

CANCER DU POUMON ENVAHISSANT LA PAROI

Nekhla. A

Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire

CHU Tizi-Ouzou. Algérie

17^{ème} rencontre de l'AFMP.

Égypte du 1^{er} au 05 juin 2022

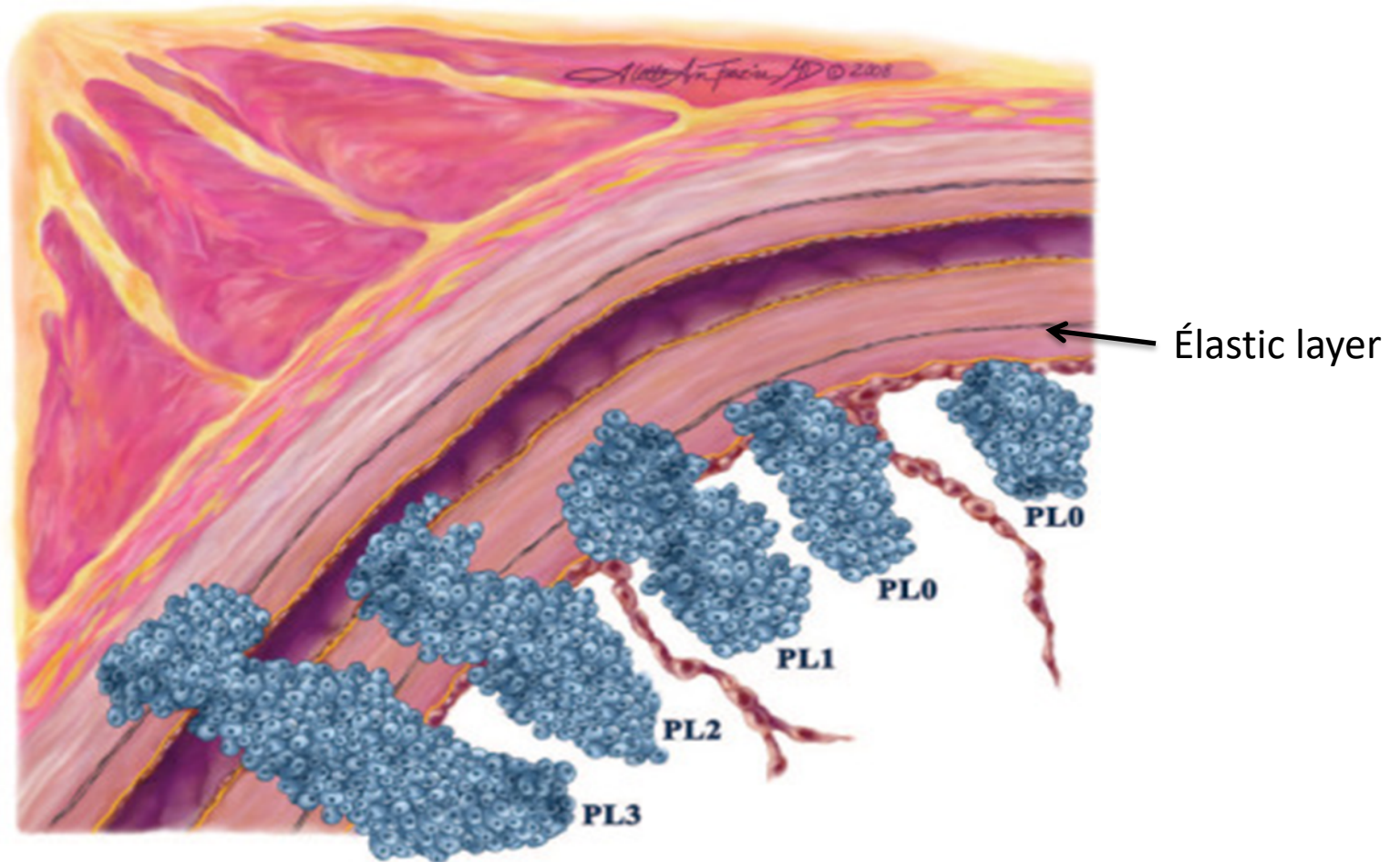
INTRODUCTION

- Une tumeur atteignant la paroi thoracique en imagerie correspond à l'un des quatre cas de figure suivants :
 - la tumeur envahit les tissus mous et/ou les structures osseuses pariétales et seule une résection élargie en monobloc à la paroi thoracique peut permettre d'obtenir un résultat R0 ;
 - la tumeur envahit la plèvre viscérale et la plèvre pariétale. Une résection extra- pleurale peut permettre d'obtenir un résultat R0 mais qui devra être prouvé histologiquement ;
 - la tumeur envahit la plèvre viscérale et la fixation à la plèvre pariétale tient à des adhérences inflammatoires. La résection extra- pleurale est suffisante ;
 - la tumeur et le poumon ne sont pas fixés à la paroi thoracique.
- L'envahissement de la paroi dans le CBNPC est retrouvé selon les séries dans 1,6% à 6,2%
- La mortalité liée aux résections pariétales peut atteindre 7,8 %.

RÔLE DE LA PLÈVRE

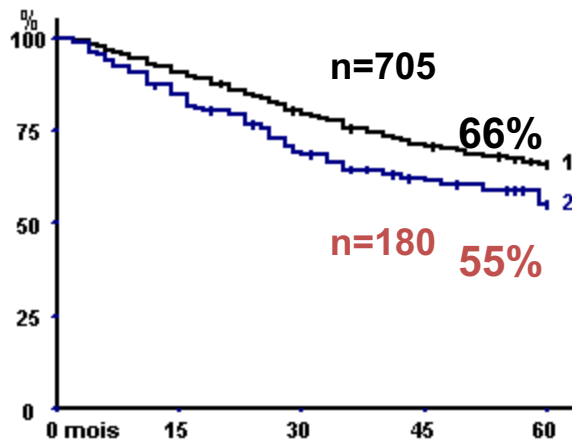
- Envahissement de la plèvre viscérale par un CBNPC = caractère anatomo-pathologique pronostique = up-staging de pT1 à pT2.
- Types d'atteinte pleurale
 - **PL0** = intra parenchymateux
 - **PL1** = plèvre viscérale atteinte non dépassée
 - **PL2** = plèvre viscérale atteinte et dépassée
 - **PL3** = plèvre viscérale dépassée avec envahissement de la plèvre pariétale (soit T3)

MODIFIED HAMMAR CLASSIFICATION OF VISCERAL PLEURAL INVASION (VPI) FOR LUNG CANCER



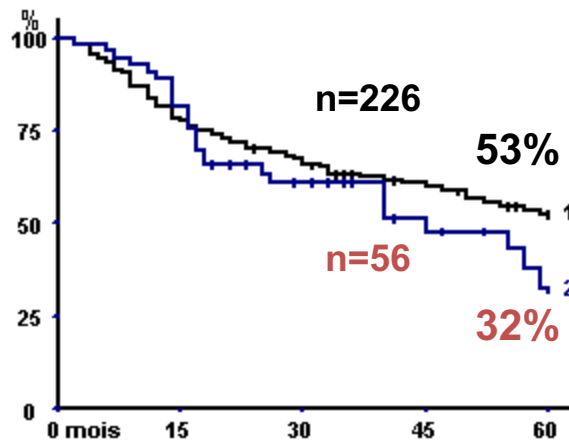
En cas de PL2 (PV+), la survie est moins bonne quelque soit le T et le N

N0



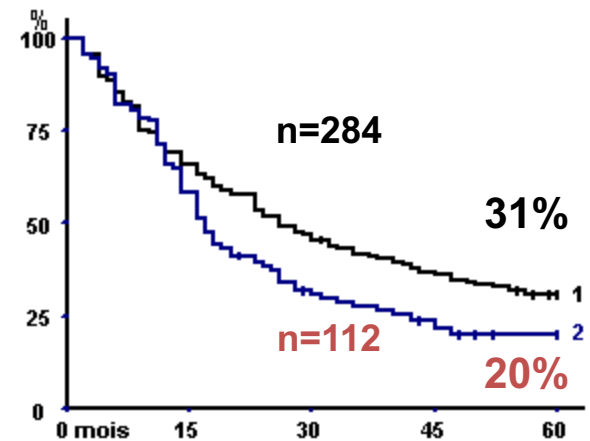
P=0.006

N1



(1) PV-
(2) PV+

N2



P=0.01

La fréquence des atteintes N2 est plus élevée en cas de PV+
(Les cellules tumorales desquament dans la cavité pleurale et sont absorbées par les lymphatiques)

non seulement par rapport au PV-

	PV +	PV -
N0	202 (61,8%)	732 (70,2%)
N2	125 (38,2%)	312 (29,8%)

P=0,0047

mais aussi en ce qui concerne le nombre de chaînes ganglionnaires envahies.

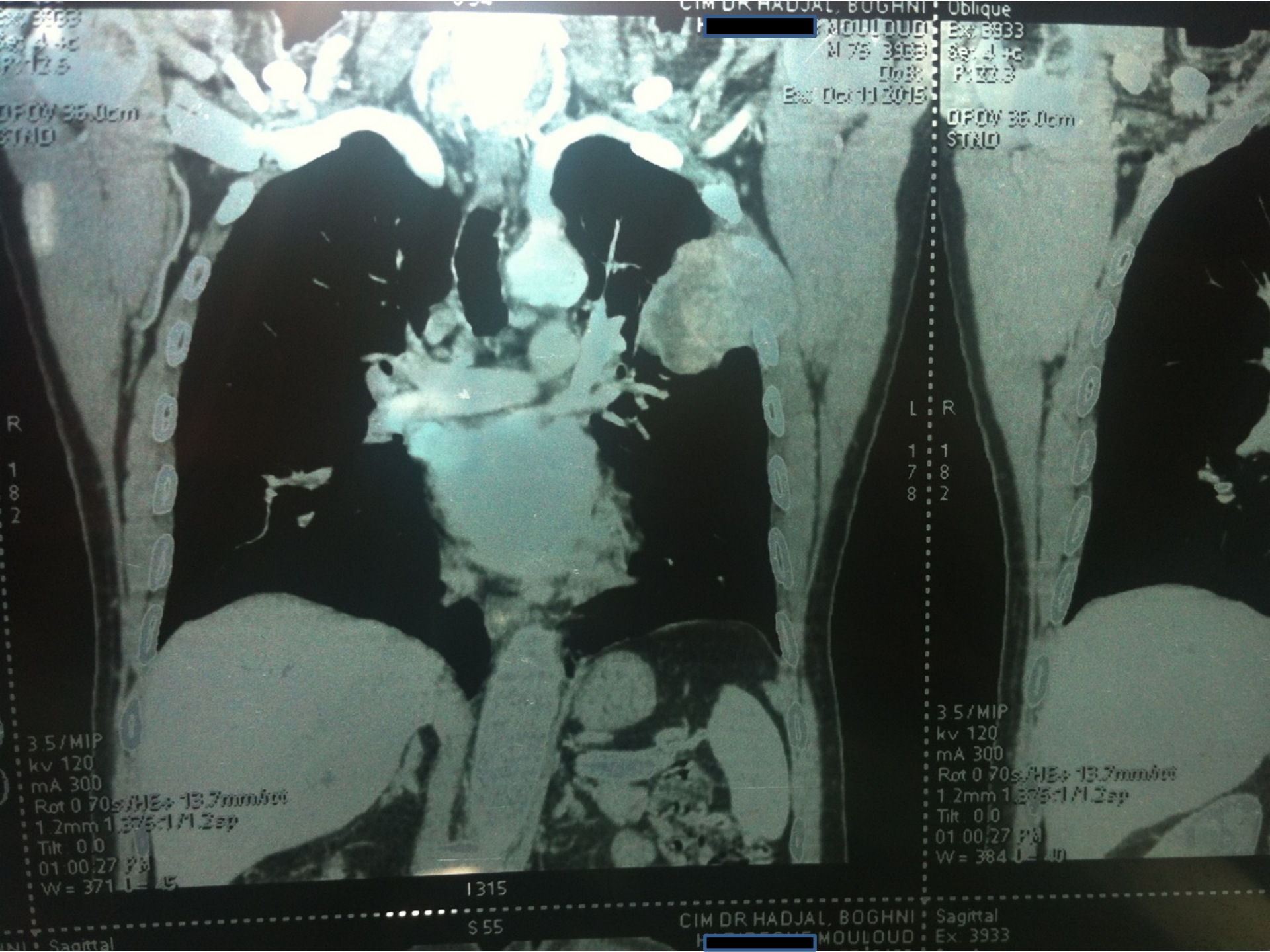
	PV +	PV -
N2 1 chaîne	68 (54,4%)	210 (67,3%)
N2 2 chaînes	57 (45,6%)	102 (32,7%)

P=0,011

COMMENT ÉVALUER L'EXTENSION PARIÉTALE ?

- ***Cliniquement*** l'envahissement pariétal se manifeste par des douleurs de type neurologique en regard généralement de l'extension. A un stade plus évolué une voussure peut se voir.
- Radiologiquement, il est difficile d'affirmer une extension pleurale par contiguïté, les signes étant peu spécifiques. La combinaison de 2 des 3 signes tomodensitométriques suivants peuvent le confirmer :
 - Angle de raccordement obtus avec la paroi.
 - Contact pleural supérieur à 3 cm.
 - Épaississement pleural au voisinage de la masse.
- ***La radiographie conventionnelle*** permet de voir les lésions évidentes (lyse costale, atteinte pleurale majeure).
- ***La TDM*** affine le diagnostic d'extension pleuro-pariétale:

- ***L'IRM*** est recommandée en cas de doute sur l'extension pariétale à la TDM, car elle précise :
 - l'atteinte de la gouttière costo--vertébrale.
 - l'atteinte des trous de conjugaison, et de l'espace péri-dural.
 - l'extension vertébrale, vasculaire et nerveuse des tumeurs de l'apex.
 - l'extension diaphragmatique.
- ***Pet Scan***: pour évaluer le N et le M



3933
Ex 3933
M 75 3933
Dob: 08/11/2015
DIPOM 35.0cm
STND

CIM DR HADJAL, BOGHNI
MOULOUD
M 75 3933
Dob: 08/11/2015
Ex 3933

Oblique
Ex 3933
M 75 3933
Dob: 08/11/2015
DIPOM 35.0cm
STND

R
1
8
2

L R
1 1
7 8
8 2

3.5/MIP
kv 120
mA 300
Rot 0 70s/HE+ 13.7mm/sec
1.2mm 1.375/1.1.2ap
Tilt 0.0
01 00/27 P3
W= 371 U= 45

3.5/MIP
kv 120
mA 300
Rot 0 70s/HE+ 13.7mm/sec
1.2mm 1.375/1.1.2ap
Tilt 0.0
01 00/27 P3
W= 384 U= 40

1315

S55

CIM DR HADJAL, BOGHNI
MOULOUD

Sagittal
Ex 3933

CLASSIFICATION TNM DU CANCER DU POUMON: 8^{ème} ÉDITION

- **T3** : Tumeur de plus de 5 cm et de 7 cm ou moins, ou ayant au moins l'un des caractères invasifs suivants:
 - **atteinte de la paroi thoracique (incluant les tumeurs du sommet),**
 - atteinte du nerf phrénique,
 - **atteinte de la plèvre pariétale** ou du péricarde,
 - nodule(s) tumoral(aux) dans le même lobe.

CLASSIFICATION PAR STADE:

8^{ème} ÉDITION

	N0	N1	N2	N3	M1a-b <i>Tout N</i>	M1c <i>Tout N</i>
T1a	IA-1	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T1b	IA-2	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T1c	IA-3	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IV-A	IV-B
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	IV-A	IV-B

Se:3 +c
I: 68.0
Im: 132
DFOV 26.8cm
STND/+

CHU MUSTAPHA ALGE
M 73 366
Dol
Ex: Oct 10 20



R
1
0
2

1.0/
kv 120

Axial Volume 3/Volume 2
Ex: 50X 8128 / 50X 8128

A 61

NESRAKI SLI

Se:6 / 4
S: 1218.7
Im: 129

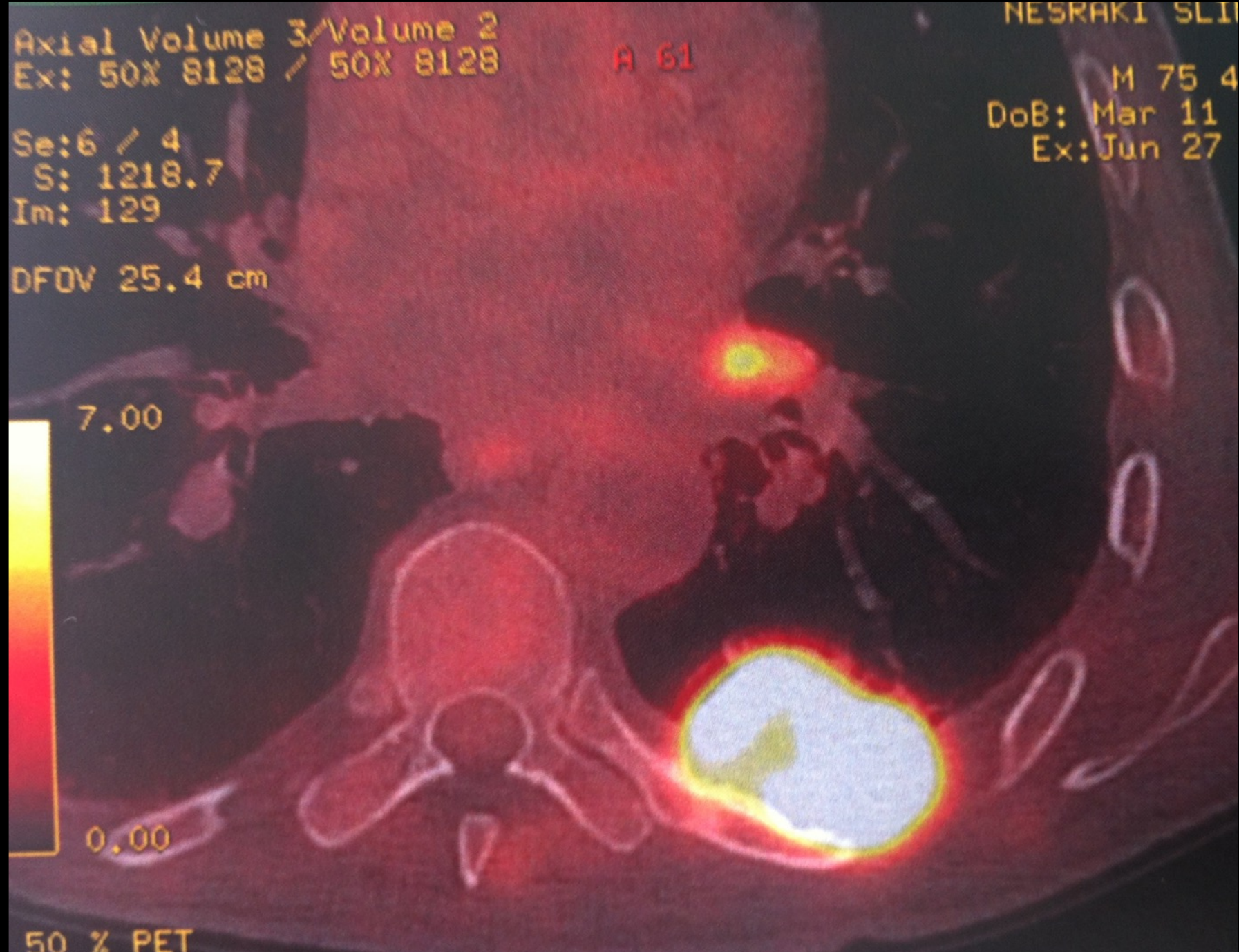
M 75 4
DoB: Mar 11
Ex: Jun 27

DFOV 25.4 cm

7.00

0.00

50 % PET

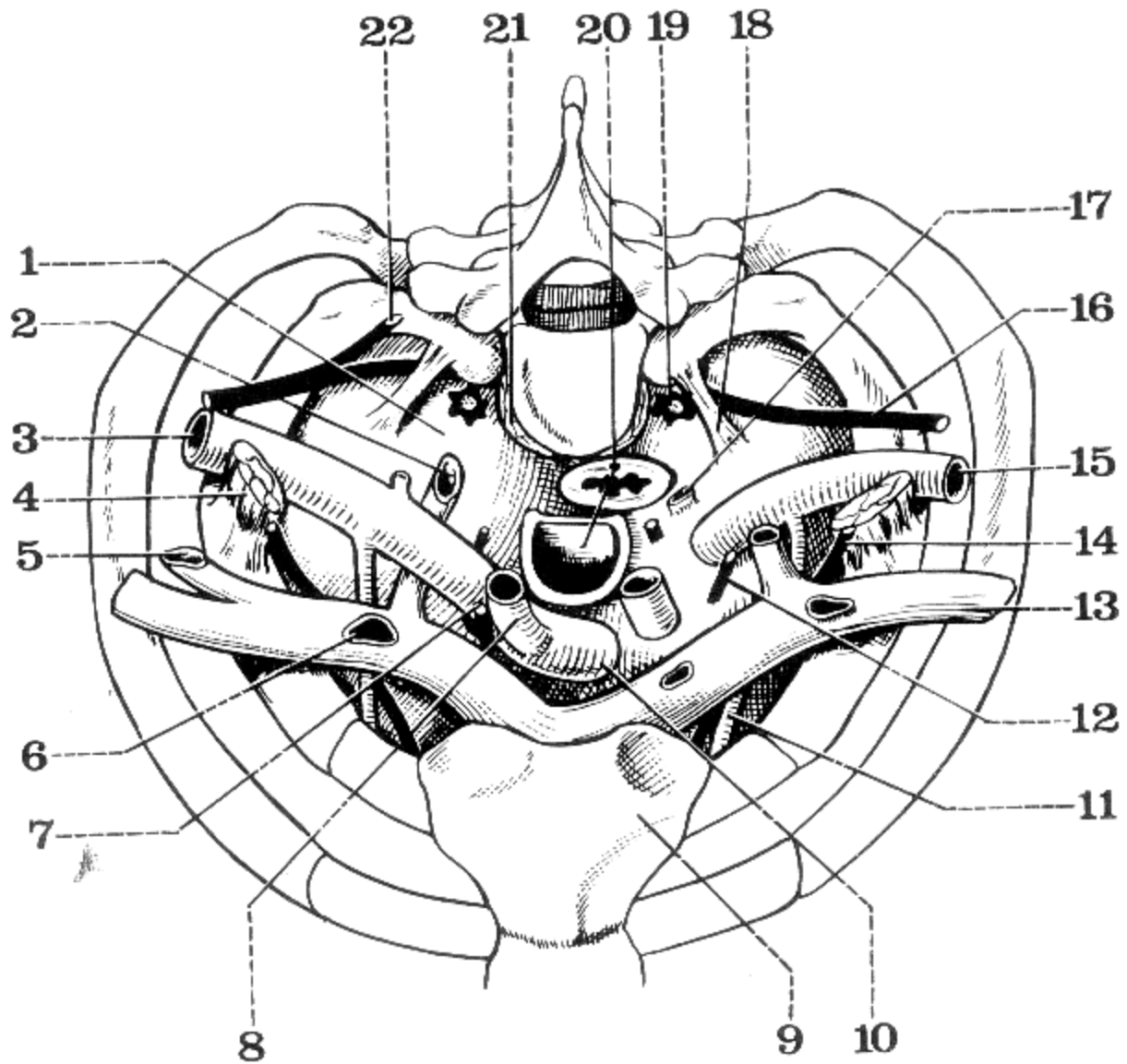




CAS PARTICULIER DES CBNPC DE L'APEX

- les carcinomes bronchiques non à petites cellules de l'apex ne représentent que moins de 5 % de tous les cancers pulmonaires. Ils constituent un défi du fait de leur proximité avec des structures critiques (plexus brachial, vaisseaux sus et sous-claviculaires, vertèbres, moelle épinière) et de la difficulté du traitement.

vue antéro-supérieure de l'orifice supérieur du thorax D'après Bouchet et Cuilleret



La première description séméiologique en a été faite par un chirurgien Britannique, Edward S. HARE, dès 1838 .

En 1932, cette entité spécifique était individualisée simultanément par Henry K. Pancoast et José W. Tobias.

Le syndrome de Pancoast-Tobias associe cliniquement une douleur de l'épaule, une névralgie cervicobrachiale liée à l'atteinte des racines C8 et T1 du plexus brachial, et un syndrome de Claude Bernard Horner (ptosis myosis énoptalmie) par l'envahissement de la chaîne sympathique au niveau du ganglion stellaire.

Une paralysie récurrentielle et/ou phrénique est plus rare.

Radiologiquement :

- Ombre homogène au sommet de l'apex pulmonaire au téléthorax.
- Destruction de côte toujours associée
- Parfois infiltration vertébrale

Par sa haute résolution en contraste et la possibilité de réaliser des coupes multiplanaires, l'IRM s'est révélée être la technique d'imagerie la mieux adaptée pour l'analyse de l'extension locale de ces tumeurs.

Une tumeur de Pancoast Tobias peut être classée T4 par infiltration d'une vertèbre.

AISSACOT AMAR 05-11-13
14.02.25-13:28:21-DST-1.3...
E *25/02/1945, M, 69Y

Emotion 16 (2010)
syngo CT 2012E

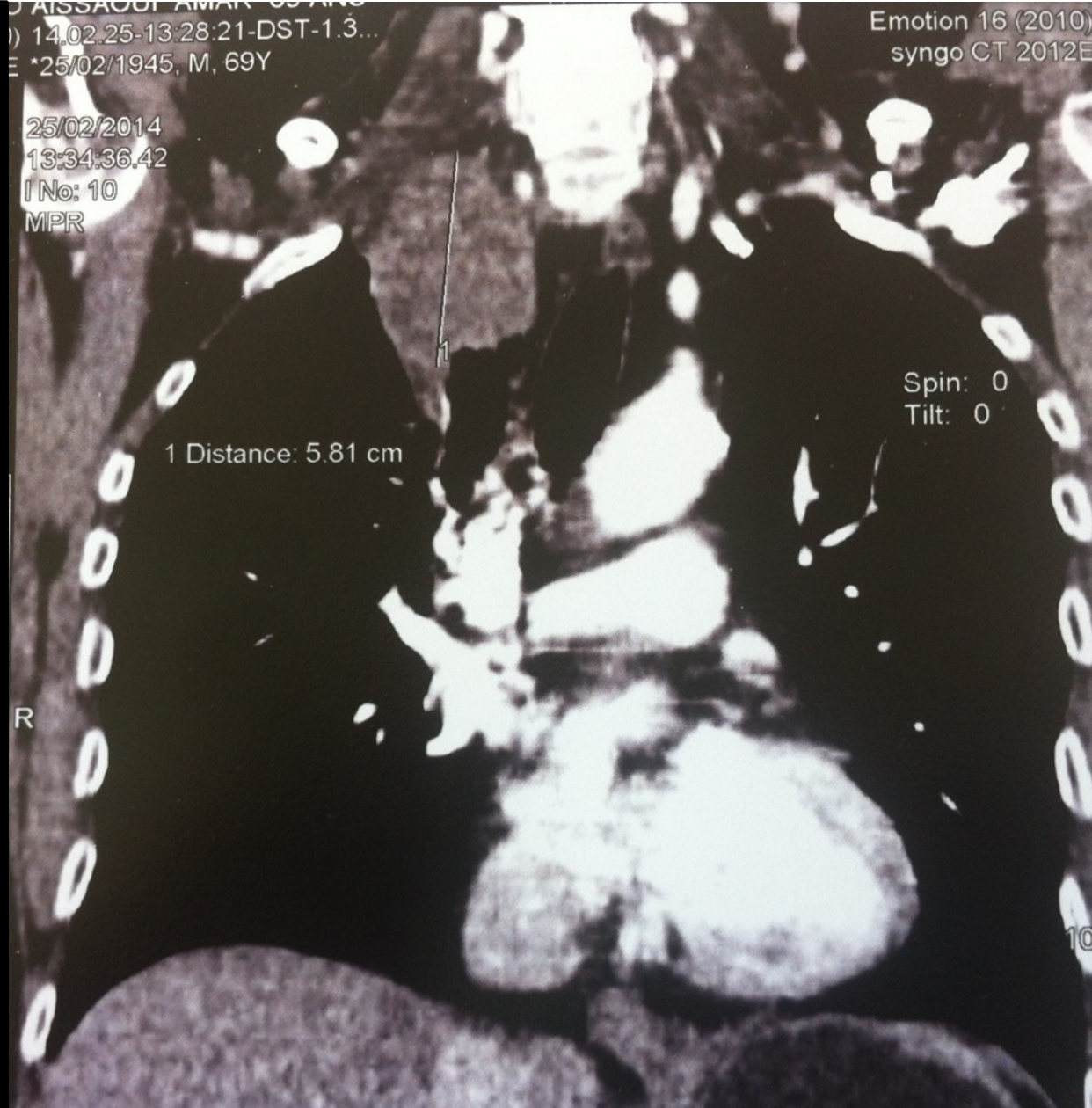
25/02/2014
13:34:36.42
I No: 10
MPR

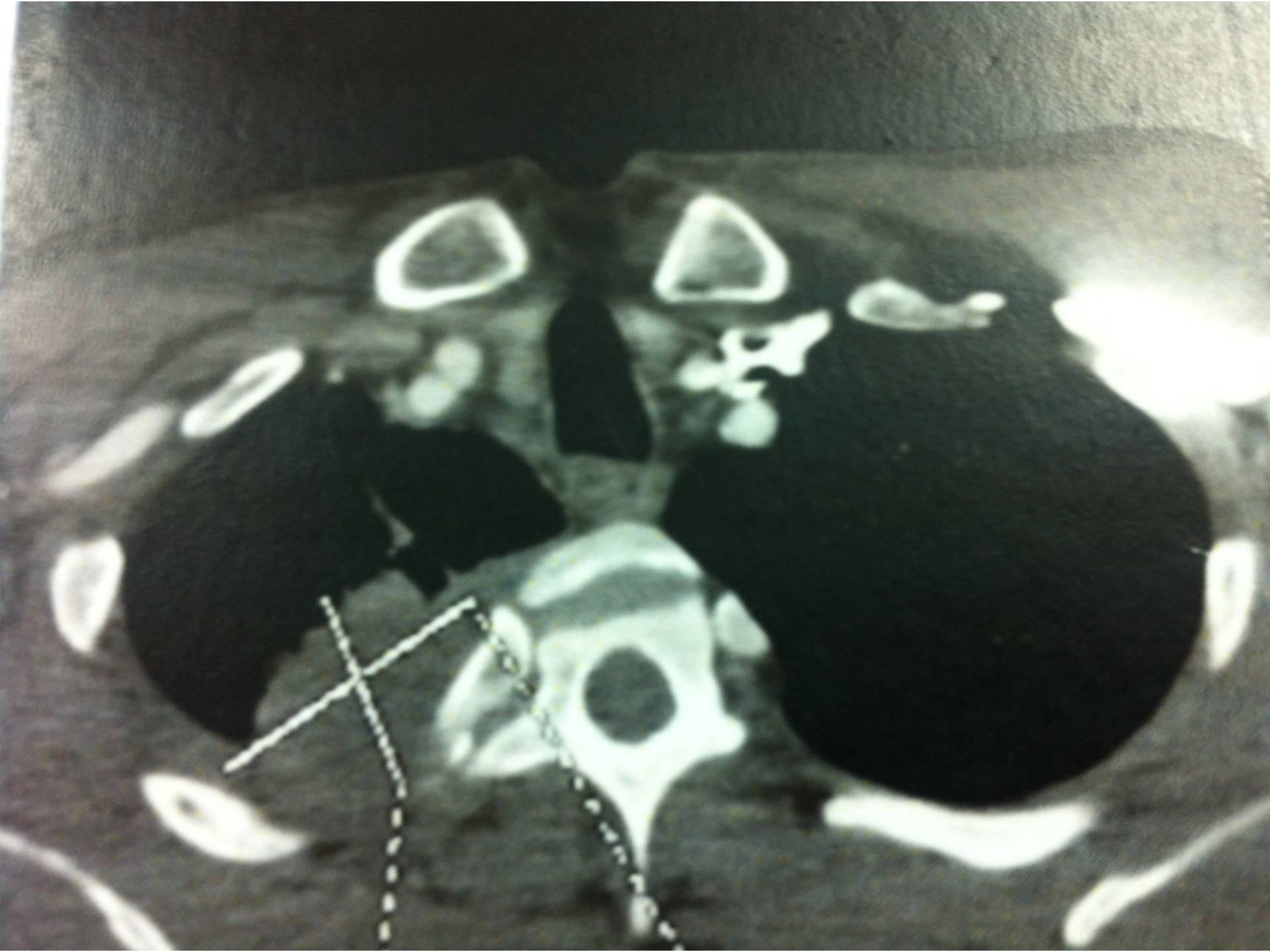
Spin: 0
Tilt: 0

1 Distance: 5.81 cm

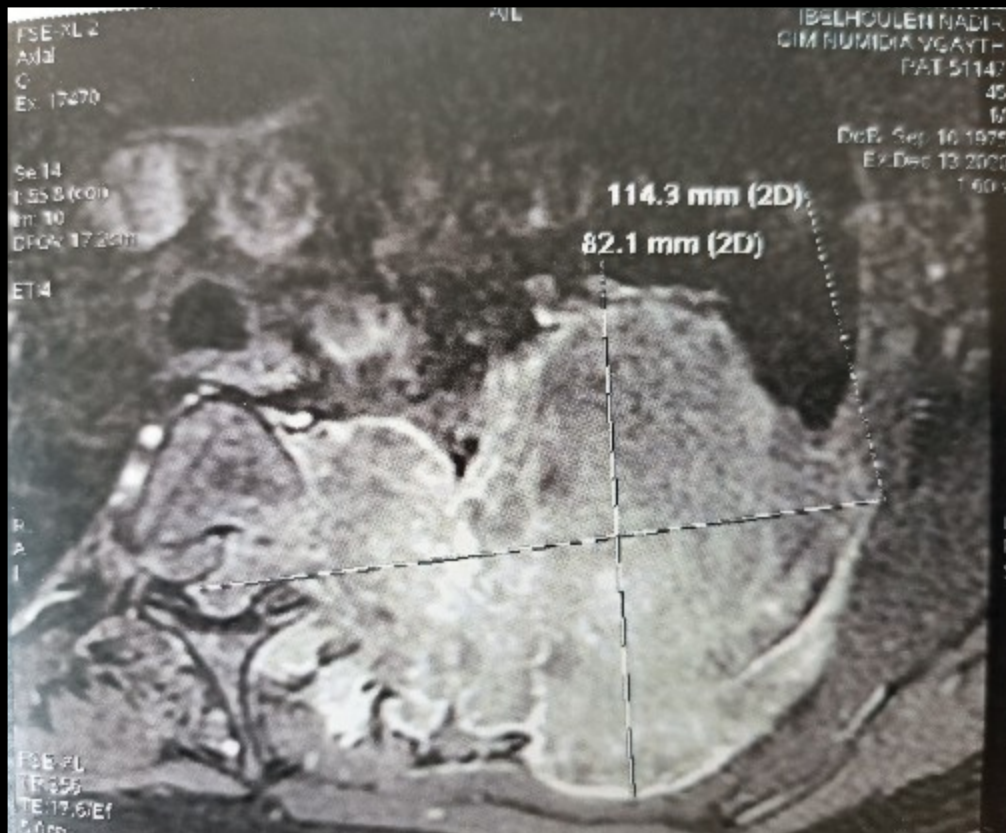
R

10









POINTS POSITIFS DANS LA PRISE EN CHARGE DES TUMEURS DE L'APEX

- Jusqu'aux années 1990, le standard chirurgical était l'exérèse tumorale en bloc avec une voie d'abord postéro-latérale appelée voie de Paulson.
- Dans les années 1990, apparition de la voie antérieure qui donne accès aux structures vasculaires et des premières vertébrectomies.
- Depuis quelques années, plusieurs équipes ont recours à la VATS pour la lobectomie combinée à une voie antérieure.
- La prise en charge de référence est maintenant de proposer une radio-chimiothérapie concomitante préopératoire.





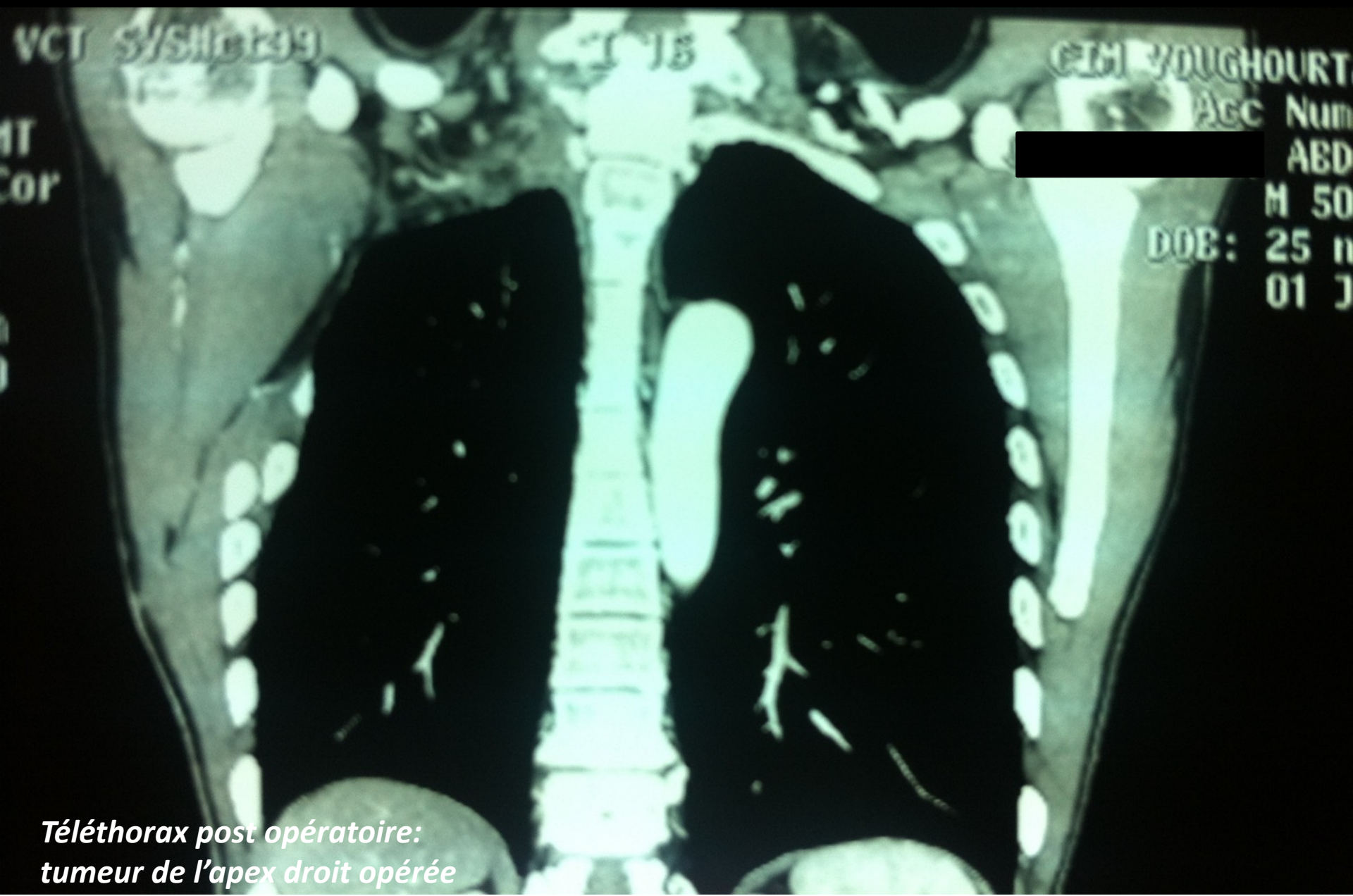


VOIE D'ABORD ANTÉRIEURE





Vue per-opératoire: tumeur de l'apex droit



*Téléthorax post opératoire:
tumeur de l'apex droit opérée*

CAS CLINIQUE

- G.Abdelkader.
- 49 ans
- Gros fumeur
- Tumeur de Pancoast en avril 2015 abordée par une double voie antérieure et postéro-latérale. Résection en mono bloc du LSD, des 3 premières côtes et de l'artère sous Clavière droite , remplacée par un pontage termino-terminal par prothèse en PTFE.
- Anapath = ADK
- Sorti à J9 et orienté en polyclinique pour soins locaux d'un défaut de cicatrisation mineur sur la plaie antérieure.
- A J30 au contrôle ,dans le service, au cabinet des soins, allongé sur la table, hémorragie par la plaie par lâchage de l'anastomose vasculaire sur la sous-clavière
- Acheminé au bloc, réparation par un autre pontage par saphène interne inversée et couverture par un lambeau musculo-cutané du grand pectoral.
- Évolution favorable
- DC en avril 2018 par métastases cérébrales (03 ans de survie).

CHIRURGIE THORACIQUE = CHIRURGIE LOURDE

CHIRURGIE DES TUMEURS DE L'APEX= SOUVENT CHIRURGIE VASCULAIRE

LES PROBLÈMES NON RÉSOLUS DES TUMEURS DE PANCOAST

- Quelle est la signification d'un ganglion supra claviculaire, contigu à la tumeur et envahi. S'agit-il d'un N3 (métastatique) ou d'un N1 (premier relai) ? Quelle est son implication thérapeutique ?
- Quelle est la place de la chirurgie des N2 après disparition du N2 par le traitement d'induction ?
- Quelle est la dose adéquate de la radiothérapie pré opératoire (45 ou 60 Gy ou plus ?)
- Quel est le rôle de la chimiothérapie post-opératoire adjuvante ?

CONCLUSION

- L'atteinte pariétale par un cancer bronchique non à petites cellules est un élément péjoratif alors que la chirurgie type R0 est un facteur essentiel du pronostic.