



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

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



# Les traitements palliatifs et curatifs en endoscopie bronchique

Palliative and curative treatments by bronchial endoscopy

V. Ninane<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Service de Pneumologie, Hôpital Saint-Pierre, Rue Haute 322, 1000 Bruxelles, Belgique

<sup>2</sup>Université Libre de Bruxelles, Avenue Franklin Roosevelt 50, 1050 Bruxelles, Belgique

## MOTS-CLÉS

Traitement palliatif ;  
Traitement curatif ;  
Endoscopie  
bronchique

## KEYWORDS

Palliative treatment;  
Curative treatment;  
Bronchial endoscopy

## Résumé

Les traitements endoscopiques des cancers in situ ou microinvasifs sont généralement réservés aux contrindications chirurgicales. Différentes modalités thérapeutiques sont potentiellement curatives pour autant que les lésions soient superficielles, peu étendues et in situ ou micro-invasives. Les lésions synchrones sont fréquentes et doivent également être détectées. Les traitements endoscopiques sont également utilisés à visée palliative essentiellement dans le traitement de la dyspnée et cet article de synthèse revoit leurs indications, les résultats actuels et les complications.

© 2017 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Abstract

Endoscopic management of carcinoma in situ or microinvasive carcinoma of the central airways is generally performed in patients who are not candidates for resection. Curative treatment can be obtained with different techniques and can be expected when the lesion is superficial, of small size and corresponds to in situ or microinvasive carcinoma. Endoscopic treatment is also indicated to relieve airway obstruction in order to palliate dyspnea. This review discusses the indications, the results of different technologies and their complications.

© 2017 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Correspondance.

Adresse e-mail : Vincent\_Ninane@stpierre-bru.be (V. Ninane).

## Introduction

Le traitement endoscopique du cancer bronchopulmonaire peut être curatif ou palliatif. Dans le premier cas, il concerne principalement les lésions cancéreuses précoces (carcinome in situ ou carcinome épidermoïde « micro-invasif ») de l'arbre trachéobronchique principal, de la lignée épidermoïde. Le traitement palliatif a pour objet principal de rétablir la perméabilité de voies respiratoires centrales pour soulager la dyspnée.

## Le traitement curatif des cancers épidermoïdes à un stade précoce

Le traitement endobronchique curatif est limité aux carcinomes épidermoïdes in situ ou micro-invasifs de l'arbre bronchique principal. Ces lésions sont souvent nommées cancers au stade précoce par les endoscopistes (Fig. 1). Le caractère micro-invasif signifie que l'extension est limitée à l'intérieur du cartilage (Fig. 1) de sorte qu'un traitement endoscopique peut encore être curatif. Il s'agit de tumeur de stade T1 pour le moins et le traitement s'impose systématiquement. Il existe également un consensus pour traiter les carcinomes in situ (TIS) dans la mesure où des progressions vers des lésions invasives sont documentées [1,2] même si des régressions spontanées existent également [2]. Dans la mesure où les dysplasies sévères peuvent également progresser, certains auteurs recommandent le traitement lorsqu'elles persistent plus de trois mois [3].

Avant de traiter une de ces lésions précoces, il est important de préciser ses limites et la profondeur de l'invasion muqueuse et d'exclure la présence d'autres lésions pulmonaires synchrones qui pourraient modifier la décision thérapeutique. À l'inverse des lésions précoces nodulaires ou polypoïdes dont les limites sont faciles à préciser, les lésions planaires ou hypertrophiques (Fig. 1) sont plus difficiles à détecter et leurs limites sont souvent imprécises en lumière blanche. La bronchoscopie en autofluorescence peut permettre de mieux préciser les limites [4]. La profondeur de l'invasion est plus difficile à préciser et est importante car une invasion du cartilage laisse peu de chance de succès curatif au traitement local endoscopique. Les anciennes corrélations entre l'aspect endoscopique en lumière blanche et l'analyse des pièces de résection chirurgicale montrent que les lésions superficielles en apparence (à l'inverse des lésions nodulaires ou polypoïdes) dont la taille ne dépasse pas 10 mm et localisées entièrement dans le champ de vision de l'endoscope (à l'inverse de lésions dont la limite distale n'est pas visible) sont généralement à un stade précoce et N0 et peuvent dès lors être potentiellement guéries par un traitement endoscopique [5-10]. Plus récemment, l'échographie utilisant les mini-sondes a permis d'objectiver ou d'exclure l'atteinte du cartilage dans l'épaisseur de la paroi bronchique en réservant alors le traitement endobronchique localisé aux lésions intra-cartilagineuses avec des réponses complètes à long terme après photothérapie [11]. Enfin, un examen par endoscopie en autofluorescence permet de détecter des lésions synchrones non nécessairement visibles en lumière blanche avec une prévalence qui passe de 7 %

lors de l'examen conventionnel en lumière blanche à 23 % lors de l'examen en autofluorescence [12].

Le traitement endoscopique de ces lésions est souvent réservé aux patients qui présentent une contre-indication à la chirurgie ou qui la refusent [13] (Fig. 2). Une étude rétrospective [14] suggère par ailleurs que la segmentectomie pourrait être une alternative à la lobectomie avec une survie à 5 ans similaire et une épargne fonctionnelle intéressante dans une maladie associée à des lésions cancéreuses synchrones et métachrones fréquentes [15]. Les techniques endobronchiques qui ont été utilisées pour le traitement endoscopique des lésions précoces sont la thérapie photodynamique, l'électro-coagulation, la cryothérapie, le traitement par laser et la curiethérapie endobronchique. La photothérapie est basée sur l'administration d'un agent photosensibilisant, sa concentration dans la tumeur puis son activation par une lumière laser de longueur appropriée (nécrose « sélective » de la tumeur), l'électrocoagulation utilise un courant électrique haute fréquence, la cryothérapie est basée sur la cryonécrose retardée et la curiethérapie sur une irradiation localisée de la tumeur. L'utilisation du Nd :Yag laser n'a été rapporté qu'une fois dans cette indication, dans une série rétrospective de 23 lésions chez 17 patients parmi plus de 2000 malades traités à visée palliative [16]. La pénétration importante du rayon laser fait par ailleurs redouter un risque élevé de perforation dans le cas des lésions superficielles ou hypertrophiques. Il faut également souligner que la curiethérapie est potentiellement la seule technique qui peut avoir un effet thérapeutique qui atteint et dépasse le cartilage bronchique et peut dès lors s'adresser à des lésions plus invasives (Fig. 2). Pour le reste, le nombre d'études reste assez limité et il n'existe aucune étude randomisée avec un bras contrôle non endoscopique et aucune comparaison des techniques endoscopiques entre-elles. La technique qui a été la plus utilisée est la photothérapie [13]. Globalement, les résultats des différentes techniques sont comparables et ont été revus récemment [13]. Il convient toutefois de souligner que, si les réponses complètes sont fréquentes, les résultats à long terme sont plus décevants [13] et une revue de 15 études consacrées à la photothérapie totalisant 626 patients avec un cancer radio-oculte montre une réponse complète qui varie de 30 à 100 % et une médiane de survie à 5 ans qui n'est que de 61 % [17]. Enfin, ces techniques ne sont par ailleurs pas dépourvues d'inconvénients potentiels [13], parfois spécifiques comme la bronchite radique ou la photosensibilisation cutanée de la photothérapie. Electrothérapie, photothérapie et curiethérapie peuvent également donner des sténoses secondaires. Toutes ces techniques à l'exception de la photothérapie peuvent enfin donner des complications hémorragiques. Ces données doivent inciter à une sélection rigoureuse des indications (Fig. 2). À l'inverse du carcinome in situ ou microinvasif où la chirurgie reste le premier choix, l'endoscopiste qui souhaite traiter une lésion de dysplasie sévère persistante doit utiliser dans cette indication plus controversée un traitement endoscopique. Enfin, un suivi endoscopique des lésions par endoscopie conventionnelle en lumière blanche ou par autofluorescence si elle est disponible, est recommandé avec un intervalle minimum de 6 mois entre les explorations compte tenu de la progression lente de ces lésions [13].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8820628>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8820628>

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