



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DES CBNPC LOCALEMENT AVANCÉS

Prise en charge des cancers de la trachée, les innovations dans le traitement chirurgical

Treatment of tracheal cancer cells and innovations in surgical techniques

Article rédigé par M. Emery (Paris)*, d'après
la communication de E. Martinod (Saint-Denis)¹

¹Hôpital Avicenne, Hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis,
125 Rue de Stalingrad, 93000 Bobigny, France

MOTS CLÉS

Pancoast-Tobias ;
Cancer de trachée ;
Carcinome adénoïde
kystique ;
Résection
anastomose
de trachée ;
Grefte de trachée ;
Ingénierie tissulaire
in et ex vivo

KEYWORDS

Tracheal cancer;
Adenoid cystic carcinoma;
Tracheal resection
with anastomosis;
Tracheal transplant;
Tissue engineering
in and ex vivo

Résumé

Les cancers de la trachée sont des cancers rares : un tiers des patients relève d'un traitement palliatif. Le traitement curatif proposé passe par la résection-anastomose de trachée, avec de bons résultats.

Cependant, la chirurgie est compliquée dans le cas des lésions étendues de la trachée. La recherche en vue de proposer un substitut trachéal greffable chez l'homme dans le traitement de ces tumeurs étendues est en plein essor.

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

Abstract

Tracheal cancer is rare and one-third of patients are treated with palliative care. The available curative treatment consists of resection/anastomosis and elicits good results. However, this surgery is complicated by the presence of large areas of tracheal lesions. This study proffers a new advance: a substitute trachea which can be transplanted and may prove useful in the treatment of these large areas of tumors.

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

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emery.malo@gmail.com (Malo Emery).

Introduction

Les cancers de la trachée représentent moins de 2 % des tumeurs malignes des voies respiratoires. Le traitement nécessite une prise en charge multidisciplinaire. Le carcinome épidermoïde en est la forme la plus fréquente et survient principalement chez les patients de 60-80 ans, tabagiques. Il est dans deux tiers des cas résecable.

Le carcinome adénoïde kystique (ex. : cylindrome) est la seconde forme la plus fréquente : il survient préférentiellement chez des patients plus jeunes (50 ans). Il a pour particularité une infiltration microscopique sous muqueuse fréquente avec parfois des difficultés d'obtention des marges saines lors de l'exérèse chirurgicale.

Les signes cliniques sont peu spécifiques : dyspnée, toux, hémoptysie, *wheezing*, avec une latence clinique souvent importante. La radiographie du thorax est souvent peu contributive. Les examens de référence restent le scanner du thorax, le TEP scanner et la fibroscopie bronchique conventionnelle ou virtuelle. L'examen de référence reste la bronchoscopie rigide qui permet la réalisation de biopsies et une bonne appréhension de l'extension de la lésion. Un examen ORL et œsophagien complémentaire est important dans le bilan d'extension.

Traitement

Dans un tiers des cas, du fait de la découverte tardive ou du terrain fragile, le traitement reste un palliatif par radiothérapie et/ou chimiothérapie avec une efficacité inégale.

Une bronchoscopie rigide de désobstruction de la trachée avec pose d'une endoprothèse trachéale peut parfois être proposée en traitement d'appoint palliatif de certaines tumeurs de trachée volumineuses responsables d'asphyxie. Le traitement curatif de cette maladie concerne deux tiers des patients. La chirurgie consiste en une résection-anastomose trachéale mais reste grevée d'une importante mortalité post-opératoire variant de moins de 10 % (en cas de résection de la trachée seule) à plus de 10 % (si résection de la carène).

La survie à 5 ans est de 46 % pour les carcinomes épidermoïdes et de 64 % pour les carcinomes adénoïdes kystiques.

Le principal facteur pronostique est le caractère R0 ou non de la résection.

La radiothérapie adjuvante est réservée aux formes R1 ou aux formes avec envahissement ganglionnaire [1].

La technique chirurgicale de résection anastomose trachéale a été perfectionnée par l'équipe de H.C. Grillo à Boston pour les lésions supérieures à 2 cm. Le principe est l'ablation de la lésion puis, après mobilisation trachéale, l'anastomose directe des parties supérieures et inférieures de la trachée. Cette technique est réservée aux lésions de 5-6 cm maximum (Fig. 1). Il existe d'autres artifices techniques pour les tumeurs laryngo-trachéales ou envahissant la carène qui permettent une exérèse de la quasi-totalité des lésions. Les lésions étendues (> 5-6 cm ou > 50 % de la taille de la trachée), principalement de type adénoïde kystique, posent des problèmes plus importants et sont plus compliquées. Dans ces cas-là, la résection-anastomose de trachée est plus difficile. Elle peut être tentée mais est grevée d'une morbi-mortalité plus importante, et un recours au traitement palliatif est alors la pratique habituelle.

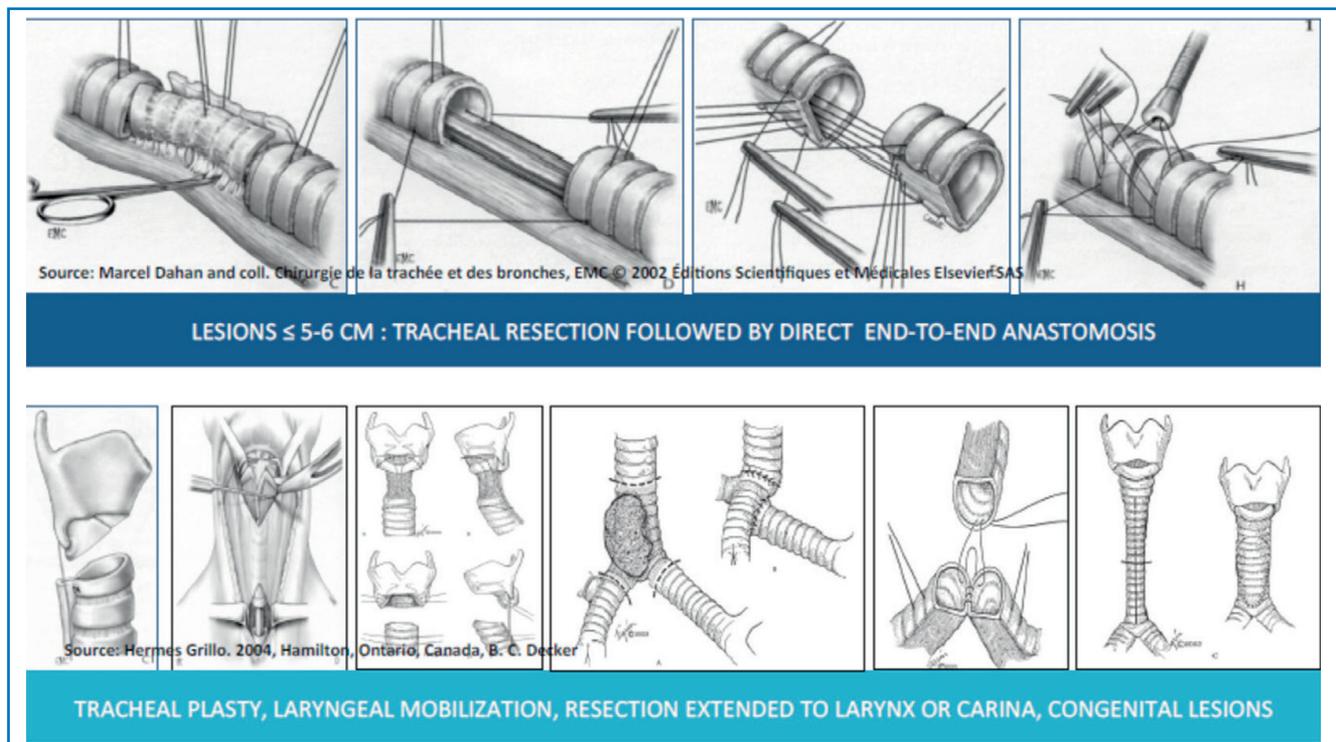


Figure 1. Technique chirurgicale de résection anastomose trachéale, d'après [1,2].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215700>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215700>

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