



# **La chirurgie du cancer-pulmonaire chez l'octogénaire**

## **Est-ce bien raisonnable?**



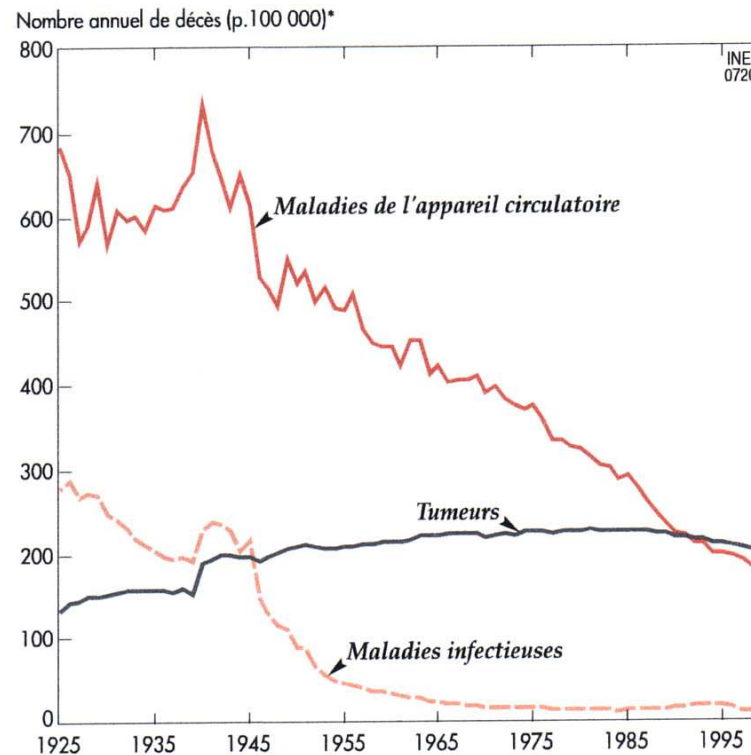
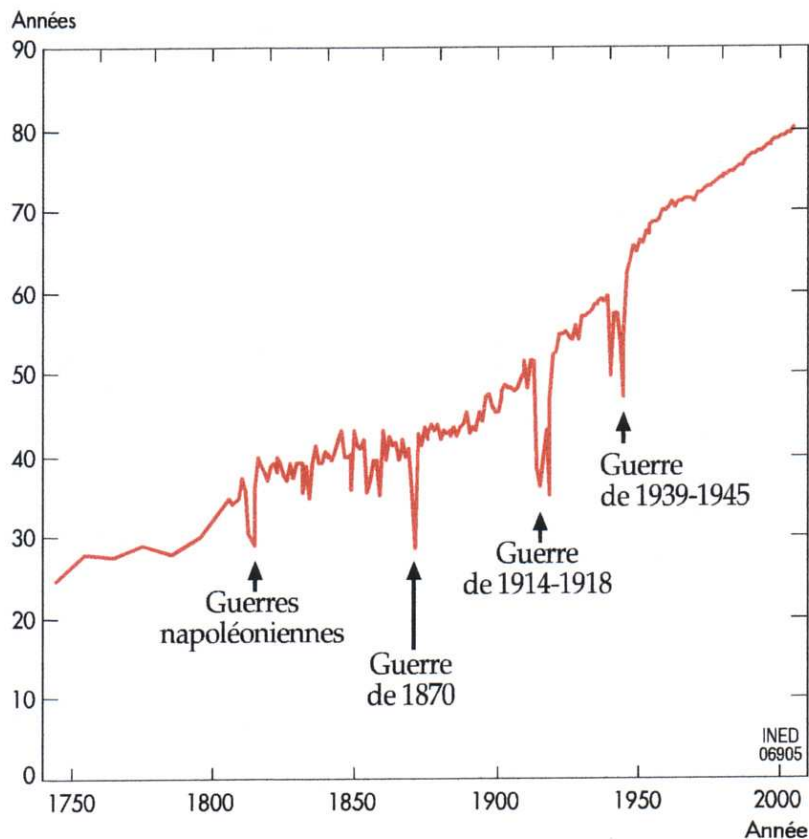
**J. Mouroux, N. Venissac,**

**S Khelef, S. Sibon, F Guillet**

**Service de chirurgie et d'oncologie thoracique**

**Les rencontres du GOTHa Nice, 29 Avril 2006**

# Quelques chiffres



**Espérance de vie à 80 ans :**

**7 ans chez l'homme**

**9 ans chez la femme**

**Plus de 50% sont autonomes**

# Quelques principes

- Morbi-mortalité « acceptable »
- Survie justifiant la prise de risques
- Retour à une autonomie complète
- Réintégration socio-affective

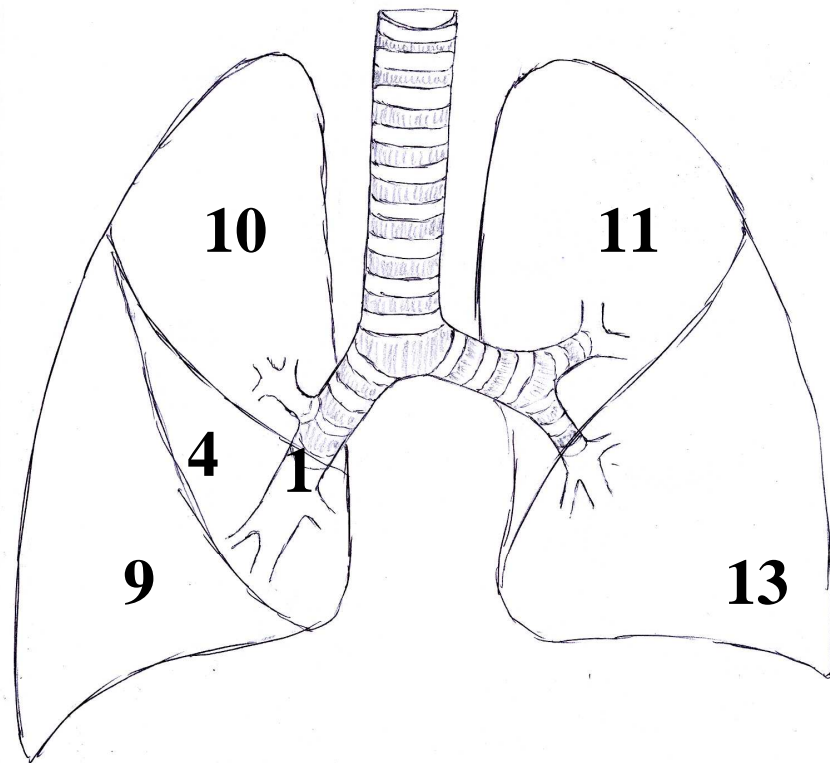
# 1997-2005: 949 patients opérés

## 47 octogénaires (5%)

- 35 hommes, 12 femmes, 81 ans (80-87 ans)
- 
- ATCD : tabagisme 77% (37 p/an), néoplasique 20%, pulmonaire 20%, cardio-vasculaires: 54%.
  - Découverte radiologique 24 fois
  - Diagnostic pré-op 30 fois (fibro 12, pct° 18)
- 
- VEMS:  $85 \pm 19\%$ ,  $PO_2$ :  $80 \pm 10$  mm Hg, FE :  $64 \pm 8\%$
  - ASA 1 et 2: 65%, 3: 35%
  - Charlson 4,7 (4-6)

# 1997-2005: 47 patients, 48 tumeurs (1 cancer métachrone, LM, LIG)

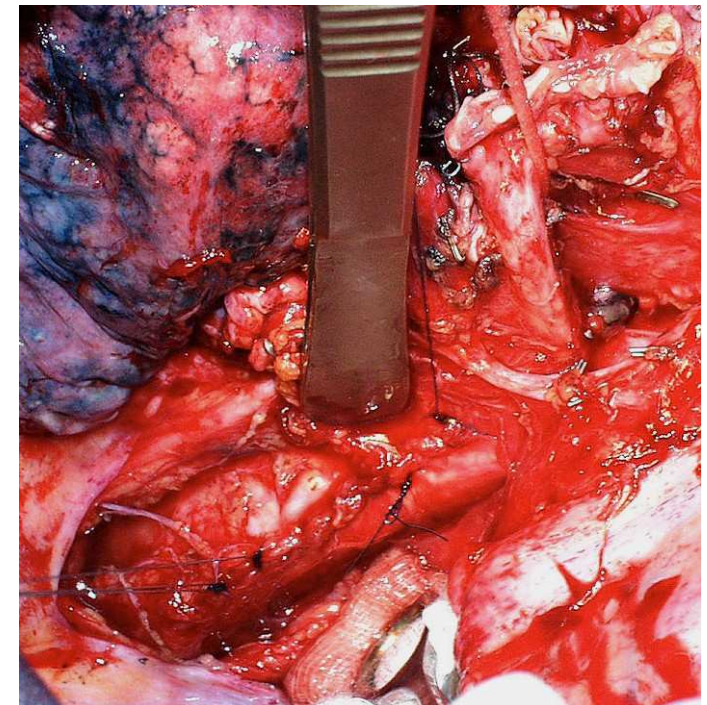
- Histologie :
  - Epidermoïde. 53%,
  - ADK 26%,
  - BAL 13%
  - Divers: 8%



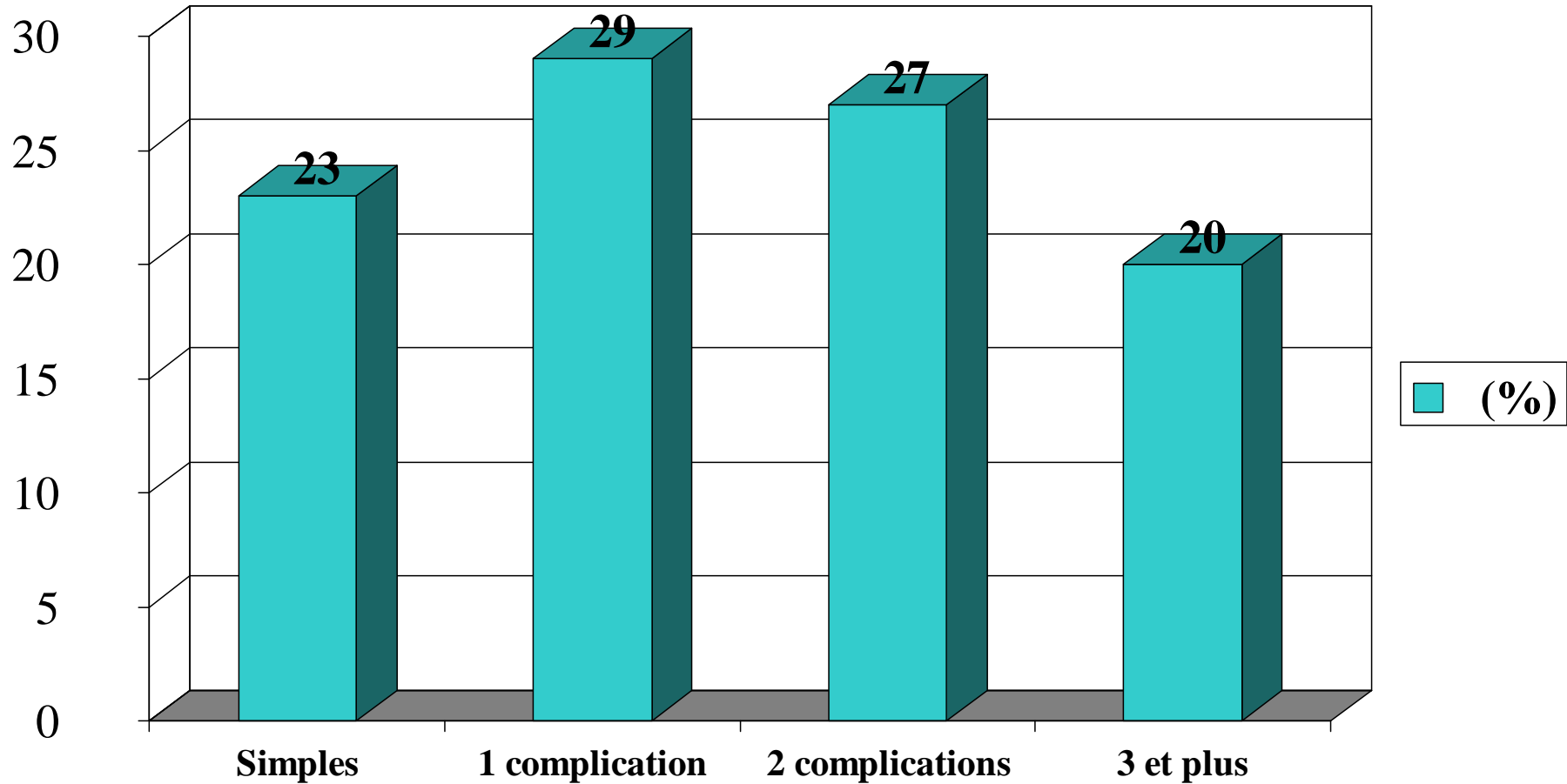
# 48 interventions

Interventions	Nombre	%
Th exploratrice	3	6
<b><u>Lobectomie</u></b>	<b><u>37</u></b>	<b><u>77</u></b>
Pneumonectomie	4	8
Bilobectomie	2	4
Wedge	2	4
Elargissement	9 (paroi 5)	19

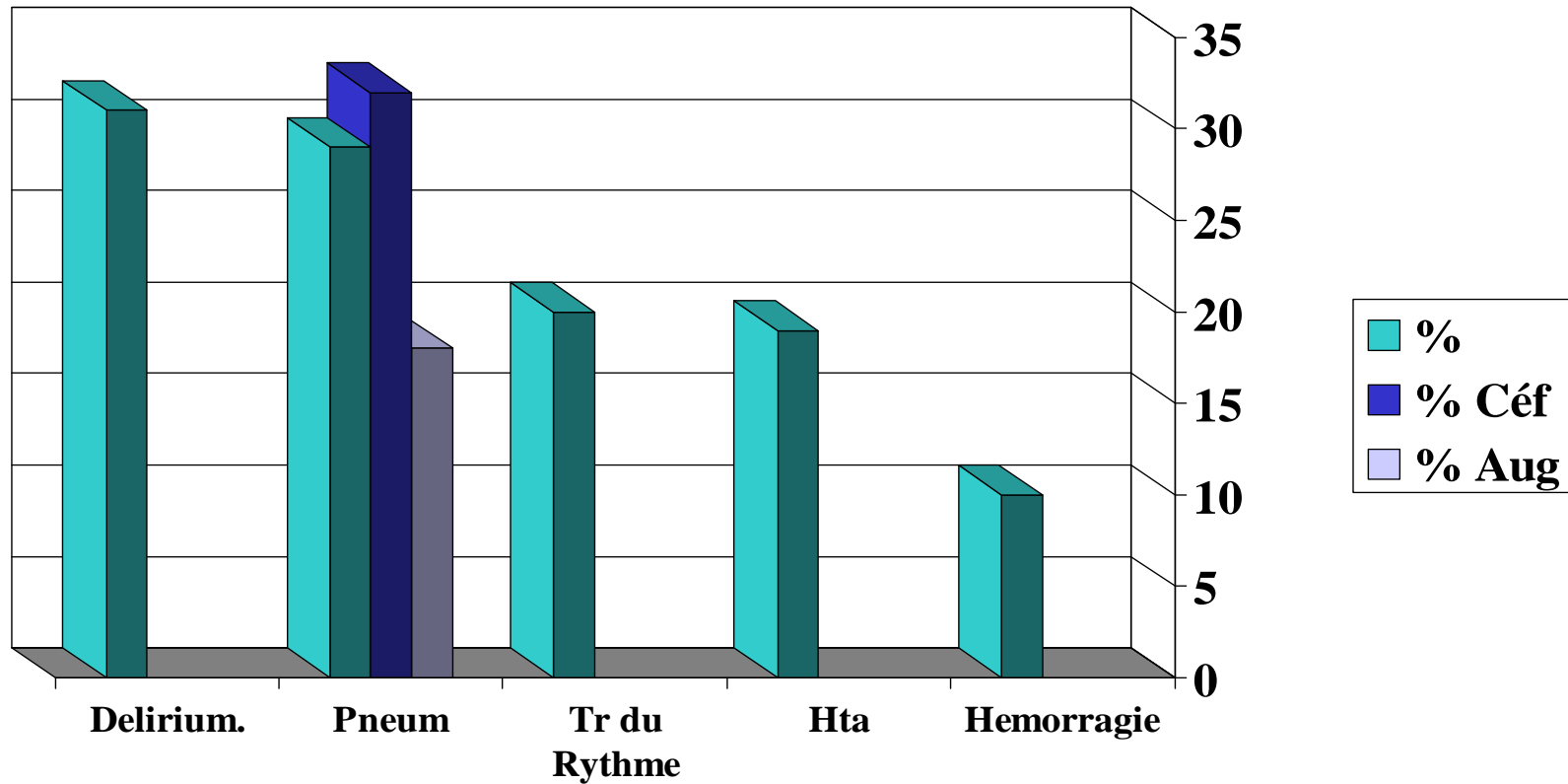
Deux déchirures trachéo-bronchiques per-op



# Suites opératoires



# Suites opératoires



**DMS:  $13,6 \pm 6$  jours (6-41)**

**Mortalité 2 (4%)**

# pTNM

- **Stade 1: 20**
  - **Stade 2: 14**
- } 77%
- **Stade 3A: 6**
  - **Stade 3B (nod sat): 4**
  - **Stade 4 (nodule): 2**

- **R0: 90%**

- **Traitement  
complémentaire:**

**Radiothérapie: 8%**

# Suites à distance

- A 3 mois: 43 patients vivants « jugés » autonomes

Deux décès pendant cette période

- SURVIE GLOBALE

- 1 an : 70%

- 5 ans : 35%

- SURVIE à 5 ans

- Stade 1 : 53,7%\*

95% CI = 12,40 to 63,20

- Stade 2 : 37,8%\*

Chi-square = 8,273 DF = 1

- Autres stades : 0%\*\*

P = 0,0040

# Morbi-Mortalité/ Survie

<b>Auteurs</b>	<b>Durée de l'étude années</b>	<b>Nb de patients</b>	<b>Mortalité %</b>	<b>Morbidité %</b>	<b>Survie à 5 ans %</b>
<b>Ginsberg et al 1983</b>	<b>5</b>	<b>37</b>	<b>8,1</b>	<b>NS</b>	<b>NS</b>
<b>Shirakusa et al 1989</b>	<b>10</b>	<b>31</b>	<b>13</b>	<b>51</b>	<b>55</b>
<b>Osaki et al 1994</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>21</b>	<b>67</b>	<b>32</b>
<b>Naunheim et al 1994</b>	<b>11</b>	<b>37</b>	<b>16</b>	<b>45</b>	<b>30</b>
<b>Pagni et al 1997</b>	<b>15</b>	<b>54</b>	<b>3,7</b>	<b>45</b>	<b>43</b>
<b>Regnard et al 1998</b>	<b>17</b>	<b>51</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>16</b>
<b>Aoki et al 2000</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>40</b>
<b>Port et al 2004</b>	<b>14</b>	<b>61</b>	<b>1,6</b>	<b>38</b>	<b>38</b>
<b>Brock et al 2004</b>	<b>23</b>	<b>68</b>	<b>8,8</b>	<b>44</b>	<b>34</b>
<b>Mouroux et al 1997</b>	<b>7</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>40</b>	<b>17</b>
<b>Mouroux et al 2006</b>	<b>9</b>	<b>48</b>	<b>4</b>	<b>75</b>	<b>35</b>

# Delirium

**Faillite temporaire, brutale et réversible du fonctionnement cérébral.**

Littérature riche: chir ortho, cardiaque...: 0 à 75%

Peu ou pas relevé dans la littérature thoracique?

➤ Impact sur la morbi-mortalité

➤ Causes multiples

➤ Prévention

- Dépistage pré-op? (MMSE)

- Per op: temps opératoire, saignement

- Post-op: équilibre électrolytique, hémodynamique, O<sub>2</sub>

- Traitement : environnement et drogues (halopéridol, mélatonine)

# Phase préthérapeutique

implication patient famille

**Tumeur** ← **Critères objectifs** → **Patient**

- Bilan exhaustif
- Tep Scan ++

**Stades « utiles »  
stade I et II (T3)**

RCP  
ANEST

- Bilan cardio-pulmonaire  
« Tests dynamiques »
- Bilan Rénal ++
- Tests cognitifs

**Critère subjectif « feeling »**

# Phase opératoire

- Anesthésiste + chirurgien expérimentés
- Eviter la pneumonectomie
- Chirurgie adaptée (élargissement)
- Perte sanguine réduite
- Temps opératoire « minimum »

# Phase post-opératoire

- Analgésie adaptée
- Equilibre hémo-resp, ionique et glycémique
- Personnel éduqué (dépistage des troubles cognitifs)
- Environnement familial
- Temps de SCT écourté (chambre dédié)

# L'après

- Traitement complémentaire ? RCP agitée!
- Suivi « particulier »
- Evaluation du bénéfice à parfaire

# **La chirurgie est probablement raisonnable**

**mais**

- Réservée à une « élite »
- La décision reste difficile malgré des outils de plus en plus performants
- Le bénéfice doit être mieux évalué