Revue des Maladies Respiratoires Actualités (2017), **9**, 172-175

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

La chirurgie des formes oligométastatiques

Surgical treatment of oligometactatic lung cancers

L. Brouchet[1,*], J. Mazières[2], P. Rabinel[1], M. Cazaux[1], J. Berjaud[1], M. Dahan[1]

[1]Service de Chirurgie thoracique, CHU de Toulouse, 170 avenue de Casselardit - TSA, 40031 - 31059 Toulouse, France
[2]Service d'oncologie Pneumologique, CHU de Toulouse, 170 avenue de Casselardit - TSA, 40031 - 31059 Toulouse, France

MOTS-CLÉS
Chirurgie ;
Cancer du poumon ;
Oligométastases

Résumé
Le traitement chirurgical des formes oligométastatiques fait régulièrement l'objet de discussion lors des Réunions de concertation pluridisciplinaires. Les données de la littérature sont parcellaires et souvent le fait de petites séries hétérogènes. Une seule étude randomisée récente de phase II, montre un bénéfice certain à une prise en charge agressive de ces formes pauci-métastatiques. Cette entité discutée pose des problèmes de définition, de sélection des patients, de prise en charge thérapeutique à la fois systémique et locale, et de séquence thérapeutique optimisée. Certains points semblent faire l'objet d'un consensus, le caractère NO-1 de la maladie initiale, une localisation secondaire unique (stade M1b de la nouvelle classification), un bon « performance status » et la conviction d'un contrôle de la maladie par chimiothérapie. Dans ces situations rares, l'association d'un traitement systémique et d'une prise en charge locale de la tumeur primitive et de ses localisations secondaires est envisageable avec un bénéfice de survie certain. Les progrès récents des traitements généraux et locaux en terme de morbidité et d'efficacité ouvrent de nouvelles perspectives dans l'appréhension du cancer bronchique pauci-métastatique.
© 2017 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : brouchet.l@chu-toulouse.fr (L. Brouchet).

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

KEYWORDS
Surgery;
Lung cancer;
Oligometastasis

Abstract
Surgical treatment of oligo metastatic lung cancer is frequently debated during thoracic oncology call staff. There are few data in literature based on small number and heterogeneous patients. Recently, phase II randomized trial describes a benefit for the patients according to an aggressive surgical treatment. However, oligo metastatic cancer is difficult to define to select the patients, to select a management based on a local and general treatment. The best clinical sequence is not well defined. Some points seem to be more essential: a node extension N0-1 of the initial disease, a single metastatic disease (M1b stage), a good performance status and a possible control of the disease by chemotherapy. In these rare situations, the association between a general treatment and a local treatment of the primary tumor and metastasis could be organized with benefits in term of survival. The recent progresses of local and general treatments in terms of morbidity and efficacy allow new perspectives in the management of oligo metastasis lung cancer.
© 2017 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La prise en charge radicale ou curative de certains cancers bronchiques non à petite cellule (CBNPC) de stades IV fait régulièrement l'objet de discussion lors des Réunions de concertation pluridisciplinaires. La littérature est riche de petites séries rétrospectives, non randomisées et hétérogènes rapportant des survies longues chez certains patients métastatiques. Une étude récente randomisée, Gomez 2016 [1], vient remettre sur le devant de la scène cette entité controversée qu'est la maladie oligométastatique.

La prise en charge mal codifiée de cette situation non univoque soulève de nombreuses questions : un problème de définition, une sélection des patients idéaux, quel traitement pour quelle localisation, la prise en charge de la tumeur principale, quelle séquence thérapeutique, quel bénéfice en terme de survie et de qualité de vie et la place des nouveaux traitements (immunothérapie) au sein de cette stratégie multimodale.

Définitions

Hellman et Weichselbaum en 1995 définirent le concept de maladie oligométastatique comme des patients présentant des métastases limitées en nombre et en localisation [2]. De façon consensuelle, un patient est dit oligométastatique quand il présente de une à cinq métastases toutes accessibles à un traitement local. Cette situation est souvent décrite comme un état intermédiaire entre une maladie strictement localisée et une maladie métastatique, cette description sous-entend un critère supplémentaire qu'est l'indolence de la tumeur. La nouvelle classification de l'IASLC prend en compte cette situation. L'incidence est difficile à déterminer du fait d'une définition aux contours flous, elle serait de 25 %. On peut décrire quatre situations [3] :

- Patient présentant 5 métastases ou moins dans un nombre limité d'organe, toutes accessibles à un traitement radical local.
- Patient métastatique devenant oligométastatique après un traitement systémique, le traitement radical local s'évertuera à détruire les clones résistants.
- Patient métastatiques dont la tumeur primaire et la plupart des sites secondaires sont contrôlés par le traitement systémique mais dont une ou quelques métastases progressent.
- Patient présentant une à cinq récidives métachrones après le traitement curatif de la lésion initiale, accessibles à un traitement radical local.

La situation la plus fréquemment discutée en milieu médico-chirurgical et dans la littérature est la métastase unique synchrone cérébrale.

Quel est le patient idéal ?

La 8e classification TNM identifie les tumeurs avec une unique métastase extra thoracique comme ayant un meilleur pronostique que les tumeurs avec plusieurs métastases dans un seul organe ou plusieurs. La survie observée dans la banque de donnée est de 11,4 mois contre 6,3 mois [4], d'où la création de ce stade M1b.

Des recommandations plus anciennes, ACCP 2013 [5], et des données d'essai récent [6] insistent le caractère N0 ou au maximum N1 des patients. Un staging ganglionnaire précis est impératif. Le TEP scanner associé à l'EBUS ou EUS ou encore la médiastinoscopie sont impératifs afin d'écarter les patients présentant une atteinte N2. Pour exemple la survie à 5 ans des patients N2 négatif traités en intention curative est de 58 % contre 0 % dans le groupe N2 positif.

Un bon « performance status » semble également être un critère logique de sélection de ces patients qui vont subir un traitement multimodal agressif, NCCN 2017 [7].

La sagesse chirurgicale recommande également que la tumeur primitive soit accessible à un geste de lobectomie dont la morbidité et la mortalité est bien moindre qu'une pneumonectomie.

Le statut mutationnel des patients est certainement un facteur pronostic important, les sujets ayant une mutation de l'EGFR ont un meilleur pronostic global, mais il difficile de prédire pour le moment si ils tireront un bénéfice d'une prise en charge agressive par rapport à un traitement d'entretien en accord avec leur mutation. Dans la série randomisée de Gomez, détaillée au chapitre séquence thérapeutique [1],

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8820633

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8820633

Daneshyari.com