



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

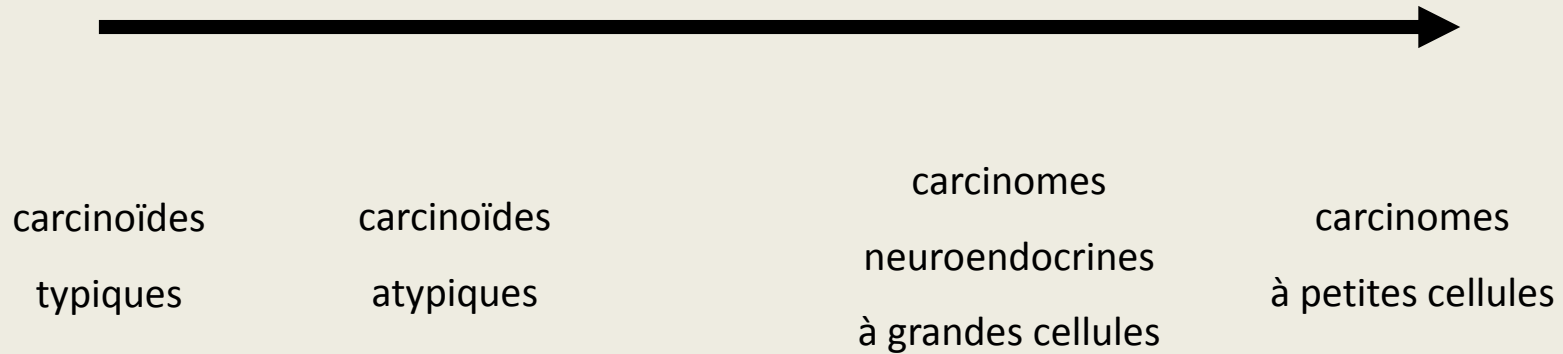
Pascal Dumont, Antoine Legras, Pierre Lhommet et Pierre Dupont



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

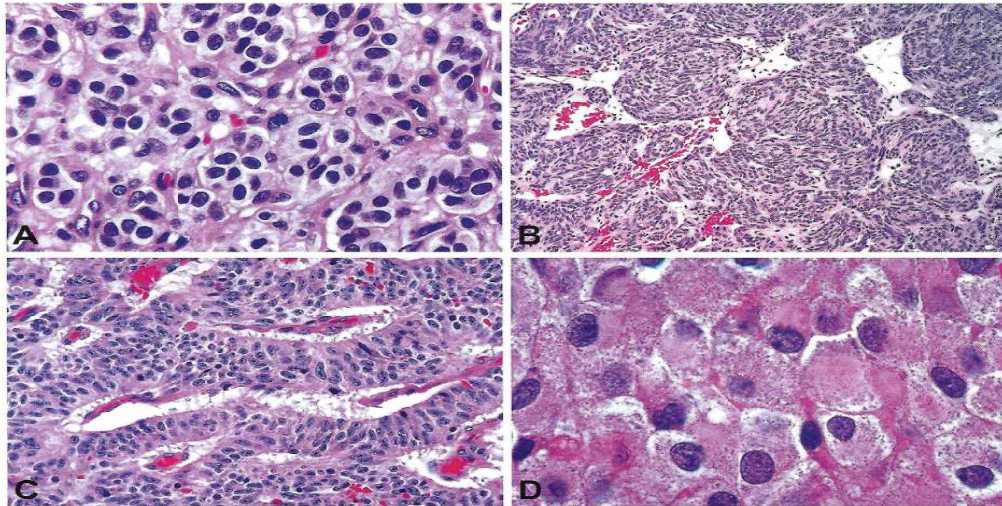


Fig. 1.80 Typical carcinoid. **A** Tumour cells grow in an organoid nesting arrangement, with a fine vascular stroma; the moderate amount of cytoplasm is eosinophilic and the nuclear chromatin finely granular. **B** Prominent spindle cell pattern. **C** Trabecular pattern. **D** Oncocytic features with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

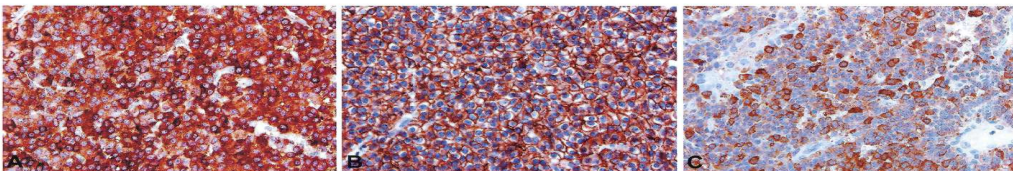


Fig. 1.81 Typical carcinoid. **A** Strong cytoplasmic chromogranin staining. **B** The tumour cells show strong membranous staining for CD56. **C** Scattered tumour cells show strong cytoplasmic adrenocorticotropic hormone staining in a patient presenting with Cushing syndrome, due to ectopic adrenocorticotropic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

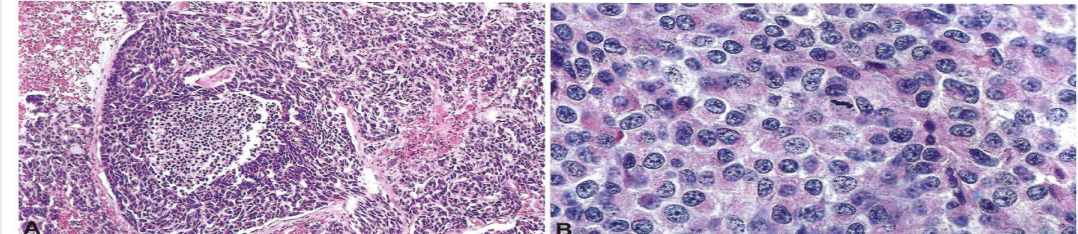


Fig. 1.84 Atypical carcinoid. **A** A small necrotic focus. **B** A single mitosis is present in this high-power field. The tumour cells show carcinoid morphology, with moderate eosinophilic cytoplasm and finely granular nuclear chromatin. Reprinted from Travis WD et al. [2678].

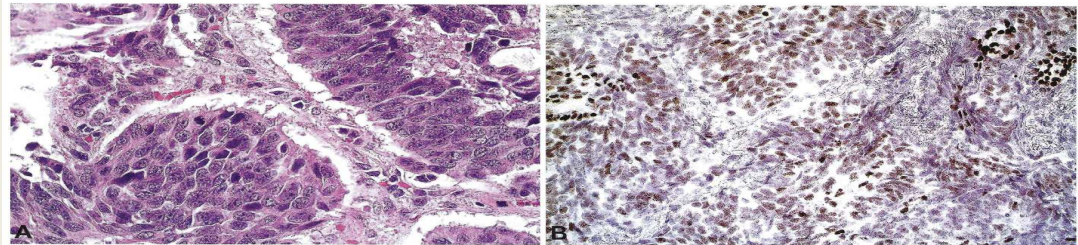


Fig. 1.82 Atypical carcinoid. **A** Haematoxylin-eosin-saffron staining section showing two mitoses in the same high-power field. **B** Faint or negative TTF1 immunostaining on tumour cells, in contrast with strong positive TTF1 staining on entrapped pneumocytes.

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 % |

pronostic

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

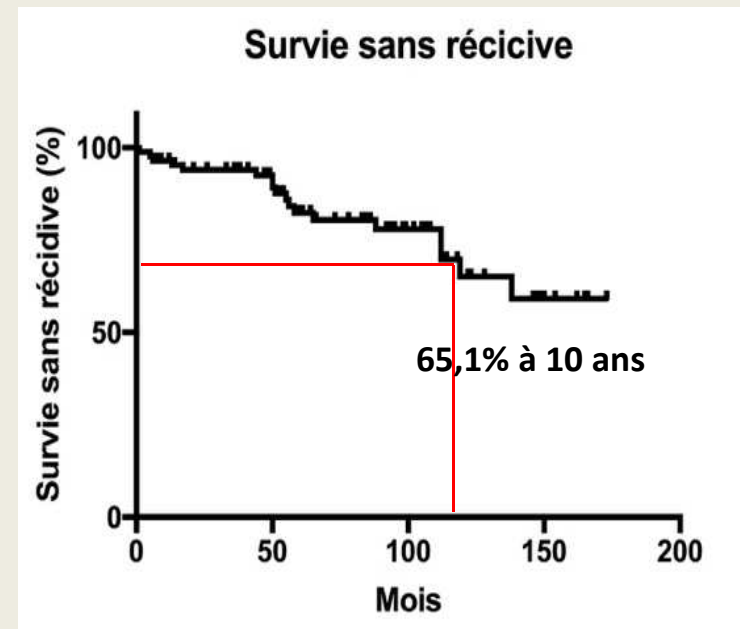
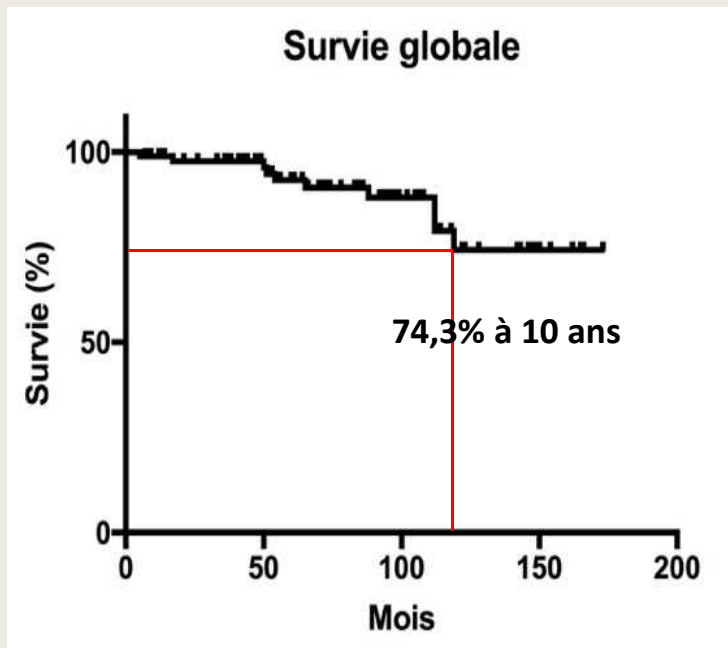
| carcinoïde atypique | survie 5 ans | survie 10 ans |
|---------------------|--------------|---------------|
| N0 | 85 % | 70 % |
| N1/N2 | 60 % | 50 % |

tumeurs carcinoïdes rares
<5% des tumeurs broncho-pulmonaires

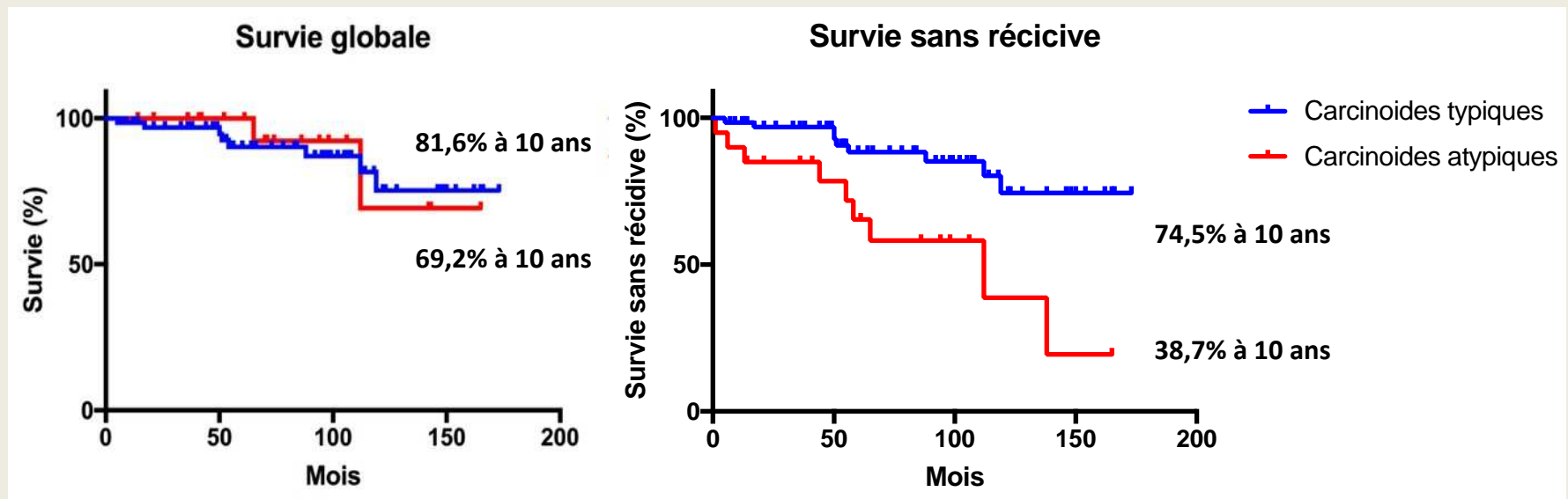
Notre série

- 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

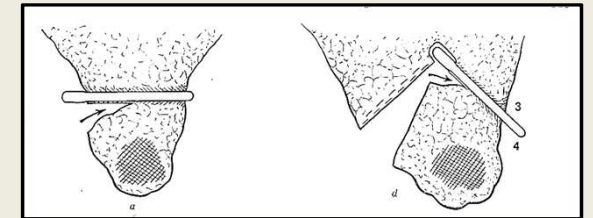


- prise en charge comme les autres cancers
+ situation souvent endobronchique
= sacrifice important alors que pronostic favorable
- développement des résections endoscopiques

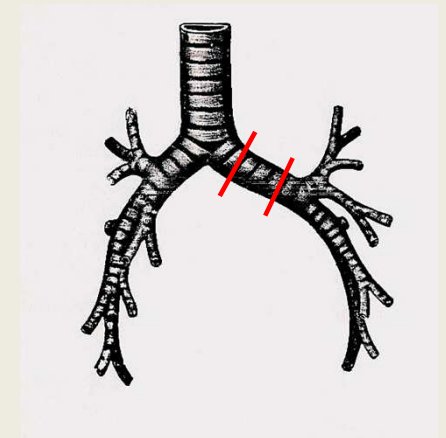
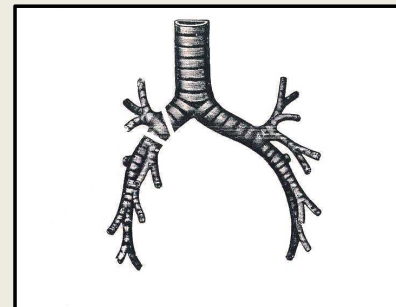


Que faire ? résection chirurgicale limitée ?

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



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

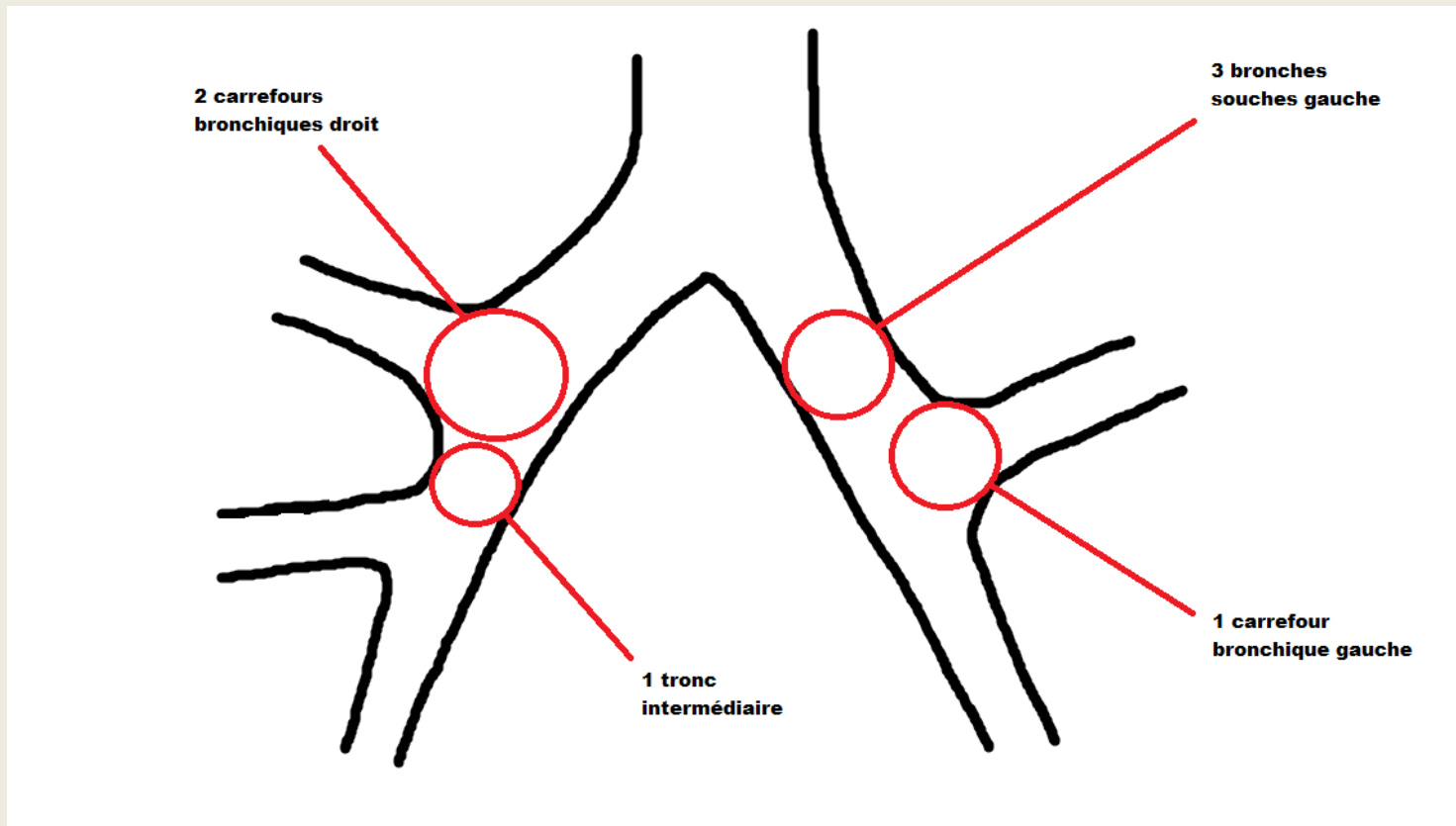


Résections bronchiques isolées (RBI)



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

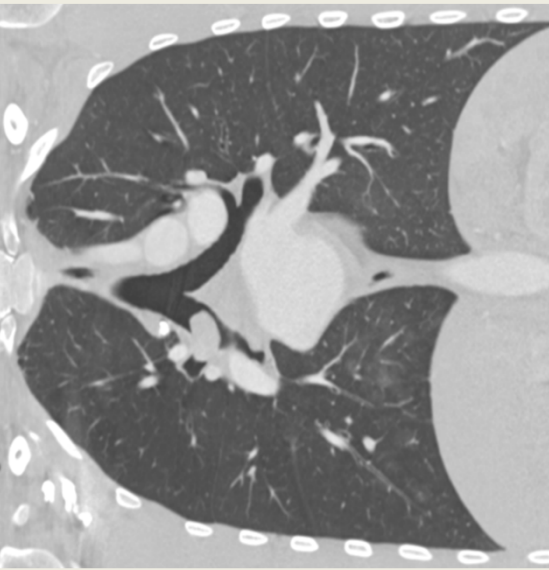
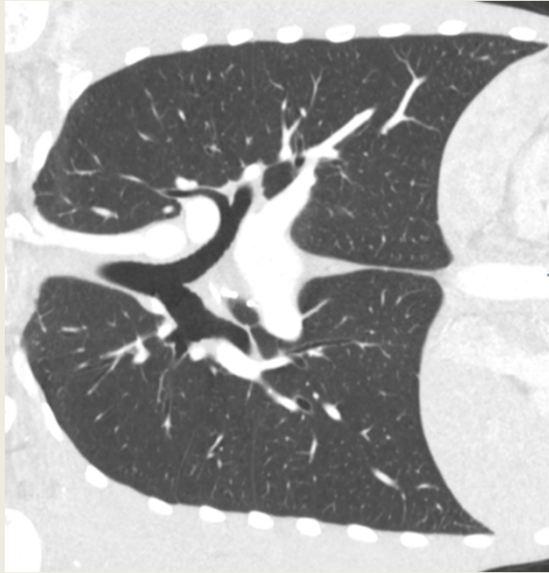
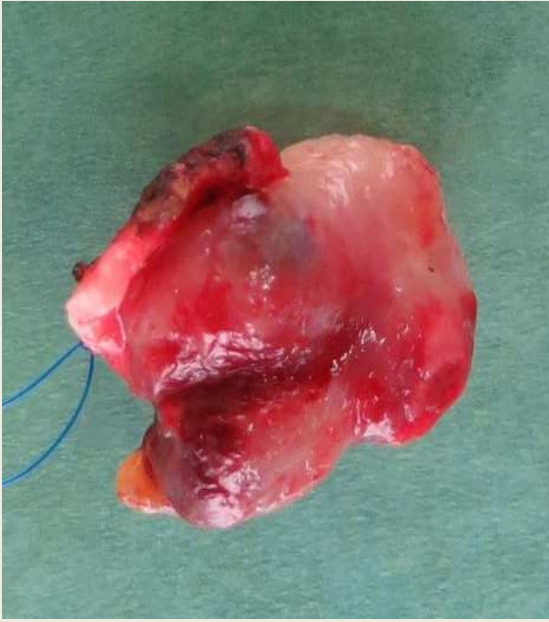
Résection bronchiques isolées (RBI)



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