évolution a été inespérée puisque le malade est toujours en vie malgré des métastases osseuses.

Technique chirurgicale. — Nos malades ont été opérés par thoracotomie antéro-latérale ou postéro-latérale au bord supérieur de la 4^e ou de la

5^e côte droite ou gauche suivant la localisation de la tumeur; la sternotomie médiane représente peut-être la voie d'abord idéale mais le risque de complications respiratoires et de déhiscence pariétale nous semble toutefois important. Deux fois la médiastinoscopie nous a permis le diagnostic d'affection thymique.

Complications postopératoires. — Nous n'avons pas de décès à déplorer, il faut noter deux cas de phlébite, une parésie transitoire de l'hémi-diaphragme gauche dans un cas où la tumeur refoulait le nerf phrénique gauche. Une malade admise pour mise en place d'un stimulateur externe avait une tumeur thymique. La thoracotomie sous protection d'un stimulateur temporaire permit l'ablation d'une tumeur de 20 cm sur 25 cm puis les électrodes furent implantés sur le myocarde. Les suites opératoires furent simples en dehors d'une ventilation mécanique pendant 12 heures. L'examen histologique confirma le caractère lympho-épithélial bénin de la tumeur chez cette femme de 76 ans.

Conclusions. — Les tumeurs thymiques ne présentent pas beaucoup de difficultés chirurgicales dans les formes encapsulées.

Le caractère bénin ou malin de ces tumeurs repose essentiellement sur l'aspect macroscopique des lésions. La malignité est surtout locale, lorsque la tumeur envahit les structures voisines après avoir effondré sa capsule.

L'atteinte des ganglions sus-claviculaires, du foie, les métastases à distance sont rares.

Le diagnostic étiologique est difficile et les pathologistes ne donnent pas toujours la même interprétation des lésions.

Le pronostic des thymomes bénins est très favorable; celui des thymomes malins est plus réservé et dépend du degré d'envahissement des organes de voisinage.

Les lymphosarcomes du thymus et les thymomes « hodgkiniens » doivent, selon nous, être considérés comme un stade initial dans l'évolution de la maladie et l'atteinte du système réticulo-endothélial.

Dans ces affections, la radiothérapie associée à la chirurgie apporte une guérison apparente ou tout au moins une rémission de longue durée.