



## COMPTES-RENDUS DE WEB'RCP

**18.12.2008**

La démarche et les CR des Web-RCP sont conformes aux critères des  
Staff-EPP de la Haute Autorité de Santé

### COORDINATEUR

- Dr. JM Vernejoux (Pneumologie, Bordeaux)

### INTERVENANTS

- **France**
  - Pr. A. Taytard (Pneumologie, Bordeaux)
  - Dr. Y. Daoudi (Pneumologie, CH Sainte-Foy-la Grande)
- **Maroc**
  - Pr. A. Bakhatar (Pneumologie, Casablanca)
  - Pr. S. Boubia (Chirurgie Thoracique, Casablanca)
  - Pr. H. Joughadi (Oncologie Radiothérapique, Casablanca)

### SOMMAIRE

- **Présentation CHU Bordeaux** p. 2
- **Présentation CHU Casablanca**

### ORGANISATEUR / EDITEUR

- **Agence GERI-Communication**  
4 Voie Romaine - Bât. G  
33610 Canéjan  
05 57 96 45 45  
<http://www.geri-communication.com>

### PARTENAIRES



# PRESENTATION CHU BORDEAUX

## Animateur

- Dr. JM Vernejoux (Pneumologie).

## 1<sup>ère</sup> partie du cas clinique

### Identification du patient

DES. A., 56 ans, sexe masculin.

### Clinique générale

- OMS (score d'autonomie) : 0/4.
- Poids : 68 kg, stable ; taille : 1,68 m.
- Circonstances de découverte : symptômes.
- Antécédents : manifestations cérébelleuses depuis 8 ans sans étiologie.

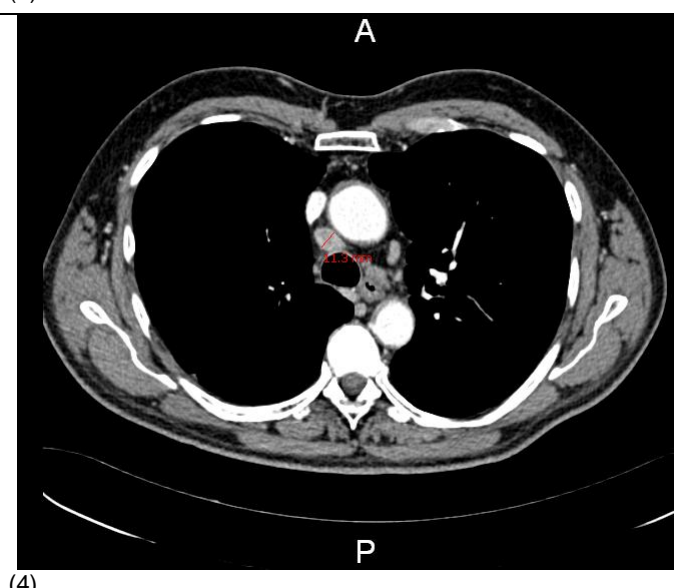
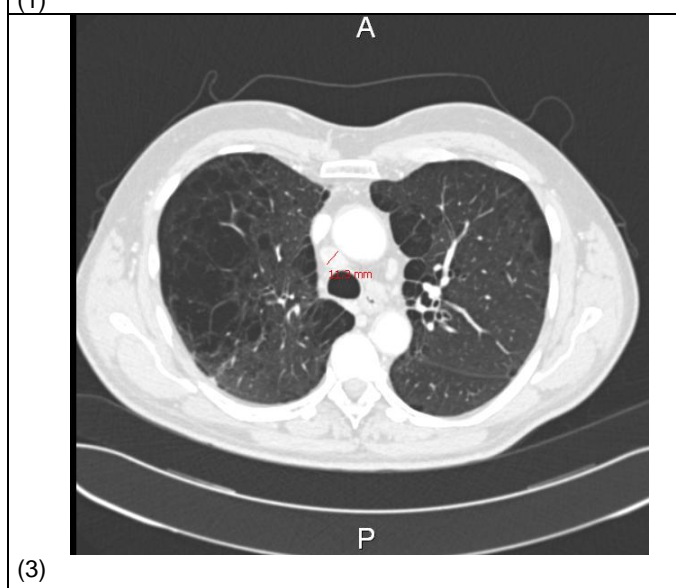
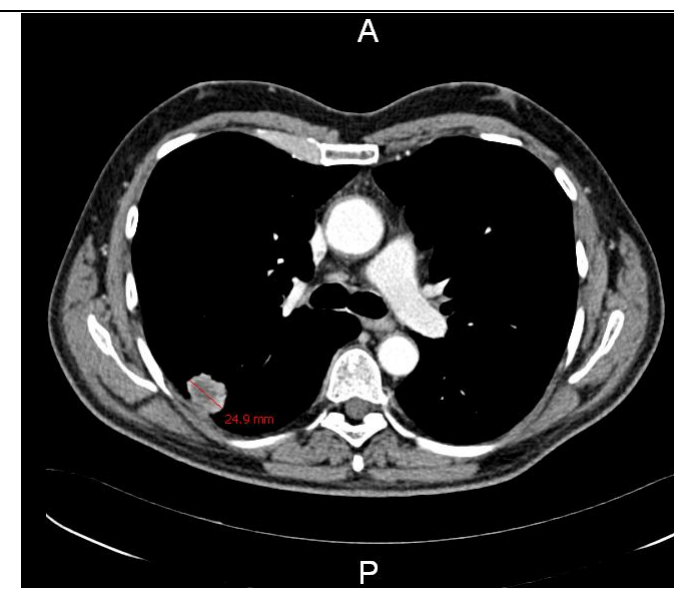
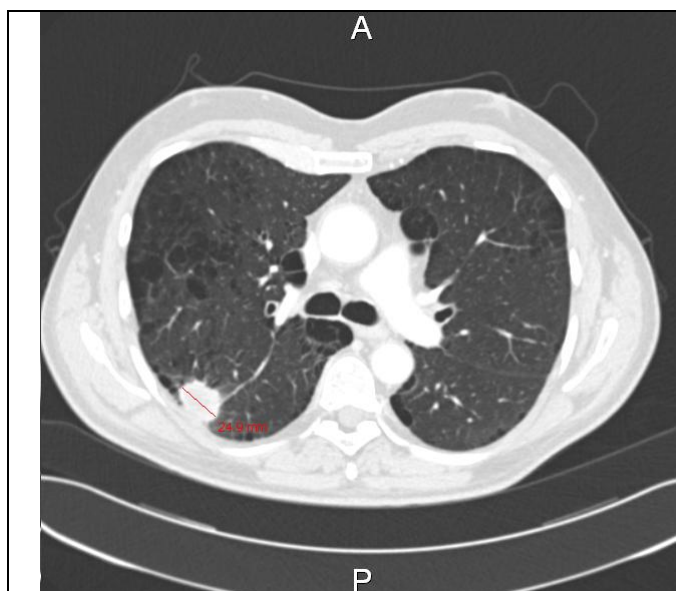
### Motif de la réunion

Avis thérapeutique.

- Statut thérapeutique : non traité antérieurement.
- Traitement déjà réalisé : aucun.
- Rechute : non.
- Tabac : 30 années tabac ; non sevré.
- Environnement : exposition intermédiaire à l'amiante.

### Tumeur

- Siège de la tumeur : lobe supérieur droit : opacité du segment postérieur du LSD (25 mm) et 2<sup>ème</sup> nodule du lobe moyen (11 mm).



- Fibroscopie bronchique : RAS.
- Bilan cardio-vasculaire : normal.
- EFR : syndrome obstructif distal : VEMS = 2,8 (N = 3,1) ; DEM = 1,9 (3,6) ; CPT = 5,8 (N = 6,3) ; TLCO = 26 (N= 28)
- PaO2 = 80 mm Hg.
- TEP : hypermétabolisme lésion LSD (SUV = 7) + hypermétabolisme ganglion 4D.

**Question posée : proposition de stratégie thérapeutique ?**

*Réponse - RCP Originelle (Bordeaux)*

- T1N2M0.
- Chirurgie.

*Réponse - Web'RCP (Casablanca)*

- Médiastinoscopie 1ère :
  - ⇒ Si ganglion envahi, chimiothérapie néo-adjuvante puis chirurgie.
  - ⇒ Si ganglion non envahi, chirurgie.

## 2<sup>ème</sup> partie du cas clinique

### Identification du patient

DES. A., 56 ans, sexe masculin.

### Clinique générale

- OMS (score d'autonomie) : 0/4.
- Poids : 68 kg, stable ; taille : 1,68 m.
- Circonstances de découverte : symptômes.
- Antécédents : manifestations cérébelleuses depuis 8 ans sans étiologie.

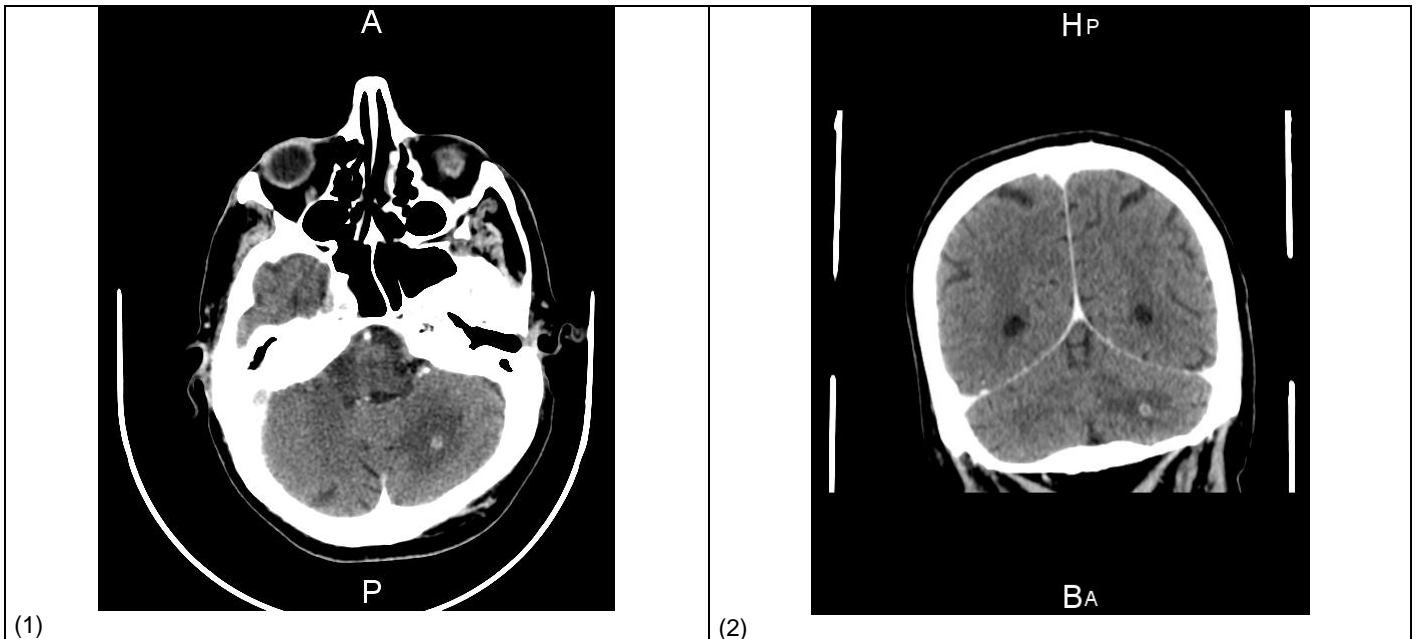
### Motif de la réunion

Avis thérapeutique.

- Statut thérapeutique : déjà traité.
- Traitement déjà réalisé : chirurgie et chimiothérapie adjuvante.
- Rechute : oui.
- Tabac : 30 années tabac ; non sevré.
- Environnement : exposition intermédiaire à l'amiante.

### Tumeur

- Siège de la tumeur : nodule du lobe supérieur droit + nodule du lobe moyen.
- Lobectomie supérieure droite ; anatomopathologie : adénocarcinome pT2N2(2D et 4D envahis avec rupture capsulaire) du lobe supérieur droit ; micro-nodule du lobe moyen : ganglion intra parenchymateux sain.
- Chimiothérapie adjuvante par cisplatine vinorelbine ; toxicité rénale grade 2 à J15 ⇒ arrêt de la chimiothérapie.
- TDM de réévaluation avant décision : métastase cérébelleuse gauche unique.



### Question posée : proposition de stratégie thérapeutique ?

Réponse - RCP Originelle (Bordeaux)

- Projet curateur poursuivi selon TEP (absence d'évolutivité extra-thoracique non cérébrale) et IRM cérébrale (métastase unique).
- Neuro-chirurgie de la métastase cérébelleuse puis radiothérapie du lit opératoire et du médiastin.

Réponse - Web'RCP (Casablanca)

- Projet curateur poursuivi ; IRM cérébrale (métastase unique) ; pas d'accès à la TEP.
- Thérapeutique : radiothérapie cérébrale puis reprise de la chimiothérapie (carboplatine + chimiothérapie de 3<sup>ème</sup> génération ± Bévacicumab conformément aux recommandations de pratique marocaines) avant éventuelle radiothérapie thoracique.

## Eléments de discussion

➤ Facteur pronostique du nombre de niveaux ganglionnaires envahis en particulier si présence d'un N2 isolé sans N1 envahi ou « minimal N2 ».

- Keller SM, Vangel MG, Wagner H, Schiller JH, Herskovic A, Komaki R, Marks RS, Perry MC, Livingston RB, Johnson DH; Eastern Cooperative Oncology Group. Prolonged survival in patients with resected non-small cell lung cancer and single-level N2 disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2004;128:130-7.

[http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Keller2004\\_1](http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Keller2004_1)

- Riquet M, Assouad J, Bagan P, Foucault C, Le Pimpec Barthes F, Dujon A, Danel C. Skip mediastinal lymph node metastasis and lung cancer: a particular N2 subgroup with a better prognosis. *Ann Thorac Surg* 2005;79:225-33.

[http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Riquet2005\\_1](http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Riquet2005_1)

- Ohta Y, Shimizu Y, Minato H, Matsumoto I, Oda M, Watanabe G. Results of initial operations in non-small cell lung cancer patients with single-level N2 disease. *Ann Thorac Surg* 2006;81:427-33.

[http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Ohta2006\\_1](http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Ohta2006_1)

- Andre F, Grunenwald D, Pignon JP, Dujon A, Pujol JL, Brichon PY, Bouchet L, Quoix E, Westeel V, Le Chevalier T. Survival of patients with resected N2 non-small-cell lung cancer: evidence for a subclassification and implications. *J Clin Oncol* 2000;18:2981-9.

[http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Andre2000\\_1](http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Andre2000_1)

➤ Pas d'impact pronostique prouvé de la rupture capsulaire isolée.

➤ Place de la chirurgie et de la chimiothérapie dans le traitement des métastases cérébrales du cancer bronchique.

- Van Den Bent MJ . The role of chemotherapy in brain metastasis. *Eur J Cancer* 2003;39:2114-20.

[http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Vandenbent2003\\_1](http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Vandenbent2003_1)

- Soffiotti R, Ruda R, Mutani R . Management of brain metastases. *J Neurol* 2002;249:1357-69.

[http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Soffiotti2002\\_1](http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Soffiotti2002_1)

- Hu C, Chang EL, Hassenbusch SJ 3rd, Allen PK, Woo SY, Mahajan A, Komaki R, Liao Z. Nonsmall cell lung cancer presenting with synchronous solitary brain metastasis. *Cancer* 2006;106:1998-2004

[http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Hu2006\\_1](http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Hu2006_1)