

Principes de la chirurgie carcinologique

Chirurgie carcinologique

- Introduction:

- Pendant longtemps, la chirurgie a représenté LE SEUL TRAITEMENT des tumeurs solides
- Aujourd'hui, la chirurgie RESTE le traitement principal:
 - » Mais rentre toujours dans un schéma multidisciplinaire (+++):
 - Discussion commune des dossiers
 - Radiothérapie-chimiothérapie

Chirurgie carcinologique

- Curative:

- Enlever la lésion pour « guérir » le patient (ou du moins améliorer sa survie)

- Palliative:

- Améliorer le confort du patient (sans enlever la tumeur)
- Ablation partielle de la lésion, en espérant un effet des autres traitements sur la lésion résiduelle

- Préventive:

- Ablation d'une lésion précancéreuse, afin de prévenir l'apparition sur l'organe d'un cancer

Chirurgie carcinologique curative

- La résection chirurgicale complète de la lésion est LE PLUS SOUVENT le meilleur traitement:
 - Mais elle n'est pas toujours possible
- Les traitements non chirurgicaux (radiothérapie-chimiothérapie-radiofréquence) prennent une place de plus en plus importante:
 - Mais ne remplace JAMAIS, dans l'idéal, la chirurgie d'exérèse de la lésion

Grands principes de la chirurgie carcinologique curative

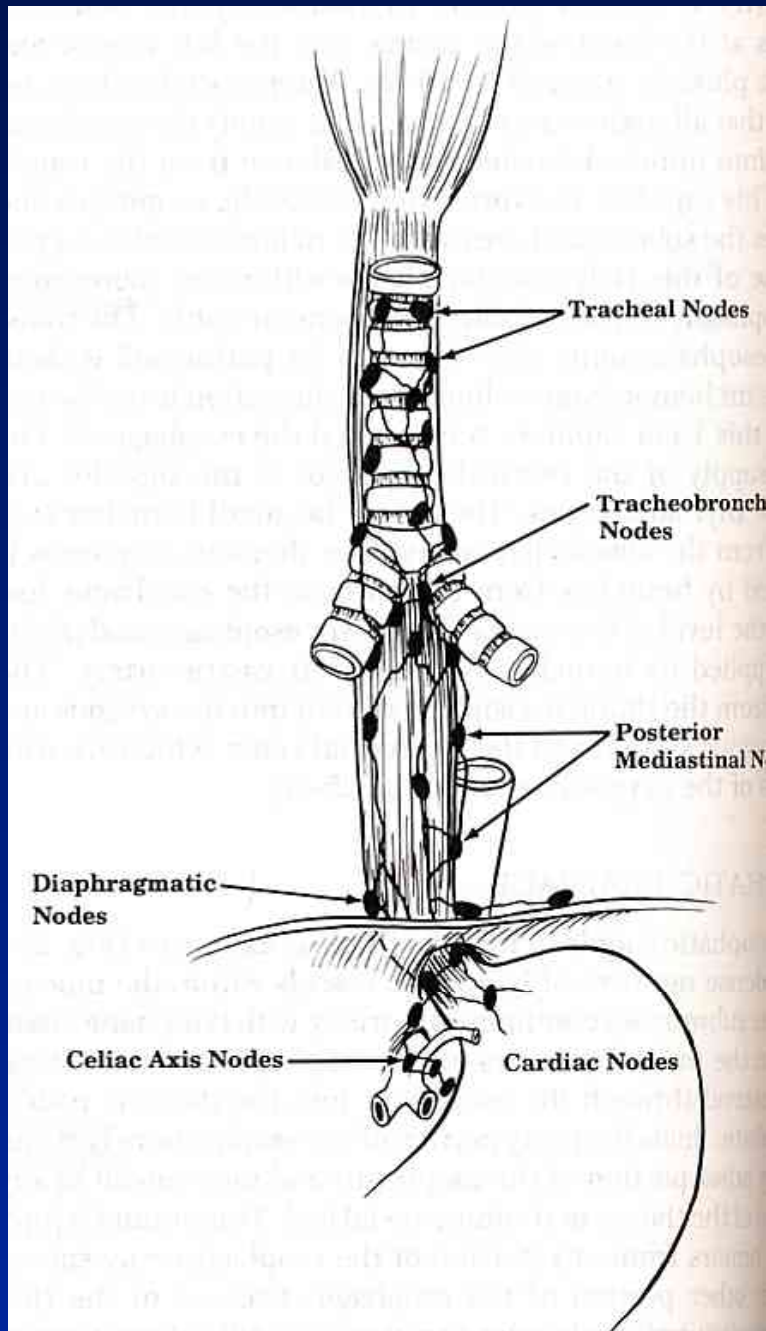
- Ablation de la tumeur primitive:
 - Dans l'idéal: passer en zone macroscopiquement saine
 - Ablation si besoin (et si possible) d'organes de voisinage:
 - » En cas d'envahissement local par la tumeur:
 - Pas toujours possible
- Ablation des territoires de drainage lymphatique: le curage ganglionnaire

Le curage ganglionnaire

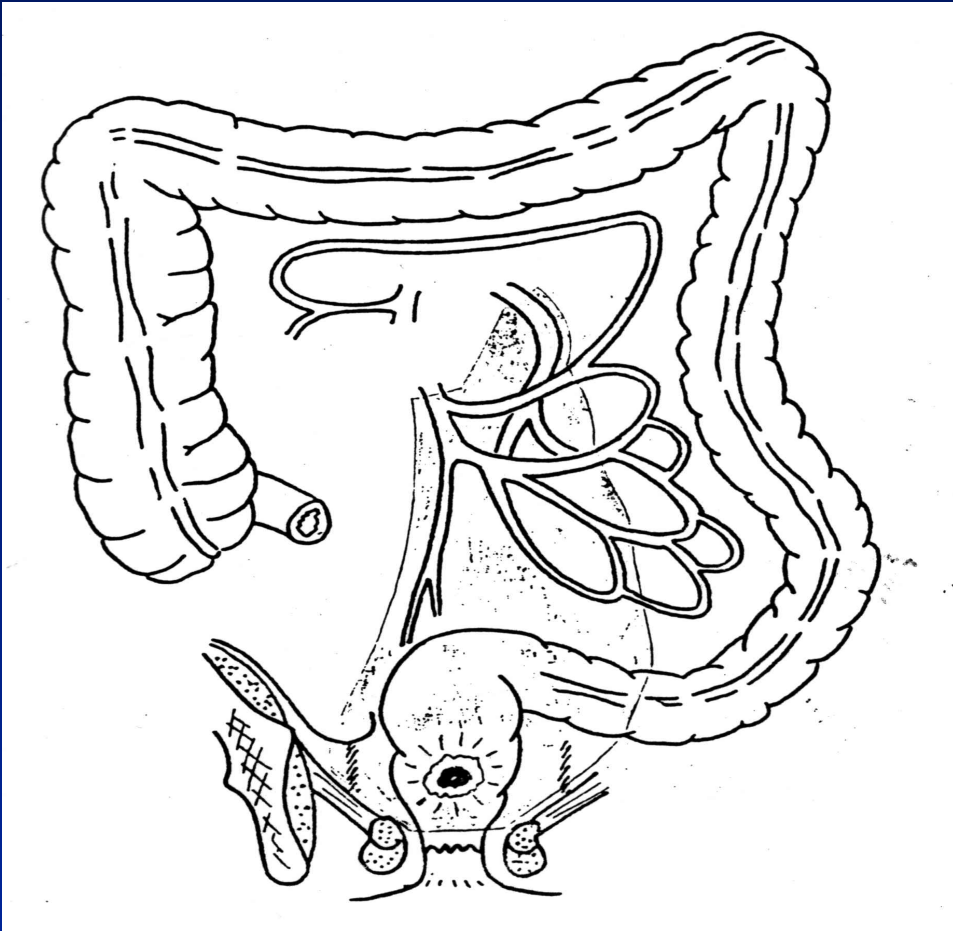
- Les tumeurs sont souvent « lymphophiles »
 - Drainage le long des axes vasculaires, dans les ganglions lymphatiques
- Le principe est de retirer le maximum du territoire de drainage dans un double but:
 - Ablation des îlots tumoraux microscopiques présents dans les ganglions:
 - » Prévention des métastases à distance ?
 - Classification de la lésion sur la pièce opératoire:
 - » L'atteinte ganglionnaire éventuelle conditionne le pronostic et le traitement adjuvant (+++)

Cancer de l'oesophage

- Territoires de drainage lymphatiques:
 - Vers le haut:
 - » Au maximum ganglion de Troisier
 - Vers le bas:
 - » Le long de l'oesophage
 - » Jusqu'à l'abdomen:
 - Ganglions coeliaques

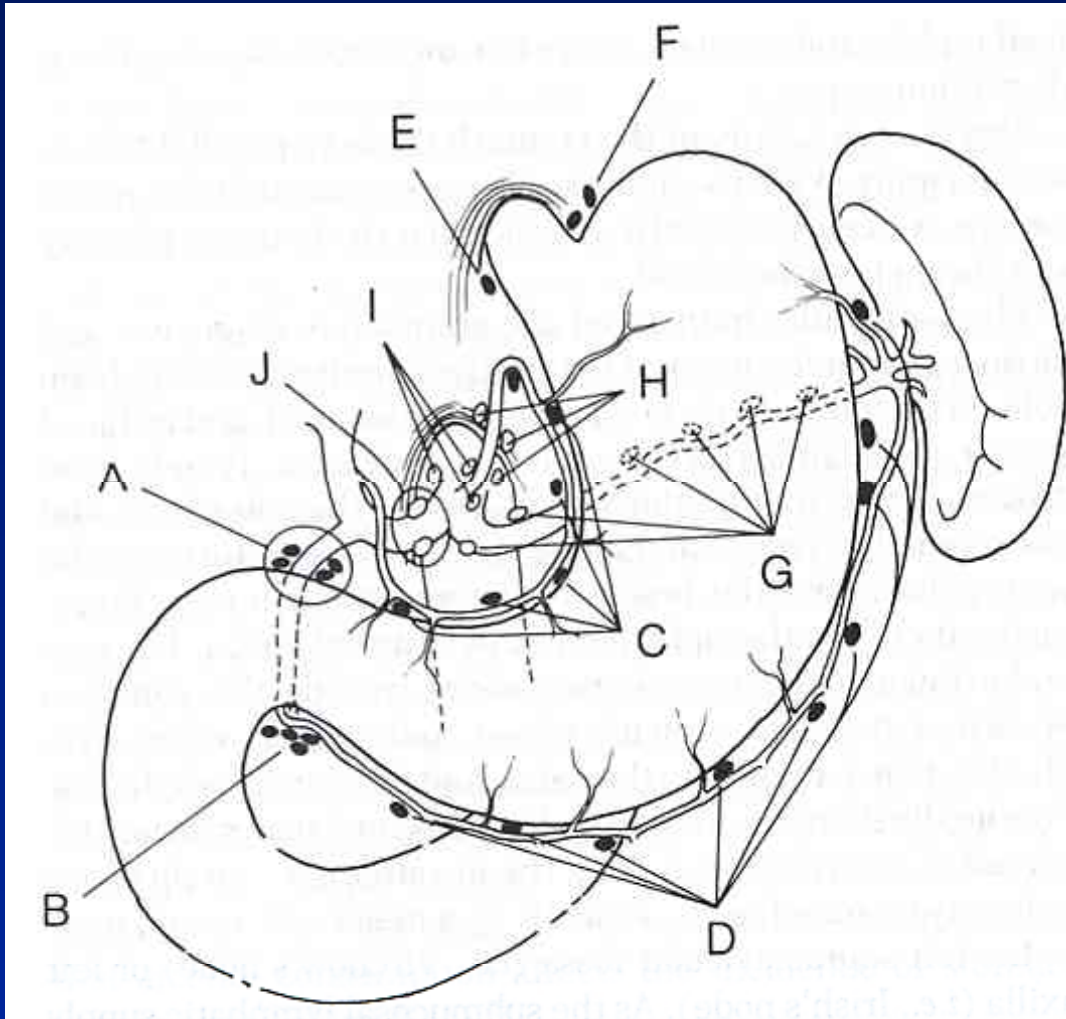


Grands principes de la chirurgie carcinologique curative



- le cancer du rectum:
 - Ablation du rectum:
 - » En passant à distance de la tumeur:
 - Marge de sécurité
 - Mais aussi des mésos contenant les ganglions:
 - » Bénéfice carcinologique probable
 - » Meilleure classification
 - Et du mésorectum entourant le rectum:
 - » Diminue les récurrences locales de la tumeur

Grands principes de la chirurgie carcinologique curative



- Cancer de l'estomac:
 - Le curage ganglionnaire va imposer une ablation de la moitié voire de la totalité de l'estomac même si il s'agit d'une petite tumeur:
 - » Risque de dévascularisation de l'estomac restant (+++)

Grands principes de la chirurgie carcinologique curative

- Plus l'atteinte ganglionnaire est distale, moins le pronostic est bon
- ...et moins la chirurgie sera curative
- Plus les autres traitements seront discutés en adjuvant à la chirurgie:
 - Radiothérapie
 - chimiothérapie

Grands principes de la chirurgie carcinologique curative

- Résection dite « R0 »
 - Pas de tumeur macroscopique ou microscopique résiduelle (marges de résections saines)
- Résection « R1 »
 - Tumeur microscopique résiduelle (marges envahis)
- Résection « R2 »
 - Tumeur macroscopique résiduelle

Grands principes de la chirurgie carcinologique curative

- Classification TNM des tumeurs:
 - Grâce à l'analyse du bilan préopératoire et de la pièce opératoire
 - Valeur pronostique (+++)
 - Précise les indications thérapeutiques (+++)
 - » En préopératoire: traitement néo-adjuvant ?
 - » En postopératoire: traitement adjuvant ?

T: la tumeur

N: les ganglions

M: les métastases

TUMEUR PRIMITIVE (T)

- Tis : carcinome in situ
- T0 : aucune tumeur n'est retrouvée sur la pièce opératoire
- T1 : envahissement limité à la sous-muqueuse
- T2 : envahissement de la musculature sans la dépasser
- T3 : envahissement de l'adventice
- T4 : envahissement des structures adjacentes

GANGLIONS LYMPHATIQUES REGIONAUX (N)

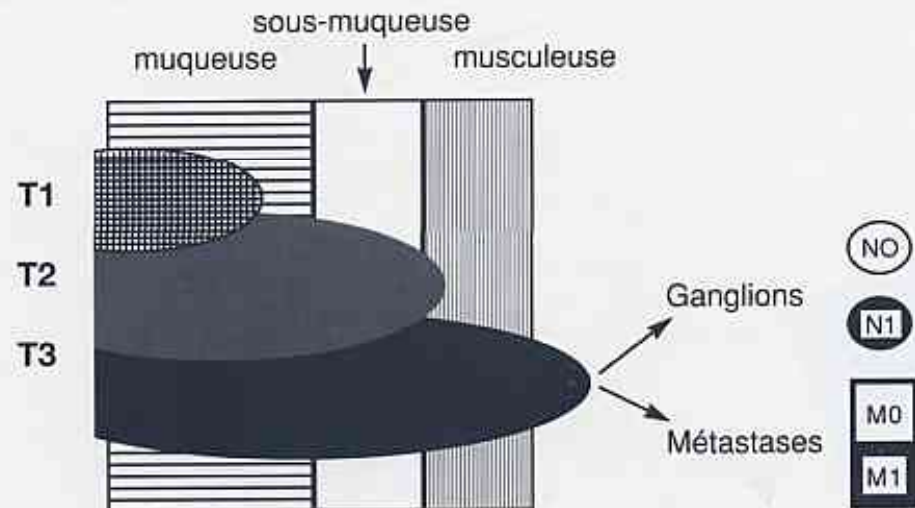
- NO : pas d'invasion des ganglions régionaux
- N1 : invasion des ganglions régionaux médiastinaux et péri-gastriques (à l'exclusion des ganglions coeliaques)

METASTASES A DISTANCE (M)

- MO : pas de métastases
 - M1 : métastases comprenant les adénopathies et coeliaques
- (NB : les informations insuffisantes sont classées Tx, Nx, Mx)

Classification synthétique

- **Stade I** : T1 NO MO
- **Stade IIa** : T2 ou T3 NO MO
- **Stade IIb** : T1 ou T2 N1 MO
- **Stade III** : T3 N1 MO ou tous T ou tous N MO
- **Stade IV** : tous T ou tous N M1



Grands principes de la chirurgie carcinologique curative

- Avant une chirurgie carcinologique à visée curative:
 - Bilan du terrain:
 - » Pathologies associées
 - » Dénutrition, AEG (+++):
 - À corriger éventuellement en préopératoire
 - Bilan du cancer:
 - » Local (T), régional (N), et métastatique (M)

Grands principes de la chirurgie carcinologique curative

- Le bilan local et régional:
 - Preuve formelle du cancer: biopsie (+++)
 - Clinique:
 - » Palpation de la tumeur (mobilité, taille, etc.)
 - » Relais ganglionnaires (ganglion de Troisier)
 - Morphologique:
 - » Question principale: atteinte des organes de voisinage rendant impossible une chirurgie curative ?
 - Échographie, scanner, IRM (en fonction de la tumeur)

Grands principes de la chirurgie carcinologique curative

- Le bilan général: recherche de métastases à distance:
 - Rendant impossible la chirurgie curative:
 - » Sauf si ablation possible des métastases (en un ou deux temps, avec la tumeur primitive)
 - Faisant discuter un traitement adjuvant ou néo-adjuvant
- Sites métastatiques fréquents: Foie, poumons, cerveau, os, péritoine:
 - Scanner, IRM, scintigraphie osseuse, Pet-scan

Grands principes de la chirurgie carcinologique curative

- Plusieurs situations de chirurgie « curative »:
 - Résection première d'une tumeur solide localisée:
 - » Exemple: cancer du côlon
 - Réduction tumorale avec exérèse partielle de la tumeur avant chimiothérapie:
 - » Exemple: cancer de l'ovaire métastatique
 - Résection complète d'une métastase:
 - » Synchrones ou métachrones de la tumeur primitive
 - » Exemple: métastase hépatique d'un cancer du côlon

Grands principes de la chirurgie carcinologique curative

- Après chirurgie curative: surveillance du patient:
 - Pas forcément nécessaire dans tous les cancers
 - But de la surveillance: dépistage PRECOCE d'une récurrence (locale ou métastatique) mais surtout TRAITEMENT de la récurrence:
 - » Si traitement impossible de la récurrence: surveillance le plus souvent inutile (et angoissante...)

Grands principes de la chirurgie carcinologique curative

- Exemple: après colectomie pour cancer du côlon:
 - Tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans:
 - » Ex. clinique, échographie du foie, radio de thorax, et dosage de l'ACE
 - Coloscopie à 1 an, puis tous les 3 ans.
 - Bénéfice sur la survie globale:
 - » Traitement plus précoce des récidives (métastases hépatiques surtout)

Grands principes de la chirurgie carcinologique curative

- A l'inverse, pas d'intérêt évident à une surveillance rapprochée dans le cancer du pancréas:
 - Possibilité de résection de récurrence quasi-nulle:
 - » Le plus souvent récurrence locale ou métastases hépatiques diffuses
 - Traitements non chirurgicaux peu efficaces

Chirurgie palliative

- Améliorer le confort du patient:
 - Par exemple: sténose digestive responsable d'une occlusion ou d'un ictère:
 - » Ex: cancer du pancréas non résécable
 - » Court circuit chirurgical laissant en place la lésion
 - Mais:
 - » Chirurgie à lourde morbidité et mortalité:
 - Car terrain souvent très altéré
 - » L'idéal est d'éviter la chirurgie palliative (+++)
 - Autres traitements parfois possibles (prothèses endoscopiques ou radiologiques)
 - Peu de bénéfice à retirer une partie de la tumeur

Chirurgie préventive

- Terrains à risque de cancer:
 - Maladies génétiques: enquête familiale (+++)
- Exemple: polypose adénomateuse familiale:
 - Polypes colorectaux et duodénaux multiples
 - Prévention efficace du cancer colorectal par une colo-proctectomie totale et anastomose iléo-anale:
 - » Avant dégénérescence des adénomes

Chirurgie carcinologique

● Conclusions (1)

- La chirurgie carcinologique:
 - » Rôle essentiel dans le traitement des tumeurs solides:
 - Traitement le plus efficace
 - » S'intègre dans une prise en charge multidisciplinaire (+++):
 - Chirurgie seule
 - Traitement néo-adjuvant puis chirurgie
 - Chirurgie puis traitement adjuvant

Chirurgie carcinologique

● Conclusions (2)

- Bilan préopératoire essentiel:
 - » De la tumeur:
 - Bilan local, régional, et métastatique
 - » Du patient
- Principe d'exérèse de la tumeur primitive:
 - » Curage ganglionnaire
 - » Marges de sécurité autour de la lésion:
 - Si besoin: ablation d'organe de voisinage

Chirurgie carcinologique

● Conclusions (3)

- Valeur pronostique et thérapeutique de la classification pTNM
- Autres options chirurgicales carcinologiques:
 - » Palliative
 - » Préventive