

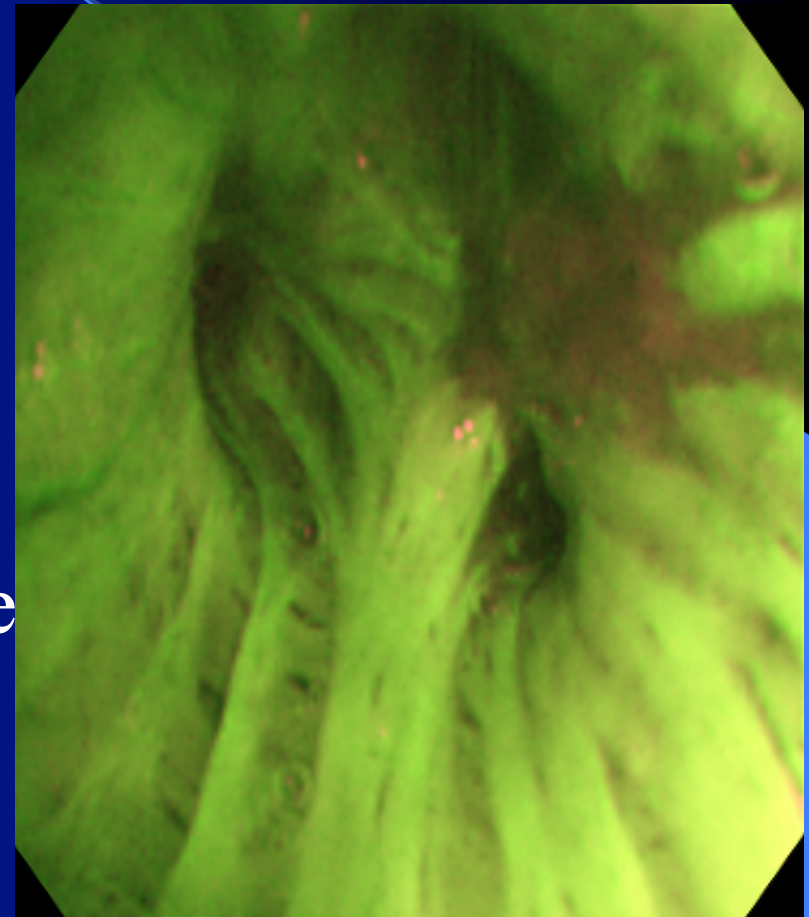
Les traitements palliatifs et curatifs en endoscopie bronchique

Vincent Ninane

Service de Pneumologie, Hôpital Saint-
Pierre, Bruxelles

Quel est votre traitement de choix ?

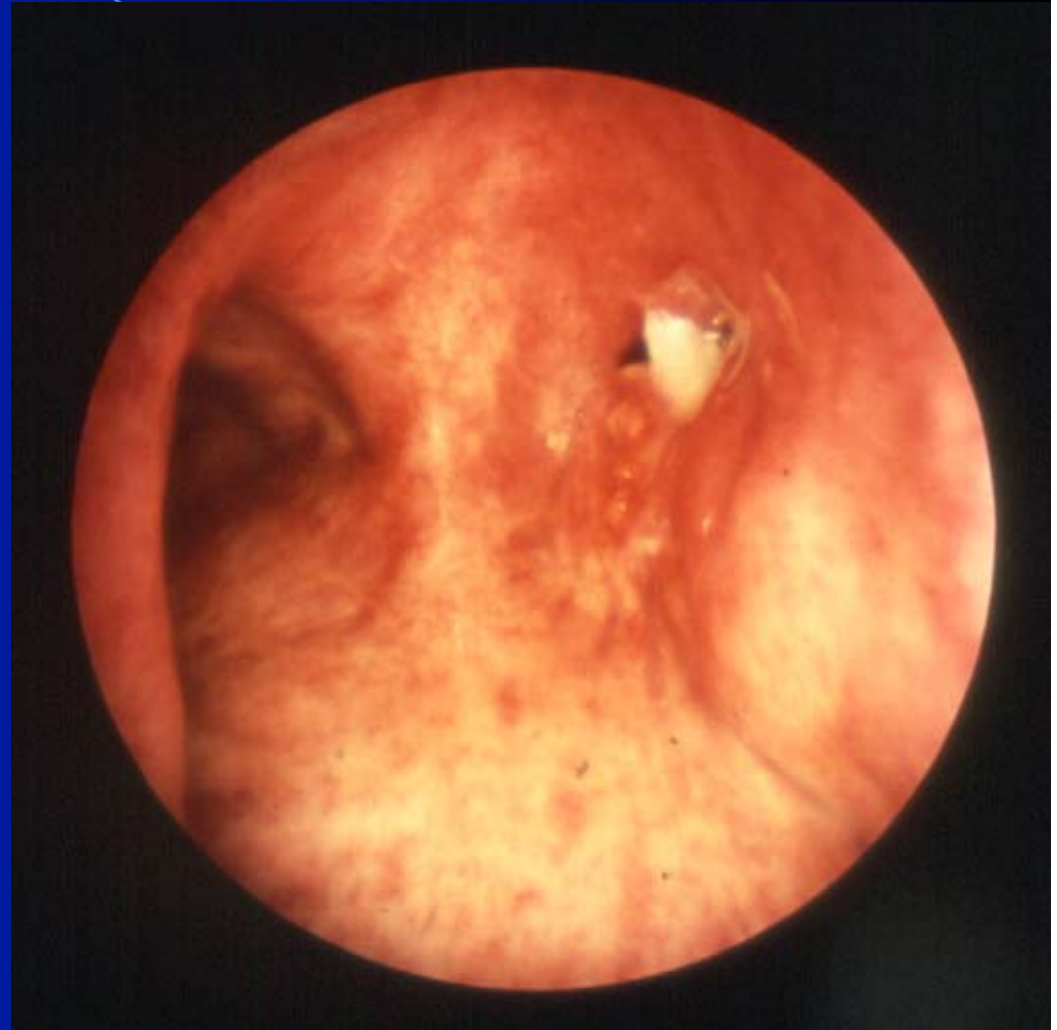
1. Yag laser
2. Prothèse
3. Lobectomie
4. Brachythérapie
5. Traitement photodynamique
6. Electrocoagulation



CIS au niveau du lobe supérieur droit

Quel est votre traitement de choix ?

1. Cryothérapie
2. Pneumectomie
3. Yag Laser
4. Prothèse
5. Electrocoagulation
6. Traitement photodynamique



Vue de la trachée distale. Homme de 69 ans, insuffisance respiratoire aiguë

Traitements endoscopiques

Palliatif : obstruction voies aériennes centrales

Curatif : cancer au «stade précoce»

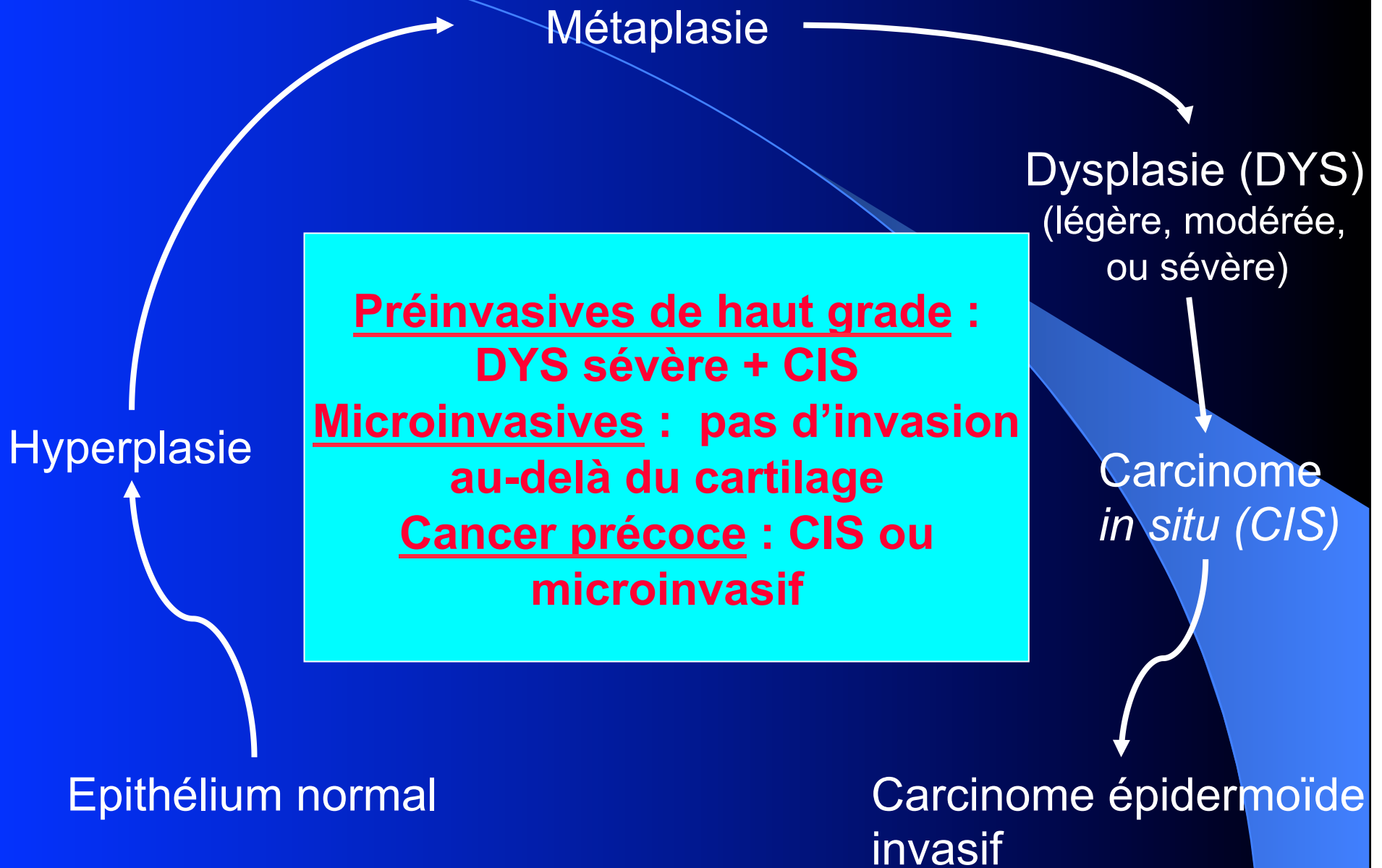
IS ou C épidermoïde microinvasif)

Techniques endoscopiques

- **Dilatation et débridement**
- **Laser** : énergie du laser (photocoagulation ou vaporisation)
- **Electrocoagulation** : courant électrique HF (coagulation ou vaporisation)
- **Plasma argon** : coagulation par l'énergie thermique liée à l'interaction entre le gaz argon et le courant électrique
- **Cryothérapie** : cryodestruction
- **Traitement photodynamique** : administration i.v. d'un agent photosensibilisant, concentration dans la tumeur et activation par une lumière laser appropriée (nécrose "sélective")
- **Curiethérapie endobronchique** : apoptose par irradiation locale de la tumeur
- **Prothèse** : support mécanique

Traitement Endoscopique Curatif

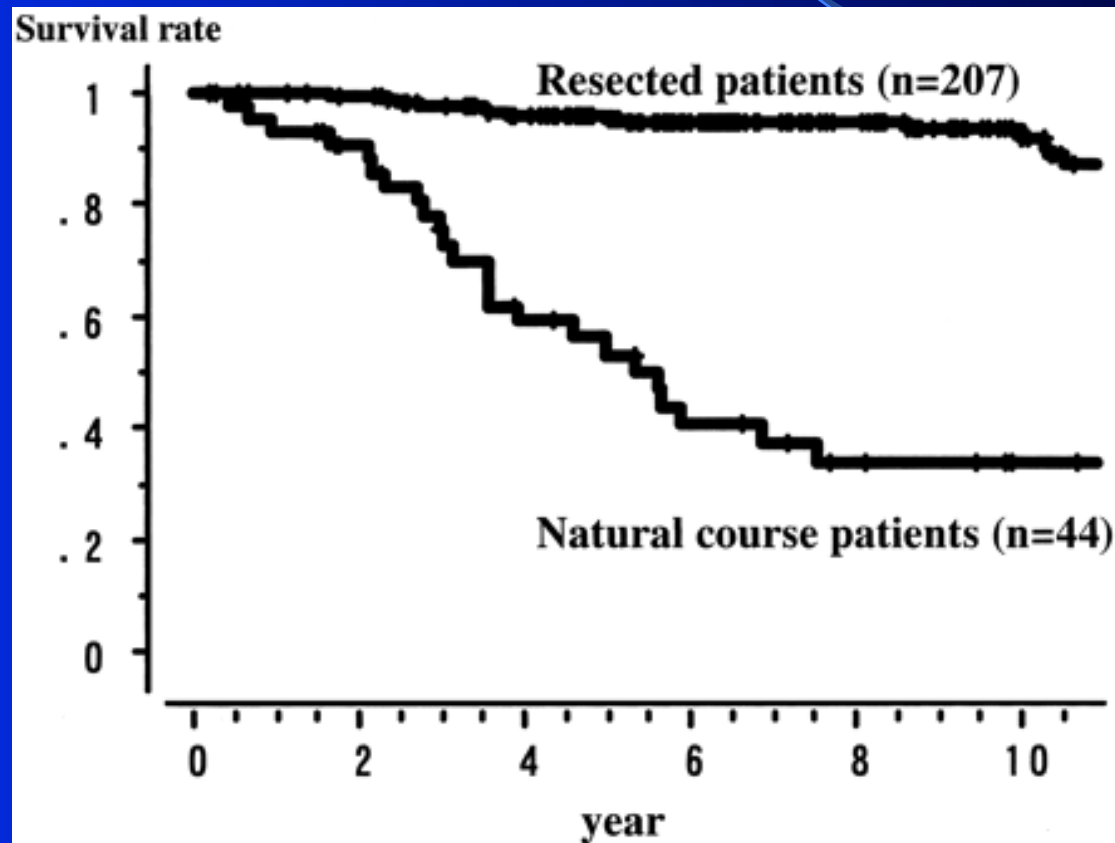
- CIS ou C épidermoïde microinvasif



Cancer au stade précoce: to treat or not to treat ?

- **Cancer micro-invasif occulte** est au moins un T1 et doit être traité comme tel
- **CIS**
 - **Etudes cytologiques** : progressions fréquentes avec décès liés au cancer chez 11/34 mineurs d'uranium
Sacomanno et al. Cancer 1974 ; 33 : 256
 - **Etudes histologiques avec la BAF (bronchoscopie en autofluorescence)**:
 - 5 parmi 9 CIS progressent vers des carcinomes invasifs
Venmans et al. Chest 2000 ; 117 : 1572
 - 36 lésions de haut-grade:
 - 6 progressions (intervalles de 4 à 17 mois)
 - 7 régressions
 - 23 lésions persistent de 6–50 mois même si arrêt de follow-up pour 18 lésions
George et al. Thorax 2007 ; 62:43

Histoire naturelle du ROLC



Sato et al. Chest 2004 ; 126 :108-113

ROLC : roentgenographically occult lung carcinoma

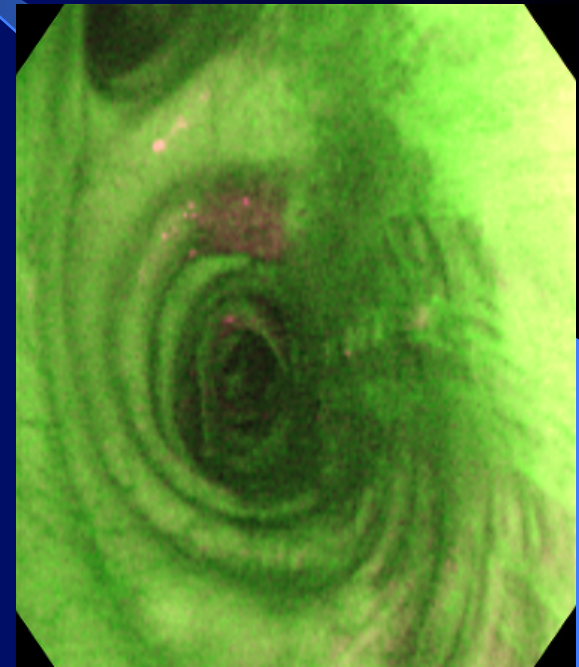
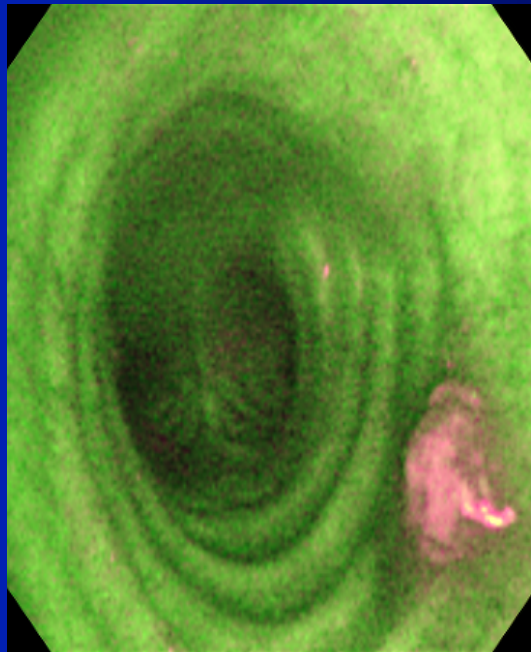
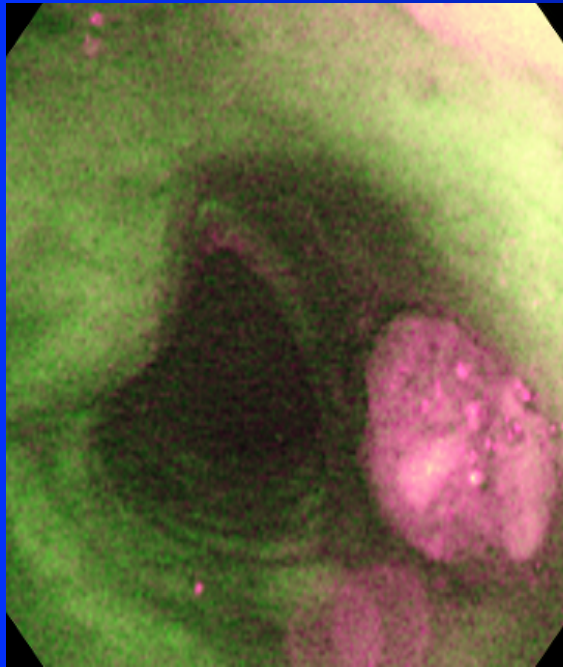
Chirurgie de résection du ROLC (Roentgenographically occult lung carcinoma)

	<i>Nbre de patients</i>	<i>Nbre de TIS ou T1N0</i>	<i>Nbre de pneum. ou bilobectomies</i>	<i>Mortalité opératoire %</i>	<i>Survie à 5 ans %</i>	<i>Métachronocité</i>
Cortese 1983	54	44 (81%)	16 (30%)	5.6	90	12 (22%)
Saito 1992	94	88 (94%)	24 (26%)	2.1	93	7 (7%)

Radio-occult lung carcinoma

	Nbre de patients	Synchro- nicité (%)	Metachro- nicité (%/yr)
Martini 1980	47	14.9	
Cortese 1983	54	7	
Woolner 1984	54	7	5
Saito 1992	94	7	5
Usuda 1993	98	7	

Synchronicité: Roentgenographically occult lung carcinoma



C. épidermoïdes synchrones au niveau de la trachée haute et moyenne et du tronc intermédiaire

Synchronicité: ROLC supplémentaires chez les patients avec ROLC connus

- Bronchoscopie en autofluorescence (BAF) chez 26 patients référés pour ROLC découverts dans un autre centre par bronchoscopie en lumière blanche (BLB)
- 6 lésions additionnelles chez 6 patients
 - **2 DYS S, 3 CIS, 1 CIV**
- 2 patients / 26 ont 3 lésions significatives synchrones (dont 2 découvertes lors de la BLB préalable)
- **prévalence des lésions synchrones**
 - Initialement (BLB) : 7 % (2/26)
 - **Après BAF: 23 % (6/26)**

Pierard et al. Lung Cancer 2004;46:341-7

Segmentectomie

- Vs lobectomie pour ROLC (données rétrospectives)

	Segmentectomies (n=58)	Lobectomies (n=98)
Survie à 5 ans		
- toutes causes	82.6 %	80.4%
- Décès liés au cancer	96.8 %	93.5%
Mortalité opératoire	1.7%	1.0%
Complications postopératoires	19%	14%

Traitement du cancer au stade précoce

- **Préservation de la fonction pulmonaire**
 - Oui : traitements endoscopiques (thérapie photodynamique, brachythérapie, électrocoagulation, cryothérapie)
segmentectomie ou résection limitée
 - Non : Chirurgie de résection standard
Radiothérapie externe
- **Nécessité d'identifier et de traiter les lésions synchrones et métachrones (bronchoscopie en autofluorescence)**

Aspect en lumière blanche et corrélation avec l'examen histologique des ROLC réséqués

- ROLC

- **Limites distales visibles**

- **Aspect superficiel**

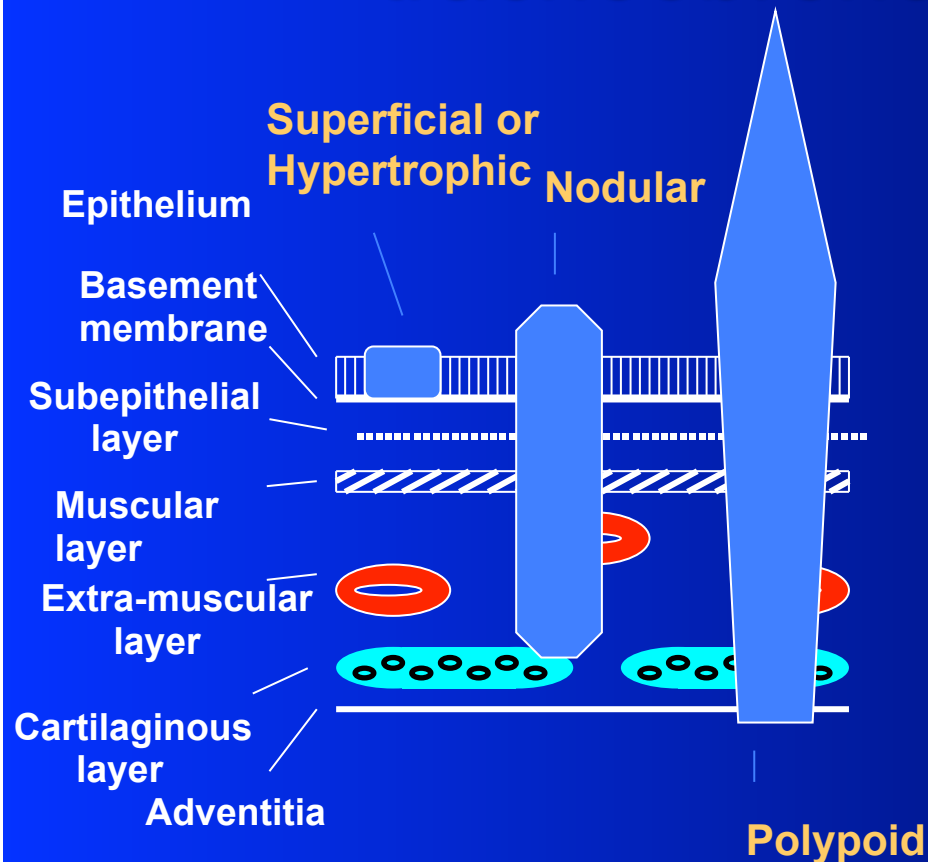
- **Moins de 10 mm de longueur**

 **Le plus souvent stade précoce et N0**

- Candidats potentiels pour un traitement curatif endoscopique

Usuda et al. J Thorac Cardiovasc Surg 1993; Nagamoto et al. Am J Surg Pathol 1989; Nagamoto et al. Am J Surg Pathol 1993; Konaka et al. Brit J Cancer 1999; Akagi et al. Cancer 1994; Nakamura et al. Cancer 2001

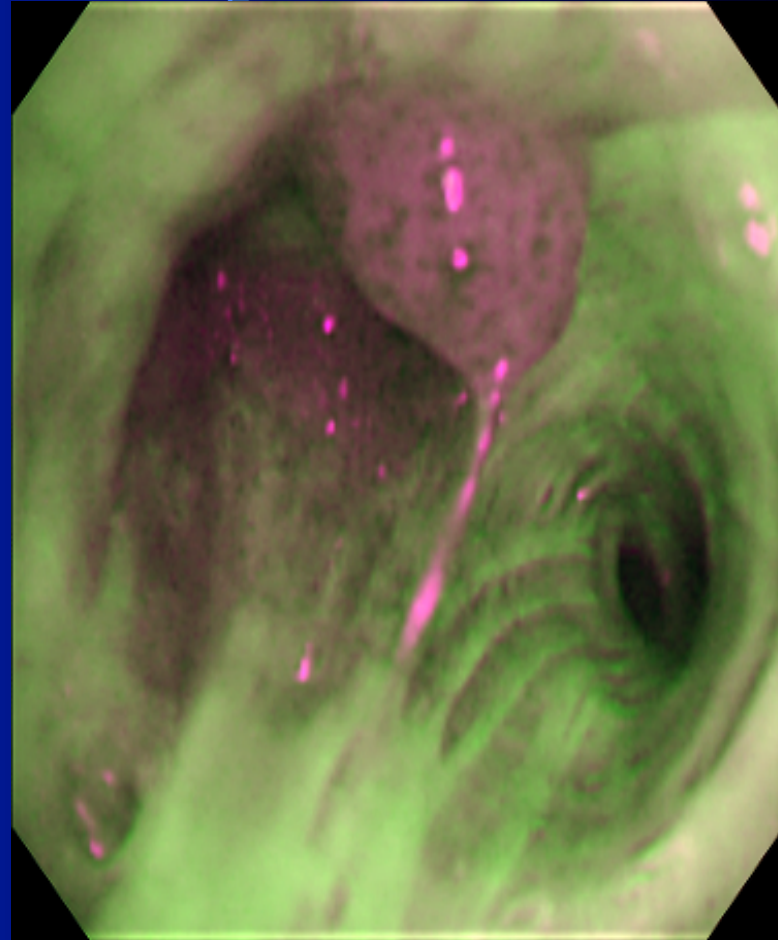
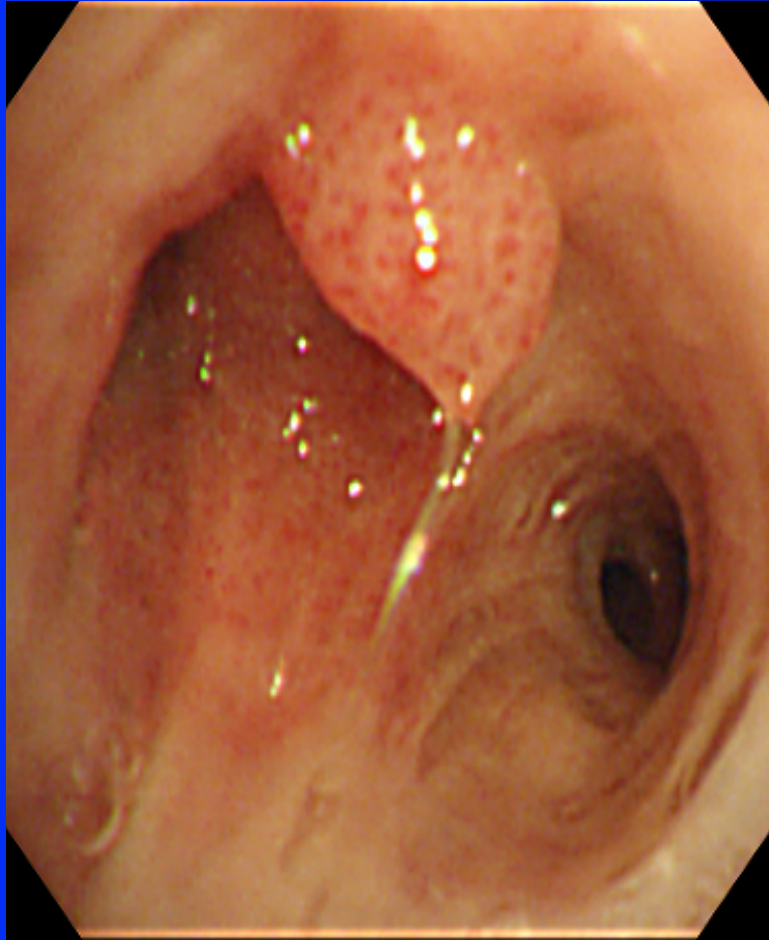
Lésions “pré”néoplasiques ou malignes “précoces” dans l’arbre trachéobronchique principal



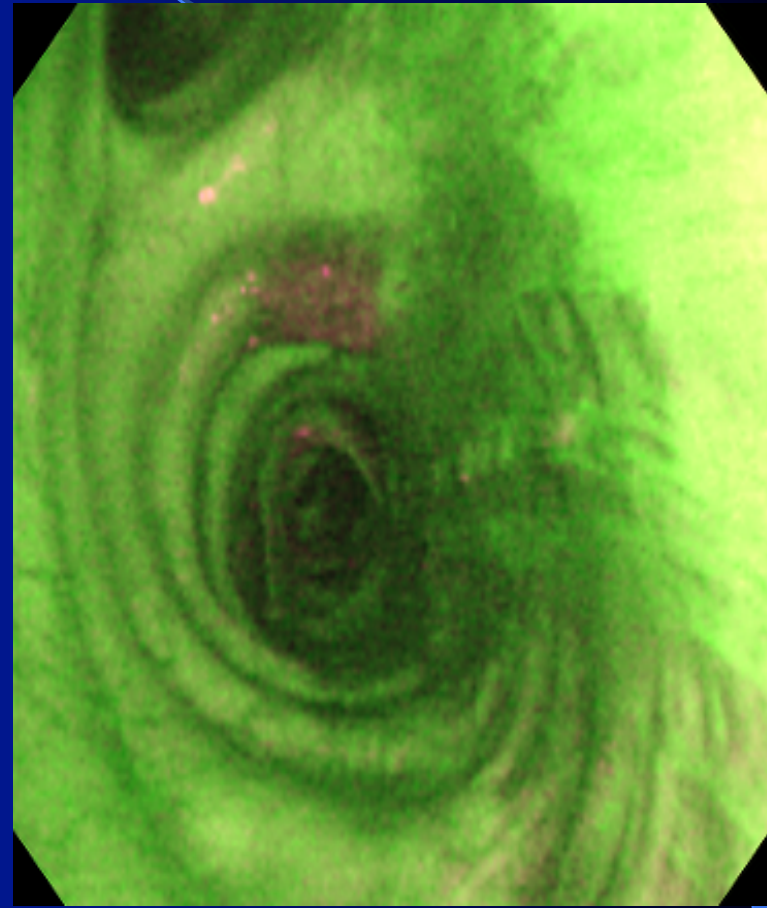
Bronchoscopie en lumière blanche:

- « **Lésions superficielles ou hypertrophiques** » souvent non détectées
 - Irrégularité de la muqueuse bronchique
 - Epaissement d’un éperon
 - Et aussi: érythème, engorgement vasculaire, perte des plis, pâleur, petites lésions nécrotiques...
- **Lésions nodulaires ou polypoïdes** plus facilement détectées

Lésion polypoïde ; C. épidermoïde invasif

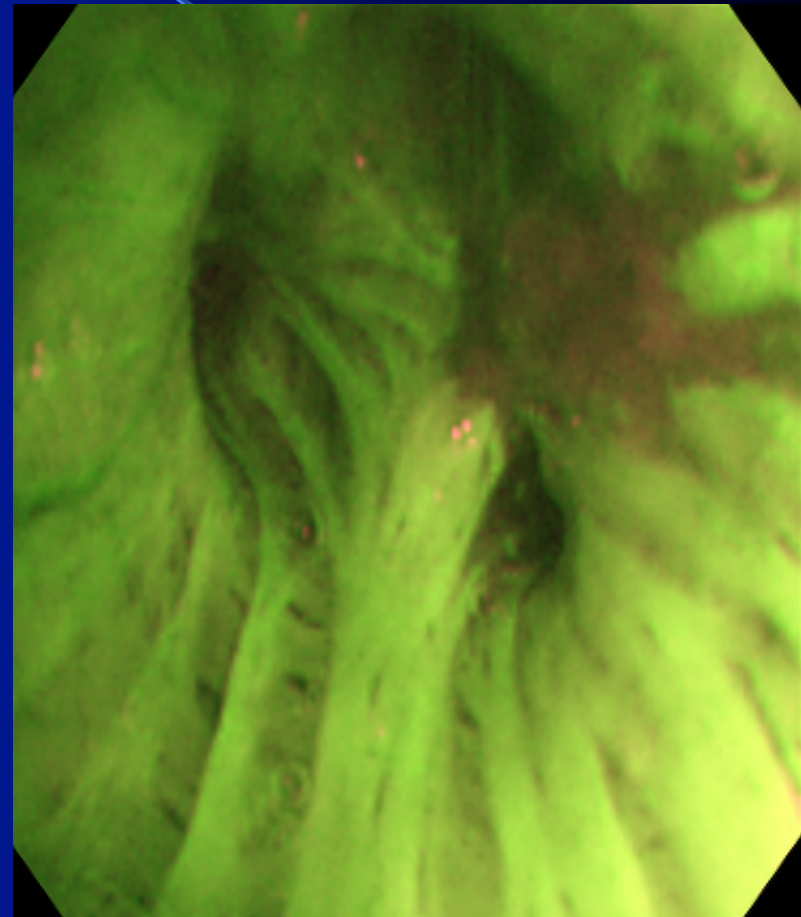


Lésion nodulaire cancéreuse précoce



C. épidermoïde invasif au niveau de la bronche intermédiaire

Lésion superficielle maligne précoce



CIS au niveau du LSD

Prérequis au traitement endoscopique

- Contre-indication chirurgicale
- Détection des lésions synchrones
 - Bronchoscopie en autofluorescence
- Staging adéquat
 - Surface d'extension : bronchoscopie en autofluorescence
 - Profondeur d'invasion (CIS ou « microinvasif »)
 - Aspect lors de la bronchoscopie en lumière blanche
 - Mini-sondes endobronchiques (radiaires)

ROLC: staging avec la bronchoscopie en autofluorescence

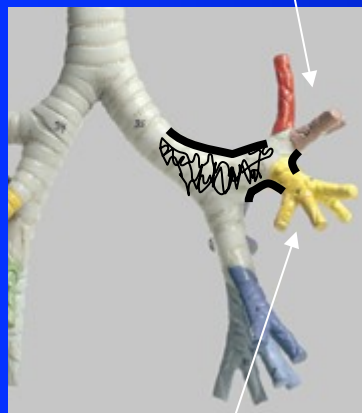
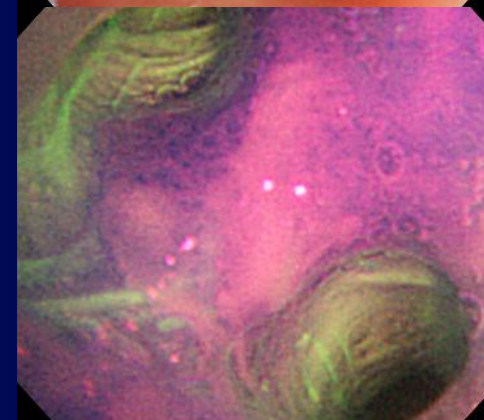
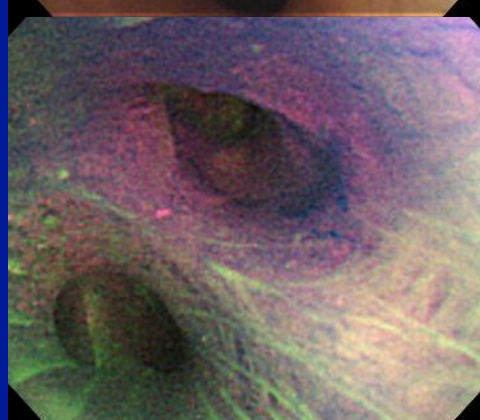
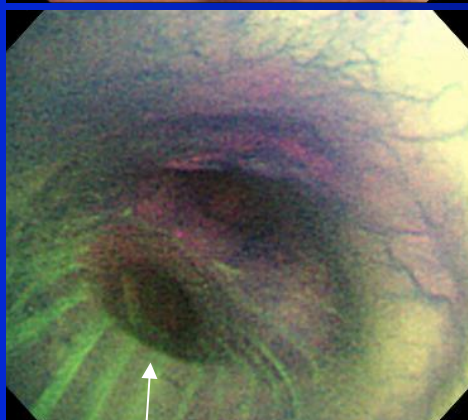
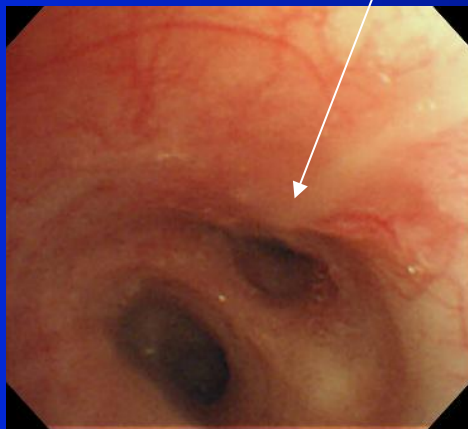
- Meilleure évaluation de la **dimension de la tumeur** avec un impact sur la stratégie thérapeutique

Sutedja et al. Chest 2001;120:1327

Left upper B

LB3

LB3

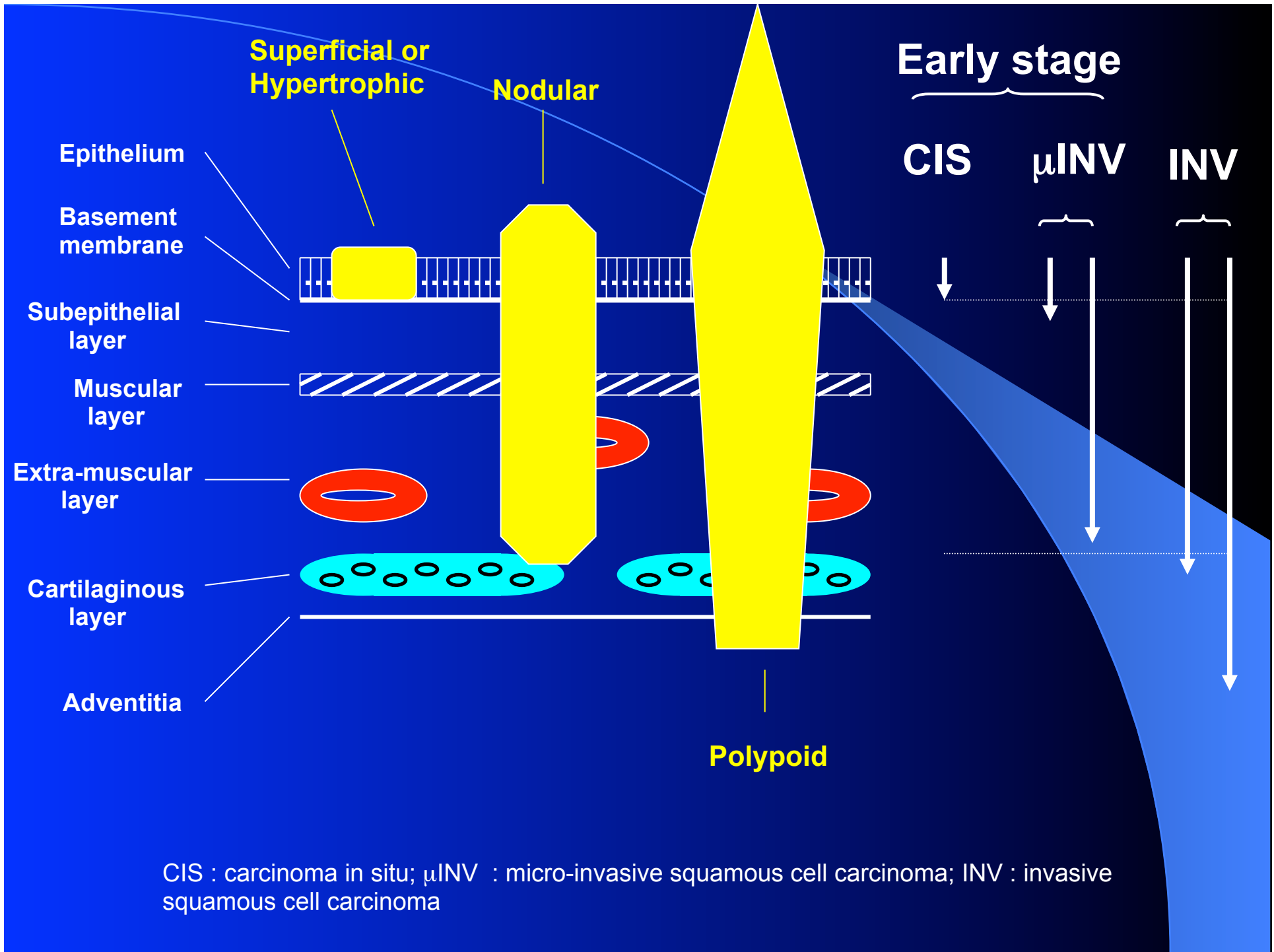


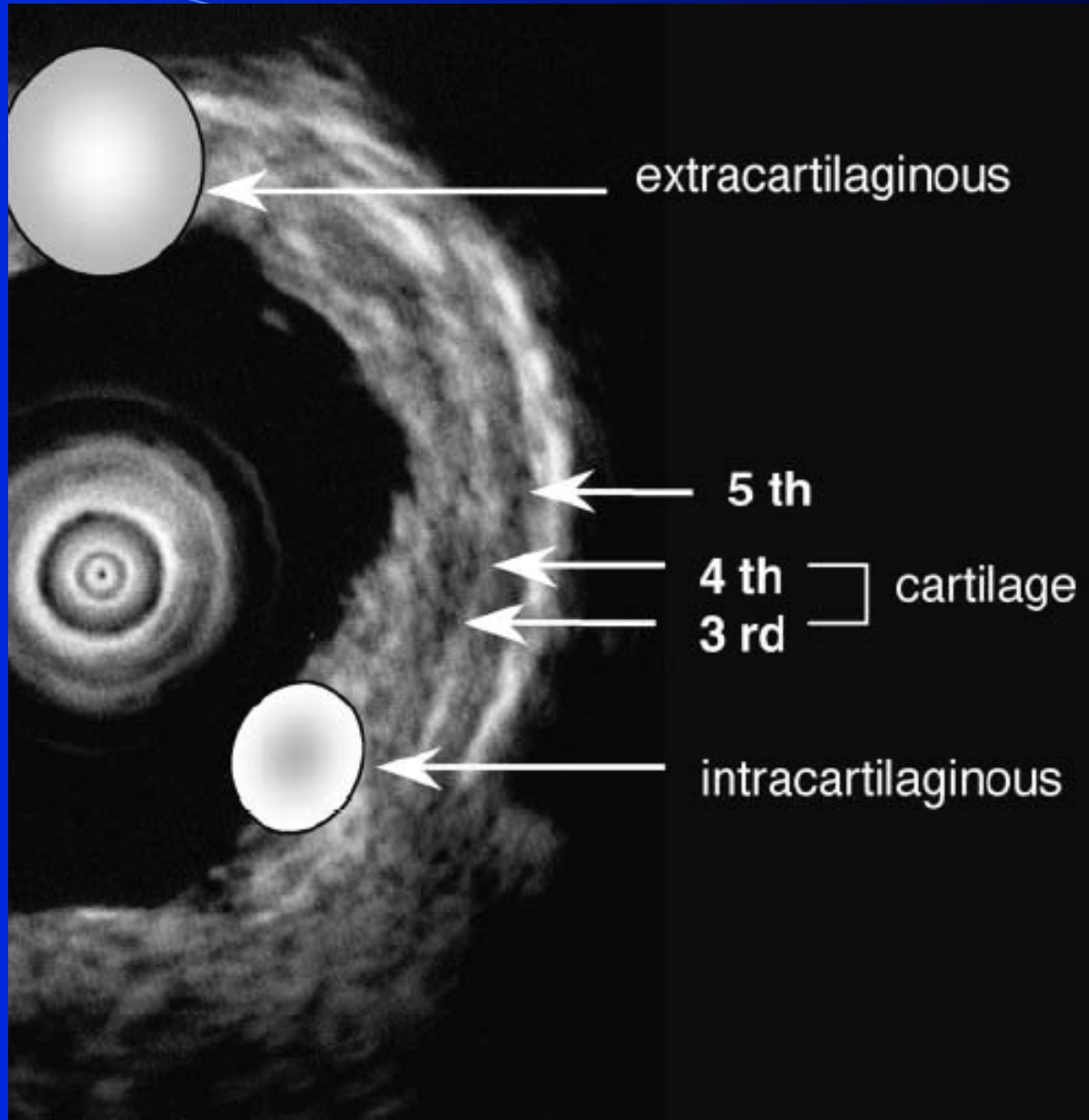
LB45

Left lower B

LB45

Olympus AFI





Miyasu et al . Am J Respir Crit Care Med 2002;165:832

Modalités du traitement endoscopique du cancer au stade précoce

- **Traitement photodynamique** : administration i.v. d'un photosensibilisant, concentration dans la tumeur, et activation par une lumière laser appropriée (nécrose "sélective")
- **Electro-coagulation** : courant électrique haute fréquence
- **Cryothérapie** : cryodestruction
- **Brachythérapie** : irradiation tumorale localisée

Photothérapie et ROLC

Author	Nb of cancers/ patients	Stage	CR %	Survival	Mean follow-up (months)
Edell 87	40/38	29 superficial and <3 cm ²	35	NR	NR
Ono 1992	39/36	ROLC	31	5 yr : 43%	65 for 16 survivors
Edell 92	14/13	14 T1	93	NR	27
Furuse 93	59/49	17 CIS, 44 T1	85	3 yr : 50%	Median : 20
Imamura 94	39/29	21 CIS, 17 T1	64	5 yr : 56%	Median : 47
Cortese 97	23/21	23 T1	70	5 yr : 72%	68
Kawahara 97	52/46	ROLC	77	5 yr : 57%	Median : 78
Kato 98	116/95	Early stage	81	5 yr : 68%	NR
Lam 98	--/102	Early stage	79	Disease spec. median : 3.5 yrs	NR
Patelli 99	26/23	Early stage, CT -	62	NR	Range : 3-120
Kato 2003	39/35	Early stage < 2 cm, CT -	85	NR	Range : 1-3

Curiethérapie à haut débit de dose

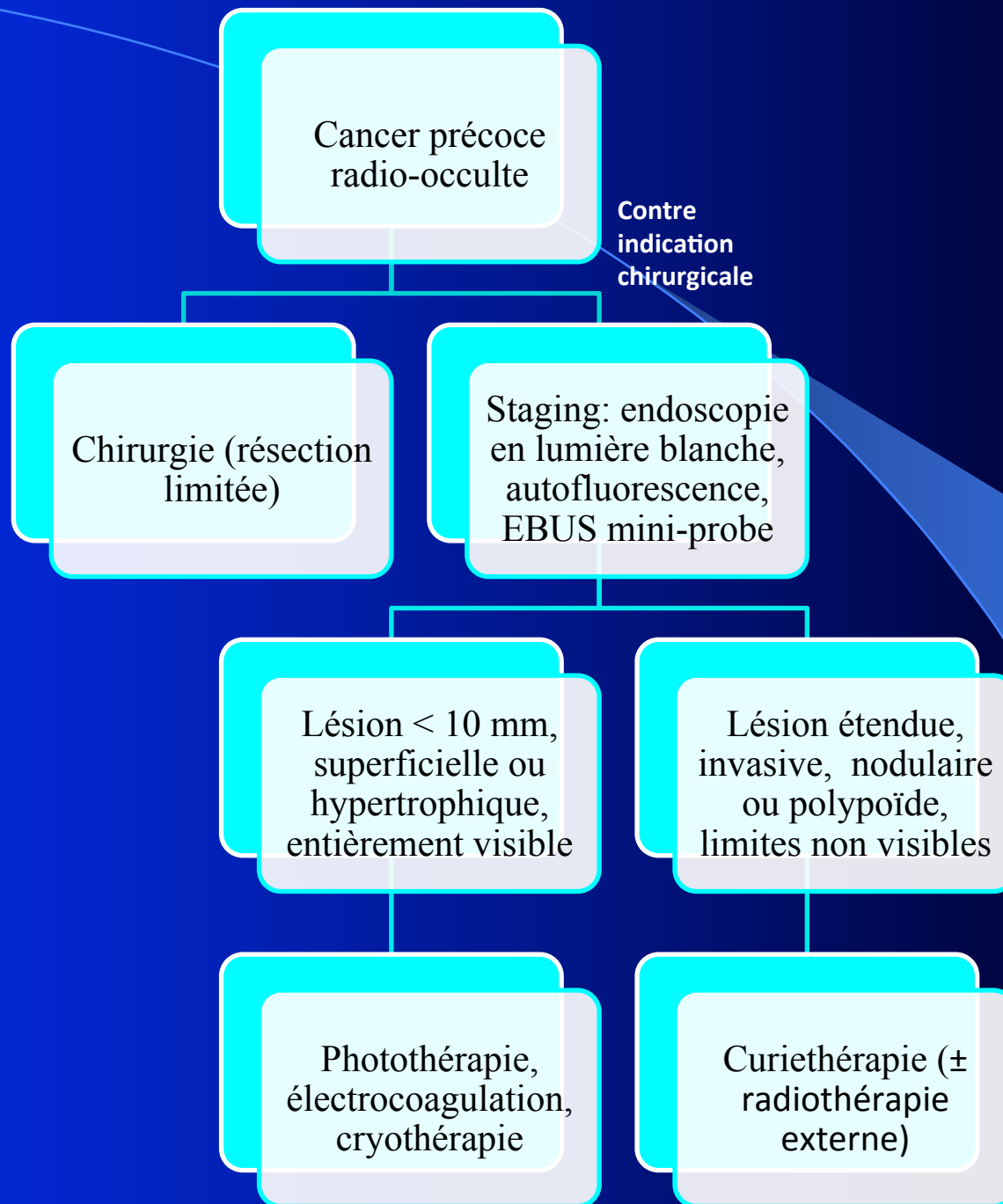
Author	Nb of patients	Stage	CR %	Survival %	Mean Follow-up (months)
Tredaniel 94	29	NR	72	2 yr : 55%	NR
Perol 97	19	4 CIS, 12 T1	83	2 yr : 58%	28
Taulelle 98	22	NR	71	2 yr : 46%	Median : 32 (larger group)
Marsiglia 00	34	23 T1 ; 11 > T1	94	2 yr : 78%	Median : 29
Lorchel 03	33 (35 tumors)	9 CIS ; 23 T1 ; 3 unknown	94	2 yr : 59%	21
Hennequin 07	106	36 early LC 70 relapse after S/Rx	59	3 yr : 47% 5 yr : 24%	
Aumont-le Guilcher 11	226	60 CIS 153 T1 T2/TX 13	94	2 yr : 57% 5 yr : 29%	30

Autres modalités thérapeutiques

Author	technique	Nb of Cancers (patients)	stage	CR %	LTR %	follow-up (mo)
Van Boxem 98	Electro-cautery	15 (13)	2 CIS, 13 T1	80	80	21 median
Cavaliere 96	YAG laser	23 (17)	23 CIS	100	100	NR
Deygas 2001	Cryo-therapy	41(35)	27 CIS 8 micro invasive	91	63	From >13 to 89 months

Complications des traitements endoscopiques

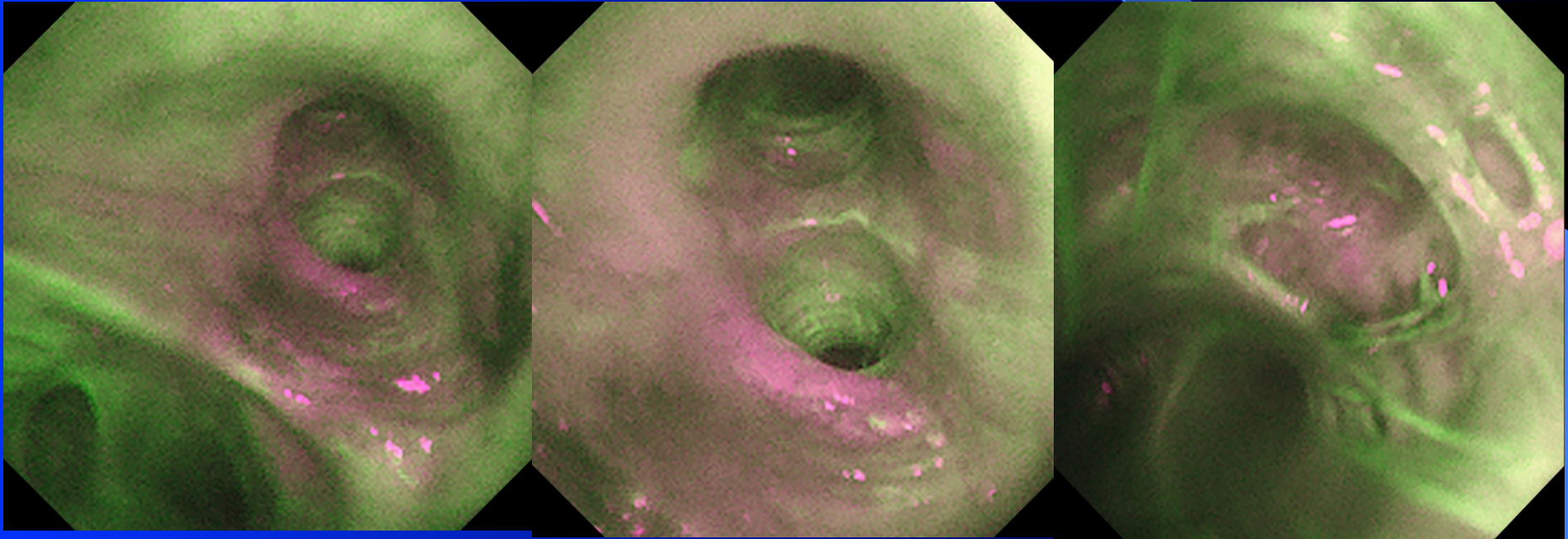
	<i>Laser</i>	<i>Electro-cautery</i>	<i>Cryo-therapy</i>	<i>Photo-dynamic Therapy</i>	<i>Brachy-therapy</i>
<i>Bleeding</i>	+	+	+		+
<i>Perforation</i>	+++	+			
<i>Skin photo-sensitivity</i>				+	
<i>Radiation bronchitis</i>					+
<i>Stenosis</i>		+		+	+



Follow-up

- Etroit comprenant bronchoscopie en **lumière blanche et en autofluorescence** tous les 3 à 6 mois

Un an après électrocoagulation éperon interlobaire gauche



Traitement endoscopique palliatif

- **Obstruction et dyspnée**
 - CBNPC : 75 à 80% des cas
 - Pneumonie initiale ou atélectasie : 25 à 30% des cas
 - Symptômes d'obstruction des voies aériennes pendant le cours de la maladie : 50%
- Hémoptysie, toux ou infection rétro-obstructive

Evaluation de l'obstruction avant traitement endoscopique

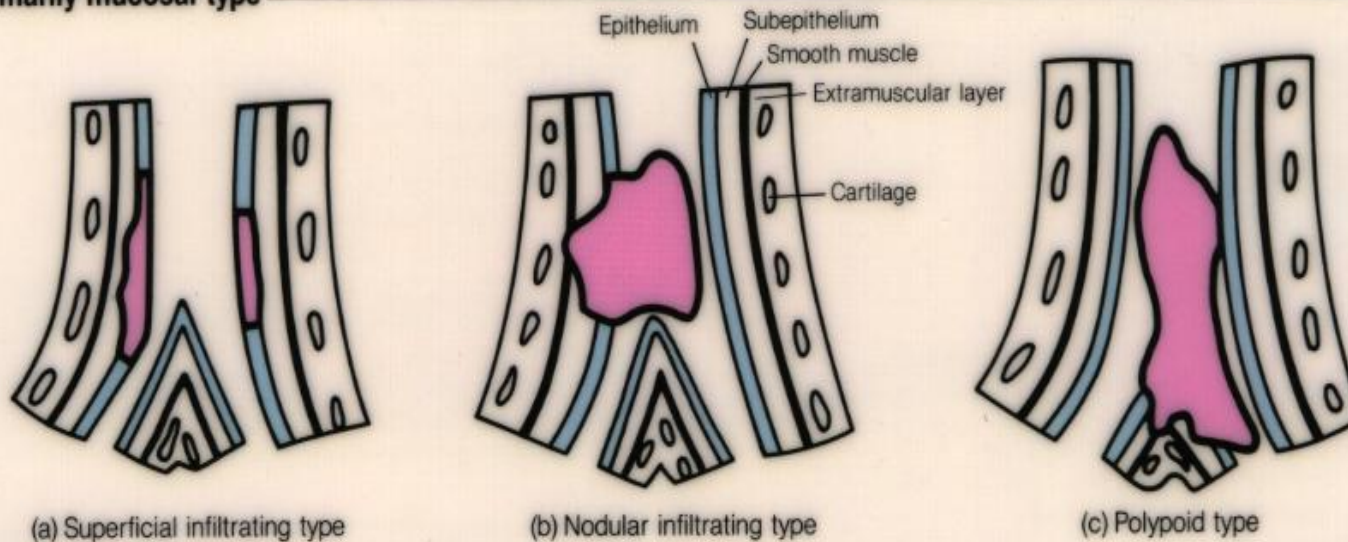
- Traitement préalable et état fonctionnel
- Contre-indication à la chirurgie
- Histologie de la tumeur (maligne, bénigne ou de pronostic incertain)

Diagnostic de l'obstruction bronchique

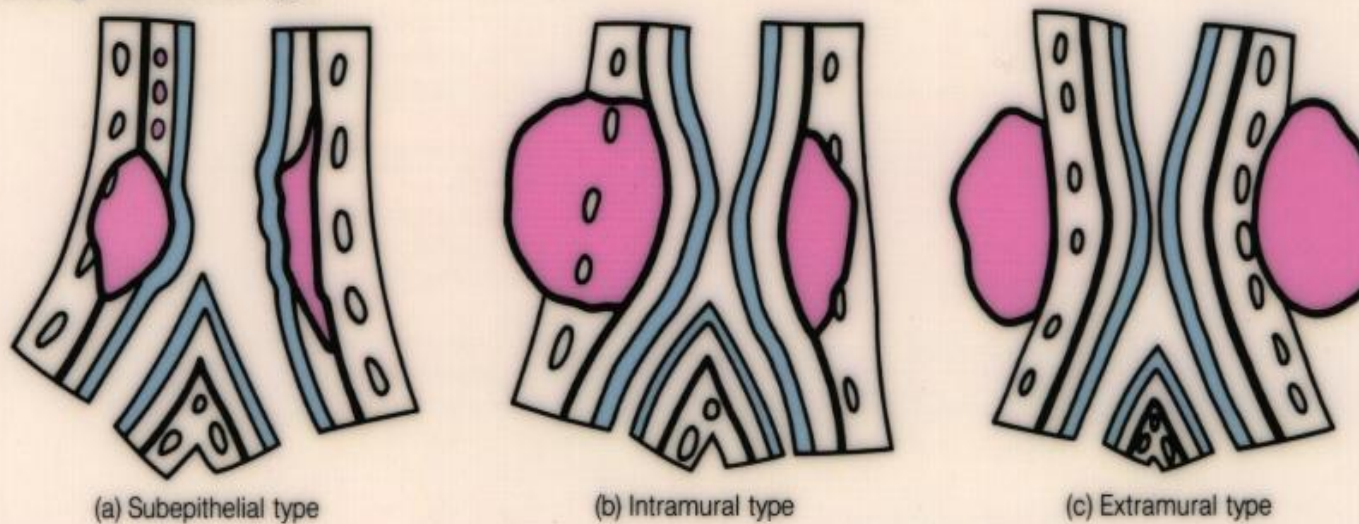
- **Evaluation clinique**
- **Evaluation fonctionnelle** (boucles débit-volume)
- Imagerie (**CT scan**)
- **Evaluation bronchoscopique**
 - Obstruction significative des voies aériennes
 - Voies principales (trachée, souches, tronc intermédiaire)
 - obstruction > 50%
 - Type et longueur de l'obstruction

La tumeur centrale: type d'obstruction

1) Primarily mucosal type



2) Primarily submucosal type





Bronchoscope souple ou rigide?

- **Bronchoscope souple** (anesthésie locale)
 - Pro : manoeuvrabilité
 - Contra : tolérance (durée, fumée) et le contrôle des complications (hémorragie)
- **Bronchoscope rigide** (anesthésie générale moderne)
 - Pro : sécurité (canal opératoire large) et confort, avec un traitement plus sûr et efficace et une mortalité réduite (Dumon et al. Chest 1986; Personne et al. J Thorac Cardiovasc Surg 1986; Cavaliere et al. Chest 1994)
- **Modalités combinées** (Bronchoscope souple pour diriger la lumière laser dans le bronchoscope rigide) avec des avantages combinés (*Hetzel et al. Thorax 1985*)

Modalités thérapeutiques endoscopiques et type d'obstruction

<i>Type de lésion</i>	<i>Laser</i>	<i>Electro-chirurgie</i>	<i>Cryo-thérapie</i>	<i>Photo-dynamie</i>	<i>Stents</i>	<i>Brachy-thérapie</i>
<i>Endo-bronchique</i>	++ (vaporisation et hémostase excellentes)	+ (hémostase à carbonisation)	+	+ (hémostase) + intramural	-	+ + intramural
<i>Extrinsèque</i>	-	-	-	-	+	-
<i>Mixte</i>	+	+	+	+	+	+

Modalités thérapeutiques endoscopiques et obstruction maligne

	<i>Laser</i>	<i>Electro- chirurgie</i>	<i>Cryo- Thérapie</i>	<i>Photo- Dynamie</i>	<i>Stents</i>	<i>Brachy- thérapie</i>
<i>Anesthésie</i>	G	G	G (plusieurs sessions)	L	G/L	L (HDR : plusieurs sessions)
<i>Effets immédiats</i>	+	+	-	-	+	-
<i>Coûts</i>	élevé			élevé		élevé

Modalités thérapeutiques endoscopiques et complications

	<i>Laser</i>	<i>Electro- chirurgie</i>	<i>Cryo- Thérapie</i>	<i>Photo- Dynamie</i>	<i>Stents</i>	<i>Brachy- thérapie</i>
<i>Saignement</i>	+	+	+		+	+
<i>Perforation</i>	+	+			+	Fistule
<i>Sténose</i>		+		+		+

Modalités thérapeutiques endoscopiques et complications

	<i>Laser</i>	<i>Electro- Chirurgie</i>	<i>Cryo- Thérapie</i>	<i>Photo- Dynamie</i>	<i>Stents</i>	<i>Brachy- thérapie</i>
<i>Augmentation transitoire obstruction</i>			+			
<i>Bronchite radiques</i>						+
<i>Migration, granulomes</i>					+	
<i>Photo- sensibilité cutanée</i>				+		
<i>Complications feu et électricité</i>	+	++				

Traitement endoscopique palliatif : les preuves?

- **Faibles**

- **Pas d'études contrôlées** comparant les différentes modalités
- Essentiellement, études rétrospectives
- **Pratique** basée sur les influences locales, les ressources disponibles (personnel et équipement) et les habitudes endoscopiques locales
- **Amélioration symptomatique** et fonctionnelle associée avec les traitements ablatifs ou les prothèses
- **Traitement ablatif** : succès comparable de l'argon plasma, électrocoagulation, cryothérapie, Yag-laser, traitement photodynamique et curiethérapie
- Effet sur la survie?

Obstruction maligne des
voies aériennes principales

Evaluation fonctionnelle,
radiologique et
endoscopique

Lésion proximale surtout
endoluminale

Lésion proximale intra
murale ou extra murale

Détresse respiratoire aiguë

Indication non urgente

Prothèse

Désobstruction mécanique,
laser, plasma argon,
électrothérapie

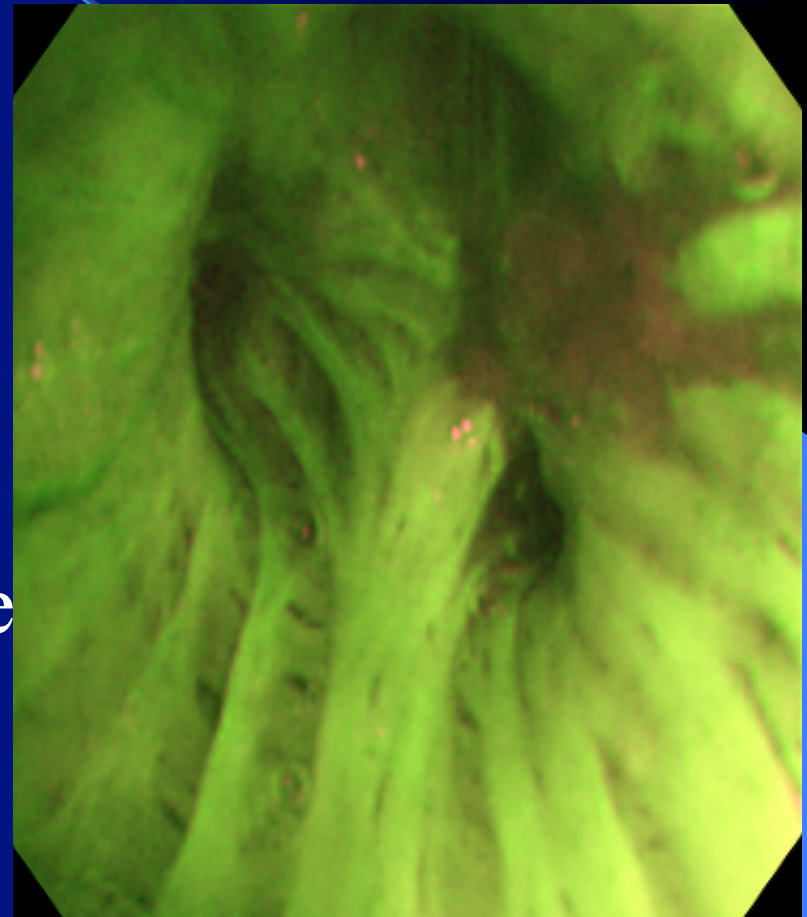
Désobstruction mécanique,
laser, plasma argon,
électrothérapie,
cryothérapie,
photothérapie, curithérapie

Conclusions : traitements endoscopiques

- **Traitement endoscopique au stade précoce**
 - **Chirurgie reste le standard;** traitement local pour des cas sélectionnés
- **Traitement palliatif de l'obstruction**
large choix de techniques

Quel est votre traitement de choix ?

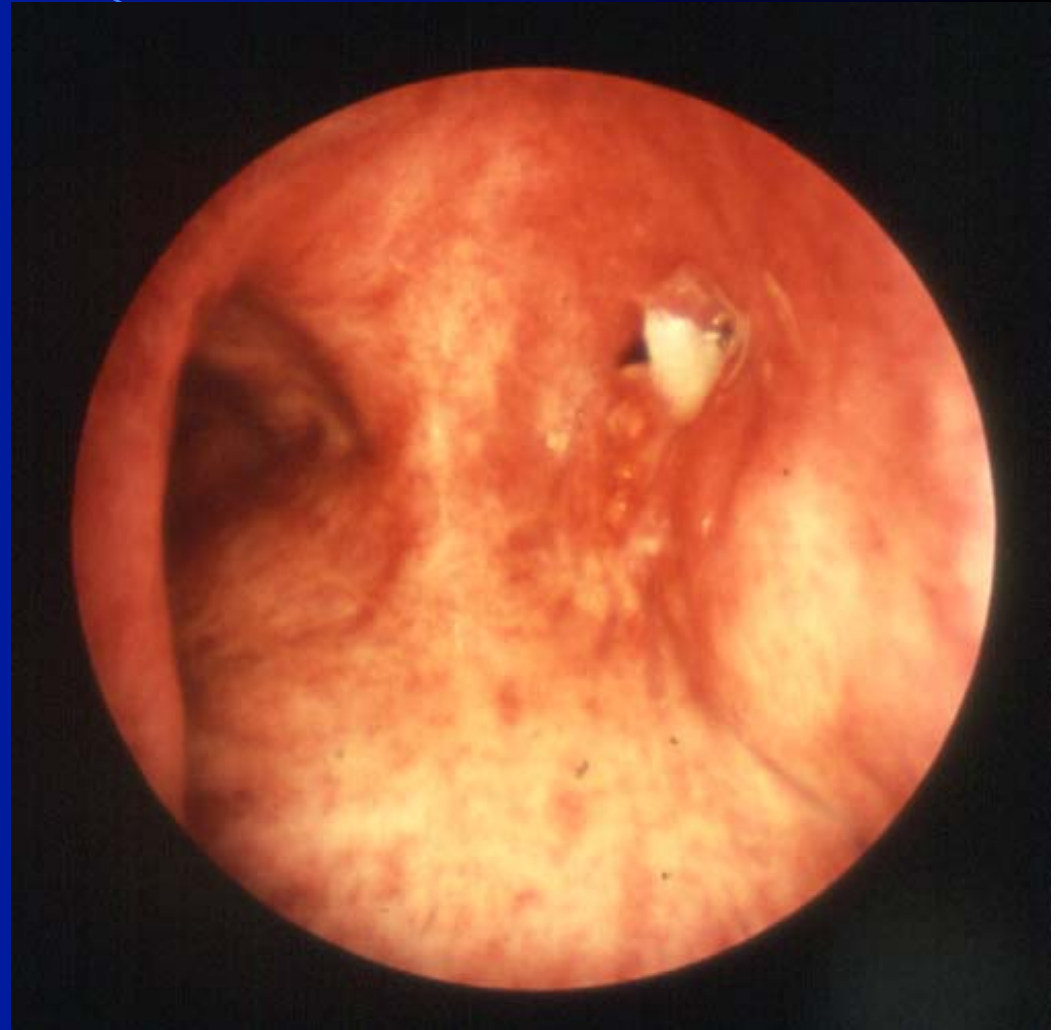
1. Yag laser
2. Prothèse
3. Lobectomie
4. Brachythérapie
5. Traitement photodynamique
6. Electrocoagulation



CIS au niveau du lobe supérieur droit

Quel est votre traitement de choix ?

1. Cryothérapie
2. Pneumectomie
3. Yag Laser
4. Prothèse
5. Electrocoagulation
6. Traitement photodynamique



Vue de la trachée distale. Homme de 69 ans, insuffisance respiratoire aiguë

Aspect en lumière blanche et corrélation avec l'examen histologique des ROLC réséqués

- ROLC

- **Limites distales visibles**

- **Aspect superficiel**

- **Moins de 10 mm de longueur**

 **Le plus souvent stade précoce et N0**

- Candidats potentiels pour un traitement curatif endoscopique

Usuda et al. J Thorac Cardiovasc Surg 1993; Nagamoto et al. Am J Surg Pathol 1989; Nagamoto et al. Am J Surg Pathol 1993; Konaka et al. Brit J Cancer 1999; Akagi et al. Cancer 1994; Nakamura et al. Cancer 2001