



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine



2^{Eme} RENCONTRE D'ONCOLOGIE THORACIQUE EN NOUVELLE- AQUITAINE

Quelles prise en charge pour les
cancers NAPC de stade III?

La place de la chirurgie (technique)

Pr C. Jayle, CHU Poitiers

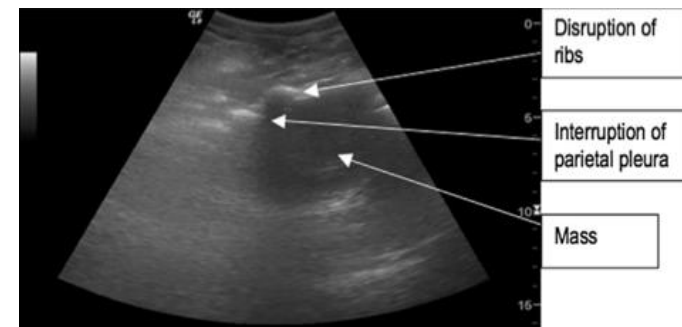
Introduction

- Cancer bronchopulmonaire : première cause de mortalité par cancer dans le monde
- 5% des cancers résécables envahissent la paroi thoracique
- Premières résections réalisées par Coleman en 1947



Examens complémentaires : envahissement pariétal

- Scanner thoracique :
 - destruction costale
 - envahissement des tissus mous
- IRM thoracique :
 - extension vertébrale
 - vasculaire et nerveuse (tumeurs apex)
- Echographie trans-thoracique



-Tahiri et Al. Preoperative Assessment of Chest Wall Invasion in Non-Small Cell Lung Cancer Using Surgeon-Performed Ultrasound. Annals 2014.

-www.intechopen.com/books/radiotherapy/radiotherapy-in-lung-cancer

Stadification 2017 : T3

- Tumeur de **plus de 5 cm et de moins de 7 cm**, ou ayant au moins l'un des caractères invasifs suivants :
 - atteinte de la paroi thoracique (incluant les tumeurs du sommet)
 - atteinte du nerf phrénique
 - atteinte du péricarde
 - nodules tumoraux dans le même lobe

	N0	N1	N2	N3	M1a-b Tout N	M1c Tout N
T1a	IA-1	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T1b	IA-2	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T1c	IA-3	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IV-A	IV-B
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	IV-A	IV-B

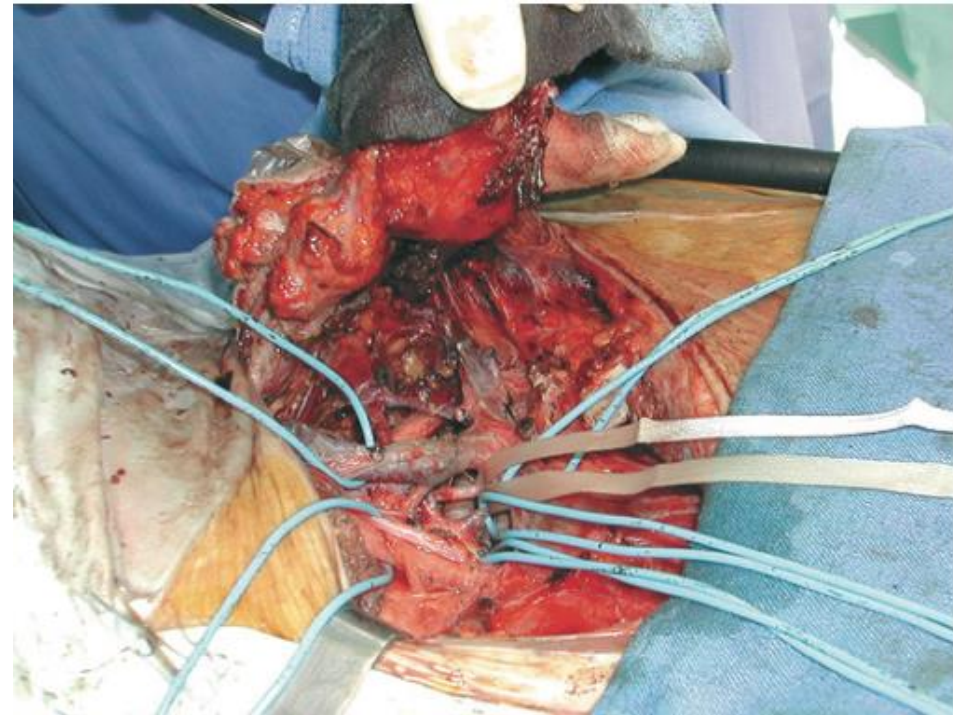
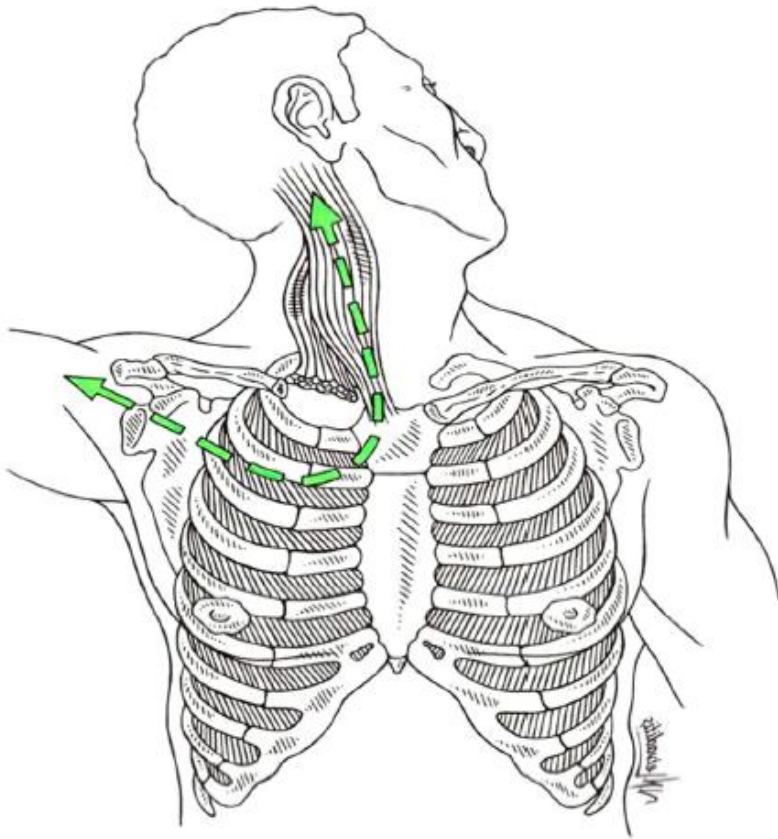
Traitement chez un patient opérable

- Stade IIB :
 - Chirurgie d'exérèse complète anatomique, avec curage ganglionnaire complet
 - Chimiothérapie adjuvante
 - Radiothérapie adjuvante à discuter
- Stade IIIA-IIIB :
 - Chimiothérapie néoadjuvante puis chirurgie d'exérèse
ou
 - Chirurgie première puis chimiothérapie adjuvante
+
 - Radiothérapie pariétale à discuter
 - Radiothérapie médiastinale à discuter chez les N2
- Tumeurs de Pancoast-Tobias :
 - Radio-chimiothérapie concomittante, puis réévaluation en vue d'une chirurgie

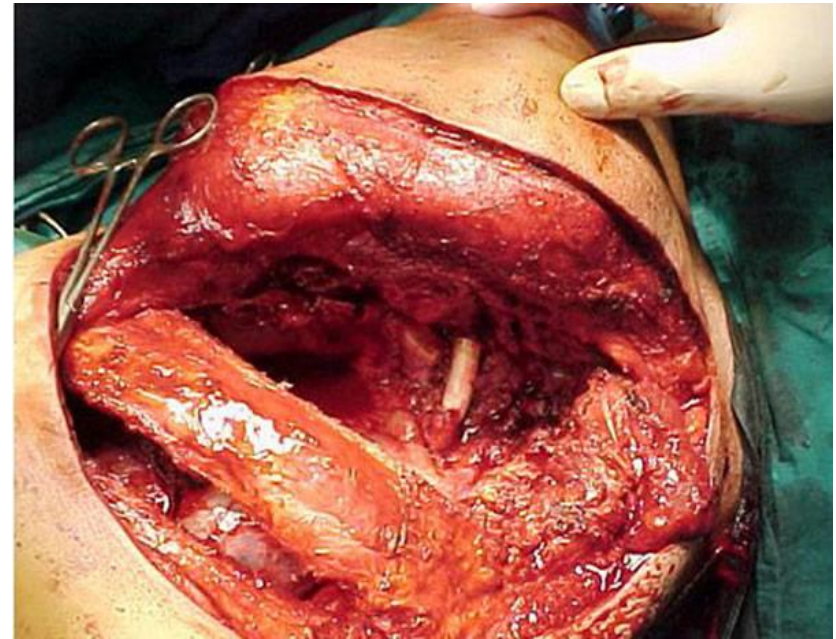
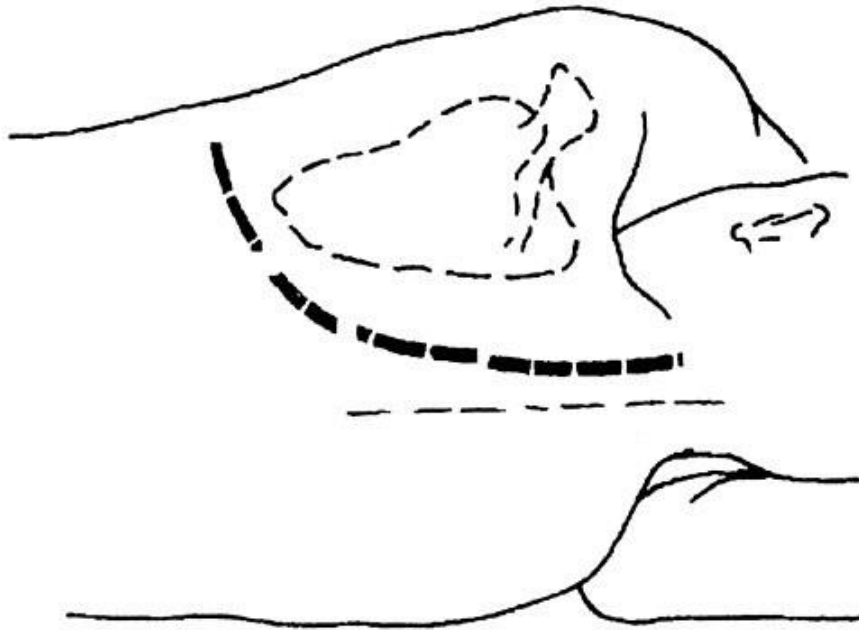
Traitement chirurgical

- Résection en-bloc = Standard
 - chirurgie d'exérèse pulmonaire anatomique en continuité avec la paroi thoracique
- Objectifs :
 - résection R0
 - curage ganglionnaire médiastinal complet

Voie antérieure de Cormier-Dartevelle- Grunenwald

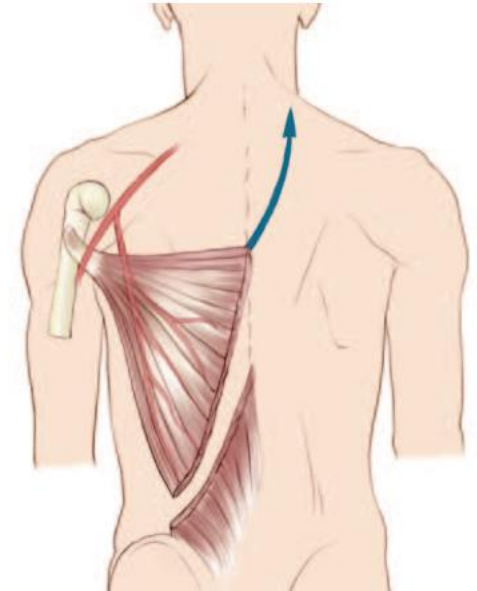


Voie postéro-latérale de Paulson



Reconstruction pariétale

- Matériaux biologiques :
 - Lambeaux musculocutanés
- Matériaux prothétiques :
 - Implants en titane du système Stratos



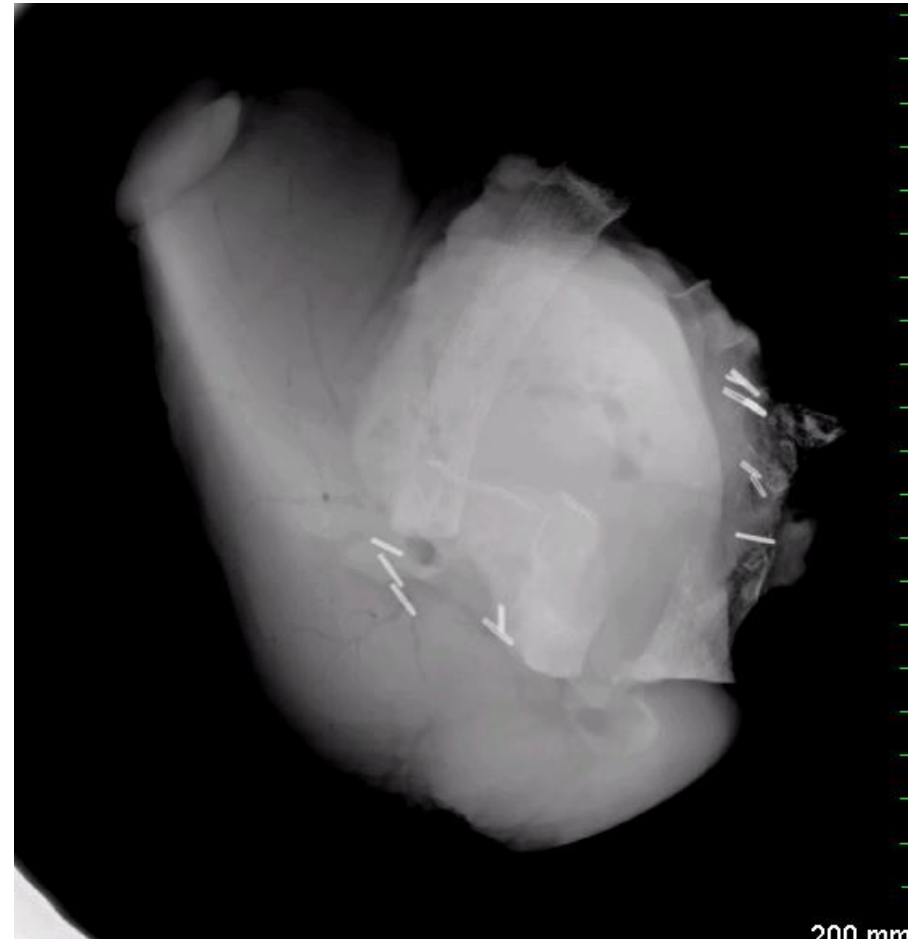
HDM

- Persistance des douleurs thoraciques avec irradiation MSG
- Scanner thoracique en Mai 2013



Chirurgie

- Voie cervico thoracique
- Section claviculaire
- Resection K1, K2 et K3 en monobloc avec lobectomie supérieur gauche
- Absence d'atteinte des axes vasculaires
- Sortie J13
- T3 N1 M0



A trois semaines



- Radiothérapie locale, chimiothérapie

Se:2
Im:71

[A]

A. JANINE
Study Date:05/10/2010
Study Time:16:15:17
MRN:



[A]

A. JANINE
Study Date:05/10/2010
Study Time:16:15:17
MRN:



Se:2
Im:118

[A]

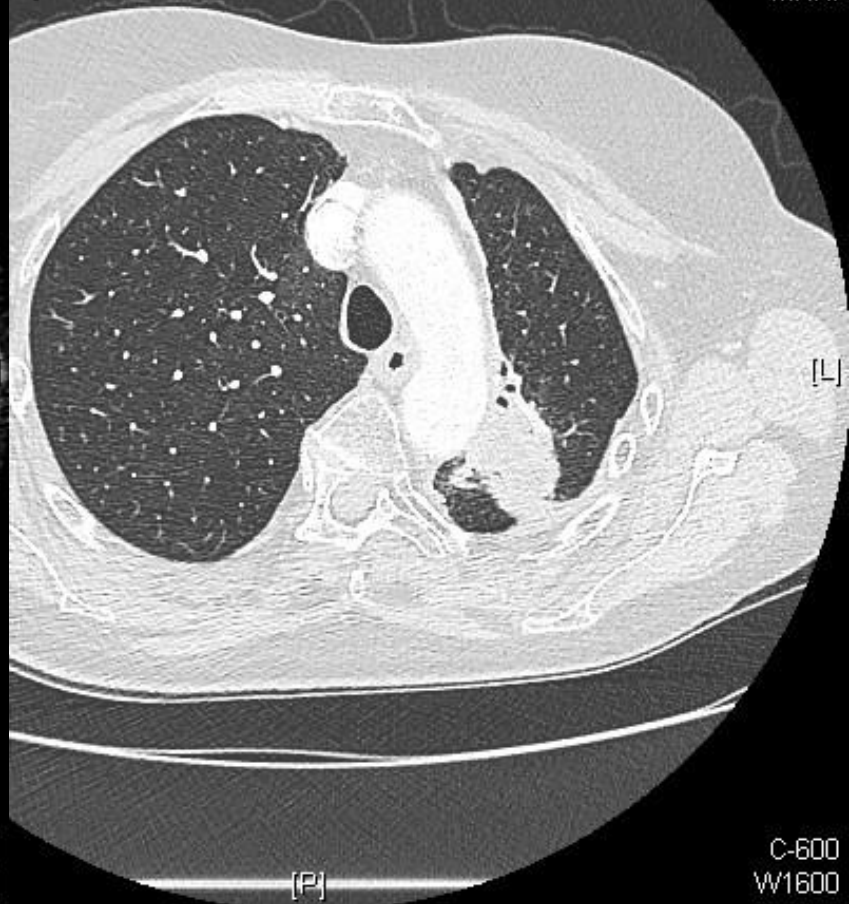
A. JANINE
Study Date:05/10/2010
Study Time:16:15:17
MRN:

Compression Wavelet progressive : Maximum

[A]

A. JANINE
Study Date:05/10/2010
Study Time:16:15:17
MRN:

pératoire



Se:601
Im:50

[H]

A. JANINE
Study Date:05/10/2010
Study Time:16:15:17
MRN:



[A]

[P]

[F]

C50
W350

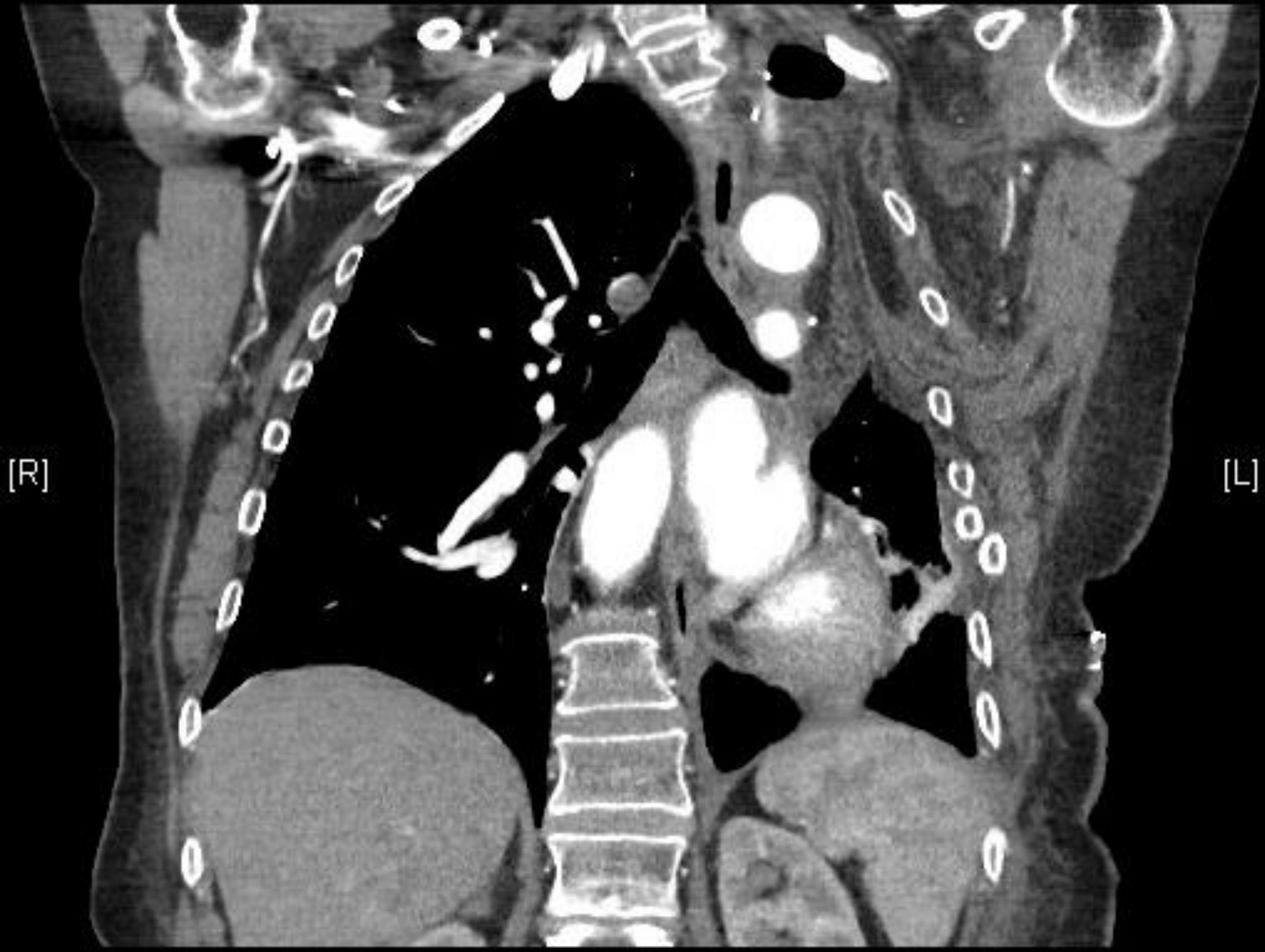


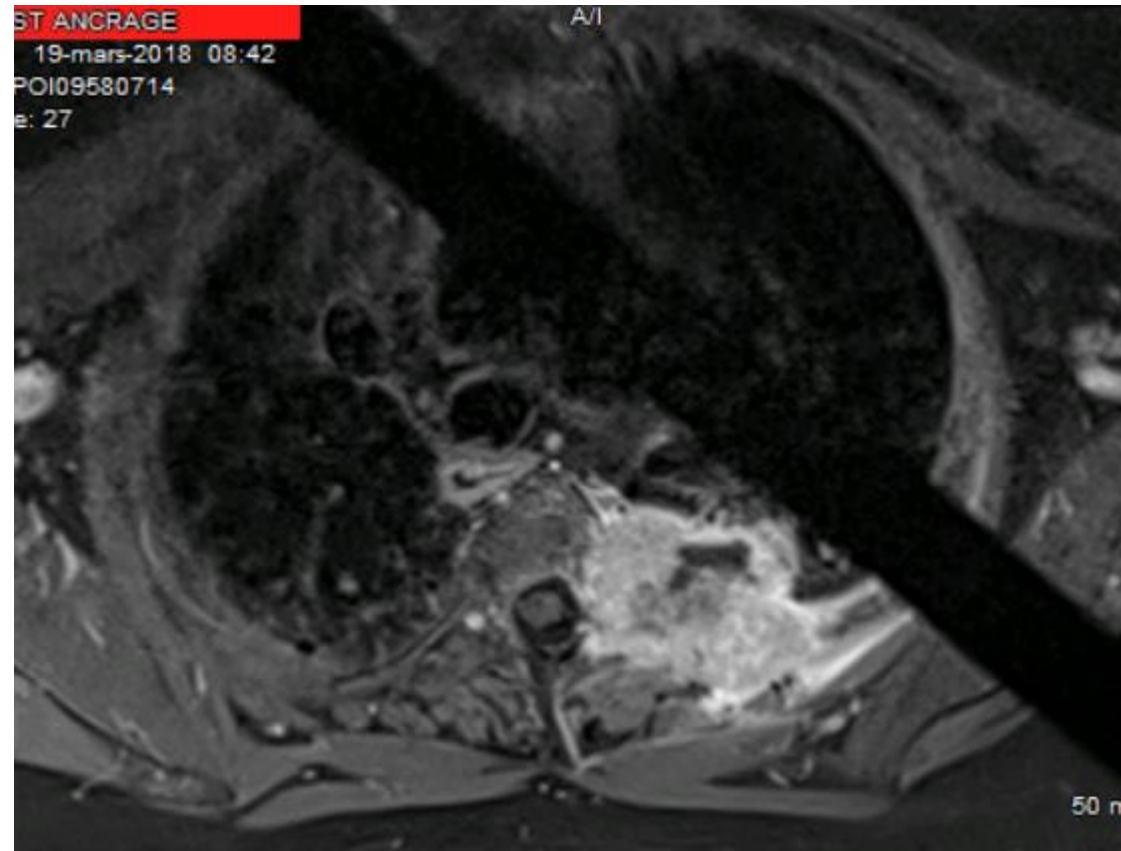


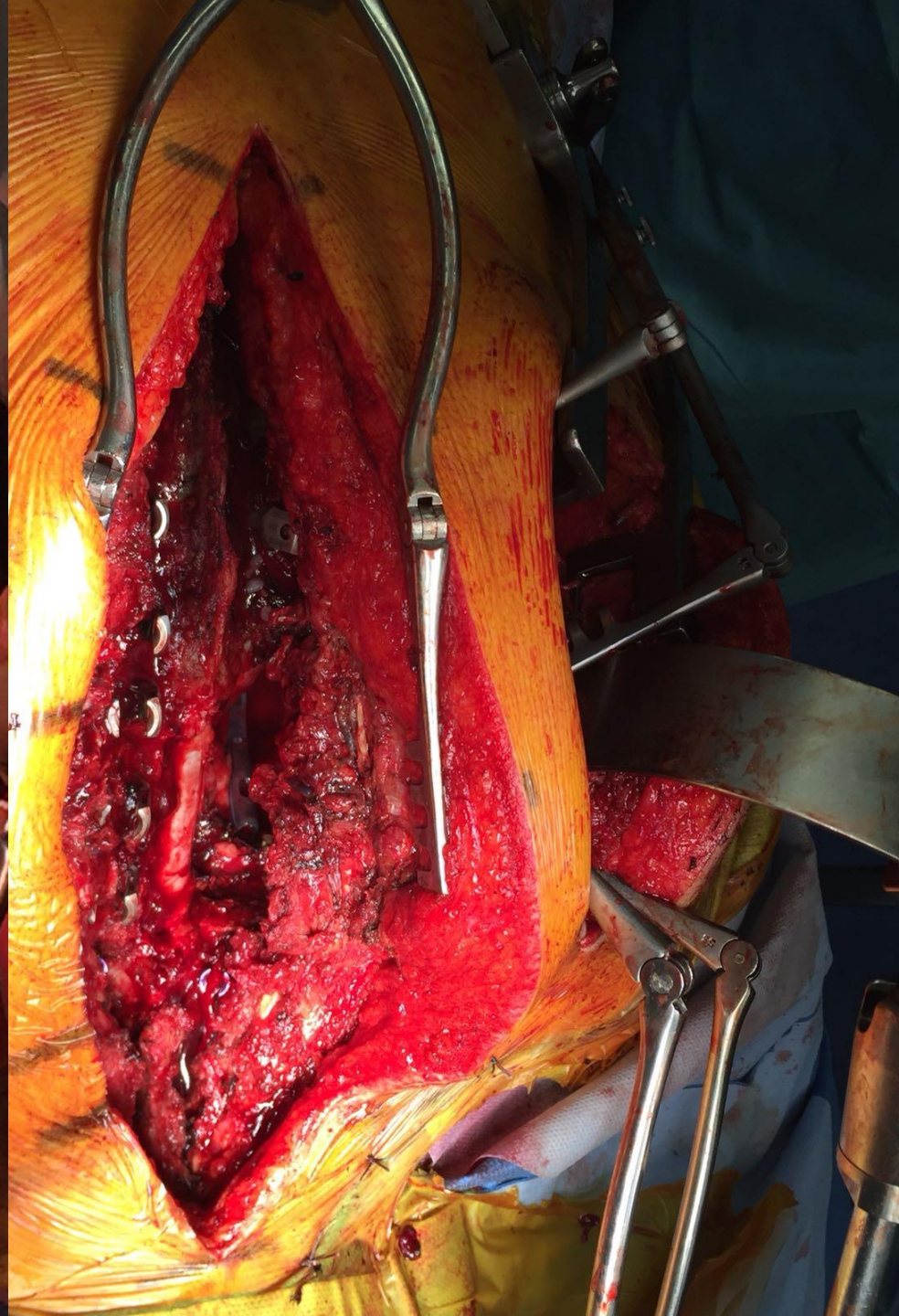
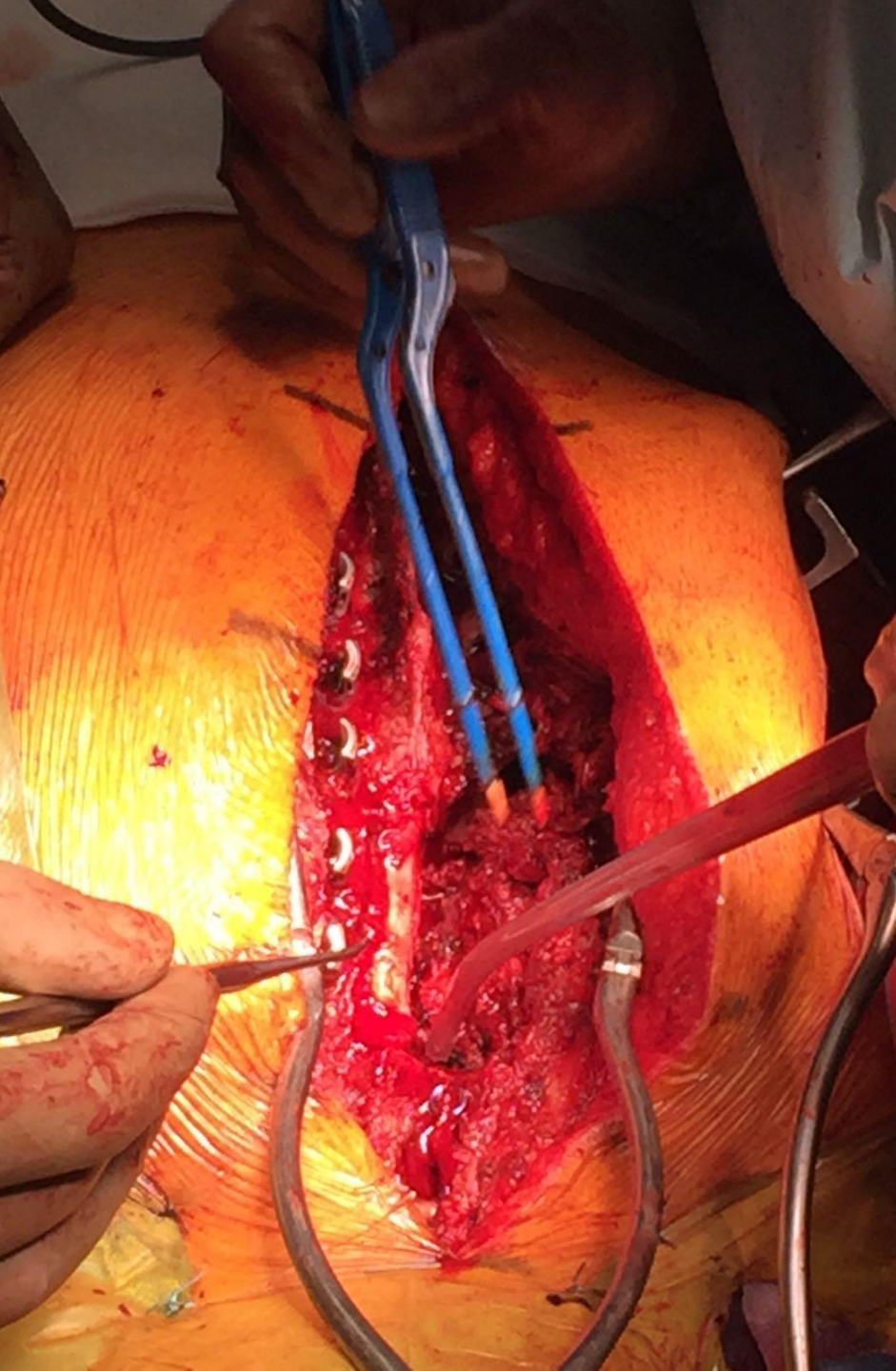
[R]



[L]









Traitements adjuvants

- Chimiothérapie :
 - 4 cycles de Cisplatine et Vinorelbine
 - début 4 à 8 semaines après chirurgie
- Radiothérapie :
 - pariétale (résection incomplète)
 - médiastinale (N2)

Etude rétrospective sur les cancers
bronchopulmonaires non à petites cellules
envahissant la paroi opérés au CHU de Poitiers au
cours des 10 dernières années

Mathias Couralet, Christophe Jayle,

Objectifs

- Evaluation de notre pratique
- Facteurs de risque potentiels de mortalité

Matériels et méthodes

- Etude rétrospective au CHU de Poitiers
- 34 patients opérés d'un cancer bronchopulmonaire non à petites cellules envahissant la paroi
- Entre 1/01/2007 et 31/12/2017
- Sélection des patients : codage de l'acte opératoire
- Recueil des données : dossiers / appel des médecins traitants

Matériels et méthodes

- Résection complète R0
- Résection en-bloc
- Résection complète discontinue :
 - différentes portions envahies réséquées séparément
- Critère de jugement principal : mortalité à long terme
- Seuil de significativité : $p < 0,05$

Données démographiques et cliniques

Données	nombre (%)
Sexe	34
masculin	24 (70,5%)
féminin	10 (29,5%)
Age (années)	
Moyenne	63,1±8,3
Range	45-79
Côté	
droit	20 (58,8%)
gauche	14 (41,2%)
Fumeurs	30 (88,2%)
Moyenne de paquets-années	34
Symptômes	
douleur thoracique	21 (61,8%)
toux	6 (17,6%)
amaigrissement	4 (11,8%)
autres	5 (14,7%)

Données opératoires

Données	nombre (%)
Type résection pulmonaire	
Lobectomie	28 (82,4%)
Lobectomie+tumorectomie	3 (8,8%)
Pneumonectomie	2 (5,9%)
Tumorectomie	1 (2,9%)
Résection costale	
5 côtes	1 (2,9%)
4 côtes	2 (5,9%)
3 côtes	16 (47,1%)
2 côtes	14 (41,2%)
1 côte	1 (2,9%)
Moyenne durée opératoire (min)	150 (+/-36)
Type de résection	
En-bloc	26 (76,5%)
Discontinue	8 (23,5%)

Données anatomopathologiques

Données	nombre (%)
Type histologique	
Adénocarcinome	10 (29,5%)
Carcinome épidermoïde	19 (55,9%)
Autres	5 (14,7%)
Taille tumorale	
Moyenne grand axe (cm)	6,8
Range	3-11
Résection	
R0	33 (97,1%)
R1	1 (2,9%)
Stade TNM	
T3N0M0	23 (67,6%)
T3N1M0	2 (5,9%)
T3N2M0	7 (20,6%)
T4N0M0	1 (2,9%)
T4N1M0	1 (2,9%)

Complications post-opératoires

Complications	nombre (%)
Pneumopathie	5 (14,7%)
Arythmie cardiaque	5 (14,7%)
Atélectasie nécessitant fibroaspiration	4 (11,7%)
Bullage prolongé	3 (8,8%)
Empyème	2 (5,9%)
Fistule bronchopleurale	2 (5,9%)
Paralysie récurrentielle	1 (2,9%)
AVC	1 (2,9%)
Abcès de paroi	1 (2,9%)

Traitements adjuvants

Type de traitement	Nombre (%)
Traitement adjuvant initial	27 (79,5%)
Radio-chimiothérapie	17 (50%)
Radiothérapie	6 (17,6%)
Chimiothérapie	4 (11,8%)
Pas de traitement adjuvant	7 (20,5%)

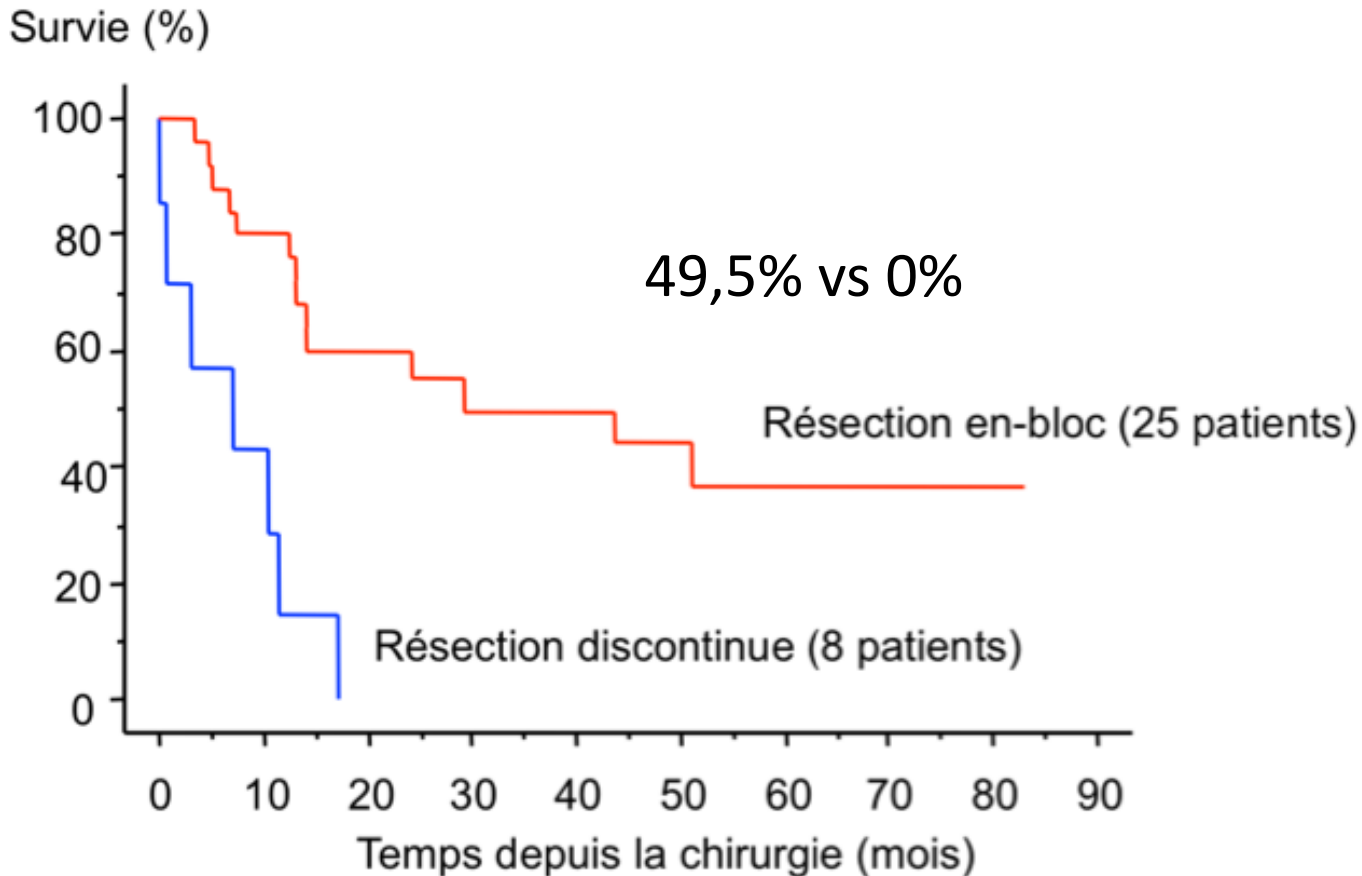
Statut des patients en résection R0 à la fin du suivi

Statut	Nombre patients (%)
Mortalité post-opératoire à 30j	1 (2,9%)
Pas de récurrence	14 (32,4%)
Vivant	8
Décédé	6
Récurrence	19 (57,6%)
Vivant	4
Décédé	15
Total	33

Analyse univarié des facteurs pronostiques

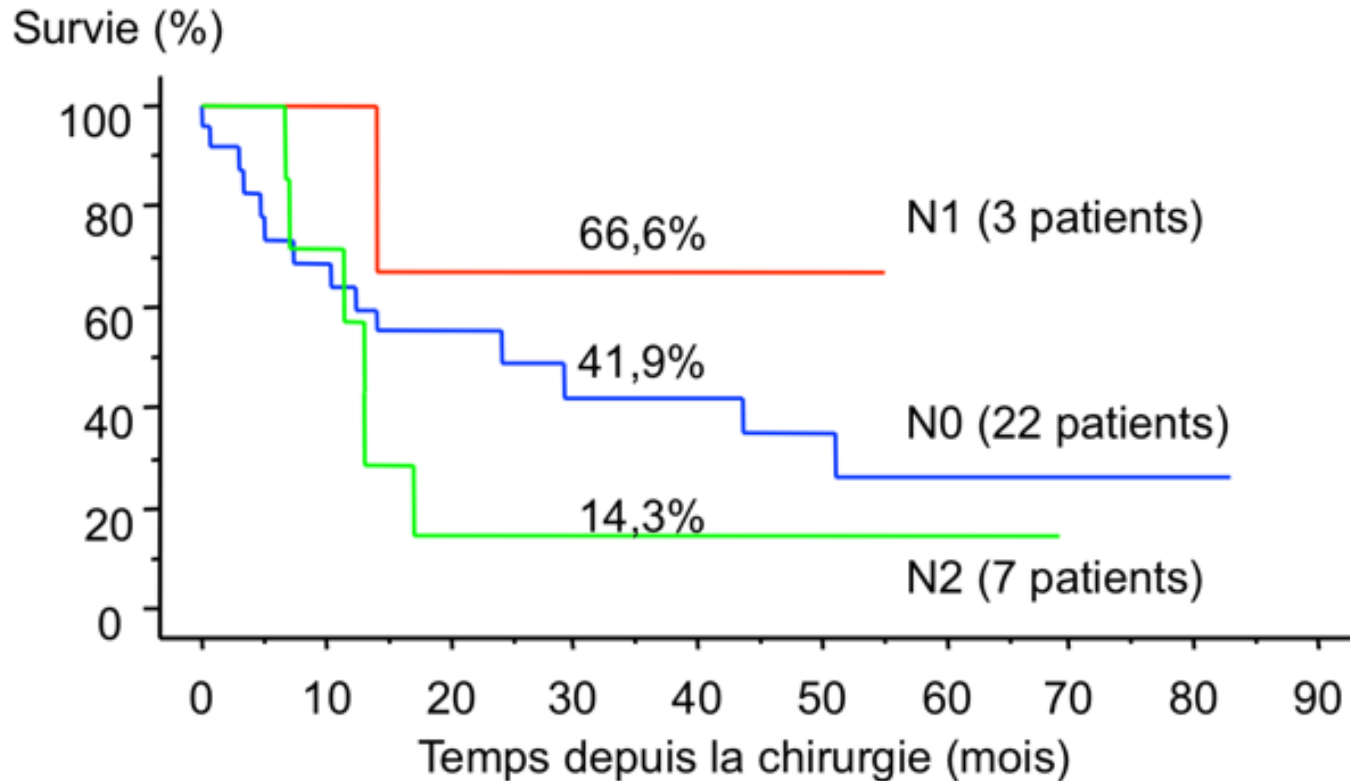
Variables	HR	95%IC	P value
Age ≥ 65 ans	1,74	0,74-4,13	0,2077
VEMS $\geq 60\%$	0,54	0,19-1,50	0,2336
Sexe (référence: homme)	1,77	0,73-4,28	0,2072
Type résection (discontinue vs en-bloc)	5,75	2,12-15,64	0,0006
Nombre de côtes réséquées ≥ 3	1,26	0,53-2,99	0,6048
Taille tumorale >6 cm	0,79	0,33-1,85	0,5818
Type histologique			
carcinome épidermoïde vs adénocarcinome	0,39	0,14-1,11	0,0767
carcinome épidermoïde vs autres	3,25	0,83-12,63	0,0881
Profondeur envahissement (envahissement osseux vs moins profond)	1,66	0,48-5,74	0,4246
Traitement adjuvant initial	0,15	0,06-0,40	0,0001

Survie à 3 ans en fonction du type de résection



Nombre de patients	0 mois			
	12 mois	24 mois	36 mois	
Discontinue	8	3	0	0
En-bloc	25	20	14	12

Survie à 3 ans en fonction de l'envahissement ganglionnaire



Nombre de patients	0 mois	12 mois	24 mois	36 mois
N0	22	14	11	9
N1	3	3	2	2
N2	7	4	1	1

Littérature

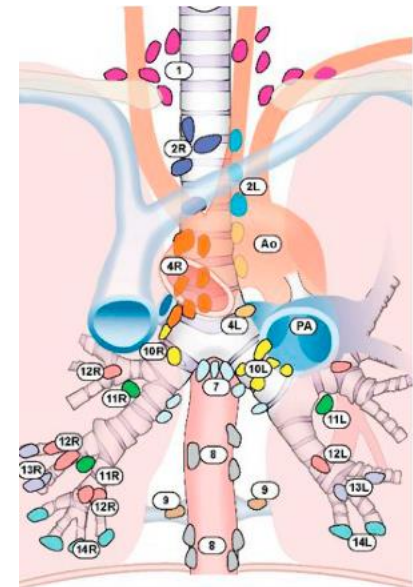
	Downey et Al - 1999	Magdaleinat et Al - 2001	Facciolo et Al - 2001	Burkhart et Al - 2002	CHU Poitiers - 2018
Nombre de patients	334	309	104	42	34
Age moyen	62	60	63	66	63
Mortalité postopératoire	6%	7%	0%	4,2%	5,9%
Nombre de pneumonectomies	20%	27%	9,6%	28,5%	5,9%
Résection complète	52,3%	83%	100%	100%	97,1%
Complications	non précisé	23,3%	19%	50%	44,1%
Radiothérapie adjuvante	39,4%	74%	40,4%	16,6%	67,6%
Chimiothérapie adjuvante	non précisé	5%	13,4%	11,9%	61,8%
Survie globale	32% à 5ans (R0)	24% à 5ans	61,4% à 5ans	38% à 5ans	38,5% à 3ans

Discussion

- Résection complète capitale :
 - survie résection incomplète comparable à pas de résection
- Résection en-bloc planifiée :
 - préopératoire -> TDM
 - peropératoire -> adhésion fixée

Discussion

- Stratégie thérapeutique optimale non établie :
 - Recommandations **chimiothérapie adjuvante** -> basée sur des études non spécifiques aux cancers envahissant la paroi
 - Recommandations **radiothérapie adjuvante** -> basées sur des études avec des protocoles différents

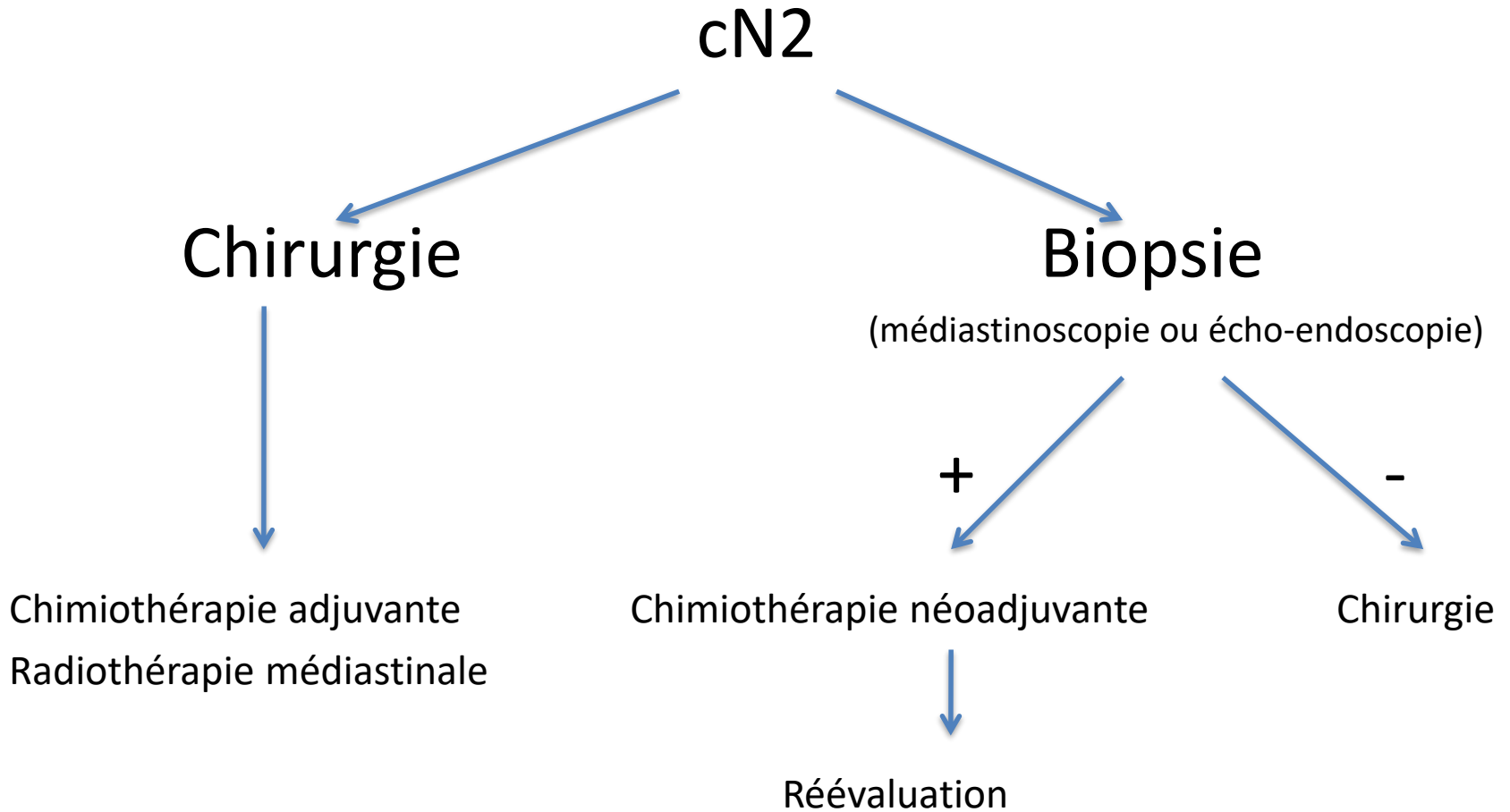


-Douillard et al. Adjuvant vinorelbine plus cisplatine versus observation in patients with completely resected stage IB-IIIA non-small-cell lung cancer : a randomised controlled trial. Lancet Oncol 2006

-Magdeleinat et al : Surgical treatment of lung cancer invading the chest wall: results and prognostic factors. Ann Thorac Surg 2001

-Cancer bronchique non à petites cellules – Référentiel national de RCP

Discussion



Conclusion

- Chirurgie = pierre angulaire du cancer bronchopulmonaire non à petites cellules envahissant la paroi
- Envahissement ganglionnaire => impact désastreux sur la survie
- Pour les N2 : privilégier une chimiothérapie initiale

Merci de votre attention