

destruction par radio-fréquence des métastases du côté gauche.

## Casuistique

C'est en 2000 que la première cryoablation de métastases hépatiques s'est faite au Service de chirurgie de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds. Entre 2000 et 2001, cinq patients ont ainsi été traités, plusieurs d'entre eux, de façon multimodale. Avec l'avènement de la radio-fréquence, notre expérience dans le traitement multimodal s'est agrandi. Entre 2002 et 2004, dix-sept patients ont bénéficié de cette thérapeutique. Avant d'entrer dans ce programme, les cas sont systématiquement discutés avec nos collègues du Service d'oncologie et de radiothérapie et sont suivis après l'opération par ces deux services.

## Conclusion

La chirurgie multimodale des métastases hépatiques semble pouvoir transformer la survie des patients présentant des métastases de cancer colorectal. Cependant, plus que jamais, la sélection raisonnable des cas, l'attitude modeste à l'égard des progrès techniques, la prise en charge et le suivi pluridisciplinaire des patients présentant un cancer avancé apparaît nécessaire.

## Références

- Couinaud C. *Lobes et segments hépatiques: notes sur l'architecture anatomique et chirurgicale du foie*. Presse Med 1954; 62: 709.
- Skandalakis JE., Skandalakis LJ., Skandalakis PN., Mirilas P. *Hepatic surgical anatomy*. Surg Clin N Am 2004; 84: 413-35.
- Tanaka K., Uemoto S., Tokunaga Y., Fijita S., Sano K., Nishizawa T. *Surgical techniques and innovations in living related liver transplantation*. Ann Surg 1993; 217: 82-91.
- Bismuth H., Castaing D., Borie D. *Conduite générale des hépatectomies*. Encycl Méd Chir. Techniques chirurgicales, appareil digestif. Elsevier, Paris 1997; 40-761: 1-18.
- Blumgart LH., Fong Y. *Surgical options in the treatment of hepatic metastasis from colorectal cancer*. Curr Problems Surg 1995; 32 (5): 333-428.
- Kuvshinoff BW., Ota DM. *Radiofrequency ablation of liver tumors: influence of technique and tumor size*. Surgery 2002; 132: 605-11.
- Curley SA., Cusack JC., Tanabe KK., Ellis LM. *Advances in the treatment of liver tumors*. Curr Problems Surg 2002; 39 (5): 449-572.
- Nordlinger B., Rougier P. *Nonsurgical methods for liver metastases including cryotherapy, radiofrequency ablation and infusional treatment: what's new in 2001?* Curr Opin Oncol 2002; 14: 420-3.
- Musaerts EL., Van Coevorden F., Krause R., Borel Rinke IH., Strobbe LJ., Prevo W., Tollenaar RA., Van Gullik TM. *Initial experience with radiofrequency ablation for hepatic tumors in the Netherlands*. Eur J Surg Oncol 2003; 29: 731-4.
- Kosari K., Gomes M., Hunter D., Hess DJ., Greeno E., Sielaff TD. *Local intrahepatic and systematic recurrence patterns after radiofrequency ablation of hepatic malignancies*. J Gastrointest Surg 2002; 6: 255-63.
- Parikh AA., Curley SA., Fornage BD., Ellis LM. *Radiofrequency ablation of hepatic metastases*. Semin Oncol 2002; 29: 168-82.
- Curley SA., Izzo F., Delrio P., Ellis LM., Granchi J., Vallone P., Fiore F., Pignata S., Daniele B., Bremona F. *Radiofrequency ablation of unresectable primary and metastatic hepatic malignancies: results in 123 patients*. Ann Surg 1999; 230: 1-11.
- Broering DC., Hillert C., Krupski G., Fisher L., Mueller L., Achilles EG., Schulte am Esch J., Rogiers X. *Portal vein embolization vs portal vein ligation for induction of hypertrophy of the liver remnant*. J Gastrointest Surg 2002; 6: 905-13.
- Curley SA., Vecchio R. *New trends in the surgical treatment of colorectal cancer liver metastases*. Tumori 1999; 84: 281-8.
- Farges O., Denys A. *Portal vein embolization prior to hepatectomy. Techniques, indications and results*. Ann Chir 200; 126: 836-44.
- Venook AP. *Colorectal metastases confined to the liver: a unique opportunity?* Semin Oncol 2003; 30 (4 suppl 15): 34-9.
- Bentrem DJ., DeMatteo RP., Blumgart LH. *Surgical therapy for metastatic disease to the liver*. Annu Rev Med 2004 (in press).

## Carcinome pulmonaire : réalités et espoirs

*Béatrice Zimmerli Schwab, médecin adjoint, service cantonal multisite d'oncologie, Hôpital des Cadolles, Neuchâtel. E-mail: beatrice.zimmerli-schwab@ne.ch*

Dans cet article, j'ai tenté de faire le point de la situation neuchâteloise en ce qui concerne le carcinome pulmonaire. Je vous signale d'emblée deux biais fondamentaux à savoir que je ne parle que des résultats du bas du canton et surtout que j'utilise la lorgnette de l'oncologue.

Les tumeurs pulmonaires sont un domaine particulièrement frustrant pour la plupart des soignants impliqués mais il y a peut-être du changement en perspective.

*Voici quelques pistes:*

Tout d'abord les chiffres du service d'oncologie de l'Hôpital des Cadolles. J'ai revu la liste des nouveaux patients souffrant de tumeurs pulmonaires qui nous ont été présentés en 2000, 2001, 2002 et 2003. Ces nombres n'ont aucune prétention scientifique mais me semblent utiles pour situer le problème.

### Carcinome pulmonaire à petites cellules

30 cas au total.  
Age moyen: 65 ans.  
Rapport femme / homme: 11 / 19.  
Survie médiane: 8 mois.  
Survie à une année: 33 %.  
Survie à 2 ans: 11 %.

Ces chiffres ne sont pas tirés d'un textbook d'oncologie mais bien de notre expérience. Et pourtant, ils sont totalement superposables!

Le carcinome à petites cellules est une tumeur très agressive et de mauvais pronostic avec une survie médiane de 2 mois sans traitement. Il s'agit, cependant, d'une maladie très chimiosensible, ce qui permet souvent une bonne qualité de vie durant la courte période de rémission. Les patients atteints d'une maladie limitée au thorax sont traités à visée curative avec une association radio-chimiothérapie et une irradiation prophylactique du système nerveux central. Le diagnostic précoce est cependant rare puisque aucun patient ne correspondait aux critères limités durant la période d'observation.

## Carcinome pulmonaire non à petites cellules

Il faut comprendre, par cette définition, les carcinomes épidermoïdes, les adénocarcinomes et les carcinomes bronchioalvéolaires. Ils sont analysés conjointement car tant sur le plan « pronostic » que sur le plan « thérapeutique », les différences sont minimales.

*Durant les quatre années d'observation nous retrouvons :*

Nombre total de cas : 142.

Rapport homme / femme : 96 / 46 soit deux tiers / un tiers.

Age moyen de 65 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes.

Stade précoce soit les patients traitables à visée curative : 39.

Stade avancé soit les patients traités à visée palliative : 93.

Survie médiane de tous les patients : 10 mois avec 41 % de survie à 1 an et 22 % à 2 ans.

Survie médiane des patients avec un stade avancé : 7,2 mois.

Comme on le constate, la plupart des patients sont diagnostiqués avec une maladie d'emblée incurable et la durée médiane de survie est très courte (7 à 8 mois).

### Quels espoirs pour le futur proche ?

L'incidence n'est pas un facteur porteur d'espoir car si la courbe s'est stabilisée chez les hommes, elle prend l'ascenseur chez les femmes. Un effet pervers de l'égalité !

Le dépistage est peu prometteur. Les radiographies du poumon ont été abandonnées et les études de dépistage de la population globale avec un scanner tous les deux ans ne montrent pas de bénéfice de survie.

Le dépistage ciblé, s'adressant à la population à haut risque (fumeurs de plus de 50 ans) avec un scanner spiralé, semble indiquer un bénéfice modeste (données immatures) mais constitue un problème de ressource. Avant d'observer un effet du dépistage, il faudra abattre de

nombreuses barrières tant financières que psychologiques.

C'est du côté du traitement que les progrès s'annoncent avec une intensification de la prise en charge multimodale.

L'époque où un patient opérable ne voyait que le chirurgien est révolue. De même, il se peut que l'oncologue s'associe au radiothérapeute pour appeler le chirurgien à la rescousse. Un patient jugé initialement inopérable peut le devenir après avoir bénéficié d'un traitement néoadjuvant.

En 2004, trois études montrant un effet positif de la chimiothérapie adjuvante ont été présentées ou publiées et, désormais, un tel traitement est proposé au patient opéré radicalement sous réserve de l'âge et du score de performance. Seuls les stades 1A (tumeurs de moins de 3 cm de diamètre, sans invasion de la bronche souche et sans atteinte ganglionnaire) restent dévolus au chirurgien seul. L'effet attribué au traitement adjuvant est positif mais modeste. L'étude la plus représentative est celle dite IALT (NEJM 2004 ; 350 : 351-60) qui comprend 1867 patients de stade 1B à 3A et qui montre une augmentation absolue de survie de 4 %. Ceci équivaut à cent patients traités avec trois à quatre cycles de chimiothérapie comprenant un dérivé des platines pour en « guérir » quatre !!! Le bénéfice semble plus important si l'on ne considère que les stades 1B à 2. Il n'y a pas d'indication pour la radiothérapie adjuvante dans les stades précoces.

En cas d'atteinte locorégionale avancée (atteinte des ganglions médiastinaux, contact étroit avec les structures vasculaires ou cardiaques), les trois modalités sont utilisées (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) selon un ordre encore à définir.

Ceci montre bien l'importance d'une consultation multidisciplinaire préopératoire et la nécessité de faire des

études cliniques associant chirurgiens, radiothérapeutes et oncologues.

Je mentionnerai aussi l'importance des pneumologues, tout d'abord, pour le diagnostic mais aussi dans les soins palliatifs. Les traitements endobronchiques sont de plus en plus utilisés en cas d'obstruction symptomatique. La photo-coagulation se pratique en ambulatoire et les poses de stent se multiplient.

Autre espoir d'un meilleur diagnostic avec, en particulier, l'émergence du PET voire du PET-CT (examen métabolique couplé avec les images anatomiques ce qui augmente la performance « diagnostic »). Cet examen est utilisé afin d'exclure une maladie d'emblée métastatique et d'éviter une opération inutile. Il pourra également préciser la nature d'une lésion, par exemple surrenalienne, afin de ne pas refuser une intervention à visée curative en cas de lésion bénigne. La sensibilité et la spécificité du PET, en cas de tumeur pulmonaire, sont nettement supérieures au CT. Il s'agit d'un examen coûteux mais pris en charge dans cette indication.

### En conclusion

Les carcinomes pulmonaires sont malheureusement fréquents, difficiles à diagnostiquer précocement, et nos moyens thérapeutiques sont limités.

Des progrès s'annoncent mais nécessitent une collaboration multidisciplinaire optimale.