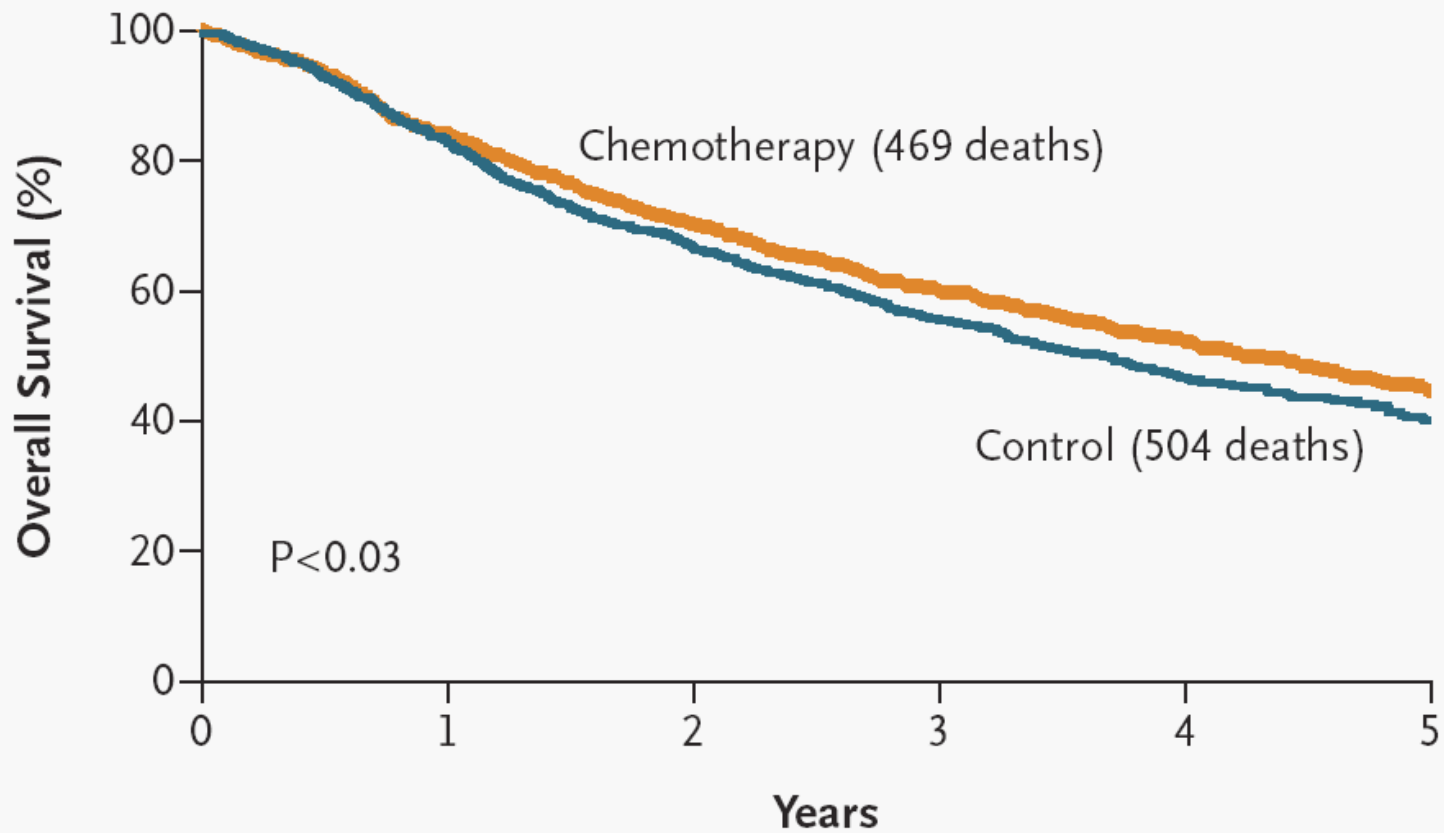


Prise en charge chirurgicale des tumeurs de type Pancoast

Gilbert Massard

*Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Strasbourg, France*





Evolution des concepts

- Exérèse préconisée depuis années 60 , mais limité aux formes « limitées »



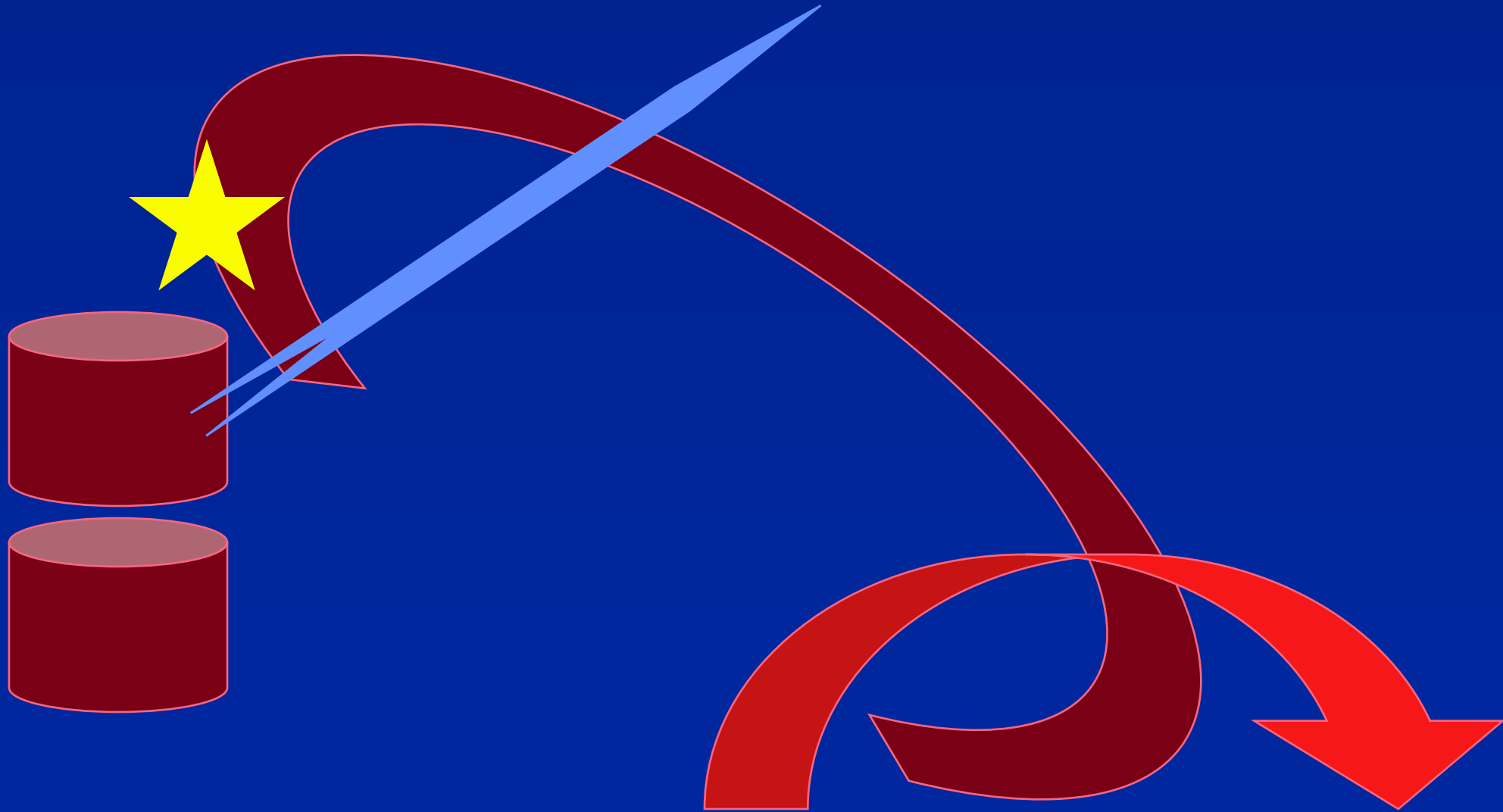
- Elargissements promus par Ph Dartevelle

Définition classique

- Tumeur de l'apex envahissant la 1ère ou 2ème côte
- et
- Syndrome de Claude Bernard Horner
- et
- Douleur radiculaire D1

Dôme pleural !!

Anatomie du dôme pleural



Etiologie

- Le plus souvent CBNAPC
- Parfois tumeurs rares
 - PNET, chordome, triton et divers sarcomes
- Exceptionnellement pathologie infectieuse
 - aspergillose, actinomycose



Histoire naturelle des tumeurs de type Pancoast

Notions classiques:

- croissance lente
- évolution loco-régionale

En fait :

- cancer non-microcellulaire “habituellement” évolutif

Mais anatomie particulière !

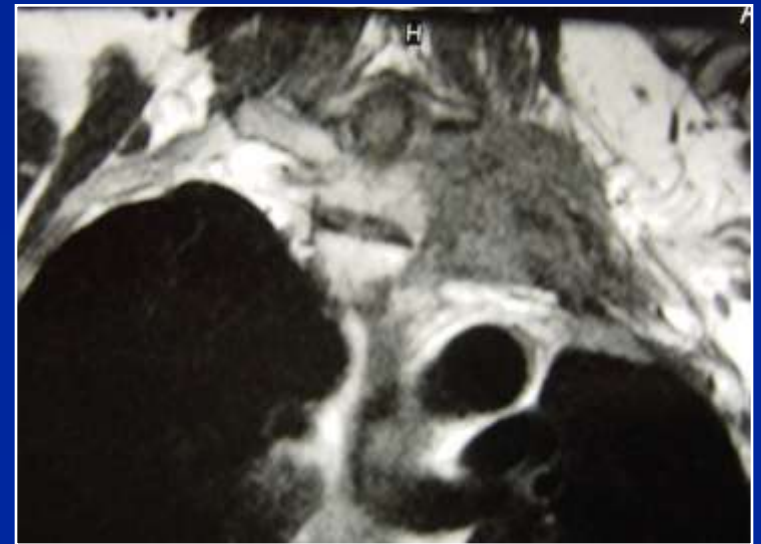
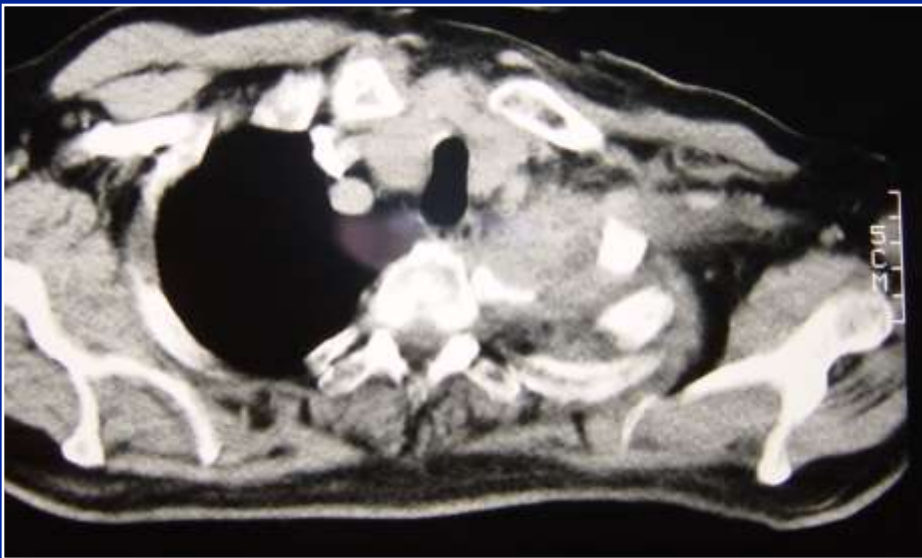
- difficultés techniques de l'abord chirurgical
- limites techniques de la radiothérapie
- 1/3 des résections sont incomplètes
- 2/3 des récurrences sont loco-régionales

Ne réséquez pas le Pan sans le Coast !!!

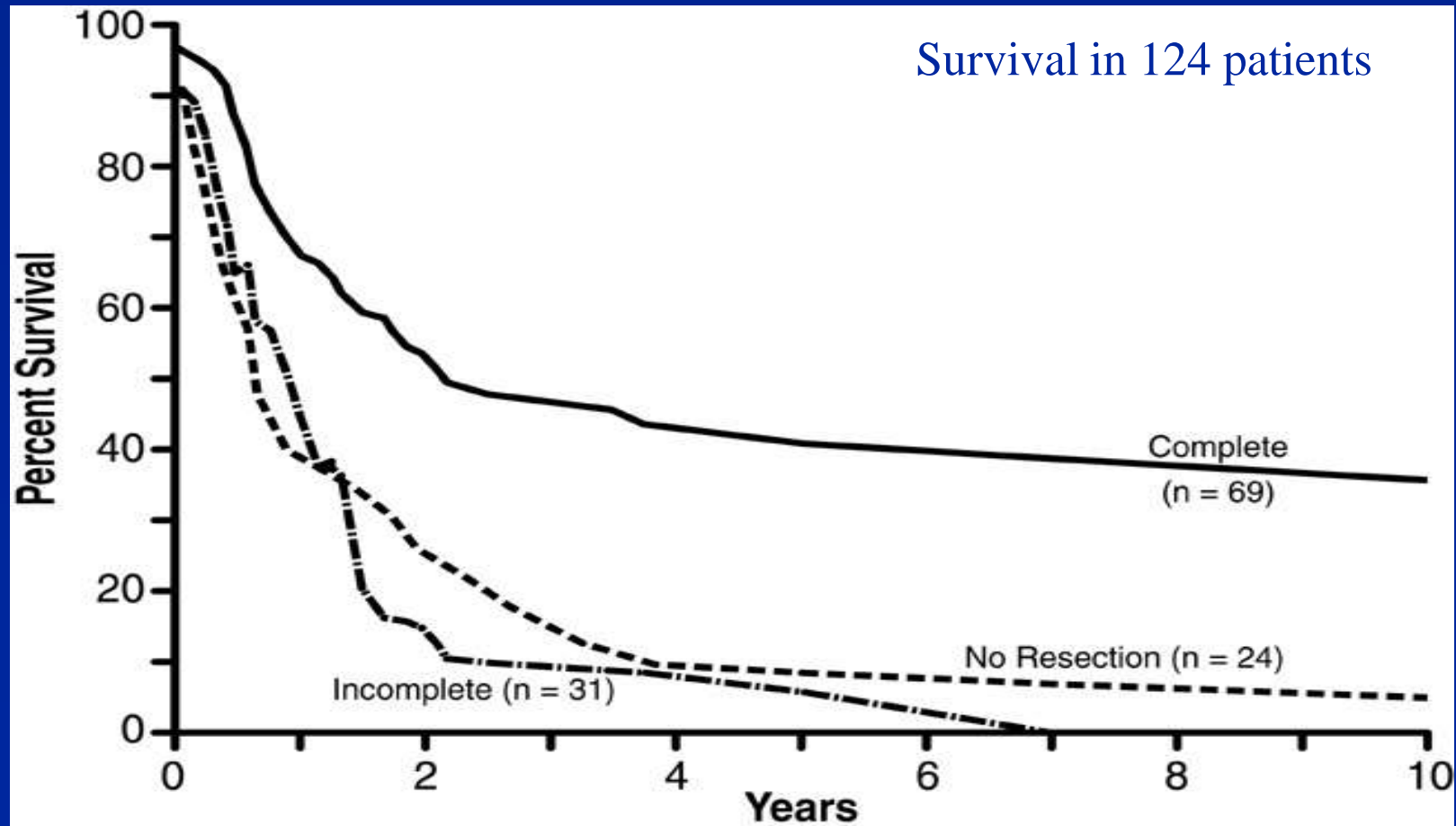
5-year survival following resection

R0 : 41 %

R+ : 9 %



Ne réséquez pas le Pan sans le Coast !!!



Ref: Ginsberg Ann Thor Surg 1994;57:1440-45

Définition de la résection complète



Lobectomie anatomique

Curage ganglionnaire

Elargissement monobloc

Le curage n'augmente pas le taux de complications !

102 chirurgiens dans 63 institutions

	Dissection	Sampling	P
Mortality	0.76 %	2 %	0.157
Morbidity	38 %	38 %	NS
Operative time	175 min	160 min	< 0.0001
Drained fluid	1459 ml	1338 ml	0.056
Hospital stay	6 j	6j	NS

N=525

N=498

Niveau 1

Méta-analyse

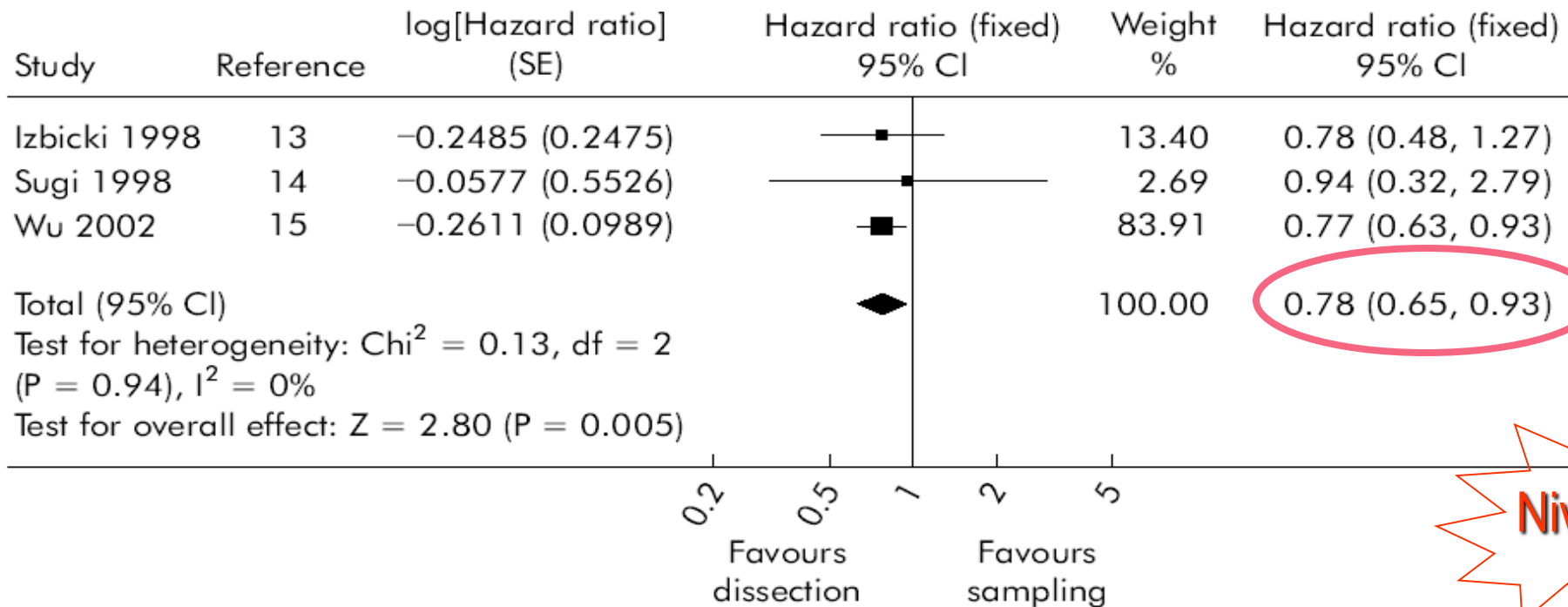


Thorax 2006;61:597-603

LUNG CANCER

Surgery for non-small cell lung cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

G Wright, R L Manser, G Byrnes, D Hart, D A Campbell



Niveau 1

Voies d'abord

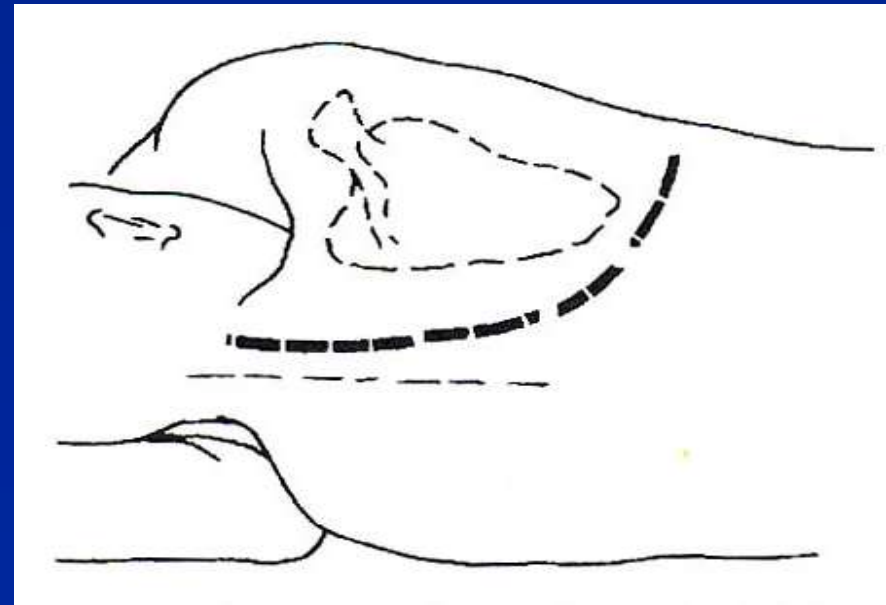
- Référence : Abord postérieur selon Paulson & Shaw)
- “Hook Incision” (Niwa, Tatsumara)
- Voies antérieures :
 - avec résection de la clavicule (Dartevelle)
 - sans résection de la clavicule (Grunenwald)
- Transsternal type “hemiclamsshell (Masaoka)



Voie postérieure de Paulson & Shaw

Avantages

- Excellent accès à la paroi
 - articulation costo-vertébrale
 - racines nerveuses
- Lobectomie anatomique facile
- Curage médiastinal complet facile
- Artère sous-clavière accessible

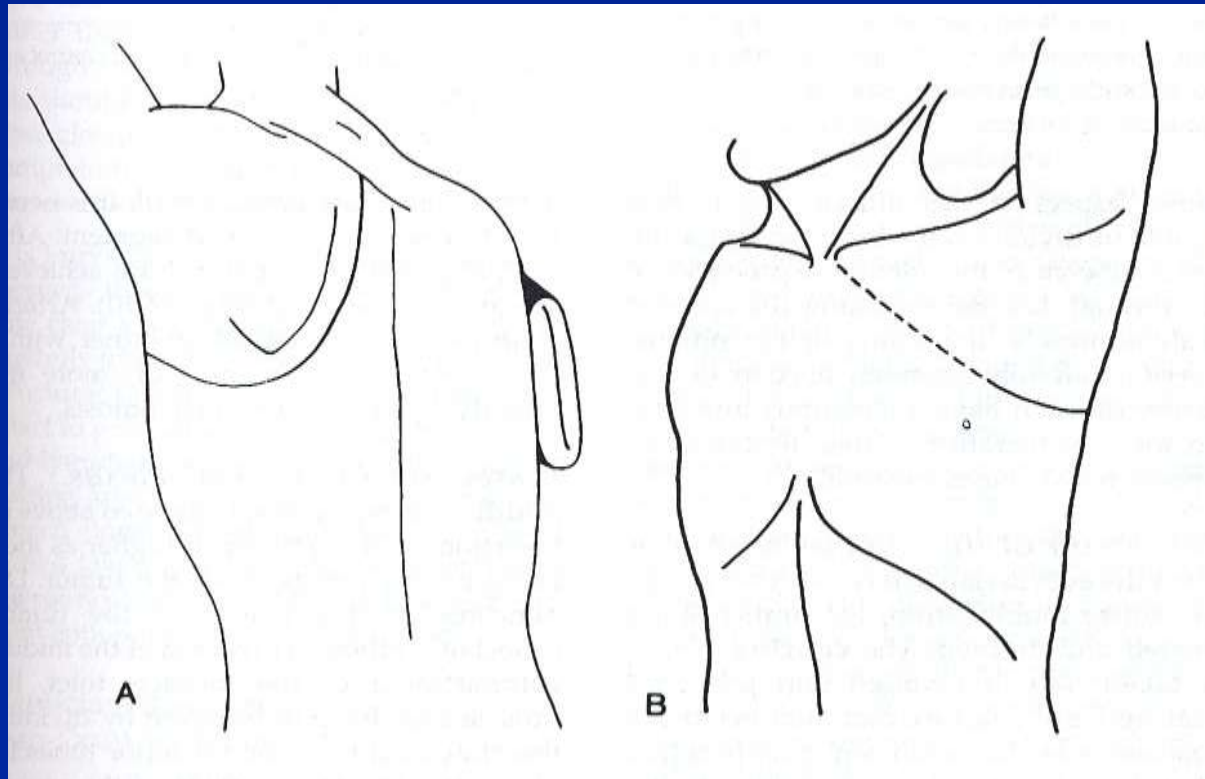


Désavantages

- Accès limité au plan veineux

“Hook Incision”

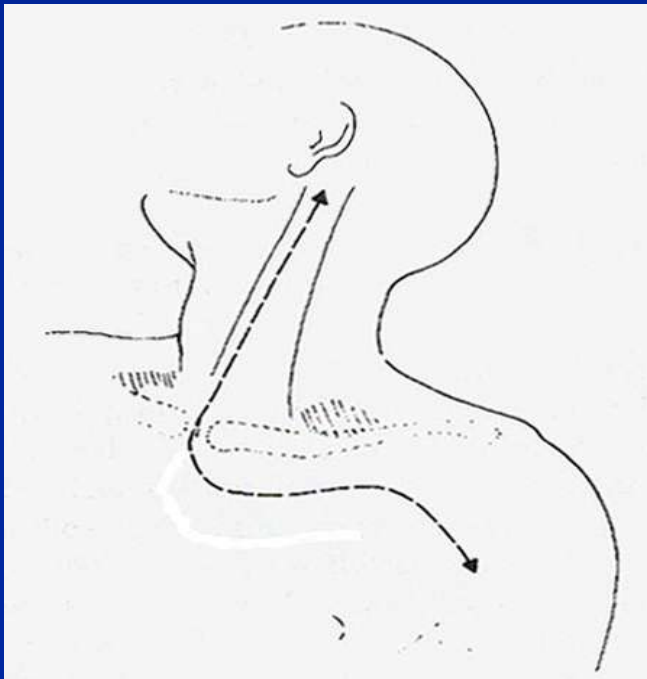
Excellente exposition, mais peut-être quelque-peu délabrante



Voies transcervicales antérieures

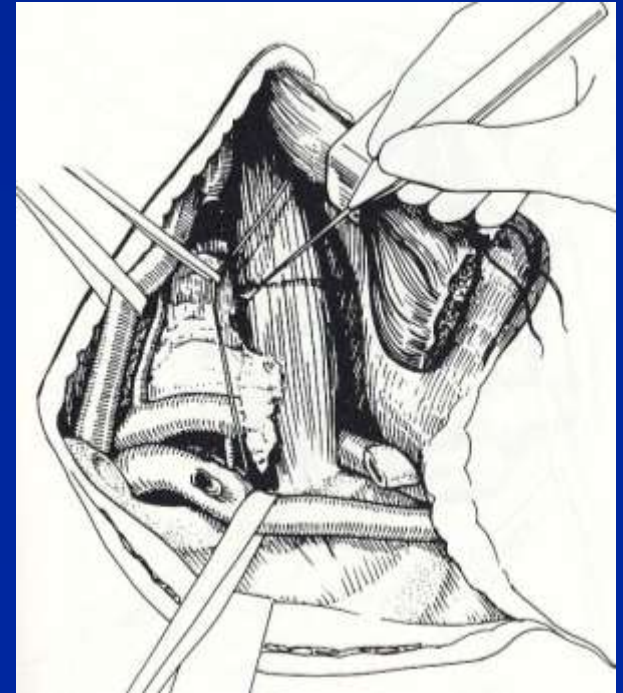
+

Exposition du dôme pleural
Curage cervical



-

Lobectomie ?
Curage médiastinal ?
Désarticulations costales ?



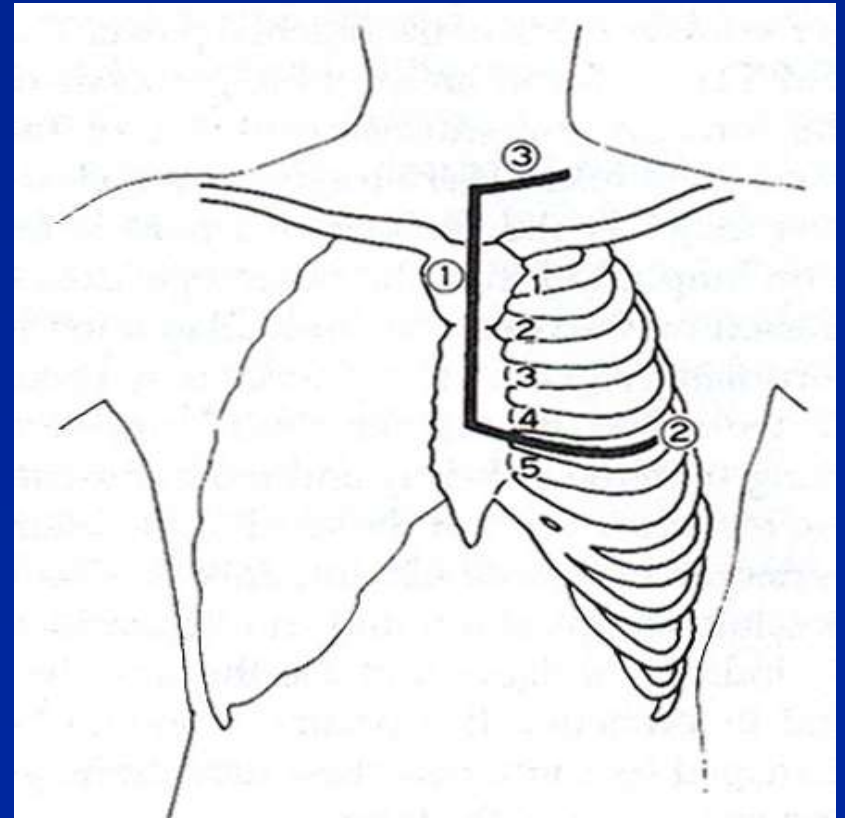
Voie transsternale (“hemi-clamshell”)

Avantages

- Accès pariétal
- Exposition du plexus
- Plan artériel et veineux
- Lobectomie facile
- Curage médiastinal possible

Désavantages

- Désarticulations < 1ère côte



Choix de l'abord "façon Strasbourg"

- Voie postérieure
 - Standard
 - Convient à la majorité des cas
- Voie transsternale
 - Envahissement du plan veineux
 - En association avec u abord vrtbral postérieur
 - personal preference for transsternal route

Limites des possibilités d'exérèse

Absolues :

- Métastases à distance
- Insuffisance respiratoire
- Comorbidité prohibitive



Limites des possibilités d'exérèse

Le T avancé

- Épidurite néoplasique
- Envahissement du plexus > D1

Le N élevé

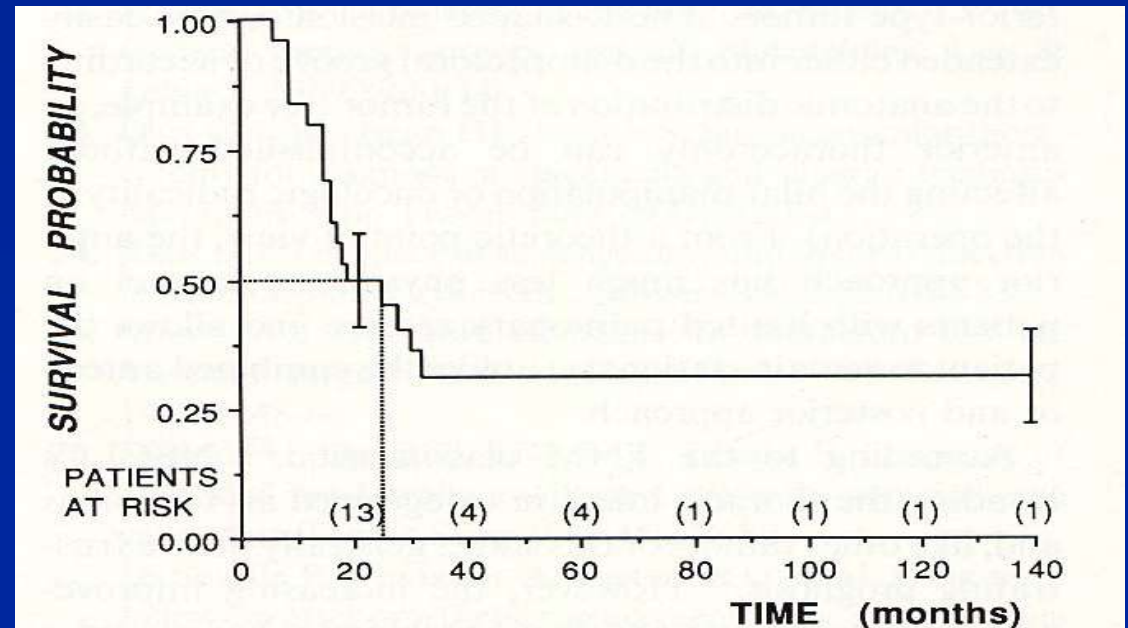
- Mediastinal type (N2,3)
 - survie à 5 ans < 10 %
- Susclaviculaire (N3)
 - survie à 5 ans 10 -15 % dans 2 études

La métastase unique ?

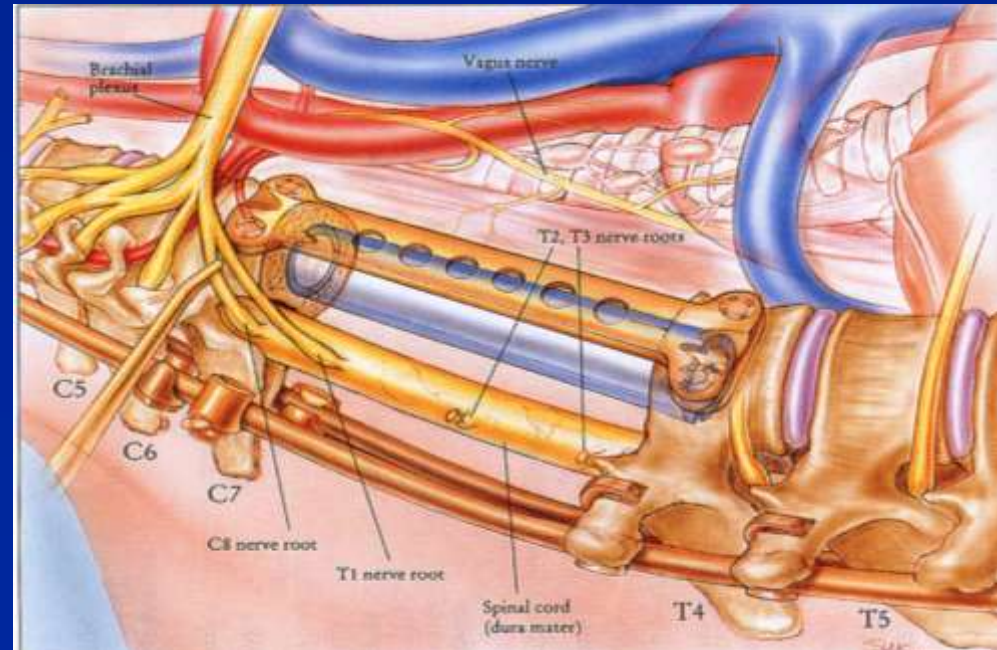
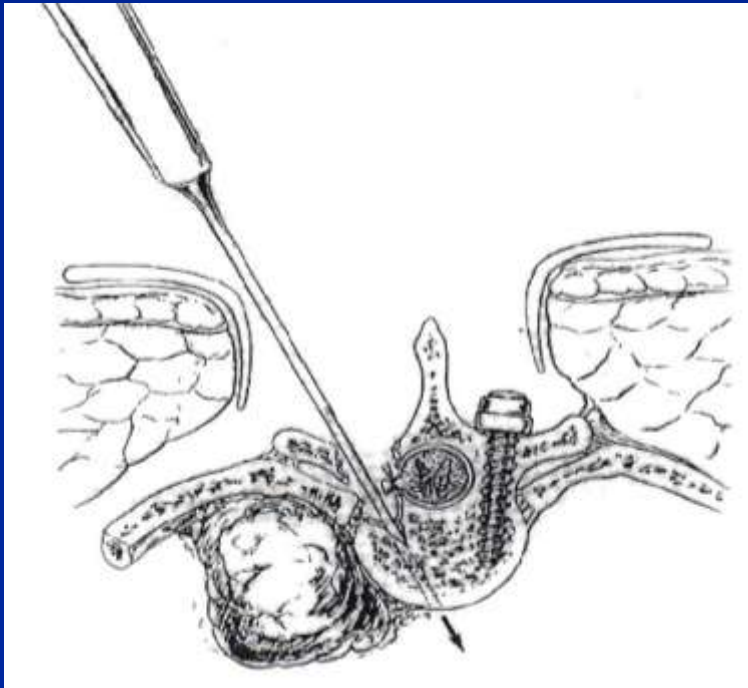
Elargissement au plan artériel

Ancienne contre-indication !!

Mais 30-40% de survivants à 5 ans



Elargissement au plan vertébral



Elargissement au plan vertébral (1)

- 17 patients : chirurgie + radiothérapie
 - 7 vertebrectomies totales
 - 7 vertebrectomies partielles
 - 3 résections d'apophyse transverse
- Pas de décès opératoires
- Survie à 2 ans : 54 %
 - R-0 : 80 %
 - R-1 0 %

Elargissement au plan vertébral (2)

- 19 patients
- Pas de mortalité
- **Morbidité 74 % !!**
- Survie 1 an : 59 %
- Survie 5 ans: 14 %

Spinal instability	2
chylothorax	2
Bronchial fistula	1
Esophageal fistula	1
ARDS	4
empyema	1
mediastinitis	1
meningitis	1
Axill. vein thrombosis	1

→ 9 reoperations (47 %)

- **Récidive locale : 46 %**

Elargissement au plan vertébral (3)

- 17 patients
- Mortalité : 0
- **Morbidité : 53 % !!**

pneumonia	6
CSF leak	1
bleeding	1
Parietal sepsis	1

- Survie 3 ans : 39 %
- Survie 5 ans: 20 %

- Récidive locale: 18 %

Traitement multimodal

Standard historique : 45 Gy préop → Chirurgie

- 1/3 de réponse complète
- 2/3 vivants, mais suivi < 2 ans pour 89%

Standard contemporain : radiochimiothérapie → Chirurgie

- Avantage théorique : améliorer le contrôle local
- 4 études de phase II studies, résultats convergents :
- Taux R0 supérieur (92% vs 66%)
- Moins de récurrence locale (23% vs 58%)
- Meilleure survie (55% vs 42% à 2 ans)

Taitement multimodal

SWOG IGT 9416

- 111 eligible (80 T3 , 31 T4)
- 2 cycles CDDP - VP16 45 Gy
- 102 ont eu l'induction complète
- 83 thoracotomies
- 76 résections complètes

Traitement multimodal

SWOG IGT 9416

- Mortalité thérapeutique:
 - Traitement d'induction : 2.7 %
 - Décès post-opératoires: 2.4 %
- Réponse objective : 65 %
- Survie à 2 ans :
 - tous : 55 %
 - R 0 : 70 %

Ce qui pourrait changer

- Traitements oncologiques :
 - Chimiothérapie stagnante
 - Thérapeutiques ciblées
 - Biologie moléculaire
- Nouveaux traitements locaux
 - Radiothérapie : Tomothérapie
 - Radiologie interventionnelle : cryothérapie



Conclusion

- Résection complète reste le facteur de pronostic essentiel
- chirurgie spécialisée
- approche multidisciplinaire

