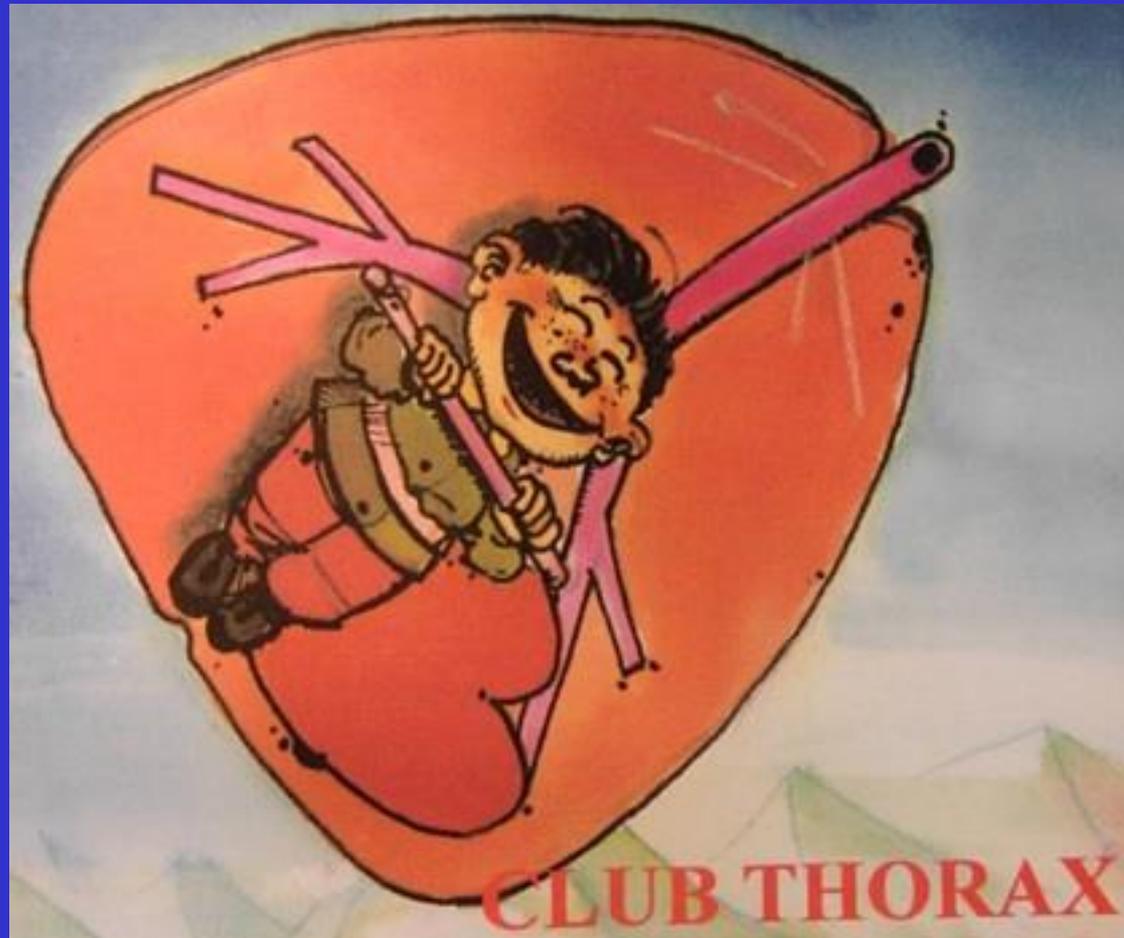


TNM et cancer bronchique en **2015**

TNM et cancer bronchique

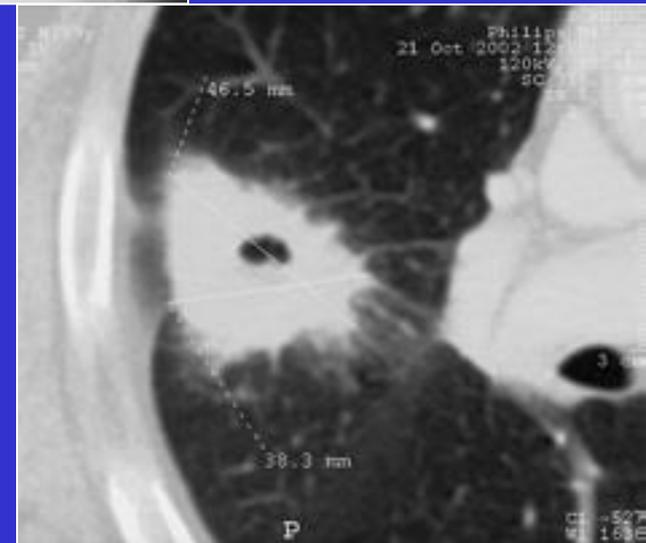
. **J.GIRON** . G.DURAND . P.FAJADET .A. KHALIL (club thorax)

J.BERJAUD.J.MAZIERES . CH . HERMANT . I .ROUQUETTE (Toulouse)



[WWW clubthorax .fr](http://WWW.clubthorax.fr)

1ere Question :
Est-ce un cancer ?

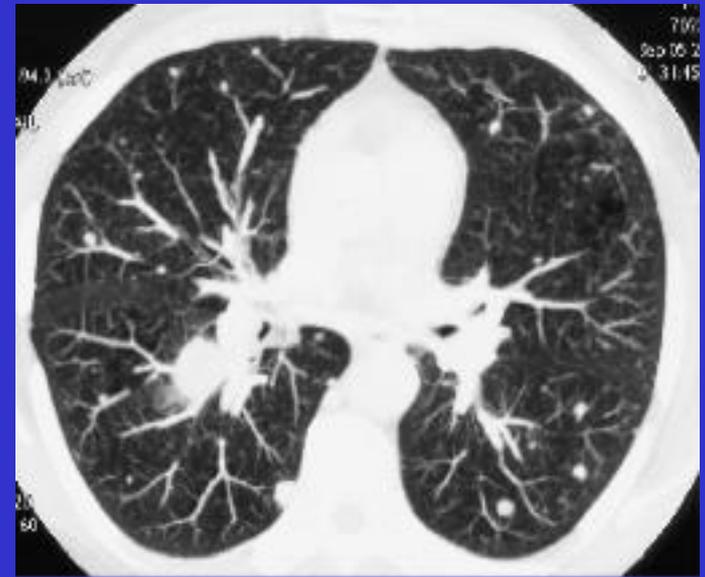
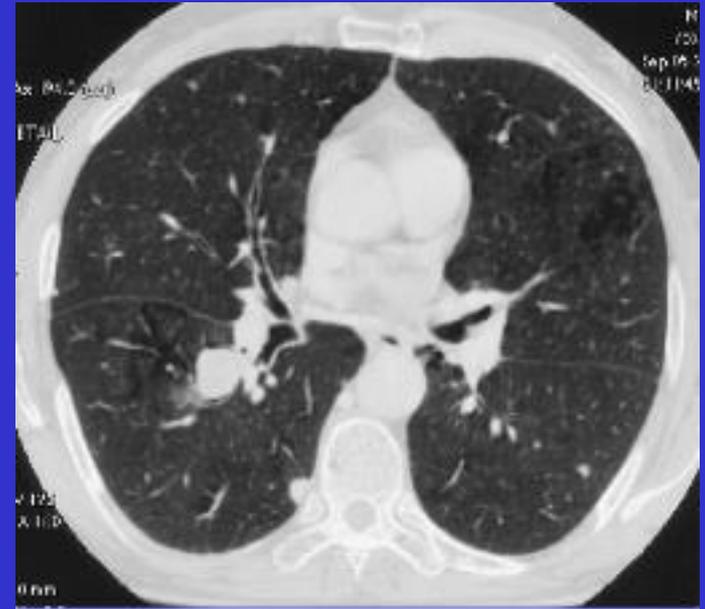


NONcar.....



guérison après antibiothérapie.

Intérêt du mode MIP



Bilan d'un cancer bronchique, apparemment T2.
Le mode MIP révèle de multiples métastases
angiocentrées (or méta : pas de chir !)

TNM

C: toujours proposer un C .TNM en compte rendu de TDM ...

CTNM : clin et imagerie

P:

a TNM : anapath – post op

Y:

Y TNM : si radio chimio Thérapie préalable

Classification TNM

.....
HISTORIQUE : de **MOUNTAIN** ... à 2009 (IASLC)..puis 2015)

classer puis suivre .. jusqu' au décès... pour pouvoir PREDIRE la survie (à 5ans) ceci en fonction des progrès /traitements enregistrés...

1^{er} BUT: définir quand le patient est éligible pour la chirurgie:

Si Oui: montrer au chirurgien une vue détaillée de la tumeur et de son extension loco régionale.

Si Non: Définir un autre approche thérapeutique

Chimiothérapie ou radiothérapie

Chimiothérapie ou radiothérapie avant une chirurgie

2015 : MODIFICATIONS DU cTNM

Modification du T en fonction de sa taille (2/3/5/7cm)

Le Nodule satellite dans le même lobe passe de T4 à T3

Le Nodule satellite dans un lobe différent ipsilatéral passe de M+ à T4

Le Nodule controlatéral reste M1

L'Atteinte pleurale passe de T4 à M1a

Le M est divisé en 2 Stades:

M1a = Métastase thoracique

(Nodule parenchymateux, nodules pleuraux et / ou épanchement malin pleural ou péricardique)

M1b = Métastase extra-thoracique

Modification / CPC et ... TNM

Est –il juste d'inclure les CPC ?

Ne sont ils pas micro métastatiques d'emblée ?

Intra thoraciques ou pas ...?

n'est ce pas la distinction suffisante pour traiter ?

T1

Survie

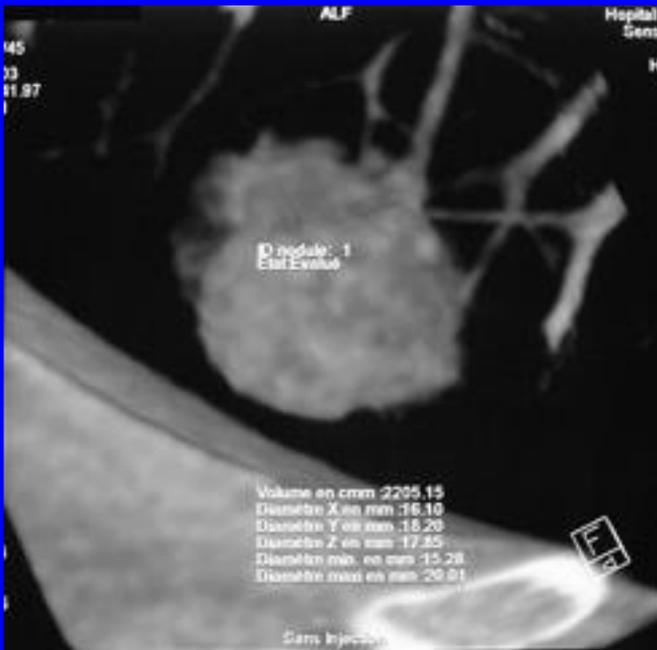
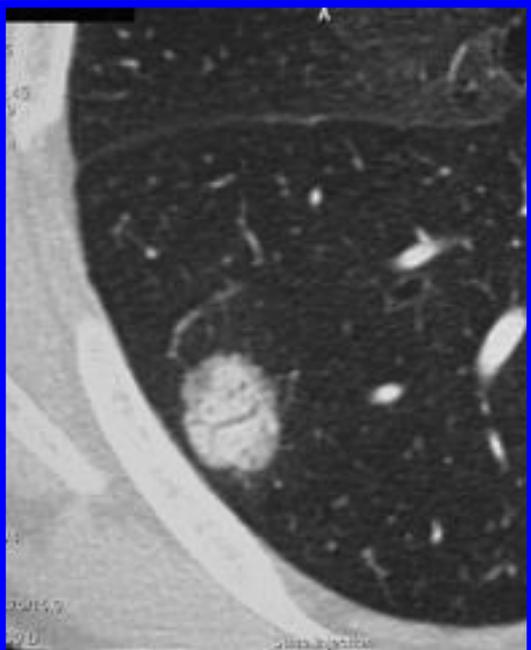
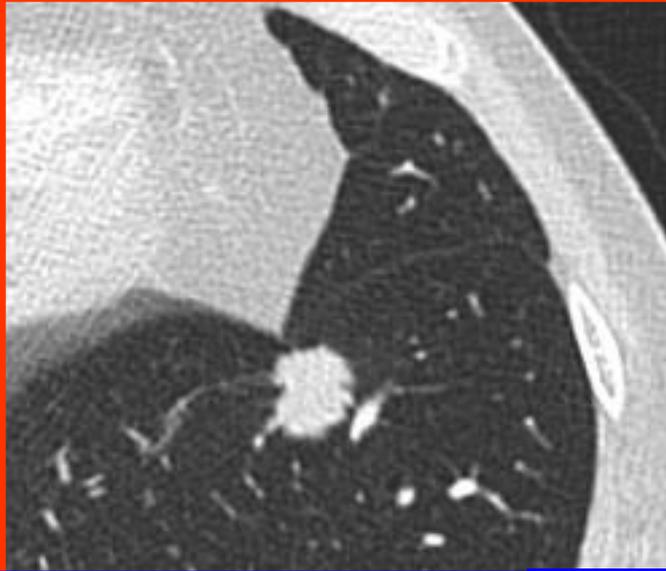
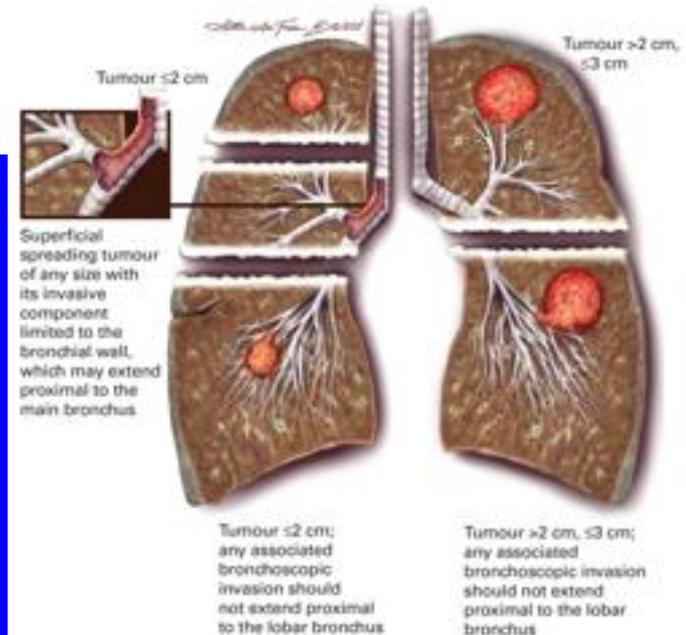
Median 5 ans

T1a

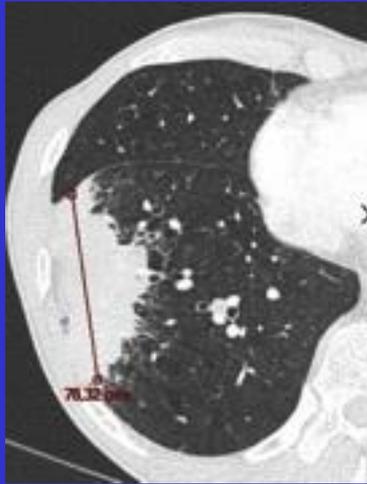
T1b

Nodule ≤ 2 cm
(T1a)

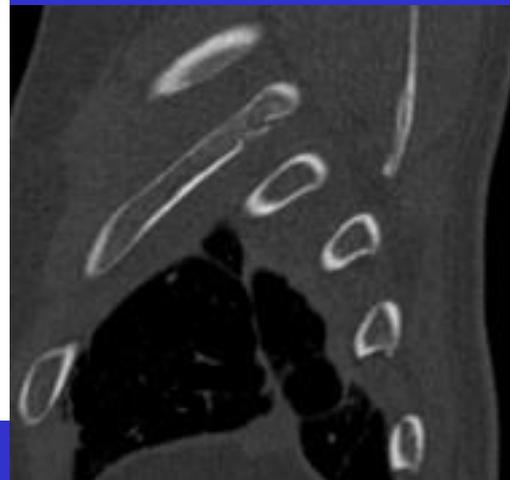
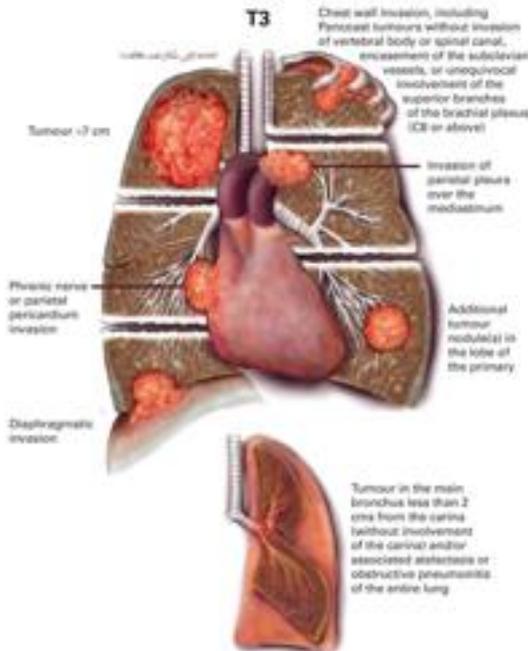
Nodule > 2 cm



T3

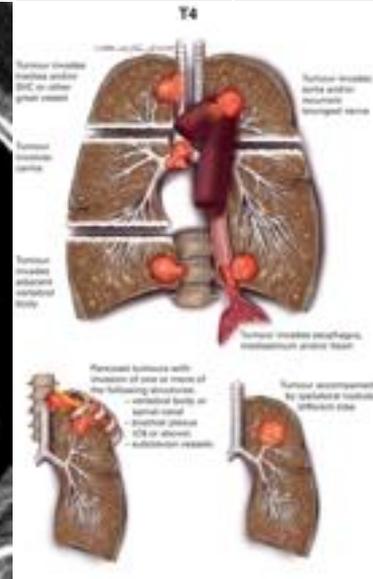
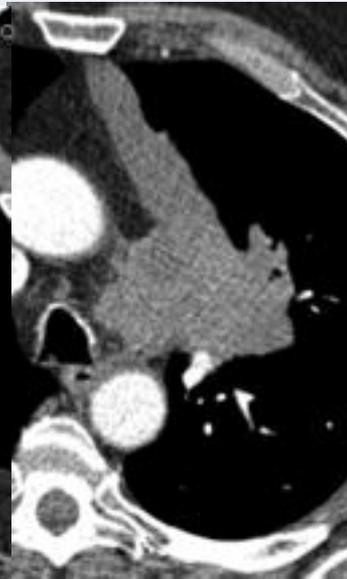
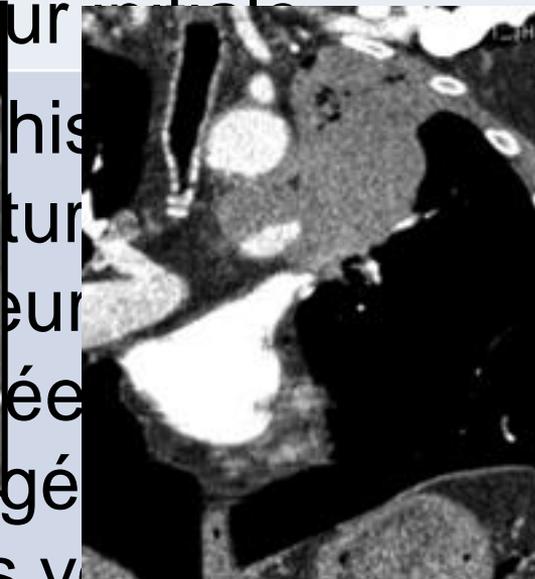
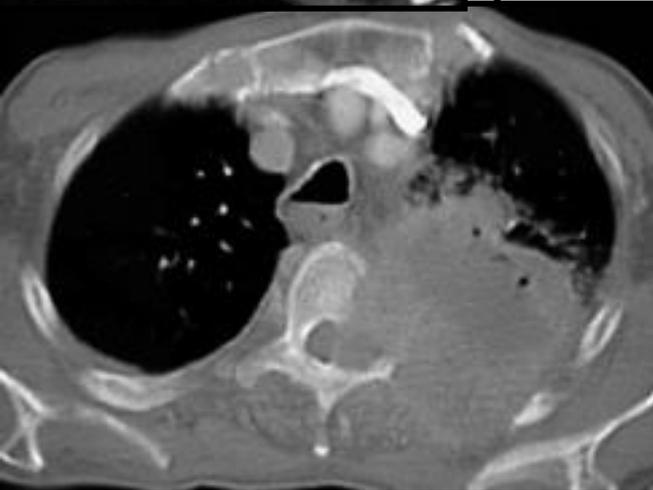
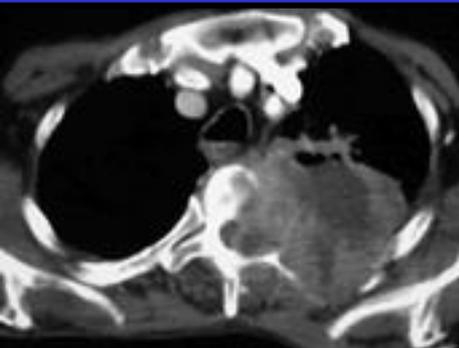


	Survie	
	médiane	5 ans
Masse > 7 cm en grand diamètre	29 M	35%
Envahissement d'au moins une de ces structures - Parois (Pancoast-Tobias), diaphragme, nerf phrénique, plèvre médiastinale, ou péricarde pariétal	36 M	41%
Tumeur dans la bronche souche < 2cm de la carène		
Atélectasie ou pneumonie obstructive d'un	48 M	45%
Tumeur satellite dans le même lobe		



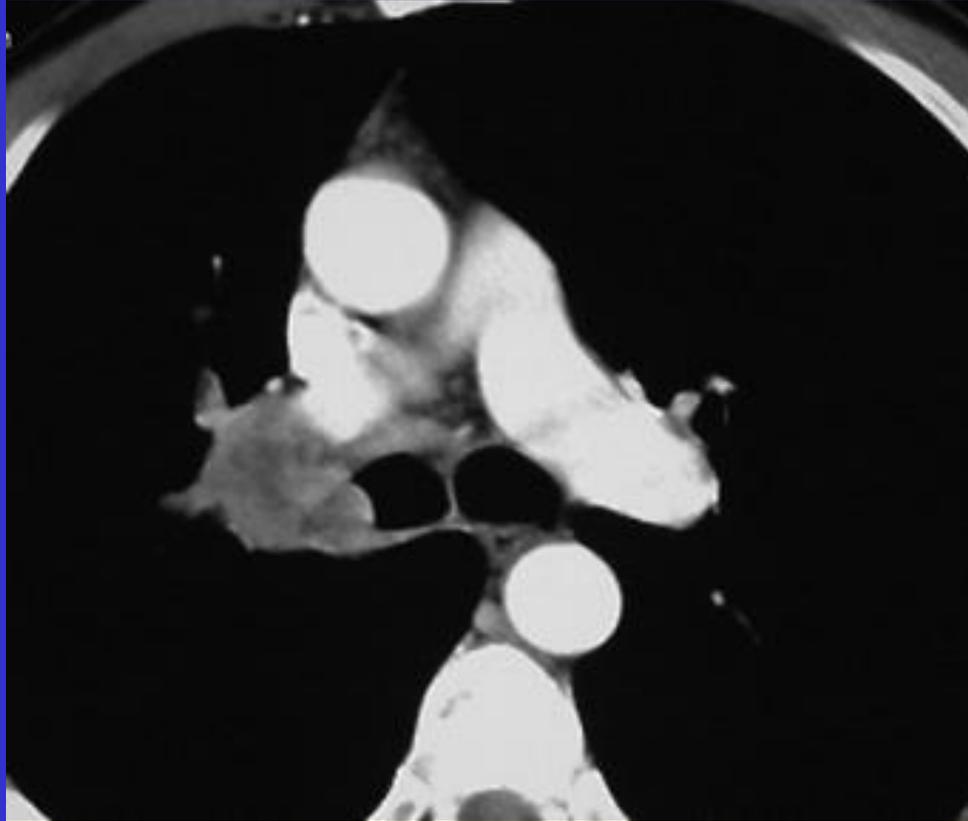
T4

		Survie	
		Médiane	5 ans
Nodule(s) tumoral dans le poumon homolatéral mais pas dans le même lobe que la tumeur initiale		18 M	25 %



ur
his
tur
eur
ée
aryngé
corps v

T / Bronche



T3

Le T3 (bronche) a un meilleur pronostic que le T3 paroi

(mais ici , impose la Pnectomie)

T2 / PLEVRE

Envahissement de la plèvre viscérale

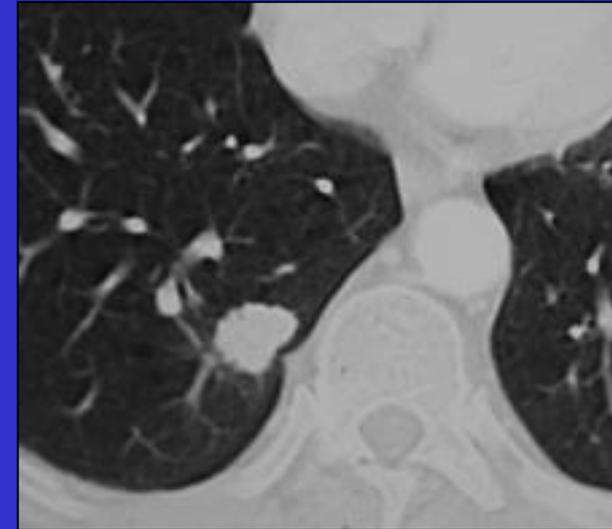
Envahissement de la scissure +++

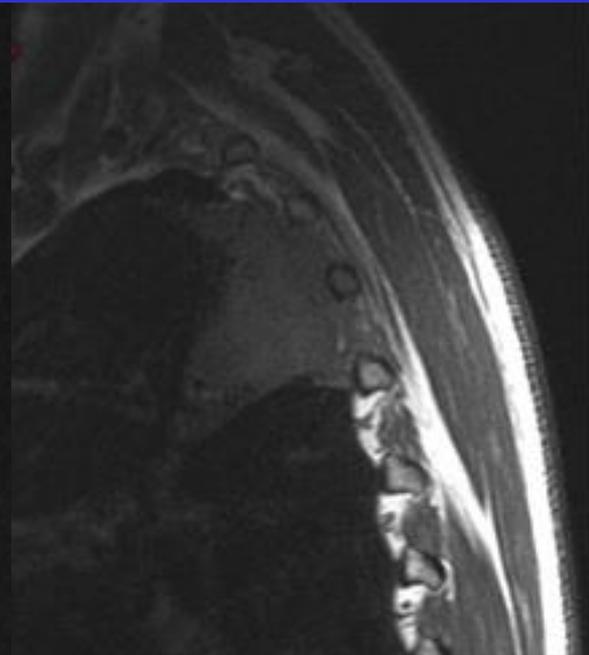
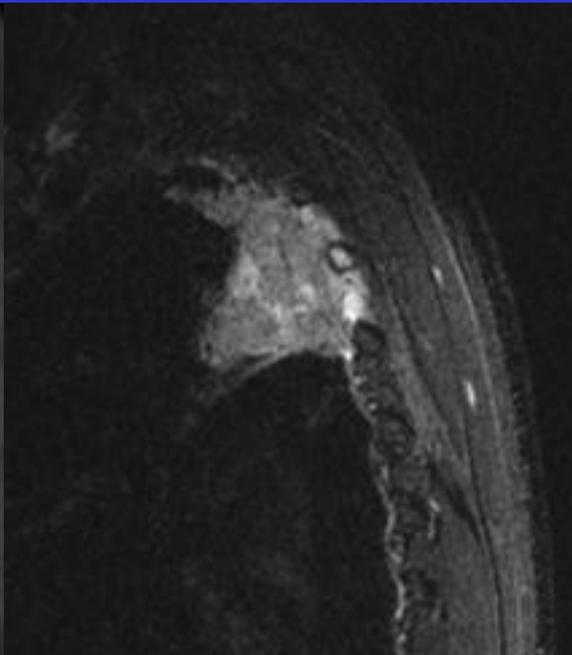
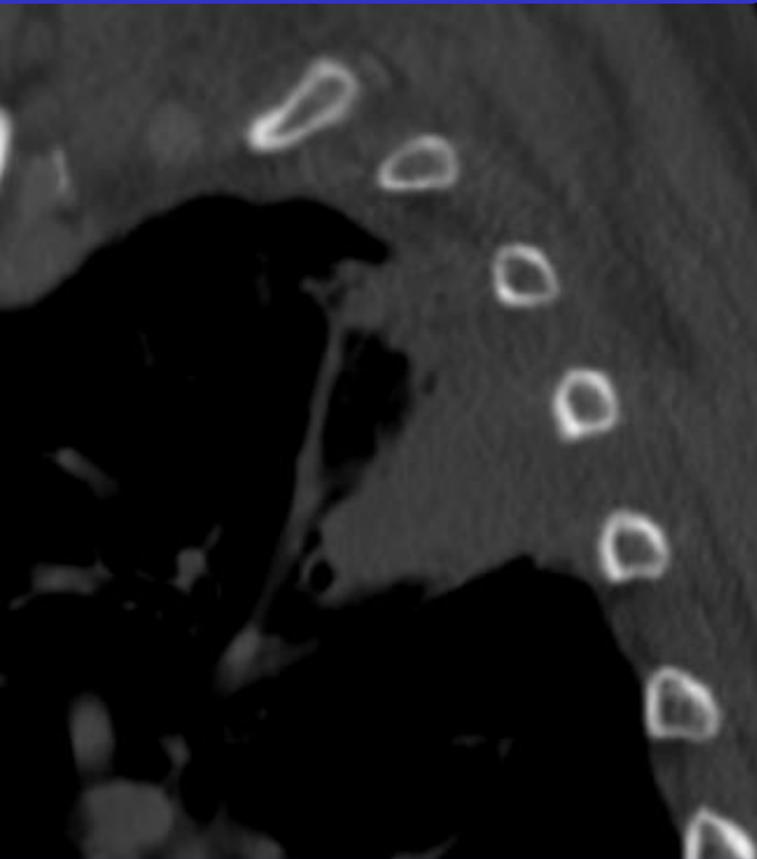
Coupes fines +++

Franchissement

Irrégularité sur versant opposé

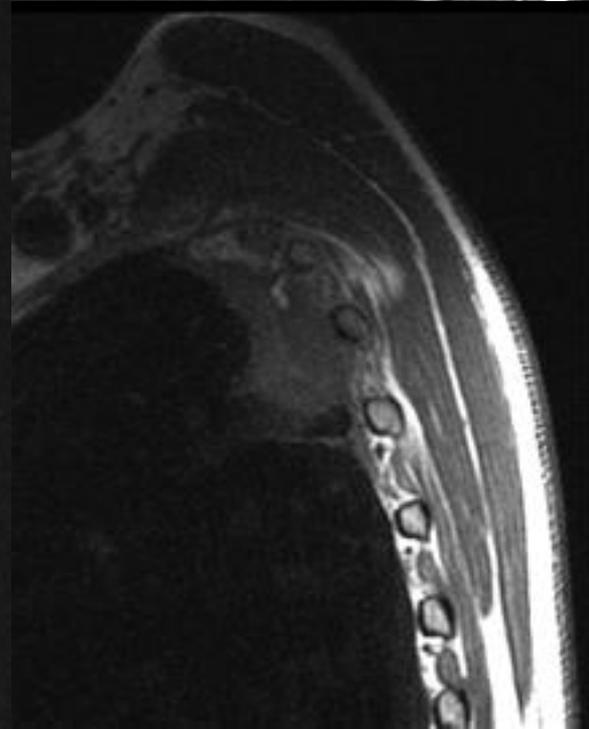
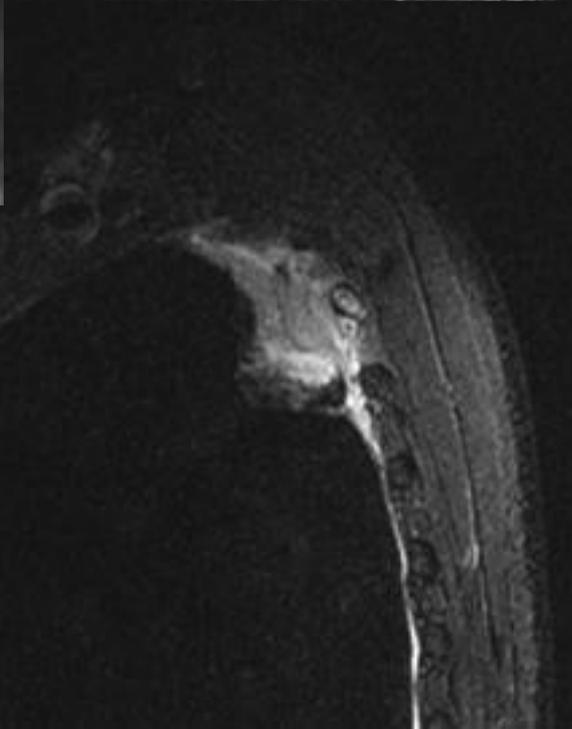
® Bi-lobectomie





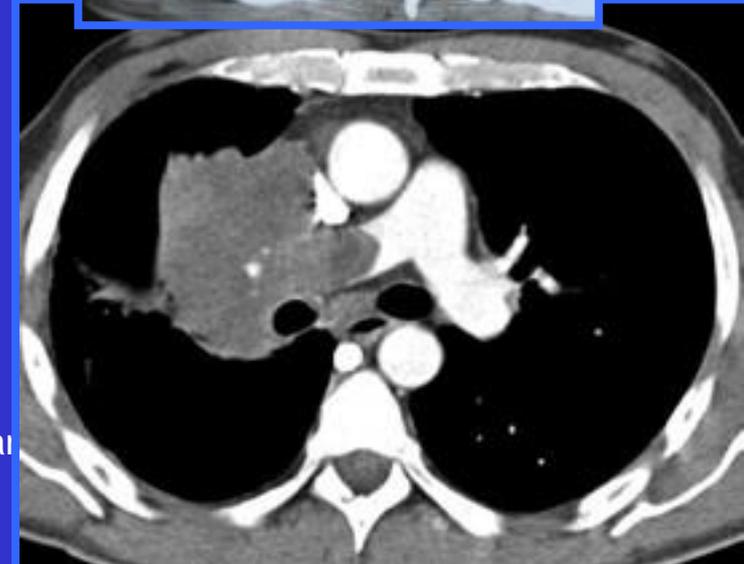
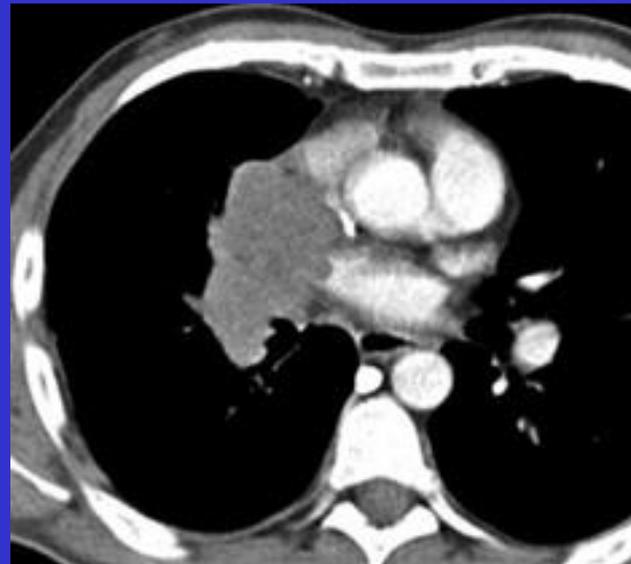
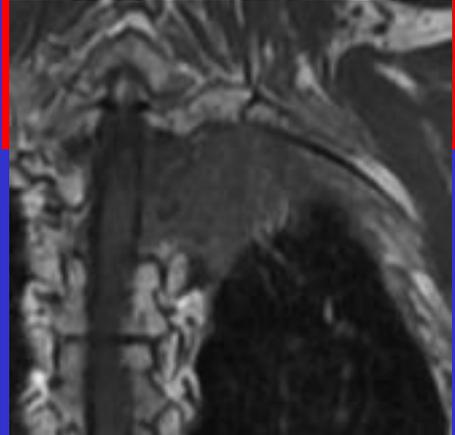
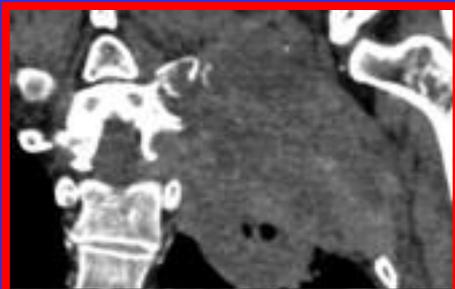
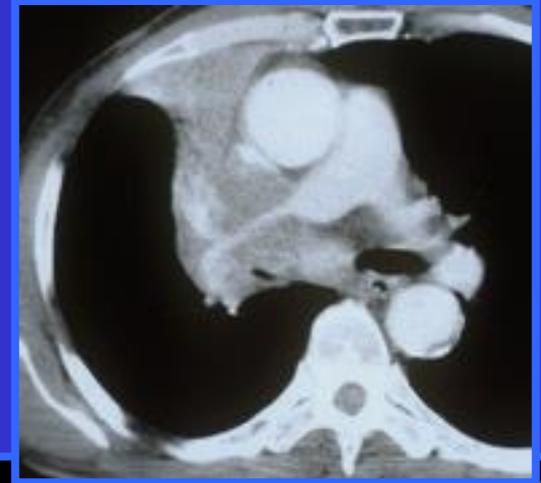
T3 / Pariet

T4 si PANCOAST et TOBIAS
(ie : C8, plexus brachial ,
corps vert , art vert ..)

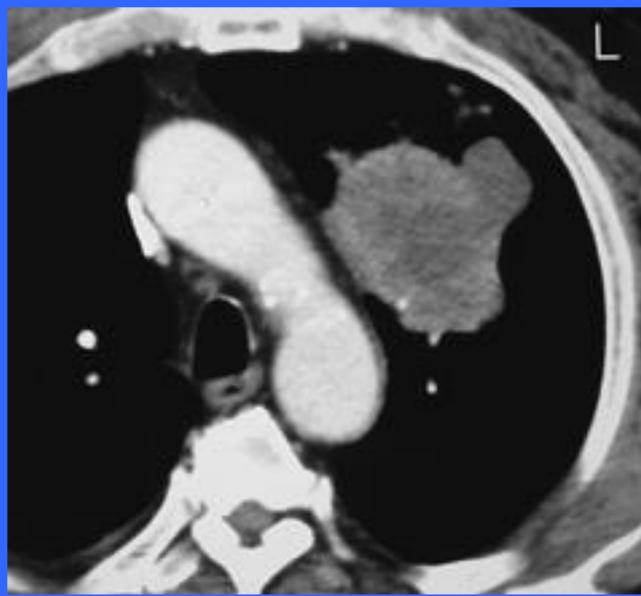


T4 techniquement non résecable

- Encastrement et distorsion des structures vasculaires médiastinales
- Lyse du corps vertébral
- Contact tumeur / vaisseau $> 180^\circ$



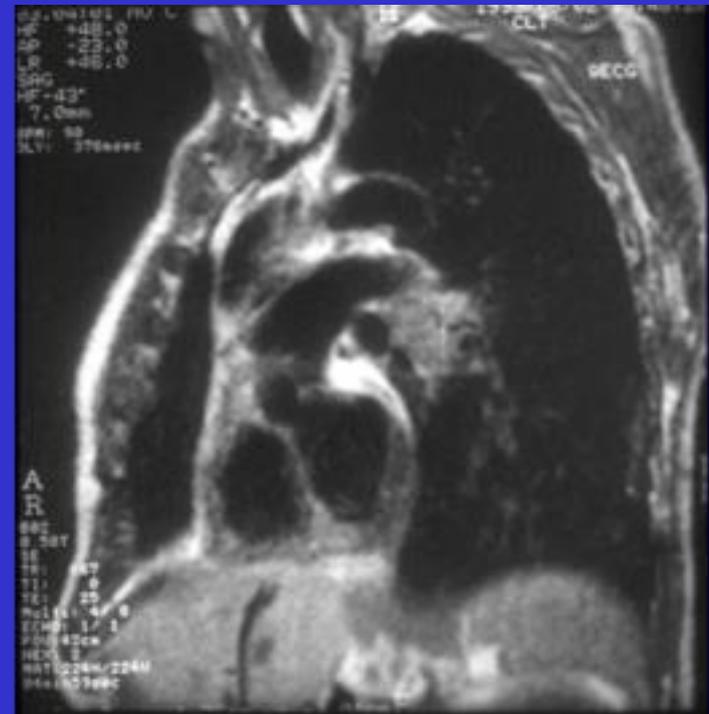
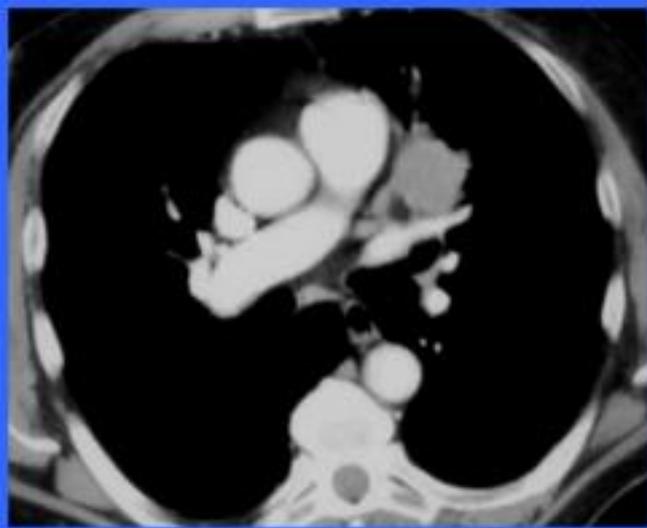
T4 techniquement résecable



à Toulouse pour T4 par APG ...
.....si ligament artériel libre (IRM)

(mais on n'aime pas T4 par VCS)

(J.BERJAUD . M.DAHAN .L.BROUCHET)

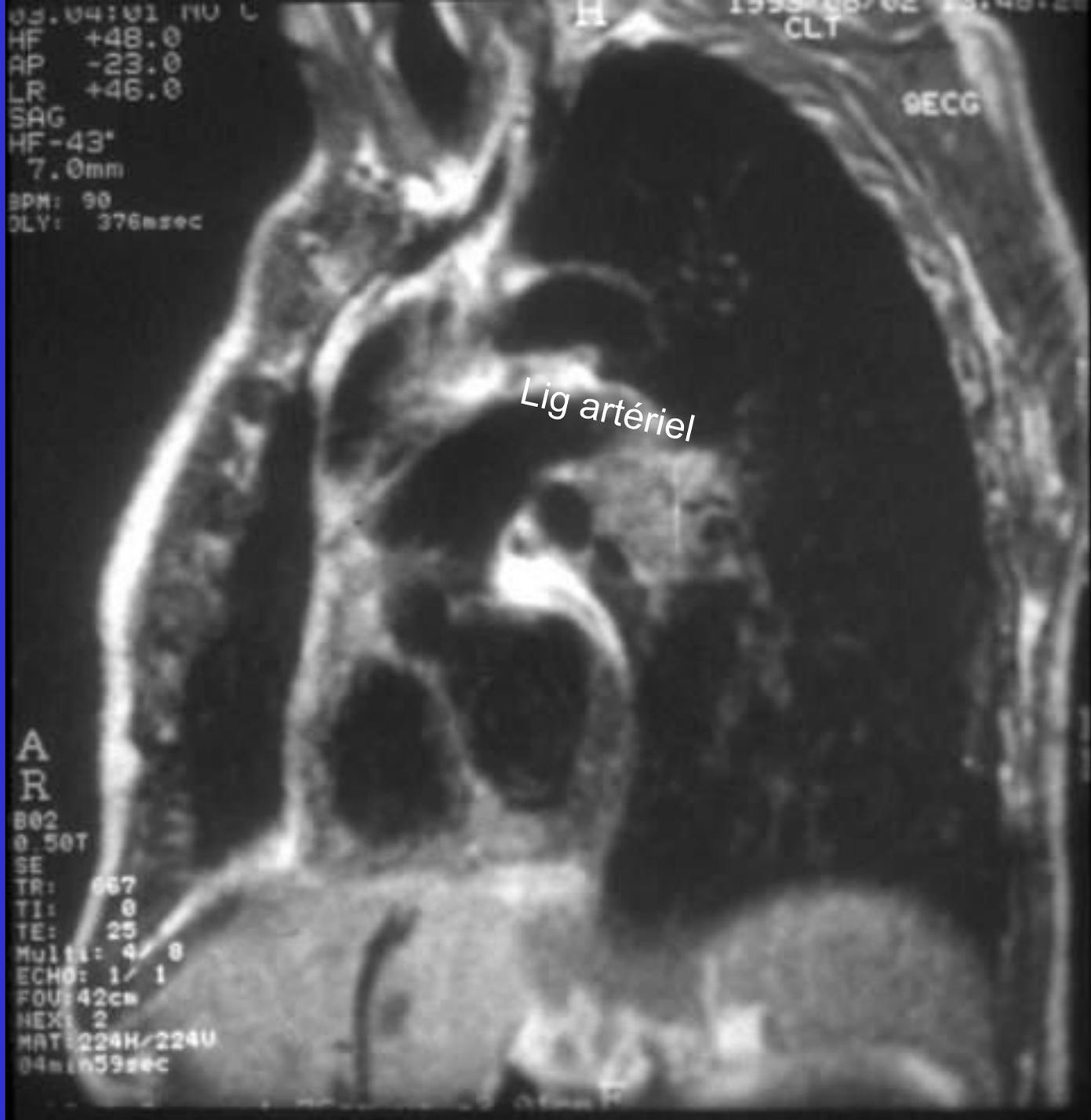


05.04:01 NO C
HF +48.0
AP -23.0
LR +46.0
SAG
HF -43°
7.0mm
BPM: 90
DLY: 376msec

1555:08/02 15.48
CLT
9ECG

Lig artériel

A
R
B02
0.50T
SE
TR: 667
TI: 0
TE: 25
Multi: 4/ 8
ECHO: 1/ 1
FOV: 42cm
NEXT: 2
MAT: 224H/224U
04min59sec



Classification TNM : le T

Tumeur initiale	T1a	T1b	T2a	T2b	T3	T4
Taille	≤ 2cm	>2cm et ≤ 3cm	>3cm et ≤ 5cm	>5cm et ≤ 7cm	>7cm	N'importe
Localisation endobronch	Absence d'extension plus proximale qu'une bronche lobaire		Bronche principale (≥ 2cm de la carène)		Bronche principale (<2cm de la carène)	
Envahis local	Entourée par du parenchyme ou plèvre viscérale		Plèvre viscérale		Paroi thoracique/diaphragme/plèvre médiastinale/péricarde pariétal	
Autre			Atélectasie/pneumonie obstructive s'étendant vers la région hilare n'intéressant pas l'ensemble du poumon		Atélectasie/pneumonie obstructive d'un poumon/ nodule dans le même lobe	
					Nodule dans un autre lobe du poumon homolatéral	

T limite avec le M

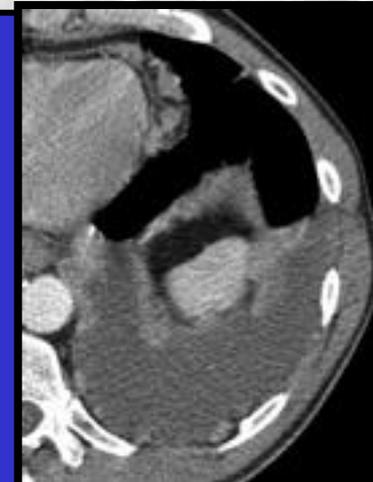
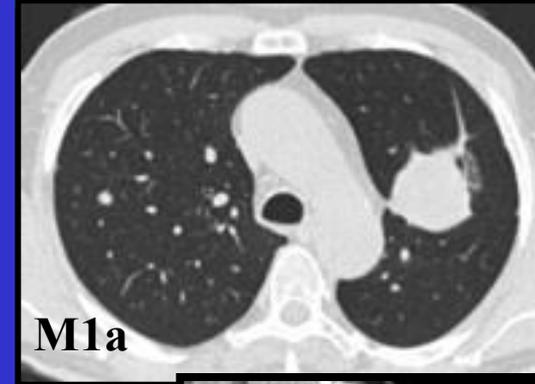
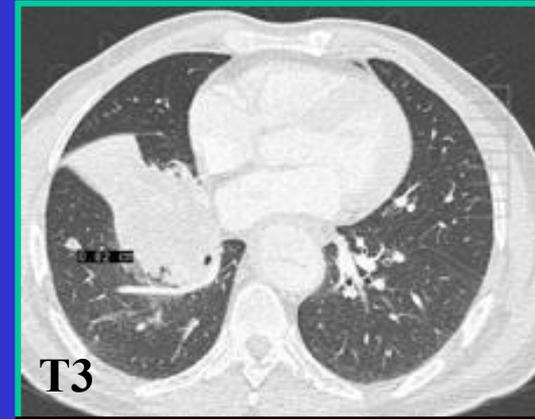
- Nodule
 - même lobe: T3
 - Lobe différent : T4 (même histologie)
 -
- Epanchement pleural
 - Malin: M1a: Cytologie positive
 - Epanchement pleural exsudatif en rapport avec l'atélectasie.

En p TNM : R

residual tumor :

R0 :

R1:(microscopic) /R2 : macro



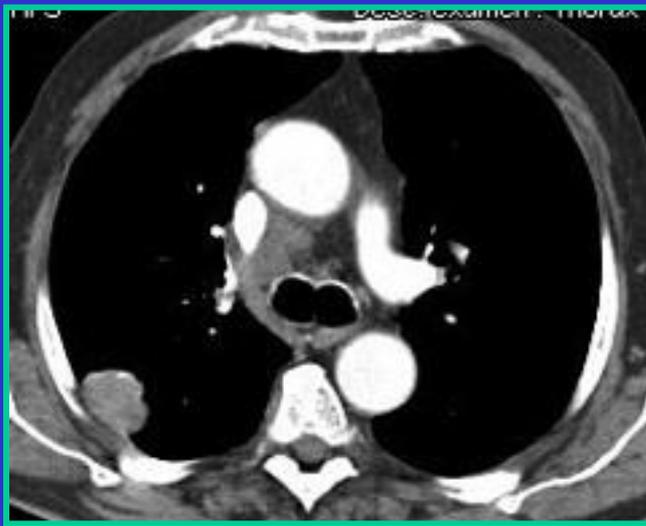
T limite avec le N:

Recurrent G : T4 si tumeur

N2 si ADP (assez "fumeux")

Oeso : T4 (T5 !!) si tumeur

N2 ou N3 » si oeso par ADP



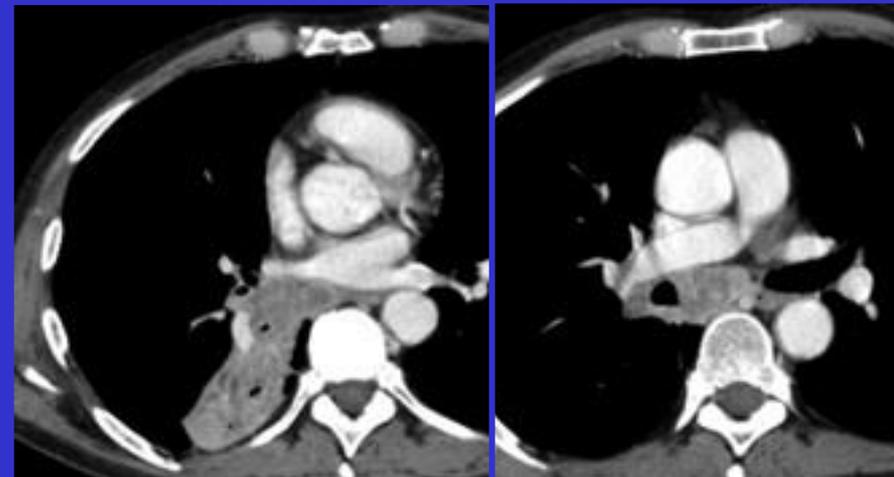
- **Le N:**

- **:Homolatéral:**
- **Hile:N1**
- **Médiastin:N2**

(et sous carinaire : 2,5 ?)

- **Controlatéral:**

- **Hile ou médiastin: N3**
- **Sus clavulaire: N3**



N2 :10 mm (petit axe)

Problème / N2 minimal invasive

N et TEP/TDM

SENSIBILITE	91 - 93%
SPECIFICITE	86 - 95%
VPP	74 -93%
VPN	95%

fixation + : contrôle histologique

fixation - : pas de contrôle ??

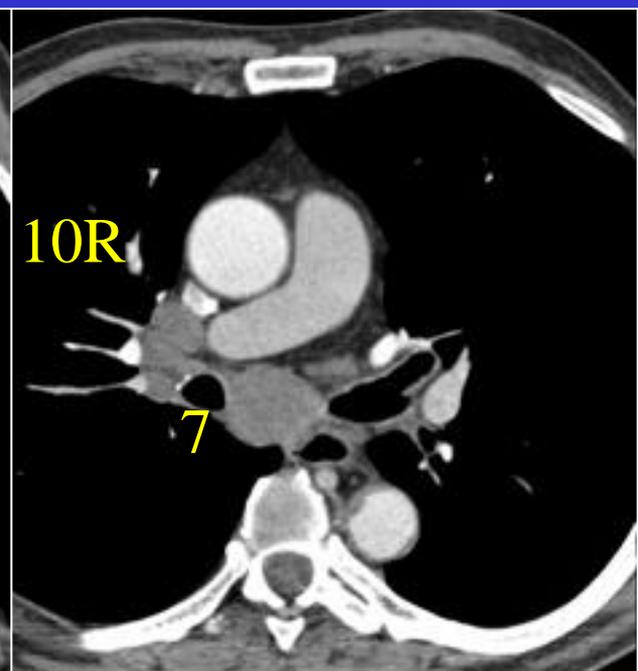
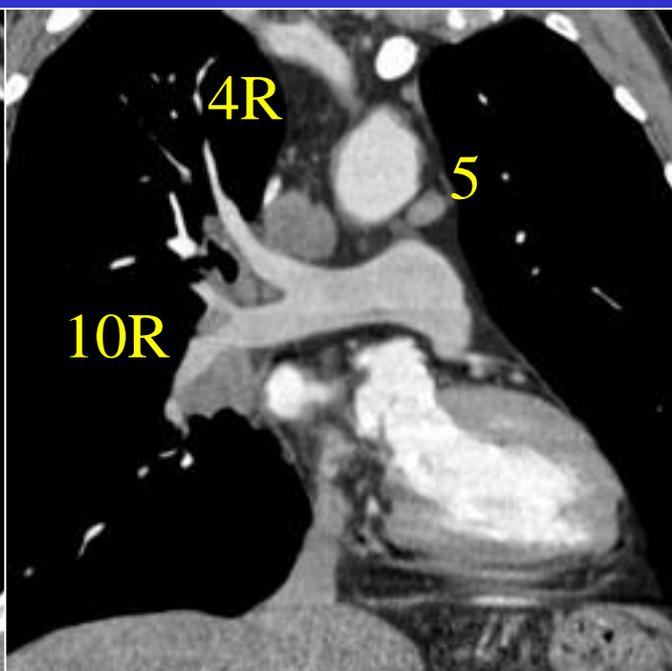
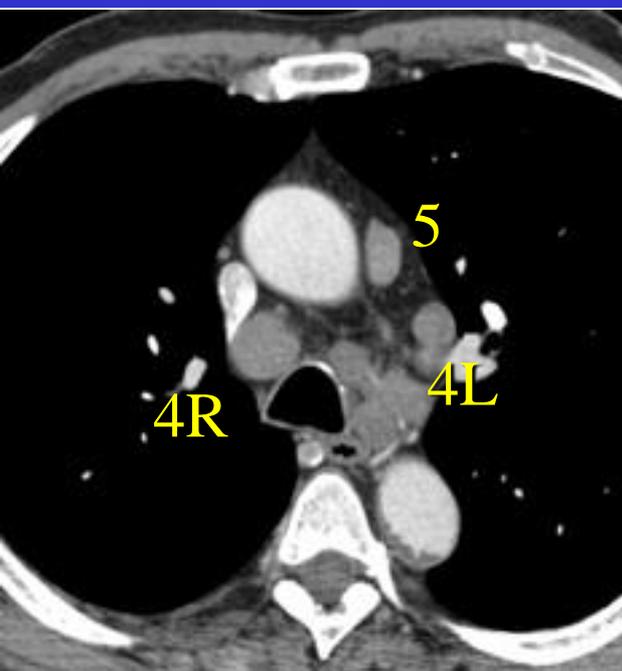
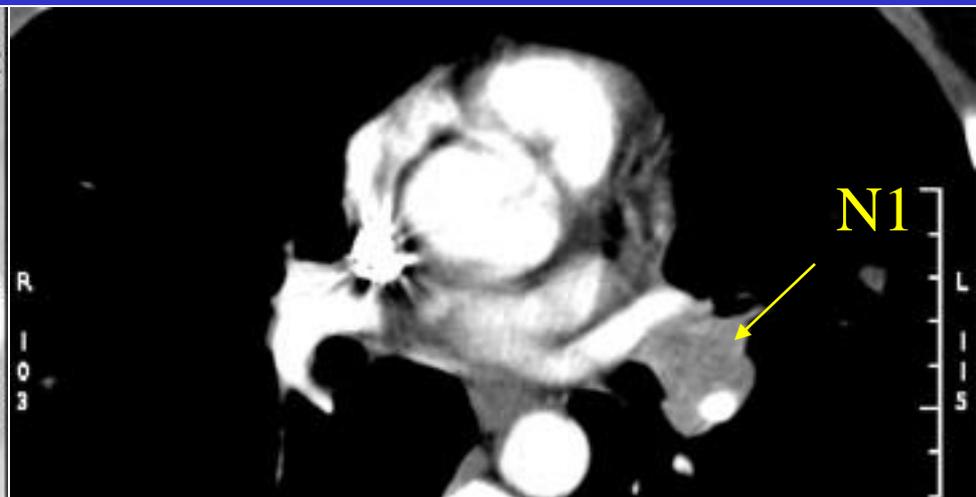
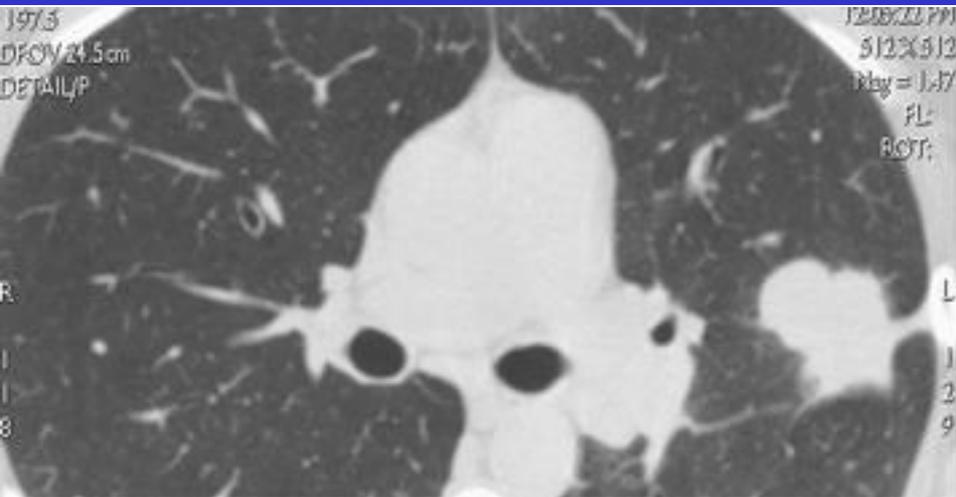
MAIS : KBA, sup. a 15 mm, N1, Tumeur fixant peu
faiblement fixante

Pieterman et coll. RM New Engl J Med 2000;343:254-61

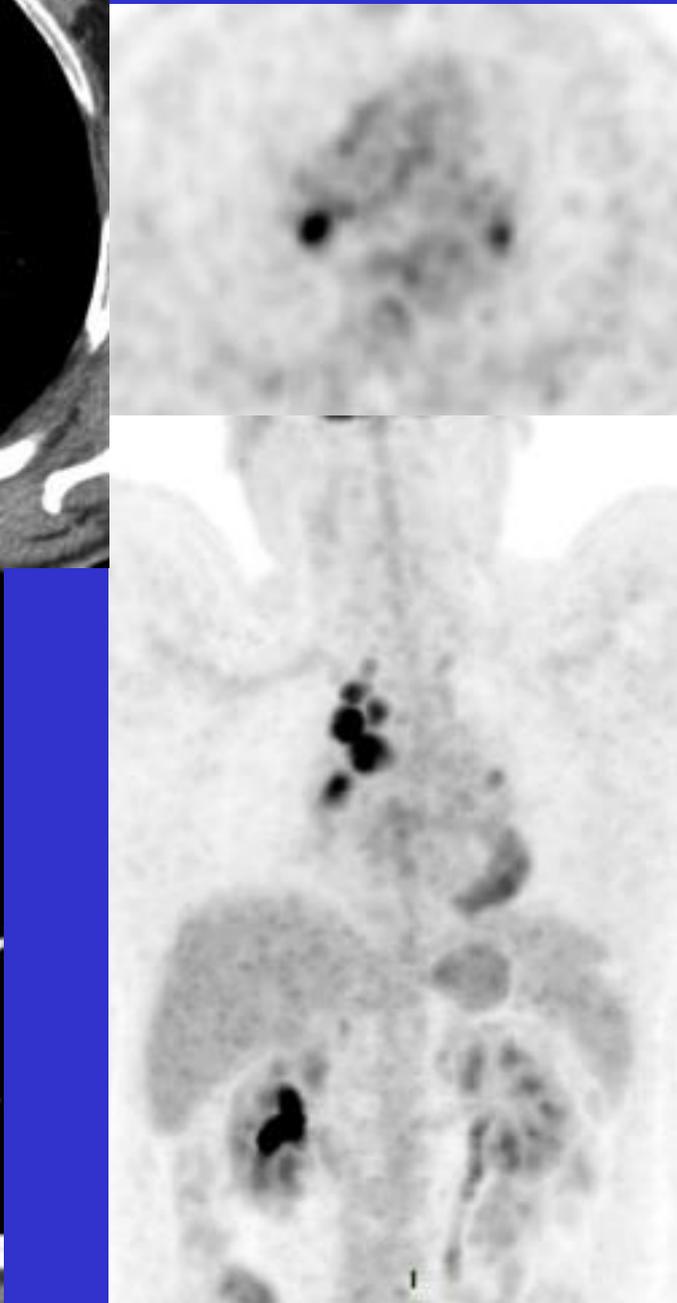
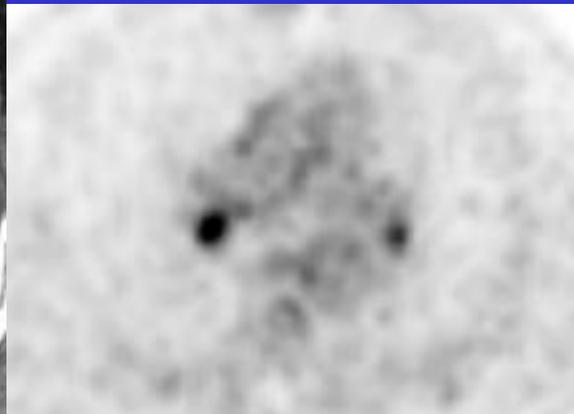
Fischer B et coll. The Lancet Oncology 2001;11:659-66

Silvestri GA et coll. Chest 2003;123:147s-156s

Aspect typique de N1 Bulky

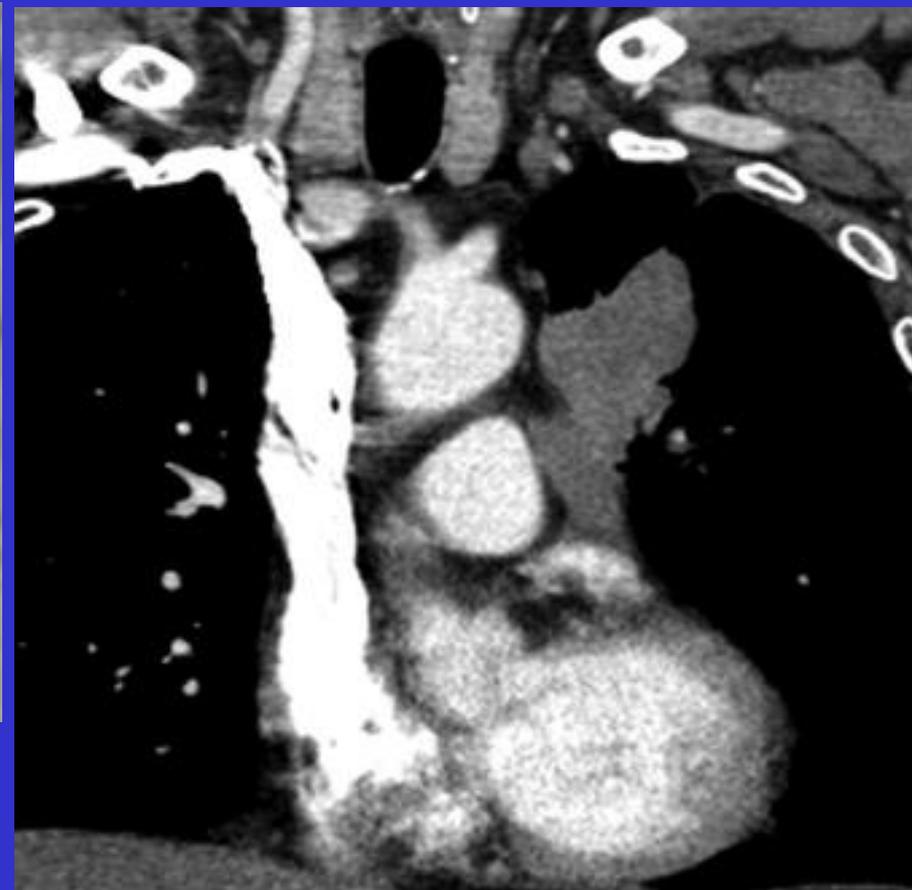
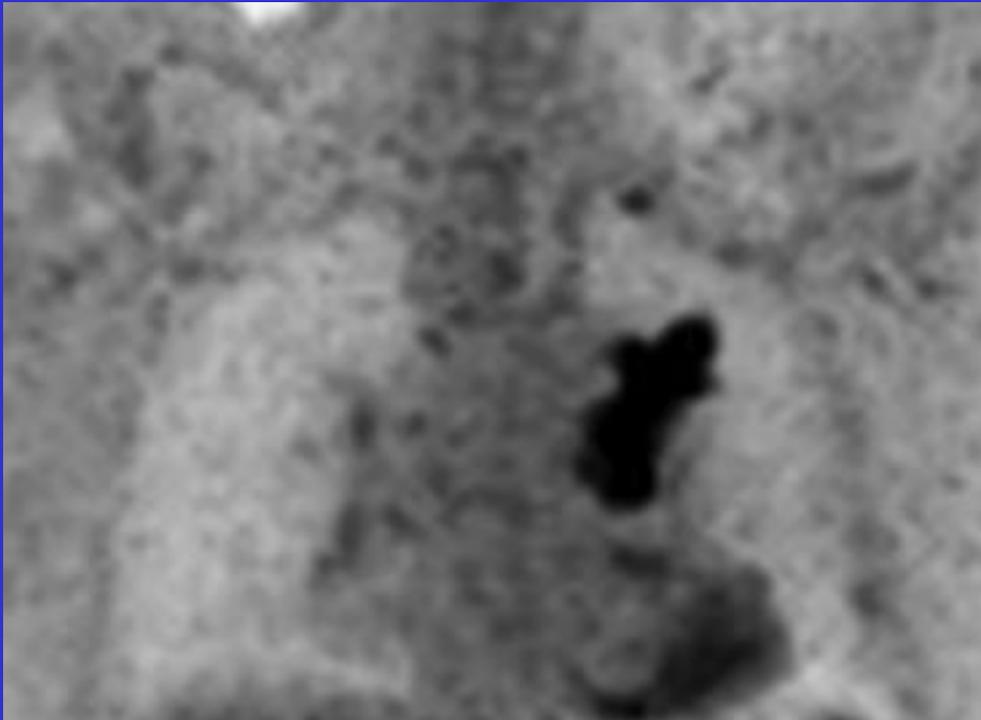


Hypertrophies ganglionnaires significatives N1 - N2



N3

Sus claviculaire ou contro latéral



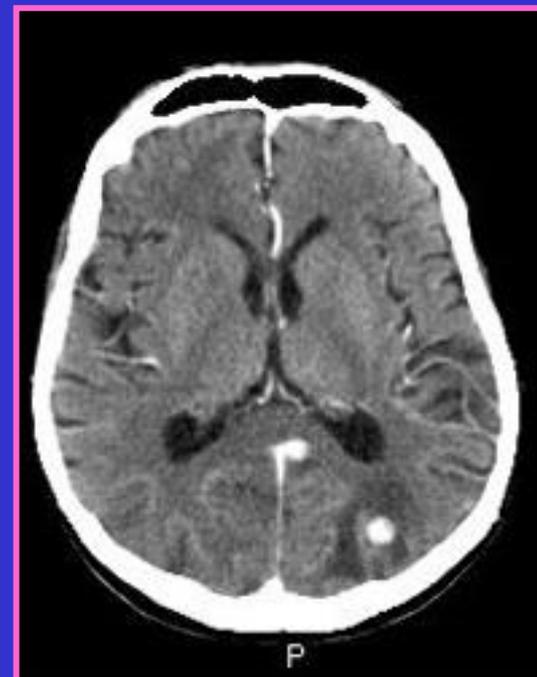
N 1 ,2 , 3... et surtout Mini /

++ opposés à N1,2,3 « décapsulés » !

Pb difficile suspicion N2 mini (N2 mi) en cTNM :

comment avant le p ?
car égal ou meme inf à 10mm !

- Le M: TEP +++ obligatoire avant chirurgie !
- Nodule pulmonaire controlatéral
- Atteinte pleurale (à suspecter
....puis à prouver)
- Foie, Surrénales++, Os,
Cerveau (IRM)



TEP ET M

15 à 30 % de métastases manquées par
l'imagerie traditionnelle TDM+ IRM : !!

Donc TEP systématique avant chirurgie ou
radiothérapie :car « coin lesion ou NPS petit
peut etre déjàM !

Si la TEP détecte un foyer de fixation dans un organe habituellement épargné par les métastases du cancer bronchique, il peut s'agit de la découverte d'un autre cancer (colo-rectal, sein)...ou d'un faux positif inflammatoire

TNM et « non – dits en 2015»

Lymphangite K: T4 ? M1? idem Nodule satellite

Type T: KBA (classification Suzuki)

HAA : ??

N: N2 minimal intra capsulaire !

Bulky et irregulier “décapsulé”:

mauvaise survie !

N sous Diaph = M1?