



Stratégie chirurgicale

P. Van Schil, MD, PhD

Département de Chirurgie Thoracique et Vasculaire

Hôpital Universitaire d' Anvers

Belgique

Cours GOLF 2016, Lyon, 20/09/16





Stratégie chirurgicale

- ❑ indications chirurgicales
- ❑ interventions chirurgicales
- ❑ résection sublobaire
- ❑ stade IIIA-N2
- ❑ T4
- ❑ stade IV - oligométastases
- ❑ conclusions



Stratégie chirurgicale

- ❑ indications chirurgicales
- ❑ interventions chirurgicales
- ❑ résection sublobaire
- ❑ stade IIIA-N2
- ❑ T4
- ❑ stade IV - oligométastases
- ❑ conclusions



SIZE MATTERS
THE BIGGER ONES GET MORE BUSH

WOW
air

SIZE DOES MATTER

You can bring one carry-on bag plus a small personal item. Check here to make sure your carry-on bag can travel with us.



Included:
1 small carry-on bag

OR

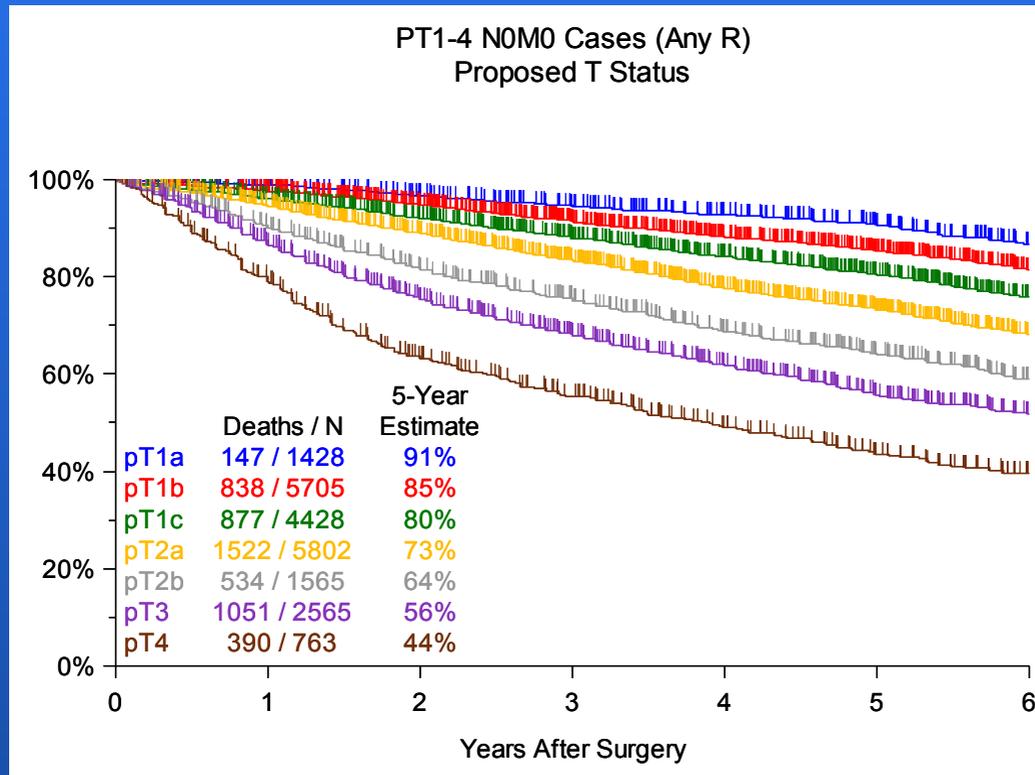
Additional fee:
1 large carry-on bag

STÆRÐIN SKIPTIR MÁLI

Þú mátt hafa með þér eina handfarangurs-tösku og litla handtösku eða fartölvu. Mátáðu handfarangurinn hér til að athuga hvort hann megi fljúga með okkur.



8ème classification TNM - facteur T



facteur T
partie invasive!

pT1a ≤ 1 cm
pT1b 1.1 - 2cm
pT1c 2.1- 3.0 cm

T2a 3.1- 4.0 cm
T2b 4.1- 5.0 cm

T3 5.1- 7.0 cm
T4 > 7.0 cm

Rami-Porta R. J Thorac Oncol 2015; 10:990-1003
Travis WD. J Thorac Oncol 2016; 11:1204-23





Indications du traitement chirurgical CBNPC - stade clinique

➤ *définitives*: stade

IA1-3	T1a-cN0
IB	T2aN0
IIA	T2bN0
IIB	T1a-cN1 T2a-bN1 T3N0
IIIA	T3N1



Indications du traitement chirurgical CBNPC - stade clinique

- *sous investigation*: stade IIIA T1a-cN2 T2a-bN2
IIIA T4N0-1
- *exceptionnelles*: stade IVA M1b oligométastases



Stratégie chirurgicale

- ❑ indications chirurgicales
- ❑ interventions chirurgicales
- ❑ résection sublobaire
- ❑ stade IIIA-N2
- ❑ T4
- ❑ stade IV - oligométastases
- ❑ conclusions



Objectif final: Résection complète

résection R

- R0 pas de tumeur résiduelle
- R1 atteinte microscopique des bords de section
- R2 tumeur résiduelle macroscopiquement



IASLC : Complete Resection Subcommittee

Résection complète R0

- la tumeur primaire a été entièrement enlevée
- il ne reste pas de tumeur sur le plan macroscopique
- au point de vue microscopique tous les bords de section sont libres (bronchique, vasculaire, périphérique)
- dissection ganglionnaire systématique:
 ≥ 6 stations (3 médiastinales)
- le ganglion médiastinal le plus haut n'est pas atteint



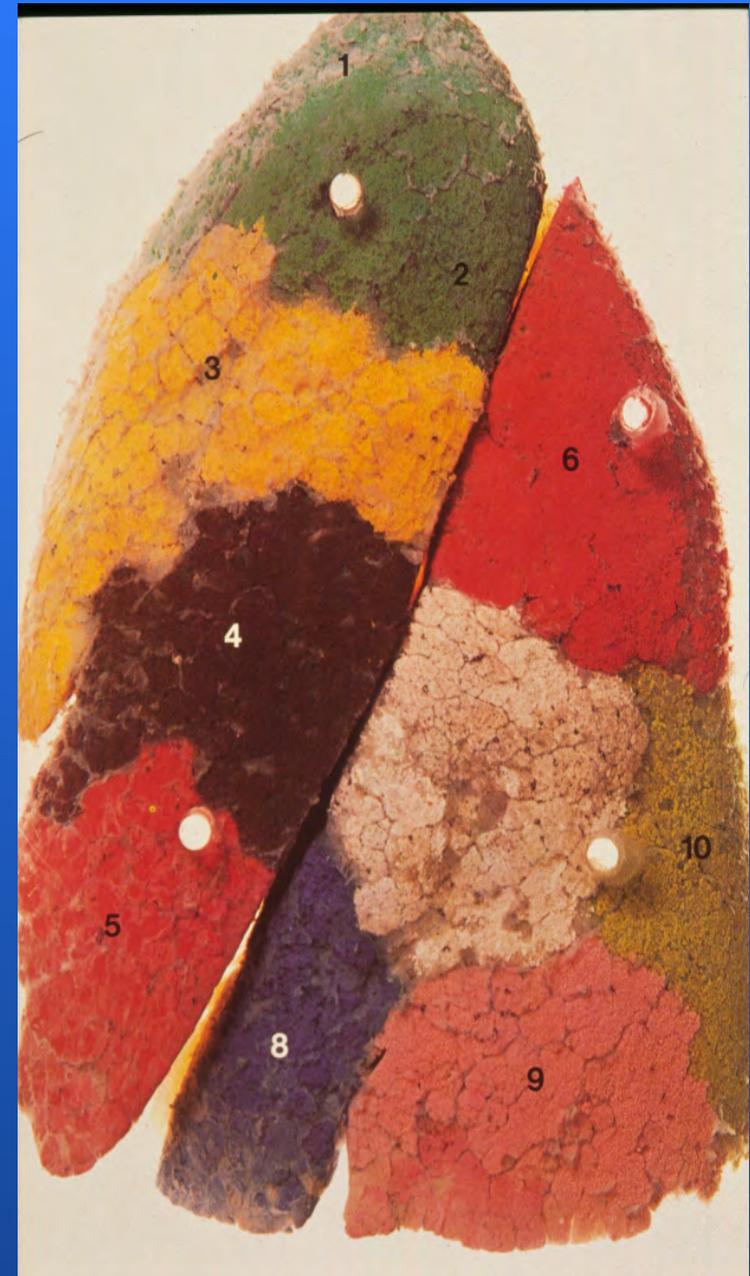
RESECTIONS PULMONAIRES

- **standard**
 - lobectomie, bilobectomie
 - pneumonectomie
- **conservatrices ou d'épargne pulmonaire**
 - proximales : bronchoplasties
 - distales : segmentectomie, excision cunéiforme
- **élargies (poumon + autre structure)**

paroi thoracique (côtes, vertèbres), diaphragme, péricarde, oreillette gauche, veine cave supérieure, sulcus supérieur (Pancoast)

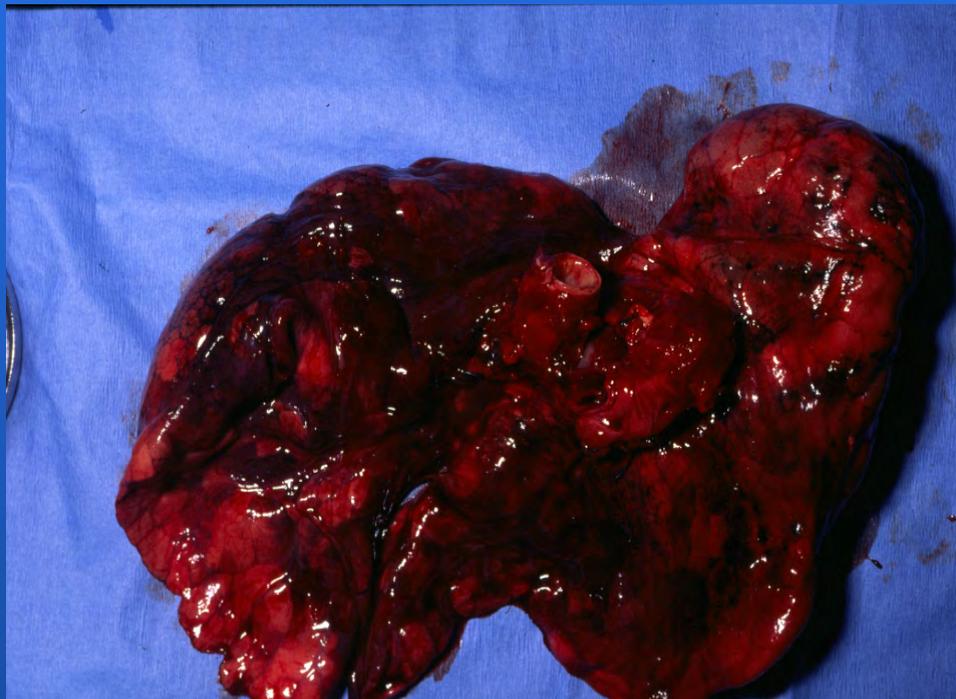


standard

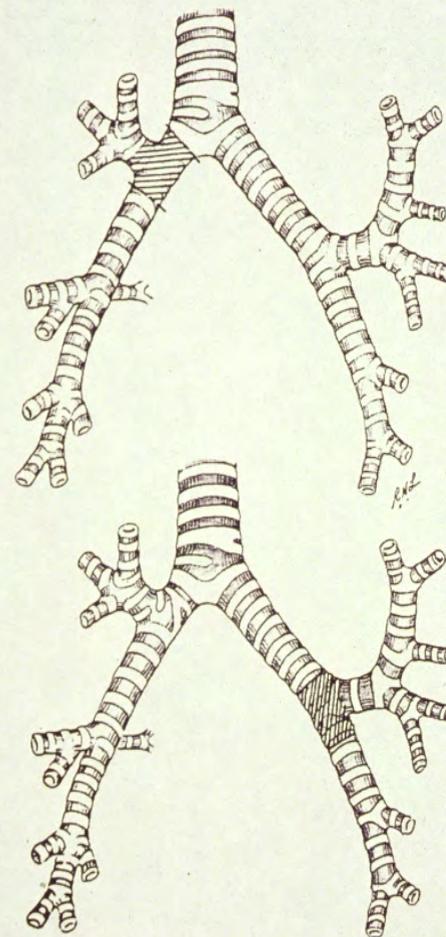


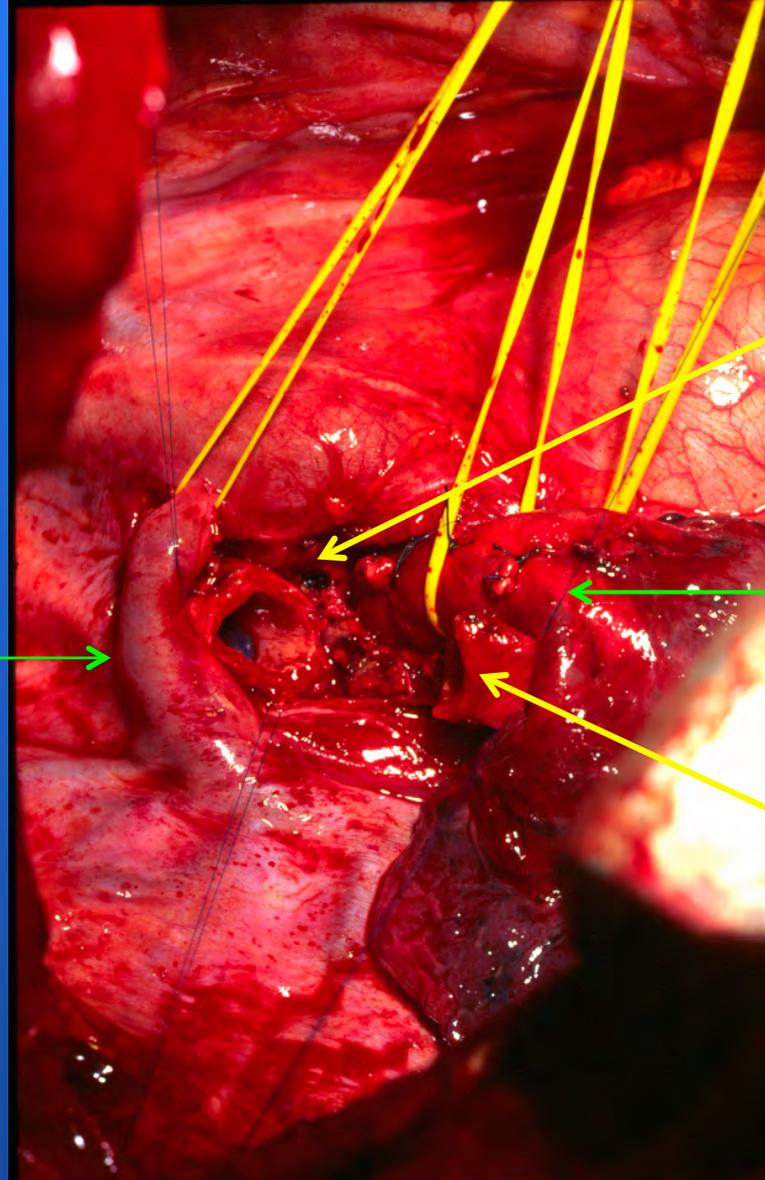


pneumonectomie



**résection-
anastomose
bronchique**





veine
azygos

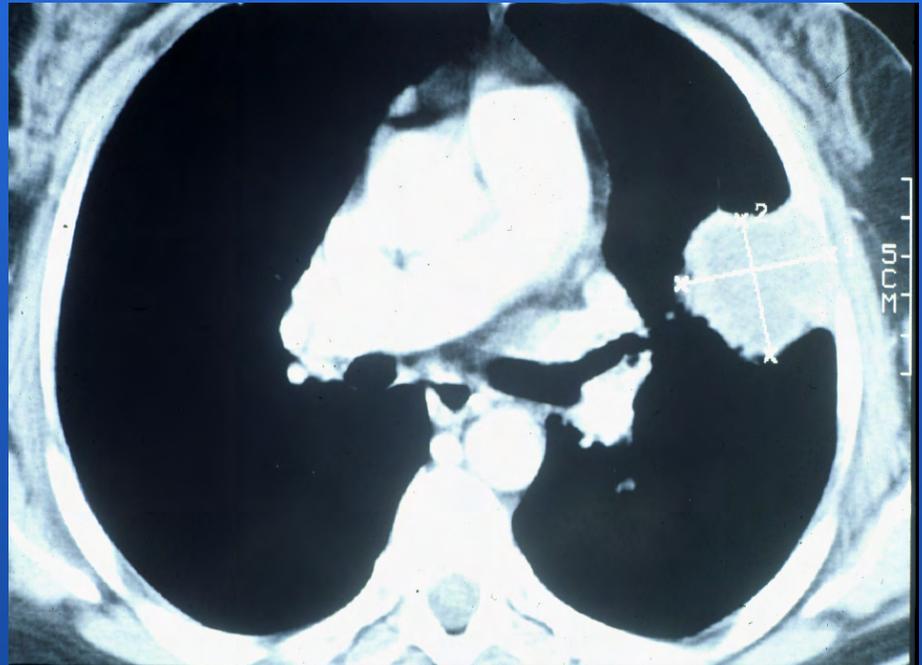
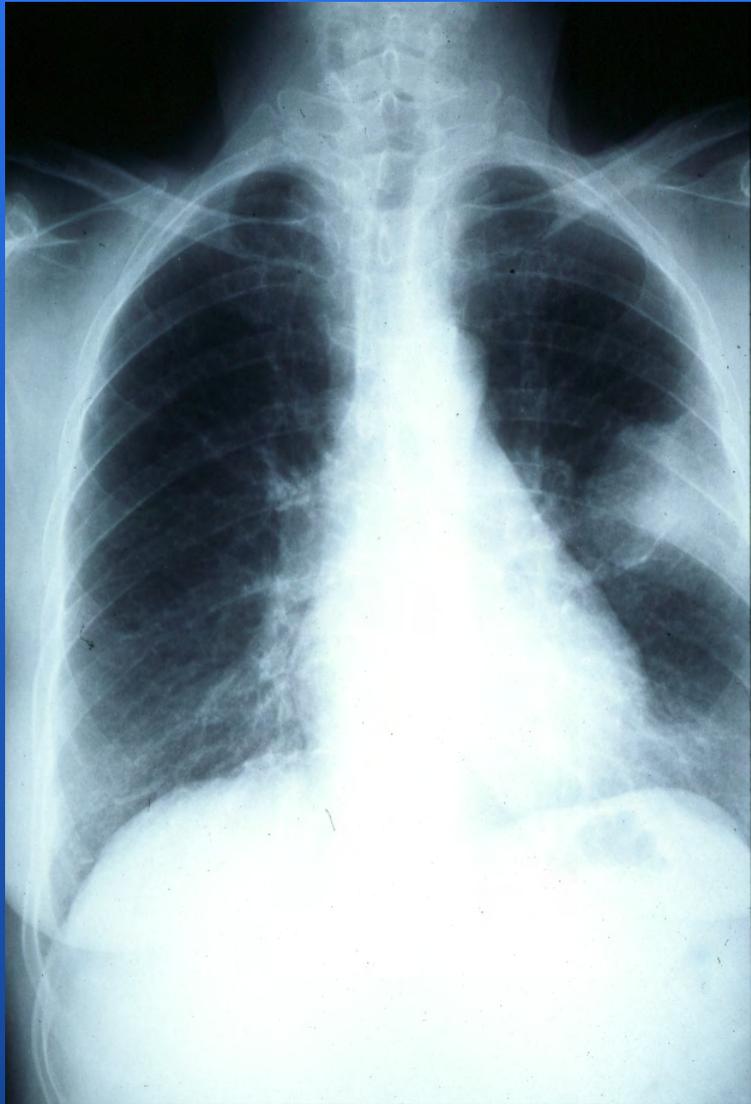
bronche souche
droite

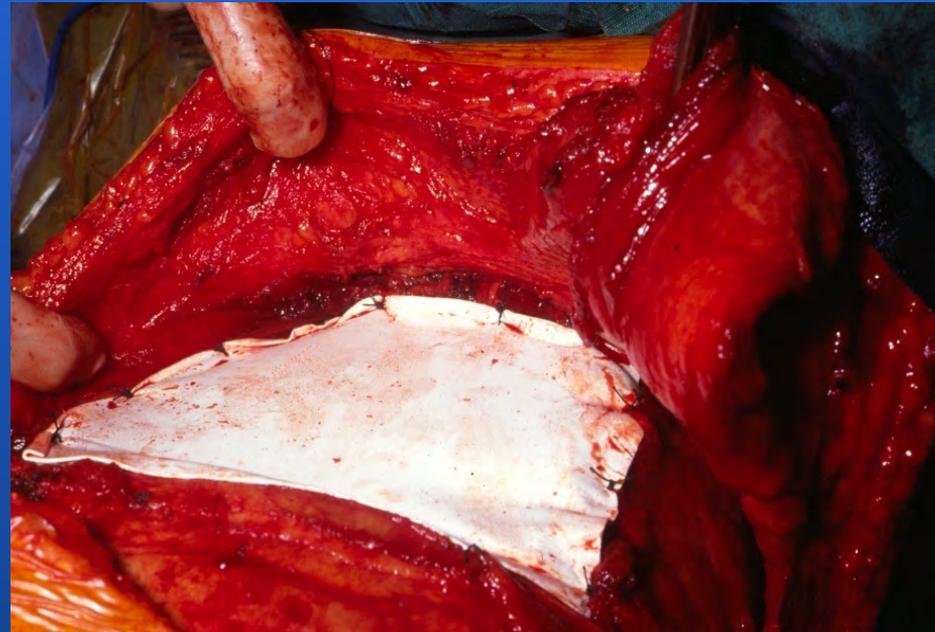
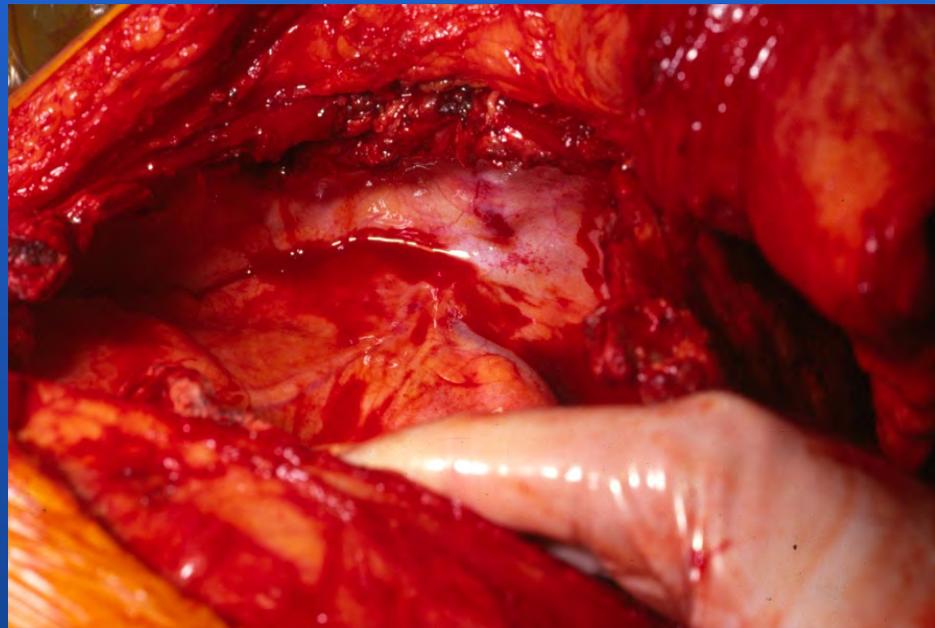
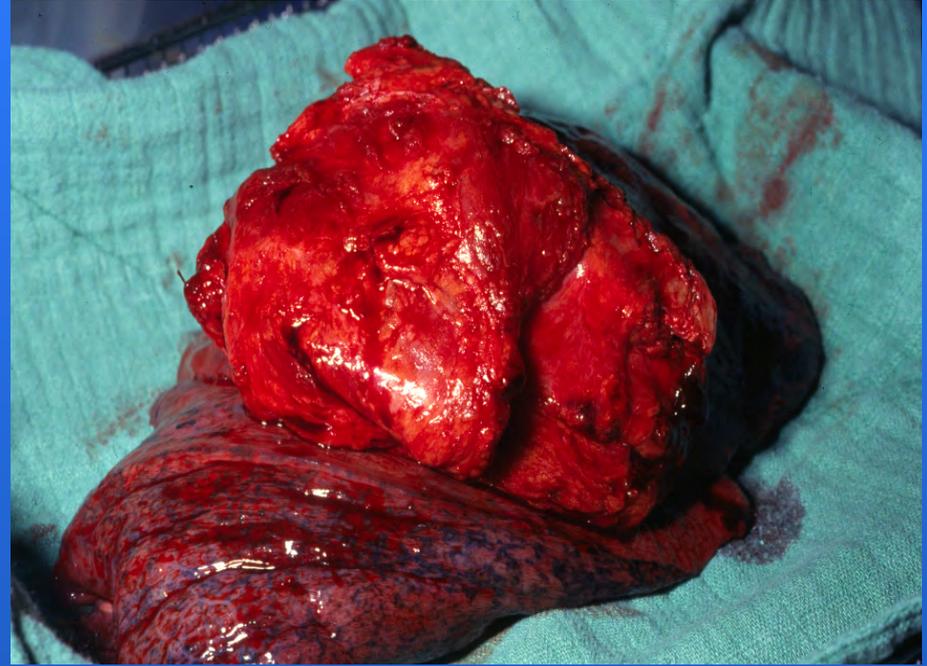
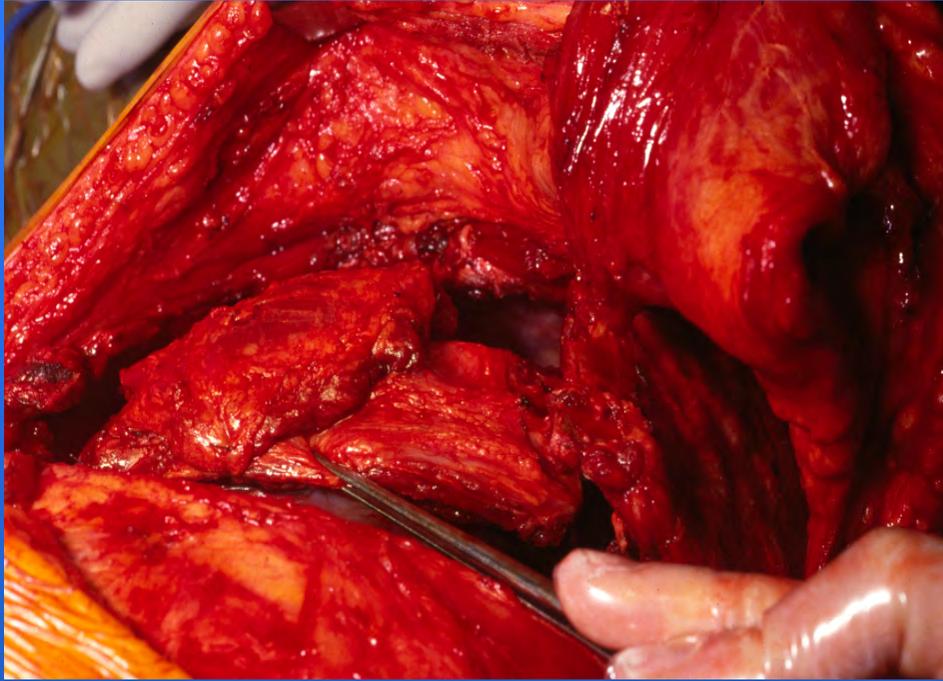
artère pulmonaire

bronche
intermédiaire



**T3 résection
paroi thoracique**







Staging peropératoire

Thoracotomie: investigation finale

Stade chirurgical IA, B

IIA, B

IIIA (résécable) :

T3N1, N2 ?

Evaluation peropératoire: T N scissure
(dissection ganglionnaire systématique)





Staging peropératoire

Tumeurs non résécables

- T4 avec envahissement d'organes vitaux voisins: oesophage, oreillette gauche, aorte
- atteinte N2 ou N3 extracapsulaire
- envahissement massif des structures hilaires
- métastases pleurales ou péricardiques

Pneumectomie ↑† et morbidité

Alternative: résection en manchon





Stratégie chirurgicale

- indications chirurgicales
- interventions chirurgicales
- **résection sublobaire**
- **stade IIIA-N2**
- **T4**
- **stade IV - oligométastases**
- **conclusions**



Est-ce qu'une lobectomie est la thérapie standard?

- LCSG : étude prospective randomisée
lobectomie ↔ résection limitée
 - cT1N0 périphérique < 3cm
 - 50 % contre-indication pour randomisation :
pas T1 (diamètre, plèvre), pas N0 (25% atteinte
ganglionnaire médiastinale !)
 - morbidité et mortalité postop. =

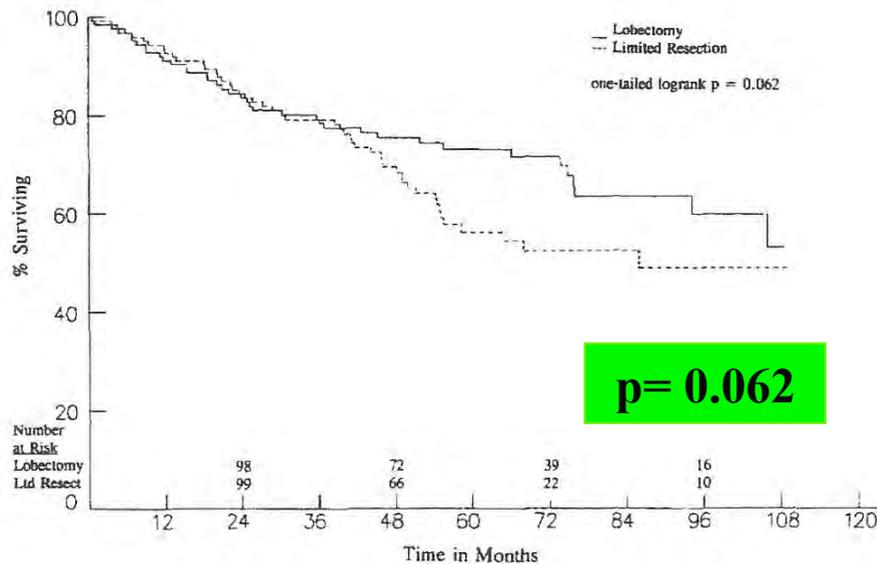
Ginsberg RJ. Randomized trial of lobectomy versus limited resection for T1N0 NSCLC. Ann Thorac Surg 1995; 60:615-23



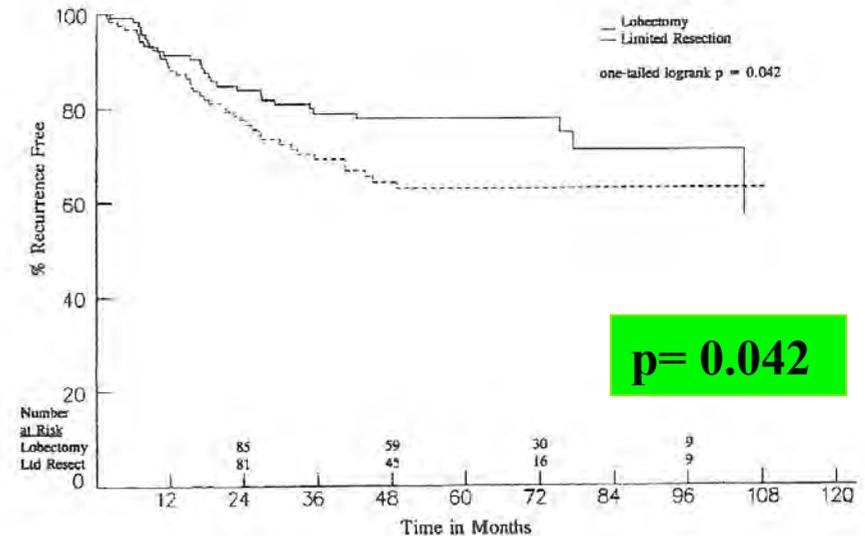


Est-ce qu'une lobectomie est la thérapie standard?

survie globale



survie sans progression



Rubinstein L, Ginsberg RJ. Reply to Lederle F. Lobectomy versus limited resection in in T1N0 lung cancer. *Ann Thorac Surg* 1996; 62:1249-50





Résection sublobaire

Méta-analyse résection sublobaire ↔ lobectomie

- 24 études 1990 – 2010 11 360 patients
- survie globale et survie spécifique au cancer
- stade I survie globale et spécifique ↑ après lobectomie *HR 1.40*
- stade IA ≤ 2 cm: survie globale résection sublobaire = lobectomie *HR 0.81*
- lobectomie ↔ segmentectomie: pas Δ survie globale et spécifique *HR 1.09 – 0.99*

- stade I résection sublobaire survie ↓ ↔ lobectomie
- stade IA ≤ 2 cm résection sublobaire = lobectomie



Stratégie chirurgicale

- indications chirurgicales
- interventions chirurgicales
- résection sublobaire
- stade IIIA-N2
- T4
- stade IV - oligométastases
- conclusions



stade IIIA – N2

- très hétérogène, traitement controversé
- sous-groupes N2

atteinte N2 inattendue peropératoire

chimio- + radiothérapie adjuvante

N2 prouvé par EBUS, EUS ou médiastinoscopie –

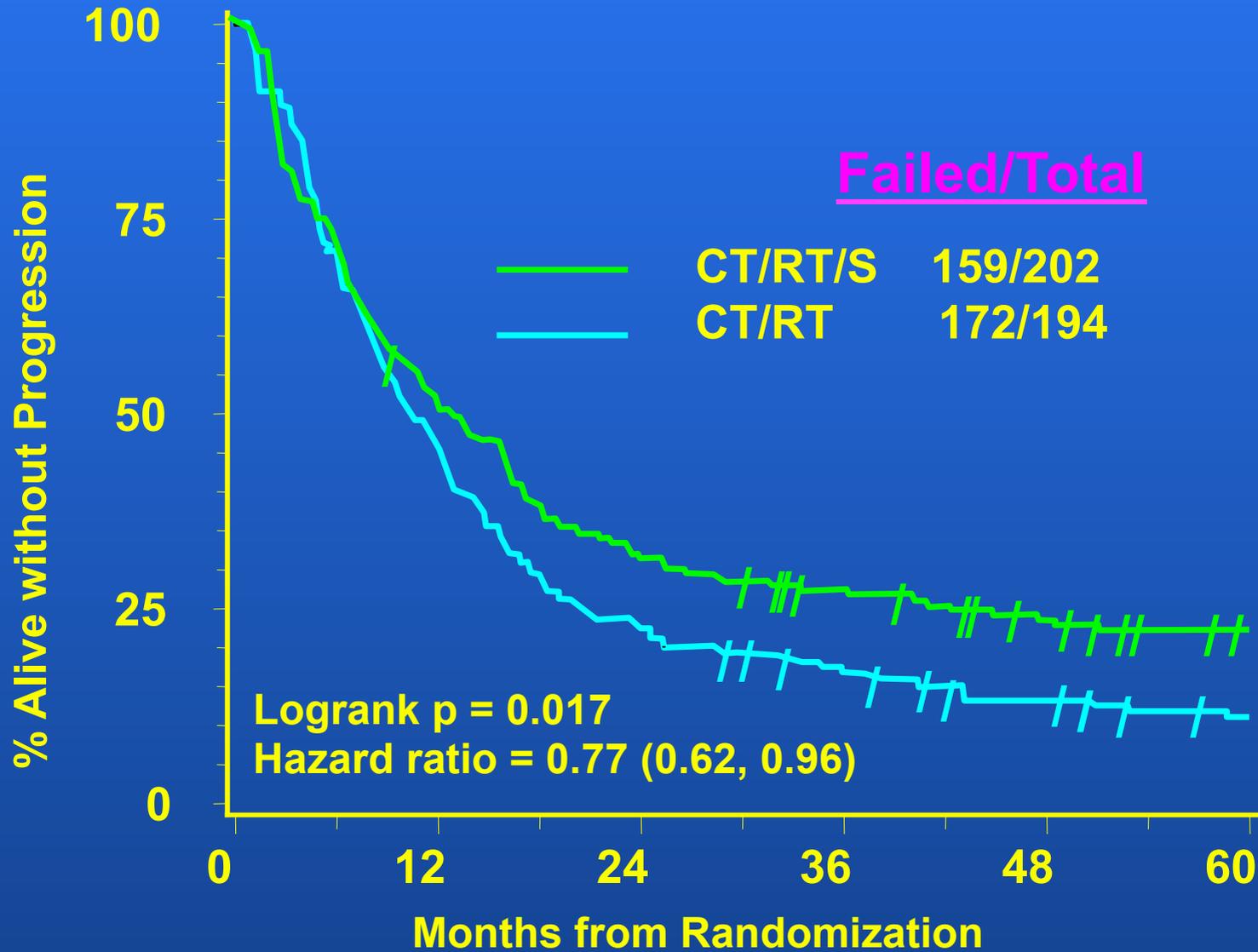
*thérapie chirurgicale peut être envisagée après
une thérapie d'induction*

atteinte massive N2 *chimioradiothérapie*



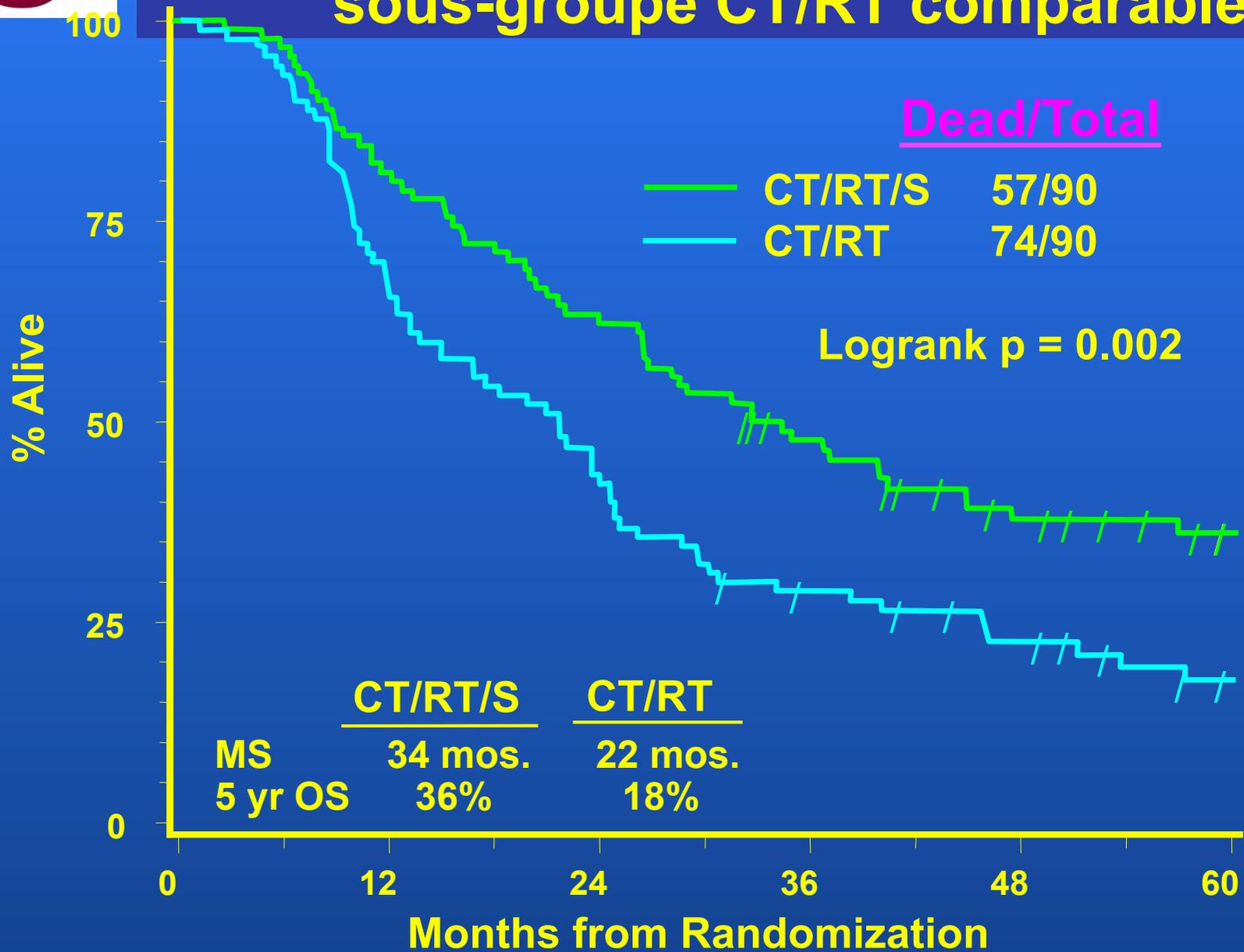
Intergroupe 0139/RTOG 9309

Survie sans progression de maladie





INT0139 Survie globale – lobectomie versus sous-groupe CT/RT comparable





Revue systématique et méta-analyse stade IIIA-N2

- ❖ Medline et Embase 1980 - 2013
- ❖ patients avec atteinte N2 qui ont reçu chimiothérapie d'induction ou chimioradiothérapie et qui ont été randomisés entre chirurgie ou radiothérapie
- ❖ paramètre étudié: survie globale

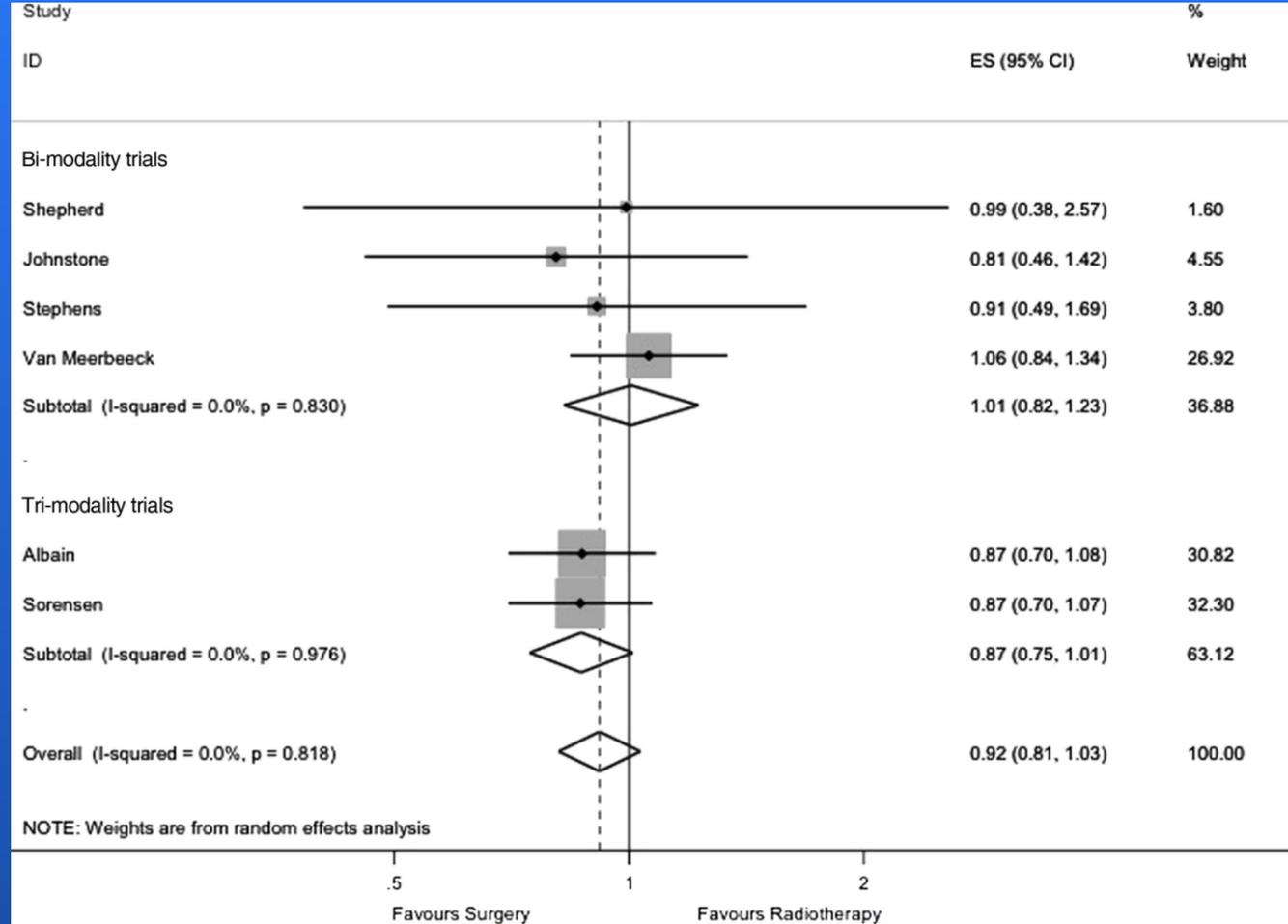
- ❖ 6 essais - 868 pts
chimiothérapie d'induction 4
chimioradiothérapie d'induction 2



Forest plot survie globale

McElroy PJ.

Thorax 2015; 70:764-768





Stratégie chirurgicale

- ❑ indications chirurgicales
- ❑ interventions chirurgicales
- ❑ résection sublobaire
- ❑ stade IIIA-N2
- ❑ T4
- ❑ stade IV - oligométastases
- ❑ conclusions



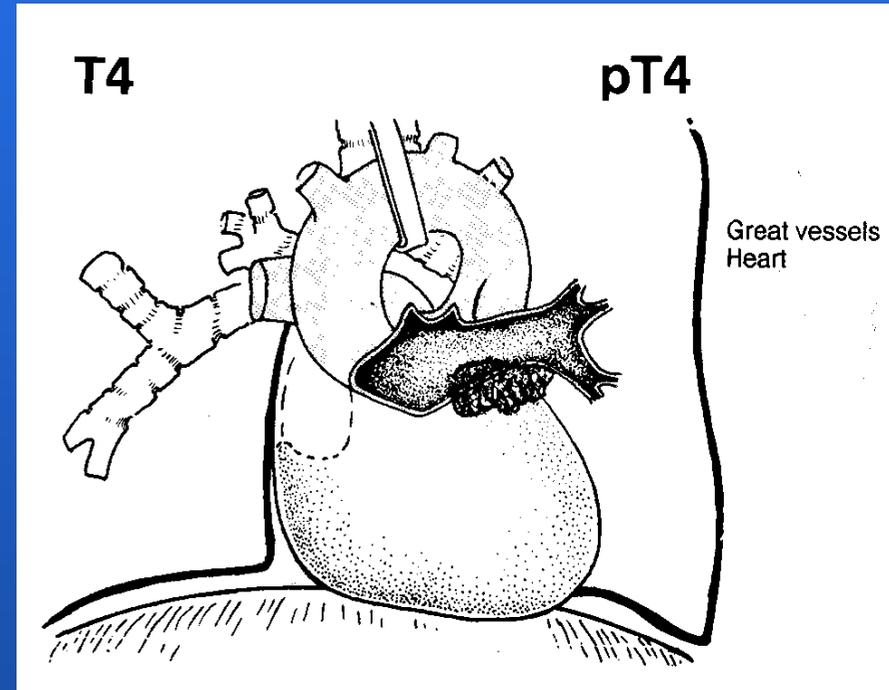
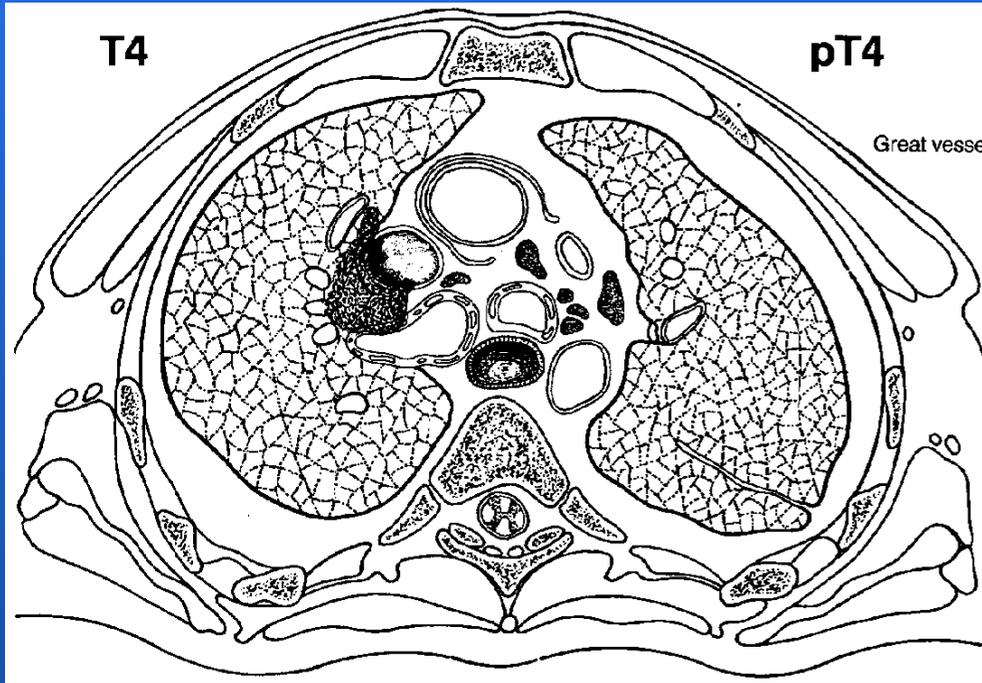
T4

- T4 rarement indication résection chirurgicale
- survie à long terme résection complète
excellente condition générale
ganglions N2 – N3 négatifs
- cT4N0 survie à 5 ans de 30%
cancers de la carène et la trachée distale
oreillette gauche
veine cave supérieure
corps vertébraux
- thérapie d'induction? Pancoast: chimioradiothérapie



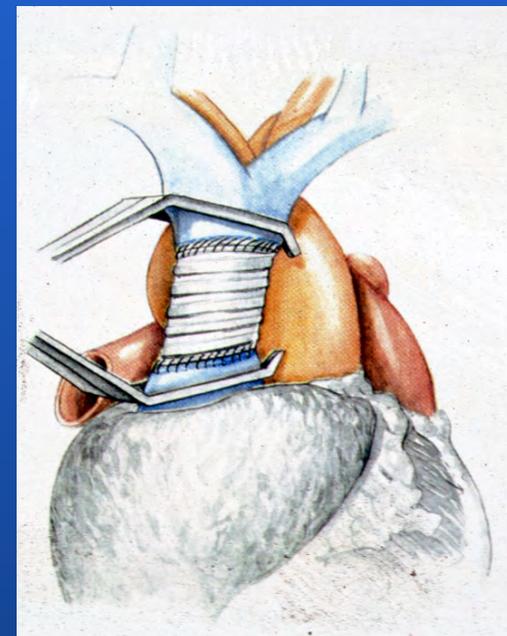
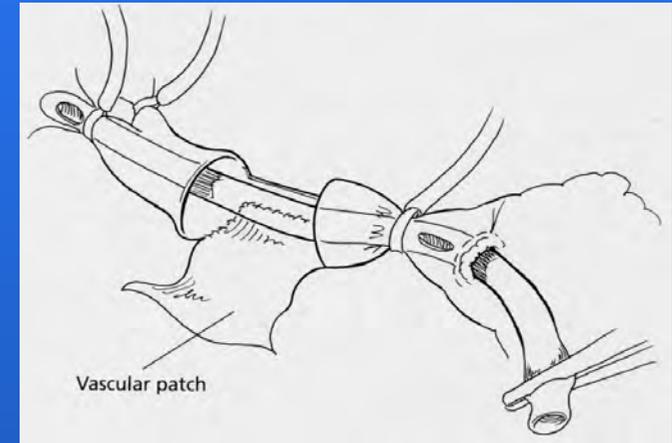
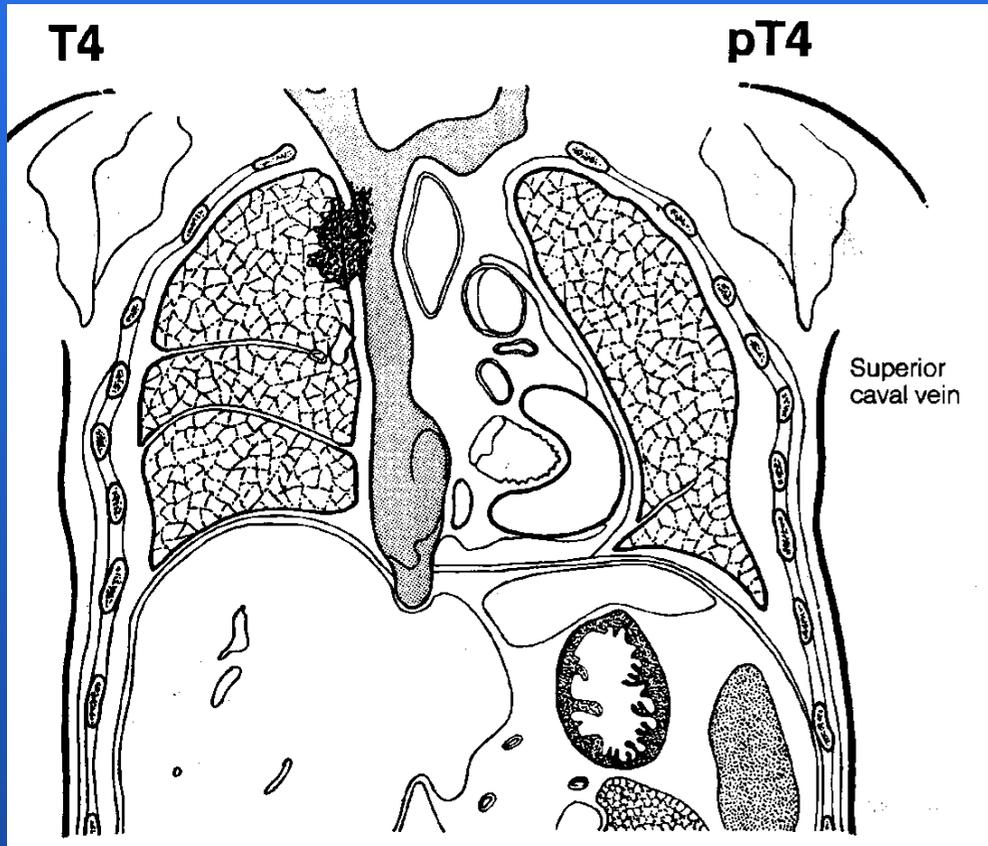


T4 – grands vaisseaux





T4 - veine cave supérieure

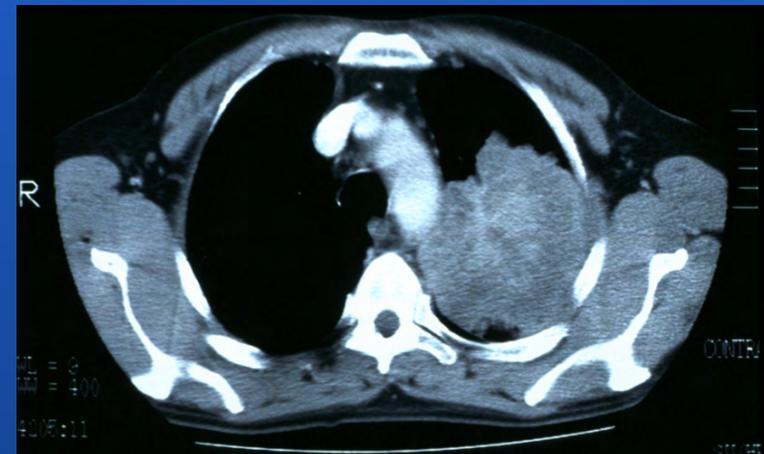




T4 – Pancoast

♂ 54 ans

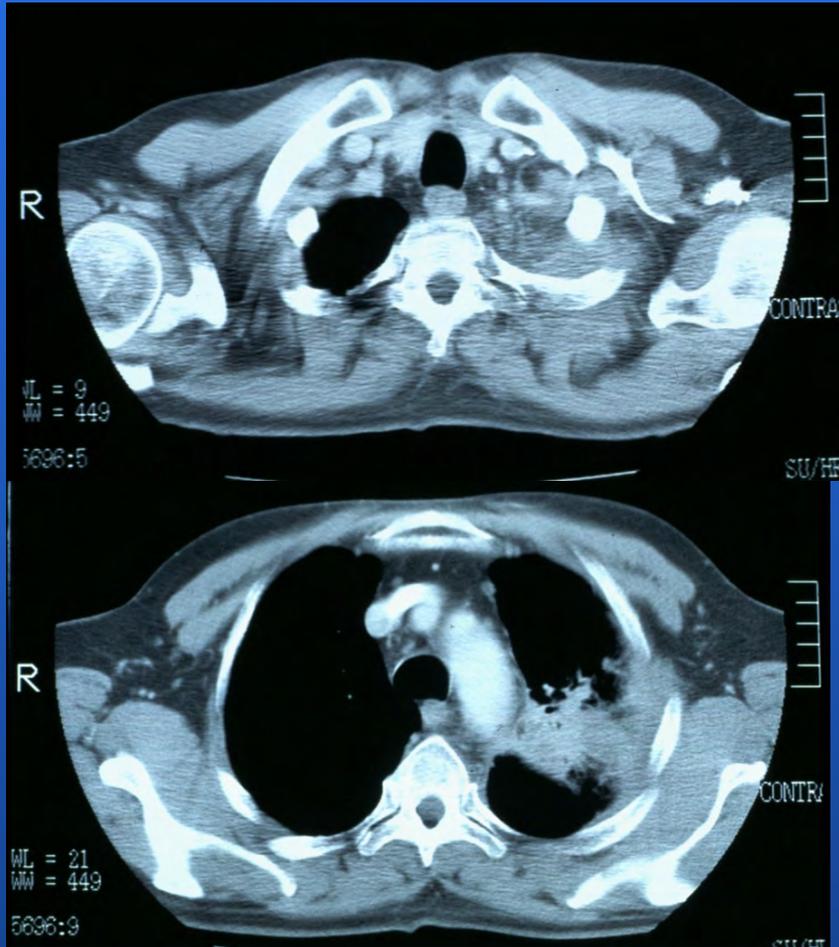
**douleur épaule et bras
gauche**



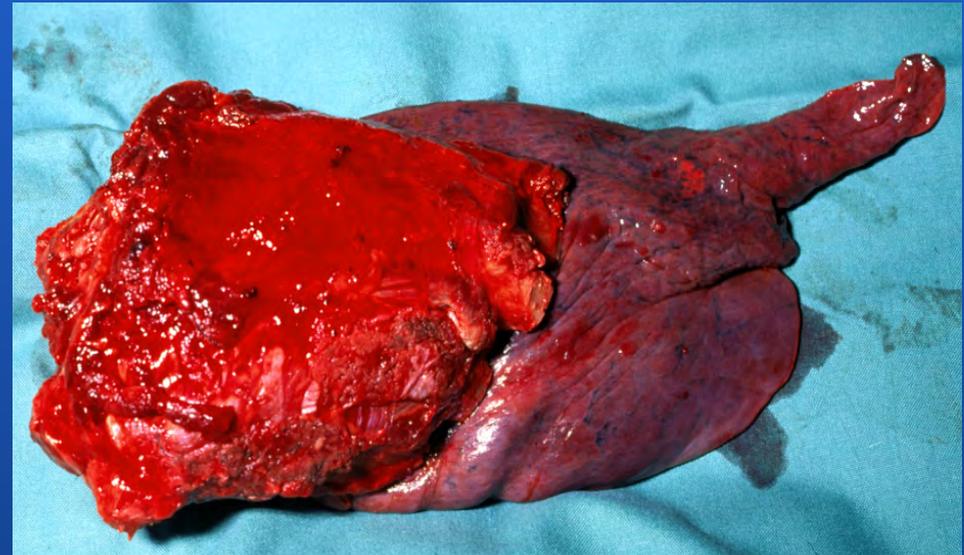
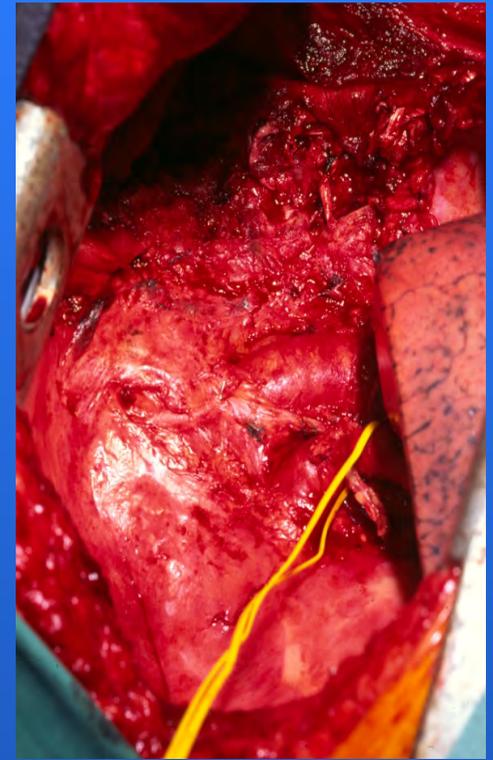


T4 – Pancoast

après CT-RT d'induction



ypT3N2





Stratégie chirurgicale

- indications chirurgicales
- interventions chirurgicales
- résection sublobaire
- stade IIIA-N2
- T4
- stade IV - oligométastases
- conclusions



Stade IV - oligométastases

- M1b métastase unique dans un seul organe
- M1b pronostic intermédiaire
- chirurgie rarement indiquée sauf certains sous-groupes
 - métastase surrénalienne* - traitée en premier lieu quand résection ou radiothérapie
 - métastase cérébrale* symptomatique par stéréotaxique
- pas d'études prospectives randomisées
- études rétrospectives: biais de sélection
- survie à long terme: résection **complète** tumeur primitive + foyer métastatique



Stade IV - oligométastases

NCCN recommandations version 4.2016

Patients avec des oligométastases limitées (par exemple métastase cérébrale ou surrénalienne unique) avec un cancer pulmonaire limité peuvent bénéficier d'une thérapie locale agressive de la tumeur primitive et du foyer métastatique. Cette thérapie locale agressive peut consister en chirurgie ou radiothérapie définitive y compris radiothérapie stéréotaxique et peut être combinée avec une chimiothérapie d'induction ou adjuvante.





Stratégie chirurgicale

- indications chirurgicales
- interventions chirurgicales
- résection sublobaire
- stade IIIA-N2
- T4
- stade IV - oligométastases
- **conclusions**



Stratégie chirurgicale

OBJECTIF FINAL = RESECTION COMPLETE

- résections standard, atypiques ou élargies
- staging peropératoire : facteur T N stade chirurgical
- résection sublobaire: stade IA, < 2cm, périphérique
- stade IIIA-N2: sous-groupes N2
rôle du chirurgien controversé
thérapie d'induction – clairance médiastinale
- T4 - oligométastases: indications de traitement
chirurgical peu
fréquentes

