

# Place de la chirurgie dans le cancer bronchique à petites cellules CBPC

Hayssam BAKDACH

H.P.A. ANTONY

France

AFLP LIBAN AVRIL 2005



# Caractéristiques cbpc

- Le cancer bronchique à petites cellules représente 20 % des cancers broncho-pulmonaires
- évolutivité avec une rapide dissémination
- sa grande sensibilité à la chimiothérapie et radiothérapie



# Histologie

- peut se présenter sous trois aspects
- les carcinomes en grains d'avoine, liés homogènes, d'aspect lymphocytoïdes
- carcinomes à petites cellules de type intermédiaire composés de cellules moins homogènes.
- les formes composites associent des plages de carcinomes à petites cellules et des plages de tissu tumoral épidermoïde et / ou glandulaire.



# Dissémination envahissement médullaire

- En fonction de l'avancement de la maladie, on découvre dans 15 % à 40% des cas (biopsie ostéo-médullaires)
  - l'immuno-histologie ou la cytofluorométrie de flux voire l'IRM retrouvent des métastase dans
    - 50% CBCP localisé
    - 70% CBCP disséminé
- Plus de 80 % des patients porteurs d'un CBPC rechutent dans les deux ans qui suivent la rémission



# Diagnostic

- Le CBPC: son pouvoir extraordinaire d'extension et de dissémination, n'est pas asymptotique
- découvert fortuitement que dans 5 %
- syndrome paranéoplasique parfois révélateur dans 20% des cas



# Évolution des traitements des CBPC

| Traitements                             | RC          | Méd. Surv.<br>(mois) | Survie à 2 ans |               |              |
|-----------------------------------------|-------------|----------------------|----------------|---------------|--------------|
|                                         |             | Loc.                 | Dis            | Loc.          | Dis.         |
| Symptomatique                           |             | 3                    | 1 - 2          | < 2 %         | 0 %          |
| Chirurgie                               | 20 %        | 3 - 9                | -              | 4 - 35 %      | -            |
| Radiothérapie                           | 35 %        | 3-9                  | -              | 2 - 7 %       | -            |
| Chimiothérapie<br>1 Drogue<br>n Drogues | 2 %<br>40 % | 6<br>10 - 14         | 4<br>7 - 11    | -<br>5 - 15 % | -<br>1 - 3 % |
| Chimio-radiothérapie<br>;               | 55 - 90 %   | 12 - 16              | 7 - 11         | 20 - 50 %     | 2 - 4 %      |

# Chirurgie thoracique et CBPC

- La chirurgie dans le traitement des patients porteurs d'un CBPC a été abandonnée au début des années 70
- les résultats de l'étude du Medical Research Council : la supériorité en termes de survie de l'irradiation thoracique par rapport à la chirurgie seule
- (survie à 2 ans de 10 % contre 4%)



# Chirurgie thoracique et CBPC II

Plusieurs arguments plaident en faveur de la chirurgie :

- l'absence de progrès majeurs de la chimiothérapie depuis une quinzaine d'années,
- L'analyse rétrospective d'essais dans lesquels certains patients avaient bénéficié d'un geste chirurgical confirment l'impact de la chirurgie sur la survie.



# Chirurgie thoracique et CBPC III

- Chez les patients jugés en rémission complète après chimiothérapie ou Chimio-radiothérapie, la chirurgie permet de retrouver une maladie résiduelle dans près de 50 % des cas.
- Chez 20%des répondeurs à la chimiothérapie ou à l'association Chimio-radiothérapie, la pièce opératoire présente une tumeur composite associée ou non à un reliquat de carcinome anaplasique à petites cellules.



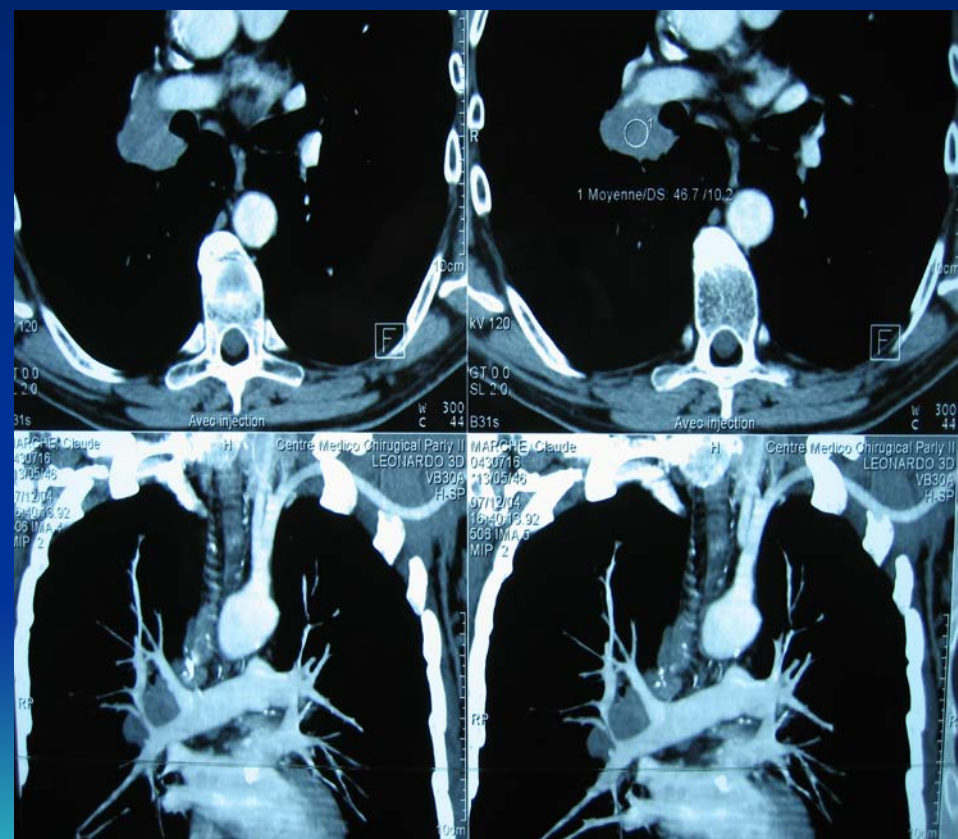
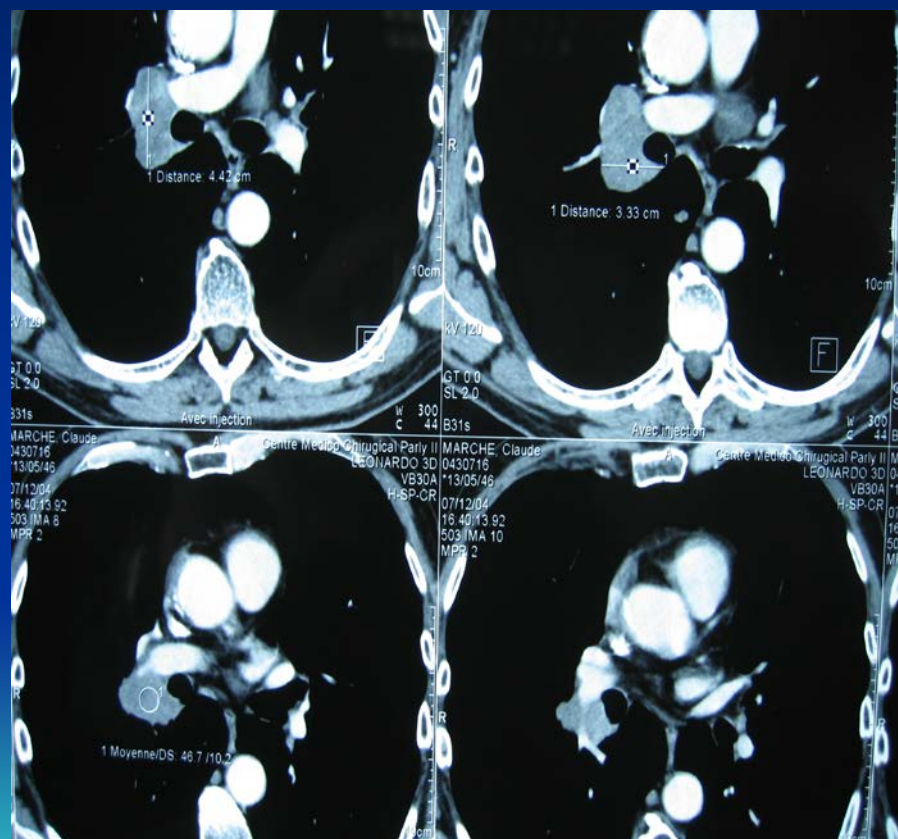
# Les préalables à la chirurgie

- la chirurgie retrouve éventuellement sa place associée à la chimiothérapie ou au couplage chimio-radiothérapie
- Son impact sur la survie dépend de l'extension intra-thoracique de la maladie et de la qualité de l'exérèse
- **La survie à 5 ans des patients opérés:**
  - 50 % à 70 % pour les patients stade I
  - 25 % pour les CBPC de stades II et III.
- **l'exérèse est incomplète:**
  - la survie n'est pas supérieure à celle des patients porteurs d'un CBPC de même taille uniquement traités par chimio-radiothérapie.

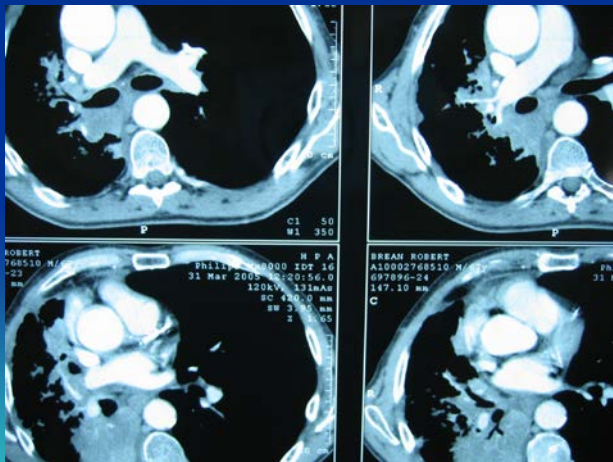
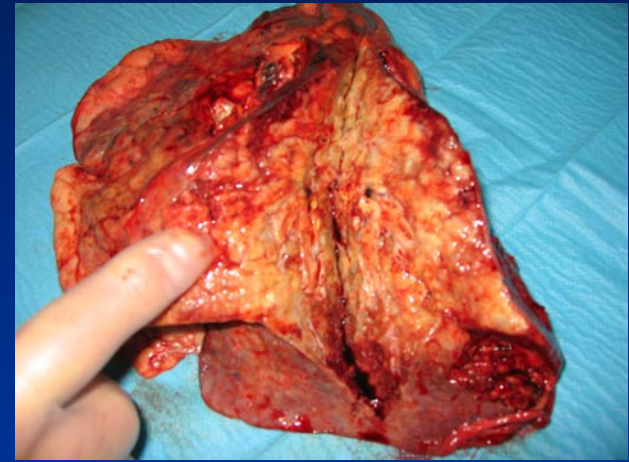
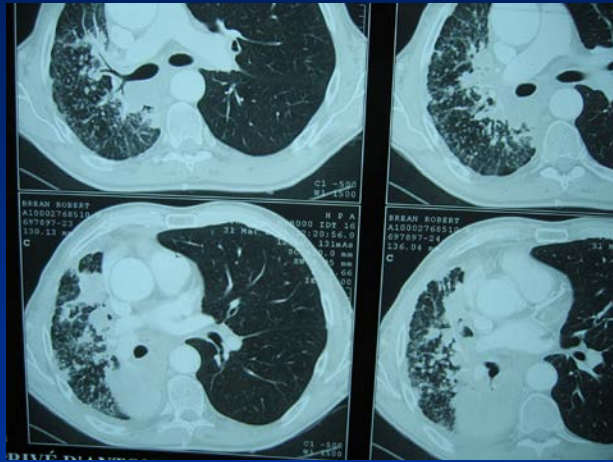
# LES INDICATIONS CHIRURGICALES

- La chirurgie à visé diagnostique:
- échec des prélèvements endoscopique ou ponction s/s can
- La chirurgie palliative(imposé):
  - 1- Nécrose tumoral
  - 2- Surinfection
  - 3- hémoptysie

# DIACNOSTIC

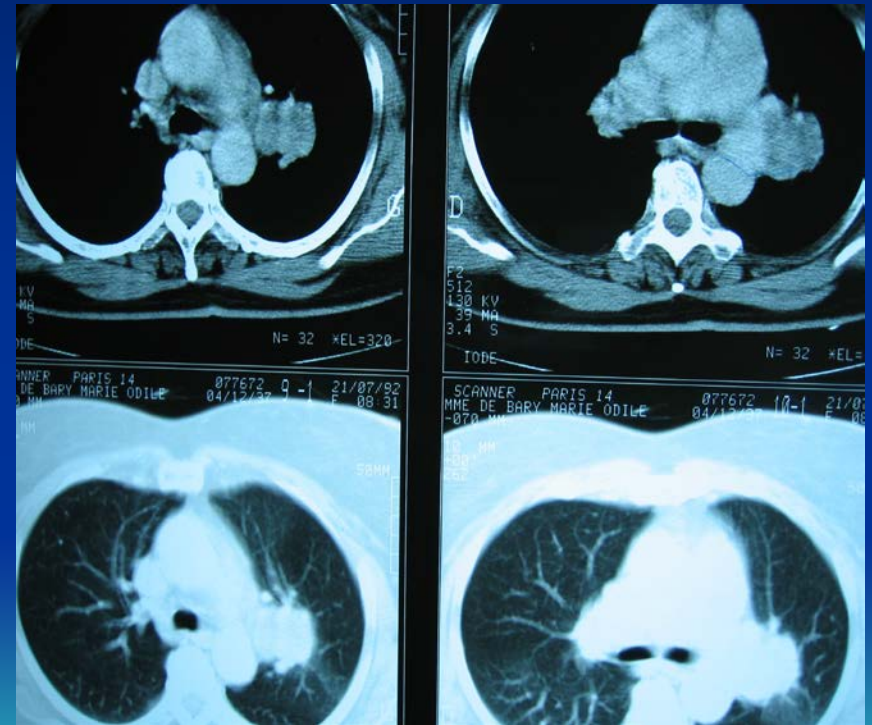


# CBPC SURINFECTE



# OBSERVATION I

- 55 ans- 60 Paquets/année
- Hémoptysie : Radio  
Pulmonaire : opacité hilaire  
gauche 7/92
- Fibroscopie : sténose culmen :  
CPC
- Bilan d'extension : échographie  
hépatique- TDM cérébral- scinti  
os. )
- Masse hilaire gauche de 30 mm  
de diamètre+ g.g.médistin.
- Scintigraphie pulmonaire : 58% à  
droite

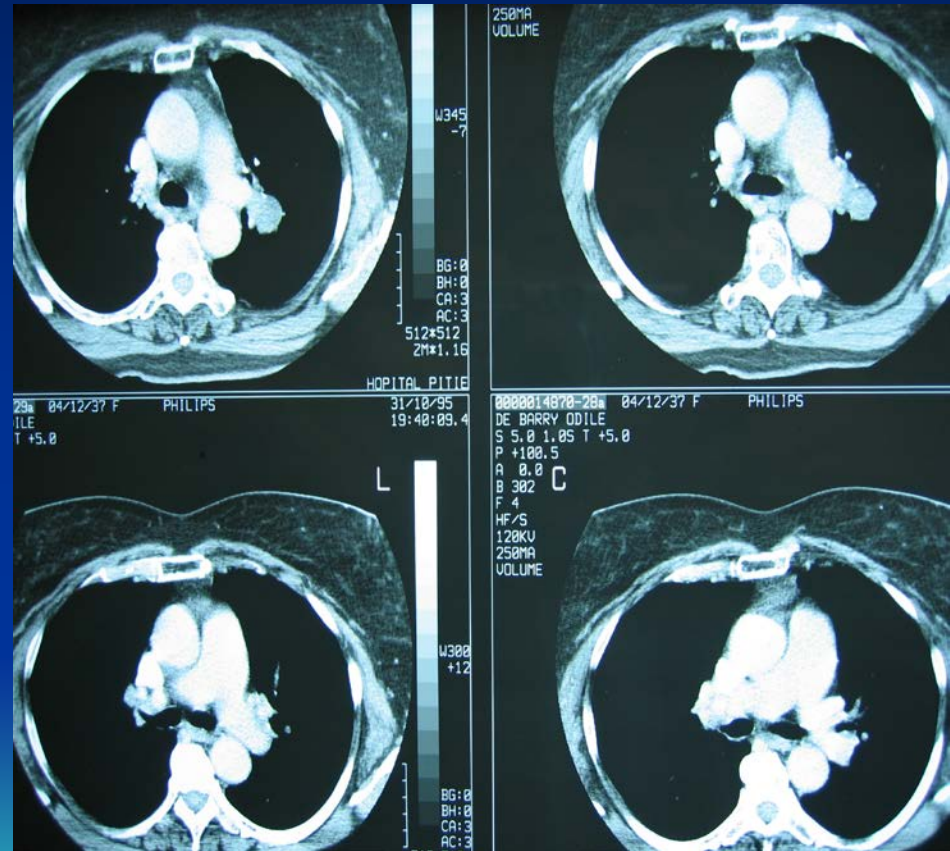


# Observation I suit

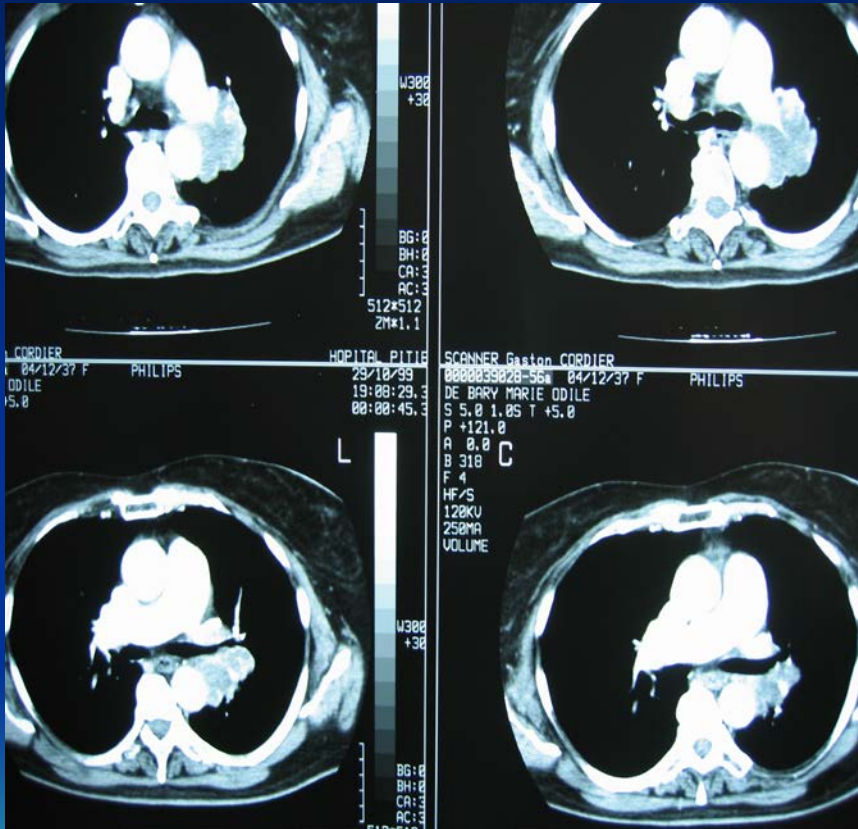
- 6 cures de Cisplatine+ Endox + radiothérapie- 65 gr- pas de radiothérapie cérébral prophylactique
- Rémission radio ;TDM ;fibroscopie normale ( 2/93 )
- EFR entre 80 et 120 de la normale ( 7/93 )
- **11/95** : TDM lésion parenchymateuse – **récidive lobe sup.** gauche ; bilan négatif.
- 2° Chimiothérapie : Adréamycène. VP 16 + Ciplastine

aplasie fébrile – 5ème cure  
J11

12 Cures de Platine



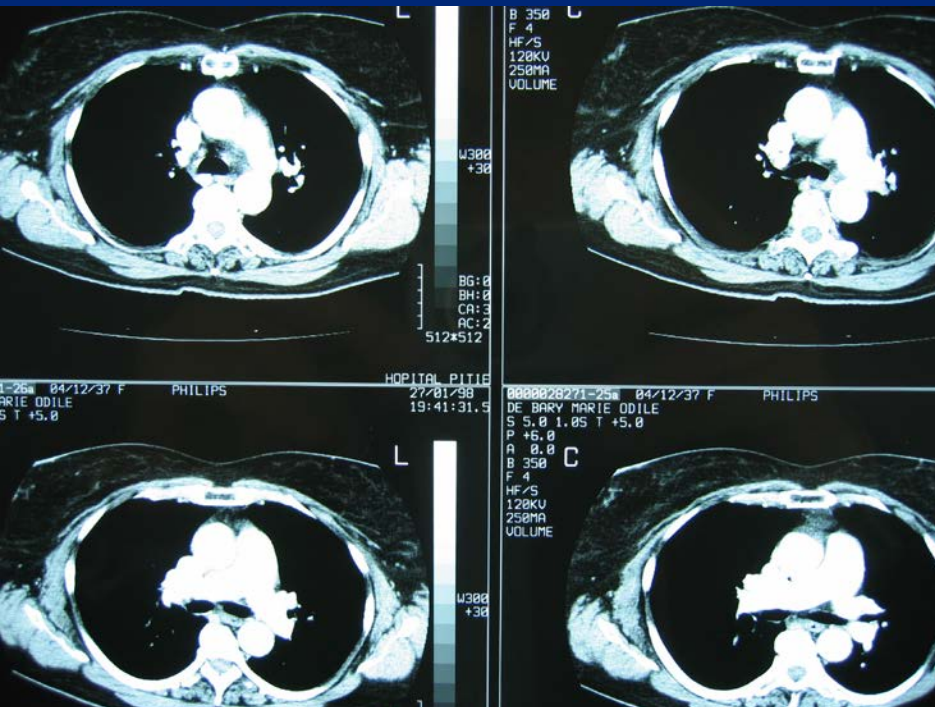
# Observation I suit



- 7/96 – Bilan :  
lésions cicatricielles
- 3/97 – épisodes infectieux  
pul.radio inchangée.
- 2/98 – crises d'épilepsie ⇒  
TDM et IRM méta cérébral  
unique
  - Chirurgie Méta et radio  
stéréotaxie
  - TDM thoracique ⇒ pas de  
récidive
- 9/98 – IRM cérébral = normal et  
radio pulmonaire inchangée.
  - Thorax : 92-95 Rémission.
  - Thorax : 96-99 Rémission.

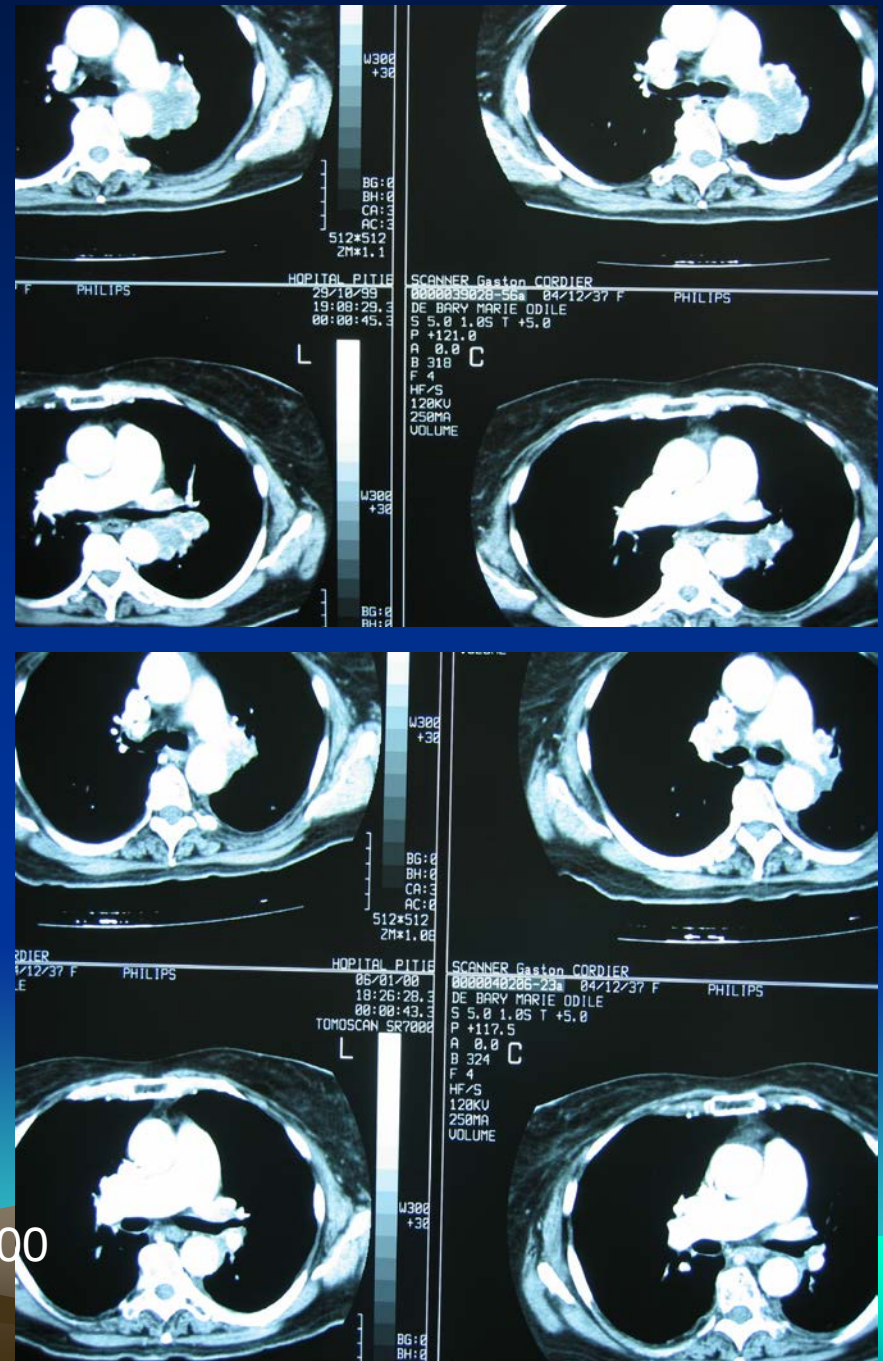
# OBSERV; I

10/99



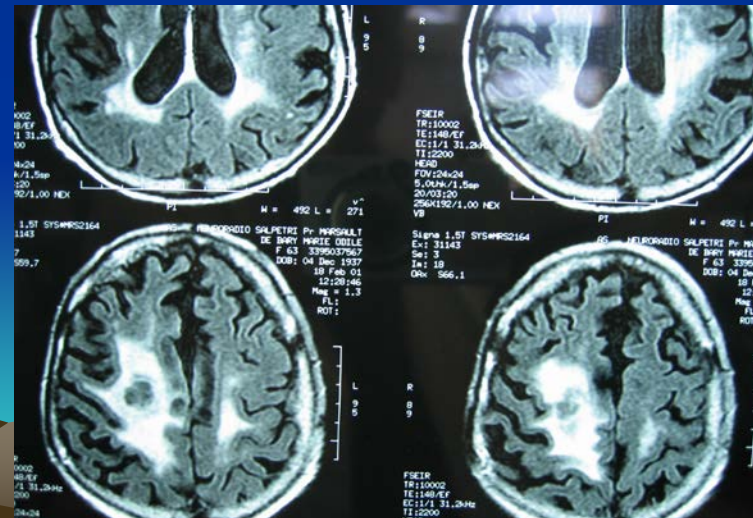
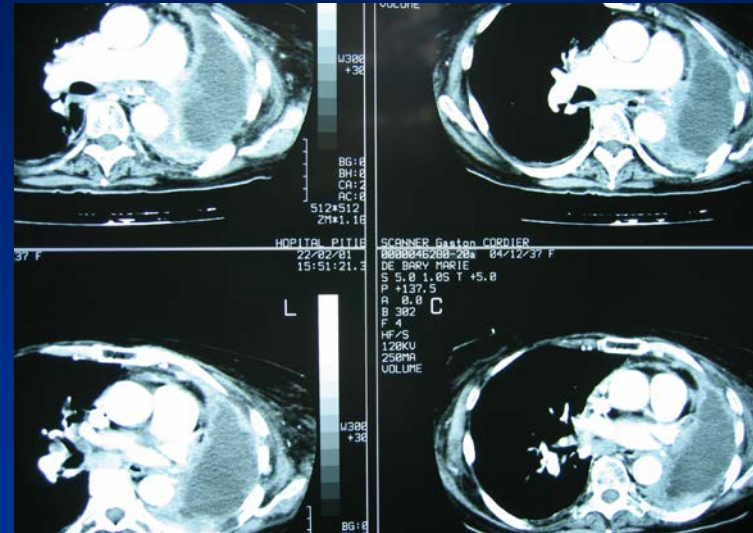
01 /98  
Rémis.

01/00



# Observation I fin

- 01/00 – chirurgie : PN. G.  
+ curage ganglionnaire
  - myoplastie bronchique.
  - Histologie  $\Rightarrow$  Carcinome neuro-endocrine à grandes cellules T3 N1
  - 3 cures de chimiothérapie post-opératoires
- 02/01 : Récidive thorax + cérébral



# Obser.II

- H.46 an
- Pneumopathie+hémoptysie (03/04)
- CPC LSD= 6 CT.+RT

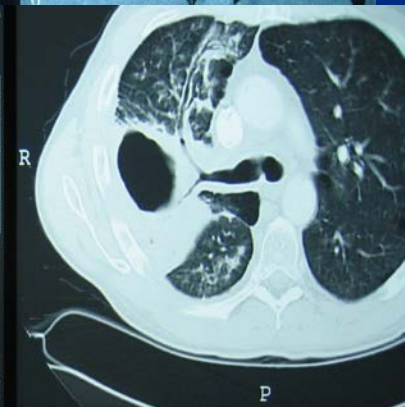
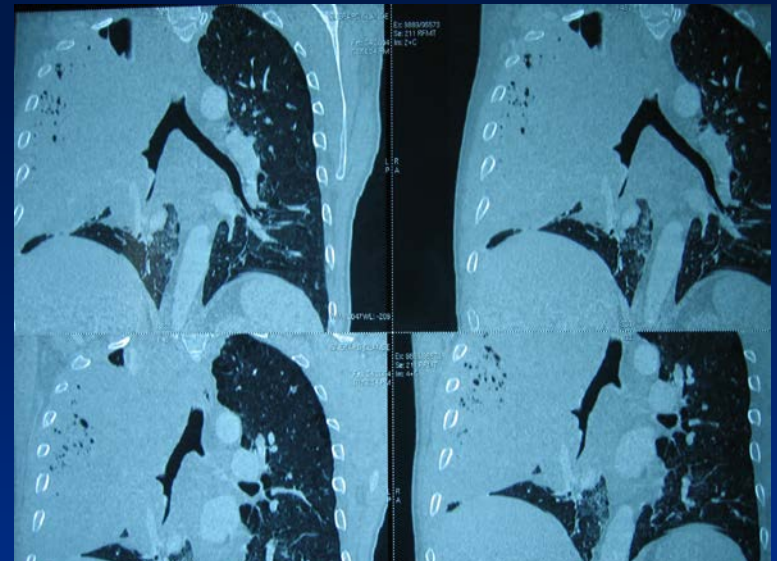
Concom

07/04:nécrose =PN.+gg

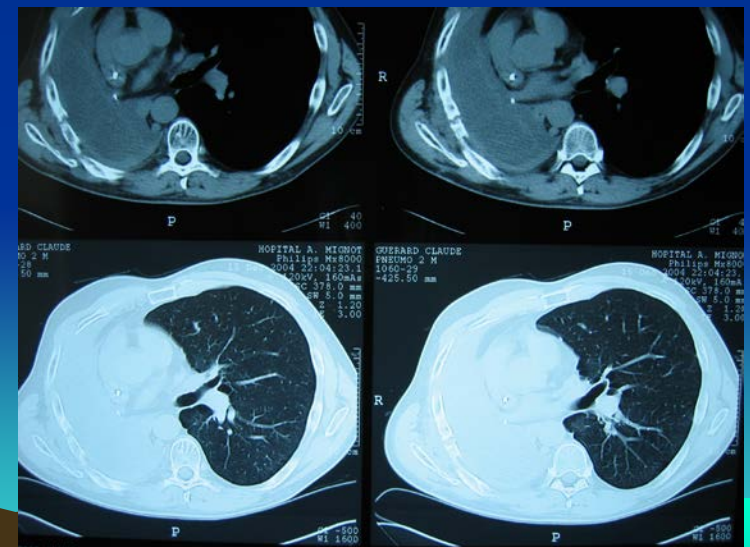
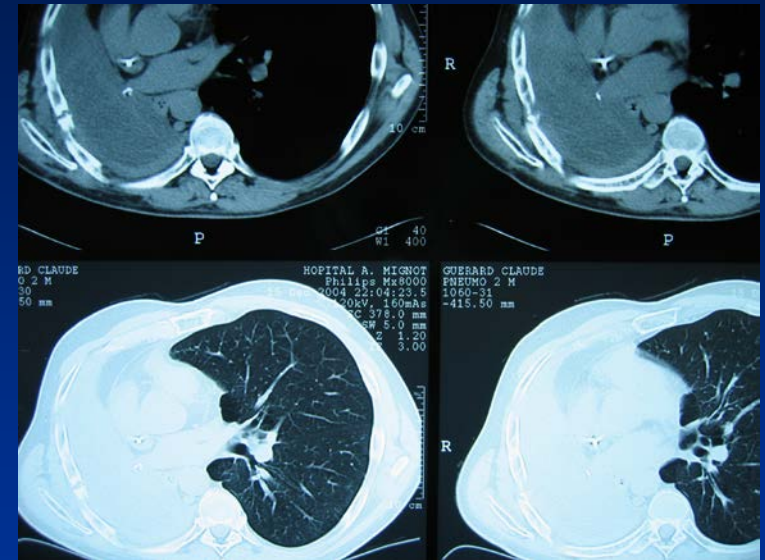
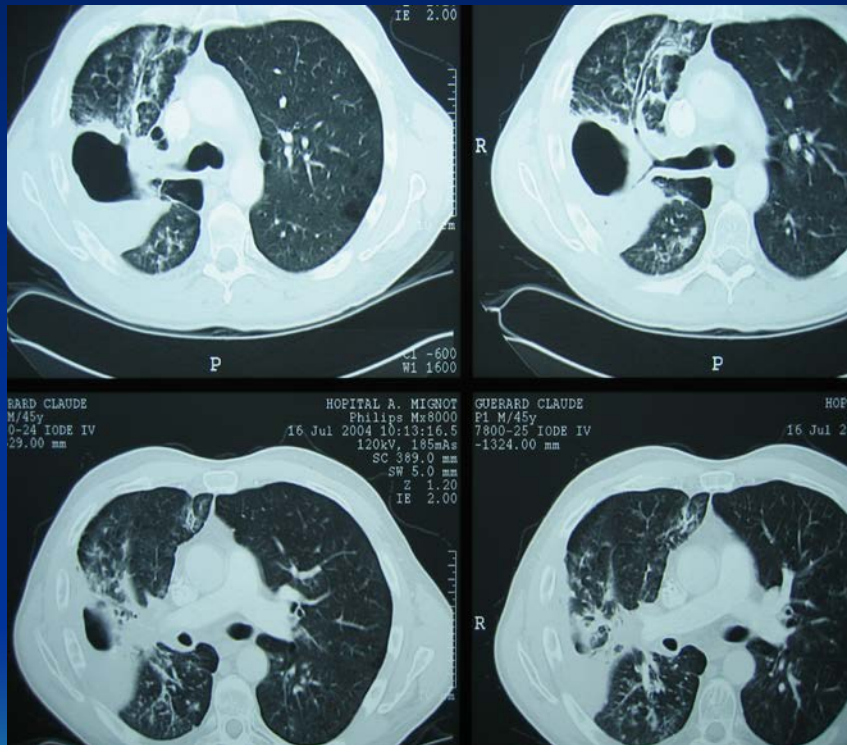
Histo:cpc T2N2

3 cures post op.

02/05:méta céréb.=Rt.

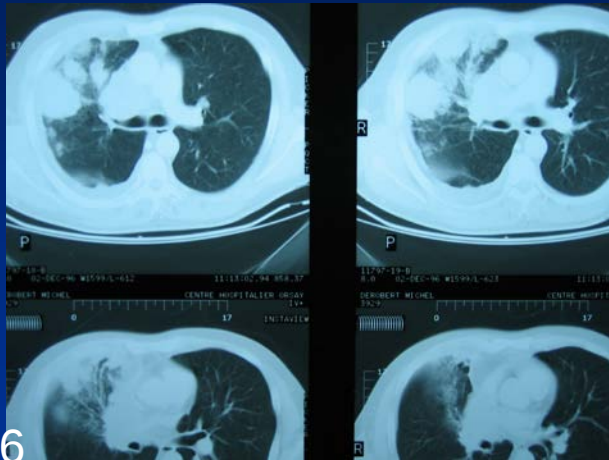


# T.D.M. POST OP.



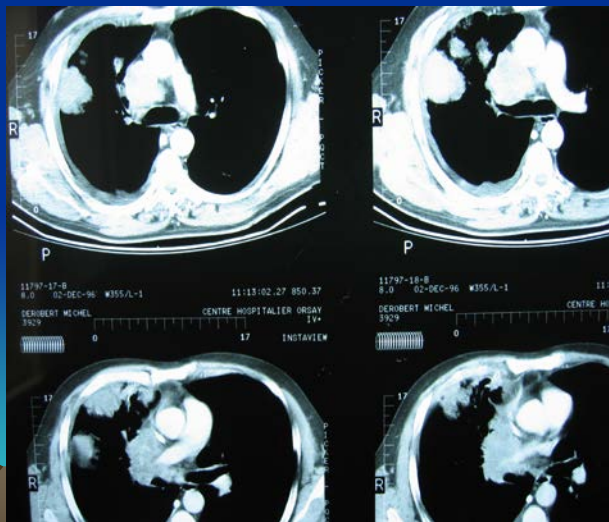
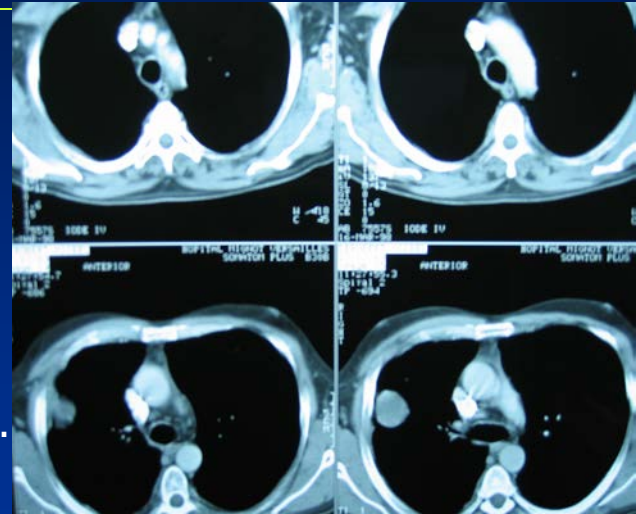
# CPC LSD=6 CT contrôle pleuroscopie+biopsies:rémission

12-96



03-98

pleuro.



# conclusions

Il est actuellement difficile de conclure sur l'intérêt de la chirurgie dans le traitement des CBPC localisés au thorax en l'absence d'essai randomisé portant sur un nombre suffisant de patients

Cette carence provient du fait qu'après chimiothérapie ou chimio-radiothérapie seulement 20 % à 30 % des patients inclus sont opérables.

Si la chirurgie peut diminuer le taux de récurrence thoracique primitive, elle doit être associée à une chimiothérapie efficace capable de stériliser les micro-métastases occultes pour avoir un retentissement sur la survie des patients

La chirurgie, si elle est envisagée, doit être réservée aux patients porteurs de CBPC localisés de faible masse tumorale (stade I voire II).

