



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Chirurgie du cancer bronchique sur poumon unique

Lung cancer surgery in a single-lung

F. Le Pimpec Barthes^a, C. Rivera^a, E. Fabre^b,
A. Arame^a, C. Pricopi^a, A. Badia^a, C. Foucault^a,
A. Dujon^c, M. Riquet^{a,*}

^a Service de chirurgie thoracique, hôpital européen Georges-Pompidou, université Paris Descartes, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

^b Service d'oncologie médicale, hôpital européen Georges-Pompidou, université Paris Descartes, 75015 Paris, France

^c Service de chirurgie thoracique, centre médico-chirurgical du Cèdre, 76230 Bois-Guillaume, France

MOTS CLÉS

Cancer du poumon métachrone ;
Chirurgie ;
Pneumectomie ;
Survie à long terme

Résumé

Introduction. – La découverte d'un deuxième cancer du poumon chez un patient ayant un antécédent de cancer bronchique n'est plus une rareté. Aussi, il est possible d'observer une nouvelle localisation chez un patient ayant été pneumectomisé. La chirurgie reste le meilleur des traitements. Notre propos a été de faire un point sur ce sujet.

Méthode. – Parmi 5611 malades opérés dans notre centre, 186 (3,3%) présentaient un cancer métachrone et 17 étaient survenus chez des pneumectomisés (0,7% des pneumectomies et 0,2% des CBNPC traités dans notre service). L'intervention était à visée diagnostique et thérapeutique dans 88% des cas ($n=15$).

Résultats. – Il s'agissait de 16 hommes et 1 femme, d'âge moyen 62,5 ans, tous tabagiques (11 non sevrés). Six présentaient d'autres antécédents médicaux. Le VEMS moyen était de 52% (extrêmes 35 à 95%). Les exérèses consistaient en 2 lobectomies, 4 segmentectomies et 11 résections atypiques. Il n'y eut aucun décès postopératoire, mais 2 complications. L'histologie du premier et du deuxième cancer était identique chez 11 patients. Tous les patients étaient pN0 après traitement du deuxième cancer. La survie à long terme, (médiane 33 mois) était de 35,3% à 5 ans et de 14,1% à 10 ans. Deux patients étaient pN2 après pneumectomie pour leur premier cancer. Les patients ayant eu une lobectomie supérieure droite pour traitement de leur deuxième cancer ont vécu plus de 5 ans.

* Auteur correspondant.

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

KEYWORDS

Metachronous lung cancer;
Surgery;
Pneumonectomy;
Long-term survival

Conclusion. – La chirurgie d'exérèse pour cancer bronchique sur poumon unique est accompagnée d'une morbidité acceptable. Une survie prolongée peut être obtenue chez des patients bien sélectionnés.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. – The diagnosis of a second lung cancer in a patient with a previous medical history of lung cancer is no longer a rarity. Also, it is possible to observe a new location in a patient who underwent pneumonectomy in the past. Surgery remains the best treatment. Our objective was to overview this subject.

Patients and methods. – Among 5611 patients operated in our institution, 186 (3.3%) had metachronous cancer and 17 had previous pneumonectomy (0.7% of pneumonectomies and 0.2% of NSCLC treated in our department). The procedure was diagnostic and therapeutic in 88% of cases ($n = 15$).

Results. – There were 16 males and 1 female, mean age was 62.5-years. All were smokers (11 were former smokers) and 6 had other medical history. Mean FEV was 52% (range 35–95%). Types of resection were 2 lobectomies, 4 segmentectomies, and 11 wedge resections. There were no postoperative deaths, but two complications. Histological subtype of the first and second cancer was the same in 11 patients. All patients were pN0 after second surgery. The long-term survival (median 33 months) was 35.3% at 5-years and 14.1% at 10-years. Two patients treated with pneumonectomy for their first cancer were pN2. Patients who underwent upper right lobectomy for treatment of their second cancer survived longer than 5-years.

Conclusion. – Surgical resection for lung cancer on single-lung is associated with acceptable morbidity and mortality. Prolonged survival can be achieved in selected patients.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La découverte d'un cancer du poumon chez un patient ayant un cancer d'un autre organe ou un antécédent de cancer bronchique n'est plus une rareté [1]. Dans un tel contexte, selon que l'on considère les données fournies par les registres du cancer, les séries d'autopsie ou les séries chirurgicales, la survenue d'un nouveau cancer bronchique non à petite cellule (CBNPC) se voit chez 0,8 à 14,5% des patients déjà traités avec succès pour CBNPC [1]. Le risque de voir survenir un CBNPC métachrone est d'autant plus élevé que le cancer initialement opéré était à un stade précoce et la fréquence de cette survenue a été estimée entre 1 et 5% par an [1]. Cette fréquence augmenterait avec le temps : elle était de 3% dans les années 1980 et a triplé depuis (9% de 2000 à 2009) [1]. Aussi, il est possible d'observer une nouvelle localisation chez un patient ayant été pneumonectomisé. La chirurgie reste le moins mauvais des traitements des CBNPC et, bien que rare, cette localisation au poumon restant ne déroge pas à cette règle. Les deux premiers cas de cancer observé sur poumon unique ont été rapportés par Hughes et Blades en 1961 : l'un des patients avait pu être opéré par une segmentectomie du lobe supérieur droit [2]. Shields et al. rapportèrent (en 1964) 2 nouveaux cas traités par chirurgie dont l'un eut une lobectomie inférieure droite : malheureusement, ce dernier patient mourut durant la période postopératoire [3]. La première série de cancers bronchiques sur poumon unique traités par chirurgie fut rapportée par Kittel et al. en 1985 et comportait 15 patients. Ces auteurs avaient alors retrouvé huit cas dans

la littérature (dont les 3 cas précédents) [4]. Notre propos a été de refaire le point sur ce sujet à partir de notre expérience et des données actuelles de la littérature.

Patients et méthodes

Nous avons revu les données de patients opérés d'une pathologie tumorale dans deux centres de chirurgie thoracique de janvier 1985 à décembre 2010 et entrées prospectivement dans une base commune. Le bilan préopératoire comportait une radiographie des poumons, une fibro-bronchoscopie, une tomодensitométrie 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 confirmer une atteinte N2 chez des patients pressentis pour un traitement néo-adjuvant. Les patients N3 ou avec des métastases systémiques étaient contre-indiqués. La dernière classification TNM internationale a été utilisée [5] et les tumeurs répertoriées selon la classification WHO [6]. 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

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419425>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419425>

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