

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 7 juin 2011

Hôpital cantonal de Genève

Staging médiastinal du cancer bronchique NON petites cellules

Dr P. Gasche Soccal (PD)

Le cancer pulmonaire NON petites cellules ça s'écrit NSCC pour «non small cell carcinoma»...C'est à lui que l'on s'intéresse ce matin

Il représente 83% des cancer du poumon (surtout épidermoïdes ensuite les adénocarcinomes, ensuite les cancers à grandes cellules).

La classification TNM qui tient compte de la taille de la tumeur primitive, de la présence ou non d'adénopathies tumorales, puis de celle de métastases à distance permet d'établir un pronostic, ainsi qu'une «opérabilité chirurgicale».

(pour TNM: http://www.pneumocancero.com/AttitudesPratiques/TNM_2009.html).

Quelle est la meilleure technique actuelle pour identifier des adénopathies tumorales?...c'est de cela que l'on parle aujourd'hui... et pour rappel les définitions des stades allant de «NX» à «N3»

NX : les ganglions ne peuvent pas être évalués

N0 : pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale

N1 : métastase dans les ganglions lymphatiques intrapulmonaires, péribronchiques et/ou hilaires ipsilatéraux, y compris par envahissement direct

N2 : métastase dans les ganglions lymphatiques médiastinaux ipsilatéraux et/ou sous-carinaires

N3 : métastase dans les ganglions lymphatiques médiastinaux controlatéraux, hilaires controlatéraux, scalènes ou sous-claviculaires ipsilatéraux ou controlatéraux

Inutile de rappeler que la survie se raccourcit nettement de N0 à N3.

Difficile de savoir que faire pour bien faire lorsque l'on consulte la littérature de ces dernières années car d'une part, comme la classification TNM a été modifiée en 2009, la plupart des études disponibles se retrouvent à cheval sur les 2 classifications ce qui rend leur comparaison hasardeuse et d'autres part les appareils et les techniques sont en constante évolution, par exemple les CT-Scans de 2000 ne sont pas les mêmes que ceux de 2010

Par exemple une adénopathie est suspecte au CT si elle a un petit axe supérieur à 1 cm (sensibilité 51%; spécificité 86%; VPP:56% VPN: 83%).

Ensuite il y a eu le FDG-PET, qui avait une mauvaise définition anatomique (c'est une scintigraphie), mais quand même une bonne résolution entre 0,7 et 1 cm (sensib. 74-85%, spéc. 85-87%) .

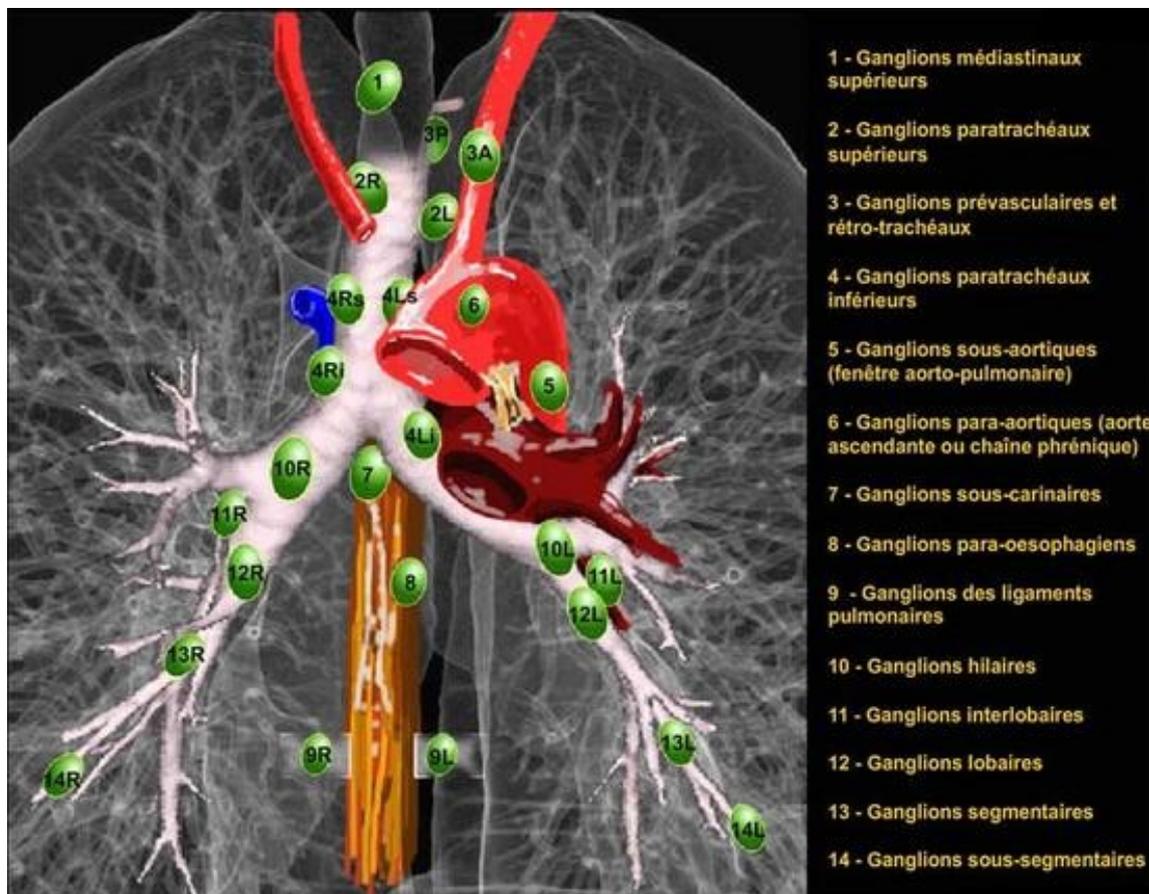
Les avis étaient partagés quant à sa supériorité au CT jusqu'à ce que l'on couple les 2 examens pour faire des FDG-PET/ CT.

Mais c'est là que ça se complique car il y a des faux positifs (infections, inflammations et autre) et des faux négatifs (une masse peut en masquer une autre, l'hyperglycémie etc...); pour ce qui est de la partie «CT» comme dit précédemment, les machines évoluent et ne sont pas toujours comparable et pour ce qui est de la partie FDG PET, les «SUV» qui sont les «standardized uptake values»et qui définissent la quantité de fixation de fluorodéoxyglucose entraînant une émission de positons (PET= positons emission tomography), et bien cette quantité n'est pas standardisée d'un examen à l'autre (15-20% de différence d'un centre à l'autre).

Donc pour essayer d'y voir clair et de comparer ce qui est comparable dans la littérature ...c'est la jungle...

On retiendra que si le PET CT est positif il doit être confirmé par une méthode invasive, et que si le PET CT est négatif on peut s'en contenter à condition qu'il ne s'agisse pas d'une tumeur primitive centrale et à condition que nous ne soyons pas dans un stade N1, car dans ce cas là il faudra aller plus loin...

Pour aller plus loin il y a l'EBUS pour endobronchial ultrasound (voir colloque du 9.6.2009) qui est donc une échographie endobronchique couplée à un fibroscope, avec une aiguille rétractable au bout permettant d'obtenir une cytologie en évitant de ponctionner dans les vaisseaux.



L'EBUS ça permet d'aller ponctionner les ganglions 1+2+4+5+7+10+13 avec une sensibilité de 90% et une spécificité de 100%...

On peut aussi coupler EBUS et EUS (EUS = échoendoscopie oesophagienne) ce qui permet de biopsier la totalité des adénopathies médiastinales. (sens. 97%, spéc. 100%).

Ensuite il y a encore la mediastinoscopie, pour rappel elle est effectuée avec un tube rigide que l'on introduit sous anesthésie générale par voie sus sternale, ou encore parasternale G (approche de Chamberlain);. elle permet un examen direct du médiastin, en particulier des aires ganglionnaires centrales soit 1+2+4+7. On peut aussi faire une thoracoscopie...

La sensibilité de la mediastinoscopie est suboptimale (moy: 81%) et sa VPN de 91%.

Mais elle a l'avantage de pouvoir obtenir un ganglion in toto, et d'avoir une spécificité proche de 100% et une VPP de 100%.

C'est pour cela qu'elle reste le Gold standard.

Que faire donc...???

Un algorithme du British Medical Journal de l'année dernière semble dire que:

- Si l'adénopathie est entre 1 et 2 cm et que le PET CT est positif, on passe à l'EBUS/ EUS.

- Si l'adénopathie est > 2 cm on passe directement à l'EBUS et éventuellement à la biopsie chirurgicale si l'EBUS est négatif...

Aux HUGs si j'ai bien compris on commence par un FDG PET/CT puis on continue avec EBUS/EUS selon les résultats...et on se souvient que même le FDG PET a des faux positifs et des faux négatifs...

La semaine prochaine je vais faire du vélo...pas de «compte rendu» donc...il faudra vous lever pour savoir ce qu'est l' «Integrity in scientific writing»...Ce n'est qu'un mauvais moment à passer...courage!

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@hin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch