



PLACE DE LA RESECTION INFRALOBAlRE DANS LA CHIRURGIE DU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF

Y.M.MEDJDOUB

Service de chirurgie thoracique et cardio vasculaire
C.H.U.MUSTAPHA –ALGER -

INTRODUCTION

- Abécédaires de la Cancérologie
- Diagnostic précoce → Pic +++

Tr de petite taille = trt conservateur +++
(sacrifice de tissu de voisinage -)

- Sein : tumorectomie $\equiv$ mastectomie
 - Morbidité réduite
 - Impact psychologique atténué +++

- Résections infra lobaires dans les CBNPC ?
- carcinologique : Résection anatomique réglée

Minimum Lobectomie

- 
- Moins qu'une lobectomie ?
 - Lobectomie : technique bien acquise
 - Très peu de risques opératoire
 - Mortalité < 2%

- **R.I.L.**

- TDM multibarrets +++
- Endoscopie avec autofluorescence
- Pet Scanner ±

- Nodules de petite taille < 2 cm
- Fonction respiratoire $\pm$
(Cancer du sujet âgé)
- Morbidité < Lobectomie +++

Segmentectomy



Wedge

- Corrélation entre imagerie et l'anapath.
- L'objectif technique de l'exérèse chirurgicale est d'obtenir une résection macroscopiquement et microscopiquement » Ro »
- Cette exérèse peut être conditionnée par les réserves fonctionnelles respiratoires , l'âge et les éventuelles co morbidités associées.

Le T1NO existe-t-il ?

Importance capitale du N - staging !

314 patients avec tumeur < 3 cm

Prévalence N2 :

T1 : 215

N0 : 189

T2 : 64

N1 : 66

T3 : 35

N2 : 59

T4 : 6

T<1cm : 12.2 %

T<2cm : 18.0 %

T<3cm : 21.3 %

Résection dans un programme de screening par TDM

Staging :

- 3130 nodules chez 1112 patients (73 %)
- 55 opérés (3.6 %)
- 45 cancers bronchiques (3 %)
 - 1.5 % des nodules

IA 65 %

IB 7 %

IIA 10 %

IIB 2 %

IIIA 7 %

IIIB 7 %

IV 2 %

MATERIEL ET METHODES

- 2003 à 2007
- 134 patients CBPNC cancer bronchique If Stade I
- A.T.C.D des cancers = 00

MATERIEL ET METHODES

- Bilan pre op +++
 - Histoire de la mdie , examen clinique
 - Fibroscopie ++
 - EFR + gaz du sang
 - Telethorax
- TDM
- bilan d'extension à la demande(scint.,IRM)

MATERIEL ET METHODES

- Lobectomie : 101
- Résections infra lobaires : 33
(Incision < 7cm)
- Segmentectomie : 7 (21,21%)
- Wedge resection : 26 (78,78%)
- Indication de R.I.L : Age et fonction resp.

MATERIEL ET METHODES

Hommes	Lobectomie	Résections infra lobaires	Valeur de P
Hommes	73 (74,28 %)	28 (86%)	O,57
Femmes	28 (25,72)	05(14%)	O,56
Age	64,8 ± 8,7	68,7± 8,4	O,O1
VEMS	63,6 ± 6,1	71% ± 25,6	O,O1
Comorbidités	57 (49%)	26 (72%)	O,O2
T1NOMO	26(25,74 %)	19 (57,57%)	O,OO4

MATERIEL ET METHODES

- Curage gg : 100%
- Anapath selon classification T.N.M
- Suivi post opératoire identique dans les 2 groupes
- Suivi médian = 49 mois
- Récidive dans le même hemithorax
- Métastases : localisation à distance sans récurrence locale

RESULTATS

- Pas de décès per opératoire dans les 2 groupes
- Péri opératoire : 02 décès

	Lobectomies	R.I.L	Valeur de P
Décès	02 (1,98 %) (Fistule,IDM)	00	0,9

RESULTATS

	lobectomie	R.I.L	Valeur de P
Durée d'hospitalisation	10 ± 5,3 jours	5 ± 3,4 jours	0,001
Durée du drainage	8 ± 4,9 jours	4 ± 2,5 jours	0,003
Complications	34 (%)	8 (%)	0,8

RESULTATS

- T1 No Mo = 45 (33,5%) patients
19 (57,57 %) dans le groupe RIL
26 (25,74%) dans le groupe lobectomie
(P = 0,004)

Le reste du groupe étaient des T2NoMo

RESULTATS

- Diamètre de la Tumeur
 - Lobectomie : 2,4 cm
 - R.I.L. 1,6 cm

(pas de différence statistique significative)

RESULTATS

- Objectif oncologique primaire
 - Survie à long terme
 - Risque relatif de récurrences locales et à distance après lobectomie ou R.I.L

	Lobectomie	R.I.L	P Value
Survie à 5 ans	64,4%	66,7%	0,3

RESULTATS

Récidive locale : significative entre lobectomie et R.I.L
mais pas de différence entre segmentectomie et
Wedge résection.

	Lobectomie	R.I.L	P.Value
Récidive locale	8 (6,9%)	9(25%)	< 0,0006

RESULTATS

- T1 pas de différence en terme de survie et de récurrence

	Lobectomie	R.I.L	P.Value
Survie à 5 ans	78,6%	79,1%	0,2
Récurrence locale	02 (1,7%)	02 (5,5%)	0,8
Récurrence à distance	24%	11%	0,14

RESULTATS

- Patients T2 No

	Lobectomie	R.I.L	P.Value
Survie à 5 ans	59,7%	65,4%	0,18
Récidive locale	5,1%	19,2%	0,001
Récidive à distance	24 %	11%	0,14

RESULTATS

- Effet des autres facteurs :
Cox .Proportionnal .Hazard ratio.
 - sexe - Age - Tabagisme
 - Taille de la Tr - VEMS - Comorbidités
 - Type de résection – Complication
 - Récidives locales
- **AGE ++** ($p = 0,001$ et risk ratio = 3,59)
- **RECIDIVES LOCALES ++**($p = 0,01$ risk ratio = 2,4)



DISCUSSION

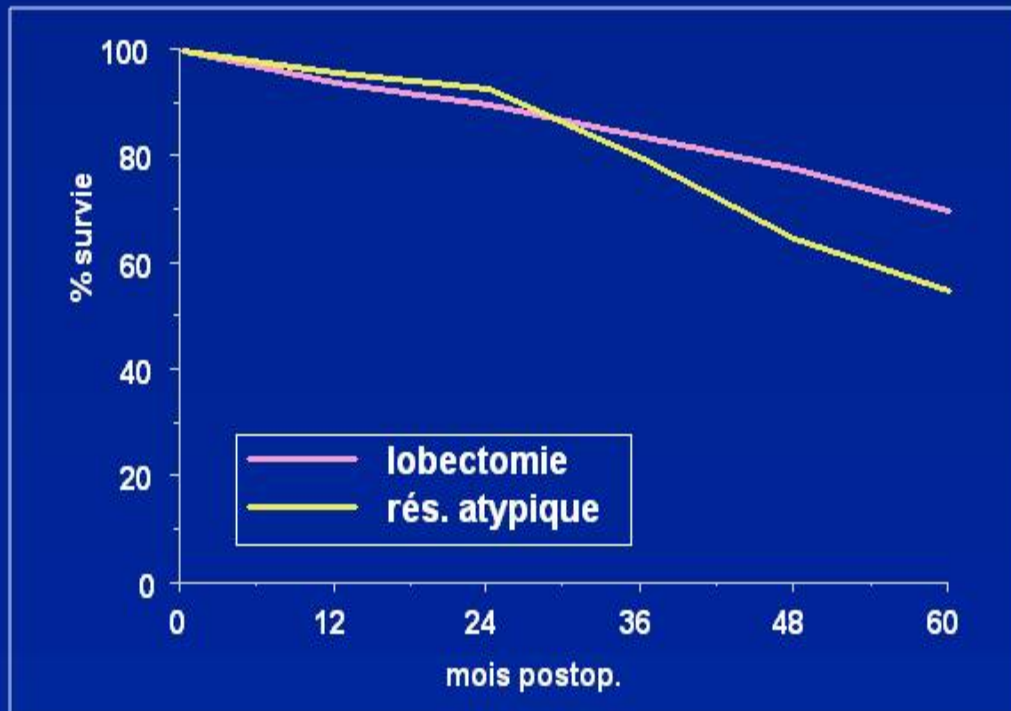
DISCUSSION

- **R.I.L. +++**
- 1^{er} resections infra lobaires : 40 ans *
 - Préservation de plus de tissu parenchymateux
 - Préservation des réserves respiratoires
 - Suite opératoires plus simples

Arguments théoriques !!!

*Jensik RJ, Faber LP, Milloy FJ, Monson DO segmental resection for lung cancer : A fifteen year experience
J. Thorac Cardiovasc. Surg 1973 ;63:4-8

“Lung cancer study group !”



276 patients randomisés

Récidive locale X 3

Décès par cancer augmentés de 50 %

Etudes classiques non randomisées

segmentectomie

lobectomie

récidive locale*

22.7 %

4.9 %

survie(5 ans)**

59 %

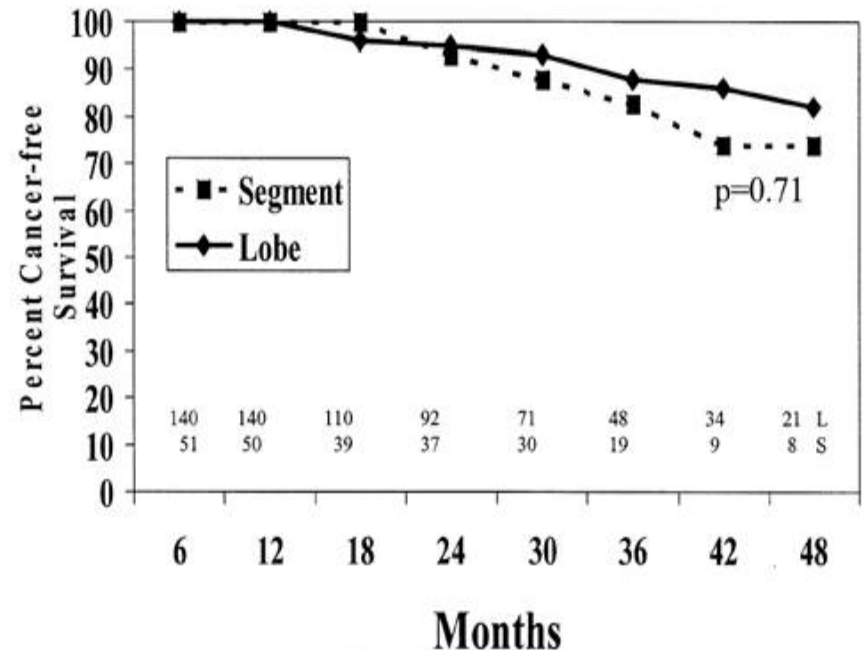
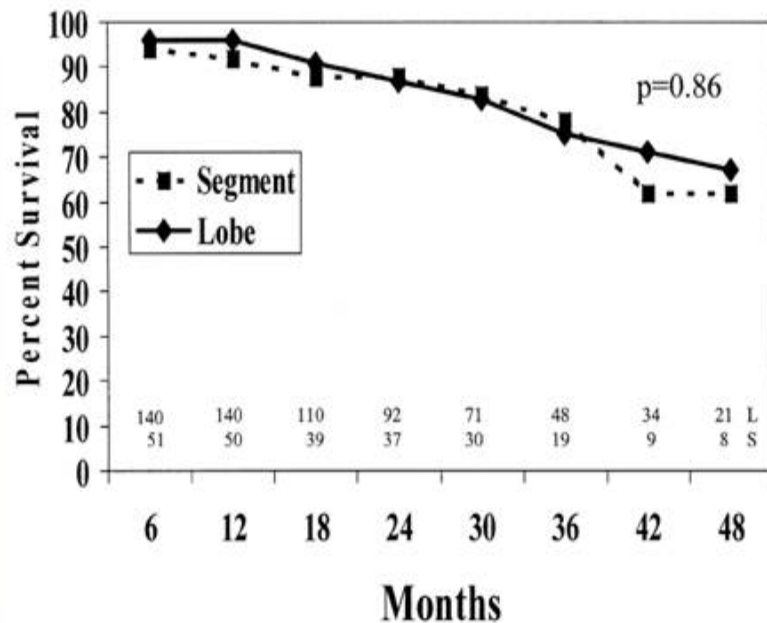
77 %

*Warren WH & Faber LP. J Thorac Cardiovasc Surg 1994;107:1087-94

**Martini N et al. J Thorac Cardiovasc Surg 1995;109:120-9

La segmentectomie économise la fonction respiratoire dans le stade I

	Lobectomie	Segmentectomie
N	147	54
récidive locale	7.5 %	11.1 %



DISCUSSION

- Segmentectomies élargies pour petites tumeurs
 - 73 patients avec Tr < 2 cm
 - 18 exclus car N+
 - 1 seule récurrence
 - Survie à 5 ans pour T1N0 = 81,8%

Notre série ≡

• Yoshikawa K. and Al. Ann. Thorac. Surg. 2002;73: 1055-9

DISCUSSION

Etude rétrospective: résection limitée
Tr<2 cm

	3 ans	5 ans	Métas	Récidives
Résections limitées (N 74)	94,0%	89,1%	5	2
Lobectomies (N 159)	97,0%	90,1%	9	2

DISCUSSION

- Influence de la taille tumorale sur la survie : Etude en fonction de l'étendue de l'exérèse

Survie à 5 ans

Taille	Lobectomie	Segmentectomie	Wedge
<2cm	92,2%	96,7%	85,7%
2-3 cm	87,4%	84,6%	39,4%
> 3 cm	81,3%	62,9%	0%

Okada M et Al J.Thorac Cardiovasc surg 2005;129 87:93

Fernando H.L Lobar and sublobar resectionhérapy with or without brachytherapy for small stage IA non small lung cancer J.Thoracic cardiovasc surg. 2005 129 (2) 261-267

DISCUSSION

- Notre travail
- Facteurs influençant la survie
 - Age
 - Récidives locales

au niveau du même endroit avec Ro
agressivité de la tumeur qu'avec le geste chirurgical
Chimiothérapie post opératoire ?
Plusieurs essais = inutile ++++*

*Yu SL,Chen H.Y Unique micro RNA signature and clinical outcome of cancer DNA cell biol. 2007 ; 26 (5) 283-292

DISCUSSION

Pas de différences statistique significative :
complications et mortalité péri op.

Dans R.I.L : Durée d'hospitalisation (-)
Convalescence (-)

Résection parenchymateuse : pas de dysfonction resp.

Okada et al

FVC

VEMS +++++

2 mois après chirurgie +++

CONCLUSION

- T et N élevés
- R.I.L a condition des respecter les marges de sécurité apparait comme étant une bonne méthode chirurgicales +++ (T₁NoMO)
- Lobectomie reste réservée aux autres catégories.