

Chirurgie des CBNPC Localement avancés

Dr Achour K.

Stades des CNPC opérés

Stade	Algérie (Alger 2000)	USA (Mountain 1986)	Japon (Naruke1997)
0	0	--	3
Ia (T1N0)	0	591	403
Ib (T2N0)	75	1012	396
IIa (T1N1)	0	19	87
IIb (T2N1,T3N0)	97	397	354
IIIa	142	578	580
IIIb	153	--	233
Total	479	2397	2055

CBNPC « LOCALEMENT AVANCES »

- ENVAHISSEMENT DES STRUCTURES DE VOISINAGE PAR LA TUMEUR PULMONAIRE
- CONSIDERES COMME NON CHIRURGICAUX

- **LE CBNPC EST LE CANCER**
 - QUI TUE LE PLUS CHEZ L'HOMME
 - 3° POSITION CHEZ LA FEMME APRES SEIN , COLO-RECTAUX
- **ARMES THERAPEUTIQUES**
 - **CONTRÔLE LOCAL**
 - CHIRURGIE
 - RADIOTHERAPIE
 - **CONTRÔLE LOCAL ET A DISTANCE**
 - CHIMIOOTHERAPIE
- **LE CBNPC EST UN CANCER CHIRURGICAL**

Les résections élargies (N=104/479)

Pneumonectomies (N=51)

• T3.....	24
» Paroi	22
» Péricarde	2
• T4.....	27
» Intra péricardique	11
» OG	7
» Carène	5
» Esophage	3
» Aorte	1

Les lobectomies, bi lobectomies, Wedges (N=53)

• T3.....	53
» Paroi	48
» Diaphragme	5

Classification de Mountain (1997)

- A visée pronostique
- Basée sur extension anatomique
- Permet codification thérapeutique
- Nécessite d'aménagements, pour mieux codifier les indications chirurgicales

Extension Tumorale (T)

- T1:
 - Ø < 3 cm, sans atteinte BS, sauf Kc superficiels
- T2
 - Ø > 3 cm,
 - Envahissant plèvre viscérale
 - Atélectasie ou pneumonie obstructive, s'étendant au hile, mais pas à tout le poumon
- T3:
 - ∇ Ø envahissant par contiguïté
 - La BS à < 2 cm de la carène sans envahissement de cette dernière
 - Paroi thoracique (incluant le Pancost Tobbias)
 - Le diaphragme, La plèvre médiastine et/ou le péricarde
 - Atélectasie ou pneumonie obstructive, s'étendant à tout le poumon
- T4 :
 - ∇ Ø envahissant l'un ou plusieurs des éléments suivants
 - Médiastin, cœur, gros vaisseaux
 - Trachée, Carène, Œsophage, Corps vertébral
 - Epanchement malin pleural ou péricardique
 - Nodule tumoral satellite dans le même lobe que celui qui porte la tumeur

Envahissement Ganglionnaire (N)

- N0 Absence d'atteinte ganglionnaire (curage complet)
- N1 Atteinte des ganglions Hilaires
 - Ganglions lobaires
 - Ganglions hilaires
- N2 Atteinte des ganglions médiastinaux homolatéraux
 - Mode diagnostic
 - Nombre de ganglions atteints
 - Nombre de chaînes ou de niveaux atteints
 - Topographie
 - La qualité du curage systématique
 - L'importance de l'envahissement tumoral
- N3 Atteinte des ganglions
 - Médiastinaux homolatéraux
 - Sus claviculaires homo ou controlatéraux

Stratification

Présence de métastases à distance (M)

- Cérébrales
- Surenaliennes
- Autres

• Stade I.....	Ia : T1N0	60 %
	Ib : T2N0	40 %
• Stade II.....	Ila : T1N1	34%
	Iib : T2N1	24%
	T3N0	22%
• Stade III.....	IIla : T3N1 , T(1-3)N2	15%
	IIlb : N3T(1-3), T4N(0-3)	3%
• Stade 4	Présence métastases	1%

LES CBNPC LOCALEMENT AVANCES

• II B :	T3N0	22%
	Péricarde	
	Diaphragme	
	Paroi	
• III A :	T3N1 , T(1-3)N2	15%
	N1	
	N2	
• III B :	T4N(0-2)	3%
	Carène	
	Oreillette Gauche	
	Veine cave supérieure	
	Aorte	
	Oesophage	

Stage 1 (Survie à 5 ans)

Séries	Nb de patients	% survie à 5 ans
Martini et al	128	72
Williams et al	461	71
Téramachi et al	121	71
Mountain et al	725	68
Naruke et al	536	65
Mountain et al	865	63,5
Shimizu et al	288	61,7
Bulzebruck et al	272	55
Moyenne		64,6

Stage 2 (Survie à 5 ans)

Séries	Nb de patients	% survie à 5 ans
Mountain et al	255	51
Mountain et al	317	43
Naruke et al	221	42,9
Martini et al	214	39
Bulzebruck et al	272	29
Moyenne		41,2

Qu'est-il du Stade 3 ?

• **Stade 3a**

- T3 N1
- T (1à3) N2

• **Stade 3b**

- T4 N (1à3)
- T(1à3) N3

Chirurgie des N2 (Stades 3a)

- mN2 15 à 30 %
- cN2 < 10 %

TRAITEMENT DU N2

- Nécessite d'une histologie pour poser une CI sur la base d'une adénomégalie
- N2 cliniques :
 - Chirurgie puis adjuvant: sites 4, 5, 7
 - Chimiothérapie Néo adjuvante puis Chirurgie.
 - Radiothérapie

Chirurgie des T4 (Stades 3b)

Atteinte de la carène (Abott 1950)

Mathisen	19%
Deslauriers	23%
Regnard	46%
Jensik	15%

Chirurgie des T4 (Stades 3b)

Extension à la Veine Cave Supérieure

Levasseur.....	19%
----------------	-----

Extension à l'Oreillette Gauche

Levasseur	16%
Naruke	22%

Chimiothérapie néo adjuvante

- Chirurgie isolée ne maîtrise pas tous les stades 3
- La CT d'induction augmente la résecabilité
- Mortalité et morbidité acceptable

TRAITEMENT D'INDUCTION ET CHIRURGIE

Auteur	Shemas Thérap.	N. cas	résecab. (taux)	Médiane (mois)	survie 3 ans
• Rosell	Chirurgie d'emblée	30	90%	8,0	0
	Induction	29	85%	26	29
• Roth	Chirurgie d'emblée	32	66 %	11	15
	Induction	28	61%	64	56
• Pass	Chirurgie d'emblée	14	86%	15,6	23
	Induction	13	85%	28,7	50

N = 17 Patients

SEXE : 17 HOMMES

AGE

40-49	3
50-59	9
60-70	5

REPARTITION PAR ANNEE

1996	1 (N3 OPERE APRES CT/RT)
1997	2
1998	2
1999	6
2000	6 (POUR LES 3 PREMIERS MOIS)

Le stade 3 et la chirurgie

- **Stade 3a** **Chirurgie d'emblée**
 - T3 N1 M0 15-40% à 5 ans
 - T1à3 , mN2 M0 15-38% à 5 ans
 - T4₁ N0 M0 10-20% à 5 ans
- **Stade 3b** **Chirurgie adjuvante**
 - T4₁ cN2 M0 29-50% à 3 ans
 - T1à4₁ cN2 M0 29-50% à 3 ans
- **Stade 3c** **Chirurgie de rattrapage ?**
 - T4₂ N0à3 M0 3% à 5 ans
 - T1à4₁ N3 M1 1% à 5 ans

Conclusion

- Nécessite d'un consensus sur la prise en charge des CNPC « localement avancés »
- Nécessité d'un cadre multidisciplinaire : colloques , filières , comités, circuits (patients communs , évaluation commune) pour la prise en charge des CNPC « localement avancés »
- Progrès en terme de survie ne peuvent venir que de l'association des différentes armes thérapeutiques
- **Continuer la lutte contre le tabac**