



Prise en charge des stades III *vu par le chirurgien*

Paul E. Van Schil, MD, PhD

Département de Chirurgie Thoracique et Vasculaire

Hôpital Universitaire d' Anvers

Belgique

Pas de conflits d'intérêts

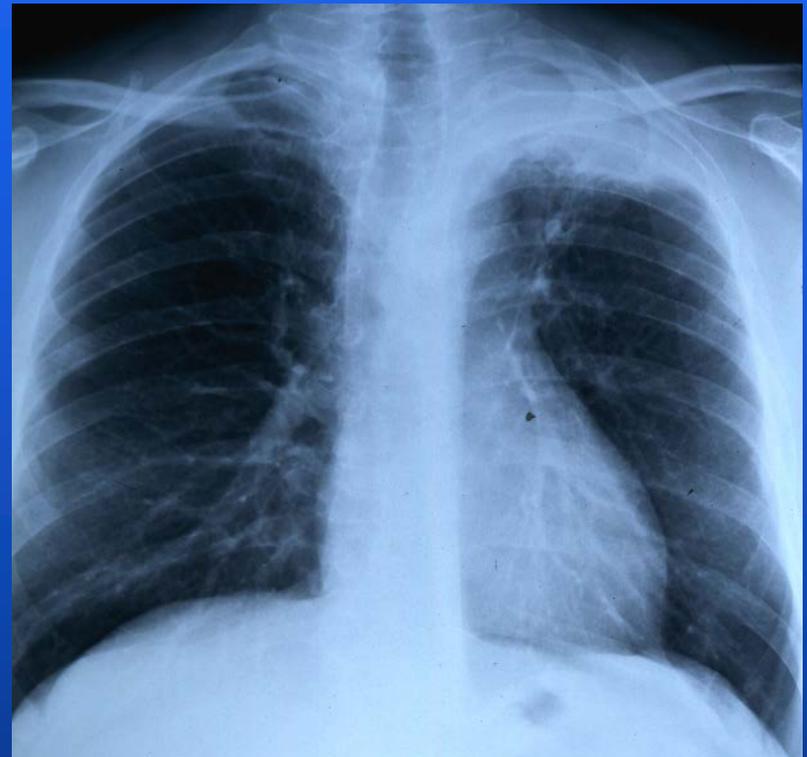
Cours GOLF 2019, Toulouse, 08/10/19

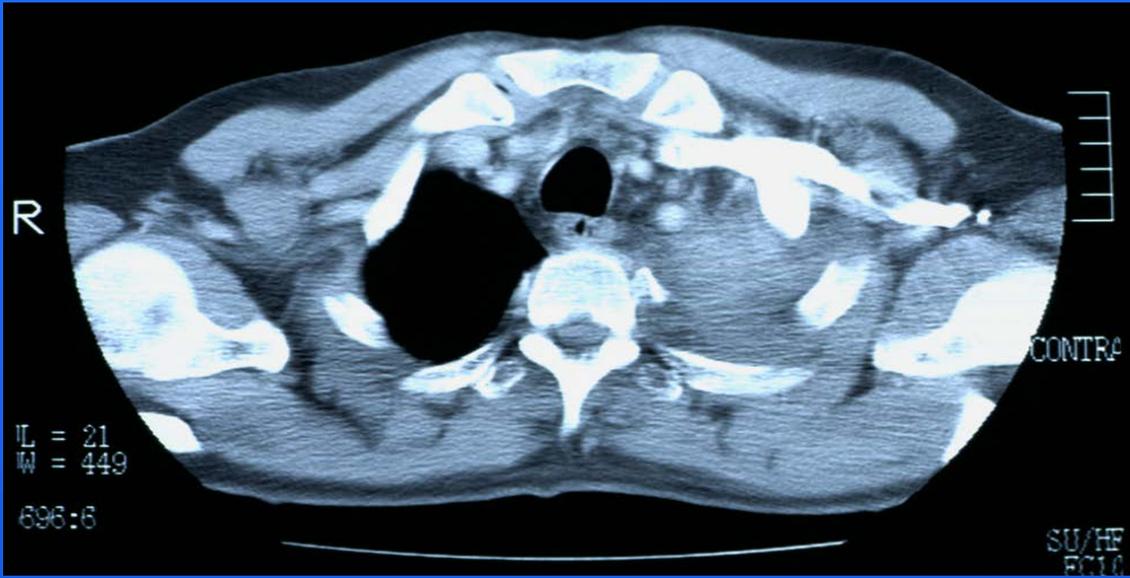




cT4 - Pancoast

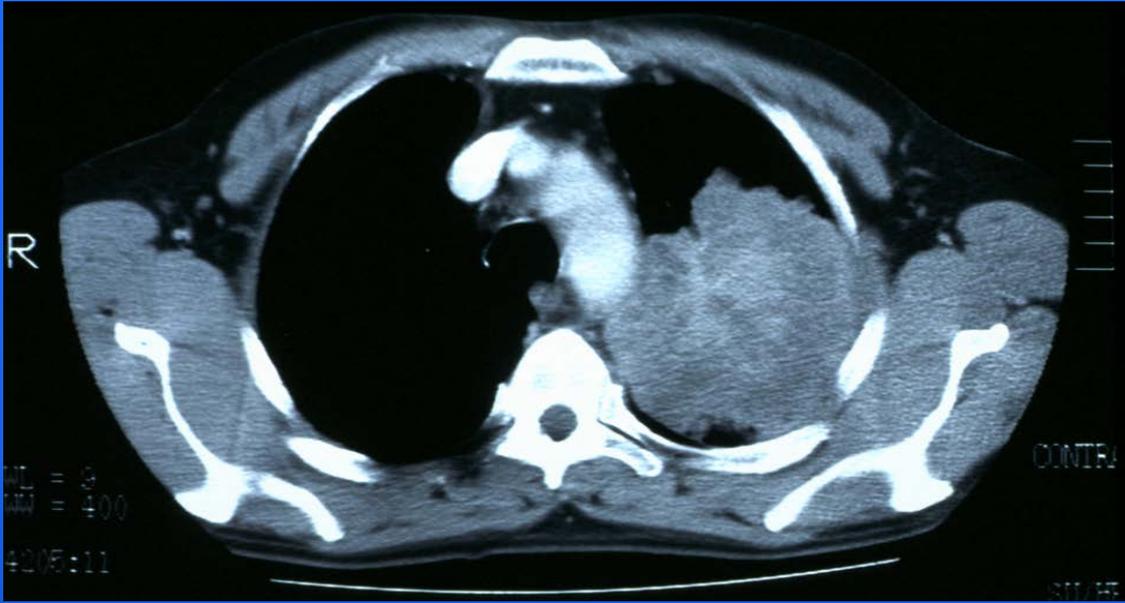
- ♂ 54 ans
- douleur épaule et bras du côté gauche
- ingénieur, fumeur 40 ans
- en contact avec l'amiante
- sédimentation 47 mm
ACE: 169.6 ng/ml



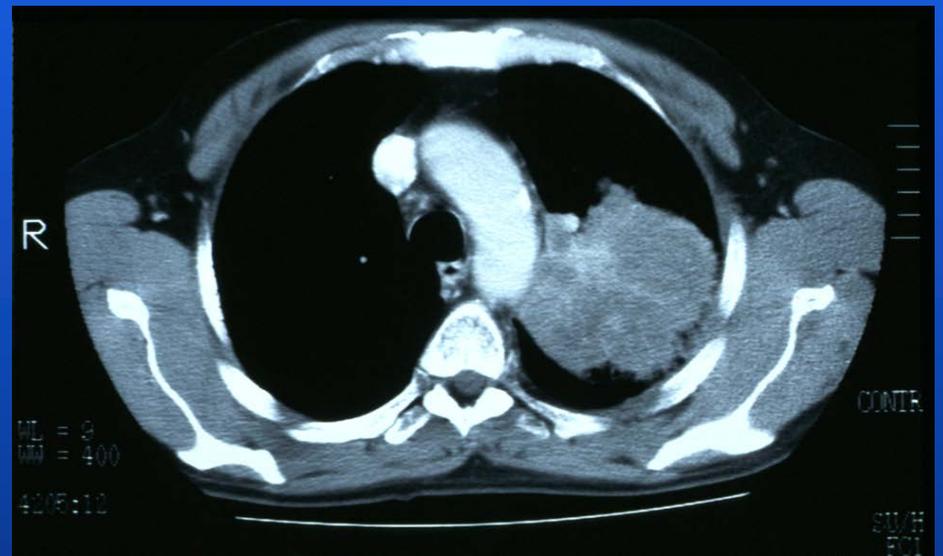


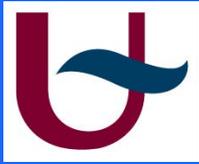
**TDM
thorax**





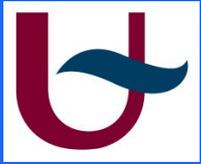
**TDM
thorax**





cT4 Pancoast

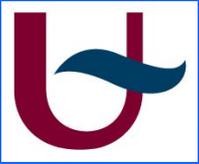
- Rx thorax: opacité lobe supérieur gauche
- TDM thorax + IRM: tumeur \emptyset 10 cm en contact avec la région hilare, l'aorte, la paroi (le plexus brachial) et \uparrow ganglions médiastinaux
- TDM cerveau: pas de métastases
- scan osseux: négatif



cT4 Pancoast

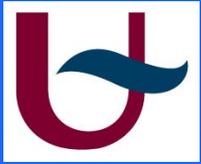
- TEP + lobe supérieur gauche et fenêtre aortopulmonaire
- bronchoscopie: muqueuse infiltrée segment apicopostérieur
- brush: cellules atypiques
- fonction pulmonaire + diffusion: résultat normal
VO₂ max 21.9 ml/kg/min
- perfusion G 43 D 57 %
- médiastinoscopie : négative





Quel traitement est-ce que vous proposez?

1. résection + thérapie adjuvante en cas de R1
2. chimiothérapie d'induction + résection en cas de réponse partielle ou complète
3. chimioradiothérapie d'induction + résection en cas de réponse partielle ou complète
4. chimioradiothérapie définitive



cT4 Pancoast

➤ chimioradiothérapie concomitante définitive:

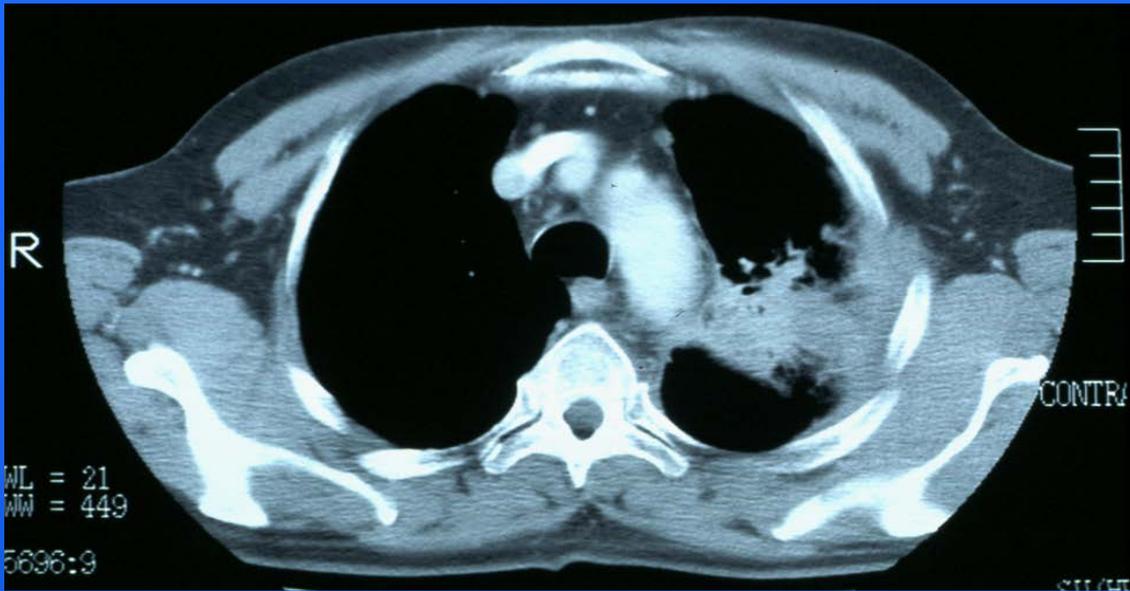
3 x chimiothérapie sur base de cisplatine

+ 60 Gy



**TDM thorax
après CRT**





**TDM thorax
après CRT**

Quid?





Comment décrivez-vous la réponse sur TDM?

1. réponse complète
2. réponse partielle
3. maladie stable
4. maladie progressive



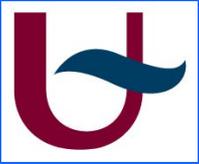
T4 Pancoast

- ACE: 17.7 ng/ml
- réponse partielle, plus prononcée à la région
hilaire
- douleur bras gauche ↓



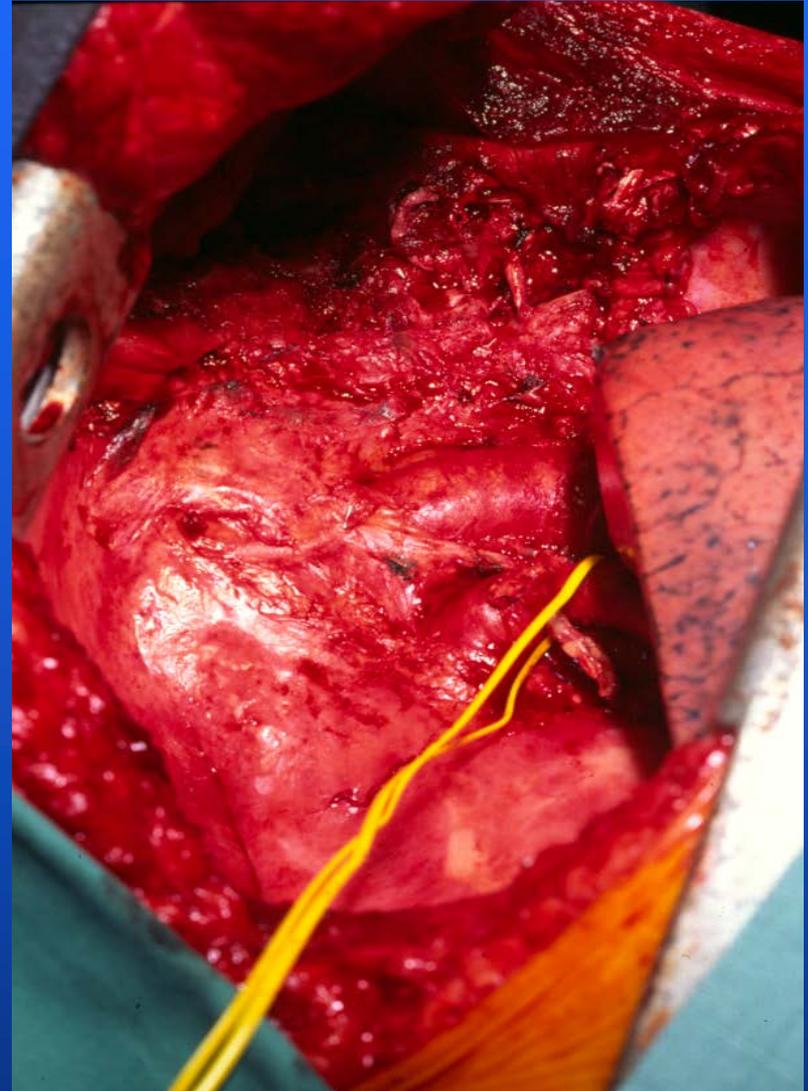
Quel traitement est-ce que vous proposez?

1. suivi par examen clinique + TDM
2. remédiastinoscopie
3. thoracoscopie (VATS)
4. chirurgie de rattrapage

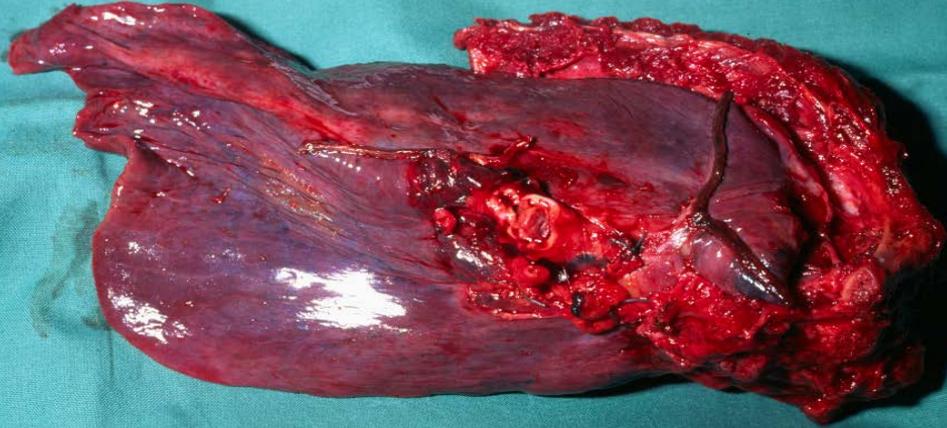


T4 Pancoast

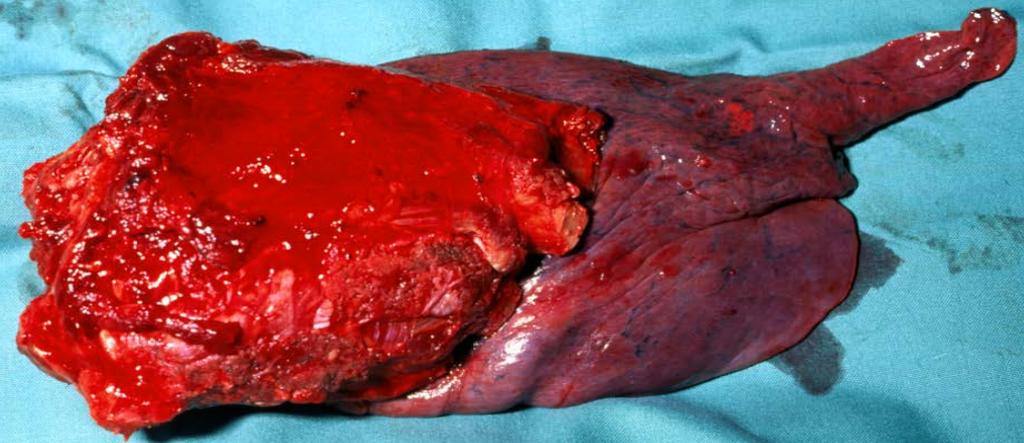
- remédiastinoscopie: négative
- thoracotomie postérolatérale:
lobectomie lobe supérieur +
segmentectomie lobe inférieur +
paroi thoracique (côtes 1-4)



PRECISION DYNAMICS CORP. SAN FERNANDO, CA 91340 U.S.A. - (818) 897-1111



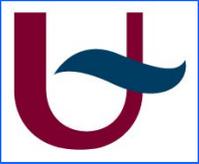
PRECISION DYNAMICS CORP. SAN FERNANDO, CA 91340 U.S.A. - (818) 897-1111





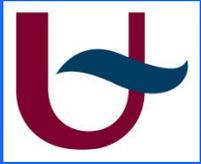
T4 Pancoast

- suivi postopératoire: douleur épaule, mobilité limitée du bras, la voix rauque (pas de paralysie du nerf récurrent)
 - pathologie: adénocarcinome presque entièrement nécrotique
infiltration paroi thoracique
LN 5: pour la plus grande partie nécrotique
- ypT3N2M0



Quel suivi est-ce que vous proposez?

1. examen clinique après 6 mois
2. examen clinique + Rx thorax après 6 mois
3. examen clinique + TDM thorax après 6 mois
4. examen clinique + IRM thorax après 6 mois



Objectif final: Résection complète

résection R

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



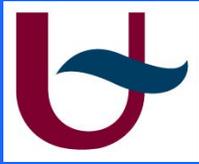
IASLC : Complete Resection Subcommittee

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

Rami-Porta R. Lung Cancer 2005; 49:25-33



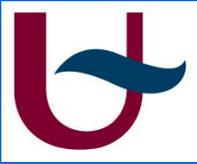


Tumeurs Pancoast (superior sulcus)

SWOG 9416

- inclus: cT3-T4N0 (médiastinoscopie négative)
- chimioradiothérapie concomitante (cisplatine + étoposide, RT : 45 Gy)
suivi de chirurgie en cas de réponse ou maladie stable
- période 4/95 – 8/99 : n= 111
- réponse ou maladie stable: 104

Rusch V et al. Southwest Oncology Group, trial 9416.
J Thorac Cardiovasc Surg 2001; 121: 472-82



Tumeurs Pancoast (superior sulcus)

SWOG 9416: update 2007

- † globale 4.5% taux de résections complètes 76%
- 56% des spécimens: réponse pathologique complète ou maladie résiduelle minimale
- survie globale à 5 ans: 44%
- survie globale à 5 ans après réponse complète: 54%
pas Δ T3-T4
- 32 (36%) RC pathologique – meilleure survie

17 RP sur TDM

15 maladie stable sur TDM

Rusch V et al. Southwest Oncology Group, trial 9416. Intergroup trial 0160.
J Clin Oncol 2007; 25: 313-8

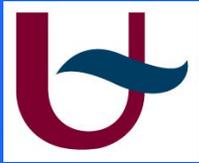


Tumeurs Pancoast (superior sulcus)

SWOG 9416: update 2007

- **taux de résecabilité et réponse pathologique complète**
T3 = T4
- **réponse pathologique: pas de relation avec la réponse radiologique**
- **patients avec réponse partielle ou maladie stable: à explorer**
- **suivi strict aussi chez les patients avec réponse complète**
→ **récidive surtout à distance (cerveau)**

**Rusch V et al. Southwest Oncology Group, trial 9416. Intergroup trial 0160.
J Clin Oncol 2007; 25: 313-8**

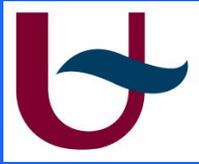


Chirurgie de rattrapage après chimioradiothérapie définitive

- 2003-13 35 pts récidive du cancer pulmonaire après chimioradiothérapie définitive sur base de cisplatine – 58 Gy
- 6 thoracotomies exploratrices (17.1 %)
- 29 pts résection pulmonaire
 - (bi)lobectomie 12
 - pneumonectomie 17 - 7R, 10L
- 13 pts (45%) résections étendues (IP, VCS, trachée, paroi thoracique)
- résection R0 27 pts (77.1 %)
- temps médian CRT → résection 7 mois (intervalle 1-39)

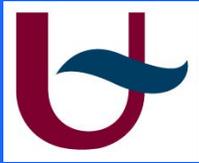
Casiraghi M. Semin Thoracic Surg 2017; 29:233-41





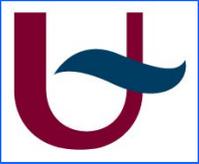
Chirurgie de rattrapage après chimioradiothérapie définitive

- tumeur persistante, viable 26/29 pts 89.6%
- 2 pts † † à 30 jours 5.7%
- 9 pts complications majeures (25.7 %)
- suivi médian 13 mois
- la survie à 2 et 3 ans après résection R0 était de 46% et 37%
- chirurgie de rattrapage après CRT définitive:
faisable
taux de survie et complications acceptables



Chirurgie de rattrapage après chimioradiothérapie complète

- relativement une entité nouvelle en chirurgie thoracique
- chirurgie après thérapie d'induction peut être
“terribly simple or simply terrible”
- tissu fibrotique, “frozen hilum”, cavité infectée
- contrôle intrapéricardique de l'artère pulmonaire
- couvrir le moignon bronchique avec un tissu viable



Chirurgie après CRT concomitante

- **N2 (N3) disease**

faisable; quelle thérapie d'induction? immunothérapie?

downstaging, résection complète, lobectomie

risque ↑ pneumonectomie D (empyème, fistule bronchopleurale)

- **tumeurs Pancoast (superior sulcus)**

protocole SWOG: CRT d'induction 45 Gy + 2 cycles CT adjuvante

nécrose; après une dose complète de CRT?

- **chirurgie de rattrapage (salvage surgery) après CRT définitive**

chirurgie difficile (infection, fibrose prononcée)

coopération multidisciplinaire

centre d'excellence



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 T4N0-1*

* certains sous-groupes



