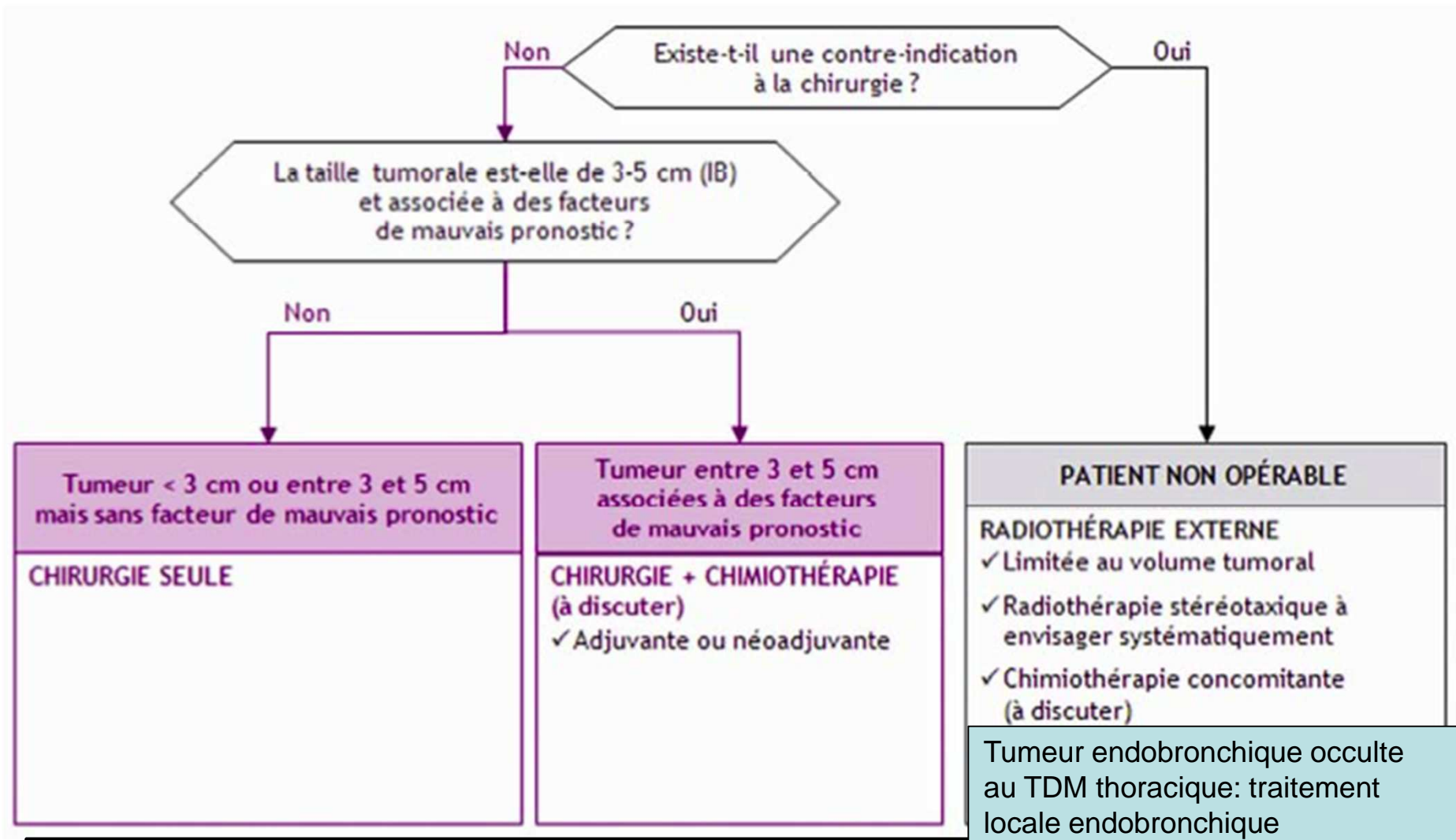


Stade I et II

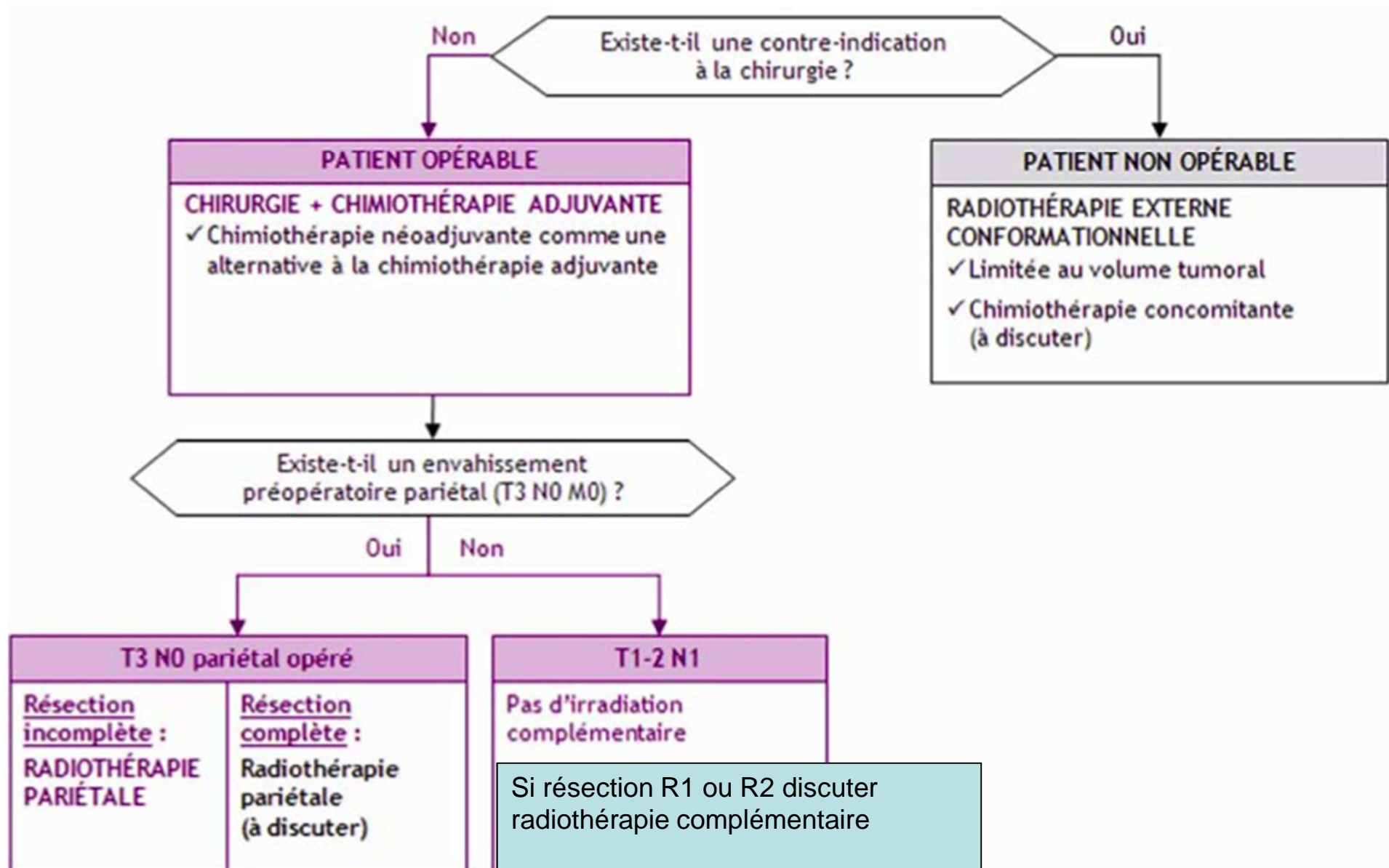
arbres décisionnels du GHNOT

STADE I



Facteurs de mauvais pronostic: la taille de la tumeur, la présence d'un envahissement de la plèvre viscérale, d'un envahissement vasculaire ou lymphatique et le résultat de l'index mitotique.

. STADE II



Chimiothérapie adjuvante ou post opératoire

Le protocole recommandé est une bithérapie à base de sels de platine.

Le mieux validé est l'association cisplatine - vinorelbine.

En cas de contre-indication au CDDP, on pourra proposer une association à base de carboplatine

Le choix de la molécule à associer au cisplatine devra notamment prendre en compte l'état général du patient, les comorbidités, les contre-indications des médicaments, les contraintes liées à leur rythme d'administration et l'histologie

Le délai maximum recommandé entre la chirurgie et la chimiothérapie est de 2 mois.

Le nombre maximal de cycles est de 4.

CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE

- En l'absence de contre-indication, il est recommandé d'utiliser une combinaison à base de sels de platine.
- Le schéma d'administration peut être de 3 à 4 cycles préopératoires ou de 2 cycles préopératoires suivis de 2 cycles postopératoires.

CONDITIONS DE RÉALISATION DE LA CHIRURGIE ET OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- La chirurgie du cancer du poumon doit être pratiquée par des chirurgiens spécialisés, dans des établissements autorisés¹¹. Le seuil d'activité minimale pour solliciter une autorisation est de 30 interventions par an et par établissement¹².
- La Société française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire¹³ recommande un seuil minimal d'activité se situant entre 10 et 20 interventions à visée curative par an pour le chirurgien.
- La mortalité opératoire globale des résections pulmonaires, définies par la survenue du décès dans les 30 jours suivant la chirurgie doit être inférieure à 5 %. La survie à 5 ans après résection complète d'une tumeur de stade pT1 doit être supérieure à 60 %.

Voie d'abord

Selon l'expérience des équipes et l'avis du patient on proposera soit la chirurgie vidéo-assistée soit la thoracotomie

Type d'exérèse pulmonaire

- L'objectif technique de l'exérèse chirurgicale est la réalisation d'une résection macroscopiquement et microscopiquement complète « R0 ».
- L'étendue de l'exérèse parenchymateuse dépend du volume de la tumeur, de sa topographie et de ses éventuelles extensions ganglionnaires et aux structures de voisinage. Elle est aussi conditionnée par la réserve fonctionnelle respiratoire, l'âge et les éventuelles comorbidités. Chez les patients à risque opératoire standard, l'exérèse pulmonaire est au moins une lobectomie, une résection infra-lobaire exposant à risque plus élevé de récurrence locale. D'autres techniques, telles que la segmentectomie anatomique, la résection atypique, la pneumonectomie peuvent être discutées dans des situations particulières.

Lymphadénectomie

- Le curage ganglionnaire médiastinal systématique est recommandé.