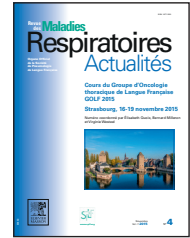


Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Chirurgie thoracique vidéo assistée dans le cancer bronchique non à petites cellules

Video-assisted thoracoscopic surgery for non-small cell lung cancer

S. Renaud^{1,2}, A. Olland^{1,3}, P.-E. Falcoz¹,
J. Reeb¹, N. Santelmo¹, G. Massard^{1,3,*}

¹Service de chirurgie thoracique, nouvel hôpital civil, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, 67000 Strasbourg, France

²EA 3430 : Progression tumorale et micro-environnement. Approches translationnelles et épidémiologie, 3, avenue Molière, bâtiment U1113 - site de l'hôpital de Hautepierre, 67200 Strasbourg, France

³EA 7293 : stress vasculaire et tissulaire en transplantation, institut d'immunologie et d'hématologie, faculté de médecine, 1, place de l'Hôpital, 67000 Strasbourg, France

MOTS CLÉS

Vidéothoroscopie ;
Cancer bronchique ;
Lobectomie

Résumé

Introduction – La thoracotomie était considérée comme la voie d'abord de référence pour la lobectomie. Cependant, les techniques vidéo assistées, dites « VATS » (*Video-Assisted Thoracoscopic Surgery*), offrent une alternative utilisée de façon rapidement croissante. État des connaissances : Les techniques VATS sont actuellement indiquées dans les cancers bronchiques de stade I. Leur utilisation est associée à une diminution de la morbidité postopératoire, permettant leur intégration dans des programmes de récupération rapide, dits « *FastTrack* ». La durée d'hospitalisation est réduite de façon significative. Ces techniques respectent les règles de résection oncologique, et notamment le curage ganglionnaire complet est réalisable. La VATS semble également être associée à une meilleure survie sans récurrence, comme globale.

Perspectives – Du fait des avantages de cette voie d'abord, les résections pulmonaires par VATS pourraient à l'avenir s'étendre aux stades II et IIIA, aux pathologies pulmonaires bénignes, mais également à la chirurgie des métastases.

Conclusion – La VATS, de par ses nombreux bénéfices, est en voie de se positionner comme technique de référence pour les cancers bronchiques de stade I.

© 2015 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gilbert.massard@chru-strasbourg.fr (G. Massard).

KEYWORDS

Video-assisted
thoracoscopic
surgery;
Lung cancer;
Lobectomy

Abstract

Introduction – Thoracotomy has been considered as the gold standard approach for lobectomy. However, the number of procedures performed by video-assisted approach (VATS) has steadily increased during the recent years.

State of the art: VATS approach for lobectomy is so far validated for stage I lung cancer. VATS lobectomies are associated with less post-operative morbidity, lower hospital stay, allowing their integration into “fast track” recovery programs. VATS complies to oncologic resection rules, allowing a complete lymphadenectomy. Furthermore, it seems that VATS lobectomies are linked to better overall survival and recurrence free survival.

Perspectives – Owing to its many advantages, VATS pulmonary resections could be extended in the future to more advanced stages, benign pulmonary diseases, as well as lung metastasectomy.

Conclusion – Because of its many advantages, VATS lobectomy can be regarded as the gold standard approach for stage I lung cancer surgery.

© 2015 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'évolution générale de la chirurgie au cours de la dernière décennie est marquée par une franche tendance vers la miniaturisation des voies d'abord. La chirurgie dite « mini-invasive » a de nombreux avantages dans la plupart des spécialités chirurgicales. En effet, elle diminue le traumatisme opératoire, de sorte que la douleur postopératoire et le taux de morbidité se trouvent réduits. De plus, ces techniques permettraient également de diminuer le pourcentage de douleur chronique, ainsi que d'améliorer la récupération fonctionnelle. Enfin, elles auraient également un impact socio-économique en réduisant non seulement la durée d'hospitalisation, mais également la durée d'inaptitude.

Bien que ces techniques aient mis du temps à investir le champ de la chirurgie thoracique, la *Video-Assisted Thoracoscopic Surgery*, dite « VATS » ou vidéothoracoscopie, est aujourd'hui le quotidien de bon nombre d'équipes chirurgicales pour la réalisation, entre autres, de résections pulmonaires réglées. La VATS s'est substituée progressivement à la thoracotomie, voie de référence, pour les tumeurs périphériques de moins de 5 cm [1]. Elle est le plus souvent réalisée sous la forme de trois incisions ; deux d'entre elles sont centimétriques, la troisième incision dite « utilitaire », permettant en fin d'intervention l'extraction de la pièce opératoire, mesure 4 cm. L'exérèse de base reste, comme en chirurgie ouverte, la lobectomie ; le nombre de segmentectomies anatomiques est croissant. Dans le cadre de la chirurgie carcinologique, leur application doit bien entendu honorer les mêmes critères de qualité que la chirurgie ouverte classique, à savoir un contrôle local, ainsi que des survies globales et sans progression au moins identiques.

Évolution des lobectomies vidéo assistées dans le monde

Il y a quelques années encore, la thoracotomie était considérée comme la voie d'abord de référence pour la chirurgie des cancers bronchiques [1]. En effet, bien que la première thoracoscopie chirurgicale fût rapportée en 1910 par Hans

Christian Jacobeus [2], il a fallu attendre le début des années 1990, suite notamment à la première description de lobectomie par VATS par Robert McKenna en 1994 [3], pour que les techniques VATS se positionnent dans la prise en charge des cancers bronchiques [4]. En Amérique du Nord, la *Society of Thoracic Surgeons* rapportait à partir de leur base de données nationale que la proportion de lobectomies effectuées par technique VATS passait de 10 % en 2002 à près de 30 % en 2007 [5]. La place prépondérante que sont en train de prendre les résections pulmonaires par VATS dans le traitement des cancers bronchiques a également été observée en Europe. Ainsi, à titre d'exemple, le pourcentage de lobectomie VATS réalisées au Danemark, sur la base du *Danish Lung Cancer Registry*, a quasiment triplé entre 2007 et 2011, passant de 20 % à près de 55 % [6]. La France n'est pas en reste, puisque selon les données de la base de données nationales Epithor, le pourcentage de lobectomies mini-invasives était inférieur à 1 % en 2003, et atteignait près de 14 % en 2012 [7].

Population cible

Les techniques mini-invasives ne s'adressent pas à l'ensemble des malades atteints de cancer bronchique, et les patients susceptibles de bénéficier de cette technique doivent être rigoureusement sélectionnés, afin de limiter les complications per et postopératoires. Les règles oncologiques établies pour la chirurgie ouverte doivent être honorées : résection anatomique complète avec éventuel élargissement en monobloc associée à un curage ganglionnaire complet. Ainsi, les critères suivants de sélection semblent admis par la communauté chirurgicale : tumeurs de stade I après évaluation par TEP-TDM complétée selon le cas par une exploration ganglionnaire invasive (médiastinoscopie ou EBUS), diamètre inférieur à 5 cm, topographie périphérique (à fibroscopie bronchique normale) [8-10]. En début d'expérience, il est préférable de sélectionner des patients présentant des scissures complètes au scanner. Cependant, avec l'expérience croissante et l'application des techniques dites « *Fissureless* », les scissures incomplètes ne sont plus une limite technique [11]. Du fait

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215473>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215473>

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