

# Place de la Chirurgie dans les Stades III

L. Brouchet

Clinique des Voies Respiratoires

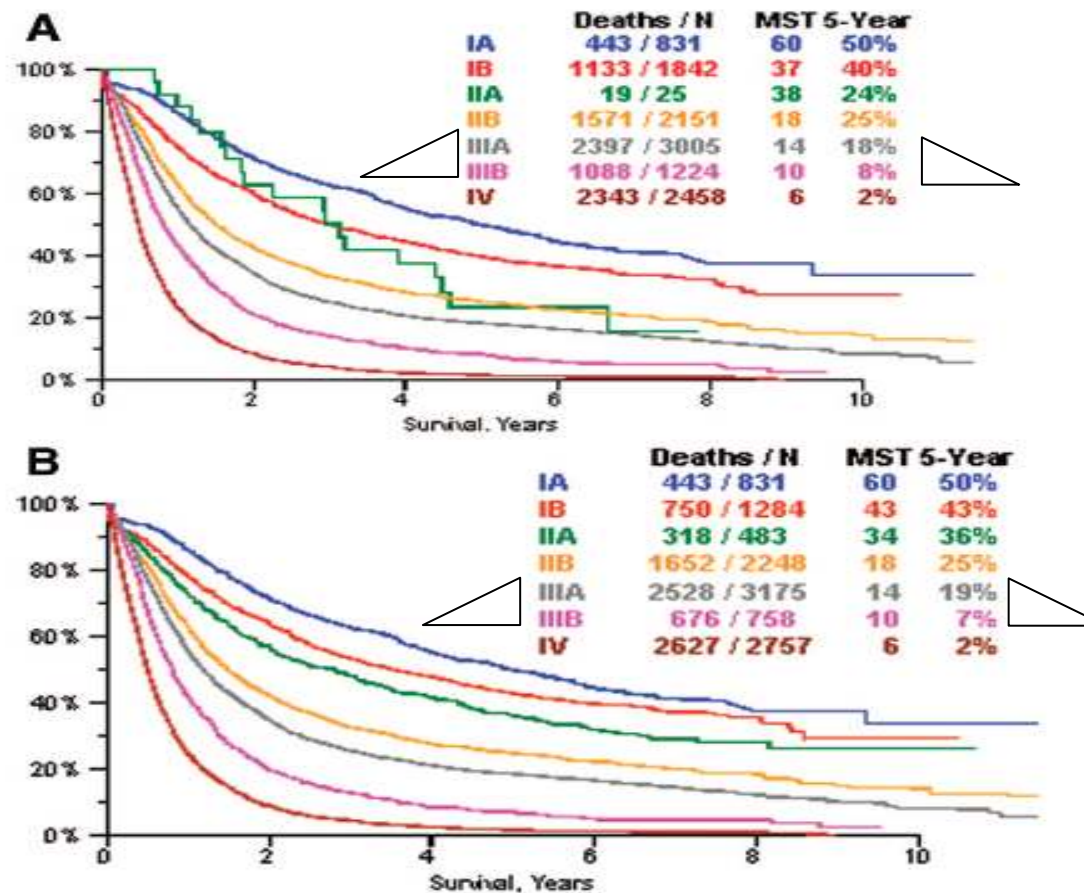
CHU Toulouse

# Nouvelle Classification

Ancienne classification	Proposition pour T/M	N0	N1	N2	N3
<b>T1 (&lt;=2cm)</b>	T1a	IA	IIA	IIIA	IIIB
<b>T1 (&gt;2 – 3 cm)</b>	T1b	IA	IIA	IIIA	IIIB
<b>T2(&lt;=5cm)</b>	T2a	IB	<b>(IIB)</b> IIA	IIIA	IIIB
<b>T2 (&gt;5-7cm)</b>	T2b	<b>(IB)</b> IIA	IIB	IIIA	IIIB
<b>T2 (&gt;7cm)</b>	T3	<b>(IB)</b> IIB	<b>(IIB)</b> IIIA	IIIA	IIIB
<b>T3 invasion</b>		IIB	IIIA	IIIA	IIIB
<b>T4 (nodule même lobe)</b>		<b>(IIIB)</b> IIB	<b>(IIIB)</b> IIIA	<b>(IIIB)</b> IIIA	IIIB
<b>T4 (extension)</b>	T4	<b>(IIIB)</b> IIIA	<b>(IIIB)</b> IIIA	IIIB	IIIB
<b>M1 (nodule même poumon)</b>		<b>(IV)</b> IIIA	<b>(IV)</b> IIIA	<b>(IV)</b> IIIB	<b>(IV)</b> IIIB
<b>T4 (épanchement pleural)</b>	M1a	<b>(IIIB)</b> IV	<b>(IIIB)</b> IV	<b>(IIIB)</b> IV	<b>(IIIB)</b> IV
<b>M1 (nodule contralatéral)</b>	M1a	IV	IV	IV	IV
<b>M1 (distant)</b>	M1b	IV	IV	IV	IV

# Nouvelle Classification

31 % au moment du diagnostic



**FIGURE 2.** Overall survival, expressed as median survival time (MST) and 5-year survival, by clinical stage using the sixth edition of TNM (A) and proposed International Association of the Study of Lung Cancer recommendations (B).

# Données de la Base Epithor

12620 CBNPC  
pTNM  
Induction 16,8%

IIIA = T3 N1	422	3,3%
IIIA = T1-T3 N2	2279	18,0%
IIIB = T1-T4 N3	31	0,2%
IIIA/B = T4 N2	342	2,7%
IIIA = T4 N0-N1	651	5,1%



# T3 N1

- 7cm, Nodule du Même lobe
- Paroi thoracique
- Péricarde
- Diaphragme
- Atélectasie, pneumopathie de tout un poumon
- Tumeur à moins de 2 cm de la carène

# T3 Pariétaux

N=354



5-8% des CBP



Contre-indication historique



Indication antalgique



Indication raisonnée

Survie à 5 ans des T3 N0 = 44,6% (stdIIB)

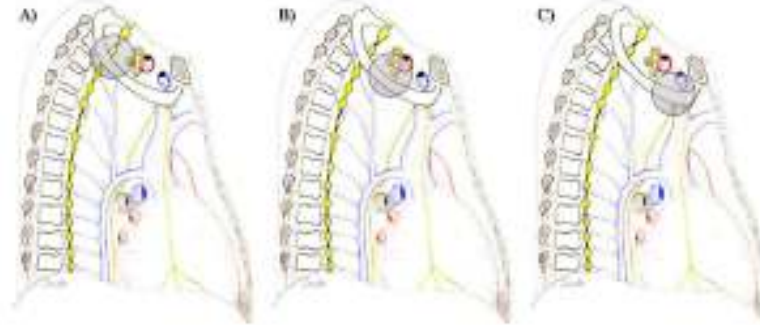
Survie à 5 ans des T3 N1 = 20,9% (stdIIIA)

# T3 Pariétaux

- Chirurgie doit être R0  
Sans arrière pensée sur la reconstruction  
Morbi-mortalité faible (30%-8%)
- Atteinte plèvre pariétale, quelle résection ?
  - pb anapath du R0
  - Impossibilité diagnostic préop
  - Impression per-op
- Résection en bloc (élargie aux côtes) semble justifiée pour les IIB mais est sans influence dans les IIIA

# Tumeur de Pancoast et Tobias

N=104



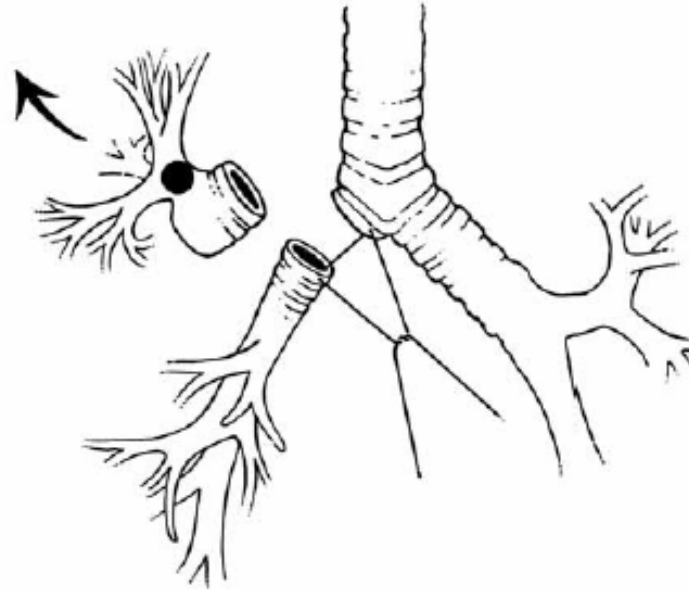
- Médiastinoscopie systématique
- R0 (IRM, TDM ...)
- Radio-Chimio ou RTE d'induction
- Lobectomie et curage radical
- Equipes spécialisées (résécabilité)

~~N2~~

~~Wedge~~

< 2cm de la carène

N=348

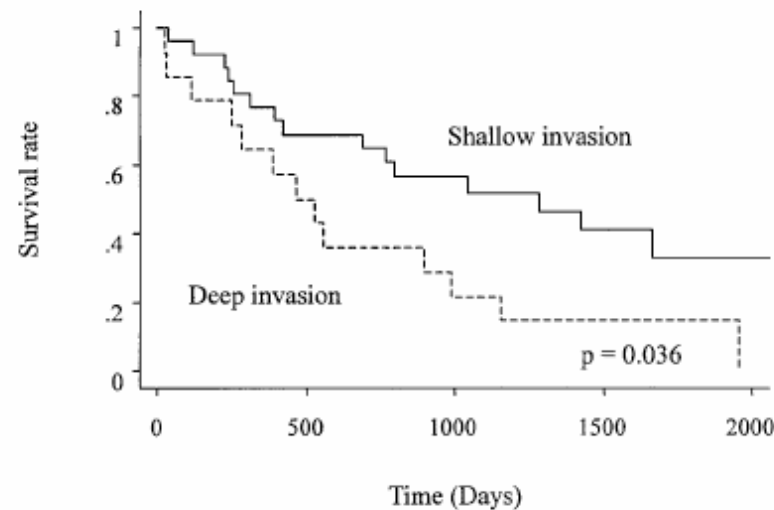


Sleeve lobectomie Vs Pneumonectomie  
Survies comparables

*Deslauriers ATS 2004, recommandations SFCTCV 2007*

# Diaphragme

- Rare 0,17 à 0,4% des thoracotomies
- Problème diagnostic préop IRM
- Pronostic sombre
- Invasion profonde (muscle et au-delà) → T4?



# T1-4 N3 (IIIB)

- Recommandation : pas de chirurgie

Survie à 2 ans N3 controlatéraux : 0%

SWOG 1995

- Phase II : patients sélectionnés, traitement d'induction, downstaging, curage bilatérale, léger bénéfice / RTE-Chimio Concomitante  
Niveau de preuve 2, reco D)

*A. D'Andrilli 2007*

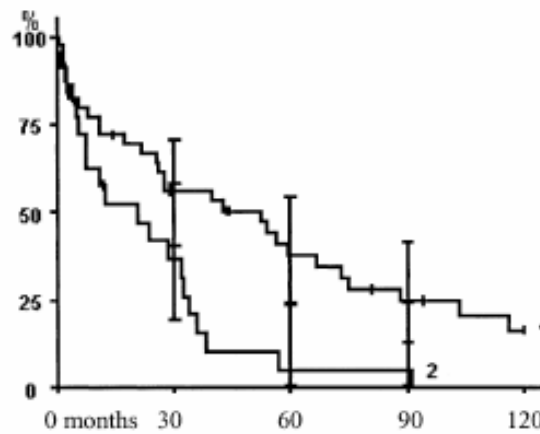
# T4 N0-1

MEDIASTINOSCOPIE (N0 N1)

R0

- Nodule satellite → T3
- Carène :

N=25



Patients at Risk	0	30	60	90	120
N0/N1	21	13	7	4	-
N2	8	2	1	-	-

Fig 5. Ten-year survival rate by nodal status, including postoperative mortality;  $p = 0.0064$ . (line 1 = N0 or N1 [ $n = 40$ ]; line 2 = N2 [ $n = 22$ ].)

Regnard 2005

# T4 N0-1

N=550



N=137

N=12

T4	Nb patients	Survie 5 ans
Oreillette	85	8% (0-22)
VCS	40	23% (15-31)
Vertèbre	29	42%
Aorte	27	nc
Oesophage	7	14%

*Detterbeck Chest 2003*

- Faisable si mortalité <10% → Centres spécialisés
- R0 → Induction ?

# T4 N2

- Recommandation : pas de chirurgie

- Cas particulier :

T4 Résécable

N2 minimal

Répondeur à la Chimio

OMS 0-1

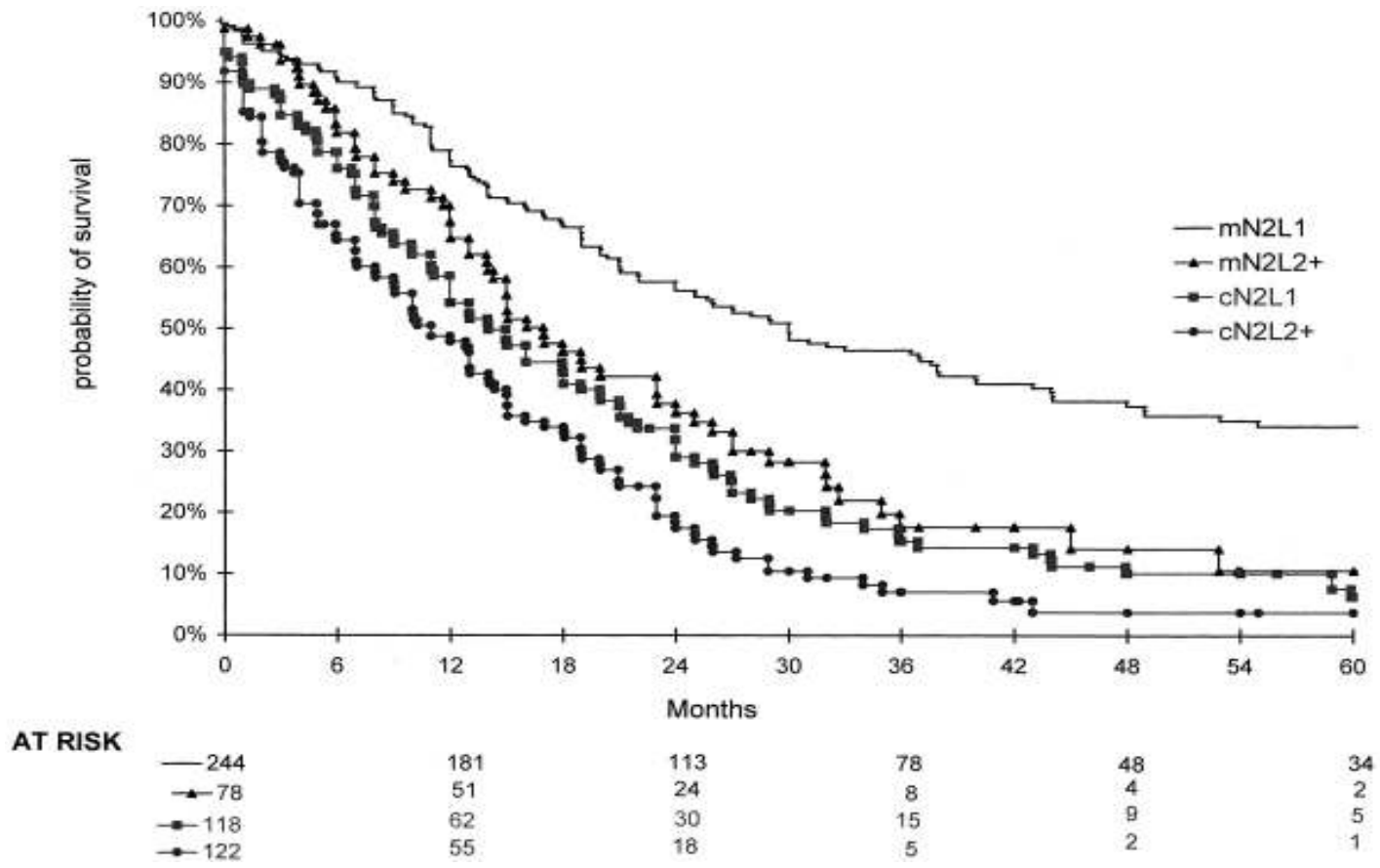


# Les Stades IIIA (T1-3 N2)

N=18%



## Groupe hétérogène



## Les Stades IIIA (T1-3 N2)

IIIA <sub>1</sub>	Incidental nodal metastases found on final pathology examination of the resection specimen
IIIA <sub>2</sub>	Nodal (single station) metastases recognized intraoperatively
IIIA <sub>3</sub>	Nodal metastases (single or multiple station) recognized by prethoracotomy staging (mediastinoscopy, other nodal biopsy, or PET scan)
IIIA <sub>4</sub>	Bulky or fixed multistation N2 disease

# N2 per et postopératoire (minimal)

- Minimal N2 → Chimio adjuvante CDDP  
RTE ? (lung art)
- N2 per-opératoire → poursuite du geste  
si R0 possible puis ...
- Curage radical dans tous les cas

# N2 Bulky et N2 potentiellement résécables

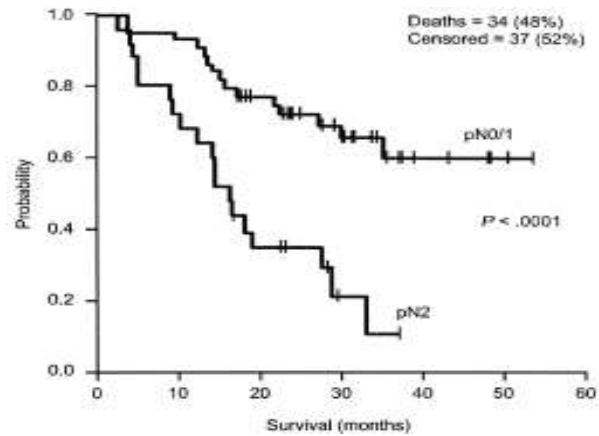
- Bulky (non résécables, >2cm, multiples, effraction capsulaire)

Chirurgie non indiquée

- N2 potentiellement résécables :
  - ✓ Traitement d'induction faisable mais bénéfices publiés ne permettent pas d'en faire un standard
  - ✓ Pas d'induction hors protocole
  - ✓ Si induction pas de pneumonectomie
  - ✓ Pas de chirurgie hors protocole
  - ✓ Mais ....

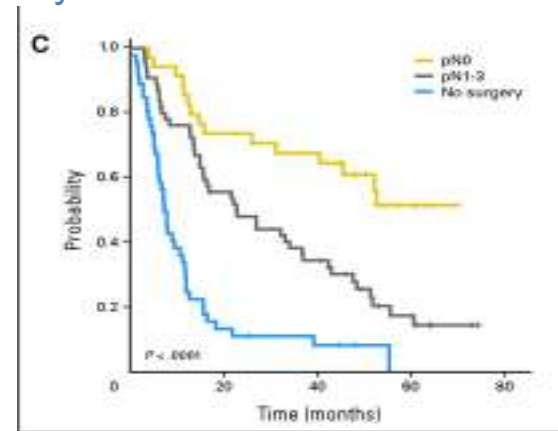
# N2 Potentiellement résecables

3Cy Cis+Docetaxel



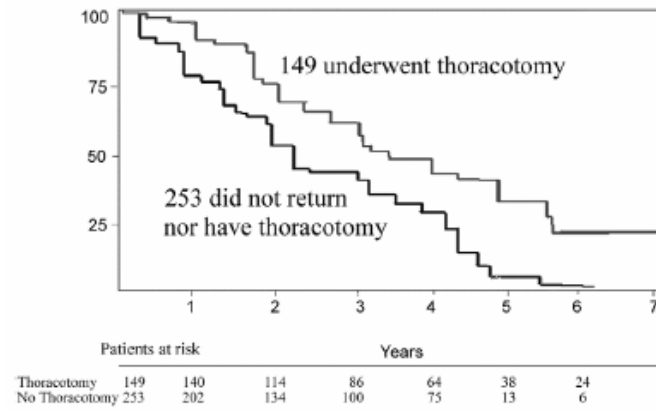
*Betticher JCO 2003*

3Cy Cis+Docetaxel+Gemcitabine



*Garrido JCO 2007*

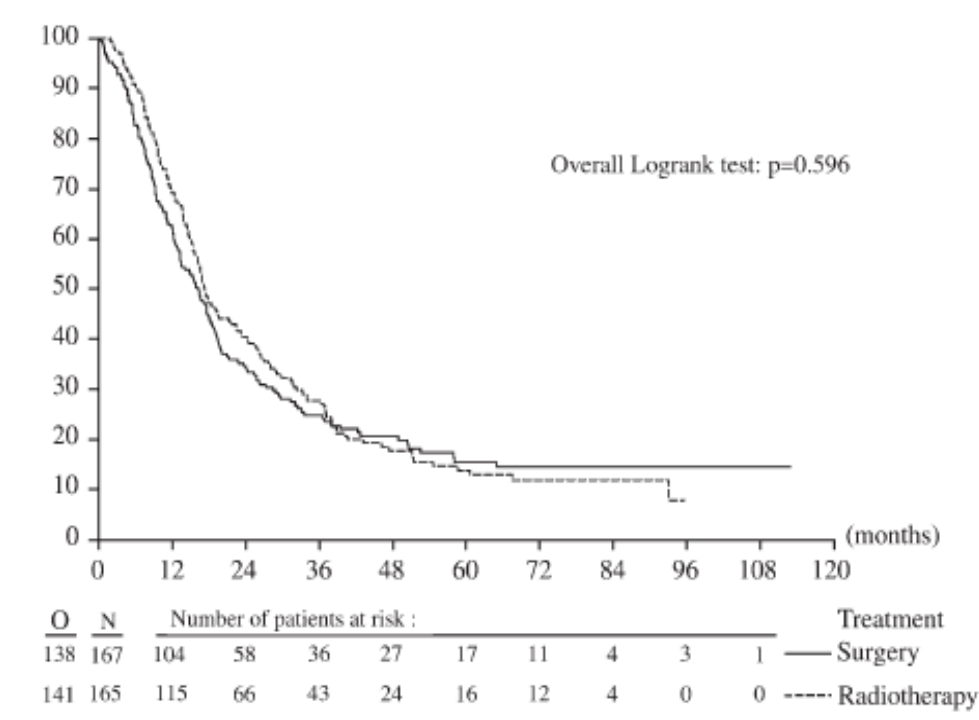
?Cy Cis+60Gy



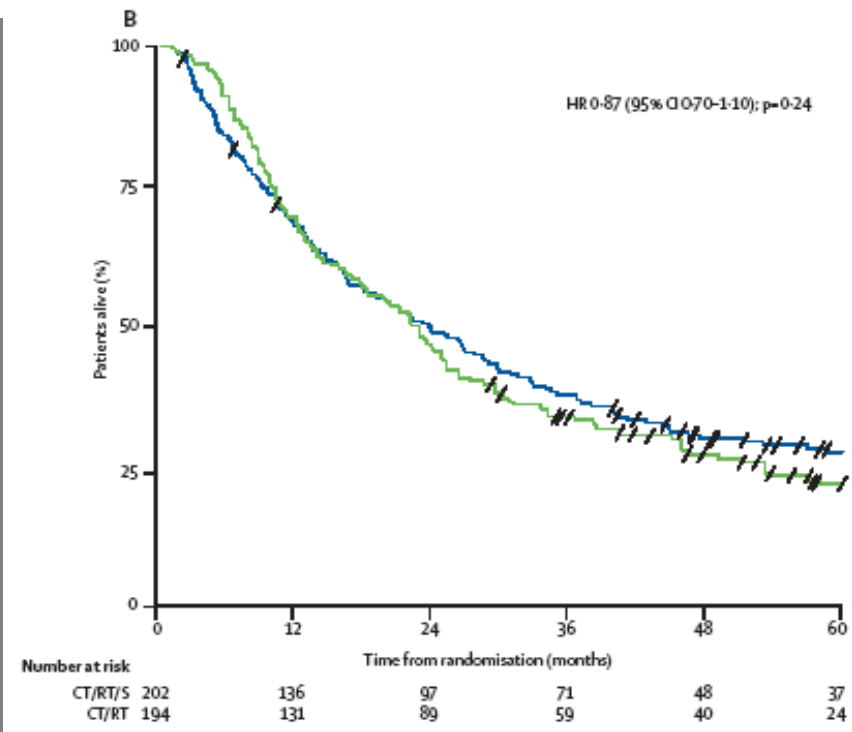
*Cerfolio ATS 2008*

# N2 les Phases III

## EORTC J Natl Cancer Inst 2007



## RTOG Lancet 2009



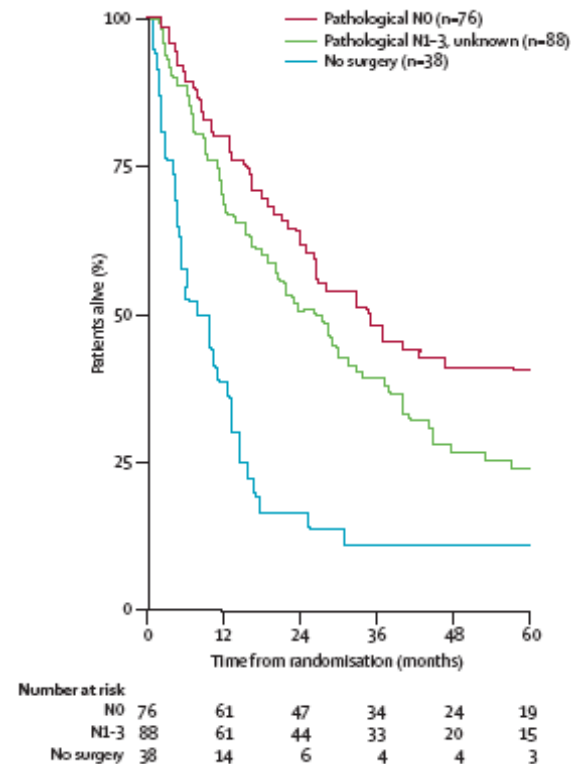
Survie Chir Vs RTE identique

# N2 les Phases III

EORTC J Natl Cancer Inst 2007

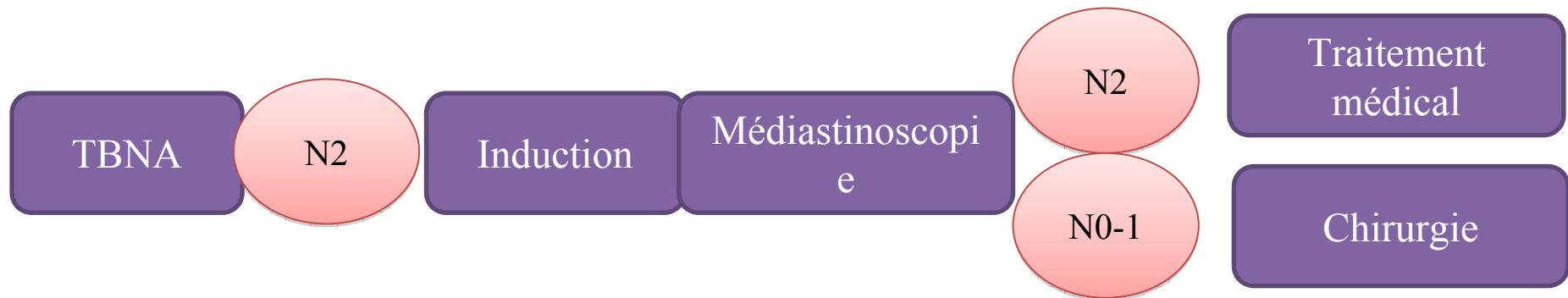
RTOG Lancet 2009

Subgroup	5-year OS, %	<i>P</i> , Multivariable analysis
Extent of resection		.03
(Bi-)lobectomy	27	
Pneumonectomy	12	
Mediastinal status		.04
ypN0-1	29	
ypN2	7	
Type of resection		.01
Complete	27	
Incomplete	7	
No PORT	19	.004
PORT	13	

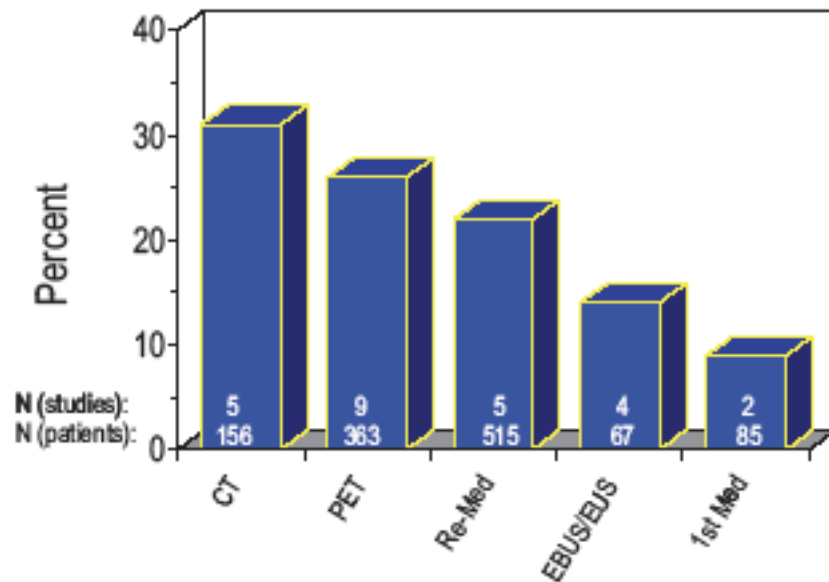


Downstaging, R0, lobectomie

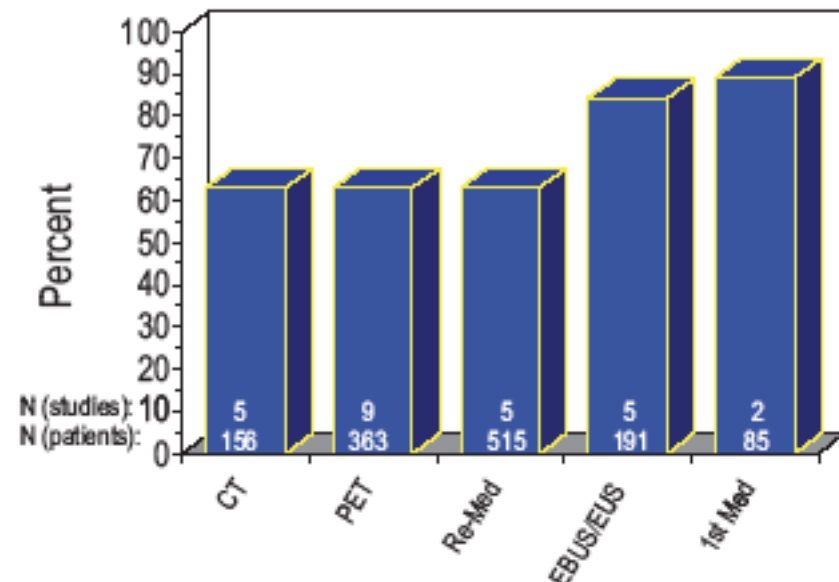
# N2 Résécables Séquence Théorique



False Negative Rate of Mediastinal Restaging (N0,1 vs. N2,3)



Sensitivity of Mediastinal Restaging (N0,1 vs. N2,3)



## Une Chirurgie « Ciblée »

- La cible est floue (N2)
- La séquence est définie
- Place des thérapies ciblées ?
- Centre Expert

# Conclusion

Chirurgie une thérapie ciblée mais  
la cible est floue...

