

LE CURAGE GANGLIONNAIRE DANS LES CBNPC RESECABLES

K.Achour-S.Ameur

S.A.O.T Avril 2007

MALADE

MALADIE



T



RESECABLE

N



N₁



N₂



N₃

M



NON
RESECABLE

Chirurgie des CBNPC

- I « La chirurgie des tumeurs malignes n'est pas une chirurgie des organes, mais de l'anatomie du système lymphatique » (Moynihan . 1908).
- I Toute indication à visée carcinologique, doit avoir pour unique objectif une résection tumorale complète.

- Résection inférieure lobectomie, (Martini)
↑ risque récurrence locale
↓ les chances de guérison à long terme »

La survie est corrélée à l'extension anatomique.
Classification TNM (Mountain 1997). **N +++++**

Lymphadenectomie Médiastinale Systématique ?

Rappel Historique

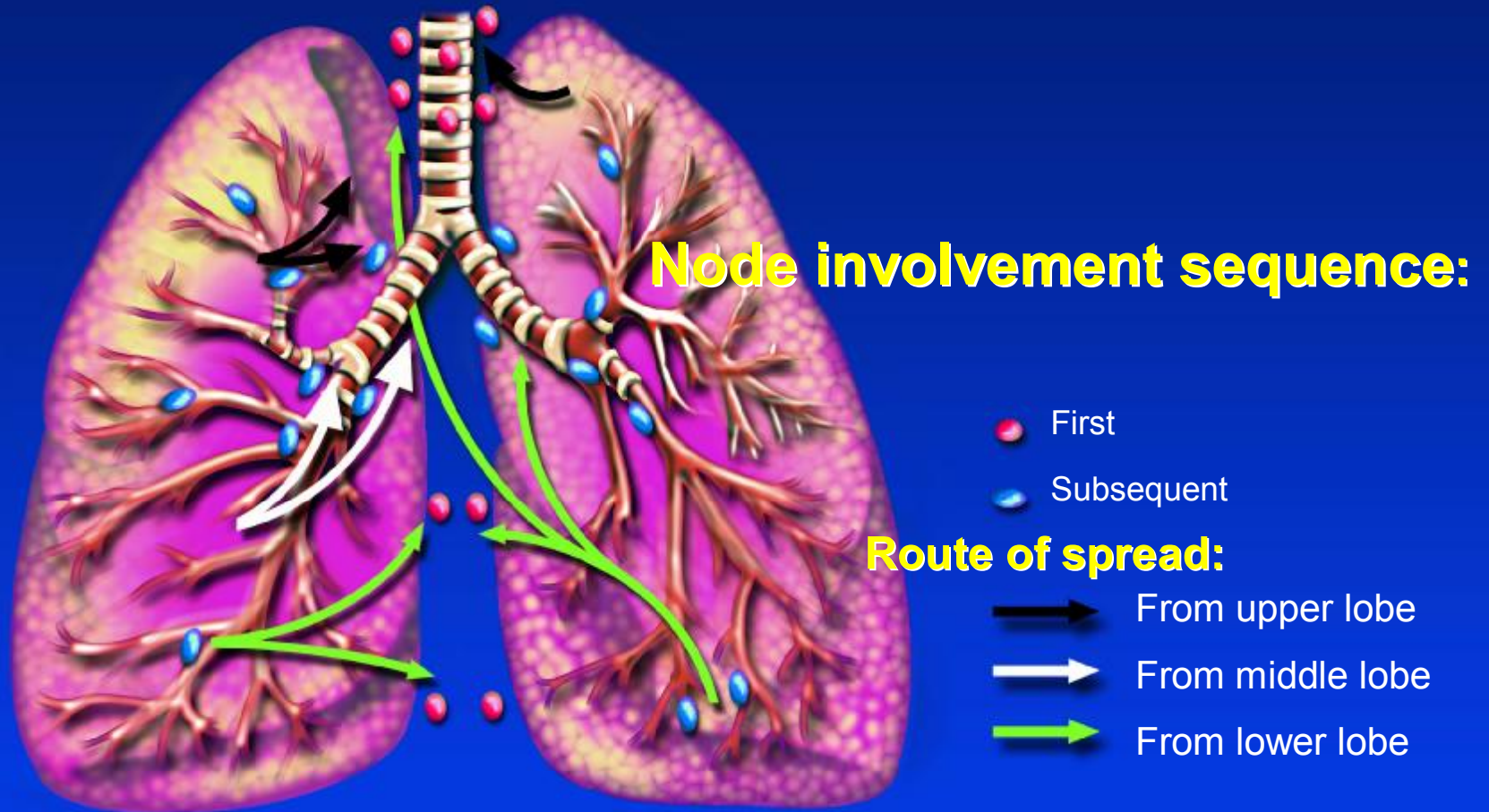
La chirurgie des tumeurs malignes n'est pas une chirurgie des organes, mais de l'anatomie du système lymphatique

- | 1973 N2 Contre indication absolue
 N2 ganglions homo et controlatéraux
- | 1986 N2 : Indication chirurgicale Discutée
 N3 controlatéraux et sus claviculaires
- | 1997 N2: absence de consensus
 N3 / certains auteurs proposent de les opérer

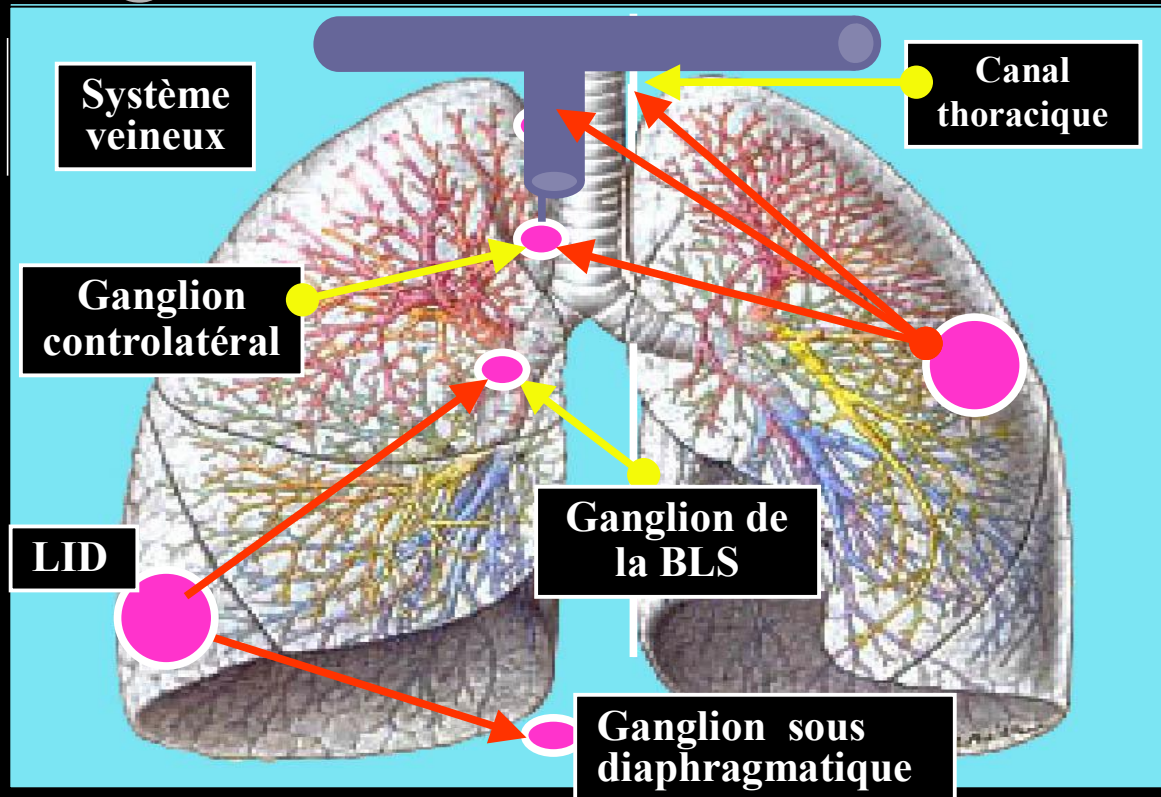
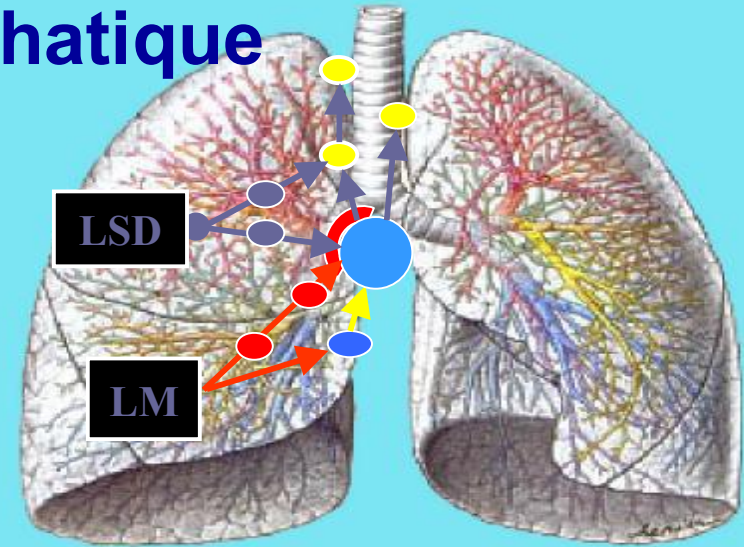
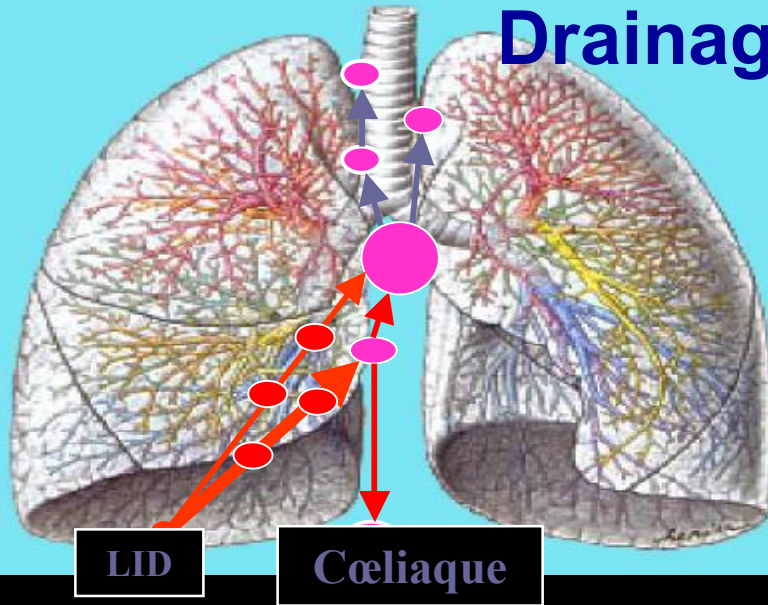
Drainage lymphatique

- | **Résultats cliniques:** existence récidives médiastinales (N0N2) et/ou à distance (M1) des Tumeurs N0
 - | La notion de « skip metastasis » : (N0N2) apparaît dès 1983 (**Martini**, Ann Surg) et **Manenti** (Lyon chirurgical), **Libshitz** 1986 (Chest) Tumeur N0 récidivant au niveau médiastinal, ou métastase à distance
 - | Lymphadenectomie Médiastinale systématique a objectivé des N2 sans l'existence de N1 (7 à 33 % pour les N2 en absence de N1)
- | **Travaux expérimentaux (Riquet 2003)** : dans environ 24% des cas, trajets segmentaires directs de la tumeur vers:
 - | Les ganglions médiastinaux,
 - | Les troncs veineux, dans le canal thoracique (métastases dans les N0)
 - | Les ganglions médiastinaux controlatéraux, (récidive dans les ganglions controlatéraux lors de certains N0)
 - | Drainage du lobe inférieur dans les ganglions de la lobaire supérieure

Lymphadenectomie Ganglionnaire Médiastinale Systématique



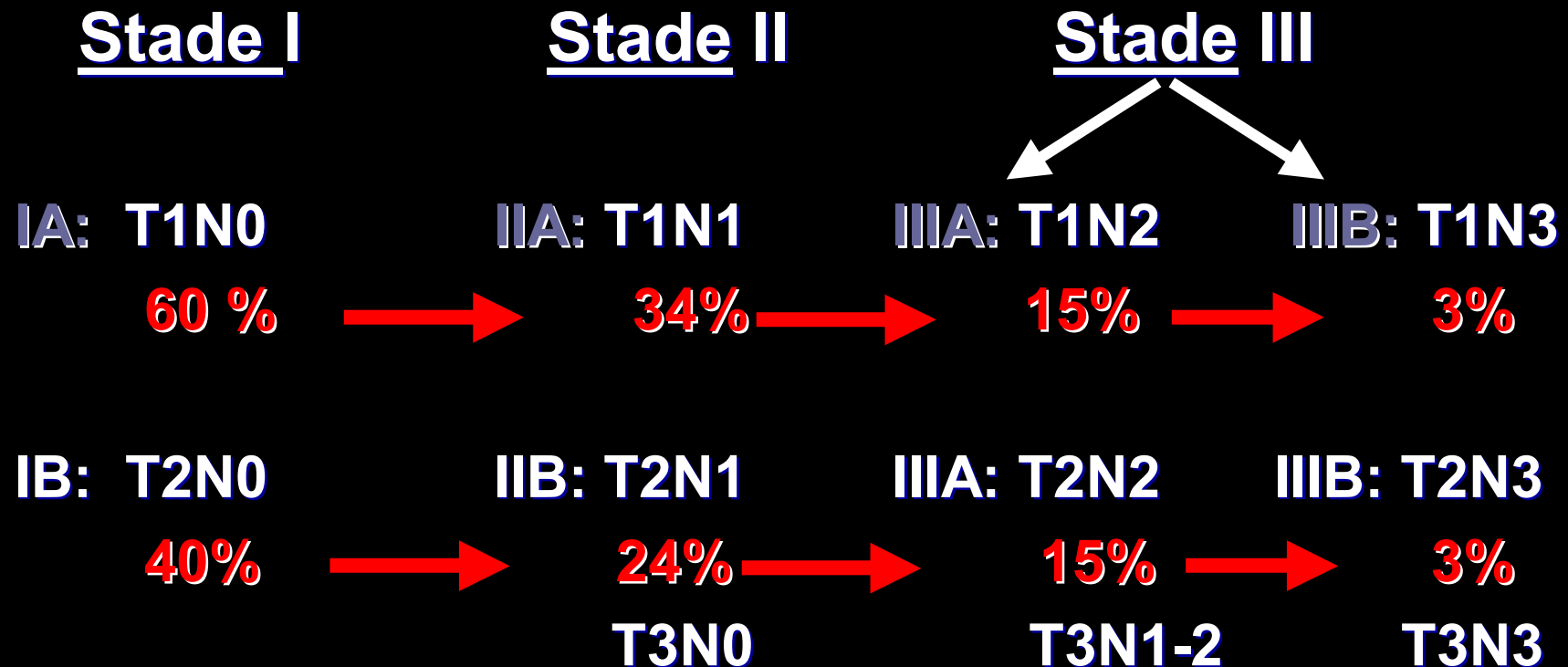
Drainage lymphatique



Problématique N2 (Stades 3a)

- | **Taux de pN2 dans les T1 N0 « clinique»** (Suzuki et Coll. 2001. sur 389 cas):
 - | Φ Entre 0 et 2 cm : 14%
 - | Φ Entre 2 et 3 cm : 31%
- | **Probabilité métastatique à distance (M), si**
 - | **N2 : 75%,**
 - | **N3: 90 %**
- | **Survie (critères de sélection patients et expérience chirurgien)**
 - | pN2 minimaux cN(0-1) LMS 15-30%
 - | N2 clinique
 - | <10% (Pearson, Shields...)
 - | >25% (Martini, Naruké...)

Influence de l'envahissement ganglionnaire sur la survie



Indications dans les cN0 / cN1

- I Les lésions pulmonaires complètement résécables sans envahissement des ganglions médiastinaux prouvés en préopératoire **cN0 et cN1** sont candidats à la chirurgie (Ginsberg 1997)
- I pN0 = « Picking » ou « Sampling » sur 6 stations ganglionnaires qui doivent être non envahies

Indications dans les N2

I **Consensus ou quasi unanimité:**

- I Mauvais pronostic des N2
- I Certains N2 ne sont pas opérables de par:
 - I Leurs situations et absence d'accessibilité lors de la thoracotomie
 - I Lorsque la tumeur s'est étendue au delà de la capsule ganglionnaire "**Bulky**"
 - I *Les N2 à traduction clinique dans leur grande majorité (paralysie phrénique, récurrentielle, syndrome cave supérieur),*

I **Absence de consensus, des débats continuent d'exister en 2007.** **Certains auteurs**

- I Récusent les N2 systématiquement, même "minimaux" avec médiastinoscopie systématique, alors que d'autres estiment que tous les N2 paraissant résécables sont opérables
- I N'opèrent que les N2 , infraclinique (TDM: $\emptyset < 1$ cm), pas de médiastinoscopie systématique pré opératoire, si ce n'est pour le contrôle d'un foyer chaud au Pet-scan
- I Opèrent les N2 cliniques, de première intention ou après traitement d'induction
- I **Certains auteurs pensent que seuls sont opérables les N2 latérotrachéaux bas ou de la fenêtre aortico-pulmonaire sans dépassement capsulaire et sans ganglions intertrachéobronchiques,**

curage

- I **Picking**: un ou plusieurs ganglions suspects
- I **Sampling** (Echantillonnage): au moins 6 stations ganglionnaire
- I **Lymphadenectomie M S**: tout le tissu graisseux et lymphatique mediastinal homolatéral

L M S versus Sampling

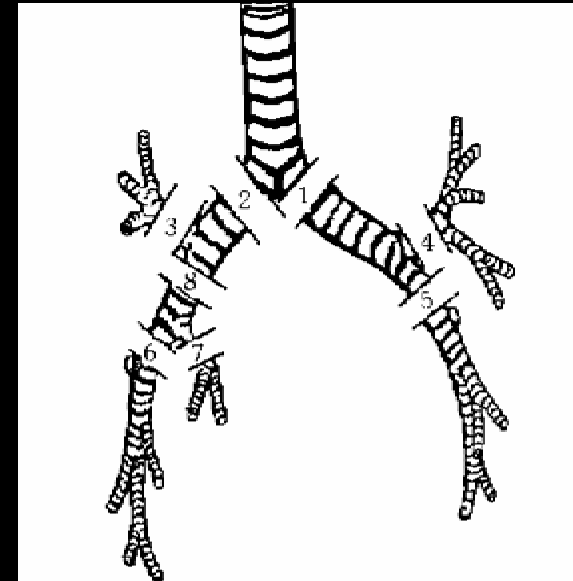
- | **L M S = Sampling** (Keller, Bollène, Haya, Lardinois, Izbick) : Morbidité et mortalité peri-opératoire, mais allongement du temps opératoire
- | 2 conditions: centre spécialisé et équipe chirurgicale entraînée
- | **L M S** permet un staging plus précis, mais n'a pas montré sa supériorité sur le control locorégional / **Sampling**

Chirurgie à visée curative

=

Résection de tous les tissus tumoraux

(SHIELDS 1993)



┆ Résections parenchymateuses

┆ Simplex: CNBPC limités au poumon

- ┆ Wedge (Fonction Respiratoire limite)
- ┆ Segmentectomie (Fonction Respiratoire limite)
- ┆ Lobectomie (Mortalité :jusqu'à 3,7%)
- ┆ Bi lobectomie (Mortalité jusqu'à 4,2 %)
- ┆ Pneumonectomie (Mortalité : jusqu'à 11,7 %)

┆ Elargies: aux organes de voisinages (Mortalité 15 -20%)

┆ Exploratrices((Mortalité 2%)

┆ Gestes sur les ganglions médiastinaux (toutes les chaînes médiastinales homolatérales)

- ┆ **Sampling**
- ┆ **Lymphadenectomie médiastinale systématique**

conclusion

- | Équipe multidisciplinaire
- | Prévention = Lutte anti-tabac