



Quelle prise en charge pour les tumeurs carcinoïdes endo-bronchiques ?

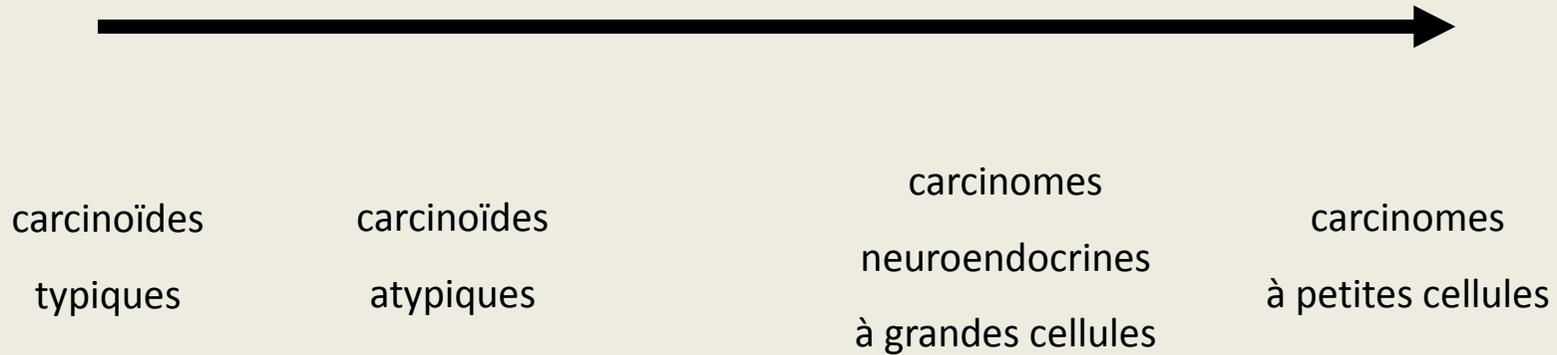
Pascal Dumont, Antoine Legras, Pierre Lhommet et Pierre Dupont



Contexte

- les tumeurs carcinoïdes sont des tumeurs particulières de la famille des tumeurs neuroendocrines
- considérées comme les autres cancers
non à petites cellules et pas de recommandation INCA :
« Les carcinomes neuroendocrines à grandes cellules ne sont pas abordés dans ce référentiel du fait de l'absence de consensus sur leur prise en charge thérapeutique qui doit être discutée en RCP ». *Référentiel INCA mars 2015*
- pourtant les tumeurs carcinoïdes sont de bon pronostic

Tumeurs neuroendocrines



Gravité croissante →

carcinoïdes

carcinoïde typique
pas de mitose ou <2
(10 champs au x40 soit 2mm²)
pas de nécrose

carcinoïde atypique
mitoses 2 à 10
(10 champs au x40 soit 2mm²)
nécrose punctiforme

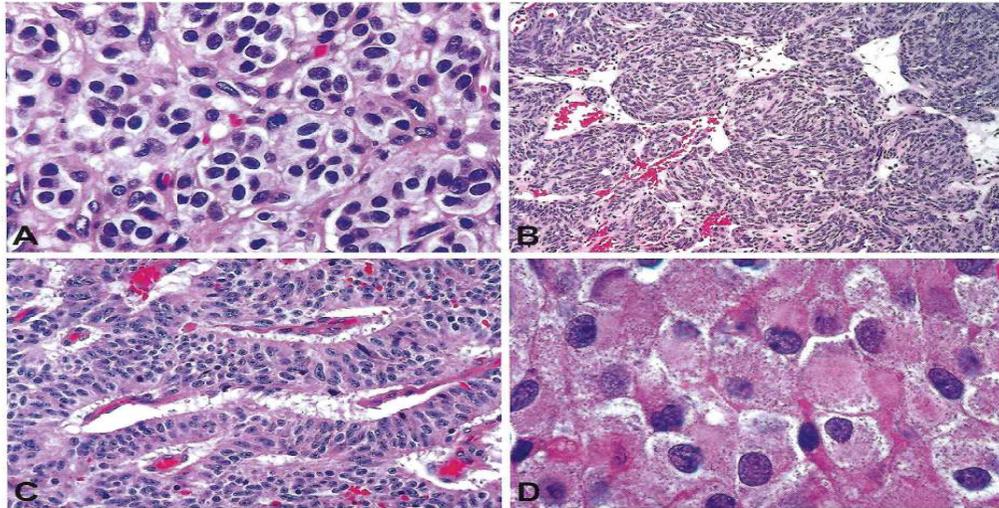


Fig. 1.80 Typical carcinoid. **A** Tumour cells grow in an organoid nesting arrangement, with a fine vascular stroma; the moderate amount of cytoplasm is eosinophilic and the nuclear chromatin finely granular. **B** Prominent spindle cell pattern. **C** Trabecular pattern. **D** Oncocytic features with abundant eosinophilic cytoplasm. Reprinted from Travis WD et al. [2678].

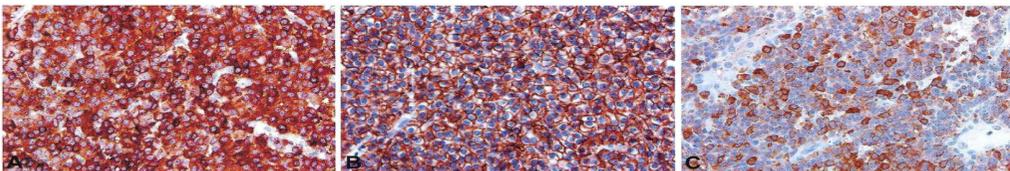


Fig. 1.81 Typical carcinoid. **A** Strong cytoplasmic chromogranin staining. **B** The tumour cells show strong membranous staining for CD56. **C** Scattered tumour cells show strong cytoplasmic adrenocorticotropic hormone staining in a patient presenting with Cushing syndrome, due to ectopic adrenocorticotropic hormone production. Reprinted from Travis WD et al. [2678].

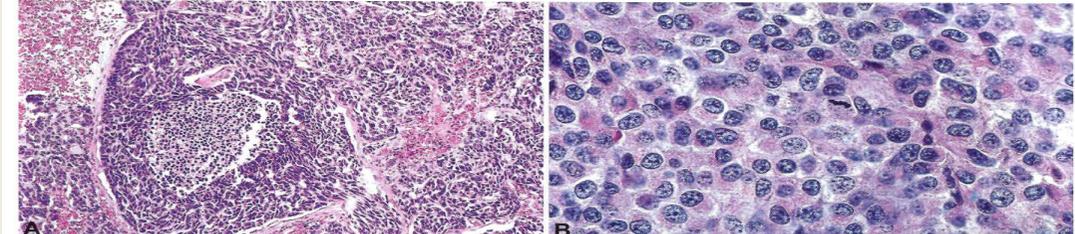


Fig. 1.84 Atypical carcinoid. **A** A small necrotic focus. **B** A single mitosis is present in this high-power field. The tumour cells show carcinoid morphology, with moderate eosinophilic cytoplasm and finely granular nuclear chromatin. Reprinted from Travis WD et al. [2678].

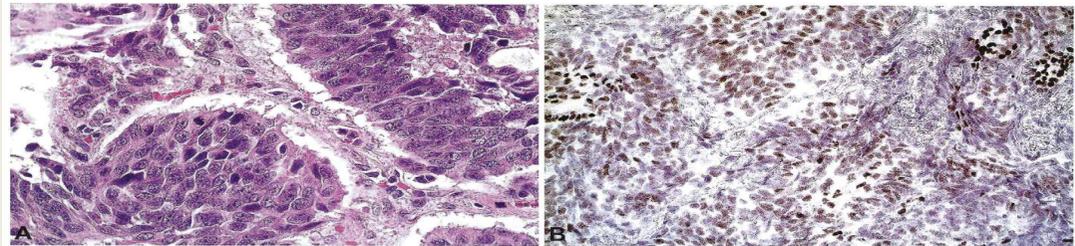


Fig. 1.82 Atypical carcinoid. **A** Haematoxylin-eosin-saffron staining section showing two mitoses in the same high-power field. **B** Faint or negative TTF1 immunostaining on tumour cells, in contrast with strong positive TTF1 staining on entrapped pneumocytes.

Tumeurs carcinoïdes

fréquence

	carcinoïdes typiques	carcinoïdes atypiques
fréquence	70 à 90%	10 à 30%
ganglions métastatiques	6 à 12 %	30 à 50 %
métastases à distance	< 5 %	20 %

tumeurs carcinoïdes rares
<5% des tumeurs broncho-pulmonaires

pronostic

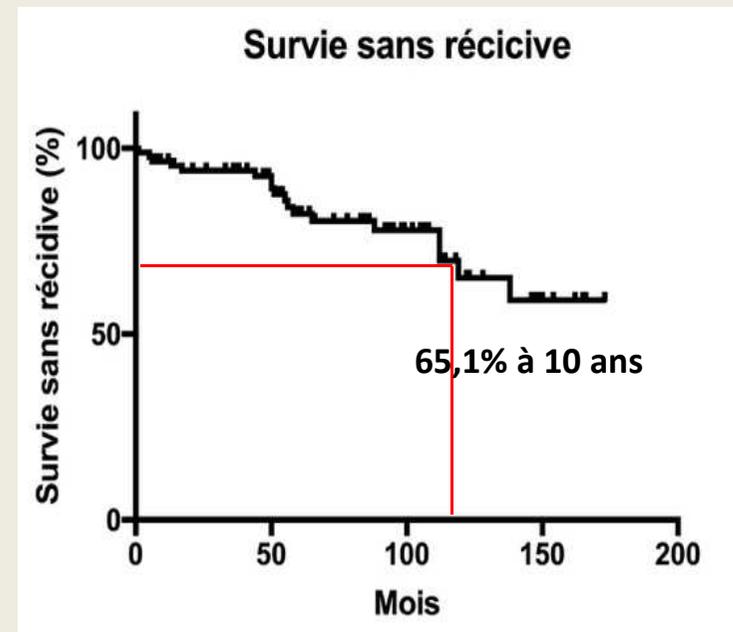
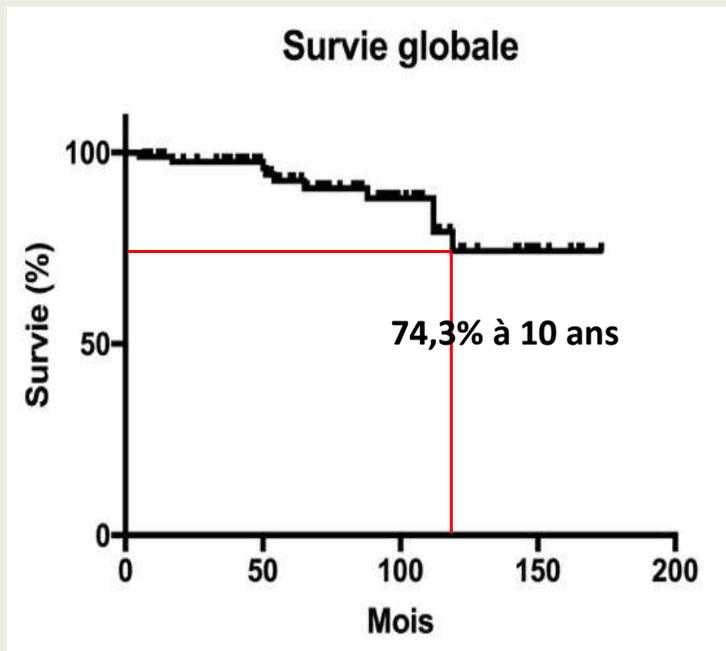
carcinoïde typique	survie 5 ans	survie 10 ans
N0	>90 %	>90 %
N1/N2	90 %	75 %

carcinoïde atypique	survie 5 ans	survie 10 ans
N0	85 %	70 %
N1/N2	60 %	50 %

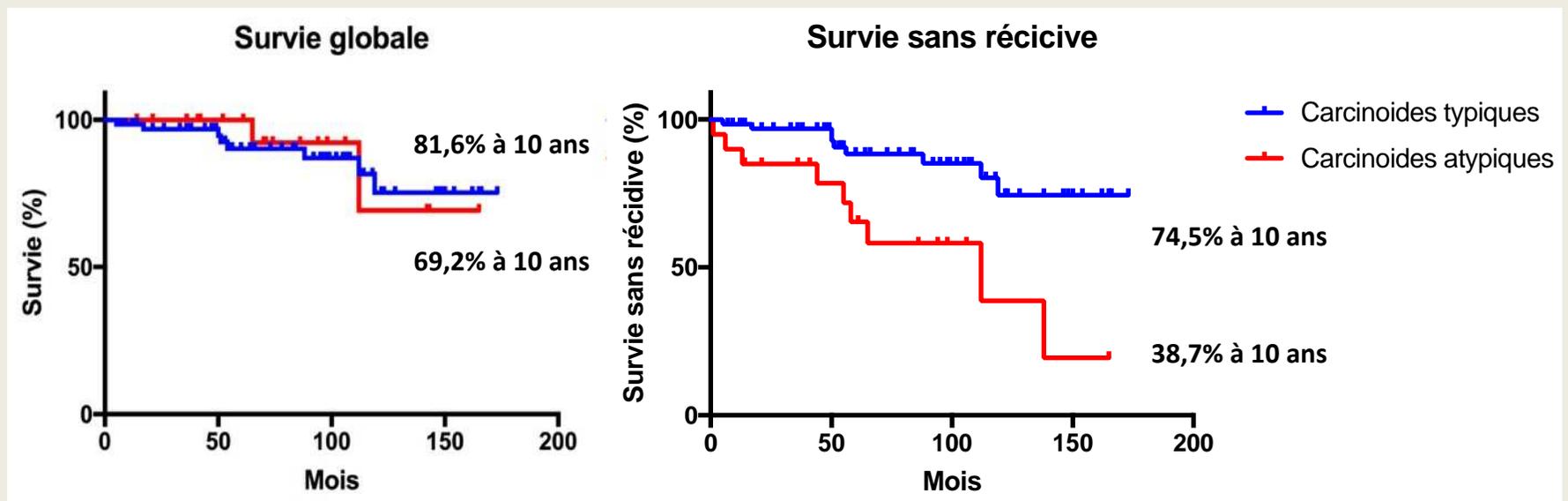
Notre série

- étude rétrospective entre janvier 2003 et décembre 2016 (14 ans)
- 86 tumeurs carcinoïdes (exclusion des malades métastatiques ou réopérés pour récurrence)
- rares = sur 14 ans 1228 CBPNPC opérés soit 7% (<5% littérature)
- interventions :
 - 57 lobectomies, dont 2 associées à des bronchoplasties
 - 9 bilobectomies
 - 2 pneumonectomies
 - 11 résections atypiques du parenchyme
 - **7 résections bronchiques isolées**
- Les résections étaient complètes (R0) dans 97,6% des cas
- 67 malades (77,9%) présentaient des tumeurs carcinoïdes typiques (70-90% littérature) et 19 des tumeurs carcinoïdes atypiques
- TNM : N0 = 76,7% - N1 = 13,3% - N2 = 10%

Courbes de survie des tumeurs carcinoïdes



Courbes de survie des tumeurs carcinoïdes typiques vs atypiques



Différence sur la survie sans récive avec une meilleure survie pour les carcinoïdes typiques **p=0,0012**

Contexte



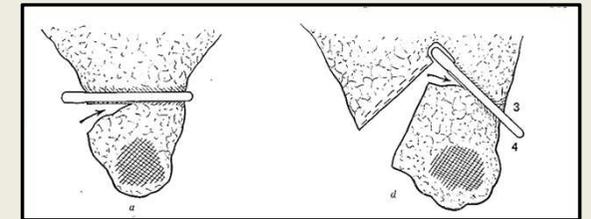
- prise en charge comme les autres cancers
+ situation souvent endobronchique
= sacrifice important alors que pronostic favorable
- développement des résections endoscopiques



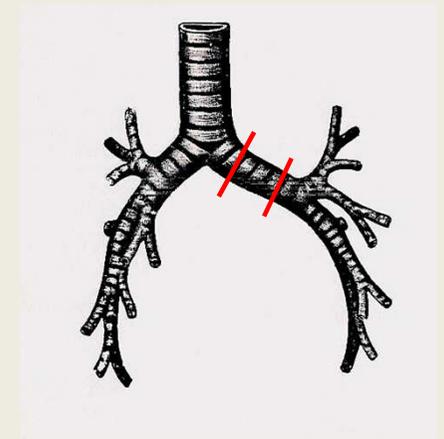
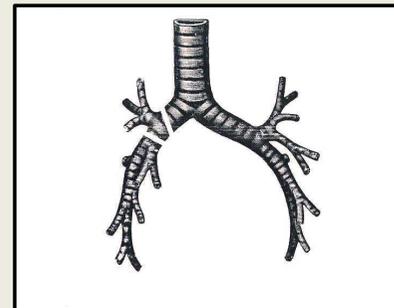
Que faire ?

résection chirurgicale limitée ?

- Tumeurs périphériques : résections limitées = « wedges »
pas le choix de notre équipe sauf patients limites



- Tumeurs centrales
 - lobectomies avec bronchoplasties
 - **résections bronchiques isolées**

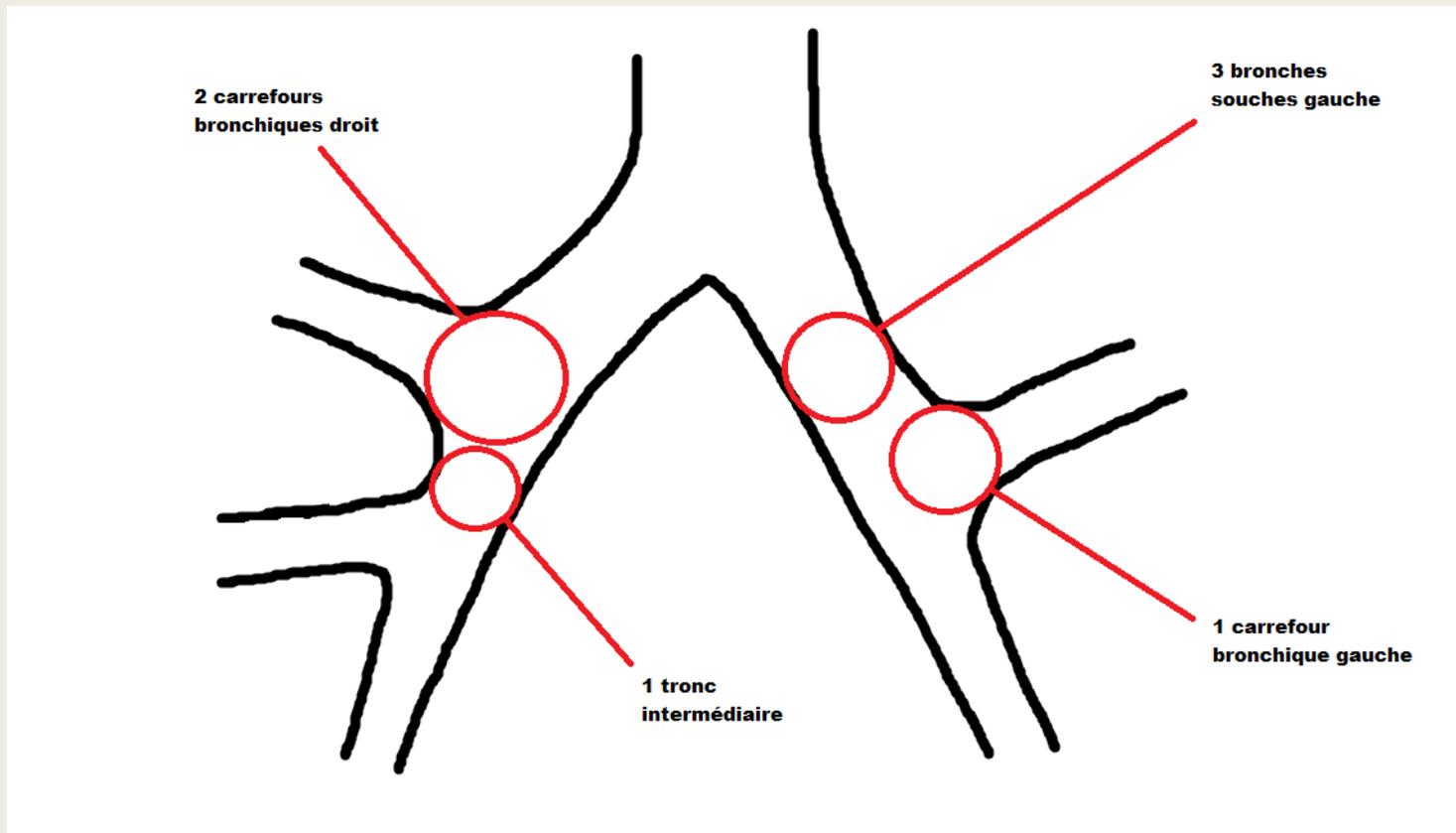


Résections bronchiques isolées (RBI)



- 7 patients sur 14 ans
- 8% de la série des carcinoïdes

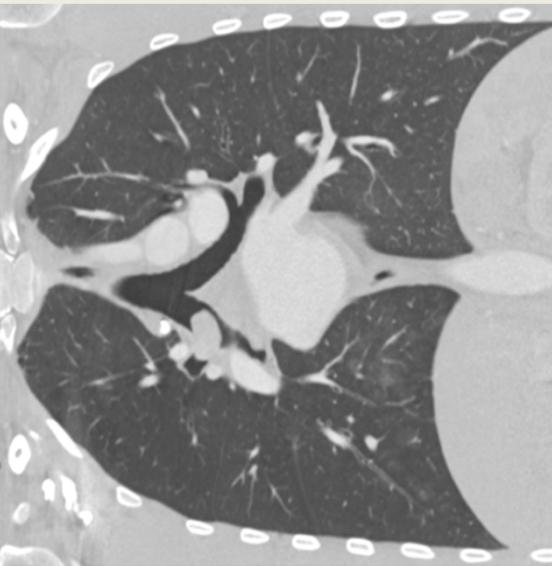
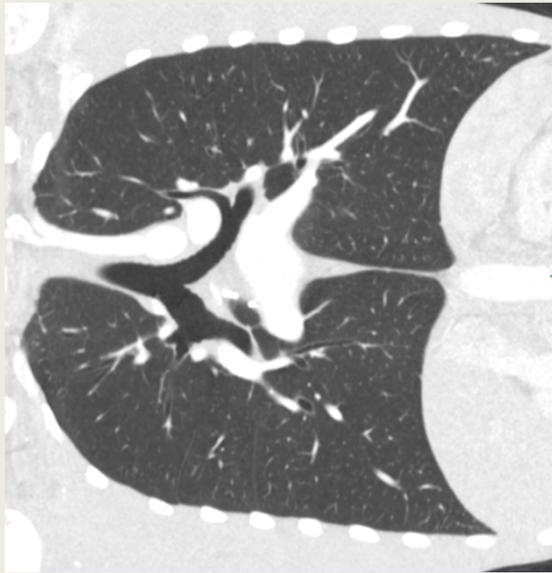
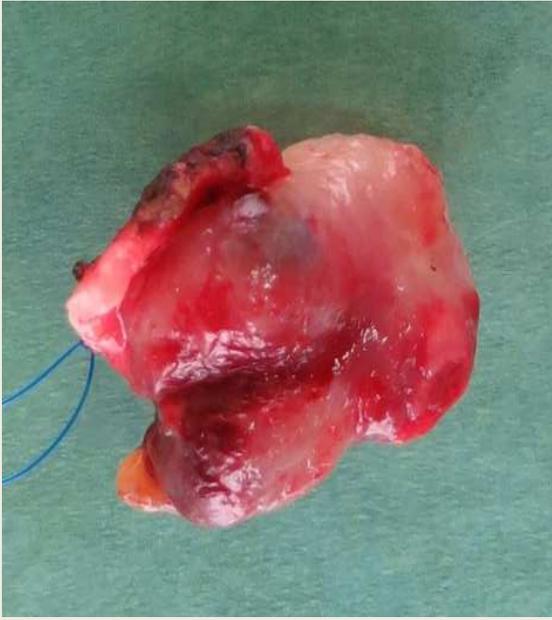
Résection bronchiques isolées (RBI)



Caractéristiques anatomo-cliniques des RBI

Age	Sexe	Année intervention	Tabac	Symptômes	VEMS (%) préopératoire	VEMS (%) à 6 mois	Hospitalisation (jours)	Intervention	Carcinoïde	Résection	Histologie	Taille(cm)	Marges(mm)
54	F	2004	O	Toux	75	79	10	Bronche souche gauche	Typique	R0	Stade Ib	1,5 x 1,2	> 2
48	M	2006	O	Toux	80	90	9	Tronc intermédiaire	Typique	R0	Stade Ia	0,6 x 0,5	> 2
71	F	2012	N	Hémoptysie	72	89	9	Bronche souche gauche	Typique	R0	Stade Ib	2,3 x 1,8	< 1
68	F	2013	N	Toux	67	91	8	Carrefour bronchique G	Typique	R0	Stade Ia	1,5 x 1,2	> 1
44	F	2014	N	Toux	62	92	8	Carrefour bronchique D	Typique	R0	Stade Ib	2,5 x 1,8	> 1
22	M	2015	N	Hémoptysie	71	111	9	Carrefour bronchique D	Typique	R0	Stade Ib	2,5 x 2,1	> 1
42	M	2016	N	Dyspnée	68	93	8	Bronche souche gauche	Typique	R0	Stade Ib	3,5 x 2,5	< 1

- L'âge médian était de 55 ans [46-59,5].
- suites opératoires simples, sans complication chirurgicale ni ré-hospitalisation
- curage radical systématique (loges 2, 4, 7, 9, 10 et 11 à droite et 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11 à gauche): aucune métastase ganglionnaire



Suivi post opératoire des RBI

- Suivi médian de 44 mois [26,5-91,5].
- Aucun décès
- Pas de récurrence fibroscopique locale, ni sténose à distance de l'intervention
- Aucune reprise chirurgicale
- Suivi radiologique par TDM TAP à 6 mois puis tous les ans sans signes de récurrence
- Amélioration significative du VEMS à 6 mois de 31,7% ($p=0,015$).

Littérature des RBI pour tumeurs carcinoïdes

Etude	Nombre sujets	Type intervention	Suivi en mois	Complications	Récidives
<i>Okike et al. Thorac Cardiovasc Surg. 1978</i>	8	5 résections bronchiques diverses 3 bronches souches	6 à 228	3 granulomes	–
<i>Schepens et al. Eur J Cardio-Thorac Surg 1994</i>	7	7 bronches souches	60 à 180	1 sténose anastomotique > pneumectomie à 16 mois	–
<i>Lucchi et al. J Thorac Cardiovasc Surg. 2007</i>	18	–	134	1 désunion anastomose bronchique 1 granulome	–
<i>Bagan et al. Eur J Cardio-Thorac Surg 2008</i>	7	7 bronches souches	102	–	–
<i>Nowak et al. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2013</i>	13	5 bronches souches 1 carrefour bronchique 4 troncs intermédiaires 3 lobaires moyennes	75,6	–	–
CHU Tours	7	3 bronches souches 3 carrefours bronchiques 1 tronc intermédiaire	44	–	–

Discussion RBI (1)

- Traitement à privilégier dès que possible
- Les marges peuvent être étroites
- Très bon résultat local et sur la survie

Discussion RBI (2)

Quelle attitude en RCP par rapport
aux techniques endoscopiques ?

Résection par endoscopie bronchique

- Prise en charge des tumeurs bronchiques isolées
- Utilisation de laser, cryothérapie et radiofréquence
- Initialement réalisé pour des prises en charges palliatives
- Bonne survie à moyen et long terme
- Mais taux de récurrence élevé
- Pas possible d'évaluer la paroi bronchique et le parenchyme
- Pas de curage
- Reprise chirurgicale ou endoscopique dans 30 à 50% des cas



van Boxem et al. J Thorac Cardiovasc Surg. 1998; Katsenos et al. Respir Int Rev Thorac Dis. 2011 (2) Brokx et al. Thorax.2015 ; (3) Dalar Thorac Cardiovasc Surg. 2016 (4) van Boxem TJ et al. Chest. 2000 Brokx et al. J Thorac Cardiovasc Surg. 2007 ; Bertoletti et al. Chest. 2006 Boxem et al. J Thorac Cardiovasc Surg ; Dalar et al. Thorac Cardiovasc Surg. 2016

Discussion RBI (3)

- Supériorité de la chirurgie (si opérable)
- Exérèse zone d'implantation et curage
- Meilleur résultat local

結束

謝謝