

CBNPC Hors Stade IV Référentiels 2019

PJ Souquet

CH Lyon Sud
Hospices Civils de Lyon



CBNPC hors stade IV

	N0	N1	N2	N3	M1a-b <i>Tout N</i>	M1c <i>Tout N</i>
T1a	IA-1	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T1b	IA-2	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T1c	IA-3	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IV-A	IV-B
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	IV-A	IV-B

1. Stades I et II cliniques (bilan pré-thérapeutique), patient opérable

1.1. *Attitude thérapeutique*

Chirurgie d'exérèse complète anatomique, comportant un curage ganglionnaire complet (4) (11)

La lobectomie reste le standard.

- La chirurgie vidéo-assistée est une voie d'abord à privilégier pour les stades précoces (12)
- Le curage ganglionnaire minimal recommandé est le suivant :
 - o Pour l'exérèse lobe supérieur droit ou lobe moyen = 2, 4, 7, 8, 10, 11 et intra-pulmonaire.
 - o Pour l'exérèse des lobes inférieurs droits et gauches = 4, 7, 8, 9, 10, 11 et intra-pulmonaire.
 - o Pour l'exérèse du lobe supérieur gauche = 5, 6, 7, 8, 10, 11 et intra-pulmonaire.
 - o Si atteinte 7 ou 4L, indication de curage du médiastin supérieur (2&3).
- La suite du traitement dépend des résultats anatomopathologiques.

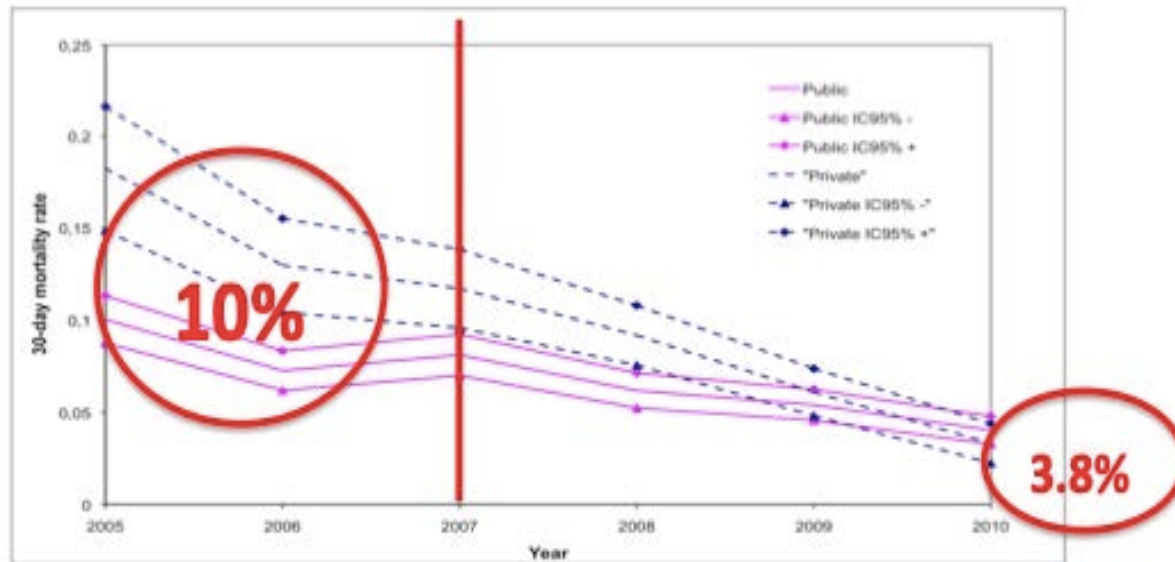
Recommandations

Il est recommandé :

- que l'acte chirurgical soit réalisé par un chirurgien spécialiste expérimenté,
- dans une structure hospitalière pouvant assumer des suites post-opératoires compliquées (13).

CBNPC hors Stade IV

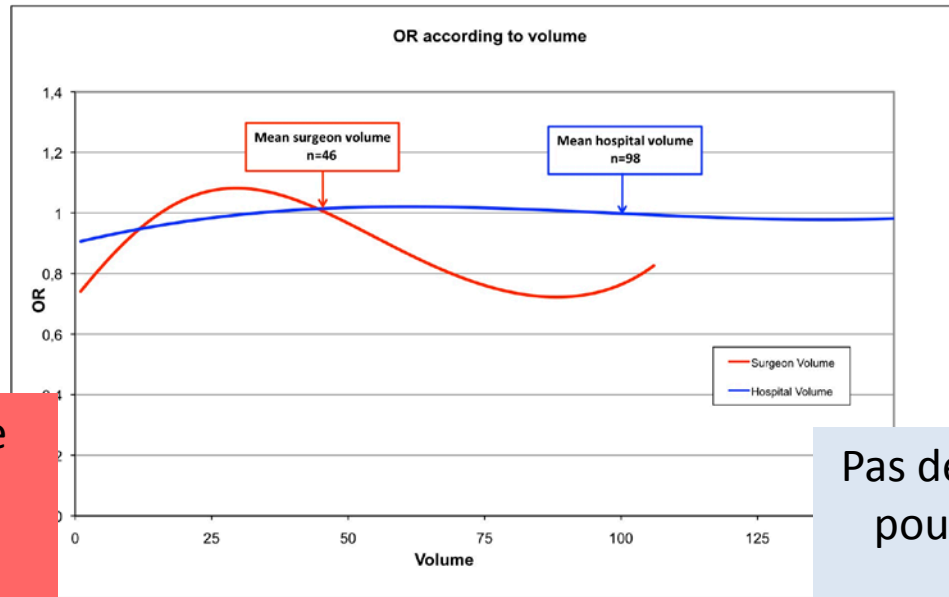
Evolution de la mortalité observée à 30 jours: hôpitaux publics et privés



PE Falcoz Base Epithor

CBNPC hors stade IV

Variations en ORs pour la mortalité à 30 jours
en fonction du volume d'activité (chirurgien/hôpital)



Variation significative
pour
le volume d'activité
chirurgien

Pas de variation significative
pour le volume d'activité
hôpital

PE Falcoz Base Epithor

1.4. Divers

- Dans le cas de patient ayant une EFR "limite", âgé ou fragile, il est licite de n'effectuer **qu'un geste limité** (segmentectomie de préférence) même si la fréquence des récurrences locales est plus importante. Cette décision doit être discutée en réunion de concertation multidisciplinaire.
- En cas de tumeur de petite taille (inférieure à 2 cm), une exérèse limitée par segmentectomie avec curage peut être discutée pour les cNO.
- En cas de T3 par atteinte pariétale, si l'exérèse a été complète, il n'y a pas de nécessité de réaliser une radiothérapie post-opératoire. En cas de doute sur le caractère complet de l'exérèse, une radiothérapie pariétale doit être discutée en RCP.

2. Stades I et II cliniques inopérables du fait d'une exploration fonctionnelle respiratoire médiocre ou médicalement inopérables

Si l'état général du patient le permet, une radiothérapie à visée curative est recommandée sous la forme d'une radiothérapie en conditions stéréotaxiques pour les tumeurs N0. En cas d'impossibilité d'obtenir un diagnostic histo-cytologique, une radiothérapie stéréotaxique peut être discutée en RCP devant une lésion suspecte au scanner, évolutive (dans les 3 mois) et hyper métabolique à la TEP (après élimination d'une cause infectieuse respiratoire) (→ Référentiel nodules). Si la radiothérapie stéréotaxique n'est pas possible, discuter d'une radiothérapie conventionnelle (normo voire hypo-fractionnée).

Pour les stades IIB, l'indication de chimiothérapie associée à la radiothérapie sera discutée en RCP.

OPTION : Ablation thermique pour les tumeurs de moins de 3 cm

Recommandations

La chimiothérapie post-opératoire systématique chez tous les patients en état physique et physiologique de la recevoir est indiquée pour les stades pII et pIII :

cisplatine 80 mg/m² J1, vinorelbine 30 mg/m² J1 et 8 tous les 21 jours, 4 cycles (ou vinorelbine orale).

OPTION : En cas de contre-indication documentée au cisplatine, une chimiothérapie par carboplatine-paclitaxel pourra être réalisée dans des cas particuliers après avis d'une RCP.

OPTION : En cas d'effets secondaires constatés à la vinorelbine, l'utilisation d'une molécule de troisième génération associée au cisplatine est possible et doit être discutée en RCP.

-Il n'y a pas d'indication de radiothérapie médiastinale post-opératoire pour les pN0-1 (15).

OPTION : La radiothérapie médiastinale post-opératoire peut diminuer le risque de rechute locorégionale pour les stades III A N2 sans démonstration prospective d'une amélioration de la survie.

Les résultats de Lung ART sont attendus pour juin 2020!

**STADE
IIIB et C**

Recommandations

Les 3 schémas de chimiothérapie les plus utilisés en concomitants de la radiothérapie sont :

- cisplatine 80 mg/m² J1, 22 et vinorelbine 15 mg/m² J1, 8, 22, 29
- cisplatine 50 mg/m², J1, 8, 29, 36 et etoposide 50 mg/m², J1-5 et 29-33
- carboplatine AUC 2, J1,8,15,22,29,36,43 et paclitaxel 45 mg/m² J1,8,15,22,29,36,43

Après la phase de radio-chimiothérapie concomitante l'utilisation de durvalumab 10 mg/kg toutes les deux semaines pendant 12 mois et débutant dans les 42 jours suivant la fin de la radiothérapie, chez les patients dont la tumeur exprime 1% ou plus de PDL1 est recommandée, en l'absence de progression et de contre-indication.

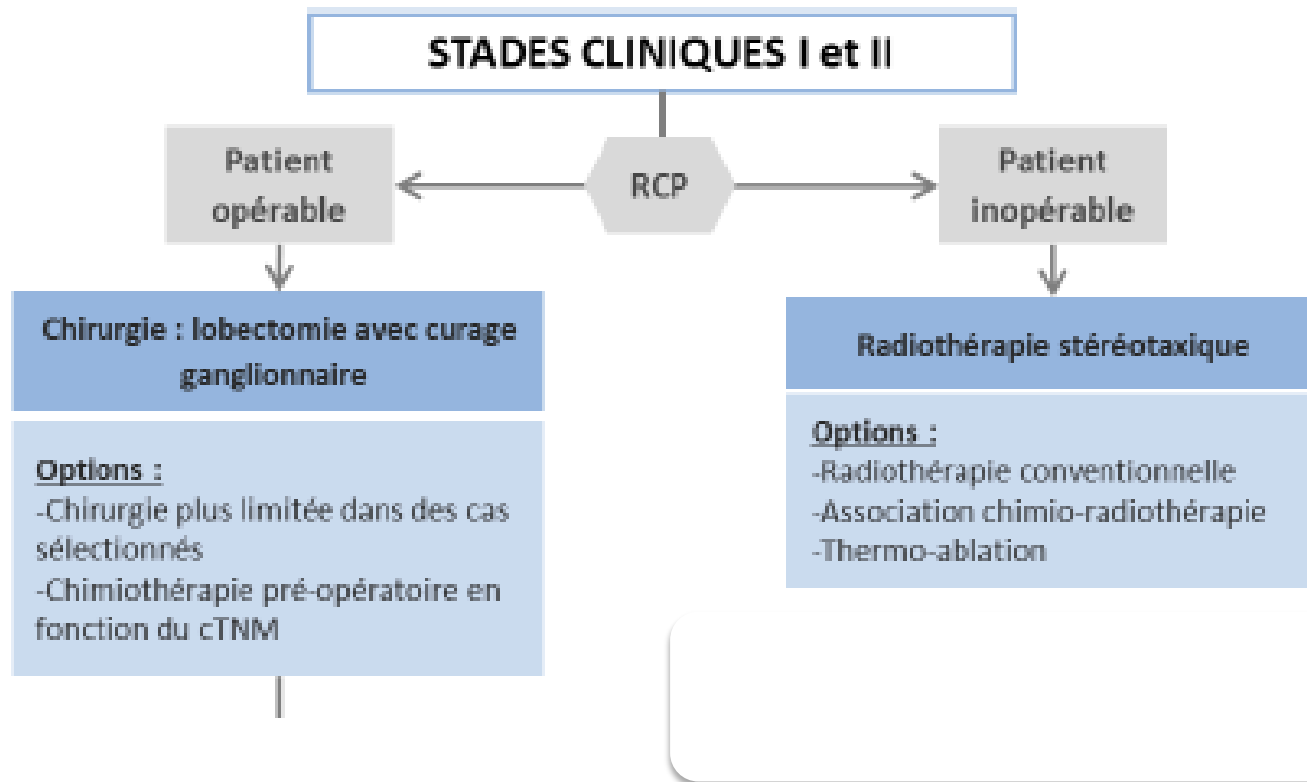
OPTION : cisplatine (75 mg/m²) – pemetrexed (500 mg/m²) J1-J22 (20) uniquement pour les cancers non-épidermoïdes

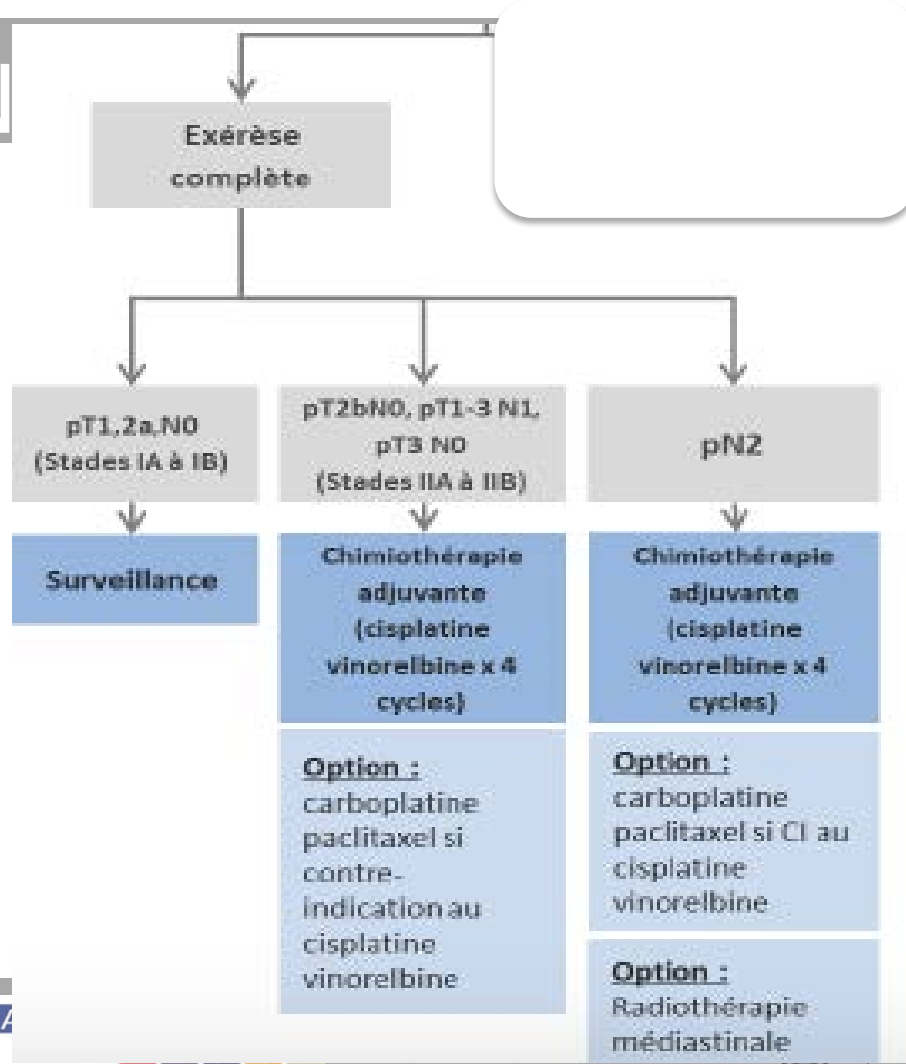
Recommandations

Dans le cas des tumeurs de l'apex, il est recommandé de réaliser d'emblée une association concomitante de chimiothérapie et de radiothérapie jusqu'à 46 Gy, avec une réévaluation en vue d'une chirurgie (hors N2) et/ou poursuite de la radiothérapie jusqu'à une dose de 66 Gy. Les protocoles de chimiothérapie à utiliser sont ceux des stades IIIB/C.

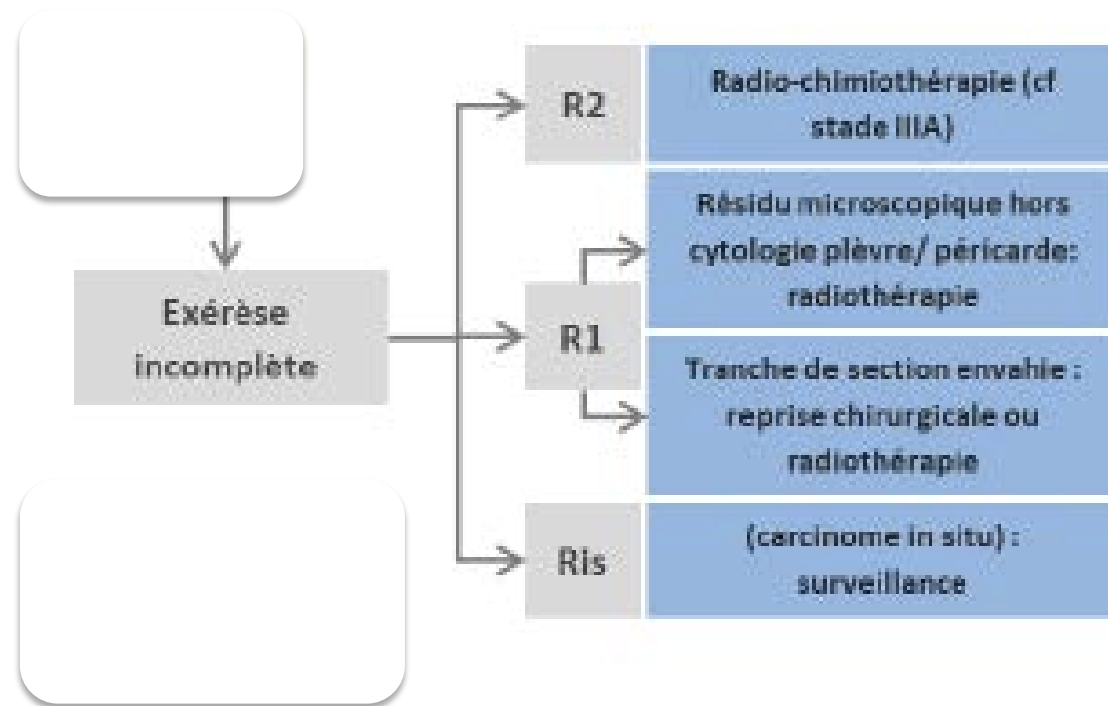
OPTION : Association radiothérapie préopératoire, chirurgie puis chimiothérapie post-opératoire.

CBNPC stade I et II





CBNPC stade I et II



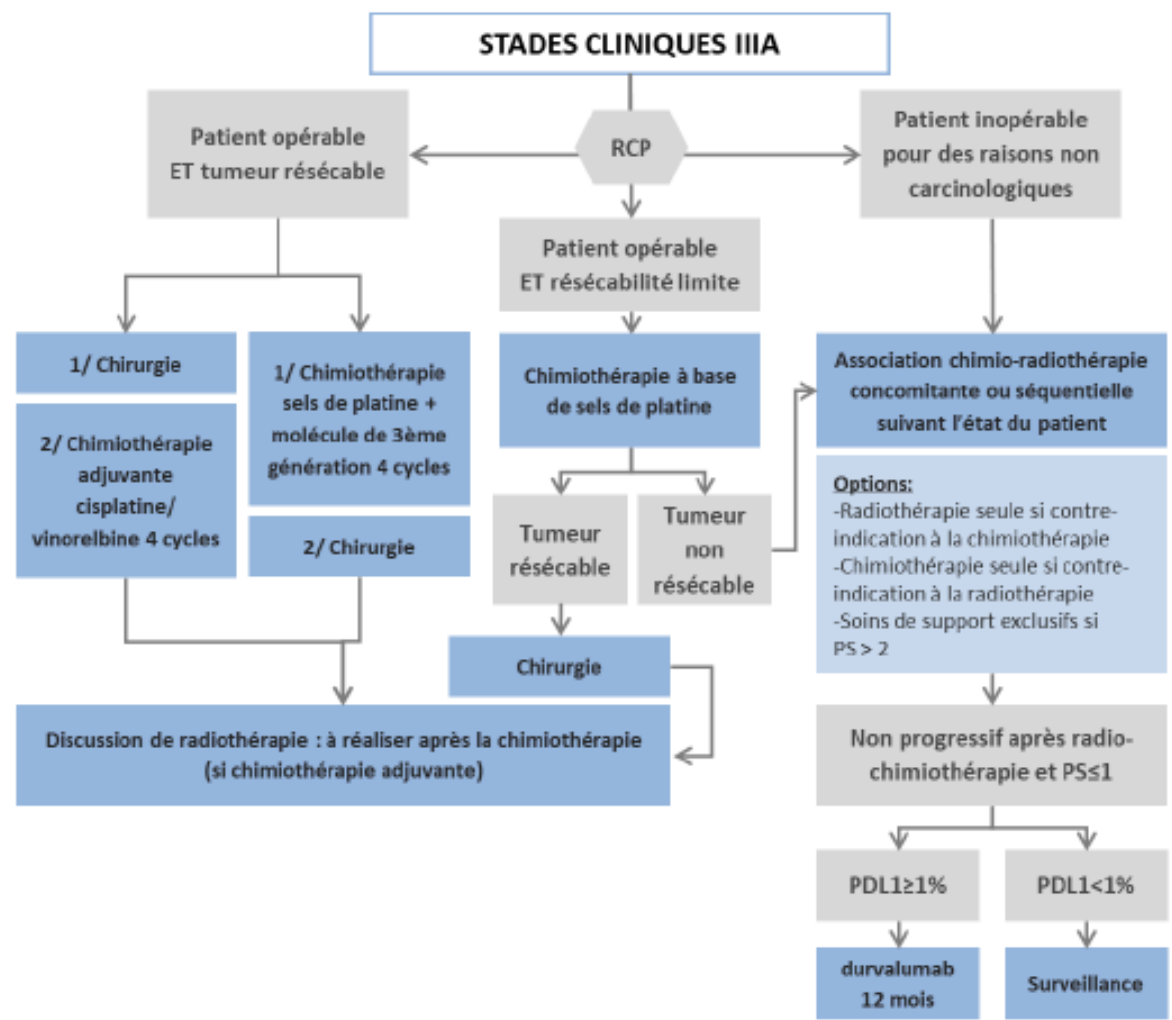


Figure 8 – Arbre décisionnel pour les stades cIIIA

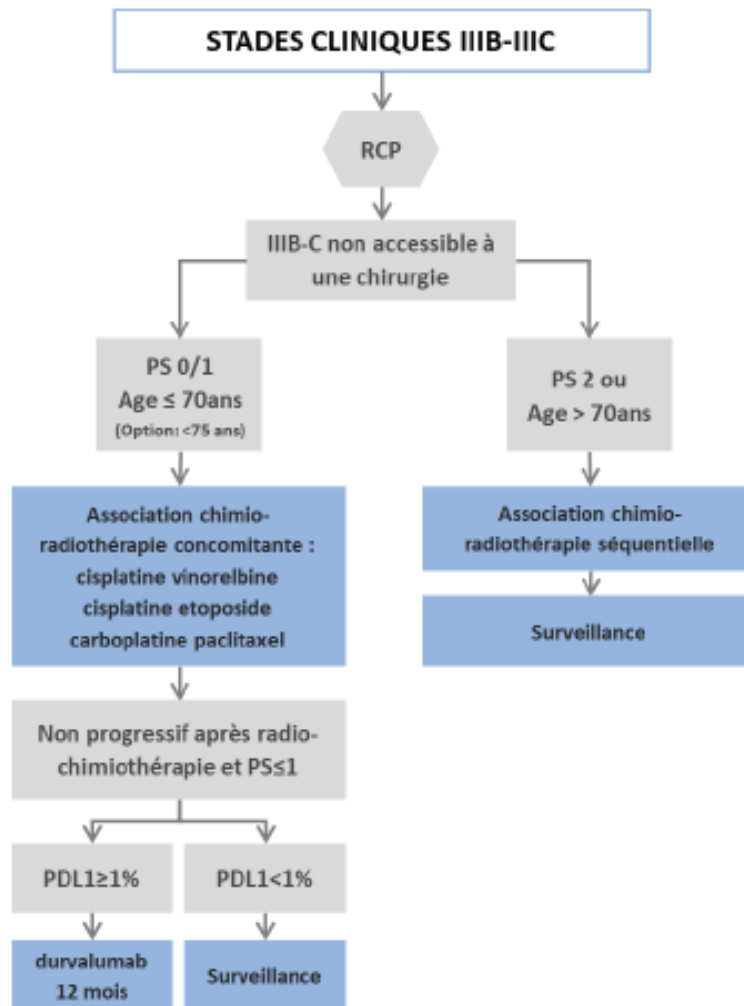


Figure 9 – Arbre décisionnel pour les stades cIIIB-IIIIC