



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

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



## APPROCHE THÉRAPEUTIQUE DES CBNPC RÉSECABLES

# Les indications chirurgicales limites dans le cancer pulmonaire non à petites cellules

Borderline surgical indications in non-small cell lung cancer

Article rédigé par S. Chelabi (Paris)\*, d'après la communication de L. Brouchet (Toulouse)<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de chirurgie thoracique, CHU Toulouse, Hôpital Larrey,  
24 chemin de Pouvoirville, TSA 30030, 31059 Toulouse cedex 9, France

### MOTS CLÉS

Opérabilité restreintes ;  
Résécabilité douteuse ;  
Indication chirurgicale limite ;  
Réunion de concertation pluridisciplinaire

### KEYWORDS

Restricted operability;  
Doubtful resectability;

### Résumé

L'approche chirurgicale est le traitement apportant la meilleure survie aux patients présentant un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC). Cependant, la découverte tardive des tumeurs rend un traitement chirurgical parfois complexe voire impossible. Cette complexité met en lumière la nécessité d'une prise en charge globale. Trois situations chirurgicales complexes se distinguent particulièrement dans le champ des indications chirurgicales limites. D'abord, l'opérabilité restreinte, pour laquelle la complexité est intrinsèque au patient avec la présence d'une contre-indication anesthésique, le plus souvent cardiovasculaire ou respiratoire. Ensuite, la résécabilité douteuse pour laquelle la complexité est intrinsèque à la tumeur et tient à l'envahissement local de la tumeur (paroi, organes médiastinaux). Enfin, l'indication discutée pour laquelle la conduite à tenir n'est pas formellement établie (tumeur résécable avec métastase unique, tumeur T4 et/ou N2). Le pronostic global de ces tumeurs est globalement sombre. Une discussion argumentée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) doit s'articuler autour du chirurgien thoracique pour la prise d'une décision personnalisée.

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

### Abstract

Radical therapy is the treatment with the best global survival in patients with non small-cell lung cancer (NSCLC). Nevertheless, a late discovery of tumors makes the surgery complex, indeed practically impossible. Three different cases occur: restricted operability, which is a patient issue (cardiovascular or respiratory surgical risk). Then, doubtful resectability, which is a tumor issue (invasion of mediastinal organs). Finally, discussed surgical indications (tumor with single metastasis, tumor T4 and/or N2).

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chelabi.samy@laposte.net (Samy Chelabi).

Discussed surgical indications;  
Multidisciplinary meetings

Overall prognosis of these tumors is poor. Multidisciplinary meetings are fundamental and the presence of a thoracic surgeon is needed in order to take a personalized decision.

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

## Introduction

Dans le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC), la chirurgie reste la pierre angulaire du traitement avec des survies globales désastreuses chez les patients non opérés en raison de contre-indication anesthésique ou de tumeur non résécable. Même si la plupart des tumeurs ont des indications ou des contre-indications chirurgicales indiscutables, quelques tumeurs posent le problème d'indications chirurgicales limites, à l'origine d'après discussions en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Ces indications chirurgicales limites seront abordées successivement : l'opérabilité restreinte, la résécabilité douteuse et les indications discutées.

## Opérabilité restreinte

La chirurgie du cancer bronchique est une chirurgie délicate par deux aspects : la forte morbi-mortalité péri-opératoire et l'amputation des capacités fonctionnelles du patient par la résection du parenchyme pulmonaire. La chirurgie carcinologique du poumon a beaucoup progressé ces dernières années avec une tendance marquée vers une chirurgie conservatrice de type lobectomie ou segmentectomie. Par ailleurs, de nombreuses leçons ont été tirées de la pratique de la chirurgie de réduction de volume dans l'emphysème. En effet, des techniques d'évaluation et des soins péri-opératoires se sont développées permettant d'opérer des patients initialement à haut risque opératoire. En cas de doute sur l'opérabilité d'un patient, la réalisation d'une épreuve d'effort métabolique doit être systématique et permet d'envisager une réhabilitation respiratoire pré opératoire dans le but de réduire la morbi-mortalité opératoire et/ou d'opérer un patient initialement jugé inopérable. Par ailleurs, l'utilisation intensive de la ventilation non invasive (VNI) qu'elle soit pré ou post-opératoire semble apporter un certain bénéfice.

## Résécabilité douteuse

On regroupe sous ce terme les tumeurs pour lesquelles la discussion est purement chirurgicale : la tumeur est-elle résécable ou bien l'envahissement de la paroi thoracique ou d'organes médiastinaux contre-indique-t-elle une chirurgie ? Ces tumeurs sont rares et représentent moins d'1 % des tumeurs opérées. Elles comprennent : les tumeurs de l'apex (Pancoast-Tobias), les tumeurs envahissant la paroi, et les rares tumeurs T4M0 N0 ou N1.

## Tumeur de Pancoast-Tobias

Les tumeurs de Pancoast-Tobias (Fig. 1) sont des tumeurs pulmonaires rares de l'apex associées à une douleur voire paralysie de l'épaule et du bras homolatéral par atteinte du plexus brachial, un syndrome de Claude Bernard-Horner homolatéral (ptosis, myosis et énophtalmie) par atteinte du ganglion stellaire ainsi qu'une lyse radiologique de la première côte homolatérale. L'abord de ces tumeurs commence par un diagnostic anatomopathologique pré-opératoire par ponction sous scanner ainsi qu'un staging médiastinal invasif. Une classification N2 ou N3 controlatéral rend la chirurgie contre indiquée. À noter qu'un stade N3 homolatéral (scalène ou sous-clavier) ne constitue pas une contre-indication à la chirurgie, l'adénopathie étant considérée comme satellite de la lésion. Par ailleurs, il doit être envisagé un traitement initial par radiochimiothérapie d'induction avant une résection chirurgicale. La prise en charge chirurgicale doit être réalisée dans un centre expert et consiste en une lobectomie élargie à la paroi et un curage médiastinal radical. La radiothérapie n'étant pas centrée sur la bronche qui sera sectionnée, la radiothérapie néo-adjuvante ne semble pas compliquer le geste chirurgical [1]. Le pourcentage de survie à 5 ans est estimé à 55 %.

## Tumeurs envahissant la paroi

Les tumeurs envahissant la paroi sont des tumeurs de stade IIB ou IIIA (envahissement de la plèvre pariétale) ou IIIA (envahissement corps vertébraux ou côtes). Ces tumeurs

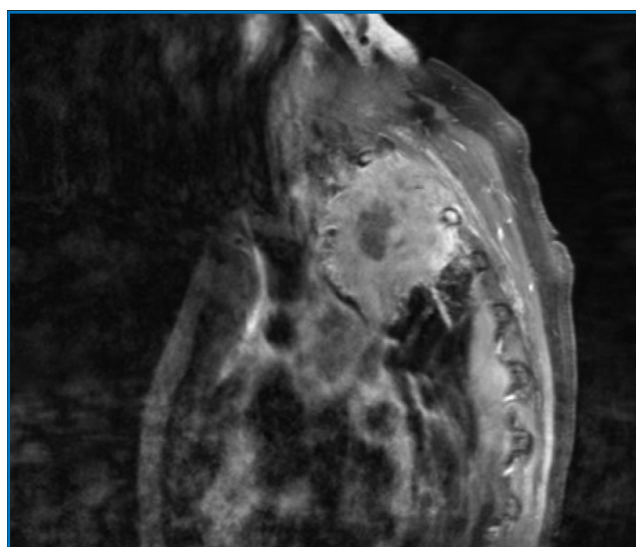


Figure 1. Tumeur de Pancoast-Tobias vue en IRM en coupe sagittale (figure originale).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215686>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215686>

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