Traitement péri-opératoire / radio-chimiothérapie concomitante

Vendredi 21/10/2025

Angoulême

Pr THUMEREL, CHU Bordeaux

Dr GARCIA, CHU Poitiers

Dr DENIZOT, CHU Limoges

5ème rencontre oncologie thoracique de Nouvelle Aquitaine

Liens d’intérêts

- MT: Aucun
- CG: Aucun
- AD: Aucun

Evolution classification TNM

TNM8 – Stade III

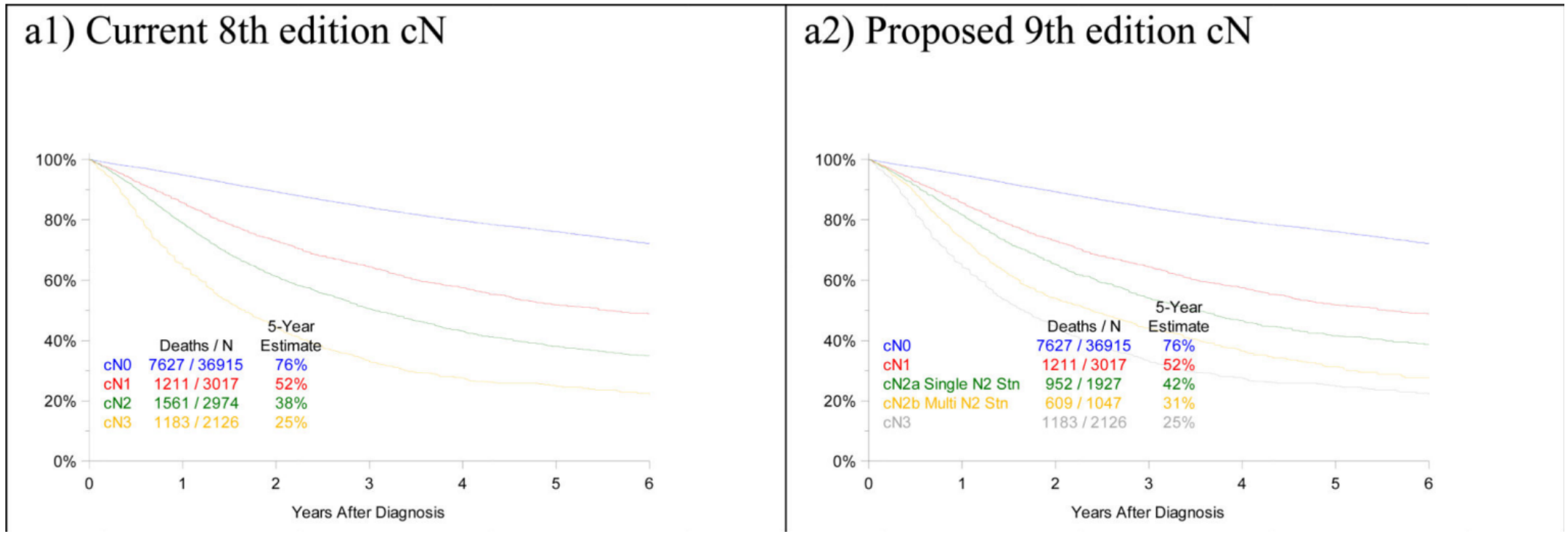
- **N1 – Atteinte N+ péri bronchique et/ou hilaire homolatérale**
- **N2 – Atteinte N médiastinale homolatérale et/ou sous carénaire**
- **N3 – Atteinte N controlatérale et/ou sus-claviculaire**

	N0	N1	N2	N3
T1a	IA-1	IIB	IIIA	IIIB
T1b	IA-2	IIB	IIIA	IIIB
T1c	IA-3	IIB	IIIA	IIIB
T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB
T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC

Evolution classification TNM

Analyse IASLC sur 87 000 patients

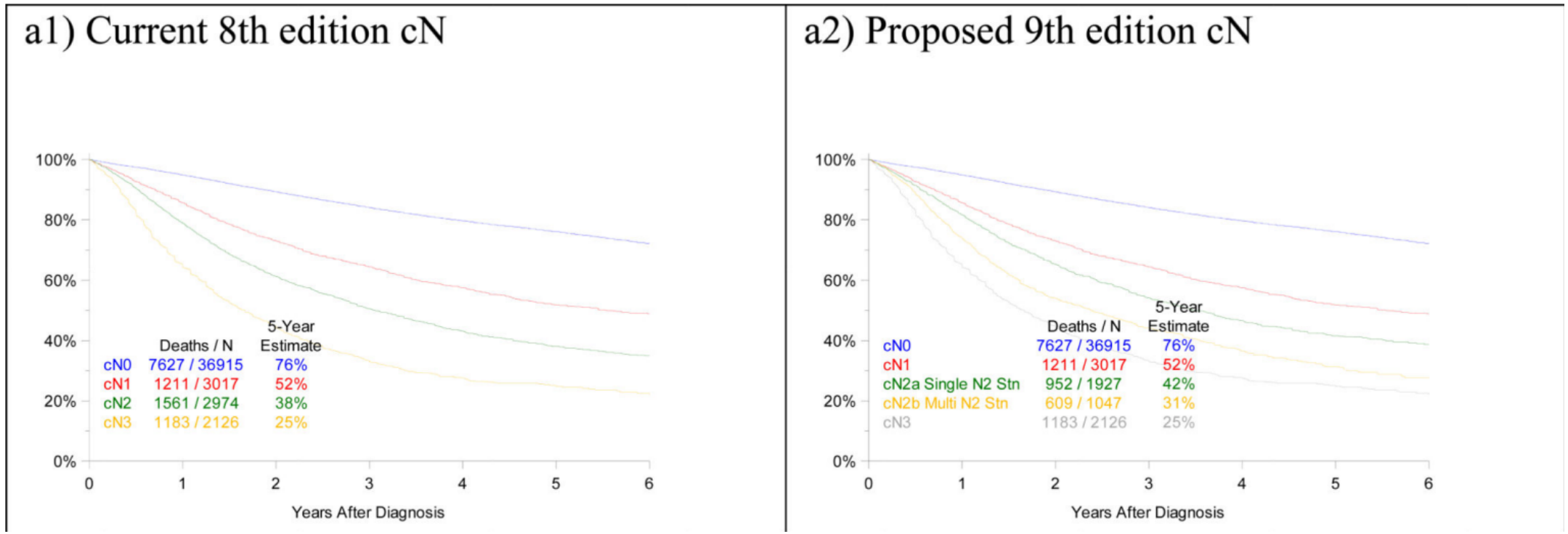
- **Population N2 hétérogène**



Evolution classification TNM

Analyse IASLC sur 87 000 patients

- **Population N2 hétérogène**



Evolution classification TNM

	TNM8				TNM 9				
	N0	N1	N2	N3	N0	N1	N2a	N2b	N3
T1a	IA-1	IIB	IIIA	IIIB	IA-1	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T1b	IA-2	IIB	IIIA	IIIB	IA-2	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T1c	IA-3	IIB	IIIA	IIIB	IA-3	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB	IB	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC

Evolution classification TNM

	TNM8				TNM 9				
	N0	N1	N2	N3	N0	N1	N2a	N2b	N3
T1a	IA-1	IIB	IIIA	IIIB	IA-1	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T1b	IA-2	IIB	IIIA	IIIB	IA-2	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T1c	IA-3	IIB	IIIA	IIIB	IA-3	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB	IB	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC

Evolution classification TNM

N2 hétérogène

- N2 occulte de découverte fortuite
- N2 unisite (N2a)
- N2 multisite (N2b)
- N2 invasif avec atteinte des organes a proximité

Définition de résectabilité

	N0	N1	N2 SINGLE (non-bulky, non-invasive)	N2 MULTI (non-bulky, non-invasive)	N2 BULKY¶	N2 INVASIVE	N3
T1-2	NOT STAGE III DISEASE	NOT STAGE III DISEASE	RESECTABLE	POTENTIALLY RESECTABLE*	UNCLEAR	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE
T3 size / satellite / invasion	NOT STAGE III DISEASE	RESECTABLE	RESECTABLE	POTENTIALLY RESECTABLE*	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE
T4 size / satellite	RESECTABLE	RESECTABLE	RESECTABLE	POTENTIALLY RESECTABLE*	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE
T4 invasion	POTENTIALLY RESECTABLE§	POTENTIALLY RESECTABLE§	POTENTIALLY RESECTABLE§	POTENTIALLY RESECTABLE*§	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE

***Multiple station N2**: case-by-case discussion; the exact number of nodes/stations cannot be defined

¶**Bulky N2**: lymph nodes with a short-axis diameter >2.5-3 cm; in specific situations of *highly selected patients*, including those patients in multidisciplinary trials with surgery as local therapy can be discussed

QUIZ CAS CLINIQUES

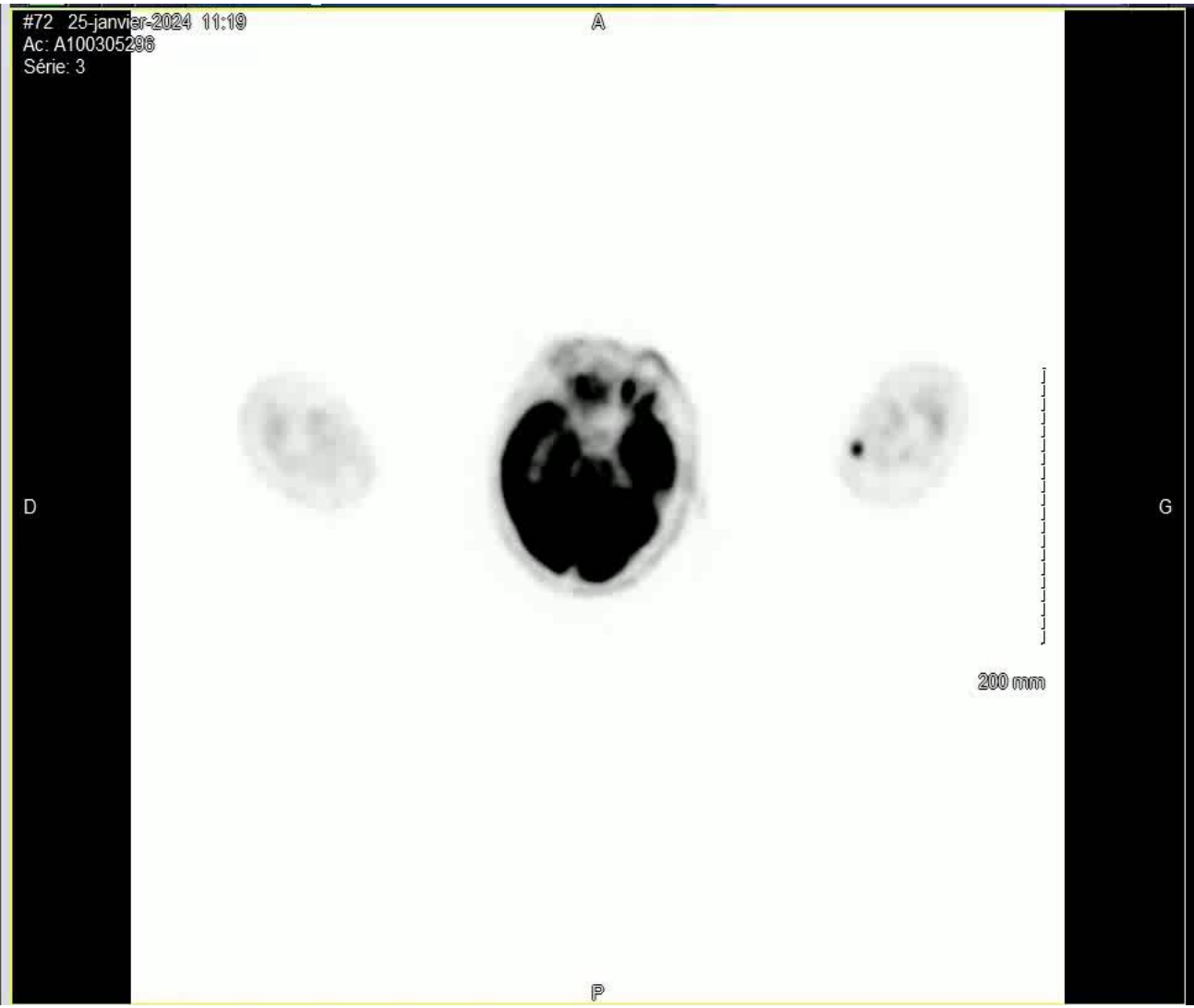
Traitement péri-opératoire / radio-chimiothérapie concomitante

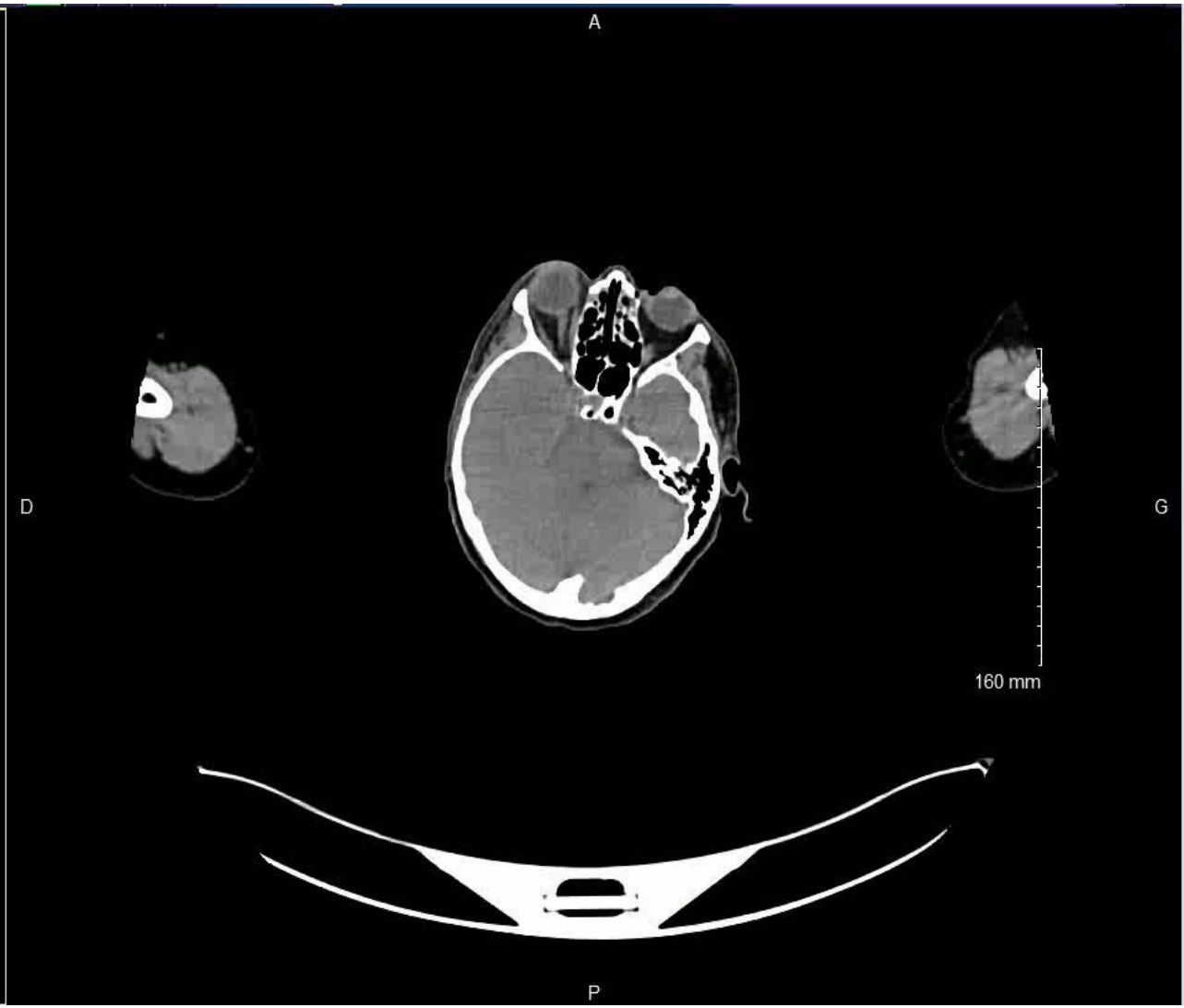
1. Allez sur wooclap.com
2. Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement
NSAADQ

1er cas clinique

- Patiente de 65 ans
- Pas d'antécédent. Pas de traitement habituel
- Tabagisme sevré il y a 1 an estimé à 30PA
- Expectorations hémoptoiques font découvrir une lésion lobaire moyenne .
- Adénocarcinome PDL1 - 15% sans addiction oncogénique
- Un TEP Scanner est réalisé
- Imagerie cérébrale normale


#72 25-janvier-2024 11:19
Ac: A100305296
Série: 3
A
D
G
P
200 mm


A
D
G
P
160 mm

Prise en charge?

- 1) Traitement de 1ere ligne par chimio-immunothérapie
- 2) Radio chimiothérapie concomitante puis immunothérapie de consolidation
- 3) Radio chimiothérapie séquentielle puis immunothérapie de consolidation
- 4) Traitement néoadjuvant par chimio immunothérapie puis chirurgie
- 5) Prise en charge chirurgicale première

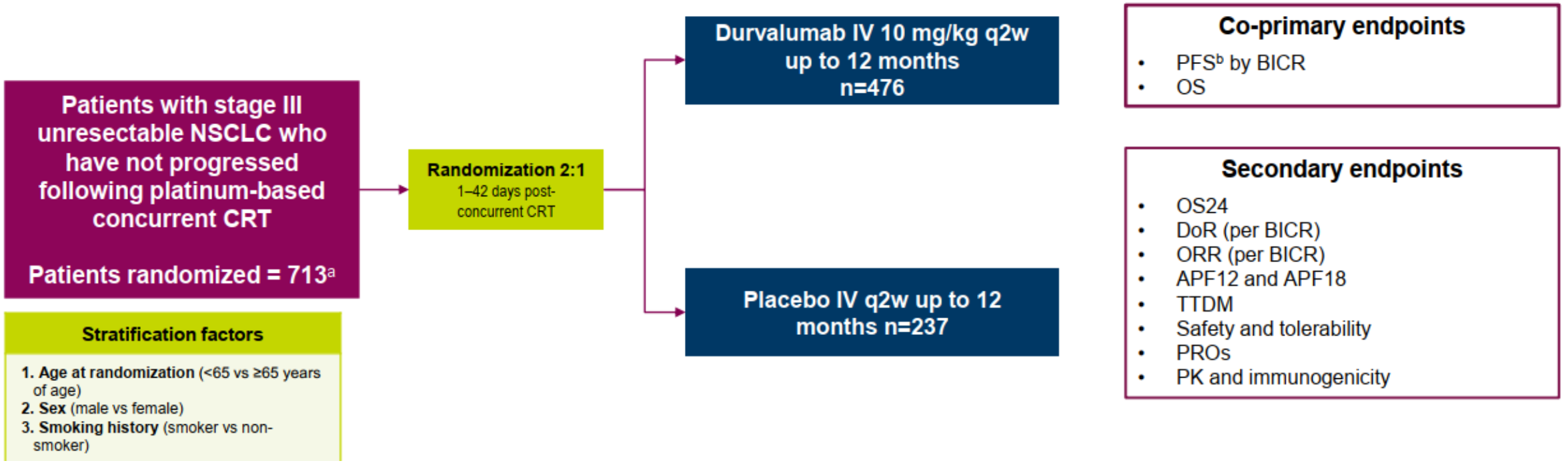
Prise en charge?

- 1) Traitement de 1ere ligne par chimio-immunothérapie
- 2) **Radio chimiothérapie concomitante puis immunothérapie de consolidation**
- 3) Radio chimiothérapie séquentielle puis immunothérapie de consolidation
- 4) Traitement néoadjuvant par chimio immunothérapie puis chirurgie
- 5) Prise en charge chirurgicale première

Etude PACIFIC

PACIFIC Study: Trial Design

Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter, global study[1,2,3]



Spigel DR, Faivre-Finn C, Gray JE, et al. Five-Year Survival Outcomes From the PACIFIC Trial: Durvalumab After Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol*.

Table 1. Baseline Characteristics, Stratification Factors, and Prior Therapy in the Intention-to-Treat Population.*

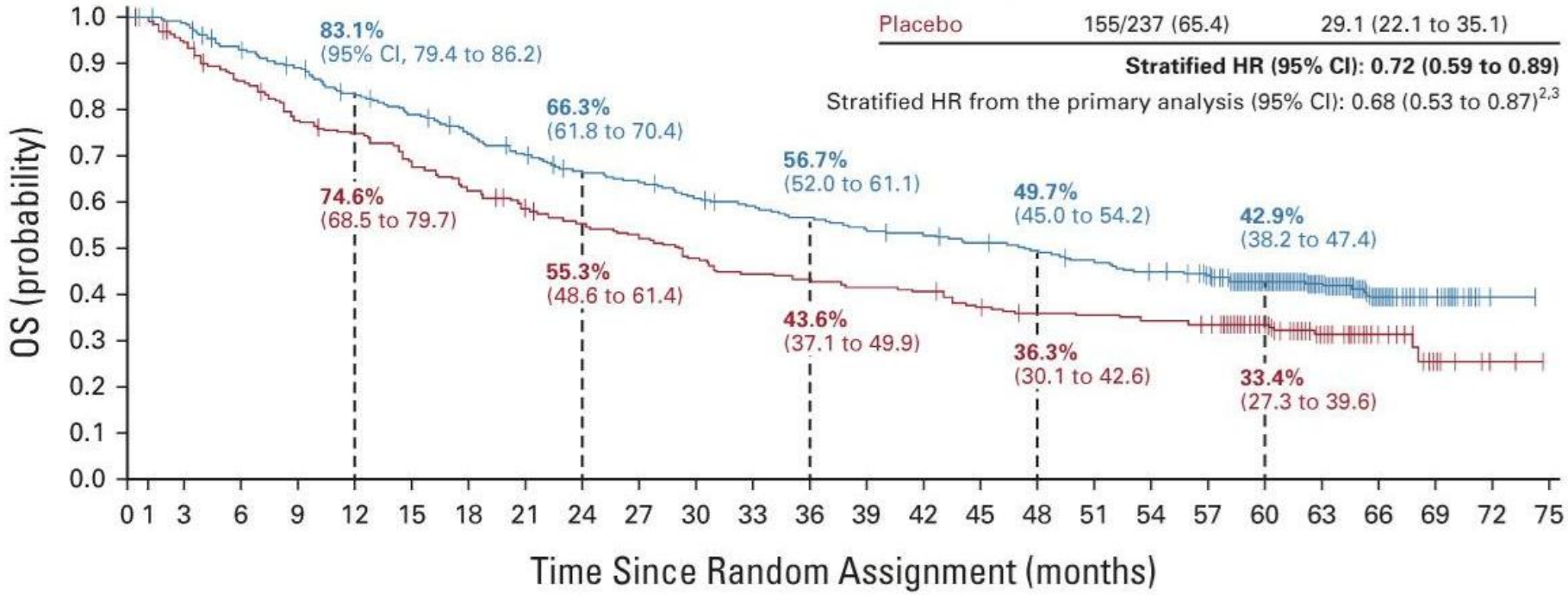
Characteristic	Durvalumab (N = 476)	Placebo (N = 237)	Total (N = 713)
Age — yr			
Median	64	64	64
Range	31–84	23–90	23–90
Sex — no. (%)			
Male	334 (70.2)	166 (70.0)	500 (70.1)
Female	142 (29.8)	71 (30.0)	213 (29.9)
Race — no. (%)†			
White	337 (70.8)	157 (66.2)	494 (69.3)
Black	12 (2.5)	2 (0.8)	14 (2.0)
Asian	120 (25.2)	72 (30.4)	192 (26.9)
Disease stage — no. (%)			
IIIA	252 (52.9)	125 (52.7)	377 (52.9)
IIIB	212 (44.5)	107 (45.1)	319 (44.7)
Other‡	12 (2.5)	5 (2.1)	17 (2.4)
WHO performance-status score — no. (%)§			
0	234 (49.2)	114 (48.1)	348 (48.8)
1	240 (50.4)	122 (51.5)	362 (50.8)
Tumor histologic type — no. (%)			
Squamous	224 (47.1)	102 (43.0)	326 (45.7)
Nonsquamous	252 (52.9)	135 (57.0)	387 (54.3)
Smoking status — no. (%)			
Current smoker	79 (16.6)	38 (16.0)	117 (16.4)
Former smoker	354 (74.4)	178 (75.1)	532 (74.6)
Never smoked	43 (9.0)	21 (8.9)	64 (9.0)
Previous radiotherapy — no. (%)¶			
<54 Gy	3 (0.6)	0	3 (0.4)
≥54 to ≤66 Gy	442 (92.9)	217 (91.6)	659 (92.4)
>66 to ≤74 Gy	30 (6.3)	19 (8.0)	49 (6.9)
Previous chemotherapy — no. (%)‖			
Induction	123 (25.8)	68 (28.7)	191 (26.8)
Concurrent with radiation therapy	475 (99.8)	236 (99.6)	711 (99.7)
Best response to previous chemoradiotherapy — no. (%)			
Complete response	9 (1.9)	7 (3.0)	16 (2.2)
Partial response	232 (48.7)	111 (46.8)	343 (48.1)
Stable disease	222 (46.6)	114 (48.1)	336 (47.1)

Etude PACIFIC

Arm	No. of Events/ Total No. of Patients (%)	Median OS (95% CI), Months
Durvalumab	264/476 (55.5)	47.5 (38.1 to 52.9)
Placebo	155/237 (65.4)	29.1 (22.1 to 35.1)

Stratified HR (95% CI): 0.72 (0.59 to 0.89)

Stratified HR from the primary analysis (95% CI): 0.68 (0.53 to 0.87)[2,3]



No. at risk:

Durvalumab	476	464	431	414	385	364	343	319	298	289	273	264	252	241	236	227	218	207	196	183	134	91	40	18	2	0
Placebo	237	220	199	179	171	156	143	133	123	116	107	99	97	93	91	83	78	77	74	72	56	33	16	7	2	0

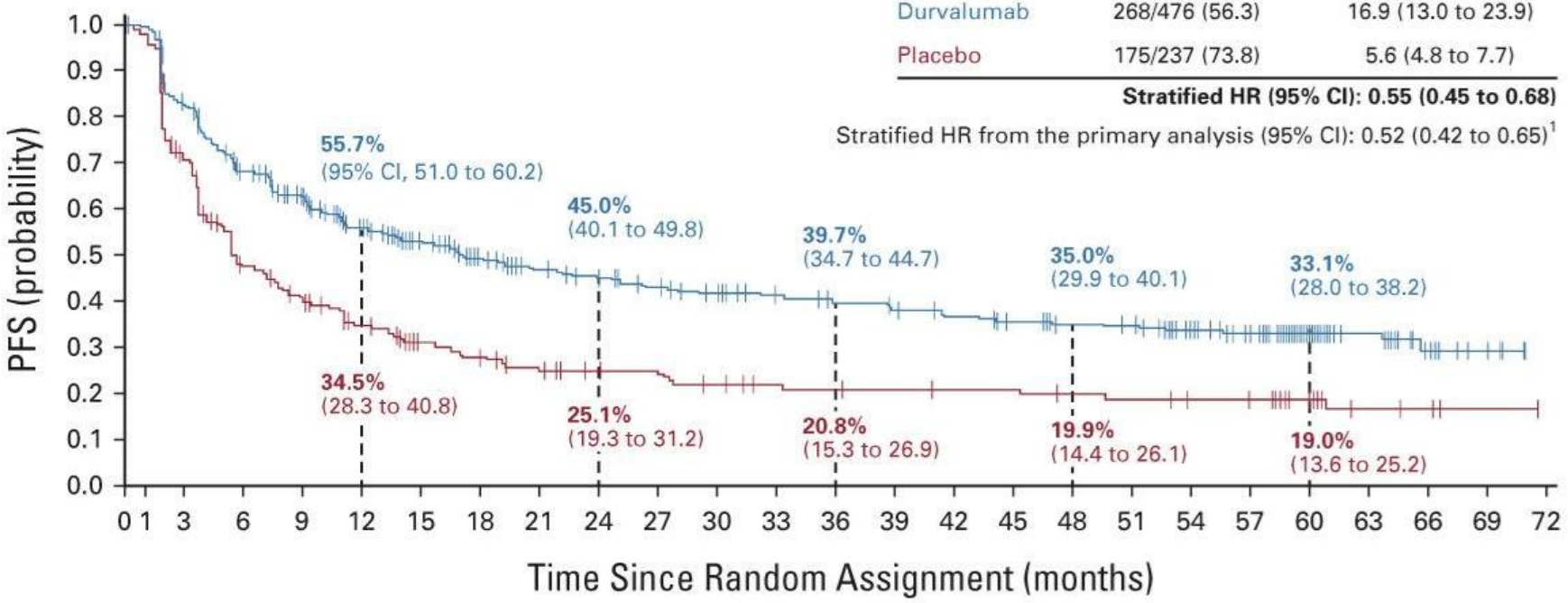
Etude PACIFIC

B

Arm	No. of Events/ Total No. of Patients (%)	Median PFS (95% CI), Months
Durvalumab	268/476 (56.3)	16.9 (13.0 to 23.9)
Placebo	175/237 (73.8)	5.6 (4.8 to 7.7)

Stratified HR (95% CI): 0.55 (0.45 to 0.68)

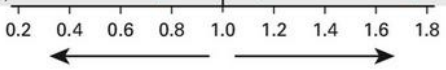
Stratified HR from the primary analysis (95% CI): 0.52 (0.42 to 0.65)[1]



No. at risk:

Durvalumab	476	377	301	267	215	190	165	147	137	128	119	110	103	97	92	85	81	78	67	57	34	22	11	5	0
Placebo	237	164	105	87	68	56	48	41	37	36	30	27	26	25	24	24	22	21	19	19	14	6	4	1	0

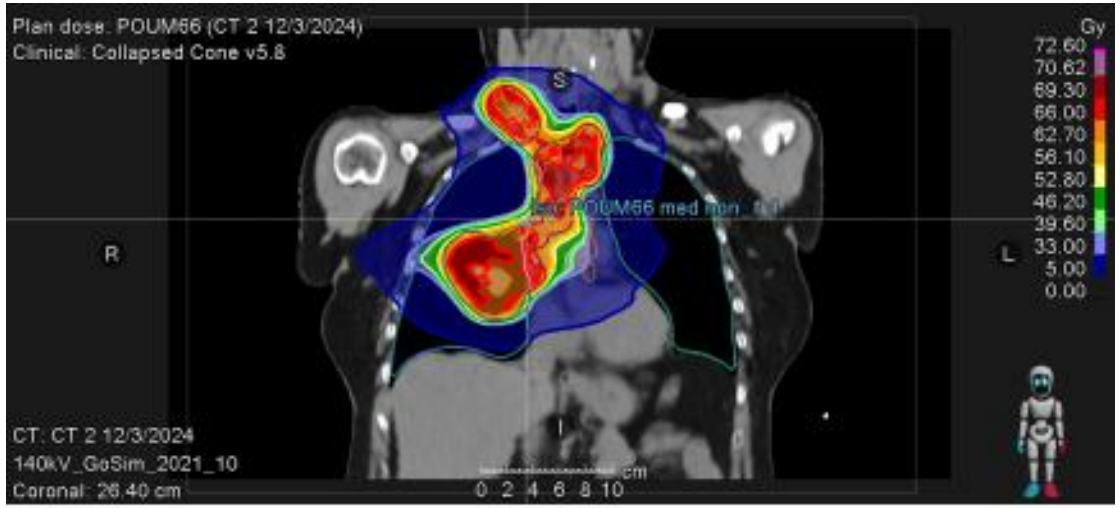
Group	No. of Events / No. of Patients (%) Durvalumab	Placebo	Unstratified HR (95% CI)
All patients	264/476 (55.5)	155/237 (65.4)	0.72 (0.59 to 0.87)
Sex			
Male	192/334 (57.5)	112/166 (67.5)	0.75 (0.59 to 0.95)
Female	72/142 (50.7)	43/71 (60.6)	0.64 (0.44 to 0.94)
Age at random assignment			
< 65 years	130/261 (49.8)	79/130 (60.8)	0.66 (0.50 to 0.87)
≥ 65 years	134/215 (62.3)	76/107 (71.0)	0.79 (0.60 to 1.05)
Smoking status			
Smoker	244/433 (56.4)	140/216 (64.8)	0.75 (0.61 to 0.93)
Nonsmoker	20/43 (46.5)	15/21 (71.4)	0.42 (0.21 to 0.82)
NSCLC disease stage			
IIIA	136/252 (54.0)	91/125 (72.8)	0.61 (0.47 to 0.80)
IIIB	121/212 (57.1)	61/107 (57.0)	0.86 (0.63 to 1.17)
Tumor histologic type			
Squamous	138/224 (61.6)	67/102 (65.7)	0.82 (0.61 to 1.09)
All other	126/252 (50.0)	88/135 (65.2)	0.62 (0.47 to 0.81)
Best response to prior treatment			
Complete response	6/9 (66.7)	3/7 (42.9)	Not calculated[a]
Partial response	118/237 (49.8)	68/112 (60.7)	0.71 (0.52 to 0.95)
Stable disease	135/223 (60.5)	81/115 (70.4)	0.70 (0.53 to 0.92)
Prior chemotherapy type			
Gemcitabine-based	5/9 (55.6)	2/5 (40.0)	Not calculated[a]
Non–gemcitabine-based	259/467 (55.5)	153/232 (65.9)	0.70 (0.58 to 0.86)
Cisplatin	134/266 (50.4)	81/129 (62.8)	0.65 (0.50 to 0.86)
Carboplatin	121/199 (60.8)	69/102 (67.6)	0.81 (0.60 to 1.09)
Cisplatin and carboplatin	6/8 (75.0)	4/5 (80.0)	Not calculated[a]
Last radiation to random assignment			
< 14 days	64/120 (53.3)	43/62 (69.4)	0.54 (0.37 to 0.80)
≥ 14 days	200/356 (56.2)	112/175 (64.0)	0.79 (0.63 to 1.00)
WHO PS			
0 – Normal	121/234 (51.7)	65/114 (57.0)	0.84 (0.62 to 1.14)
1 – Restricted[b]	143/242 (59.1)	90/123 (73.2)	0.62 (0.47 to 0.80)
Region			
Asia	54/109 (49.5)	37/68 (54.4)	0.79 (0.52 to 1.20)
Europe	125/217 (57.6)	64/102 (62.7)	0.84 (0.62 to 1.14)
North and South America	85/150 (56.7)	54/67 (80.6)	0.47 (0.34 to 0.67)
Race			
White	200/337 (59.3)	110/157 (70.1)	0.72 (0.57 to 0.91)
Black or African American	5/12 (41.7)	2/2 (100)	Not calculated[a]
Asian	56/120 (46.7)	39/72 (54.2)	0.73 (0.48 to 1.09)
Other[c]	3/6 (50.0)	4/6 (66.7)	Not calculated[a]
EGFR or *ALK* aberration status			
Positive[d]	17/29 (58.6)	8/14 (57.1)	0.85 (0.37 to 1.97)
Negative	166/317 (52.4)	109/165 (66.1)	0.66 (0.52 to 0.84)
Unknown	81/130 (62.3)	38/58 (65.5)	0.85 (0.57 to 1.24)
PD-L1 expression level			
≥ 25%	51/115 (44.3)	27/44 (61.4)	0.52 (0.32 to 0.82)
< 25%	111/187 (59.4)	64/105 (61.0)	0.90 (0.67 to 1.23)
Unknown	102/174 (58.6)	64/88 (72.7)	0.68 (0.50 to 0.93)
1%-24% (post hoc analysis)	52/97 (53.6)	29/47 (61.7)	0.73 (0.46 to 1.14)
≥ 1% (post hoc analysis)	103/212 (48.6)	56/91 (61.5)	0.61 (0.44 to 0.85)
< 1% (post hoc analysis)	59/90 (65.6)	35/58 (60.3)	1.15 (0.75 to 1.75)

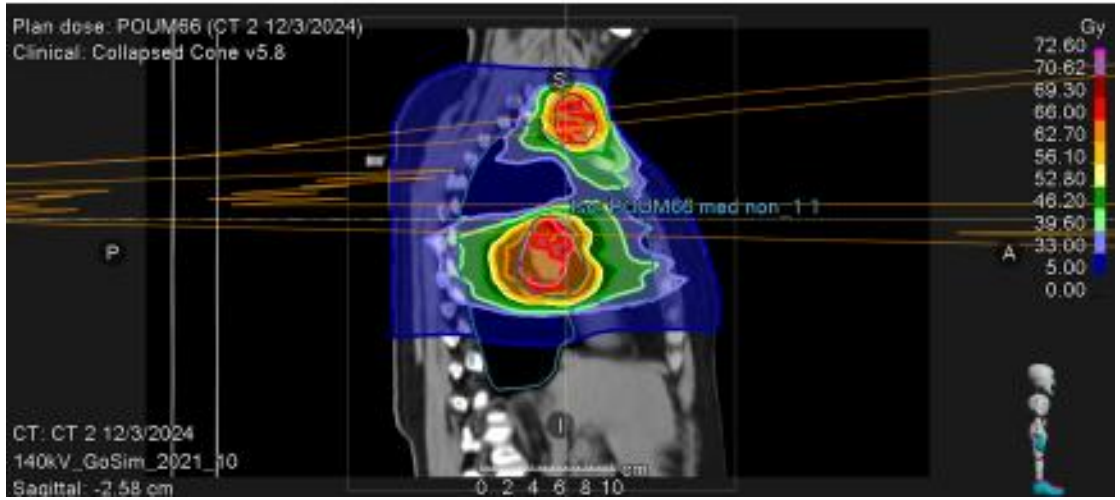


Pas de données de survie en fonction du stade IIIA ou IIIB

Etude PACIFIC

- Radio-chimiothérapie
- Cisplatine-Navelbine
- 66 Gy en 33 séances (~6 semaines de traitement)
- DURVALUMAB entretien (12 mois)





Cas clinique M. A

- Patient 69 ans
- ATCD : Sd dépressif, dyslipidémie
- Retraité mécanicien avec exposition à l'amiante, tabagisme 80 PA actif

- Scanner systématique : lésion LID 10mm sans dissémination ganglionnaire
- TEP : Lésion LID SUV à 5 et ADP aire 4R SUV à 10

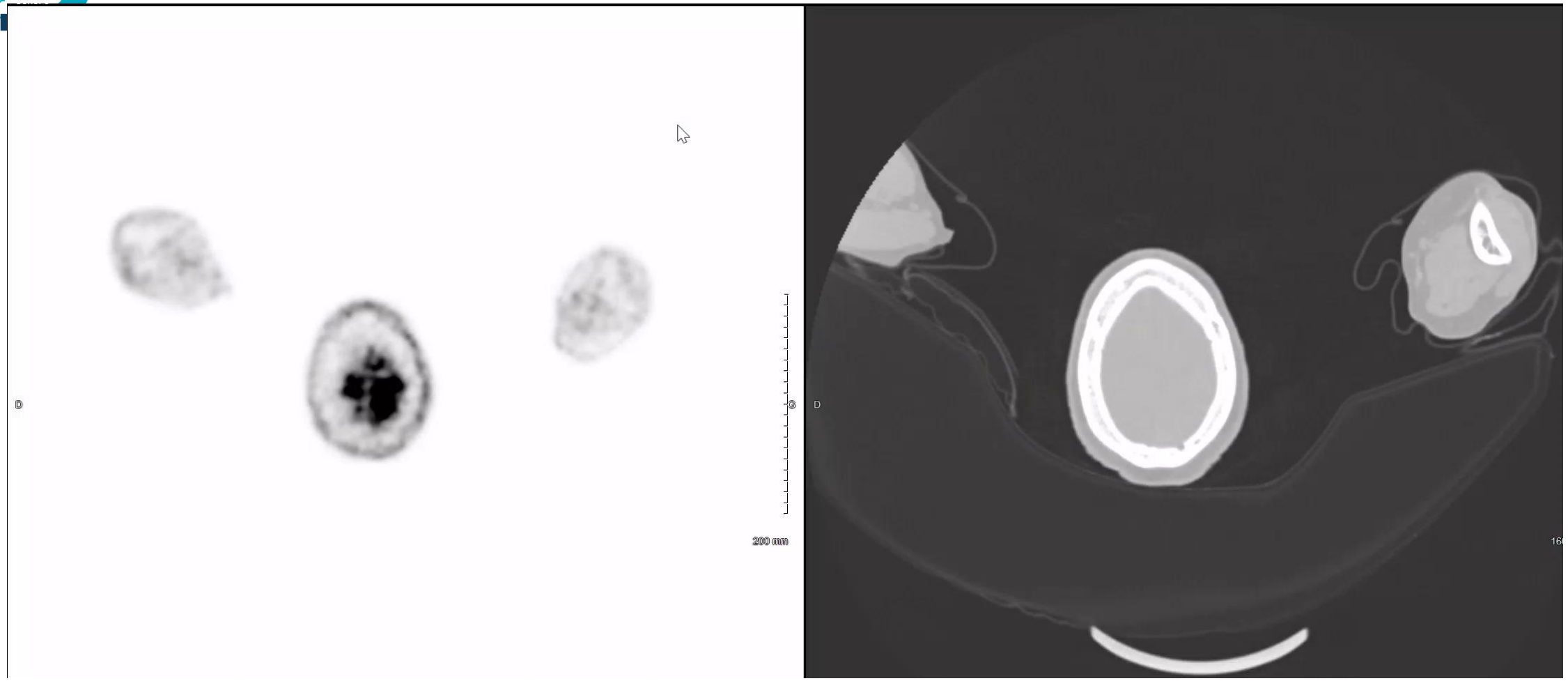
- IRM cérébrale normale

Cas clinique M. A

- EBUS : Positive en 4R : Adénocarcinome PDL1 80%
  - Reste des ADP négatives (hile droit et aire 7)

- EFR OK

Cas clinique M. A



Prise en charge?

- 1) Traitement de 1ere ligne par chimio-immunothérapie
- 2) Radio chimiothérapie concomitante puis immunothérapie de consolidation
- 3) Radio chimiothérapie séquentielle puis immunothérapie de consolidation
- 4) Traitement néoadjuvant par chimio immunothérapie puis chirurgie
- 5) Prise en charge chirurgicale première

Prise en charge?

- 1) Traitement de 1ere ligne par chimio-immunothérapie
- 2) Radio chimiothérapie concomitante puis immunothérapie de consolidation
- 3) Radio chimiothérapie séquentielle puis immunothérapie de consolidation
- 4) **Traitement néoadjuvant par chimio immunothérapie puis chirurgie**
- 5) Prise en charge chirurgicale première

Cas clinique M. A

- Chimio immunothérapie néo adjuvante patr 3 cures de CARBOPLATINE PACLITAXEL NIVOLUMAB
- TEP de réevaluation : régression quasi complète de l'ADP 4R et régression minime du nodule LID
- Lobectomie inférieure droite : ADK pulmonaire de 14 mm LID ypT1bN0 (20% de cellules viables)
- Curage négatif

Liens d’intérêts

- Aucun

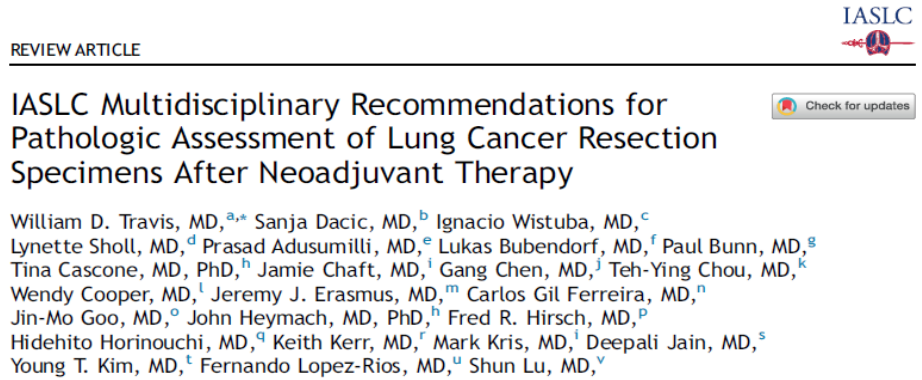
Pièce opératoire post traitement néo adjuvant…

Une situation particulière

- **Objectif supplémentaire :** évaluation de la réponse pathologique (RP) = % de tumeur viable

➢ Evaluation standardisée, identique selon les traitements

➢ Evaluer l'efficacité du traitement



IASLC

REVIEW ARTICLE

Check for updates

IASLC Multidisciplinary Recommendations for Pathologic Assessment of Lung Cancer Resection Specimens After Neoadjuvant Therapy

William D. Travis, MD,[a,*] Sanja Dacic, MD,[b] Ignacio Wistuba, MD,[c] Lynette Sholl, MD,[d] Prasad Adusumilli, MD,[e] Lukas Bubendorf, MD,[f] Paul Bunn, MD,[g] Tina Cascone, MD, PhD,[h] Jamie Chaft, MD,[i] Gang Chen, MD,[j] Teh-Ying Chou, MD,[k] Wendy Cooper, MD,[l] Jeremy J. Erasmus, MD,[m] Carlos Gil Ferreira, MD,[n] Jin-Mo Goo, MD,[o] John Heymach, MD, PhD,[h] Fred R. Hirsch, MD,[p] Hidehito Horinouchi, MD,[q] Keith Kerr, MD,[r] Mark Kris, MD,[i] Deepali Jain, MD,[s] Young T. Kim, MD,[t] Fernando Lopez-Rios, MD,[u] Shun Lu, MD,[v]

Définition de la « réponse pathologique »

- CPR (« complete pathological response ») (ypT0N0) : absence de tumeur viable sur l'ensemble du lit tumoral pulmonaire + ganglions lymphatiques

- MPR (« major pathological response ») : ≤ 10% tumeur viable

- PNR (pathological non response) : ≥ 90 % tumeur viable

En pratique…
Avant l'anapath

- Eléments nécessaires pour l'évaluation de la RP ++ :

➢ Traitement néoadjuvant ? Type ?
➢ ATCD spécifique (tuberculose, pneumopathie…)
➢ Imagerie **avant** et **après** le traitement néoadjuvant :
- Localisation + nombre de tumeur + taille du lit tumoral post traitement
- Présence + nombre + localisation de ganglion métastatique
- Réponse RECIST : réponse partielle – complète, stable, ou progression

Modification de la PEC macroscopique

Corrélation réponse radiologique – thérapeutique - histologique

En pratique…
Avant l’anapath

- Nécessité résultat d’analyse :
  - IHC PDL1 (score TPS) et ALK
  - analyse moléculaire NGS ++/ technique ciblée (EGFR)

En pratique…
Durant l'anapath : étape de macroscopie

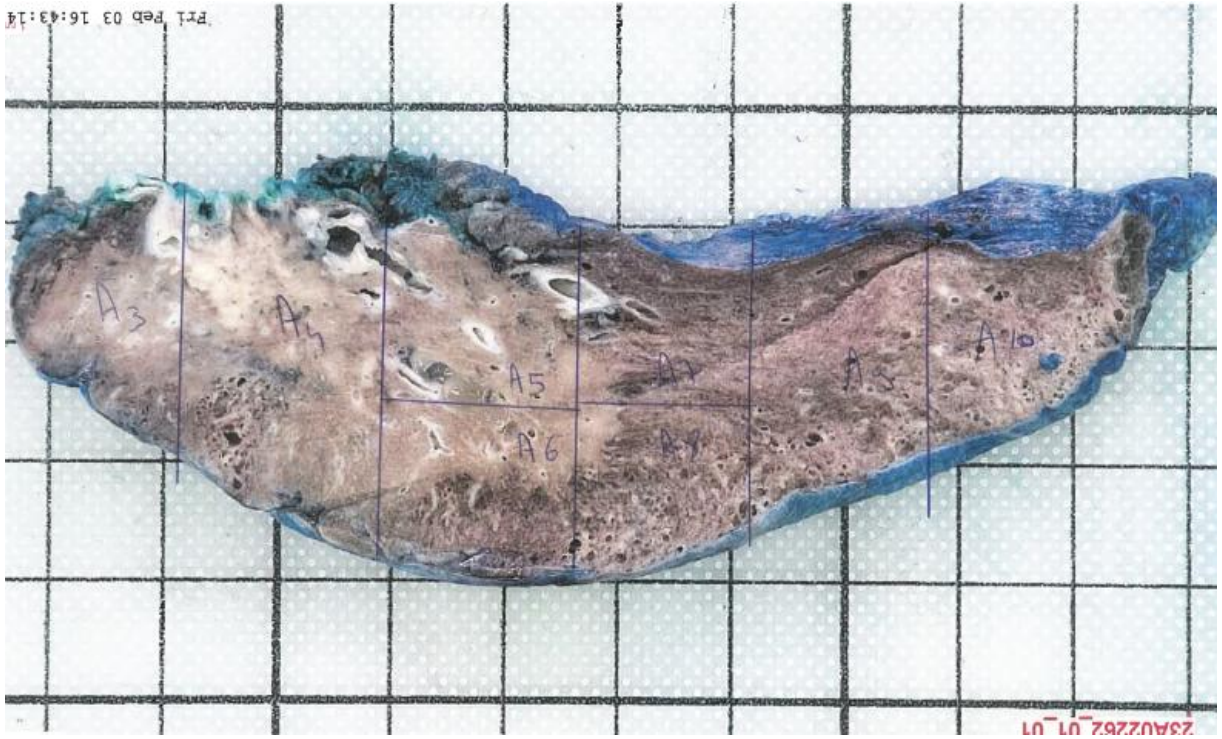
- Etape de macroscopie :

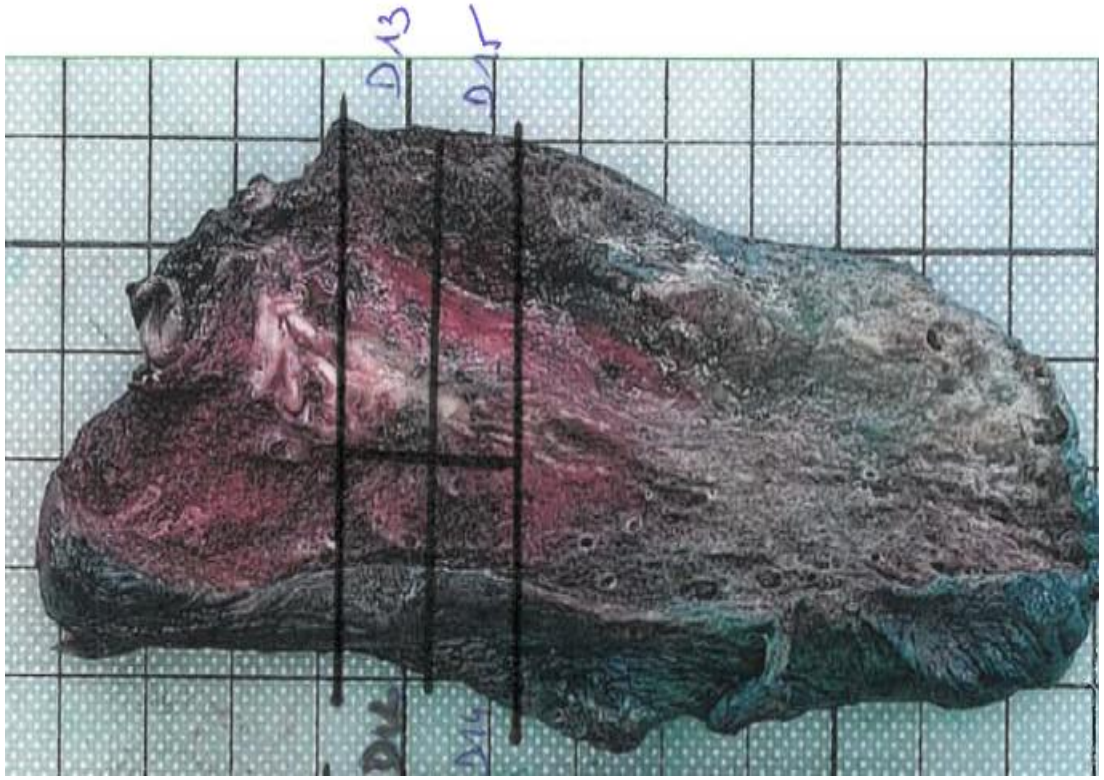
  - Repérage du lit tumoral + description + évaluer limite exérèse

  - Attention au remaniements non tumoraux pouvant fausser la taille (pneumopathie péri tumorale ++)

  - Echantillonnage avec cartographie du lit tumoral

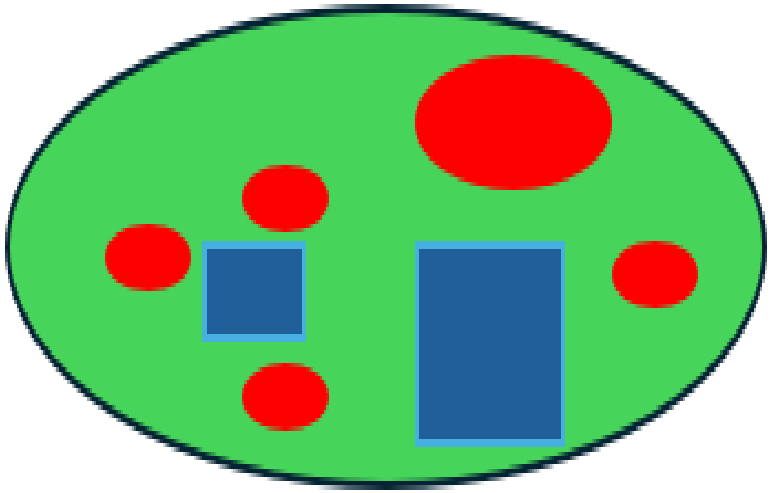
En pratique…
Durant l'anapath : étape de macroscopie





En pratique…
Durant l'anapath : étape de microscopie

- Identification des 3 composantes du lit tumoral



Tumeur viable (%)

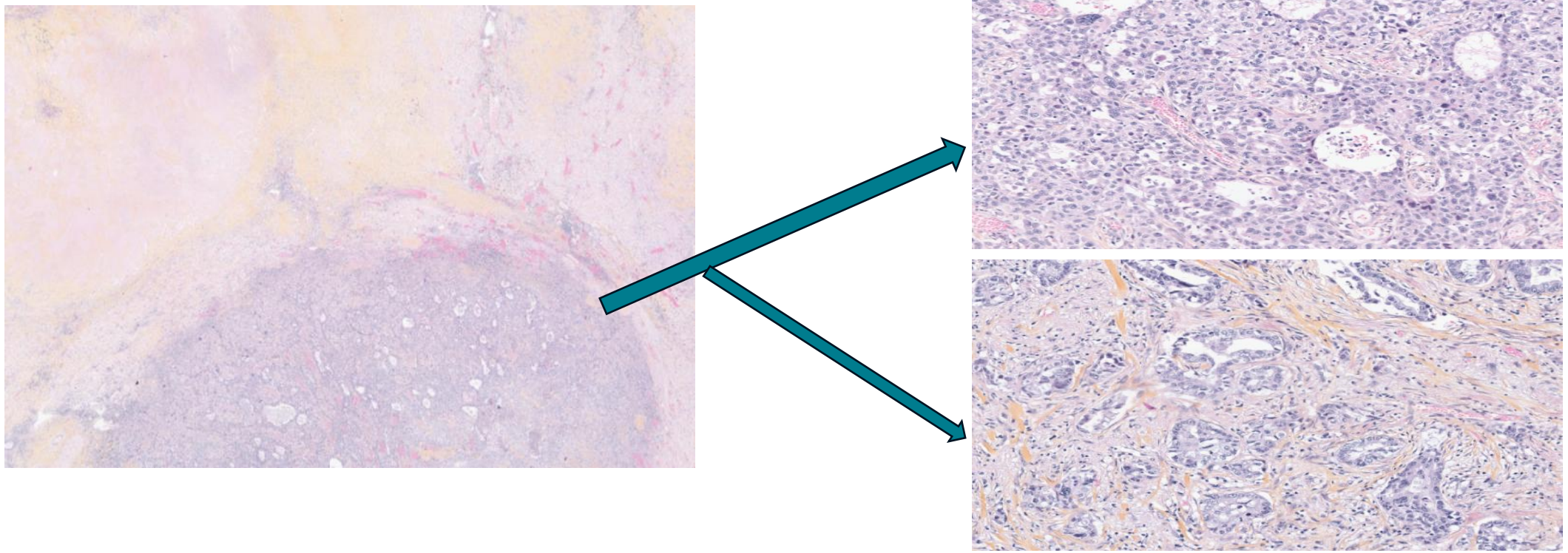
Nécrose (%)

Stroma fibro-inflammatoire (%)

Lit tumoral =
T + N + S = 100 %

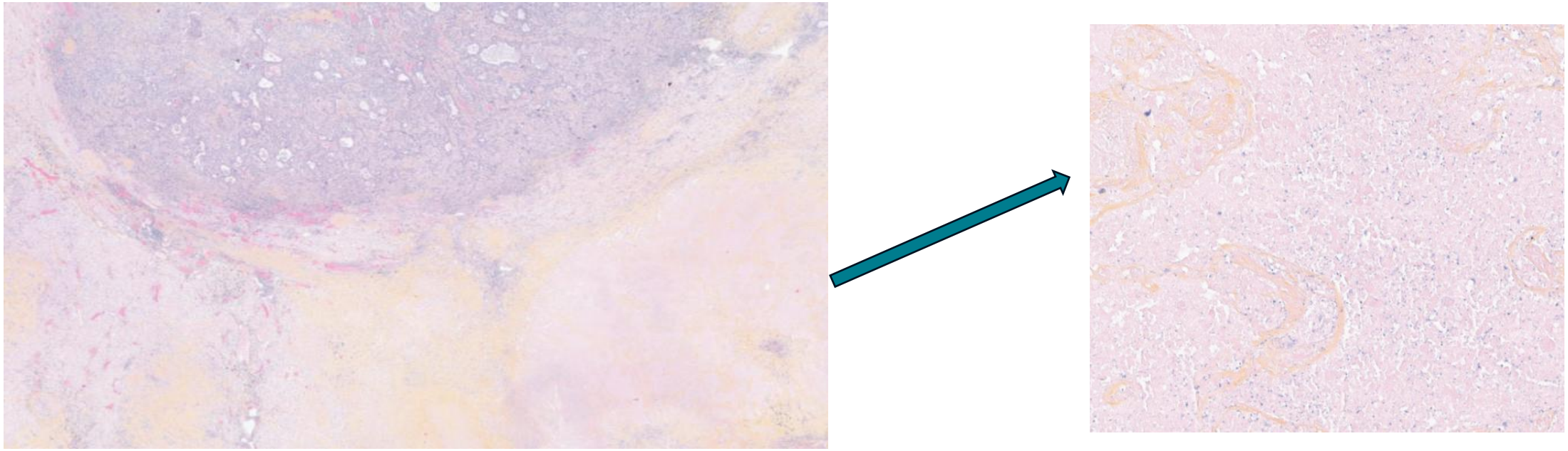
En pratique…
Durant l'anapath : étape de microscopie

% reliquat tumoral viable + % nécrose + % tissu inflammatoire =100 %



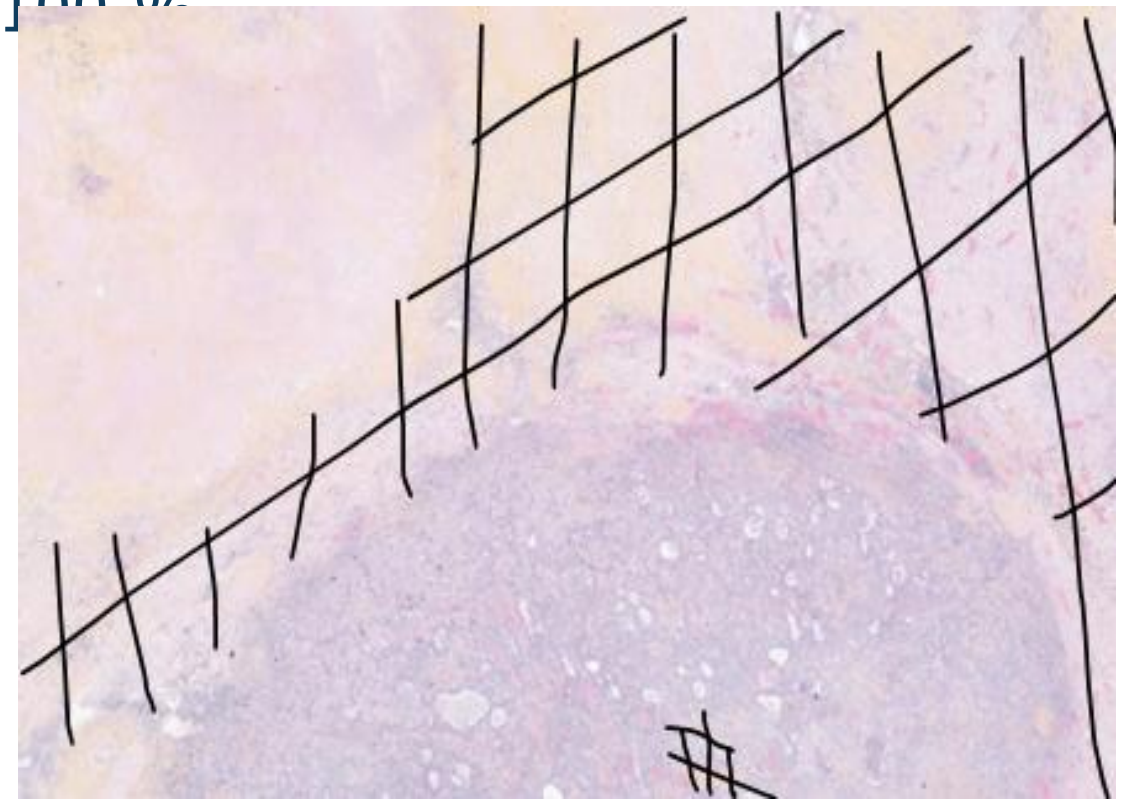
En pratique…
Durant l'anapath : étape de microscopie

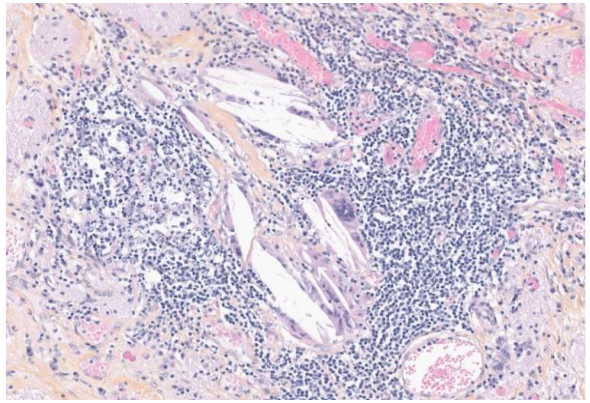
% reliquat tumoral viable + **% nécrose** + % tissu inflammatoire =100 %

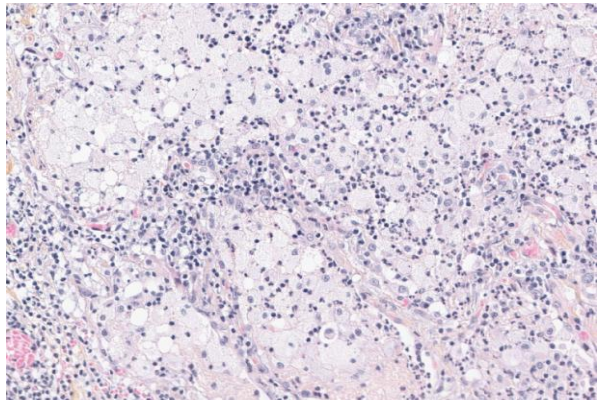


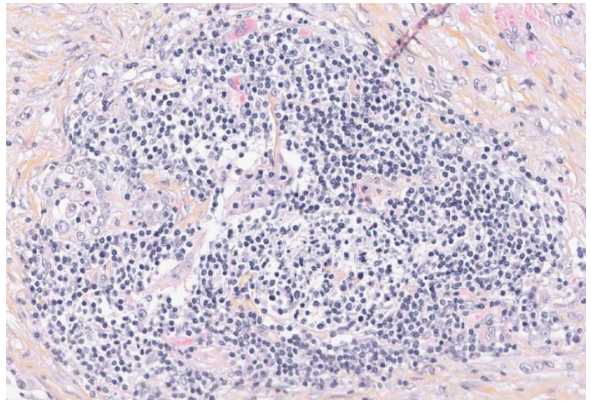
En pratique…
Durant l'anapath : étape de microscopie

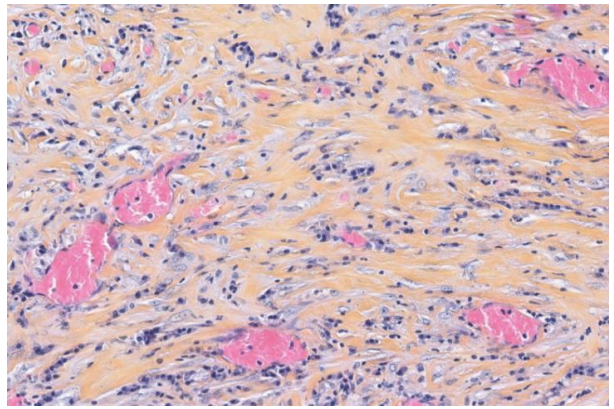
% reliquat tumoral viable + % nécrose + **% tissu fibro-inflammatoire** = 100 %







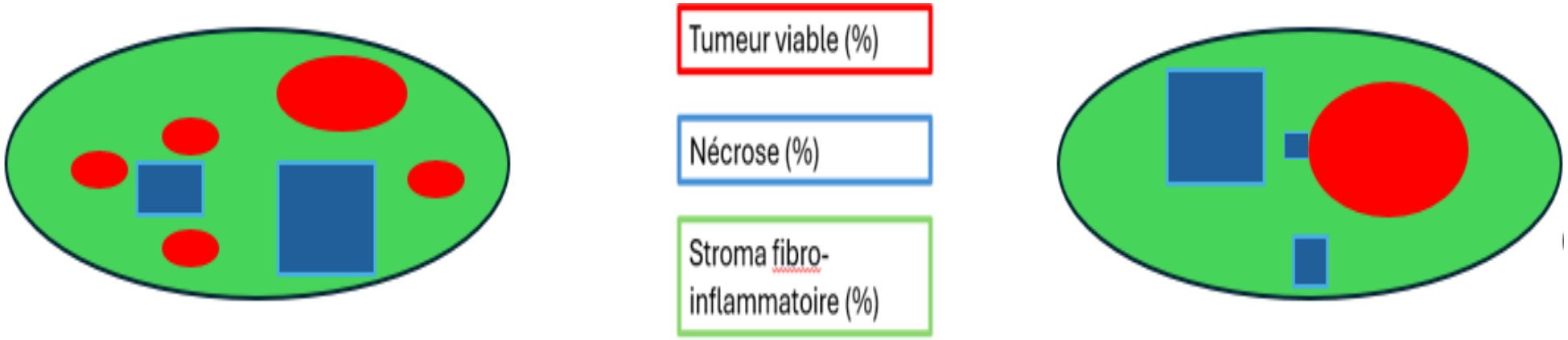




Service d'anatomopathologie, CHU Limoges

En pratique…
Durant l'anapath : étape de microscopie

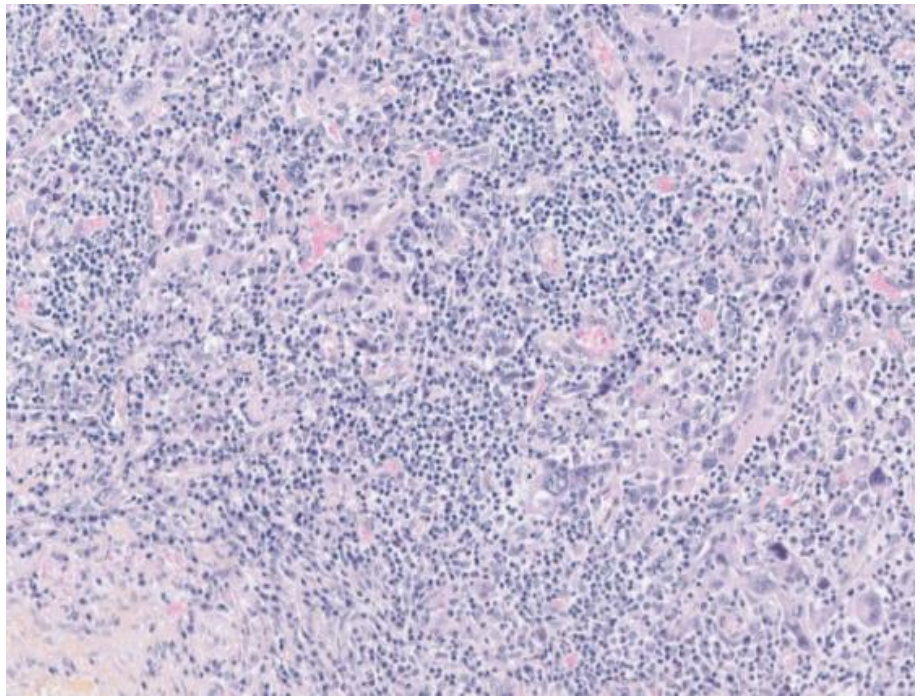
➢ Mais difficulté d'interprétation….

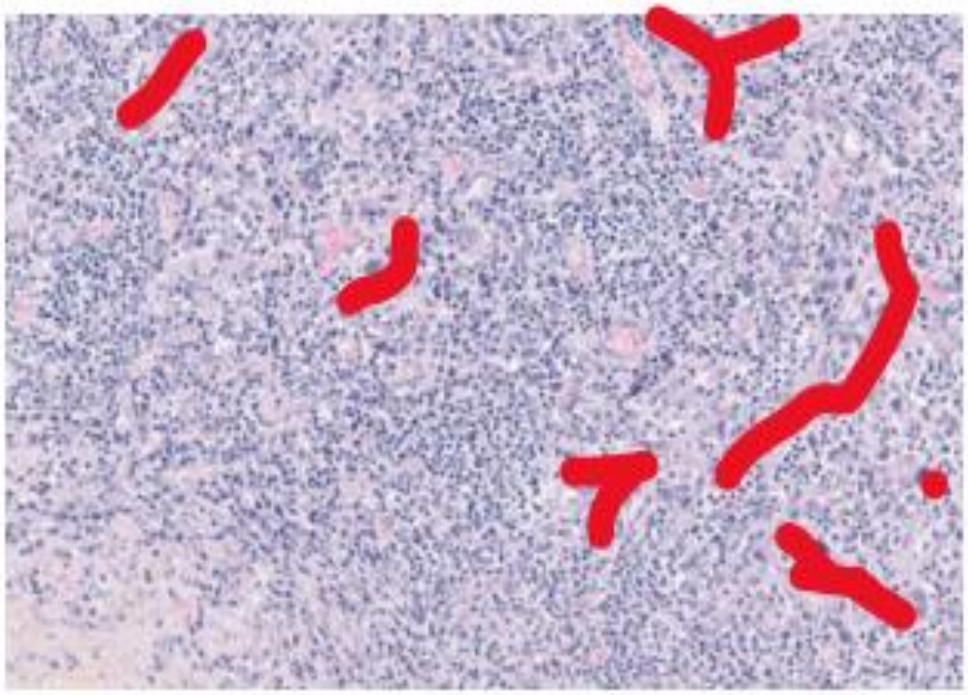


- Caractère fragmenté
- Imbrication des différents contingents entre eux

En pratique…
Durant l'anapath : étape de microscopie

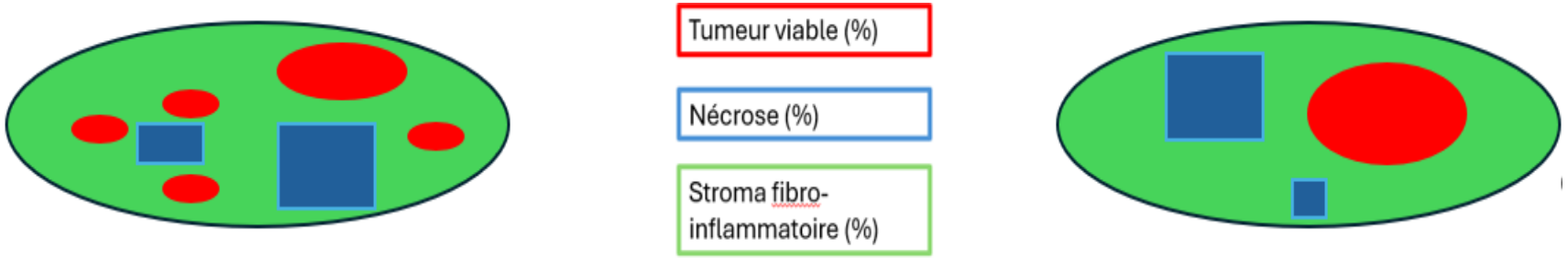
- Mais difficulté d'interprétation….





En pratique…
Durant l'anapath : étape de microscopie

- Mais difficulté d'interprétation….



Evaluation sur chaque lame, moyenne sur l'ensemble des lames

- 1 évaluation / tumeur
- Extension/qualité d'exérèse : ne tenir compte que de la tumeur viable
- Approche identique sur les ganglions

Différence de réponse histologique en fonction des traitements néoadjuvants

- Absence d'aspect histopathologique pathognomonique

- Remaniements fibro-inflammatoires ++ après IT

✓ Fibrose élastique proliférative

✓ Néovascularisation

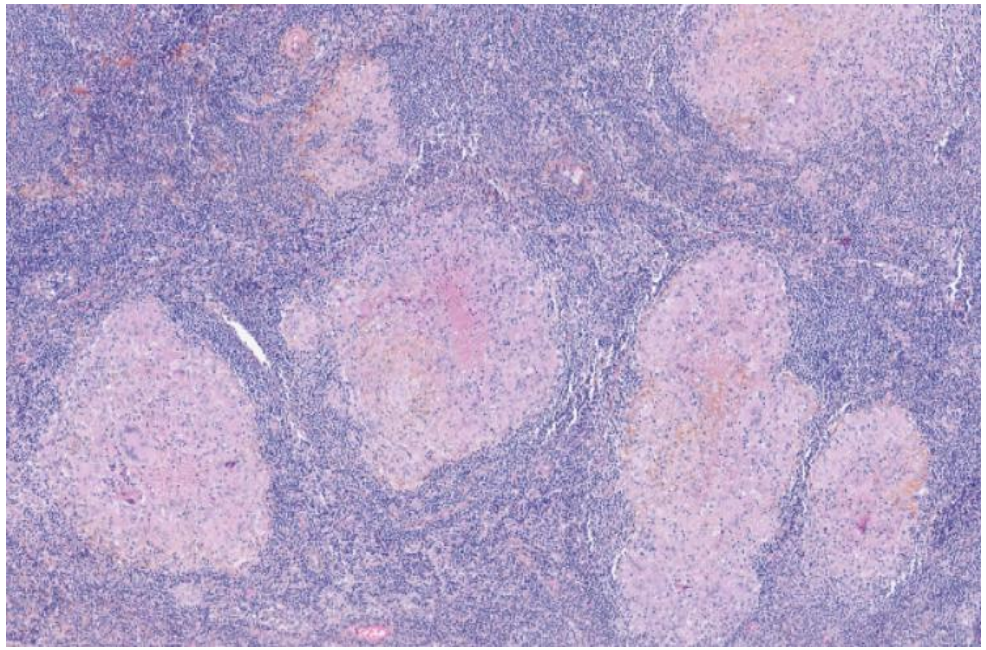
✓ Inflammation : lymphocytaire (TIL), structure lymphoïde tertiaire, empreinte cristaux cholestérol

Cas de discordance réponse histologique - imagerique

- Remaniements fibro-inflammatoires (traitement IT ++)

- Granulome épithélioïde et giganto cellulaire

....



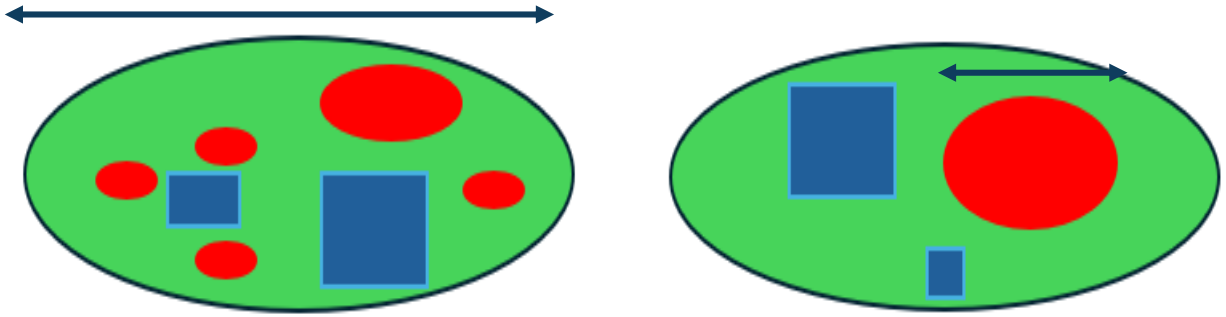
Quid de la détermination du ypT ?

- ypT = taille de la tumeur et non du lit tumoral
- Difficulté :

➢ Fragmentation de la tumeur au sein de remaniements post thérapeutiques ++

➢ Pas de réel consensus

Taille du lit tumoral
x % tumeur viable



Mesure grand
axe tumoral

Synthèse

- **Objectif complémentaire :** évaluation de la réponse pathologique
- Indication du contexte de traitement néo-adjuvant ++
- Evaluation composante stromale, nécrose, tumorale
- Subjectivité ++
- Manque de consensus officiel
- Standardisation (reproductibilité mais peu spécifique en fonction type tumoral ou TTT)

Bibliographie

- Travis WD, et al. IASLC Multidisciplinary Recommendations for Pathologic Assessment of Lung Cancer Resection Specimens After Neoadjuvant Therapy. J Thorac Oncol. 2020
- Deutsch JS, et al. Association between pathologic response and survival after neoadjuvant therapy in lung cancer. Nat Med. 2024
- Cotrell T R et al. Pathologic features of response to neoadjuvant anti-PD-1 in resected non-small-cell lung carcinoma: a proposal for quantitative immune-related pathologic response criteria (irPRC). Ann oncol 2018
- Saw SPL, et al. Revisiting neoadjuvant therapy in non-small-cell lung cancer. Lancet Oncol. 2021
- Saqi A, Leslie KO, Moreira AL, Lantuejoul S, Shu CA, Rizvi NA, Sonett JR, Tajima K, Sun SW, Gitlitz BJ, Colby TV. Assessing Pathologic Response in Resected Lung Cancers: Current Standards, Proposal for a Novel Pathologic Response Calculator Tool, and Challenges in Practice. JTO Clin Res Rep. 2022
- Qu Y, Emoto K, Eguchi T, Aly RG, Zheng H, Chaft JE, Tan KS, Jones DR, Kris MG, Adusumilli PS, Travis WD. Pathologic Assessment After Neoadjuvant Chemotherapy for NSCLC: Importance and Implications of Distinguishing Adenocarcinoma From Squamous Cell Carcinoma. J Thorac Oncol. 2019
- EPU poumon, mai 2025, Pr S. LANTUEJOUL, Dr N. POTE, Dr A. MANSUET LUPO, Pr D. DAMOTTE, Dr V. HOFMAN, Dr N. PITON, Dr N. MACAGNO, Dr I. ROUQUETTE

Traitement néo-adjuvant

- **<u>Néoadjuvant seul</u>**

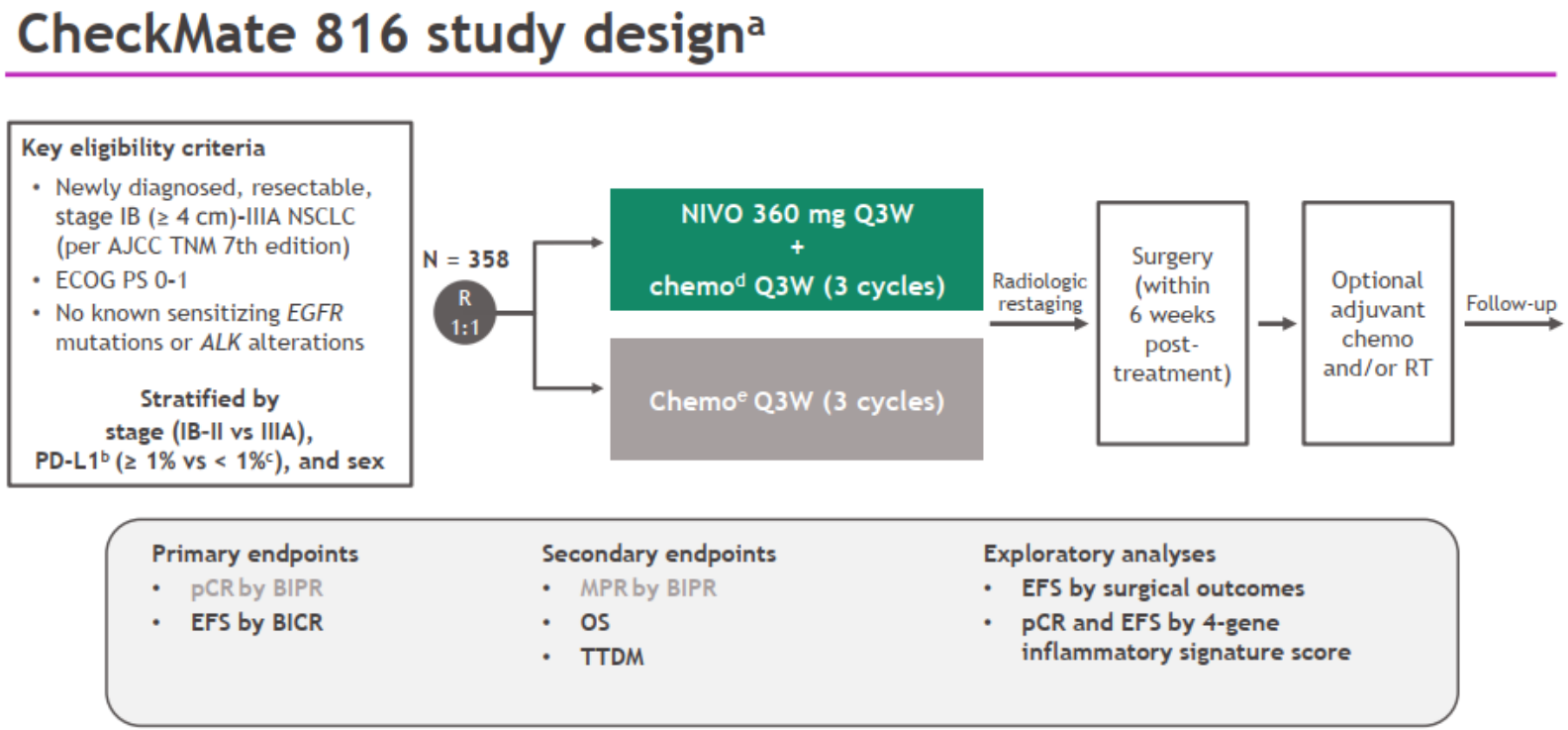
- **CHECKMATE-816**

- **<u>Péri-opératoire</u>**

- **KEYNOTE-671**
- **CHECKMATE 77T**
- **AEGEAN**

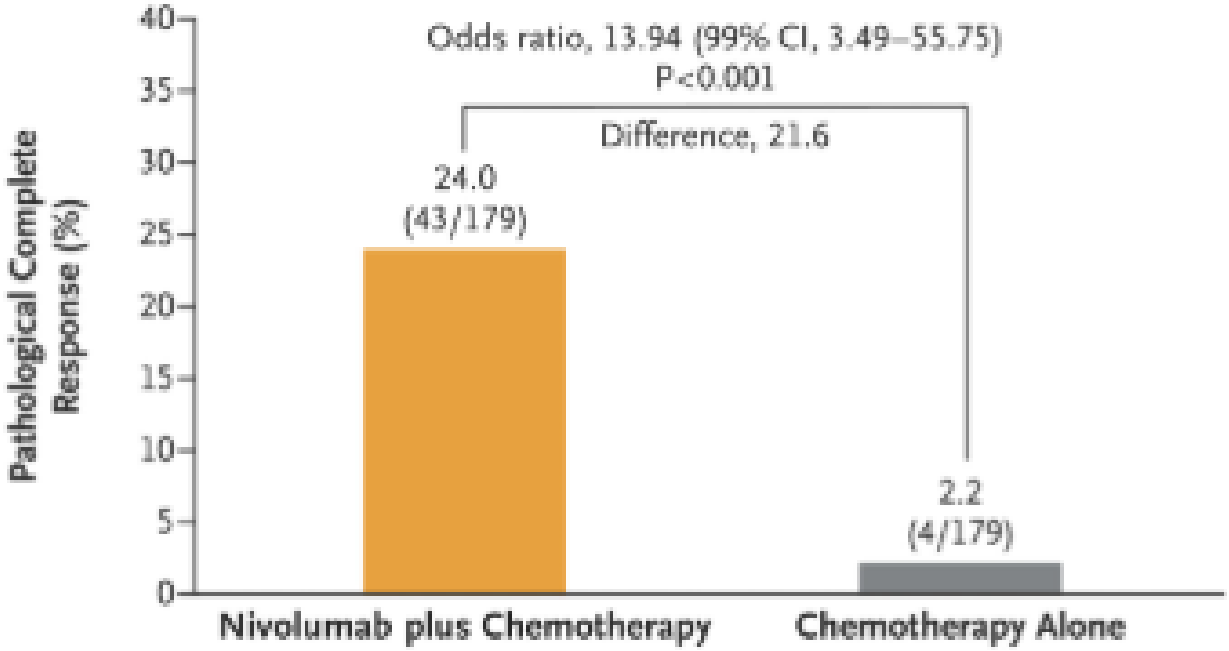
CHECKMATE-816

- 358 patients
- Stade IB au IIIA TNM7 EGFR/ALK négatif
- Tout PDL-1



CHECKMATE-816

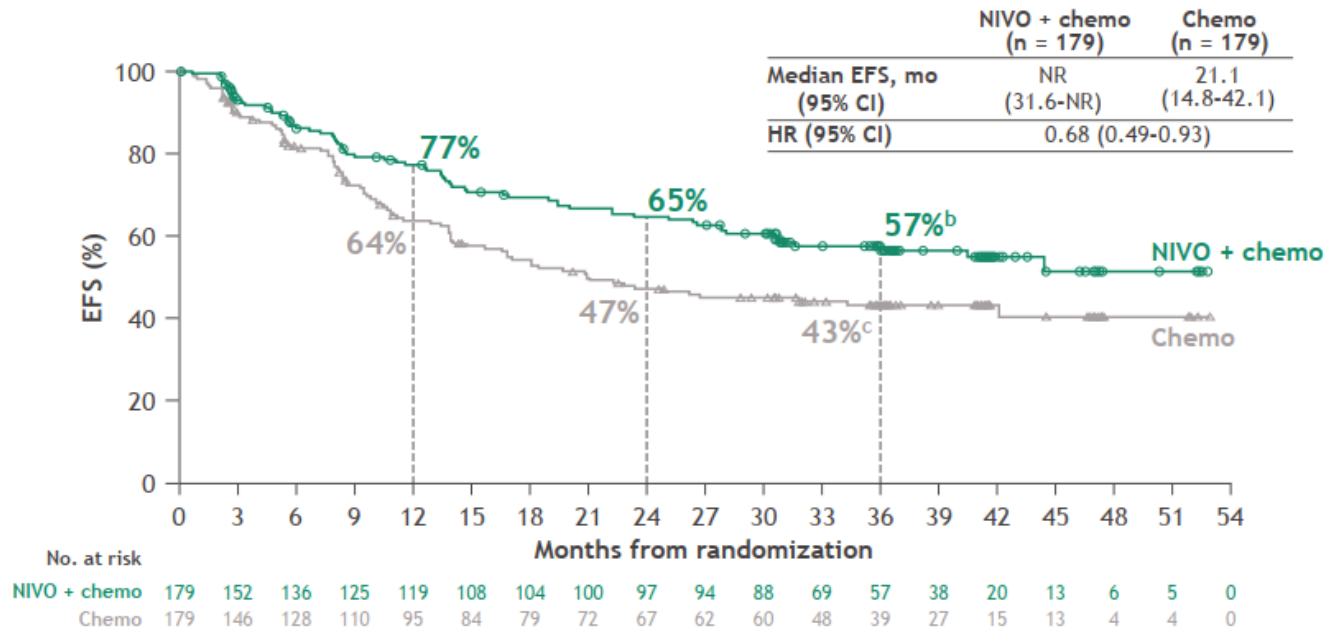
- Meilleure réponse pathologique complète
- Meilleure réponse pathologique majeure



CHECKMATE-816

- Meilleure survie sans évènement

EFS with neoadjuvant NIVO + chemo vs chemo: 3-year update[a]

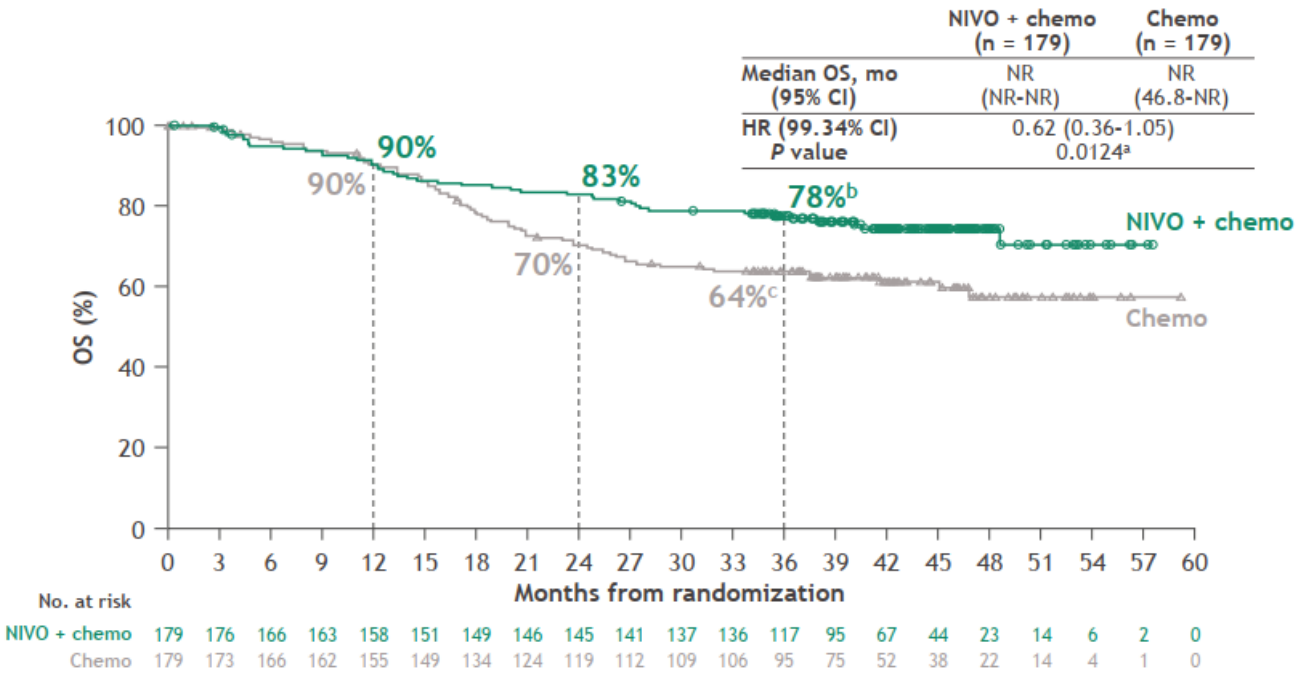


CHECKMATE-816

- Meilleure survie globale

CheckMate 816: 3-y efficacy/safety update and biomarker analys

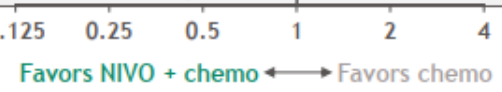
OS with neoadjuvant NIVO + chemo vs chemo: 3-year update



CHECKMATE-816

EFS[a] subgroup analysis: 3-year update

	Median EFS, mo		Unstratified HR[a] (95% CI)	Unstratified HR
	NIVO + chemo (n = 179)	Chemo (n = 179)		
Overall (N = 358)	NR	21.0		0.66
< 65 years (n = 176)	NR	22.4		0.61
≥ 65 years (n = 182)	40.4	20.9		0.72
Male (n = 255)	44.4	18.0		0.69
Female (n = 103)	NR	NR		0.59
North America (n = 91)	NR	42.1		0.83
Europe (n = 66)	NR	21.1		0.69
Asia (n = 177)	NR	16.5		0.53
ECOG PS 0 (n = 241)	NR	31.8		0.69
ECOG PS 1 (n = 117)	NR	14.0		0.64
Stage IB-II (n = 126)	NR	NR		0.94
Stage IIIA (n = 229)	NR	16.9		0.57
Squamous (n = 182)	40.4	22.9		0.82
Nonsquamous (n = 176)	NR	20.8		0.52
Current/former smoker (n = 318)	NR	23.3		0.71
Never smoker (n = 39)	44.4	10.4		0.34
PD-L1 < 1% (n = 155)	26.4	20.8		0.87
PD-L1 ≥ 1% (n = 178)	NR	26.7		0.46
PD-L1 1%-49% (n = 98)	NR	31.8		0.63
PD-L1 ≥ 50% (n = 80)	NR	19.7		0.29
TMB < 12.3 mut/Mb (n = 102)	44.4	31.8		0.82
TMB ≥ 12.3 mut/Mb (n = 76)	NR	NR		0.67
Cisplatin (n = 258)	44.4	21.1		0.72
Carboplatin (n = 72)	NR	10.6		0.45

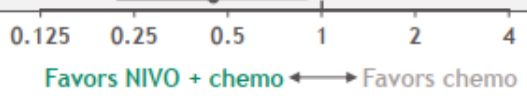


Minimum/median follow-up: 32.9/41.4 months.
[a]Per BICR.

CHECKMATE-816

EFS[a] subgroup analysis: 3-year update

	Median EFS, mo		Unstratified HR[a] (95% CI)	Unstratified HR
	NIVO + chemo (n = 179)	Chemo (n = 179)		
Overall (N = 358)	NR	21.0		0.66
< 65 years (n = 176)	NR	22.4		0.61
≥ 65 years (n = 182)	40.4	20.9		0.72
Male (n = 255)	44.4	18.0		0.69
Female (n = 103)	NR	NR		0.59
North America (n = 91)	NR	42.1		0.83
Europe (n = 66)	NR	21.1		0.69
Asia (n = 177)	NR	16.5		0.53
ECOG PS 0 (n = 241)	NR	31.8		0.69
ECOG PS 1 (n = 117)	NR	14.0		0.64
Stage IB-II (n = 126)	NR	NR		0.94
Stage IIIA (n = 229)	NR	16.9		0.57
Squamous (n = 182)	40.4	22.9		0.82
Nonsquamous (n = 176)	NR	20.8		0.52
Current/former smoker (n = 318)	NR	23.3		0.71
Never smoker (n = 39)	44.4	10.4		0.34
PD-L1 < 1% (n = 155)	26.4	20.8		0.87
PD-L1 ≥ 1% (n = 178)	NR	26.7		0.46
PD-L1 1%-49% (n = 98)	NR	31.8		0.63
PD-L1 ≥ 50% (n = 80)	NR	19.7		0.29
TMB < 12.3 mut/Mb (n = 102)	44.4	31.8		0.82
TMB ≥ 12.3 mut/Mb (n = 76)	NR	NR		0.67
Cisplatin (n = 258)	44.4	21.1		0.72
Carboplatin (n = 72)	NR	10.6		0.45



Minimum/median follow-up: 32.9/41.4 months.
[a]Per BICR.

CHECKMATE-816

- 2023 Nivolumab : « en association à une chimiothérapie à base de sels de platine dans le traitement néoadjuvant des patients atteints d'un CBNPC résécable à haut risque de récidive, dont les tumeurs expriment PD-L1 au seuil ≥ 1 % et dont les tumeurs ne présentent pas de mutation sensibilisante de l'EGFR connue, ni de translocation ALK connue »

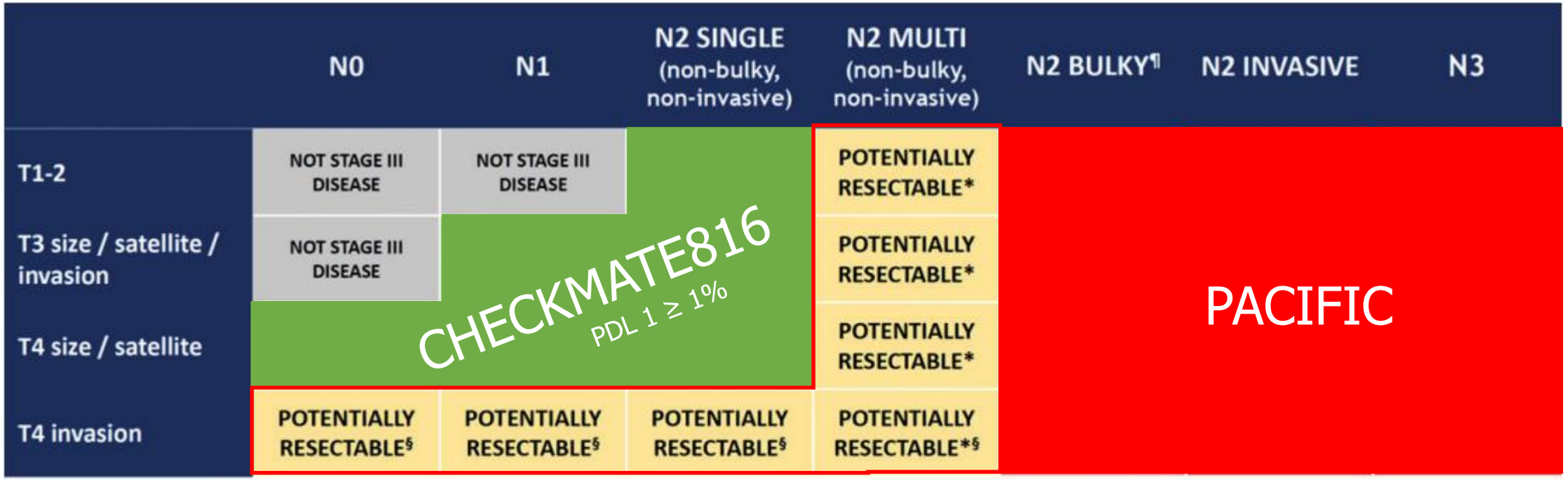
Définition de résectabilité

	N0	N1	N2 SINGLE (non-bulky, non-invasive)	N2 MULTI (non-bulky, non-invasive)	N2 BULKY¶	N2 INVASIVE	N3
T1-2	NOT STAGE III DISEASE	NOT STAGE III DISEASE	RESECTABLE	POTENTIALLY RESECTABLE*	UNCLEAR	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE
T3 size / satellite / invasion	NOT STAGE III DISEASE	RESECTABLE	RESECTABLE	POTENTIALLY RESECTABLE*	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE
T4 size / satellite	RESECTABLE	RESECTABLE	RESECTABLE	POTENTIALLY RESECTABLE*	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE
T4 invasion	POTENTIALLY RESECTABLE§	POTENTIALLY RESECTABLE§	POTENTIALLY RESECTABLE§	POTENTIALLY RESECTABLE*§	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE	UNRESECTABLE

***Multiple station N2**: case-by-case discussion; the exact number of nodes/stations cannot be defined

¶**Bulky N2**: lymph nodes with a short-axis diameter >2.5-3 cm; in specific situations of *highly selected patients*, including those patients in multidisciplinary trials with surgery as local therapy can be discussed

Définition de résectabilité



***Multiple station N2**: case-by-case discussion; the exact number of nodes/stations cannot be defined

¶**Bulky N2**: lymph nodes with a short-axis diameter >2.5-3 cm; in specific situations of *highly selected patients*, including those patients in multidisciplinary trials with surgery as local therapy can be discussed

Cas clinique de Mme D S

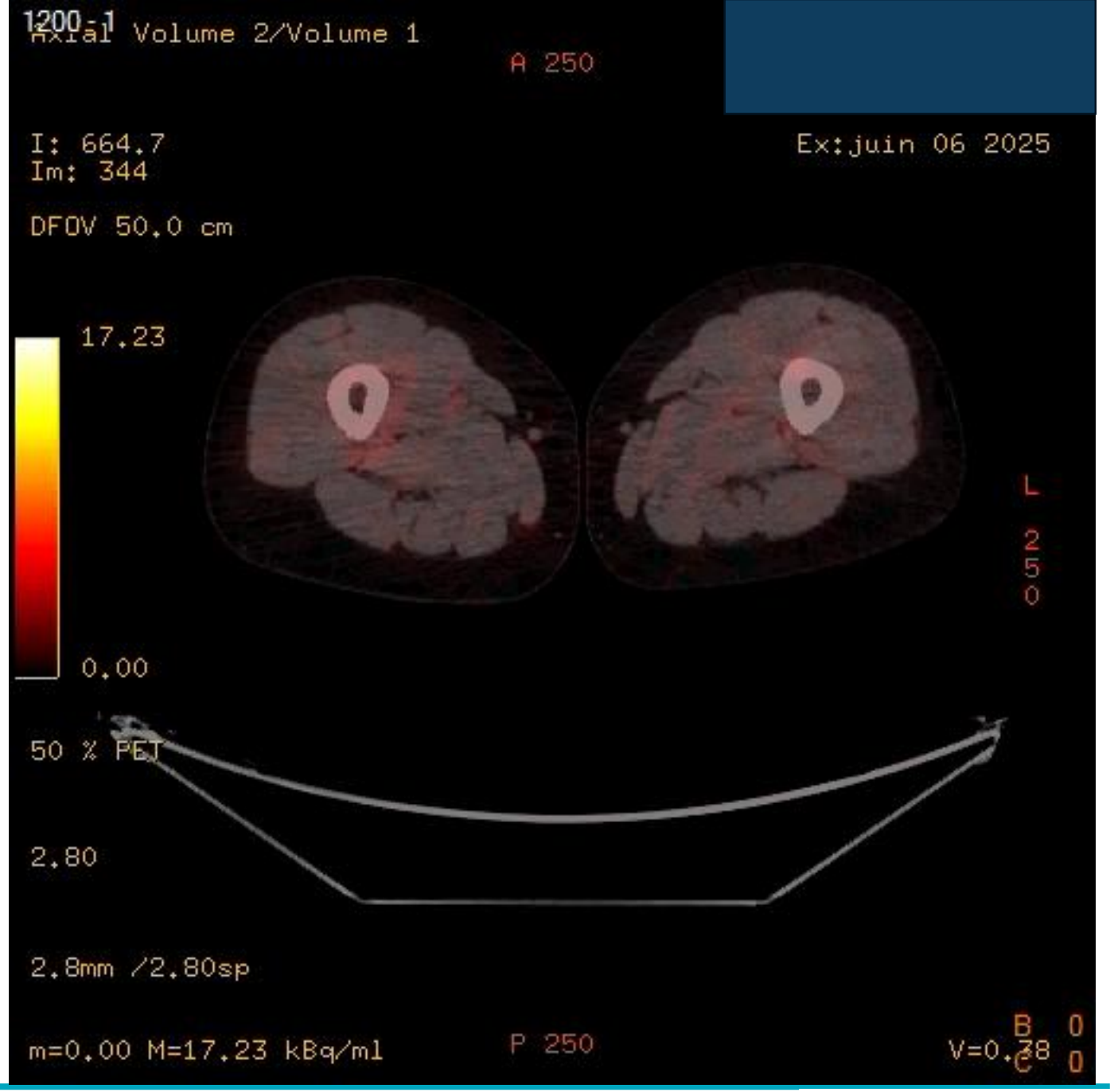
- Femme de 51 ans
- syndrome de Pierre Marie, tabac actif 35PA,
- Tumeur pulmonaire du LID diagnostiquée
- **Adenocarcinome lépidique TTF1+, PDL 1 à 0% muté KRAS G12D par ponction**
- EFR normales

Mme D S

- Suite

Mme D S

- Suite


1200:1
Axial Volume 2/Volume 1
A 250
I: 664.7
Im: 344
Ex:juin 06 2025
DFOV 50.0 cm
17.23
0.00
50 % PET
2.80
2.8mm /2.80sp
m=0.00 M=17.23 kBq/ml
P 250
L 250
B 0
C 0

Prise en charge ?

- 1) Radio chimiothérapie concomitante puis immunothérapie de consolidation
- 2) Radio chimiothérapie séquentielle puis immunothérapie de consolidation
- 3) Traitement néoadjuvant par chimio immunothérapie puis chirurgie
- 4) Prise en charge chirurgicale première

- RCP le 7/5/25

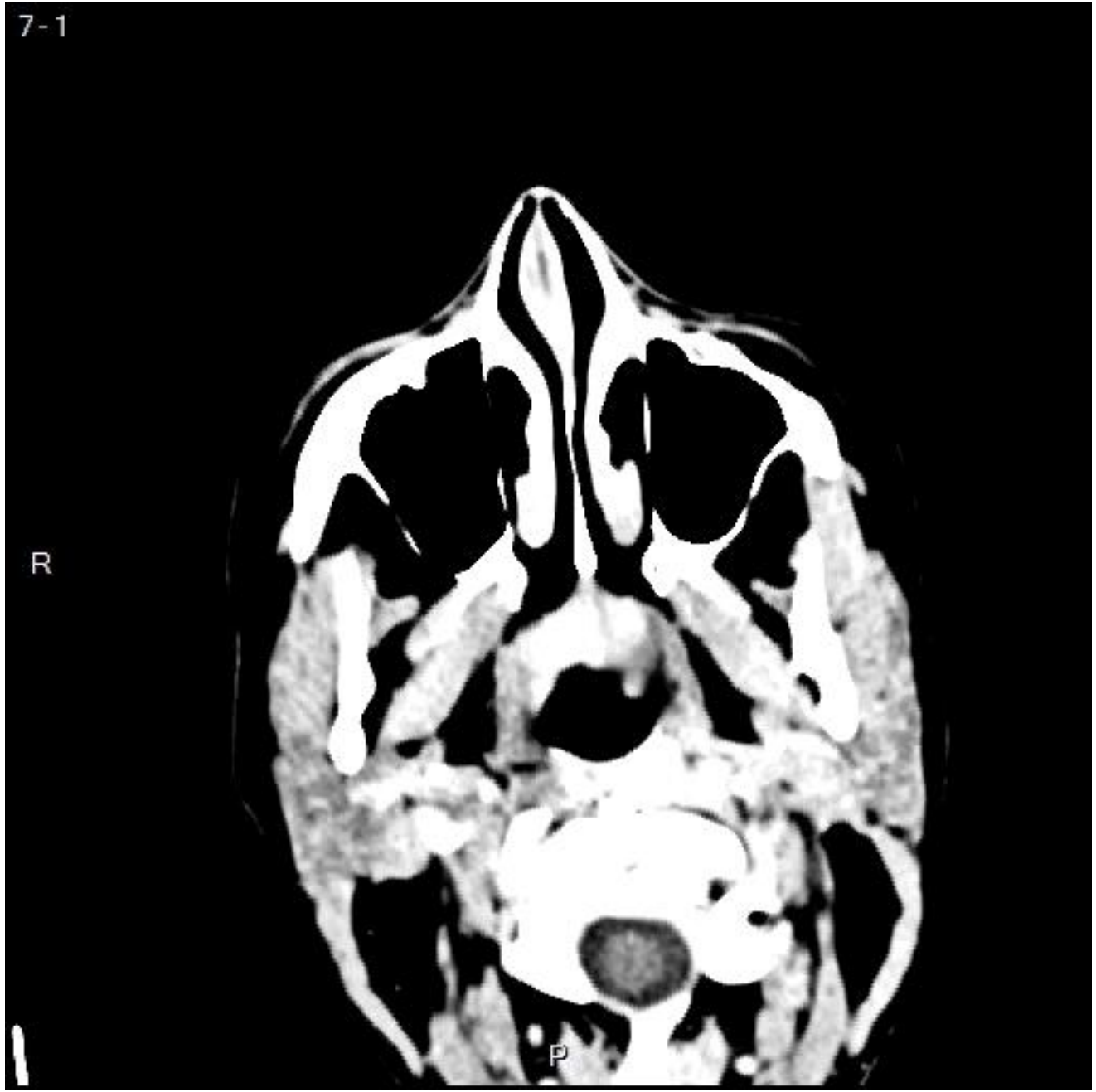
- Tumeur classée cT2aN1M0, stade IIB, SUV masse 37mm à 19,5 N1 10mm à 3,8 non prouvé

Mme D S

- Cs oncologique le 21/5/25: relecture PDL 1 à 0% confirmant pas de CT-Immuno possible, patiente souhaite une chirurgie d'emblée puis ttt adjuvant si nécessaire.
- Nouveau TEP le 6/6/25: masse 55mm à 22,3 de SUV, N1 à 6,3 SUV isolé.
- Cs chir le 26/6/25 pour bloc le 07/07/25 soit à 2 mois de l'avis initial: pneumonectomie Dt sur infiltration gglionaire
- Anapath pTNM: ADK invasif micropapillaire peu différencié, STAS +, marges ok, pas d'embols, pT3N2R0, N1 en RC et N2 positif en RC en 2D et 4D, PDL1 à 10%

Mme D S

- Cs oncologique le 28/8/25: à 7 semaine de la chirurgie douleur sternale atypique, OMS 1, Pierre Marie idem
- TDM de réévaluation : extension Crane, poumon G, sternum +/- foie



Mme D S

- Indication posée de chimio-immunothérapie commencée le 01/09/25

- Réévaluation TDM 09/10/2025: RAS crane, -23% recist poumon G, stable sur l'os, pas de nouvelle lésion.

Mme D S

- Caractère central et N1
  - Doit faire reconsidérer cN2 potentiel
  - Pensez stadification du N pour diminuer le upstaging néfaste pour tt le monde: EBUS, EUS, M°
  - Resécabilité du N1?
  - Nouveau statut PDL1 ?
  - Délai
- Intérêt à faire relire la ponction pour changement de statut PDL ? Pas de nouvelle biopsie pour PDL 1 qui passe de 0 préop à 10% postop

Mme D S

- Résécabilité:
  - Intérêt du chirurgien !
  - Honnêteté du chirurgien?
  - Attention pneumonectomie (même si toutes ne DCD pas en postop)
  - Savoir faire des EBUS et M°
- Confirmation de l'intérêt du ttt systémique néoadj. Quid de faire accepter ce ttt comme sélection des bons candidats aux ttt locaux?

Cas clinique Mme C C

- Bilan de toux et AEG, non fumeuse, TDM 01/07/25: masse pulmonaire LSD cT2bN2
- EFR 11/07: supranormale
- F°15/07: RAS
- TEP 17/07: cT2bN2bMx puis M0
- Ponction 07/2025: ADK, ALKneg, PDL1 à 4%, muté EGFR L858R Ex21
- EBUS 23/08: confirmation 4D+, 10bilat et 7 neg

Mme

Suite

Mme C

Suite

Prise en charge?

- 1) Radio chimiothérapie concomitante puis immunothérapie de consolidation
- 2) Traitement néoadjuvant par chimio immunothérapie puis chirurgie
- 3) Prise en charge chirurgicale première
- 4) Traitement de 1ere ligne métastatique…

Mme C C

Suite

- RCP CHU Bordeaux le 03/09/25: CT-immuno néoadjuvante hors AMM mais...

- Réévaluation à 2 cycles :
  - Si bonne réponse: 3éme cycle puis chir
  - Si mauvaise réponse : pas de chir à voir RT-CT conco ou autre

Mme C C

Suite

- Réévaluation avant ttt le 16/09 par TEP (2 mois du précédent):

Lésion classée cT2bN2bM1c (surrénales et ADP hile coeliaque)

Mme C

Suite


1200-1
Axial Volume 2/Volume 1
COESNON CATHERINE
A 250
I: 687.3
Im: 293
Ex:sept. 16 2025
DFOV 50.0 cm
16.66
0.00
L
250
50 % PET
2.80
2.8mm /2.80sp
m=0.00 M=16.66 kBq/ml
P 250
V=0.00
B 0
C 0

Prise en charge?

- 1) Poursuite de la chimio immunothérapie car seulement 2 cures
- 2) Traitement par TKI type OSIMERTINIB

Prise en charge?

- 1) Poursuite de la chimio immunothérapie car seulement 2 cures
- 2) **Traitement par TKI type OSIMERTINIB**

Mme C C

Discussion

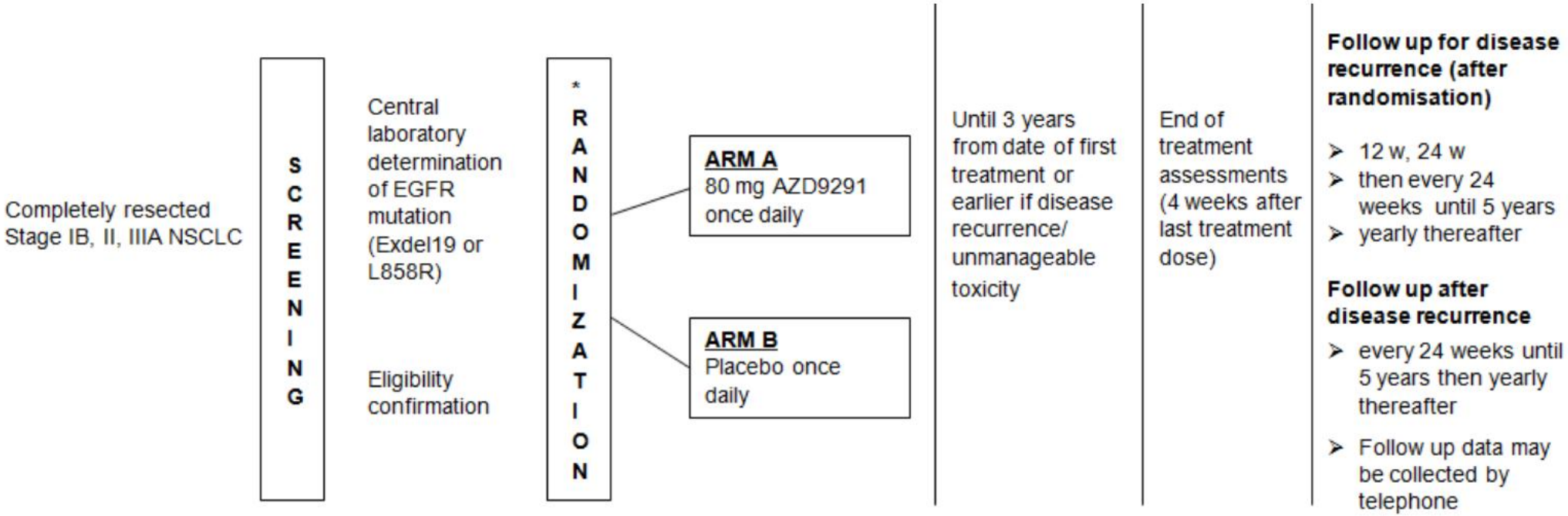
- Réévaluation TEP moins de 1,5-2mois:
  - valable pour tt le monde (onco ici mais chir ou RT aussi)
  - Cinétique tumorale souvent intéressante !

- Se tenir au courant des essais en cours

- Interactions EGFR muté sensibles TKI et Immuno
- Le bulky N2 est il un pb pour resecabilité après néoadj?

Focus EGFR stade III

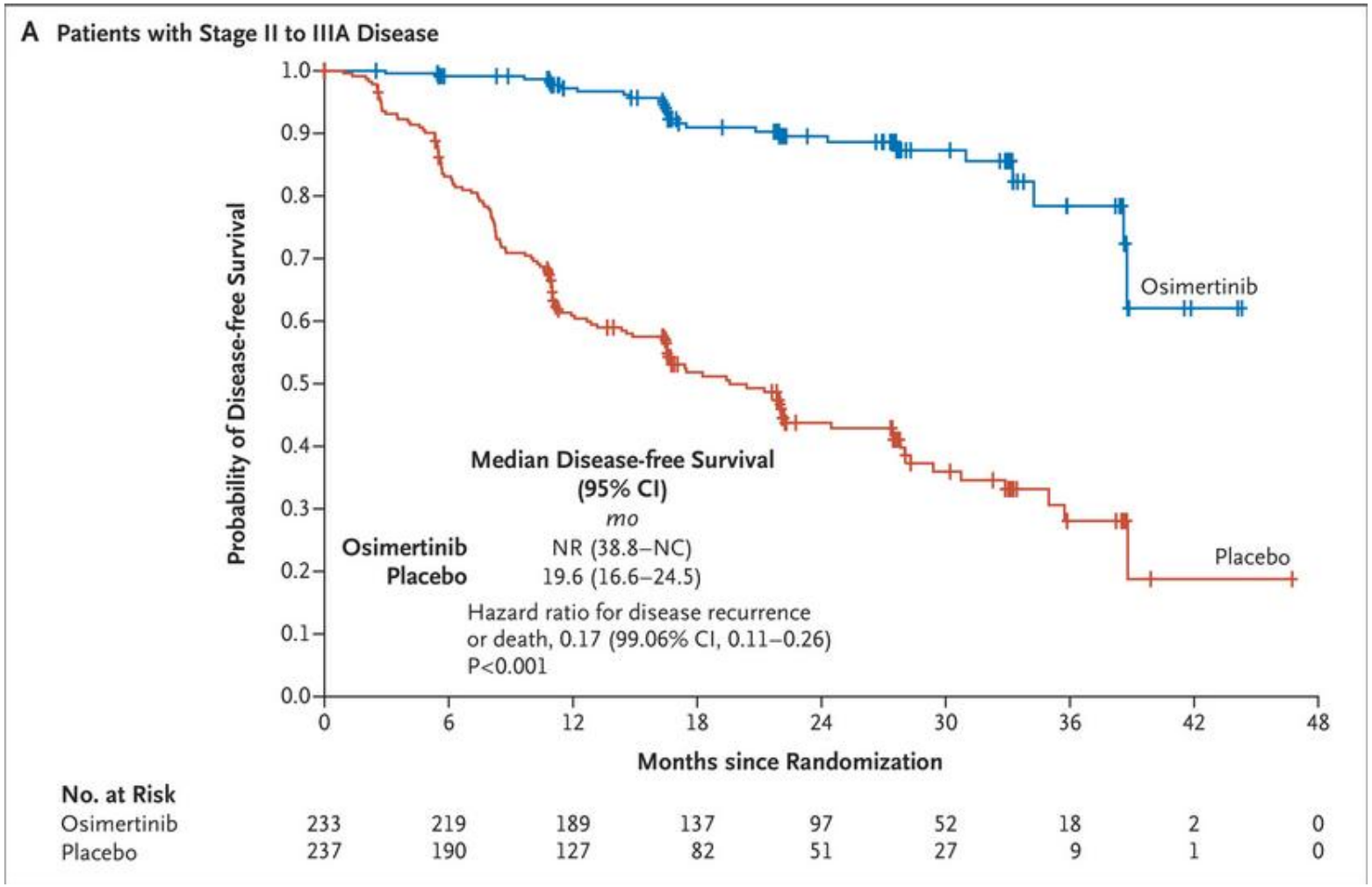
ADAURA TRIAL



Herbst RS, Wu YL, John T, et al. Adjuvant Osimertinib for Resected EGFR-Mutated Stage IB-IIIA Non-Small-Cell Lung Cancer: Updated Results From the Phase III Randomized ADAURA Trial. *J Clin Oncol*. 2023

Focus EGFR stade III

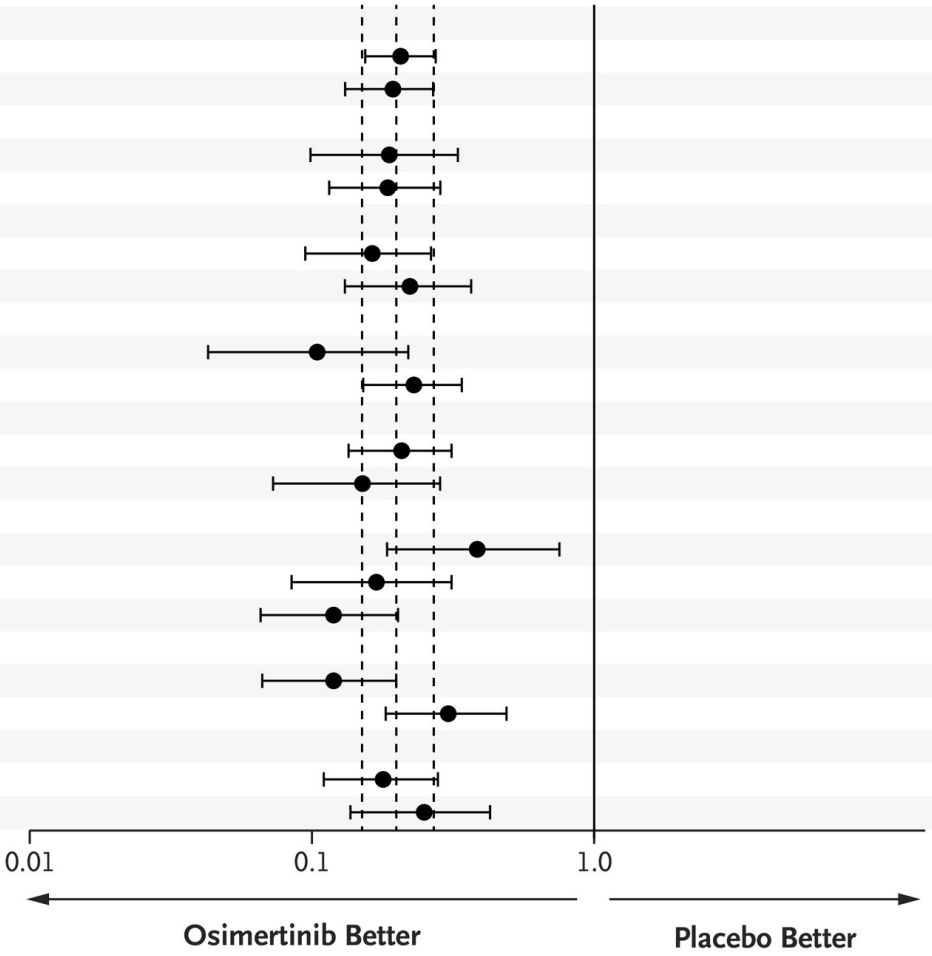
ADAURA TRIAL



Focus EGFR stade III

ADAURA TRIAL

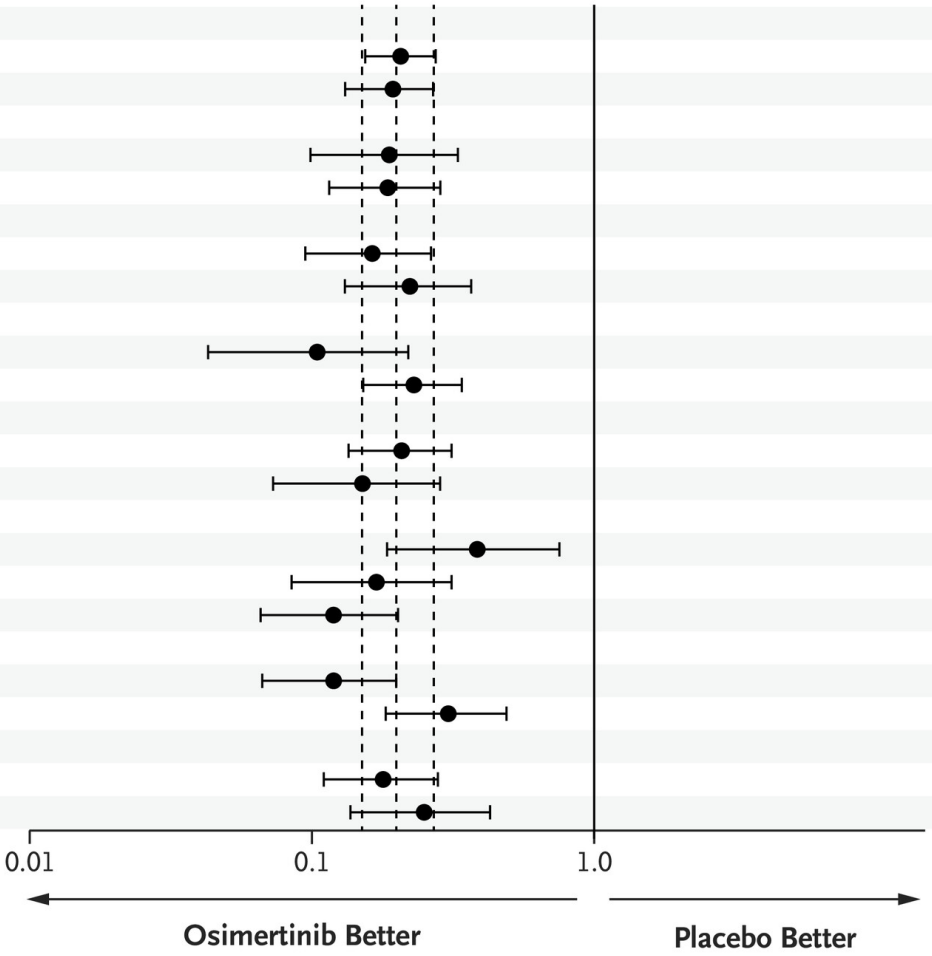
Subgroup	No. of Patients	Hazard Ratio for Disease Recurrence or Death (95% CI)
Overall	682	
Stratified log-rank test		0.20 (0.15–0.27)
Unadjusted Cox proportional-hazards model		0.19 (0.13–0.27)
Sex		
Male	204	0.19 (0.10–0.33)
Female	478	0.18 (0.11–0.28)
Age		
<65 yr	380	0.16 (0.09–0.26)
≥65 yr	302	0.22 (0.13–0.36)
Smoking history		
Yes	194	0.10 (0.04–0.22)
No	488	0.23 (0.15–0.34)
Race		
Asian	434	0.21 (0.13–0.31)
Non-Asian	248	0.15 (0.07–0.28)
Stage		
IB	212	0.39 (0.18–0.76)
II	236	0.17 (0.08–0.31)
IIIA	234	0.12 (0.07–0.20)
EGFR mutation		
Ex19del	378	0.12 (0.07–0.20)
L858R	304	0.31 (0.18–0.49)
Adjuvant chemotherapy		
Yes	410	0.16 (0.10–0.26)
No	272	0.23 (0.13–0.40)



Focus EGFR stade III

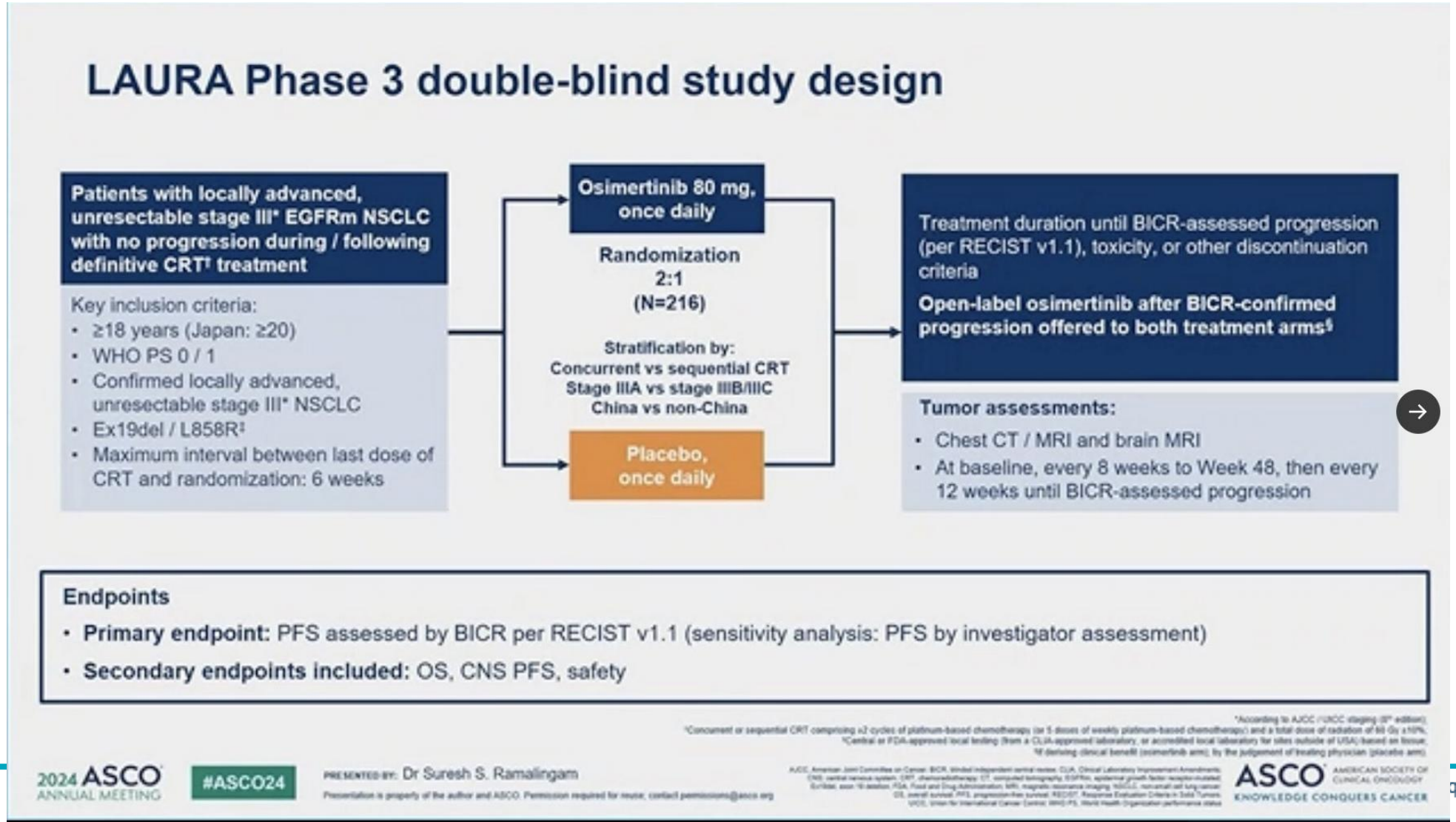
ADAURA TRIAL

Subgroup	No. of Patients	Hazard Ratio for Disease Recurrence or Death (95% CI)
Overall	682	
Stratified log-rank test		0.20 (0.15–0.27)
Unadjusted Cox proportional-hazards model		0.19 (0.13–0.27)
Sex		
Male	204	0.19 (0.10–0.33)
Female	478	0.18 (0.11–0.28)
Age		
<65 yr	380	0.16 (0.09–0.26)
≥65 yr	302	0.22 (0.13–0.36)
Smoking history		
Yes	194	0.10 (0.04–0.22)
No	488	0.23 (0.15–0.34)
Race		
Asian	434	0.21 (0.13–0.31)
Non-Asian	248	0.15 (0.07–0.28)
Stage		
IB	212	0.39 (0.18–0.76)
II	236	0.17 (0.08–0.31)
IIIA	234	0.12 (0.07–0.20)
EGFR mutation		
Ex19del	378	0.12 (0.07–0.20)
L858R	304	0.31 (0.18–0.49)
Adjuvant chemotherapy		
Yes	410	0.16 (0.10–0.26)
No	272	0.23 (0.13–0.40)



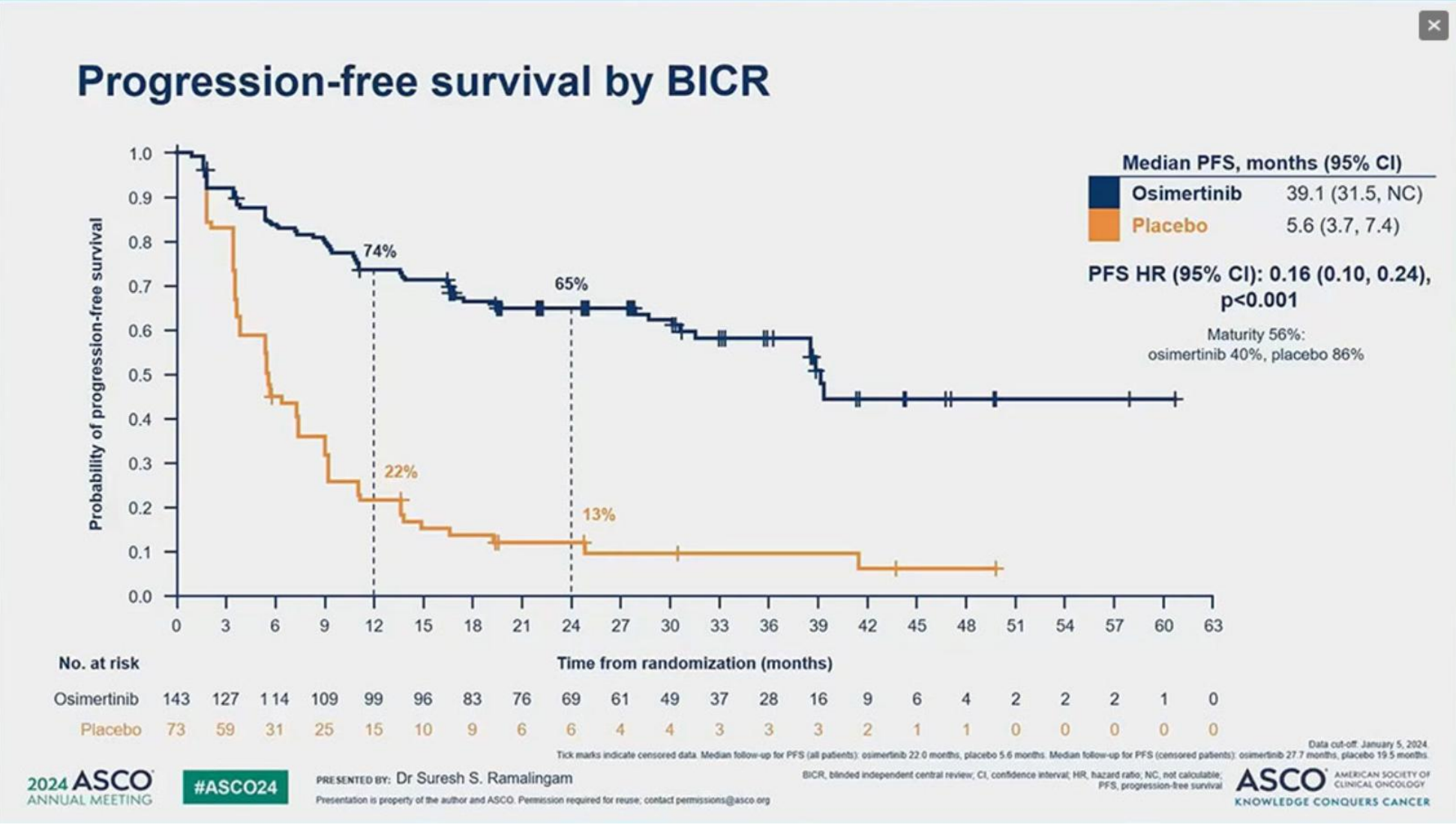
Focus EGFR stade III

LAURA TRIAL



Focus EGFR grade III

LAURA TRIAL



Focus EGFR stade III

- Patients exclus de l'ensemble des essais de néo-adjuvant et de péri opératoire (sauf Keynote 671, très faible effectif)

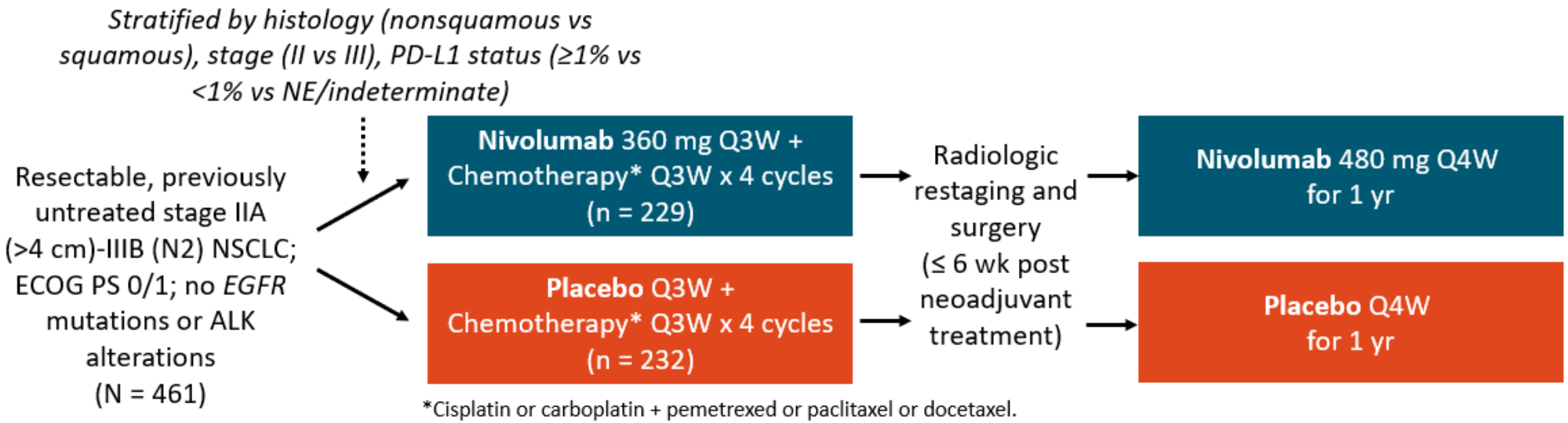
- Seuls essais fortement positifs : ADAURA après chir pour tous stades et LAURA après RT CT pour stades III

Quid des N2-multisite

- Checkmate-816 : Aucune information concernant le N2 (Utilisation du TNM7 qui ne fait pas cette distinction)

CHECKMATE-77T

- Global randomized, double-blind phase III trial

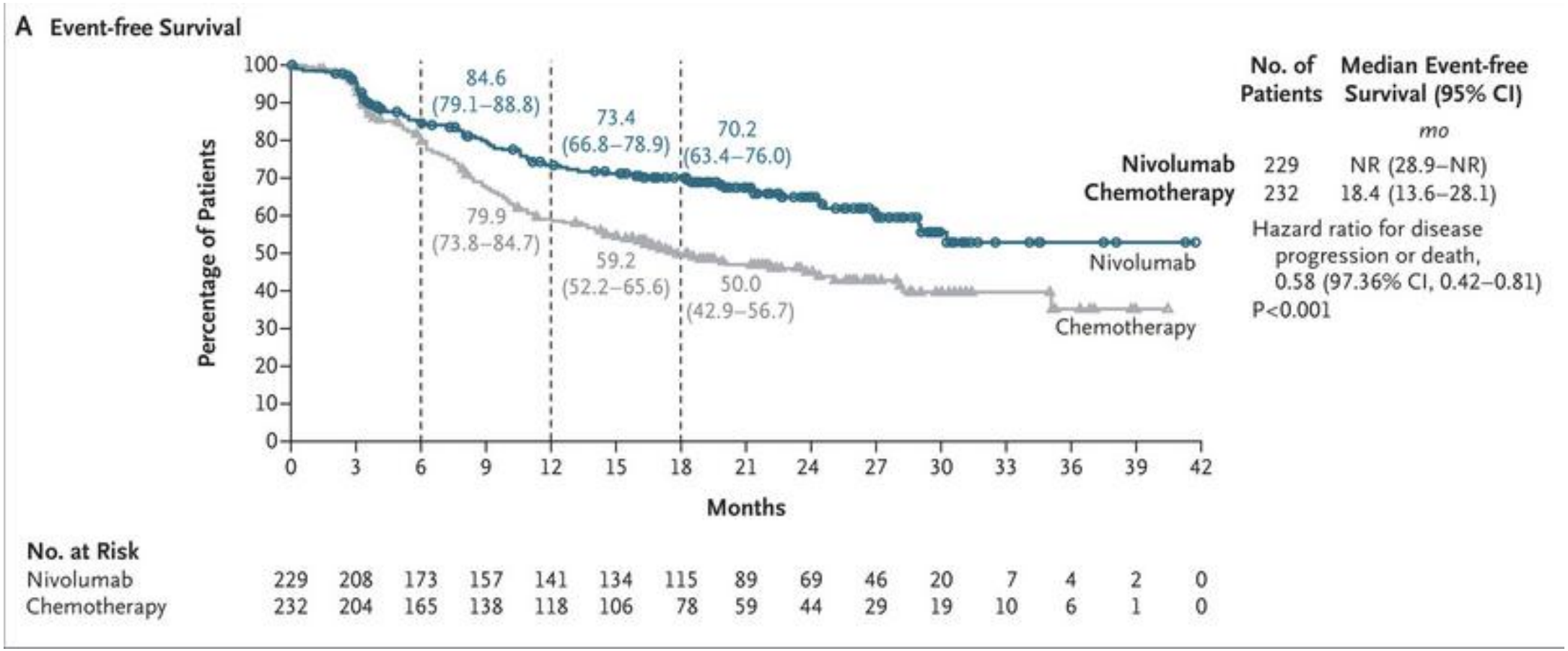


- **Primary endpoint:** EFS by BICR
- **Secondary endpoints:** pCR by BIPR, MPR by BIPR, OS, safety
- **Exploratory analyses:** EFS by pCR/MPR, EFS by adjuvant treatment

CHECKMATE-77T

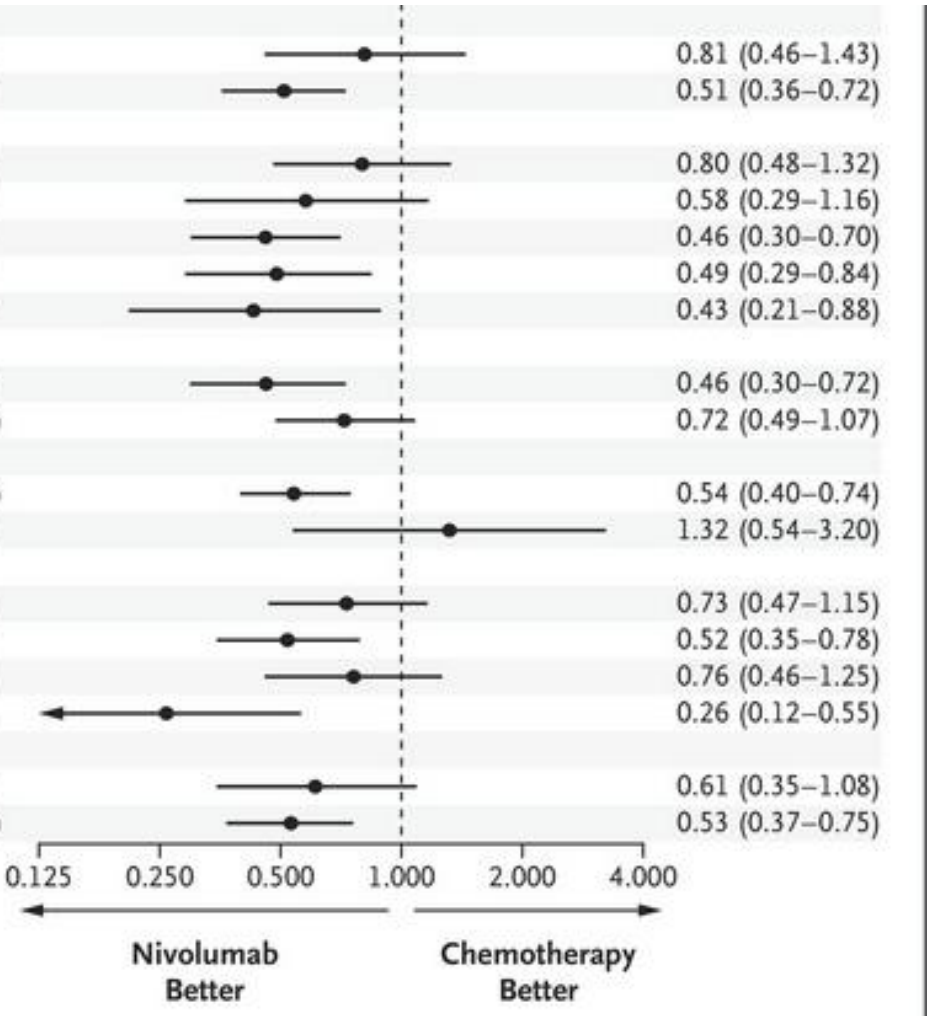
Characteristic	Nivolumab (N=229)	Chemotherapy (N=232)
Disease stage — no. (%)¶		
IIA to IIB	81 (35.4)	81 (34.9)
IIIA to IIIB	146 (63.8)	149 (64.2)
Node stage — no. (%)‖		
N0	80 (34.9)	87 (37.5)
N1	56 (24.5)	52 (22.4)
N2	91 (39.7)	91 (39.2)
Single-station	59 (25.8)	53 (22.8)
Multistation	31 (13.5)	38 (16.4)
Tumor histology — no. (%)		
Squamous	116 (50.7)	118 (50.9)**
Nonsquamous	113 (49.3)	114 (49.1)

CHECKMATE-77T



CHECKMATE-77T

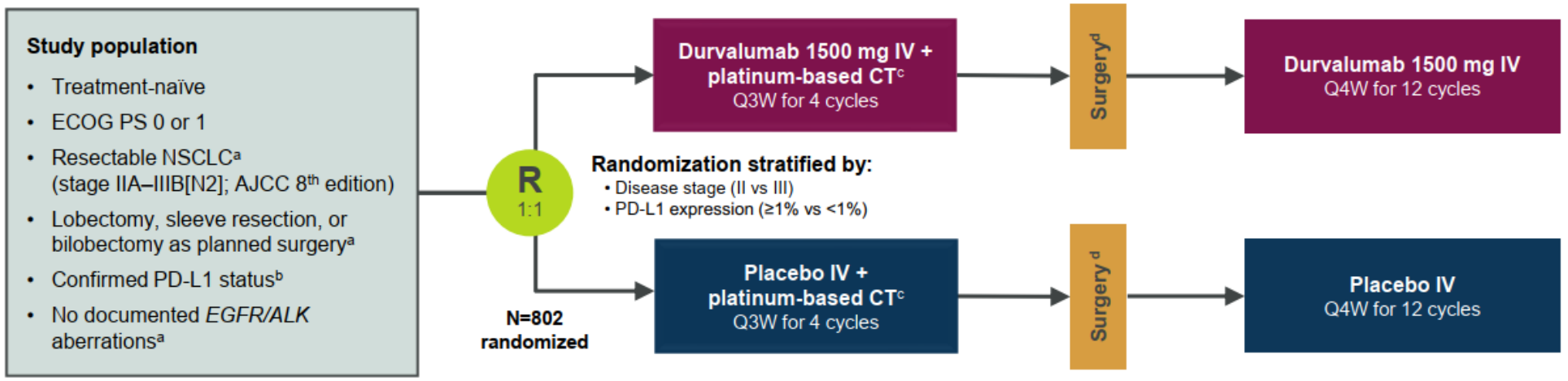
Baseline disease stage				
II	162	NR (22.6–NR)	NR (24.2–NR)	0.81 (0.46–1.43)
III	297	30.2 (26.9–NR)	13.4 (9.8–17.7)	0.51 (0.36–0.72)
Node stage				
N0	167	NR (24.2–NR)	NR (15.8–NR)	0.80 (0.48–1.32)
N1	108	NR (24.4–NR)	28.1 (17.0–NR)	0.58 (0.29–1.16)
N2	182	30.2 (26.9–NR)	10.0 (8.1–15.1)	0.46 (0.30–0.70)
Single-station	112	30.2 (18.2–NR)	10.0 (6.5–18.4)	0.49 (0.29–0.84)
Multistation	69	NR (13.2–NR)	10.0 (8.0–18.8)	0.43 (0.21–0.88)
Tumor histology				
Squamous	234	NR (NR–NR)	17.0 (10.2–NR)	0.46 (0.30–0.72)
Nonsquamous	227	28.9 (21.4–NR)	18.4 (13.6–28.1)	0.72 (0.49–1.07)
Smoking status				
Current or former smoker	417	NR (29.0–NR)	17.0 (11.4–28.1)	0.54 (0.40–0.74)
Never smoked	44	19.7 (3.7–NR)	25.0 (13.9–NR)	1.32 (0.54–3.20)
Tumor PD-L1 expression				
<1%	186	29.0 (21.4–NR)	19.8 (13.9–NR)	0.73 (0.47–1.15)
≥1%	256	NR (28.9–NR)	15.8 (9.3–35.1)	0.52 (0.35–0.78)
1–49%	159	30.2 (20.0–NR)	28.1 (11.0–NR)	0.76 (0.46–1.25)
≥50%	97	NR (NR–NR)	8.0 (6.3–23.7)	0.26 (0.12–0.55)
Neoadjuvant platinum chemotherapy				
Cisplatin	97	27.0 (21.3–NR)	15.8 (8.8–28.1)	0.61 (0.35–1.08)
Carboplatin	347	NR (29.0–NR)	17.3 (12.6–35.1)	0.53 (0.37–0.75)



Tina Cascone et al., for the CheckMate 77T Investigators N Engl J Med 2024;390:1756-1769

AEGEAN

AEGEAN: Study Design



Endpoints: All efficacy analyses performed on a modified population that excludes patients with documented *EGFR/ALK* aberrations[e]

Primary:

- pCR by central lab (per IASLC 2020)
- EFS using BICR (per RECIST v1.1)

Key secondary:

- MPR by central lab (per IASLC 2020)
- DFS using BICR (per RECIST v1.1)
- OS

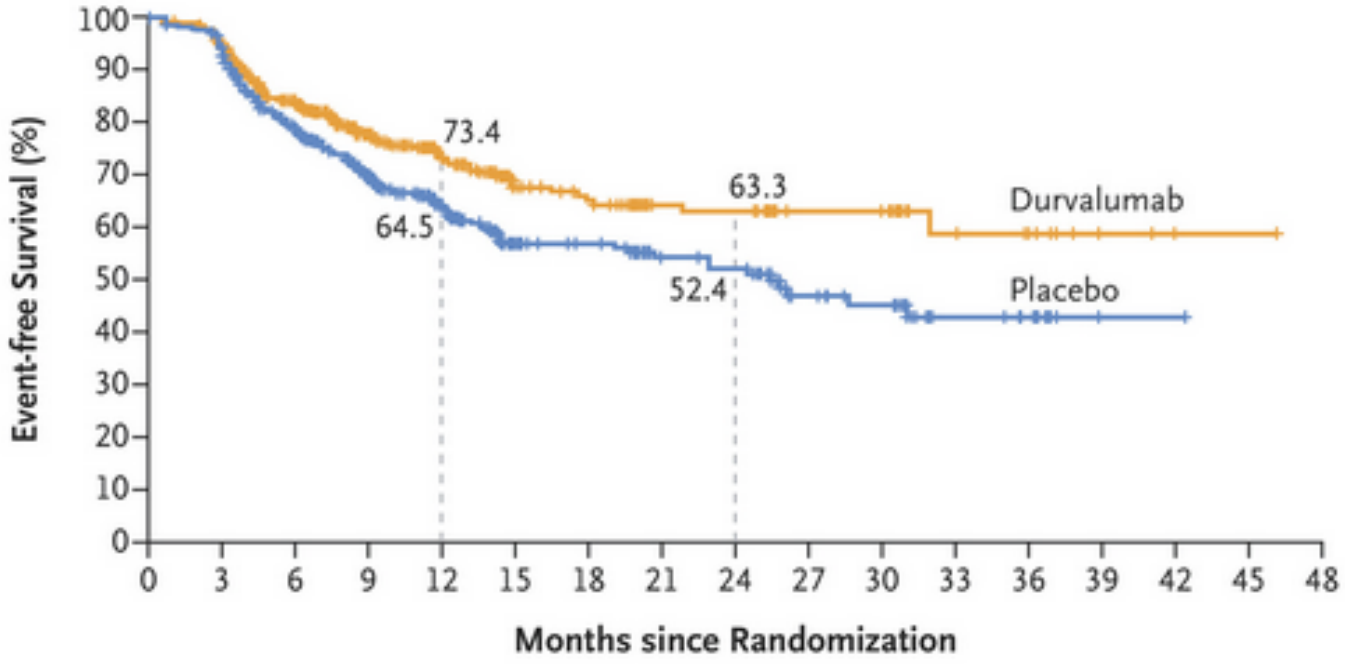
John V. Heymach, et al. N Engl J Med 2023;389:1672-1684

AEGEAN

Characteristic†	Durvalumab Group (N=366)	Placebo Group (N=374)
Disease stage — no. (%)¶		
II	104 (28.4)	110 (29.4)
IIIA	173 (47.3)	165 (44.1)
IIIB	88 (24.0)	98 (26.2)
TNM classification, primary tumor — no. (%)‖		
T1	44 (12.0)	43 (11.5)
T2	97 (26.5)	108 (28.9)
T3	128 (35.0)	129 (34.5)
T4	97 (26.5)	94 (25.1)
TNM stage, regional lymph nodes — no. (%)		
N0	110 (30.1)	102 (27.3)
N1	75 (20.5)	87 (23.3)
N2	181 (49.5)	185 (49.5)
Single-station	141 (38.5)	132 (35.3)
Multistation	34 (9.3)	40 (10.7)

AEGEAN

A Event-free Survival



	No. of Events/ No. of Patients	Median Event-free Survival (95%CI)
		mo
Durvalumab	98/366 (26.8)	NR (31.9–NR)
Placebo	138/374 (36.9)	25.9 (18.9–NR)

Stratified hazard ratio for disease progression, recurrence, or death, 0.68 (95% CI, 0.53–0.88)
P=0.004 by stratified log-rank test

No. at Risk

Durvalumab	366	336	271	194	140	90	78	50	49	31	30	14	11	3	1	1	0
Placebo	374	339	257	184	136	82	74	53	50	30	25	16	13	1	1	0	0

John V. Heymach, et al. N Engl J Med 2023;389:1672-1684

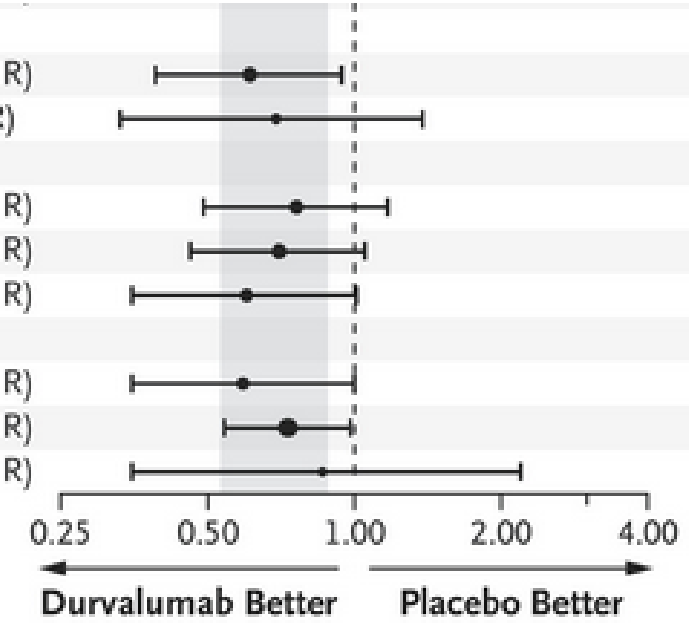
AEGEAN

B Subgroup Analysis

Subgroup	No. of Patients	Median Event-free Survival (95% CI)		Hazard Ratio for Disease Progression, Recurrence, or Death (95% CI)
		Durvalumab	Placebo	
		mo		
All patients	740	NR (31.9–NR)	25.9 (18.9–NR)	0.68 (0.53–0.88)
Age at randomization				
<65 yr	358	NR (NR–NR)	NR (18.9–NR)	0.71 (0.47–1.04)
≥65 yr	382	NR (17.9–NR)	24.5 (13.6–31.1)	0.69 (0.48–0.97)
Sex				
Male	530	NR (31.9–NR)	22.9 (14.3–31.1)	0.61 (0.44–0.82)
Female	210	NR (17.5–NR)	NR (13.6–NR)	0.95 (0.58–1.56)
ECOG performance-status score				
0	506	NR (31.9–NR)	25.4 (14.3–NR)	0.65 (0.47–0.89)
1	234	NR (21.8–NR)	25.9 (14.3–NR)	0.78 (0.49–1.22)
Race				
Asian	307	NR (NR–NR)	25.4 (13.9–NR)	0.60 (0.40–0.90)
Non-Asian	433	31.9 (21.8–NR)	26.2 (14.3–NR)	0.76 (0.54–1.06)
Geographic region				
Asia	305	NR (NR–NR)	22.9 (13.9–NR)	0.62 (0.41–0.93)
Europe	281	31.9 (31.9–NR)	NR (14.3–NR)	0.75 (0.49–1.14)
North America	86	NR (21.8–NR)	24.5 (10.0–NR)	0.69 (0.27–1.62)
South America	68	16.5 (13.0–NR)	11.0 (7.1–NR)	0.71 (0.33–1.53)
Smoking status				
Current smoker	190	NR (NR–NR)	14.3 (8.1–NR)	0.48 (0.28–0.80)
Former smoker	443	NR (31.9–NR)	25.9 (19.5–NR)	0.79 (0.57–1.10)
Never smoked	107	NR (NR–NR)	24.5 (14.3–NR)	0.76 (0.35–1.58)
Histologic features				
Squamous	360	NR (31.9–NR)	26.2 (13.0–NR)	0.71 (0.49–1.03)
Nonsquamous	375	NR (NR–NR)	25.4 (14.3–NR)	0.69 (0.48–0.99)
Disease stage				
II	214	NR (NR–NR)	31.1 (25.4–NR)	0.76 (0.43–1.34)
IIIA	338	NR (NR–NR)	19.5 (11.7–NR)	0.57 (0.39–0.83)
IIIB	186	31.9 (11.7–NR)	18.9 (11.8–NR)	0.83 (0.52–1.32)

AEGEAN

Lymph node station				
N2 single	273	NR (NR–NR)	22.8 (12.6–NR)	0.61 (0.39–0.94)
N2 multi	74	31.9 (9.3–NR)	12.2 (7.2–NR)	0.69 (0.33–1.38)
PD-L1 expression at baseline				
Tumor cell <1%	247	NR (14.9–NR)	20.6 (13.9–NR)	0.76 (0.49–1.17)
Tumor cell 1–49%	277	NR (31.9–NR)	25.4 (12.2–NR)	0.70 (0.46–1.05)
Tumor cell ≥50%	216	NR (NR–NR)	26.2 (14.3–NR)	0.60 (0.35–1.01)
Planned neoadjuvant platinum agent				
Cisplatin	196	NR (NR–NR)	31.1 (14.3–NR)	0.59 (0.35–1.00)
Carboplatin	544	NR (31.9–NR)	25.4 (14.3–NR)	0.73 (0.54–0.98)
EGFR-mutation positive	51	30.8 (11.4–NR)	19.6 (14.3–NR)	0.86 (0.35–2.19)



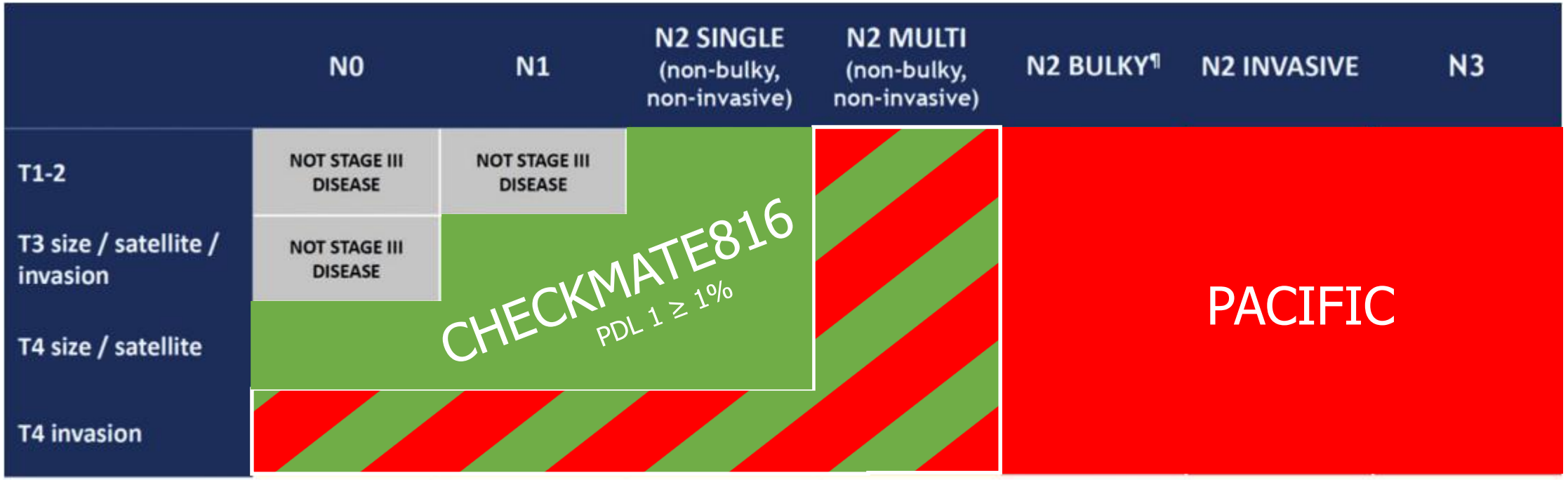
Définition de résectabilité

	N0	N1	N2 SINGLE (non-bulky, non-invasive)	N2 MULTI (non-bulky, non-invasive)	N2 BULKY¶	N2 INVASIVE	N3
T1-2	NOT STAGE III DISEASE	NOT STAGE III DISEASE	CHECKMATE816 PDL 1 ≥ 1%	POTENTIALLY RESECTABLE*	PACIFIC		
T3 size / satellite / invasion	NOT STAGE III DISEASE			POTENTIALLY RESECTABLE*			
T4 size / satellite				POTENTIALLY RESECTABLE*			
T4 invasion	POTENTIALLY RESECTABLE§	POTENTIALLY RESECTABLE§	POTENTIALLY RESECTABLE§	POTENTIALLY RESECTABLE*§			

***Multiple station N2**: case-by-case discussion; the exact number of nodes/stations cannot be defined

¶**Bulky N2**: lymph nodes with a short-axis diameter >2.5-3 cm; in specific situations of *highly selected patients*, including those patients in multidisciplinary trials with surgery as local therapy can be discussed

Définition de résectabilité



***Multiple station N2**: case-by-case discussion; the exact number of nodes/stations cannot be defined

¶**Bulky N2**: lymph nodes with a short-axis diameter >2.5-3 cm; in specific situations of *highly selected patients*, including those patients in multidisciplinary trials with surgery as local therapy can be discussed

Cas clinique de Mr F S

Façon RMM ou EPP

- Homme 80 ans, crachats hémoptoïques 04/2024, opacité LM connue depuis 09/2023
- Hypothyroidie supplémentée, varices, tabac jeune
- VEMS 93%, pas de DLCO
- F° 11/09/24: atypies ADK dans LM
- Ponction LID 12/11/24: ADK , PDL 1 à 5%, ALK-, muté BRAF V600E
- RCP 20/11/24: lésion classée cT4N0M0 du LID , LM pas forcément retenue car foyer DDB historique, proposition de chirurgie


603 - 1
B 0
C 0

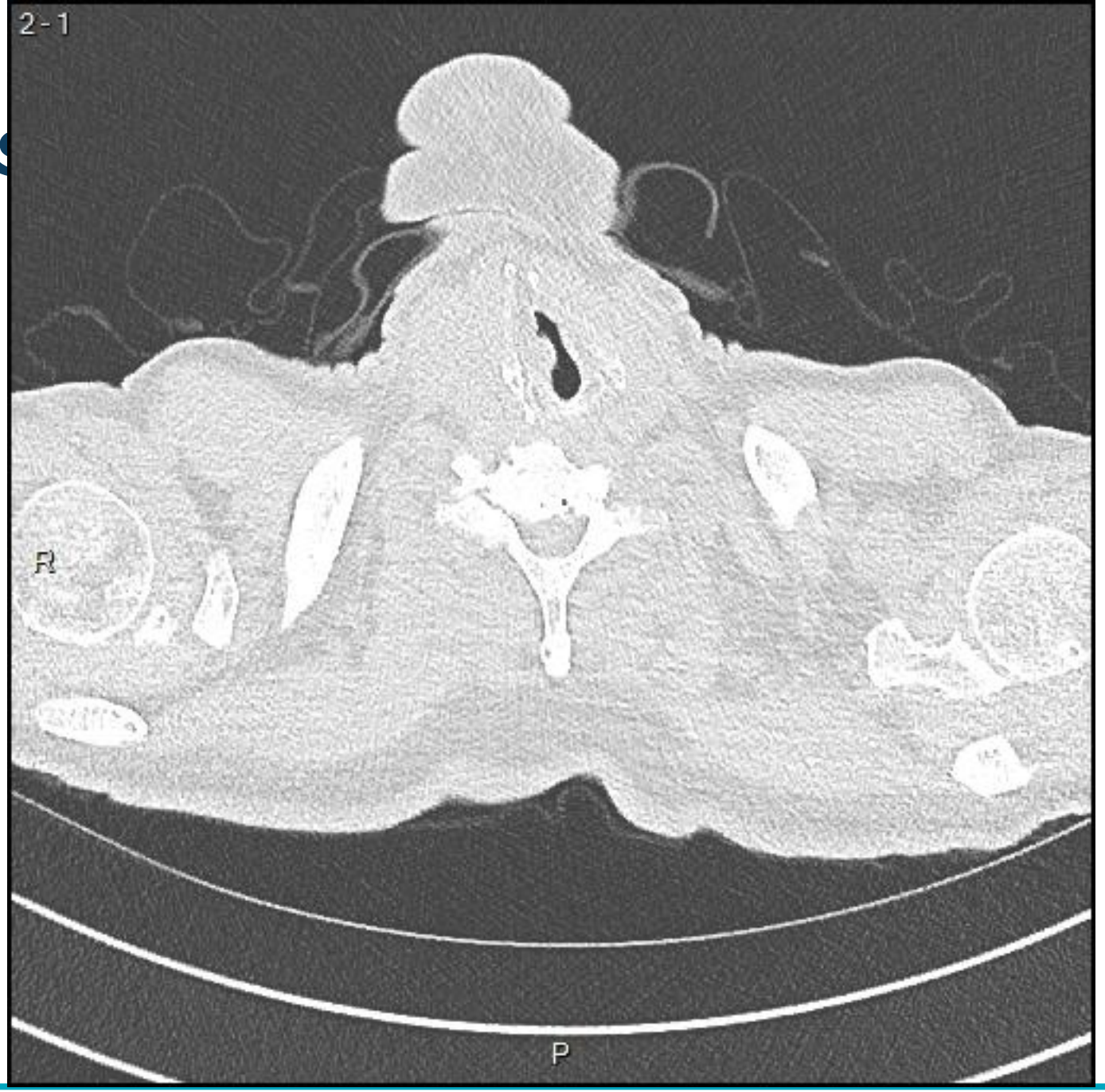
Mr F S

Suite

- Cs chir le 25/11/24: chir prévue le 20/12 finalement reportée pour DLCO effondrée, réhabilitation, transplantation ...
- Chir le 01/04/25: bilobectomie inf sans pb , atélectasie partielle LM et masse LID
- Anapath: ADK acineux double LM et LID de 8 et 9cm , STAS +, embols+, pT4N2R0 (N2 en 8 et 3)
- Pas de ttt adjuvant (âge et compliance)
- TDM 09/2025: nodule LSD para-scissural...

Mr F S

Suite



Mr F S

Discussion

- Impact du bronchiolo sur indication néoadjuvant ?
- Impact mutation BRAF V600E?
- En fait double T4 (taille LID et 2 nodules dans 2 lobes différents)
- Pourquoi pas d'EBUS ou M°?

Mr F S

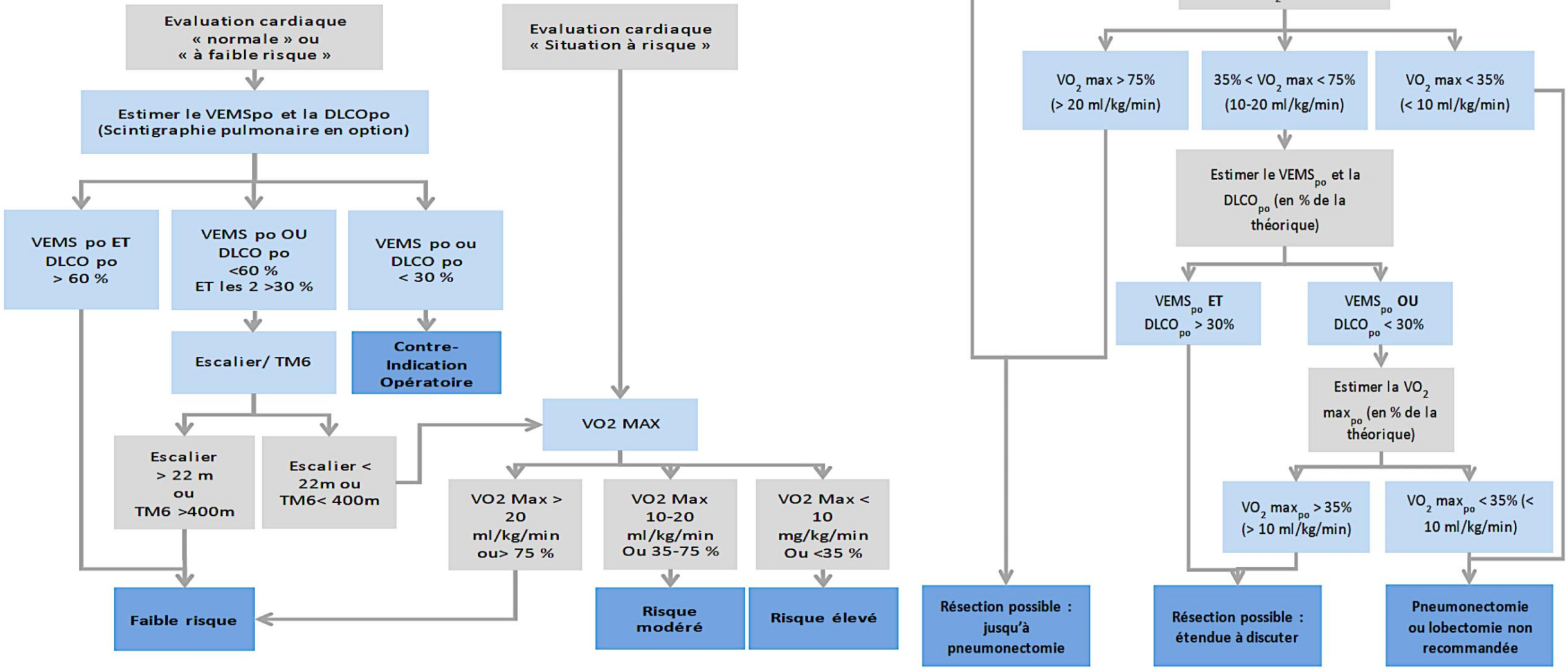
Discussion

- Ne pas tenir compte de la DLCO: effet shunt du bronchiolo ! Perte de 4 mois ici.

- Compliance des patients:
  - Perte de temps diagnostique
  - Comment faire accepter le systémique quand nécessaire?
  - Comment expliquer que la chirurgie interviendra après?
  - Age : pb pour systémique? Pour le chir?

Synthèse

Bilan opérabilité respiratoire



Synthèse

Bilan opérabilité cardiaque

Facteurs de risque	Score
Créatinine> 176 µMoles/l	1
Cardiopathie ischémique	1,5
Maladie cérébro-vasculaire	1,5
Pneumonectomie envisagée	1,5
Interprétation :	*Mortalité*
Valeur du score	*post-opératoire*
Score = 0 (A)	*1.5%*
Score 1 à 1,5 (B)	*5.8%*
Score >1,5-2,5 (C)	*9%*
Score >2,5 (D)	*23%*

- Penser Epreuve de stress cardio effort ou pharmaco si FDR +:
  - Chir pulm tjs valable
  - Idm
  - Insulinothérapie
  - AVC
  - I renale

  +/- >60ans, jamais exploré

Synthèse

Reco staging ganglionnaire : EBUS, M°, EUS

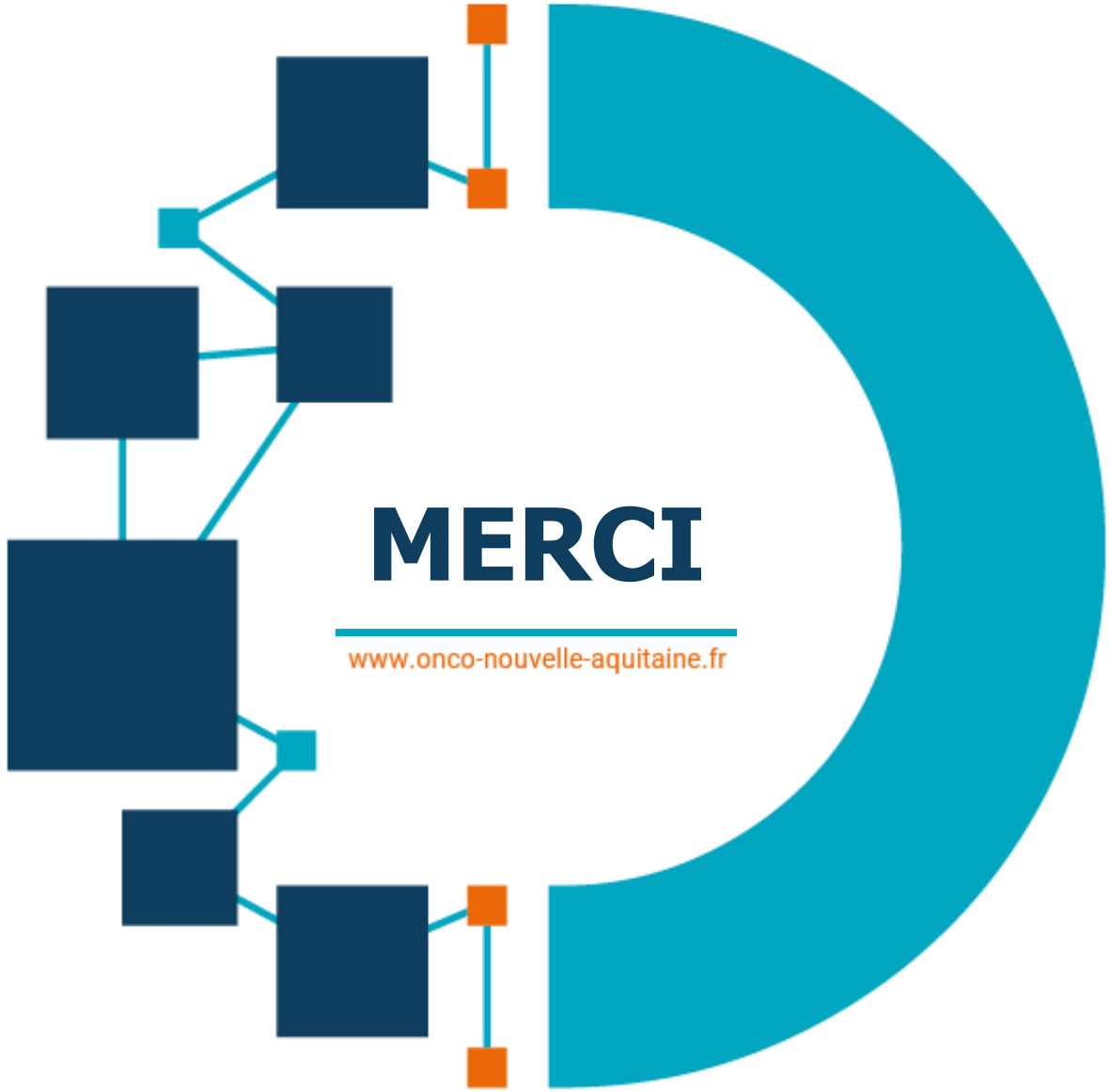
- Tumeur pulmonaire avec un médiastin PATHOLOGIQUE (adp petit diamètre ≥ 10mm et/ou hyperfixation en TEP)
- Médiastin NORMAL et tumeur avec les caractéristiques suivantes :
  - Plus grand axe ≥ 30 mm
  - Localisation centrale
  - Faible captation du traceur sur le TEP

De Leyn et al. ESTS guidelines. Trans Lung Cancer Res 2014; Vilman et al. ESGE ERS ESTS guidelines 2015

Synthèse

Chirurgie et CT-Immuno

- Checkmate 816= Moins de conversion que séries précédentes et durée opératoire plus courte dans le groupe immuno-chimio
- Taux de complication similaire


MERCI
www.onco-nouvelle-aquitaine.fr