



TNM et cancer bronchique: Staging Ganglionnaire

J.GIRON, . G.DURAND, . P.FAJADET, .A. KHALIL,
S. BOMMARD et le Club Thorax

Et L'enseignement d'HENRI MARY

TNM

C: toujours proposer un C .TNM en compte rendu de TDM ...

CTNM : clin et imagerie

P:

a TNM : anapath – post op

Y:

Y TNM : si radio chimio Thérapie préalable

Classification TNM

.....
HISTORIQUE : de **MOUNTAIN** ... à 2009 (IASLC)..puis 2015)

classer puis suivre ...jusqu' au décès.... pour pouvoir PREDIRE la survie (à 5ans) ceci en fonction des progrès /traitements enregistrés...

1^{er} BUT: définir quand le patient est éligible pour la chirurgie:

Si Oui: montrer au chirurgien une vue détaillée de la tumeur et de son extension loco régionale.

Si Non: Définir un autre approche thérapeutique

Chimiothérapie ou radiothérapie

Chimiothérapie ou radiothérapie avant une chirurgie

2015 : MODIFICATIONS DU cTNM

Modification du T en fonction de sa taille (2/3/5/7cm)

Le Nodule satellite dans le même lobe passe de T4 à T3

Le Nodule satellite dans un lobe différent ipsilatéral passe de M+ à T4

Le Nodule controlatéral reste M1

L'Atteinte pleurale passe de T4 à M1a

Le M est divisé en 2 Stades:

M1a = Métastase thoracique

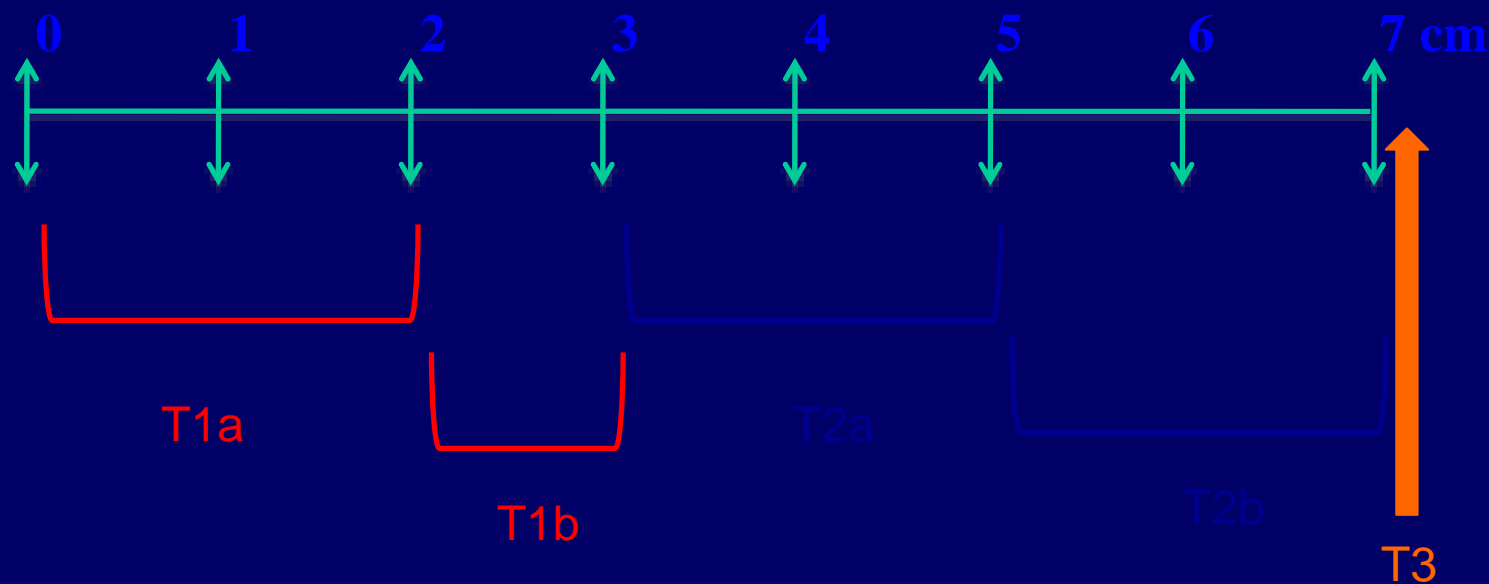
(Nodule parenchymateux, nodules pleuraux et / ou épanchement malin pleural ou péricardique)

M1b = Métastase extra-thoracique

Le T : La taille mais aussi les rapports / résécabilité chir ex : oeso : T5 !?..)

• **Le T:**

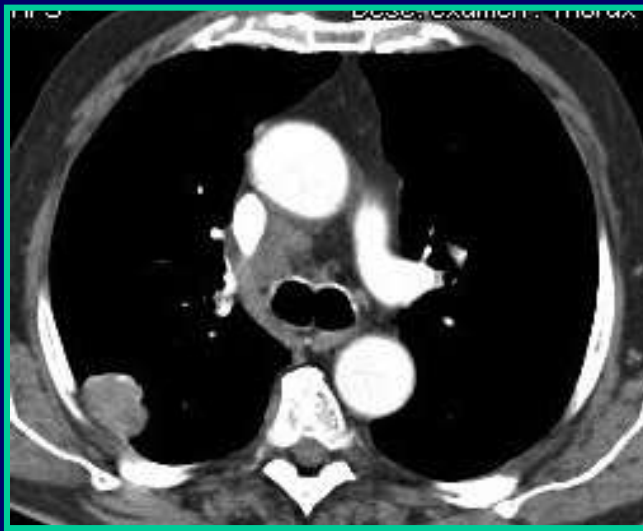
- Taille



T limite avec le N:

Recurrent G : T4 si tumeur
N2 si ADP (assez "fumeux")

Oeso : T4 (T5 !!) si tumeur
N2 ou N3 » si oeso par ADP



- **Le N:**

- **Homolatéral:**

- **Hile:N1**

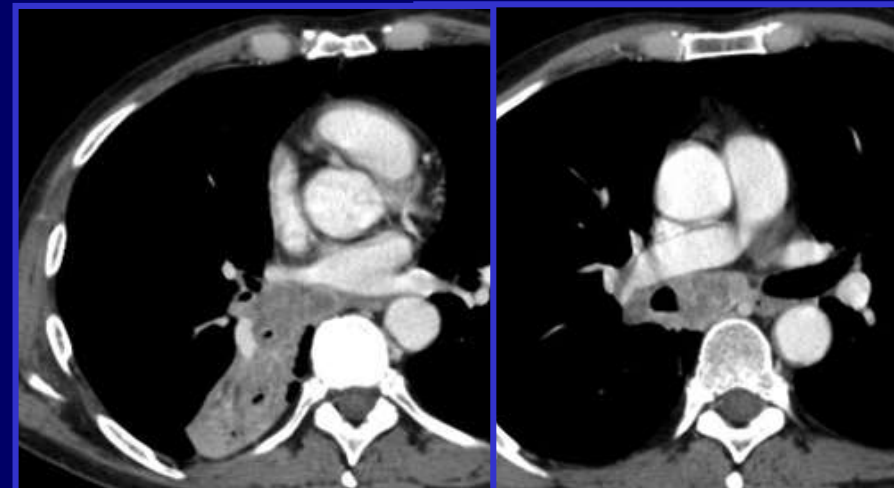
- **Médiastin:N2**

(et sous carinaire : 2,5 ?)

Controlatéral:

Hile ou médiastin: N3

- **Sus clavulaire: N3**



N2 :10 mm (petit axe)

Problème / N2 minimal invasive

N et TEP/TDM

SENSIBILITE	91 - 93%
SPECIFICITE	86 - 95%
VPP	74 -93%
VPN	95%

fixation + : contrôle histologique

fixation - : pas de contrôle ??

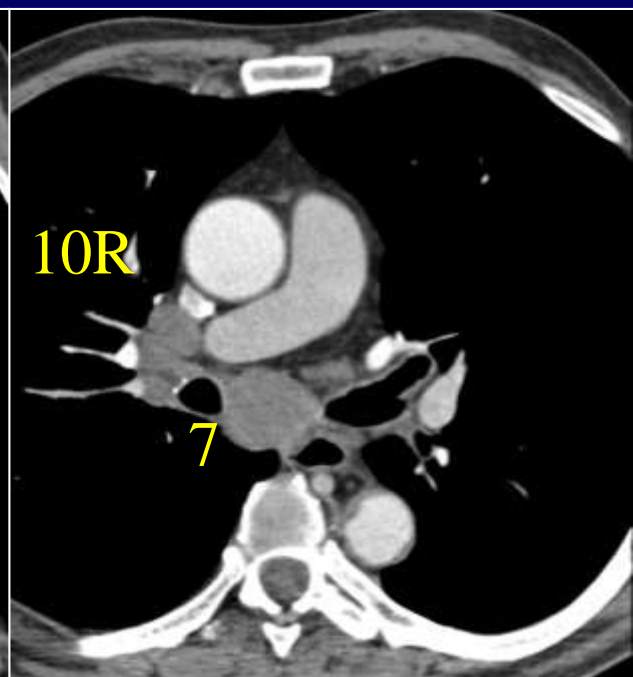
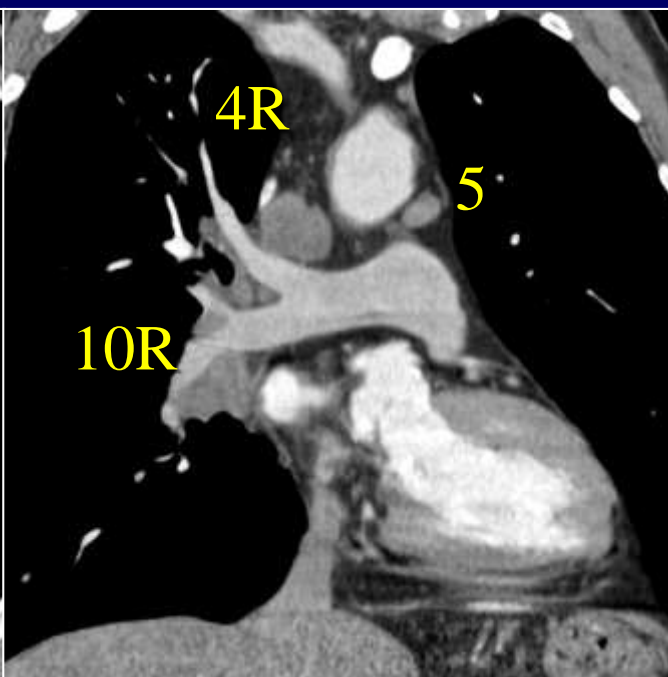
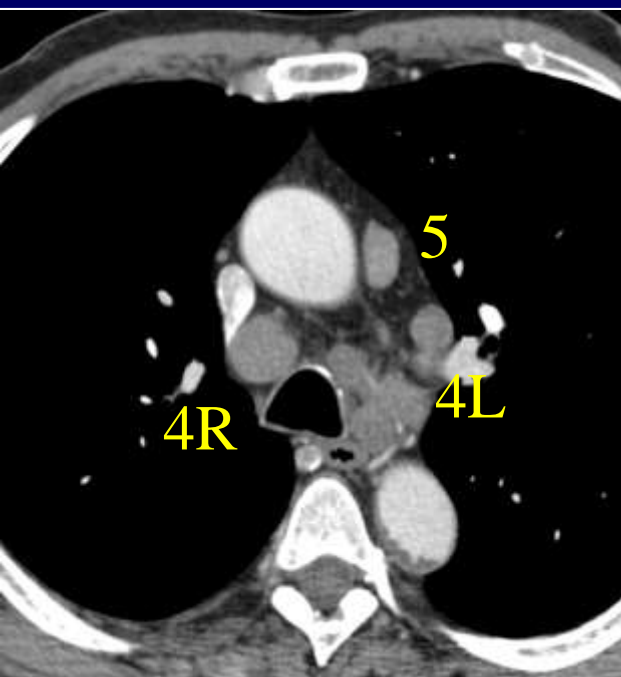
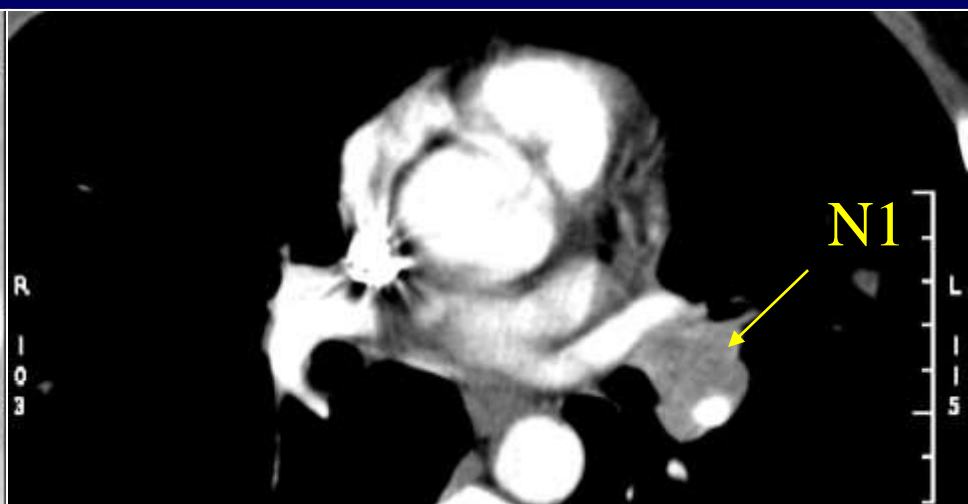
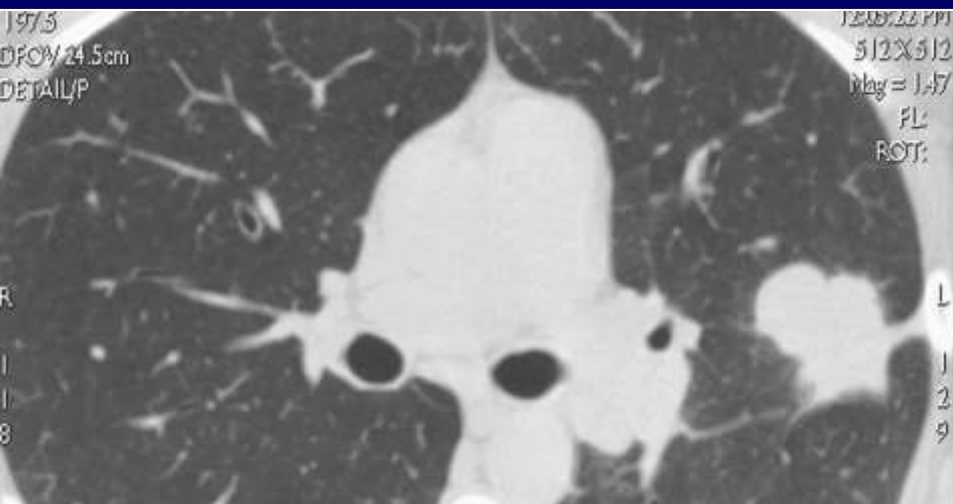
MAIS : KBA, sup. a 15 mm, N1, Tumeur fixant peu
faiblement fixante

Pieterman et coll. RM New Engl J Med 2000;343:254-61

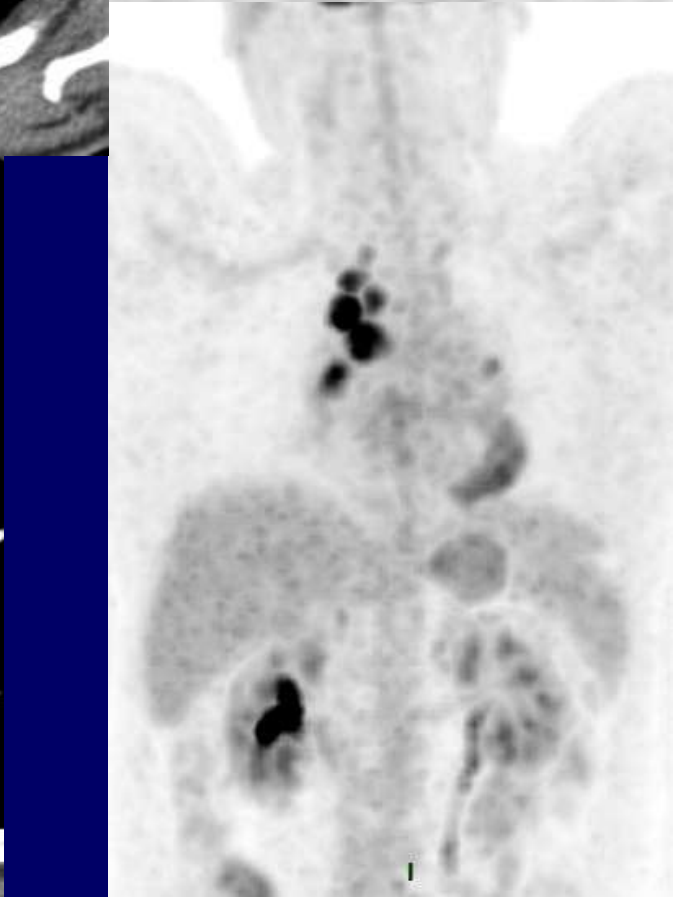
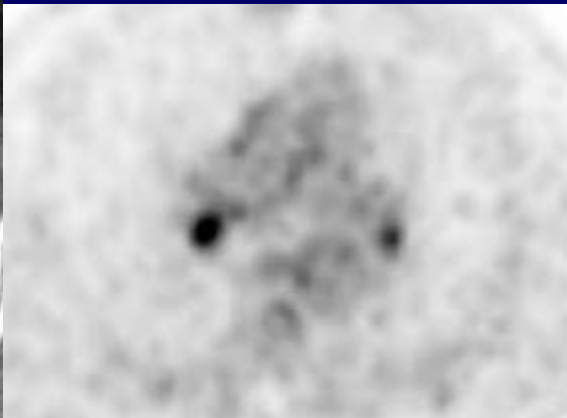
Fischer B et coll. The Lancet Oncology 2001;11:659-66

Silvestri GA et coll. Chest 2003;123:147s-156s

Aspect typique de N1 Bulky

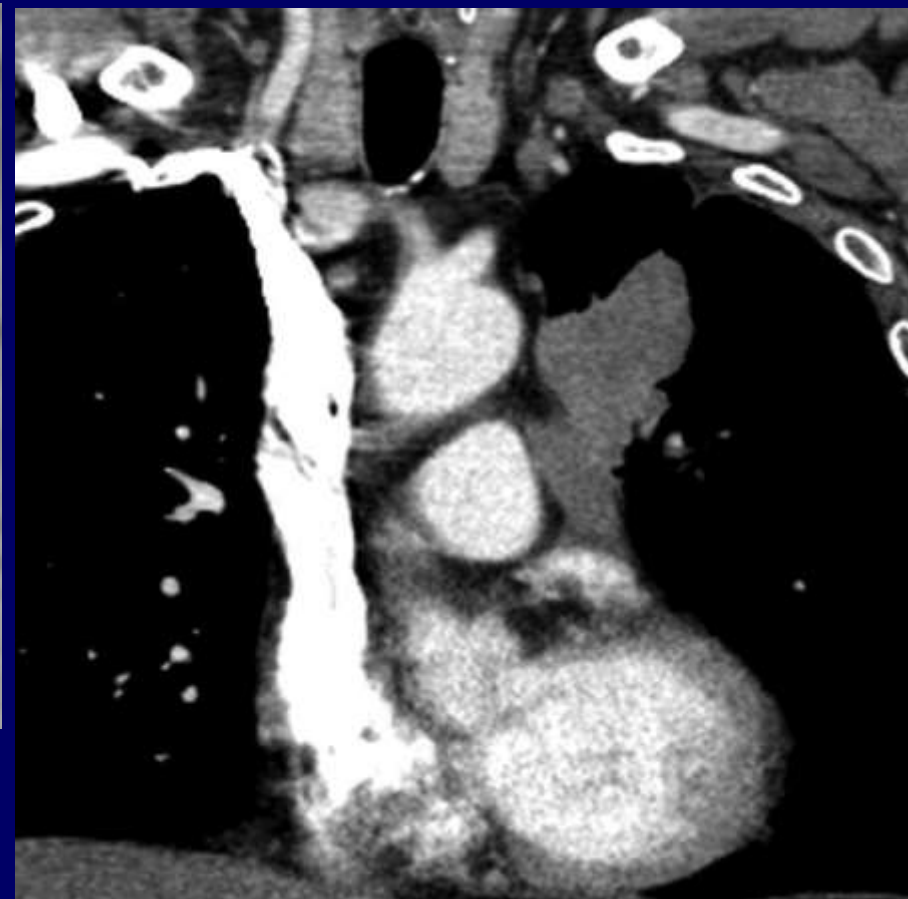
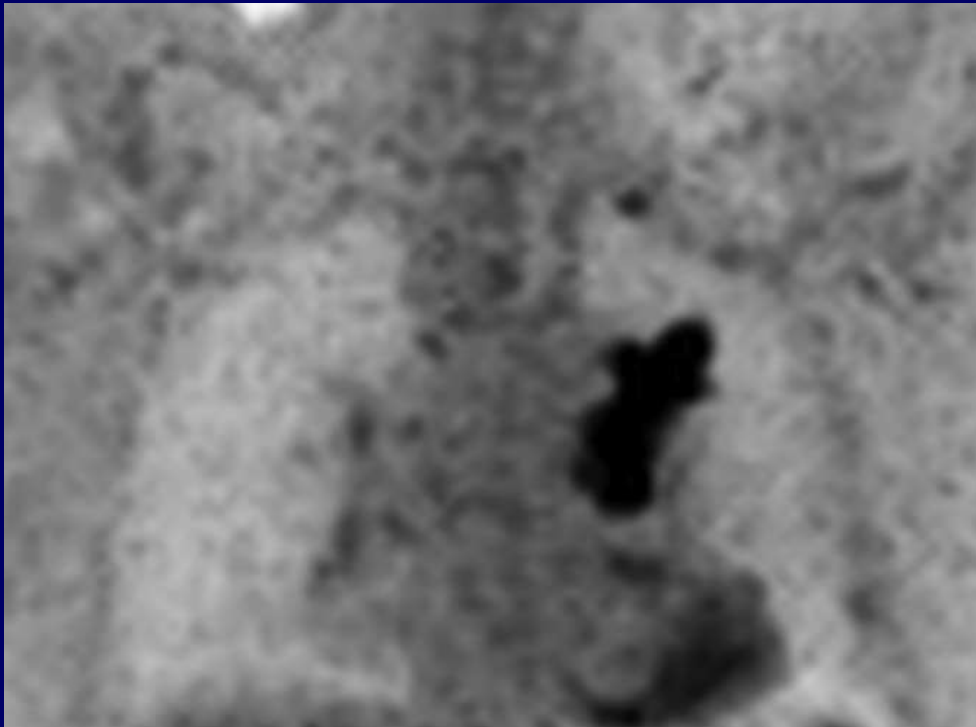


Hypertrophies ganglionnaires significatives N1 - N2



N3

Sus claviculaire ou contro latéral

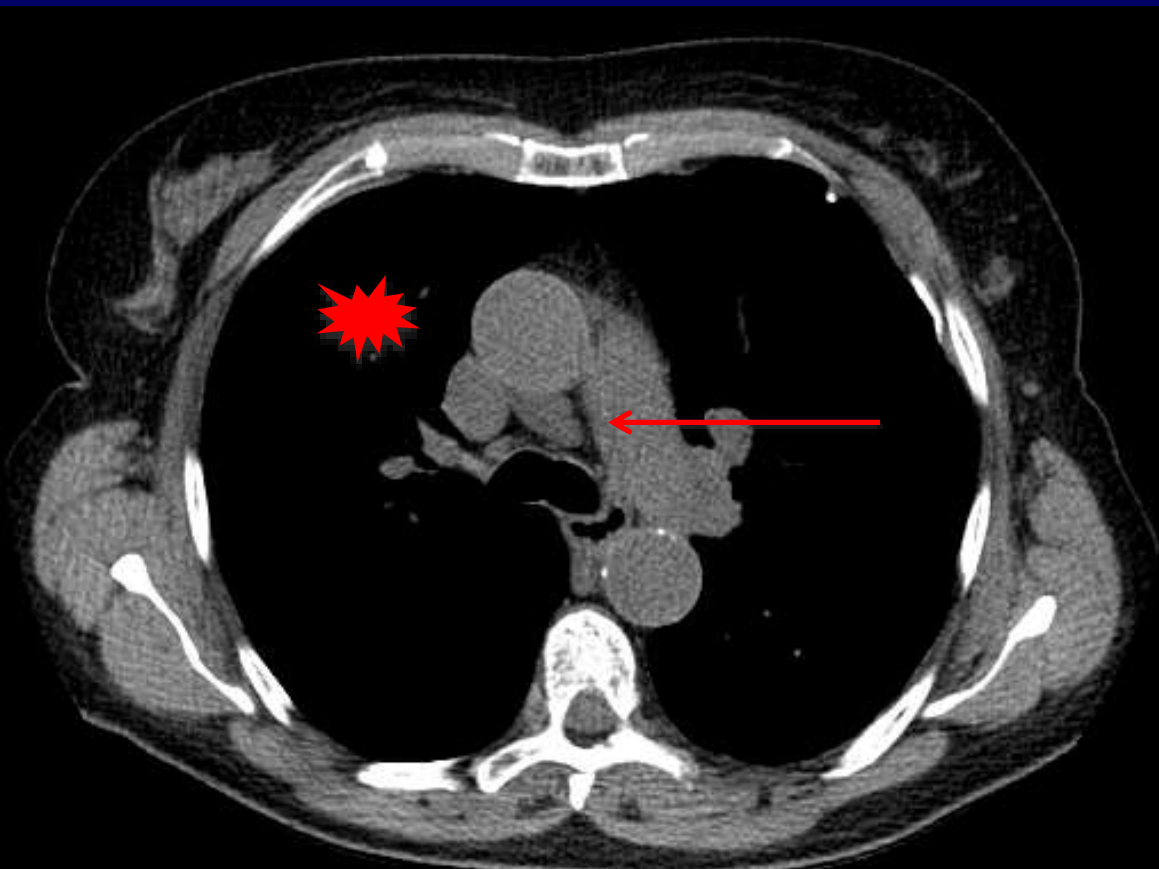


N 1 ,2 , 3... et surtout Mini /

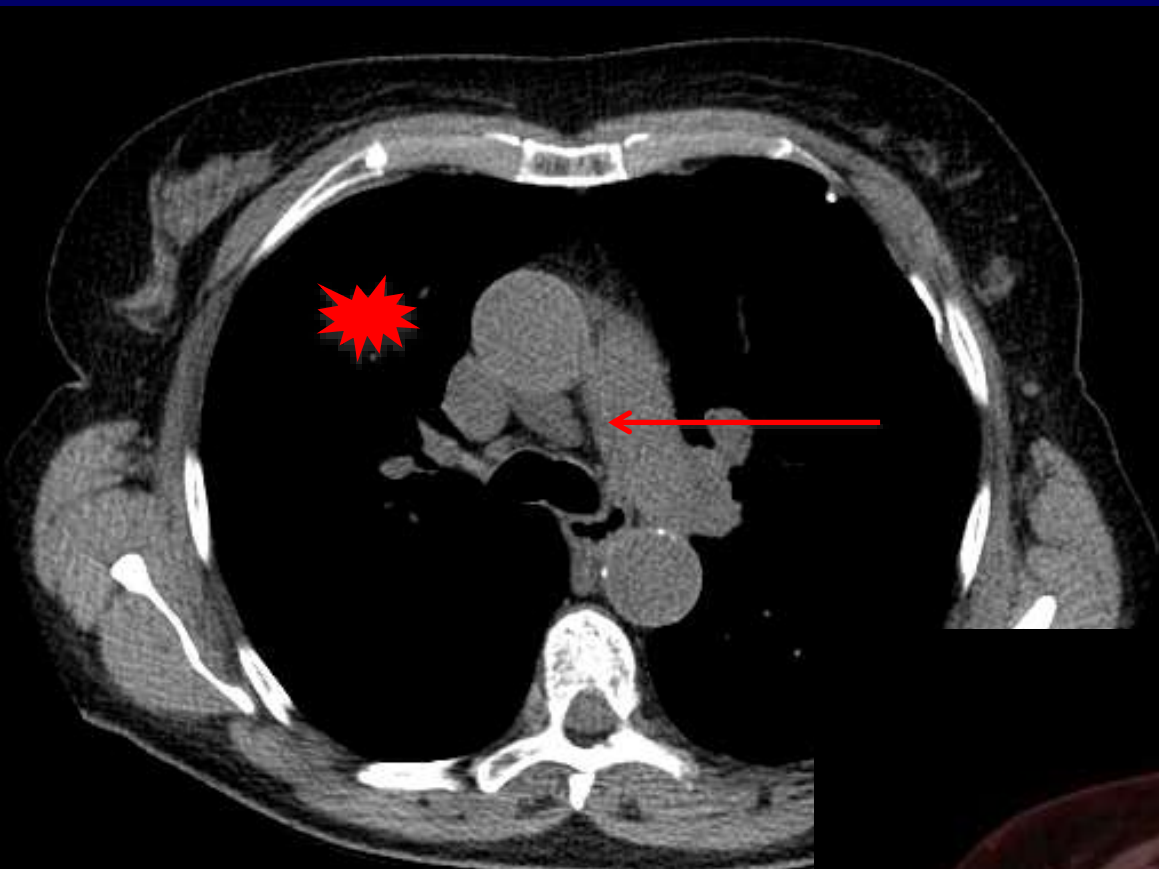
++ opposés à N1,2,3 « décapsulés » !

Pb difficile suspicion N2 mini (N2 mi) en cTNM :

comment avant le p ?
car égal ou meme inf à 10mm !

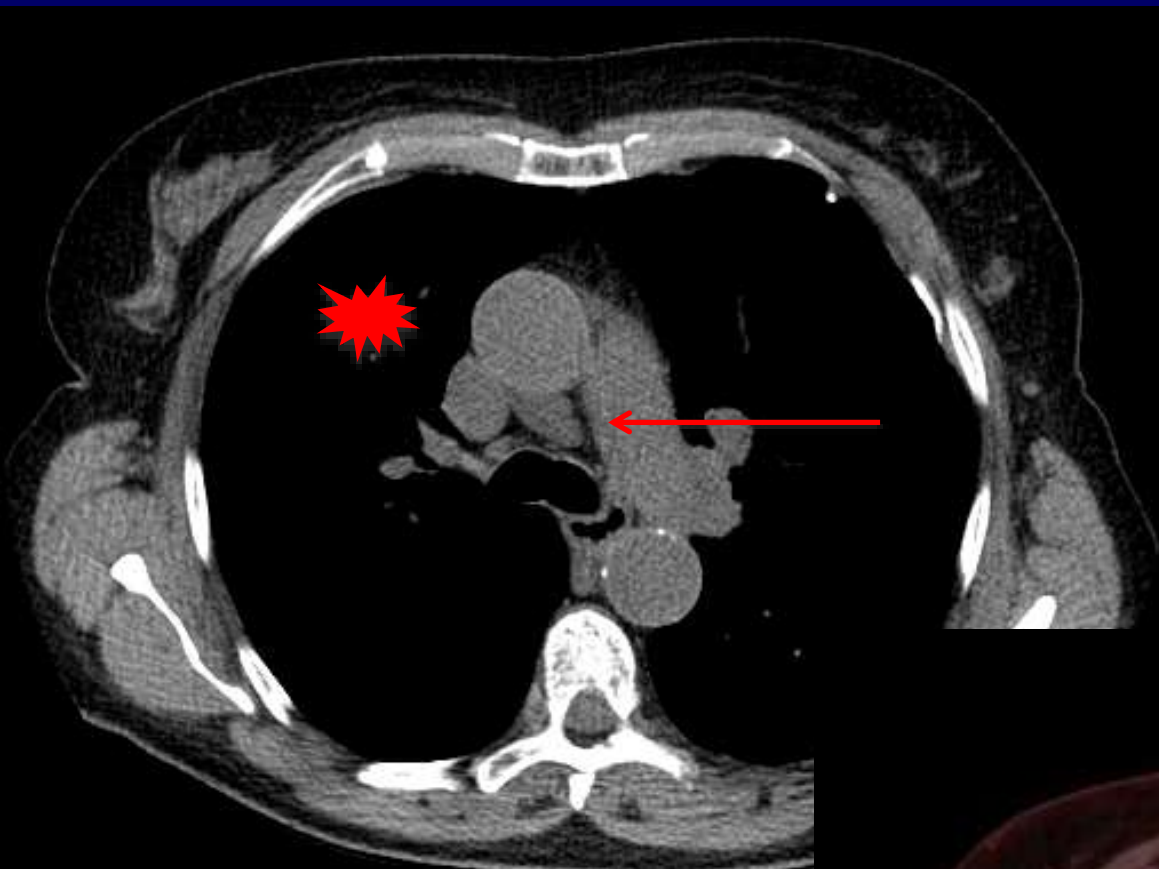


N2 ?



N2 ?





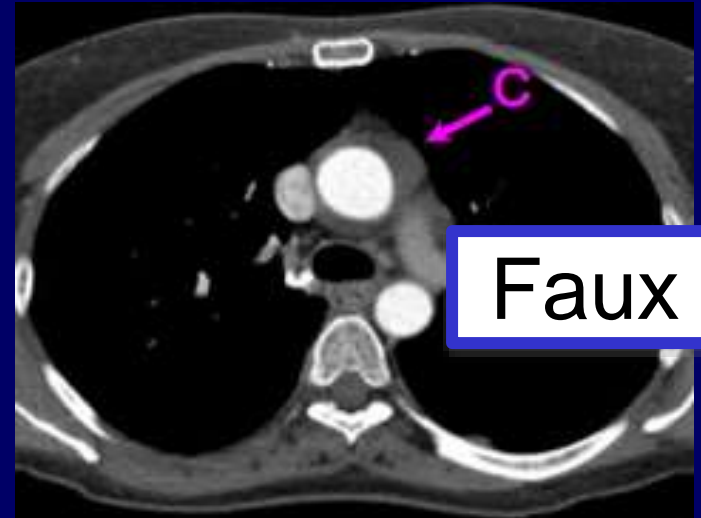
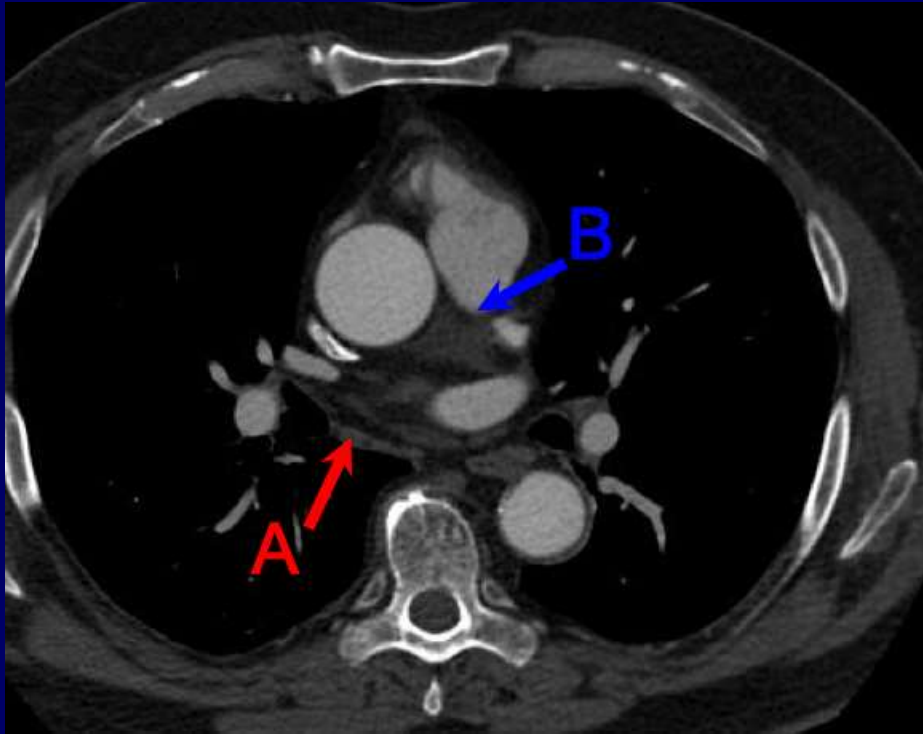
~~N2 ?~~

NO

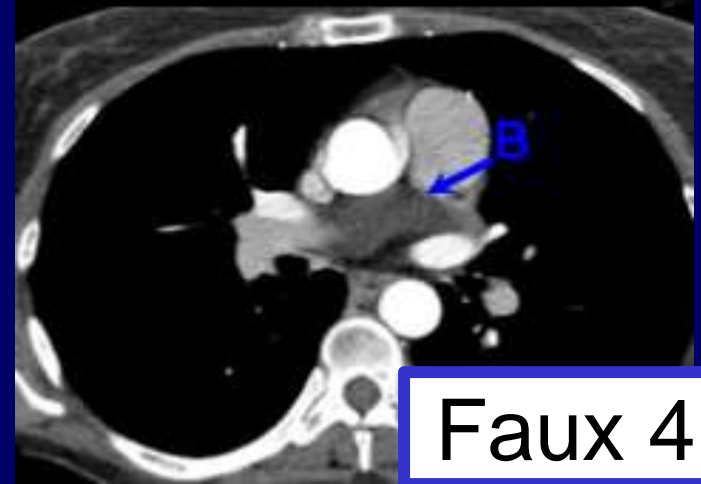
RECESSUS
PERICARDIQUE
SUPERIEUR



Recessus pericardiques



Faux 6



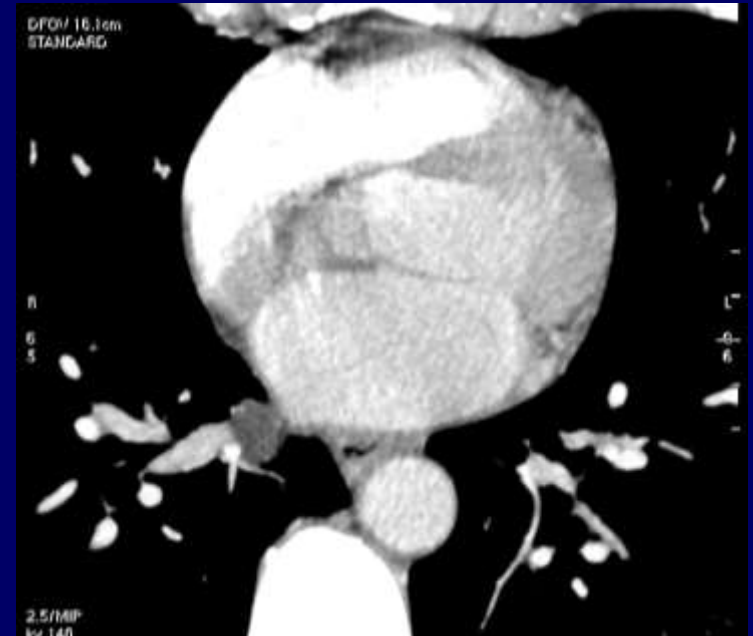
Faux 4R

A: Sinus oblique

B: Sinus transverse

C: Récessus aortique supérieur

Fausses images d'hypertrophies ganglionnaires



Bilan d'ADK

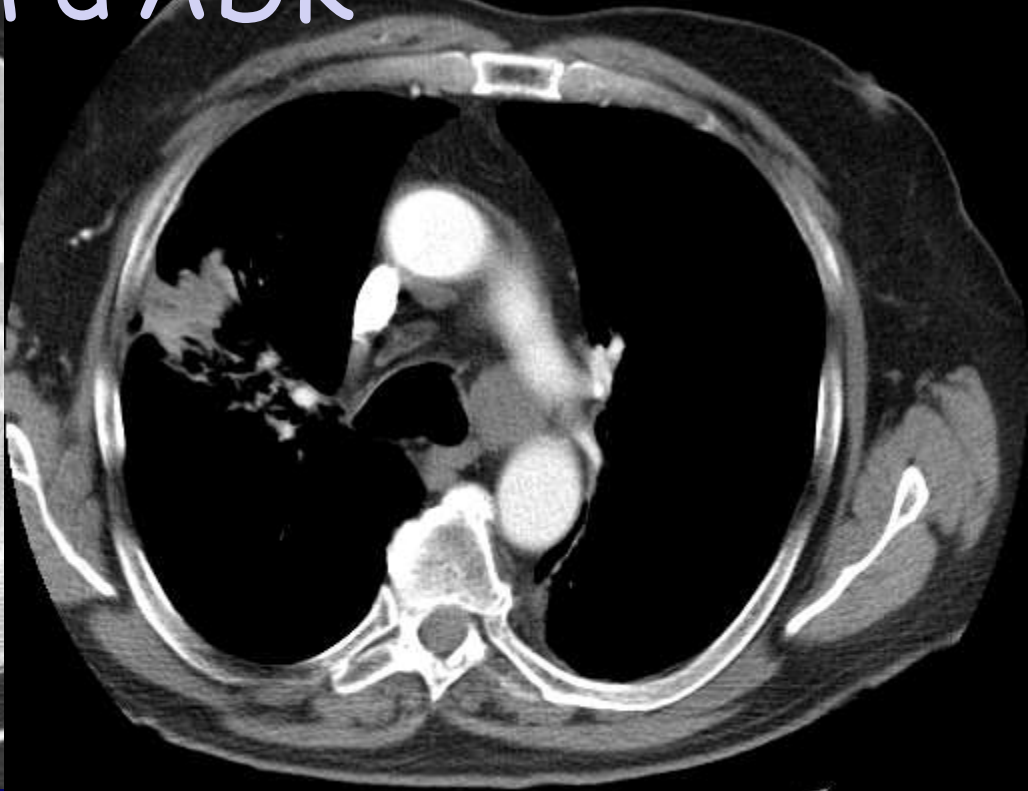
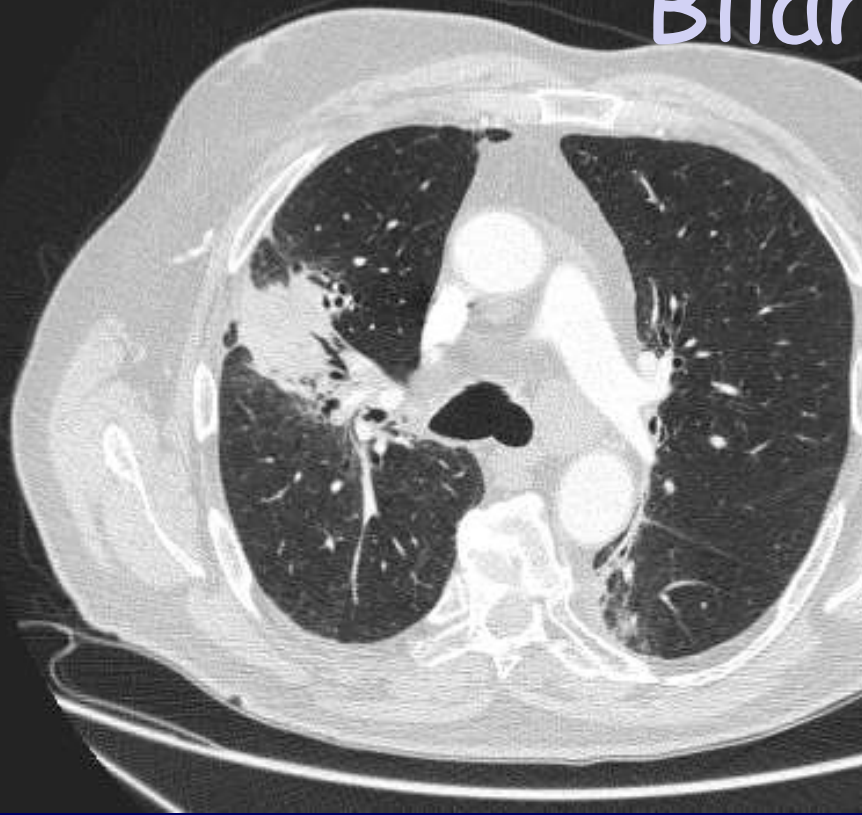
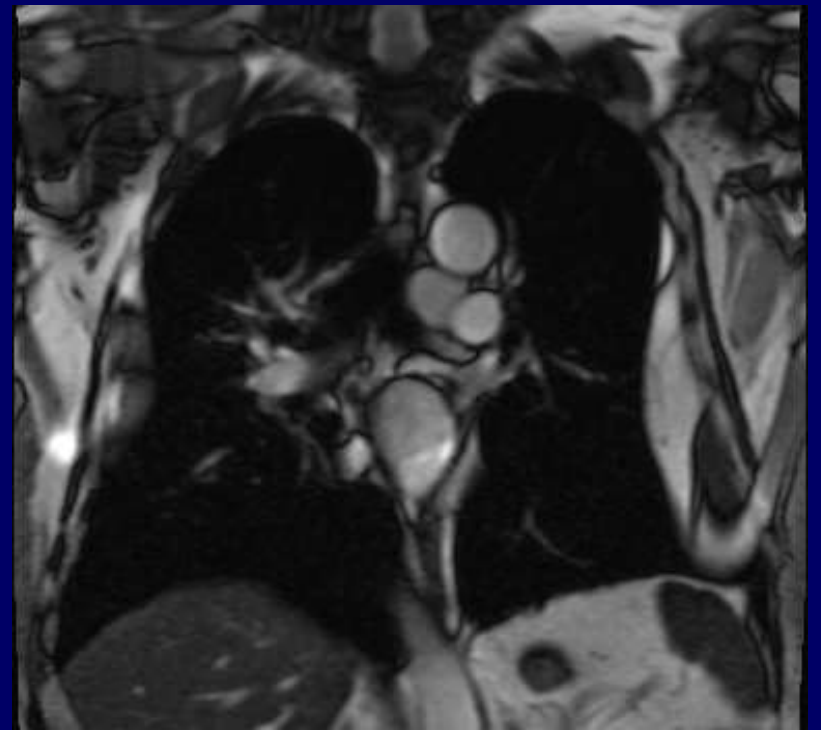
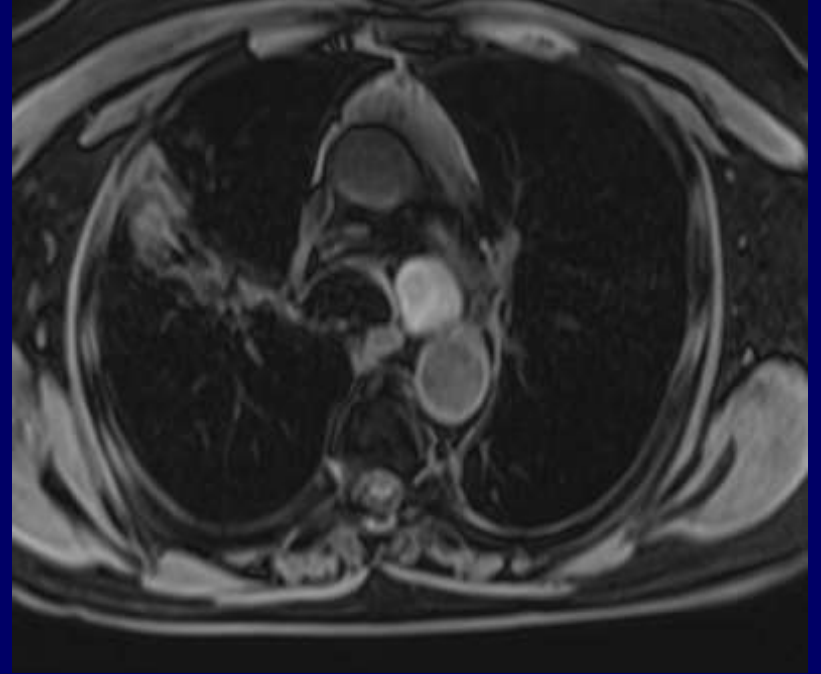
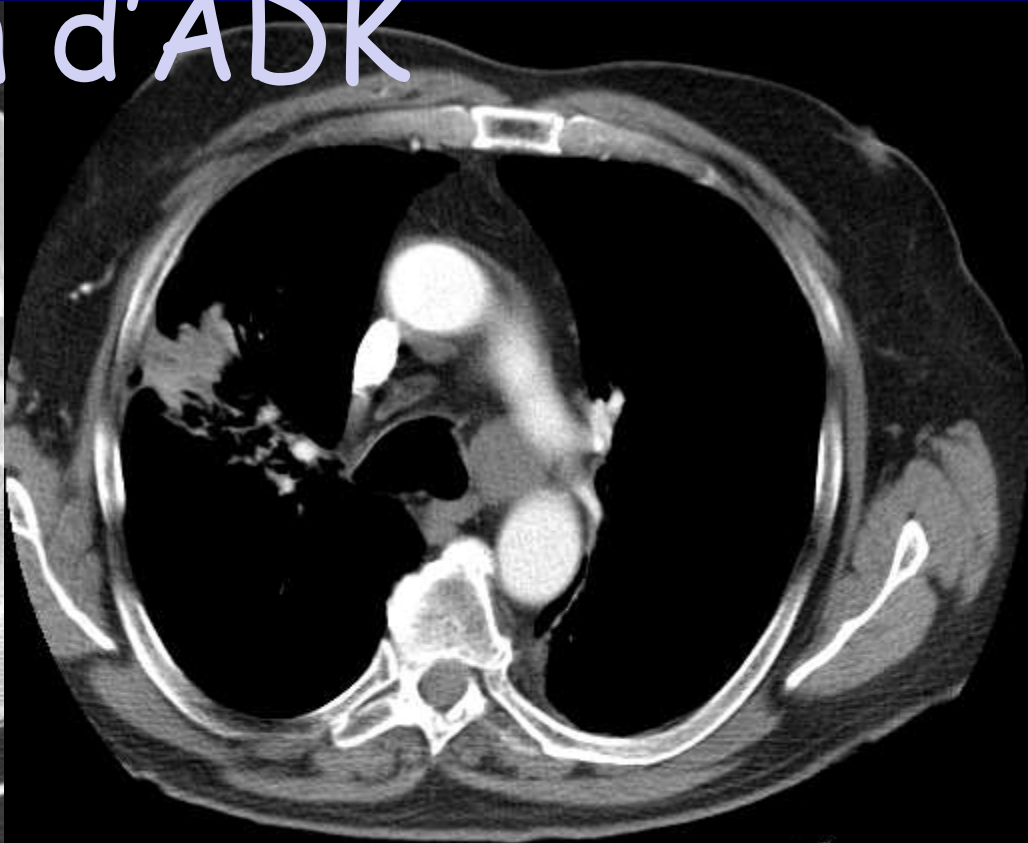
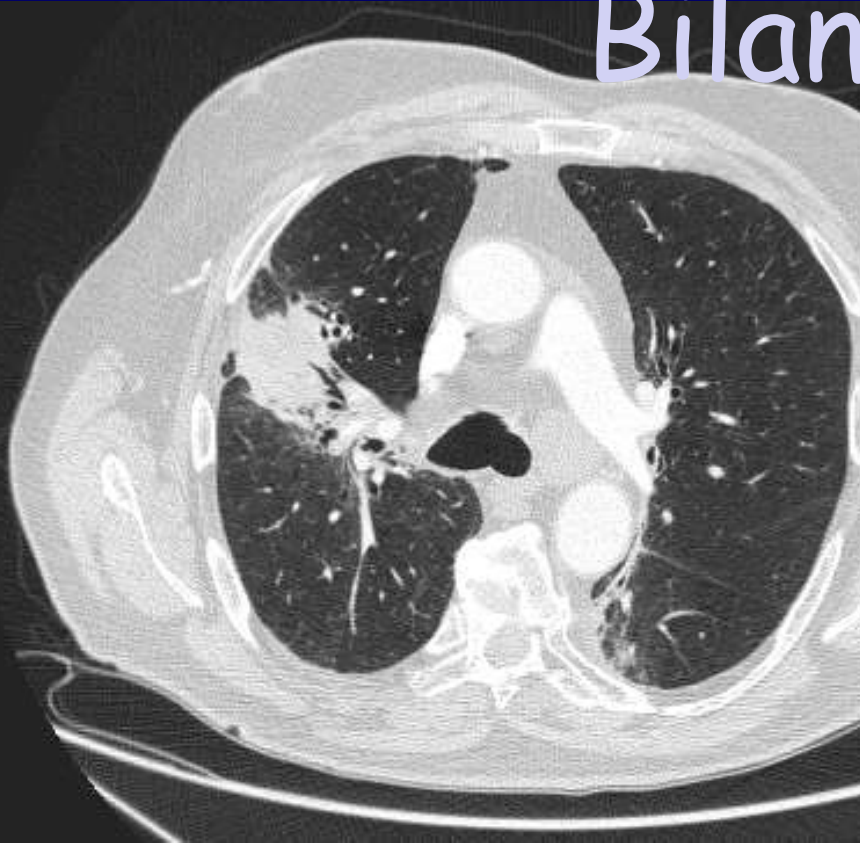


Image kystique



Bilan d'ADK



Faux N3 : kyste bronchogénique

TNM et « non – dits en 2015»

Lymphangite K: T4 ? M1? idem Nodule satellite?

Type T: KBA (classification Suzuki)

HAA : ??

N: N2 minimal intra capsulaire !

Bulky et irregulier “décapsulé”:

mauvaise survie !

N sous Diaph = M1?