

Emphyse bronchique non à petites cellules : le bilan d'extension GOLF 2009



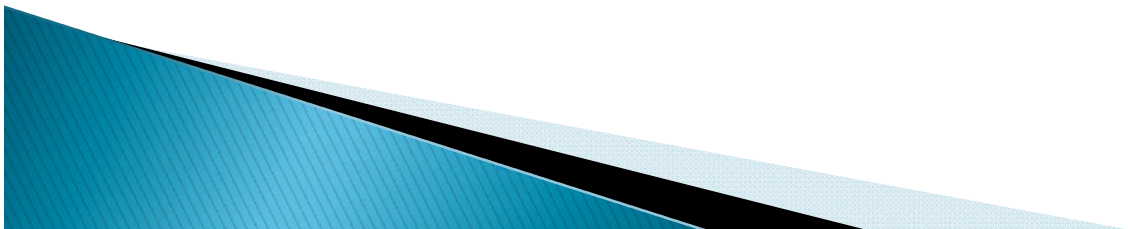
Les Hôpitaux
Universitaires
de STRASBOURG

Elisabeth Quoix

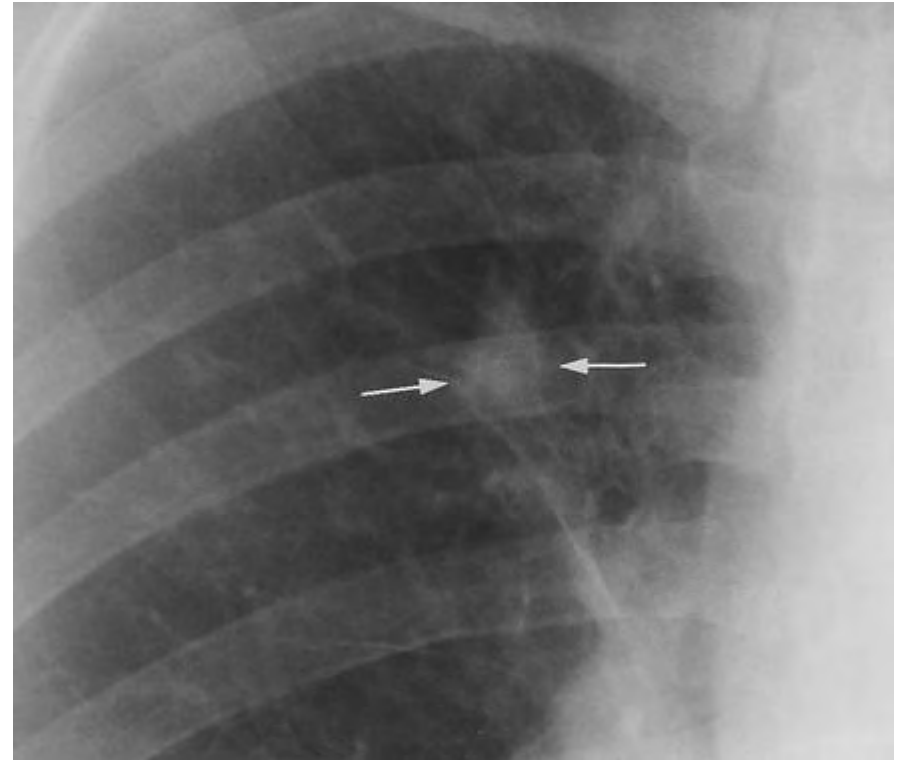
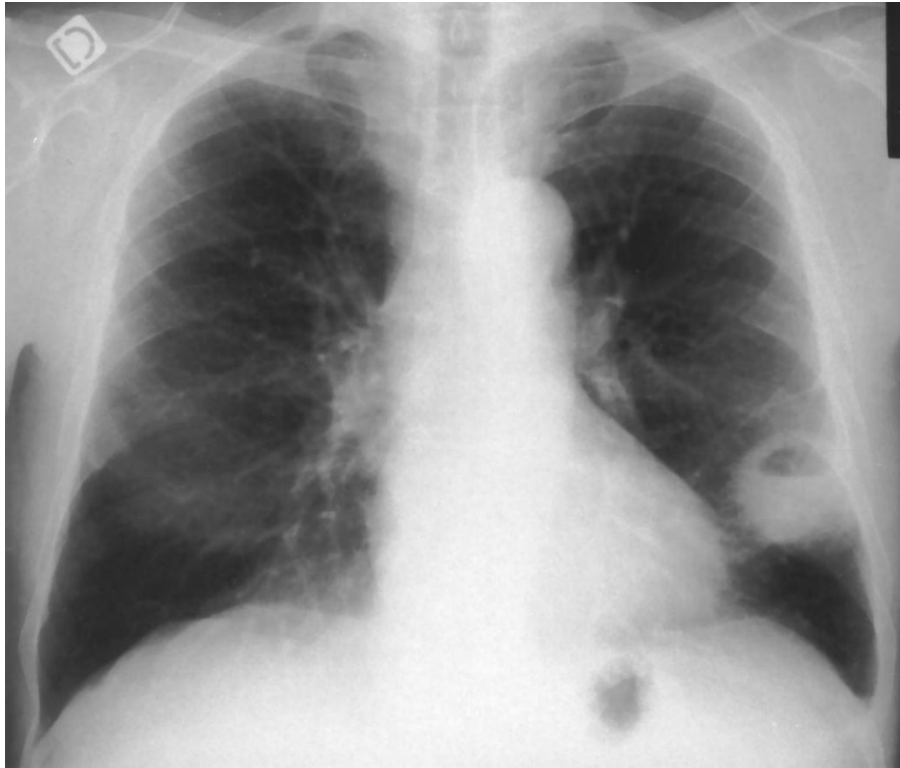


interet du bilan d'extension

- ▶ Avec le PS c'est le facteur pronostique principal
- ▶ Il va dicter la thérapeutique
- ▶ De son exhaustivité va dépendre la justesse des décisions thérapeutiques
- ▶ Recommandations de sociétés savantes
 - Avant l'ère de la TEP (SPLF, 1992; ERS/ATS, 1997)
 - Après l'ère de la TEP (ASCO 2004, ESMO 2008)

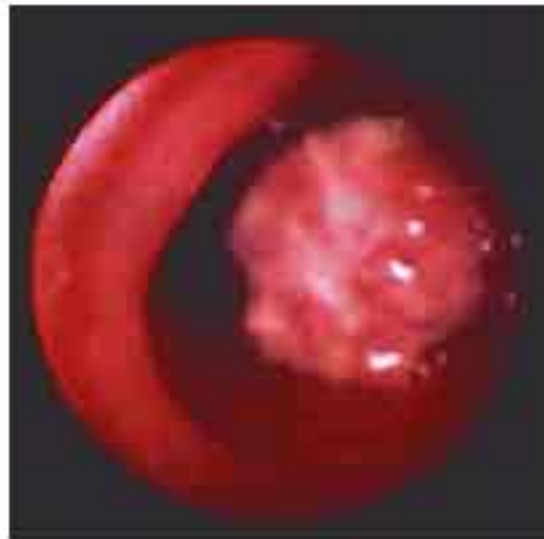
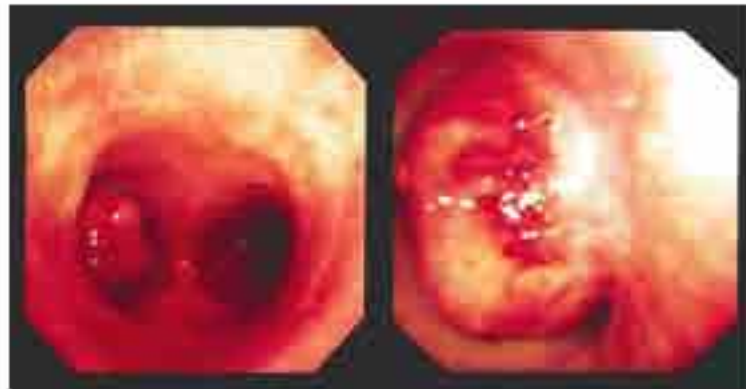


ction du T sur la radiographie du thorax



Un nodule pulmonaire est une opacité arrondie, spiculée ou non mesurant moins de 3 cm de diamètre. Au-dessus on parle d'une masse

Appréciation du T par l'endoscopie



Classification du découpage du T

- ▶ T1
 - T1a : tumeurs ≤ 2 cm
 - T1b : tumeurs > 2 cm et ≤ 3 cm
- ▶ T2
 - T2a : tumeurs > 3 cm et ≤ 5 cm
 - T2b : tumeurs > 5 cm et ≤ 7 cm
- ▶ T3 : tumeurs > 7 cm (T2 \rightarrow T3) ou bien présence de plusieurs nodules dans le même lobe (T4 \rightarrow T3)
- ▶ T4 : tumeurs accompagnées de nodules dans le même poumon (M1 \rightarrow T4)

Propositions pour la 7^{ème} révision de la classification TNM du cancer du poumon

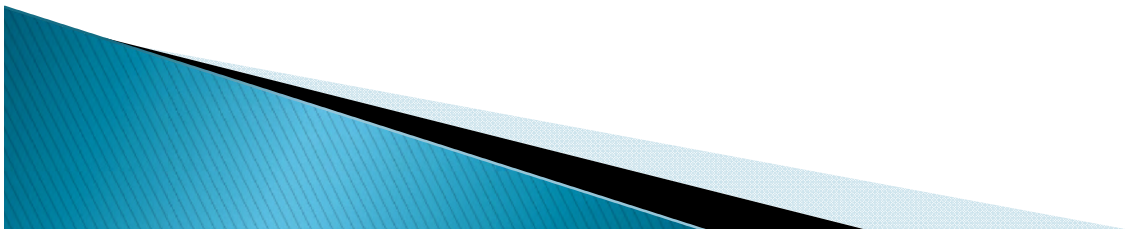
Description du T - Recommandations

1. T1 → T1a (≤ 2 cm) et T1b (2-3 cm)
2. T2 → T2a (3-5 cm) et T2b (5-7 cm)
3. T2 > 7 cm → T3
4. T4 nodule même lobe → T3
5. T4 dissémination pleurale ou péricardique → M1
6. M1 nodule supplémentaire autre lobe ipsilatéral → T4



TDM est préférable pour l'appréciation du T

- ▶ En cas de troubles de la ventilation : la TDM permet de distinguer l'atélectasie de la tumeur proprement dite
- ▶ En cas d'épanchement pleural, les 3 composantes, tumeur, troubles de ventilation et épanchement pleural seront bien individualisées.





est encore meilleure pour le T

A
T
L
E
C
T
A
S
I
E

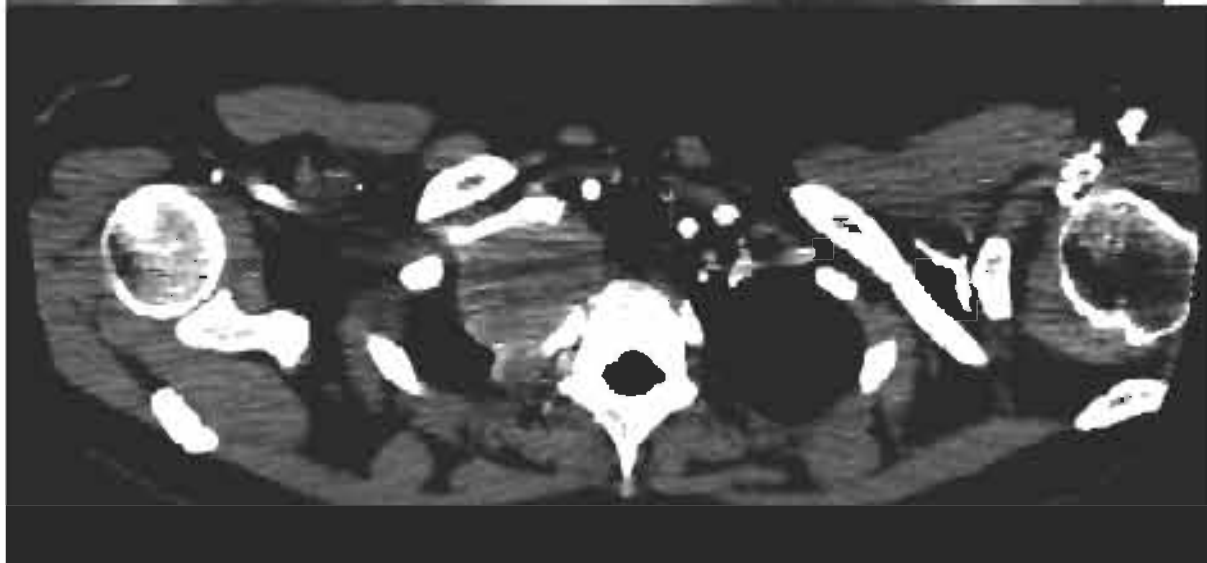
V
S

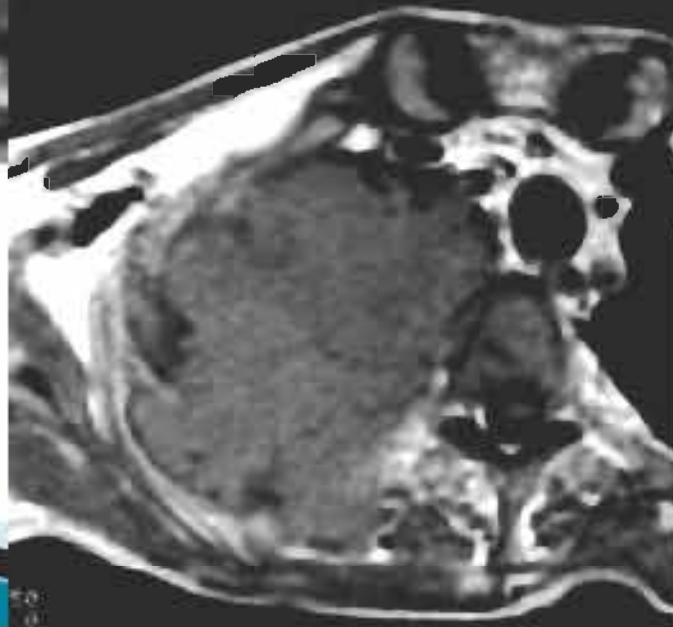
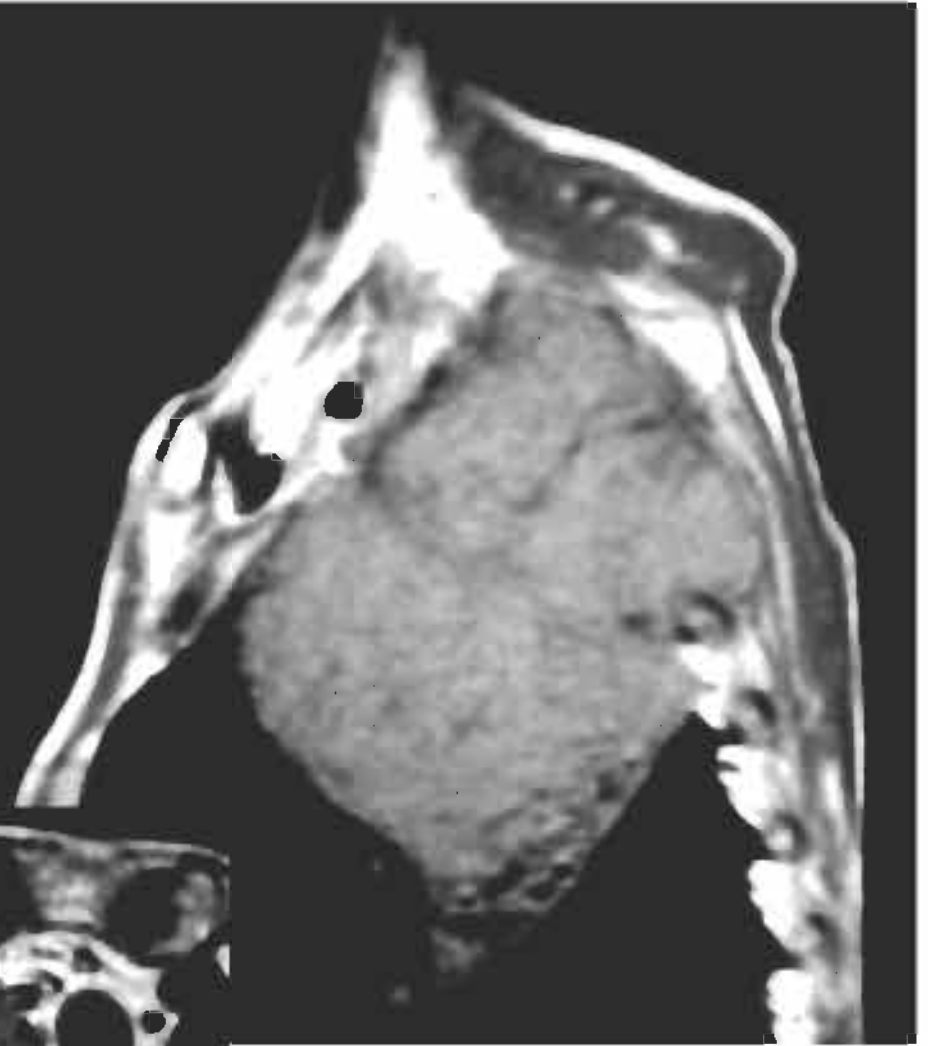
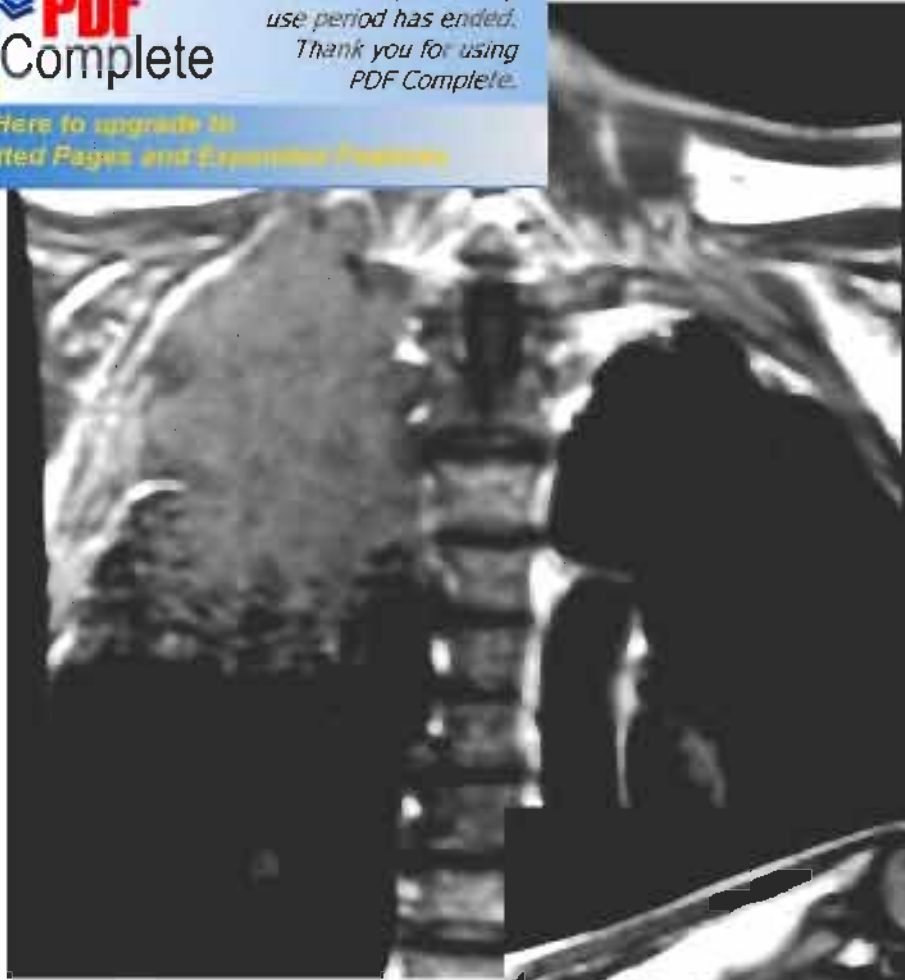
T
U
M
E
U
R



Diapositive obligeamment prêtée par Pr Afshin Gangi

l'IRM pour les Pancoast Tobias



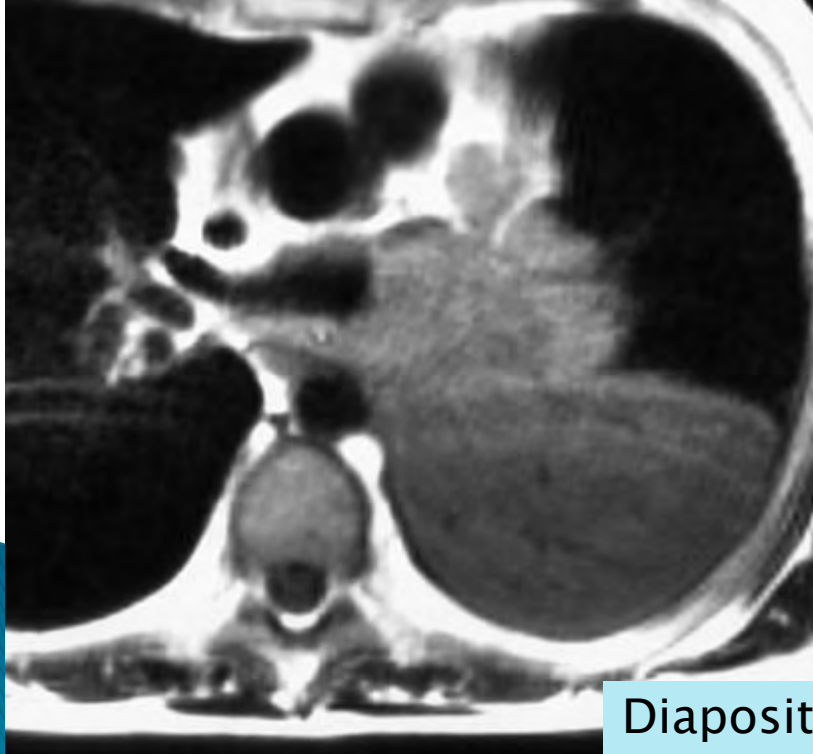


ancienne tumeur T4



...devenue M1

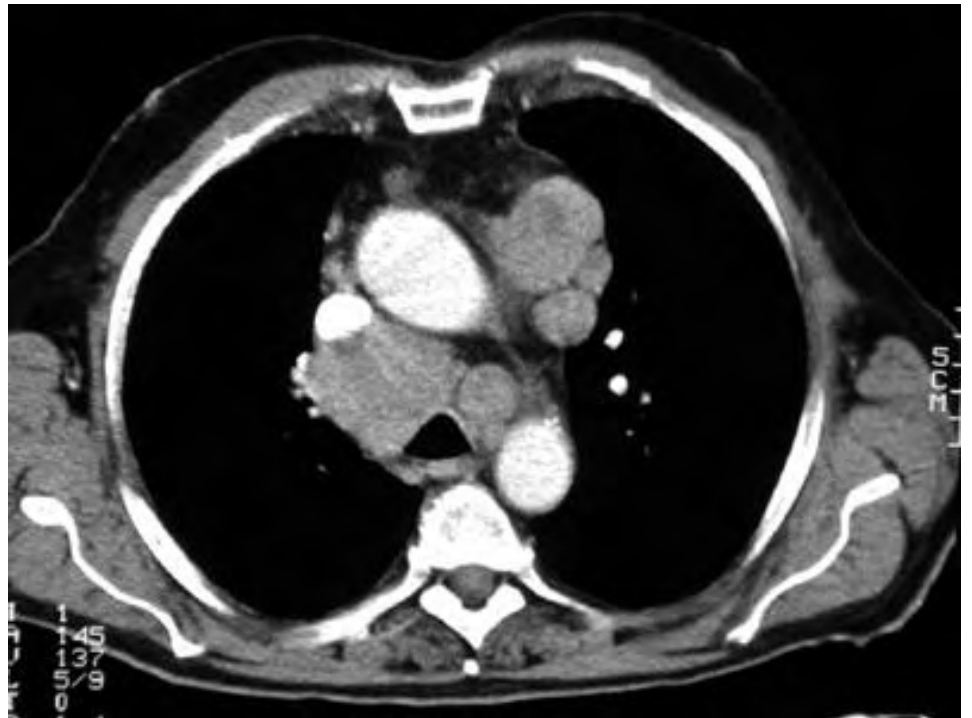
Envahissement des veines pulmonaires et OG



Diapositive obligeamment prêtée par Pr Afshin Gangi

Appréciation du N

- ▶ Supériorité incontestable de la TDM sur la radiographie du thorax



Caveats pour le N en TDM!

- ▶ Il est recommandé de considérer un ganglion médiastinal comme pathologique si le plus petit \emptyset est > 1 cm
- ▶ Sensibilité : 57%; spécificité : 82%
- ▶ Ce qui veut dire que 43% des ggl de moins de 1 cm sont malins et 18% des ganglions de plus de 1 cm sont bénins.
- ▶ Le nouveau RECIST : réponse complète ganglionnaire = retour à un petit $\emptyset \leq 1$ cm

Propositions pour la 7^{ème} révision de la classification TNM du cancer du poumon

Description du N

- La distinction pronostique entre les différents groupes actuels (N1-N2-N3) est satisfaisante et ne nécessite donc pas une nouvelle stadification
- Dans les groupes N1 et N2, la survie est influencée par le nombre de ganglions atteints plus que par le territoire anatomique
- Des prochaines études prospectives pourraient permettre de réviser la carte des ganglions et introduire la notion de zone

P

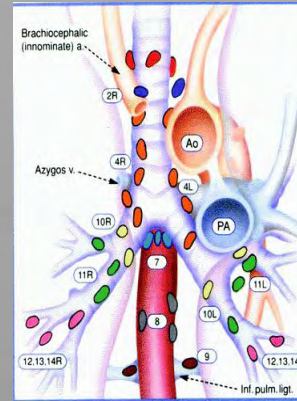
A²

L'appréciation du N : apport de la TEP

- ▶ Méta-analyse de 39 études : $Se = 85\%$, $Sp = 90\%$
- ▶ Permet de mieux sélectionner les patients pour une exploration invasive du médiastin :
Méta-analyse de 14 études :
 - ggl de 10 à 15 mm ne fixant pas = probabilité post-test de 5% d'être envahi
 - Ggl >16 mm ne fixant pas = probabilité post-test de 21% d'être envahi
- ☞ dans le premier cas pas d'exploration invasive nécessaire

Staging non-invasive du N

- ▶ Médiastinoscopie :
 - Aires 2R, 4R, 2L, 4L, 7
- ▶ Echoendoscopie oesophagienne (EUS)
 - Aires 3, 4L, 5, 7, 8, 9
- ▶ Echoendoscopie bronchique
 - Aires 2R, 2L, 4R, 4L, 7, 10, 11 et même parfois 12



Superior Mediastinal Nodes

- 1 Highest Mediastinal
- 2 Upper Paratracheal
- 3 Pre-vascular and Retrotracheal
- 4 Lower Paratracheal (including Azygos Nodes)

Upper zone (R)

N₁ = single digit, ipsilateral
N₂ = single digit, contralateral or supraclavicular

Aortic Nodes

- 5 Subaortic (A-P window)
- 6 Para-aortic (ascending aorta or phrenic)

AP zone (L)

Inferior Mediastinal Nodes

- 7 Subcarinal
- 8 Paraesophageal (below carina)
- 9 Pulmonary Ligament

Subcarinal zone

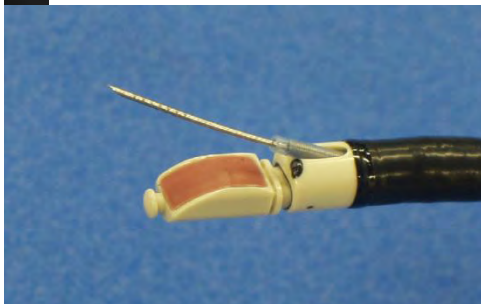
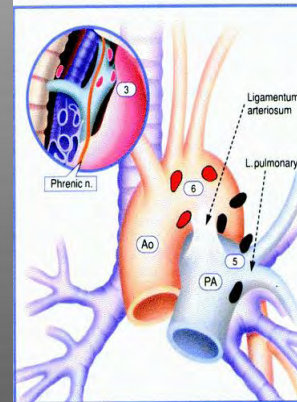
Lower zone

N₁ Nodes

- 10 Hilar
- 11 Interlobar
- 12 Lobar
- 13 Segmental
- 14 Subsegmental

Hilar zone

Peripheral zone



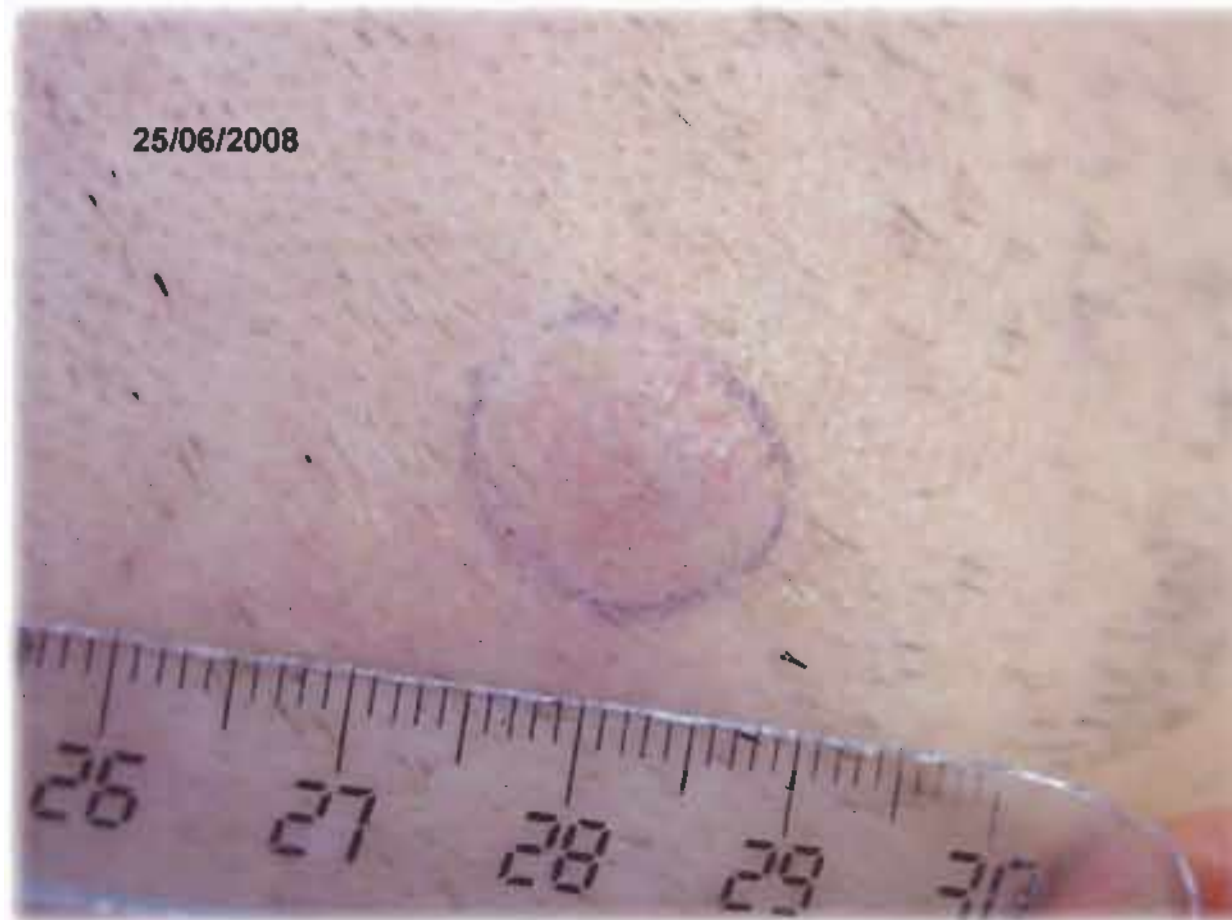
Comparaison médiastinoscopie et EBUS

- ▶ Importance de la courbe d'apprentissage
- ▶ Une seule étude comparant directement les deux techniques
- ▶ Exactitude chez 45 patients : 96,6% pour la médiastinoscopie, 95,6% pour l'EBUS
- ▶ Recommandations de l'ESMO (2008)
 - TEP dès lors que le cancer apparaît potentiellement opérable
 - Biopsie ggl médiastinal qui fixe

on du M : examen clinique

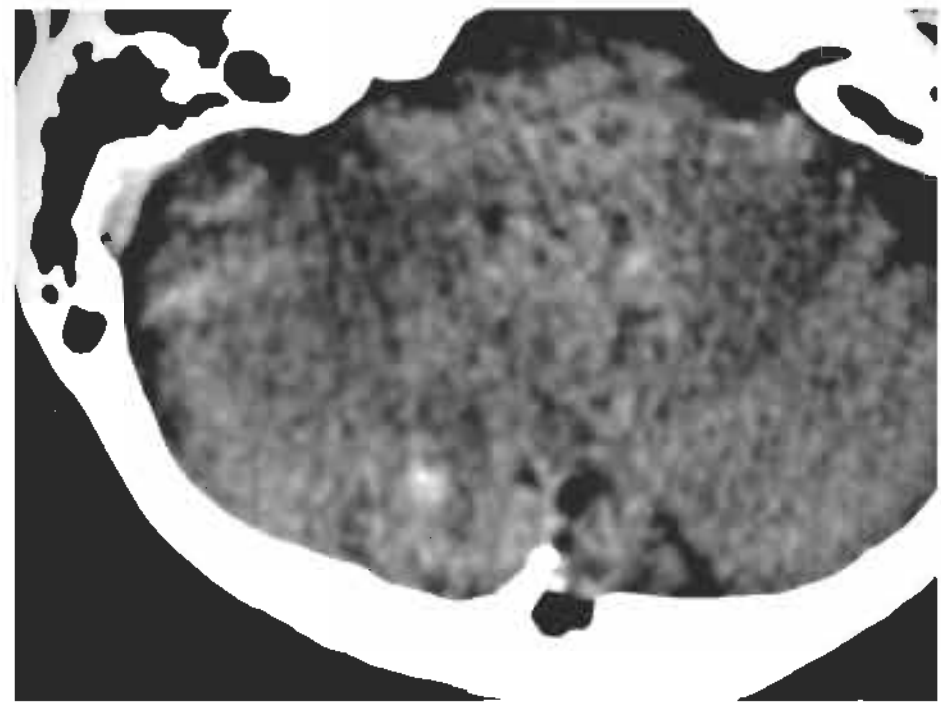
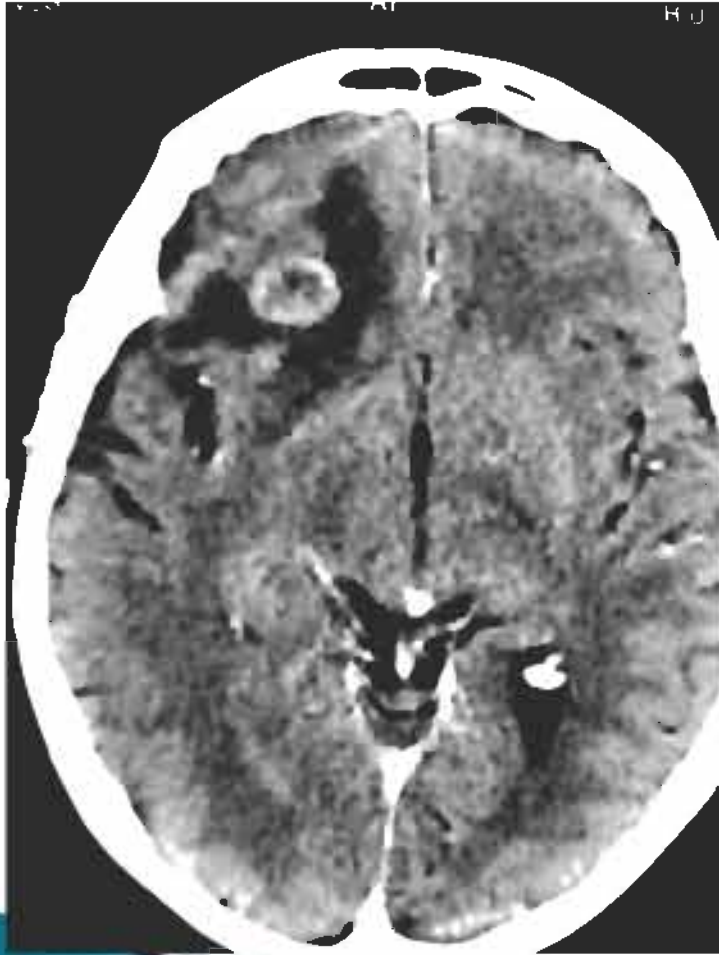


on du M : examen clinique



on du M : le scanner

cérébral



Appréciation du M : IRM



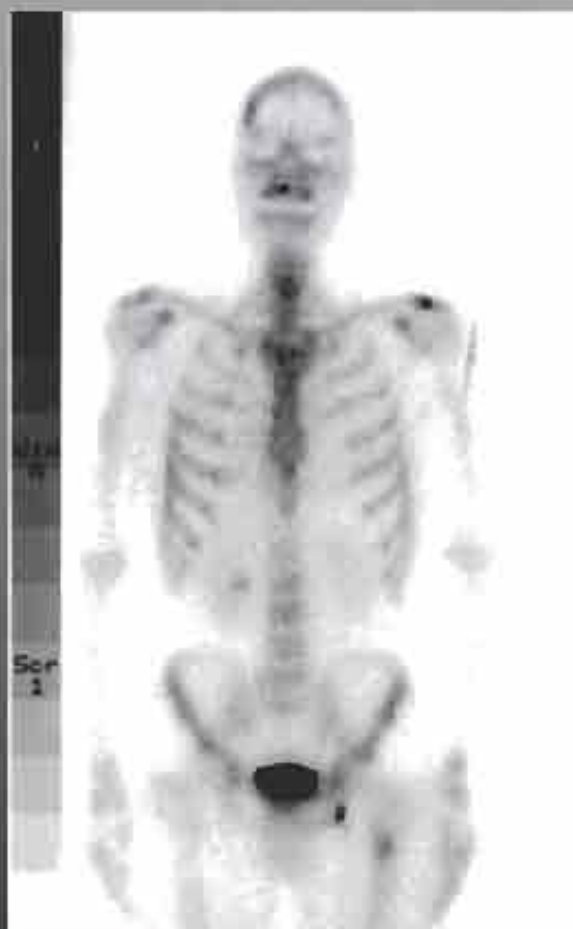
on du M : tomodensitométrie



Adénome de la glande surrénalienne droite



ostéoporose hyperfixation fémorale gauche

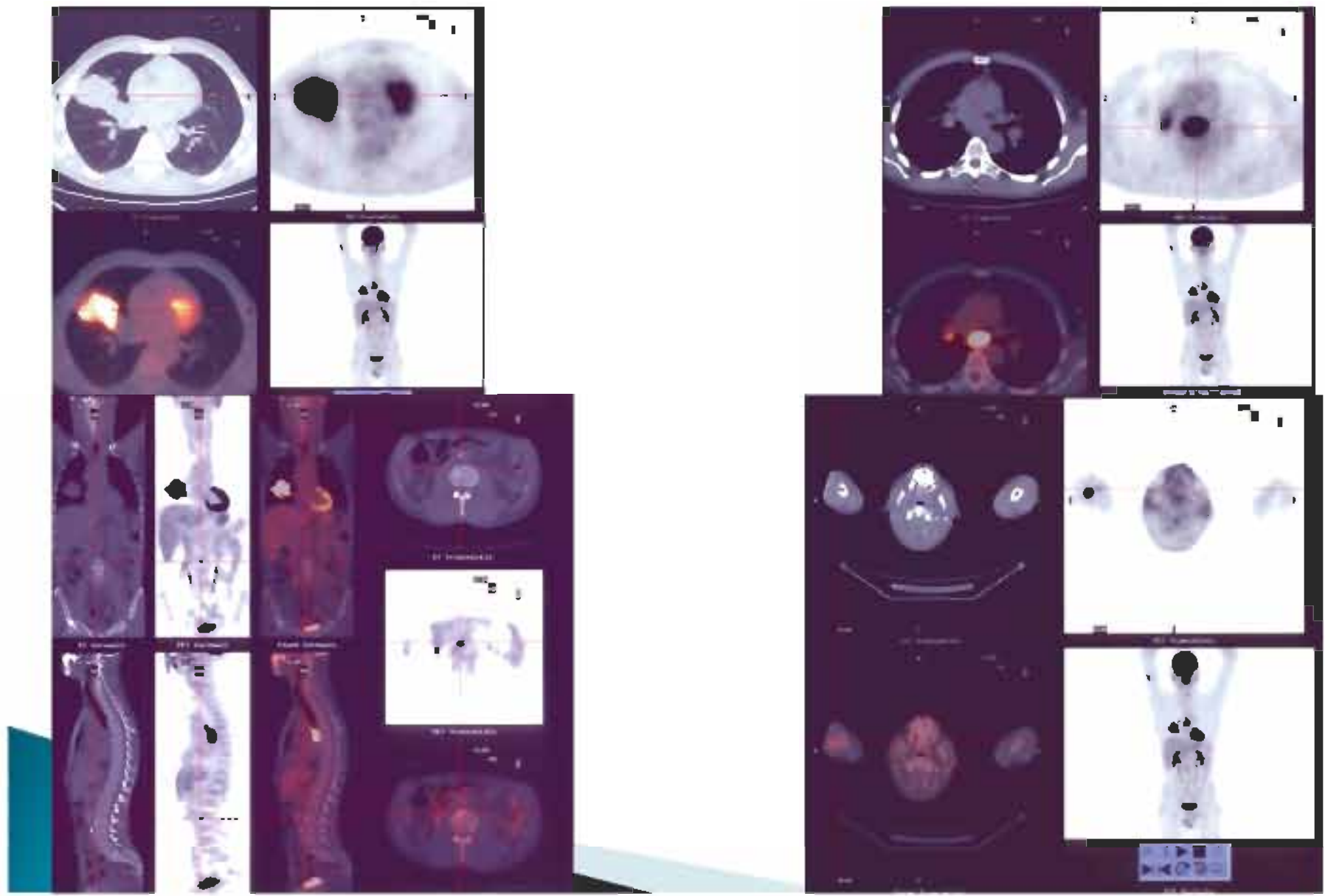


CORPS ENTIER.T 12 May 1997 at 13:23

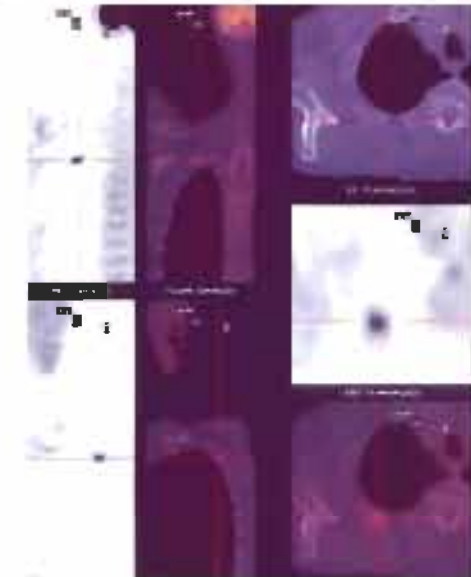
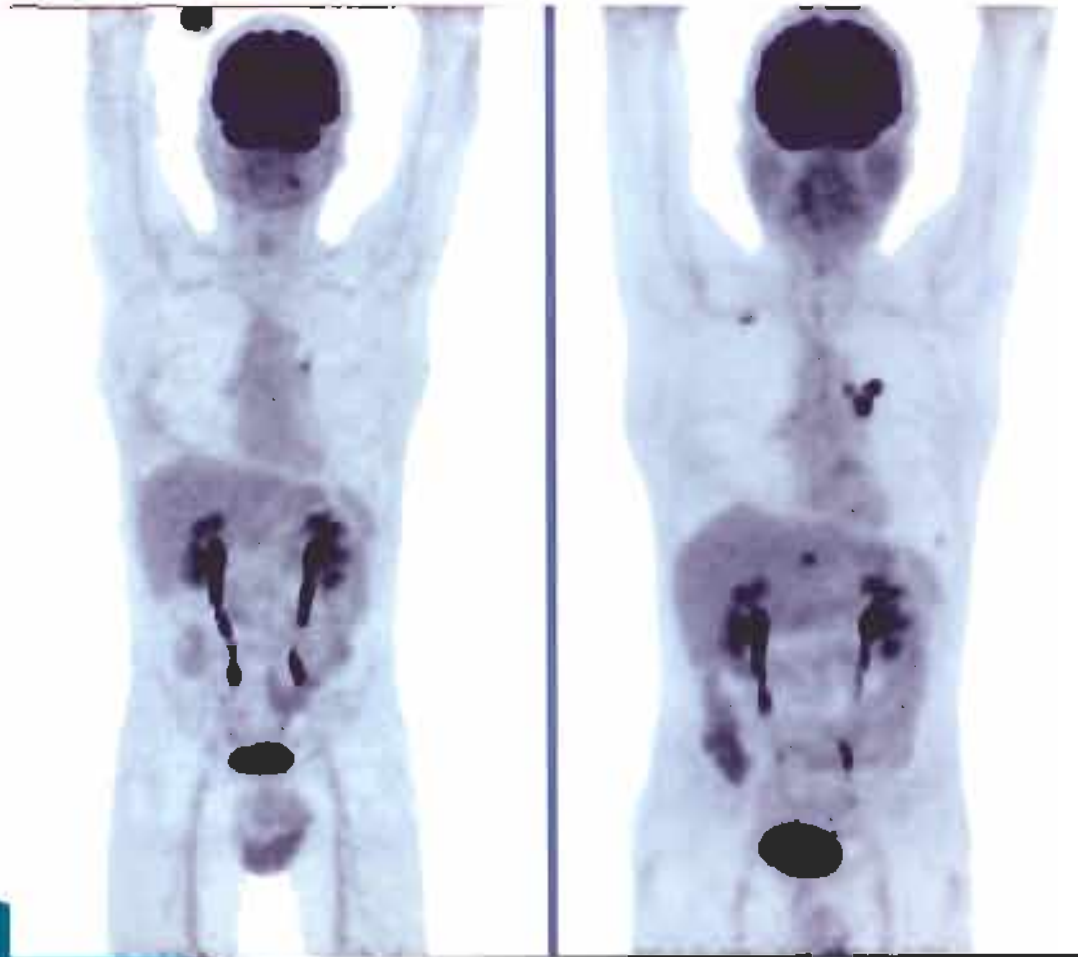
 **PDF Complete**
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.
[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

du M : intérêt de la TEP

TDM



on du M : intérêt de la TDM

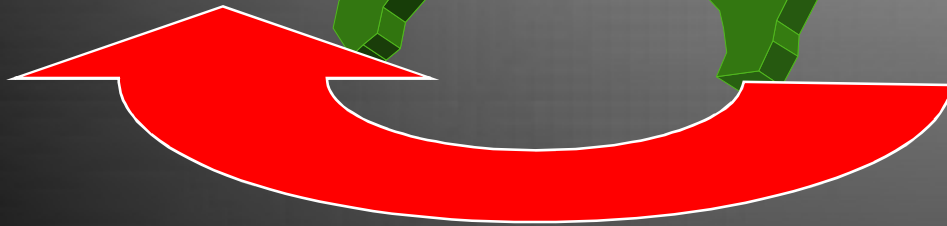




Le phénomène de Will Rogers

I.Q. >>

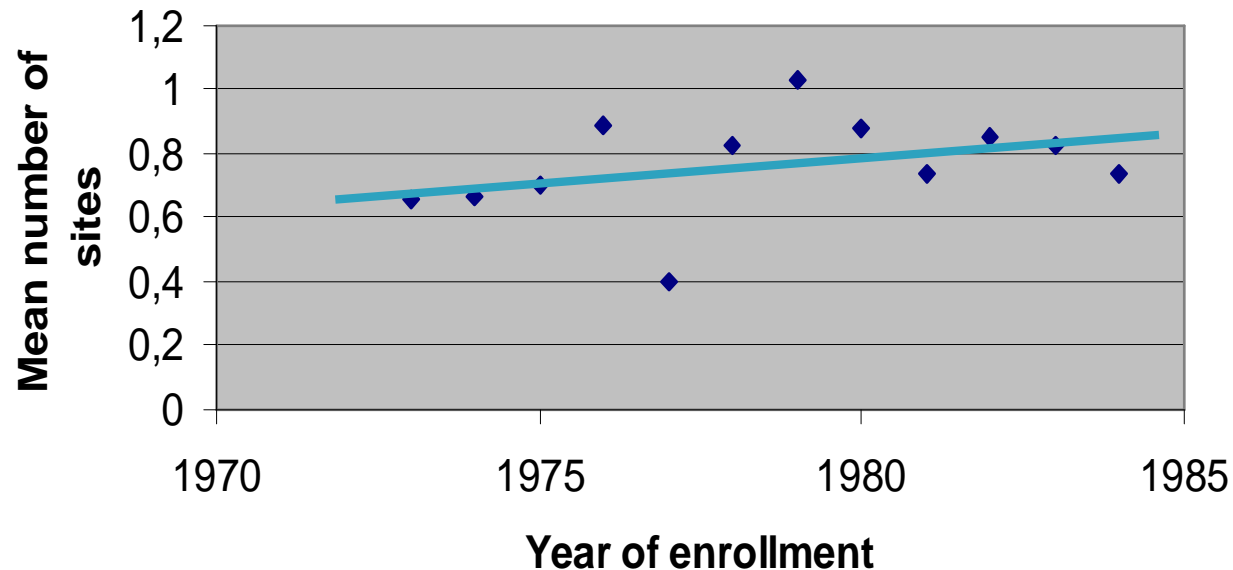
I.Q. >>



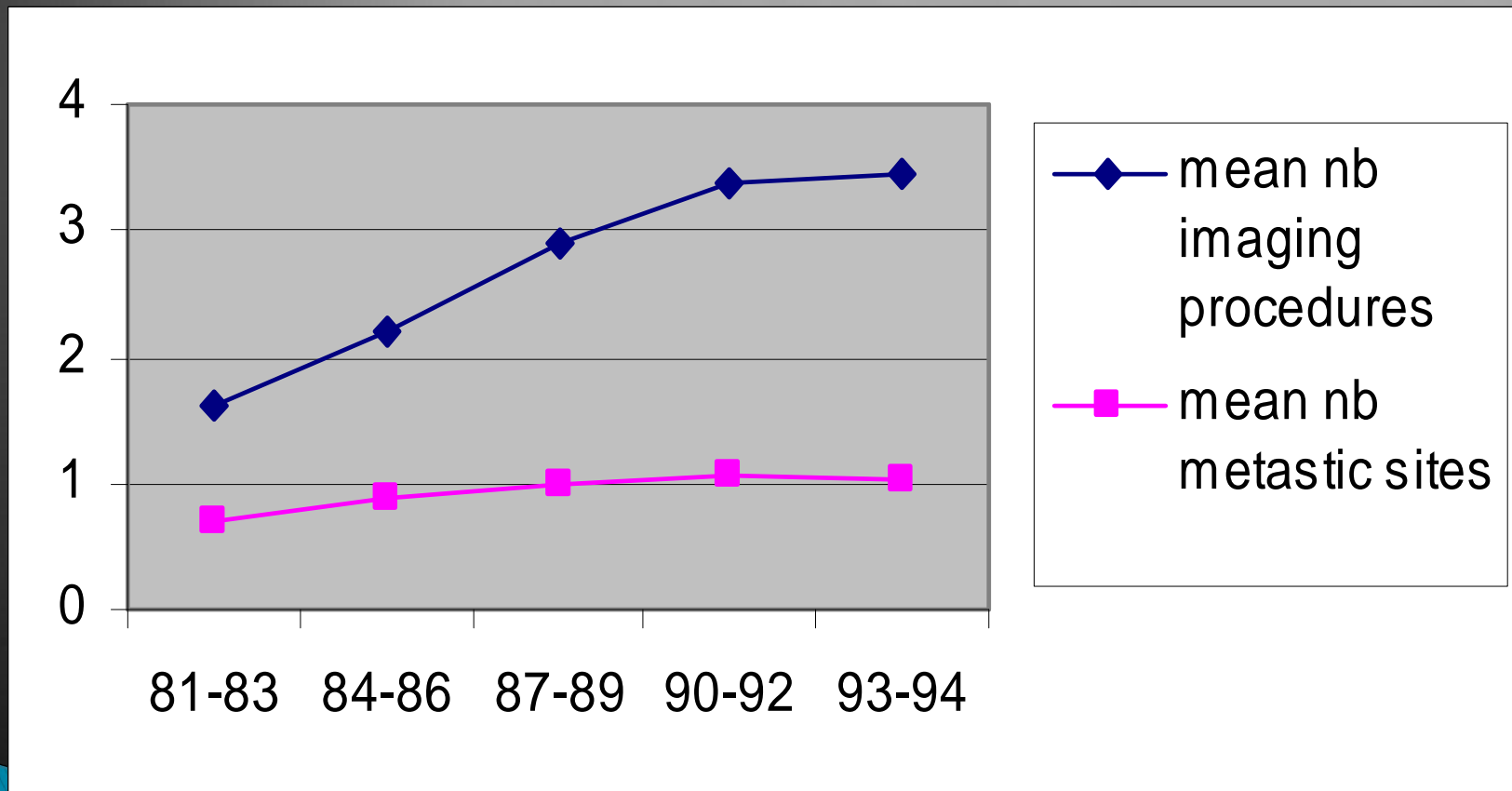
Will Rogers

Phénomène de migration de stade ou phénomène de Will Rogers

D. Spiegelman et al. Prognostic factors in SCLC. JCO 1989;7:344-54



Mémorandum de Will Rogers



- # Conclusions
- ▶ En cas de CBNPC a priori opérable :
 - Recommandations ASCO 2004, ACCP 2007, ESMO 2008
 - TEP + IRM cérébrale (ou TDM)
 - ▶ En cas de CBNPC avec signes évidents de métastases à distance : pas de TEP
 - ▶ Amélioration constante des techniques
 - Augmentation du nombre de formes métastatiques
 - Amélioration apparente du pronostic des formes localisées et des formes métastatiques
 - Mais pas d'amélioration du pronostic global
- 