



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Le staging endoscopique

Endoscopic staging

I. Muylle, I. De Meulder, M. Bruyneel, V. Ninane*

Service de Pneumologie, Hôpital Saint-Pierre, rue Haute 322, 1000 Bruxelles, Belgique

MOTS CLÉS

Cancer broncho-pulmonaire ;
Echographie endobronchique ;
Echographie endoscopique ;
Ponction transbronchique à l'aiguille

KEYWORDS

Lung cancer;
Endobronchial ultrasound;
Endoscopic ultrasound;
Transbronchial needle aspiration

Résumé

La détermination précise de l'atteinte médiastinale dans le cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules a des implications thérapeutiques et pronostiques majeures. Si la chirurgie demeure la technique invasive de référence, deux nouvelles techniques endoscopiques ont été développées et ont bouleversé la pratique actuelle. L'échographie œsophagienne et bronchique sont des techniques peu invasives, réalisables sous anesthésie locale en ambulatoire, sans complications significatives. Elles permettent de guider la ponction en temps réel des ganglions médiastinaux (hilaires) avec des performances excellentes qui les positionnent comme des alternatives à la chirurgie. Les explorations médiastinales chirurgicales demeurent indiquées lorsque la prévalence de l'atteinte ganglionnaire médiastinale est faible ou lorsque l'EBUS et/ou l'EUS sont non contributifs.
© 2012 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Mediastinal staging of non-small cell lung cancer has major therapeutic and prognostic implications. Invasive surgical staging remains the gold standard but two recent endoscopic techniques have been introduced and have challenged the surgical techniques. Endoscopic ultrasound (EUS) and endobronchial ultrasound (EBUS) are minimally invasive techniques that can be performed ambulatory under local anesthesia and are safe. These techniques allow real-time guided aspiration of mediastinal (hilar) lymph nodes with excellent accuracy and should be considered as alternatives to surgical staging. Surgical assessment remains indicated when the prevalence of lymph node involvement is low or when EBUS or EUS show negative results.

© 2012 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Auteur correspondant :

Adresse e-mail : vincent_ninane@stpierre-bru.be (V. Ninane).

Introduction

L'établissement du stade du cancer bronchique est une étape fondamentale qui va déterminer le type de traitement et le pronostic de la maladie. L'approche diagnostique de l'atteinte ganglionnaire médiastinale dans le cancer bronchique non à petites cellules est variable et fonction de la présentation initiale et des habitudes locales.

Dans le cadre de l'évaluation par imagerie, la suspicion d'atteinte ganglionnaire a d'abord reposé sur des critères radiologiques de taille avec une exploration invasive proposée lorsque le petit diamètre en tomодensitométrie est au-delà du centimètre. Certaines équipes, en raison des faibles sensibilité et spécificité de ces critères de taille radiologique, avaient pratiquement généralisé l'exploration invasive du médiastin, même radiologiquement « normal » [1]. Avec l'introduction de la tomographie en émission de positron (TEP), cette exploration s'est limitée à la confirmation des ganglions suspects en TEP au niveau médiastinal (N2 et/ou N3), situations où un traitement multimodal est actuellement privilégié. Des indications additionnelles comprennent des médiastins négatifs en imagerie TEP mais associés à un risque significatif d'extension ganglionnaire néoplasique (faux négatifs N2/N3 potentiels de la TEP) comme les tumeurs centrales, les atteintes ganglionnaires N1 suggérées par la TEP, les tumeurs qui captent faiblement le traceur, ou encore les ganglions médiastinaux dont la taille excède 15 mm [1].

L'étalon-or de l'exploration invasive du médiastin demeure l'abord chirurgical, la médiastinoscopie axiale cervicale et ses variantes (médiastinoscopie antérieure, cervicale étendue,...) ou la thoracoscopie. Ces explorations invasives sont toutefois grevées d'une morbidité (environ 2 %), nécessitent un chirurgien thoracique expérimenté et souvent une hospitalisation qui a un coût [2]. L'échographie endoscopique linéaire œsophagienne (EUS, *endoscopic ultrasound*) et bronchique (EBUS, *endobronchial ultrasound*) ont révolutionné l'exploration invasive du médiastin.

Le développement de l'échographie linéaire, œsophagienne (EUS, *endoscopic ultrasound*) et bronchique (EBUS, *endobronchial ultrasound*)

Les gastroentérologues disposent depuis plusieurs années d'endoscopes à tête échographique convexe qui fournissent une image échographique planaire dans l'axe longitudinal de l'endoscope et qui permettent une ponction à l'aide d'une aiguille cytologique avec contrôle par imagerie en temps réel. Le développement de l'échographie par voie bronchique a été plus lent en raison de la plus petite taille des voies aériennes nécessitant une miniaturisation plus importante. L'avènement récent de l'endoscope bronchique échographique à tête convexe offrant une image en plan longitudinal avec ponction guidée en temps réel a entraîné une diminution importante de l'utilisation de la ponction transbronchique à l'aiguille basée sur les simples repères anatomiques endobronchiques et a conduit à l'abandon des techniques d'exploration par mini-sondes échographiques qui ne permettent pas la ponction guidée en temps réel des ganglions [3].

Par voie digestive, les chaînes ganglionnaires aisément explorables sont localisées au voisinage de l'œsophage dans la région paratrachéale gauche, la fenêtre aorto-pulmonaire, la région sous-carénaire et le médiastin inférieur (Tableau 1). L'écho-endoscopie œsophagienne autorise en outre la ponction guidée de la glande surrénale gauche, du lobe gauche du foie et permet, par l'excellente qualité de l'image, de suspecter un envahissement tumoral direct du médiastin ou des organes qui s'y trouvent (tumeur T4) en cas de tumeur centrale localisée au voisinage de l'œsophage mais la plus grande prudence s'impose ici car de faux positifs ont été décrits. Par contre, l'échographie par voie œsophagienne ne permet pas d'accéder complètement à la région paratrachéale droite et antérieure.

L'EBUS permet l'exploration de toutes les aires ganglionnaires médiastinales accessibles lors de la médiastinoscopie

Tableau 1 Accès aux aires ganglionnaires.			
Aires ganglionnaires	Médiastinoscopie	Echo-endoscopie œsophagienne	Echo-endoscopie bronchique
Médiastin supérieur			
1 :	+	±	±
2 : paratrachéal	+	G : + ; D : ±	+
4 : paratrachéal inférieur	+	G : + ; D : -	+
Aortique			
5 : fenêtre aortopulmonaire	-	±	-
6 : paraaortique	-	-	-
Médiastin inférieur			
7 : sous carénaire	+ sauf postérieur	+	+
8 : paraoesophagien	-	+	-
9 : ligament pulmonaire	-	+	-
Ganglions N1			
10 : hilaire	±	-	+
11 : interlobaire	-	-	+
12 : lobaire	-	-	+

+ : Accès possible ; - : Accès impossible ; ± : Accès parfois possible.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215904>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215904>

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