



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Cancers bronchiques non à petites cellules opérables : voies d'abord et techniques chirurgicales en 2014

Non small-cell lung cancer: Surgical approaches and techniques in 2014

X.-B. D'Journo, C. Doddoli, B. Orsini, D. Trousse, P. A. Thomas*

Chirurgie thoracique, hôpital Nord, chemin des Bourrely, 13015 Marseille Cedex ; Aix-Marseille université, 13000 Marseille, France

MOTS CLÉS

Cancer du poumon ;
Chirurgie ;
Abords mini-invasifs ;
Exérèses
conservatrices

Résumé

Les exérèses pulmonaires pour cancer bronchique non à petites cellules reposent sur une résection anatomique adaptée à la taille et à la topographie de la tumeur pour permettre une résection histologiquement complète, associée systématiquement à une lymphadénectomie. Depuis les dernières recommandations de la Société française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (SFCTCV) en 2009, on constate l'évolution des pratiques concernant les voies d'abord et l'étendue des résections parenchymateuses. Les voies d'abord tendent vers une chirurgie minimalement invasive, notamment dans le traitement des tumeurs de stades précoces. Ces approches incluent la chirurgie thoracique vidéo-assistée (CTVA), la chirurgie robotique et la chirurgie à trocart unique. On constate aussi le renouveau des résections infralobaires anatomiques, ou segmentectomies, largement utilisées il y a un demi-siècle pour le traitement de la tuberculose, en conséquence du diagnostic plus précoce des cancers du poumon, alors que des politiques nationales de dépistage s'organisent en Amérique du Nord et en Europe. On observe enfin l'augmentation du nombre de lésions en verre dépoli qui correspondent souvent à des adénocarcinomes peu invasifs. Les techniques d'exérèses conservatrices (lobectomie bronchoplastique et/ou angioplastique) permettent dans certaines conditions d'éviter la pneumonectomie. Enfin l'intérêt du curage systématique par rapport à l'évaluation ganglionnaire a été récemment remis en question dans des groupes de patients sélectionnés pour des tumeurs de stade précoces.

© 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pathomas@ap-hm.fr (Pascal Alexandre Thomas).

KEYWORDS

Non small lung cancer; Surgery; Minimally invasive approaches

Abstract

Lung surgery for non-small cell lung cancer (NSCLC) is currently based on anatomical pulmonary resections tailored to tumor size and tumor location in order to achieve a complete resection associated to a lymphadenectomy. Since the last guidelines of the French society of thoracic and cardiovascular surgery (FSTCVS) in 2009, we have faced the development of new surgical techniques of approaches and parenchymal resections. Surgical approaches are moving toward minimally invasive procedures especially for early stage tumors. These surgical approaches include video-assisted thoracic surgery (VATS), robotic-assisted thoracic surgery (RATS) and single-port surgery. Limited, so-called sublobar, resections (segmentectomy) have been revived from the old times of tuberculosis surgery, and are expected to increase with the high proportion of lung abnormalities detected with low-dose spiral computed tomography scan such as small nodules and ground glass opacities along with the implementation of screening programs. Conservative surgical resections (angio and/or bronchoplastic lobectomies) have been refined to allow avoidance of pneumonectomy. At last, benefits of a systematic lymphadenectomy compared to sampling have been put back into question in a subgroup of patients with early stage cancer.

© 2014 SPLF. Published by Elsevier Masson SASS. All rights reserved.

Introduction

Depuis la parution des *Pratiques chirurgicales dans le traitement du cancer primitif non à petites cellules du poumon* (CBNPC) éditées en 2009 par la SFCTCV [1,2], certaines nouvelles données de la littérature concernant les voies d'abord et les techniques d'exérèse ont été publiées permettant de préciser certains points encore débattus.

L'exérèse pulmonaire standard repose sur une résection anatomique adaptée à la taille et à la topographie de la tumeur pour permettre une résection histologiquement complète associée à une lymphadénectomie. Si la thoracotomie reste la référence, les voies d'abord se sont « miniaturisées » et tendent actuellement vers une chirurgie minimalement invasive, notamment dans la prise en charge des tumeurs de stades précoces. Ces approches incluent la chirurgie thoracique vidéo-assistée (CTVA), la chirurgie robotique (*robotic-assisted thoracic surgery* ou RATS) et la chirurgie à trocart unique.

L'étendue de la résection parenchymateuse a toujours été un compromis entre l'impératif carcinologique d'une résection complète et ses conséquences fonctionnelles respiratoires préservant la qualité de vie de l'opéré. Le renouveau des résections infralobaires anatomiques (segmentectomie) correspond à l'augmentation du nombre de tumeurs de petite taille et des lésions en verre dépoli détectées par les scanners millimétriques réalisés dans le cadre du dépistage chez des patients à risque. Les techniques d'exérèses conservatrices (lobectomie bronchoplastique et/ou angio-plastique) permettent dans certaines conditions d'éviter la pneumonectomie. Enfin, l'intérêt du curage systématique par rapport à l'évaluation ganglionnaire a été récemment remis en question dans des groupes de patients extrêmement sélectionnés pour des tumeurs de stade précoces.

Cette revue est une réactualisation des bonnes pratiques chirurgicales pour la prise en charge du CBNPC sur les voies d'abord et les techniques d'exérèses.

Voies d'abord chirurgicales en 2014**Rappel des bonnes pratiques chirurgicales éditées par de la SFCTCV en 2009**

Dans la chirurgie du CBNPC, la voie d'abord traditionnelle reste la chirurgie ouverte qui tend néanmoins à être remplacée par la CTVA. En 2009, dans les recommandations de la SFCTCV [1,2], apparaissait déjà la possibilité pour des stades précoces de chirurgie minimalement invasive. Actuellement, l'abord chirurgical de référence reste la chirurgie conventionnelle représentée par la thoracotomie postéro-latérale avec ou sans épargne musculaire et la thoracotomie axillaire. Ces voies d'abord offrent une large vision du champ opératoire, et autorisent dans des conditions de confort et de sécurité optimales les extensions éventuellement nécessaires à l'exérèse tumorale. Elles sont cependant classiquement associées à une importante douleur post-opératoire et altèrent substantiellement les performances ventilatoires ainsi que la mobilité scapulo-humérale [1,2].

La comparaison des thoracotomies entre elles souffre du faible nombre d'études contrôlées, de leur faible puissance, et de biais méthodologiques parfois importants tels que le fait que les populations étudiées n'aient pas été constituées exclusivement de patients porteurs d'un CBNPC, de la multitude des gestes d'exérèse pulmonaire réalisés, des multiples variantes de thoracotomies d'épargne musculaire effectuées, de l'inévitable évaluation en simple aveugle dans le meilleur des cas, ou du fait que le chirurgien différait dans les deux groupes [3-8]. Les règles de bonnes pratiques de la SFCTCV peuvent être résumées ainsi :

Les thoracotomies d'épargne musculaire diminuent la douleur post-opératoire précoce mais sont équivalentes à la thoracotomie postéro-latérale (TPL) en termes de récupération de la fonction pulmonaire et d'altération de la mobilité de l'épaule homolatérale ou de la force musculaire

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215549>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215549>

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