



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

# Facteurs pronostiques cliniques et paracliniques dans la chirurgie du cancer du poumon non à petites cellules



*Clinical and paraclinical prognostic factors in non-small cell lung cancer surgery*

M. Riquet<sup>a,\*</sup>, C. Rivera<sup>a</sup>, C. Pricopi<sup>a</sup>, A. Badia<sup>a</sup>,  
A. Arame<sup>a</sup>, A. Dujon<sup>c</sup>, C. Foucault<sup>a</sup>,  
F. Le Pimpec-Barthes<sup>a</sup>, E. Fabre<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie thoracique, hôpital européen Georges-Pompidou, université Paris Descartes, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

<sup>b</sup> Service d'oncologie médicale, hôpital européen Georges-Pompidou, université Paris Descartes, 75015 Paris, France

<sup>c</sup> Service de chirurgie thoracique, centre médico-chirurgical du Cèdre, 76230 Bois-Guillaume, France

Disponible sur Internet le 24 août 2015

## MOTS CLÉS

Chirurgie  
pulmonaire ;  
Cancer du poumon  
non à petites  
cellules ;  
Facteurs  
pronostiques clinique  
et paraclinique

## Résumé

**Introduction.** — Le pronostic du cancer bronchique est essentiellement basé sur le TNM, l'histologie et la biologie moléculaire. Notre propos a été d'analyser la valeur pronostique de certaines données cliniques et paracliniques.

**Patients et méthodes.** — Nous avons étudié, chez 6105 patients opérés répartis en 3 périodes de temps (1979 à 2010), les facteurs pronostiques suivants : type de chirurgie, pTNM, histologie, âge, sexe, tabagisme, antécédents, contexte clinique et paraclinique.

**Résultats.** — La mortalité postopératoire était de 4% (243/6105), le taux des complications de 23,3% (1424/6105). Le taux de la survie globale était de 43,2% à 5 ans et de 27% à 10 ans. Les meilleures survies étaient observées après exérèse complète (R0) ( $p < 10^{-6}$ ), lobectomies ( $p < 10^{-6}$ ), curage ganglionnaire ( $p = 0,0006$ ), petits stades du pTNM ( $p < 10^{-6}$ ), absence d'une composante solide dans les adénocarcinomes. D'autres facteurs étaient péjoratifs : sexe masculin ( $p = 10^{-5}$ ), âge ( $p = 0,0000002$ ), comorbidité ( $p = 0,016$ ), antécédents de cancer ( $p < 10^{-5}$ ), complications postopératoires ( $p = 0,0018$ ), VEMS inférieur à 80% ( $p = 0,0000025$ ), périodes

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [marc.riquet@egp.aphp.fr](mailto:marc.riquet@egp.aphp.fr) (M. Riquet).

de temps ( $p < 10^{-6}$ ). Tous ces facteurs étaient confirmés par l'analyse multivariée, sauf le sexe. Le tabagisme qui n'était pas facteur de mauvais pronostic en analyse univariée ( $p = 0,09$ ), le devenait en multivariée (0,013).

*Conclusion.* — Des facteurs médicaux et humains, l'état général et physiologique, jouent un rôle, important dans le pronostic après chirurgie. On ne connaît pas leur signification exacte et, à l'instar des études sur la chimiothérapie, ils justifieraient des recherches particulières.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Lung surgery;  
Non-small cell lung  
cancer;  
Clinical and  
paraclinical  
prognostic factors

## Summary

*Introduction.* — Lung cancer prognosis is mainly based on the TNM, histology and molecular biology. Our aim was to analyze the prognostic value of certain clinical and paraclinical variables.

*Patients and methods.* — We studied among 6105 patients operated on, divided during 3 time-periods (1979 to 2010), the following prognostic factors: type of surgery, pTNM, histology, age, sex, smoking history, clinical presentation, and paraclinical variables.

*Results.* — Postoperative mortality was 4% (243/6105), rate of complications was 23.3% (1424/6105). The 5-year overall survival was 43.2% and 10-year was 27%. Best survival was observed after complete resection (R0) ( $P < 10^{-6}$ ), lobectomy ( $P < 10^{-6}$ ), lymph node dissection ( $P = 0.0006$ ), early pTNM stages ( $P < 10^{-6}$ ), absence of a solid component in adenocarcinoma. Other pejorative factors were: male gender ( $P = 10^{-5}$ ), age ( $P = 0.0000002$ ), comorbidity ( $P = 0.016$ ), history of cancer ( $P < 10^{-5}$ ), postoperative complications ( $P = 0.0018$ ), FEV lower than 80% ( $P = 0.0000025$ ), time-periods ( $P < 10^{-6}$ ). All these factors were confirmed by multivariate analysis, except gender. Smoking was not poor prognostic factor in univariate analysis ( $P = 0.09$ ) but became significant in the multivariate one ( $P = 0.013$ ).

*Conclusion.* — Medical and human factors, and the general physiological state, play an important role in prognosis after surgery. We do not know their exact meaning and, like studies on chemotherapy, they justify special research.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Le pronostic du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) dépend avant tout des possibilités thérapeutiques permises par le stade auquel il est découvert. Les stades, cliniques et pathologiques, sont définis dans la septième classification internationale officialisée en 2010, et le pronostic est essentiellement basé sur le TNM [1]. Les patients accessibles à un traitement chirurgical, le plus souvent de petits stades, ont, toujours à notre époque, le meilleur pronostic. Une huitième classification TNM est en cours [2]. Des facteurs influençant le traitement (thérapeutiques ciblées), et donc le pronostic, ont vu le jour durant la dernière décennie, et ainsi, l'histologie [3] et la biologie des cellules tumorales [4,5] se sont progressivement imposées comme facteurs importants du pronostic. À côté de ces derniers directement en rapport avec le CBNPC lui-même, des facteurs plus généraux interviennent, notamment l'âge [6] et le sexe [7]. Notre propos a été d'attirer l'attention sur l'importance que peuvent avoir certains autres facteurs cliniques et paracliniques.

## Patients et méthodes

Nous avons revu les données concernant les patients opérés d'un CBNPC dans deux centres de chirurgie

thoracique de 1979 à 2010 et entrées prospectivement dans une base commune. Le bilan préopératoire comportait une radiographie des poumons, une fibro-bronchoscopie, une tomodensitométrie thoracique (TDM), des épreuves fonctionnelles respiratoires, une scintigraphie pulmonaire de perfusion, la recherche de métastases à distance, et une TEP-TDM pour les patients pris en charge au cours des six dernières années. Une médiastinoscopie n'avait été réalisée que pour éliminer un éventuel N3 ou pour confirmer une atteinte N2 chez des patients pressentis pour un traitement néoadjuvant. Les patients N3 et/ou avec des métastases systémiques étaient contre-indiqués pour la chirurgie. Des curages ganglionnaires ont été réalisés à partir d'avril 1984. La dernière classification TNM internationale a été utilisée [1] et les différentes tumeurs répertoriées selon la classification WHO [8]. Les informations concernant la survie ont été obtenues à partir des dossiers et des consultations, ou par un formulaire adressé aux pneumologues ou aux médecins traitants, ou encore par des renseignements obtenus auprès des mairies de naissance, via l'officier d'état civil. L'événement principal a été la survie à long terme définie comme l'intervalle existant entre la date de l'opération et celle du décès ou des dernières nouvelles à la date de l'étude. La durée moyenne du suivi a été de  $72,8 \pm 48$  mois. Les courbes actuarielles de survie ont été estimées par la méthode de Kaplan-Meier. Les

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419362>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419362>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)