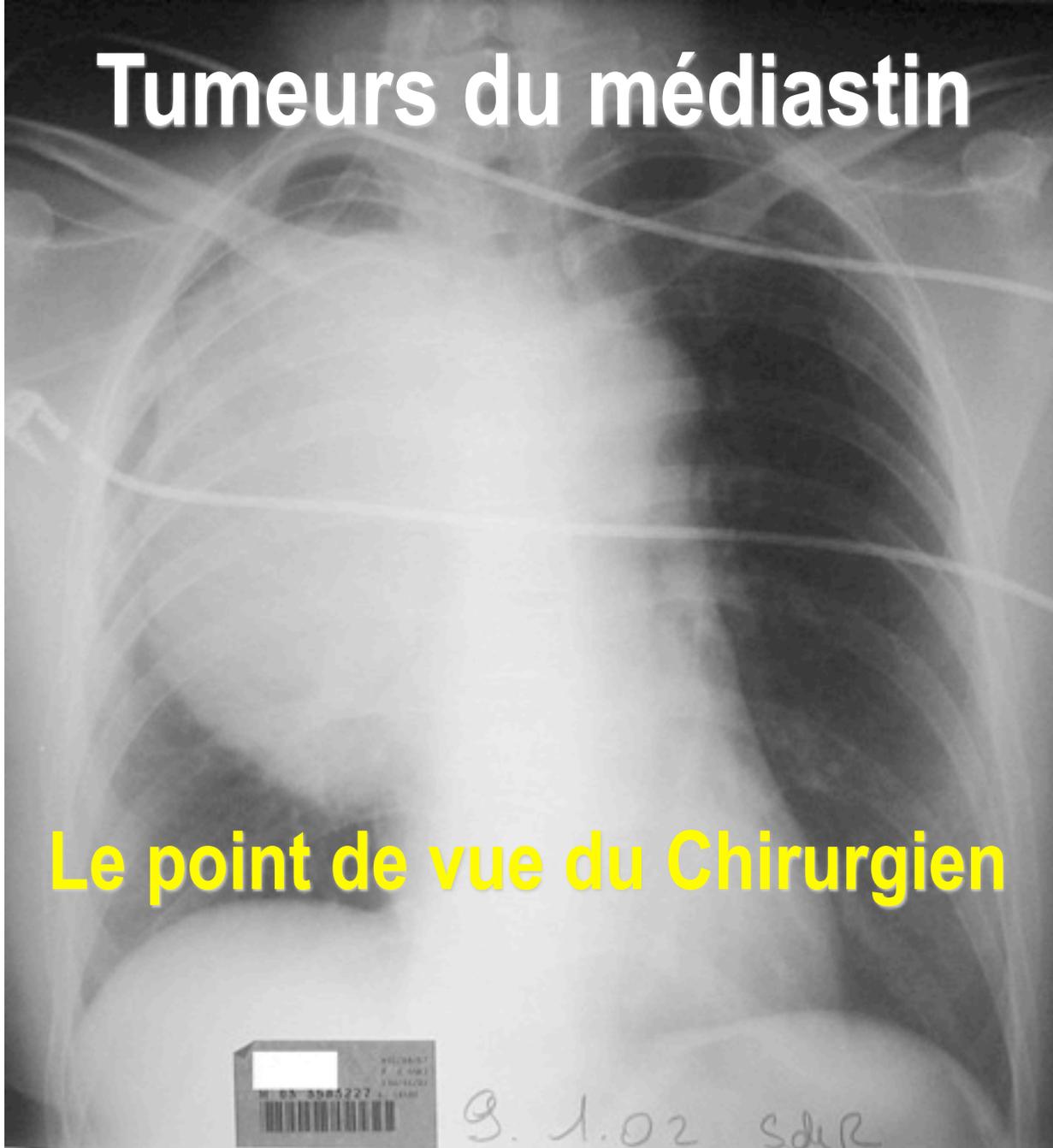


Tumeurs du médiastin



Le point de vue du Chirurgien



9. 1.02. sdr

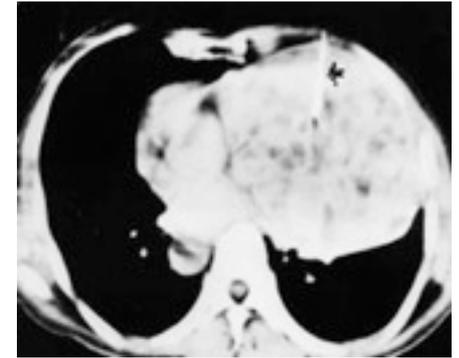




Marseille – Vieux Port – 7 Janvier 2009

Médiastin antérieur	Médiastin moyen	Médiastin postérieur
Supérieur		
• Tumeurs thymiques	• Kystes bronchogéniques	• Tumeurs nerveuses
• Adénopathies bénignes ou malignes	• Adénopathies bénignes ou malignes	• Méningocèle
• Lymphomes (LMNH et Hodgkin)	• Lymphomes (LMNH et Hodgkin)	• Kystes para-oesophagiens
• Goître à la partie supérieure		
Moyen		
• Adénopathies		
• Lymphomes (LMNH et Hodgkin)		
• Tumeurs germinales		
• Tumeurs thymiques		
Inférieur		
• Tumeurs thymiques		
• Lipomes		
• Kystes pleuropéricardiques		

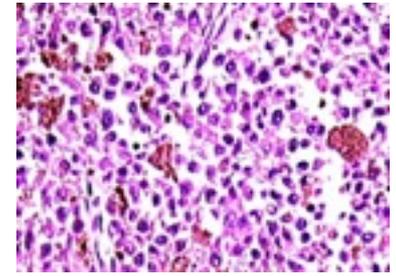
Données générales - 1



- Variété des types tissulaires
- Techniques anatomopathologiques multiples: morphologie, IHC, tumorothèques....

Le diagnostic nécessite de gros fragments tumoraux

Données générales - 2



- Intérêt majeur de l'analyse histologique extemporanée en particulier en cas de tumeur volumineuse (zones anhistes – nécrose.....)

Le prélèvement doit être contributif

Données générales - 3



L'abord le plus direct!

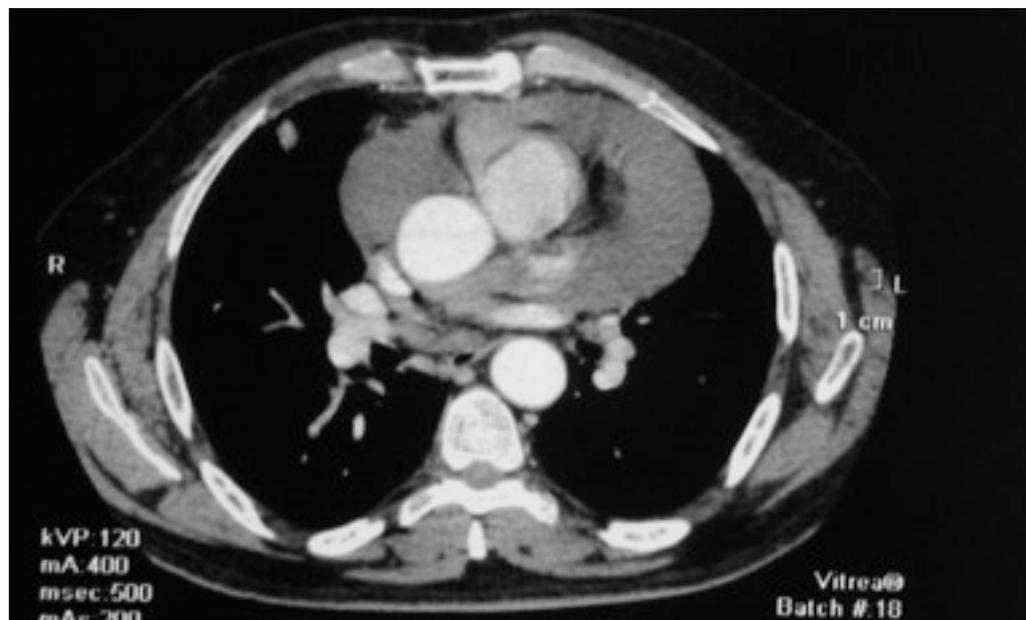
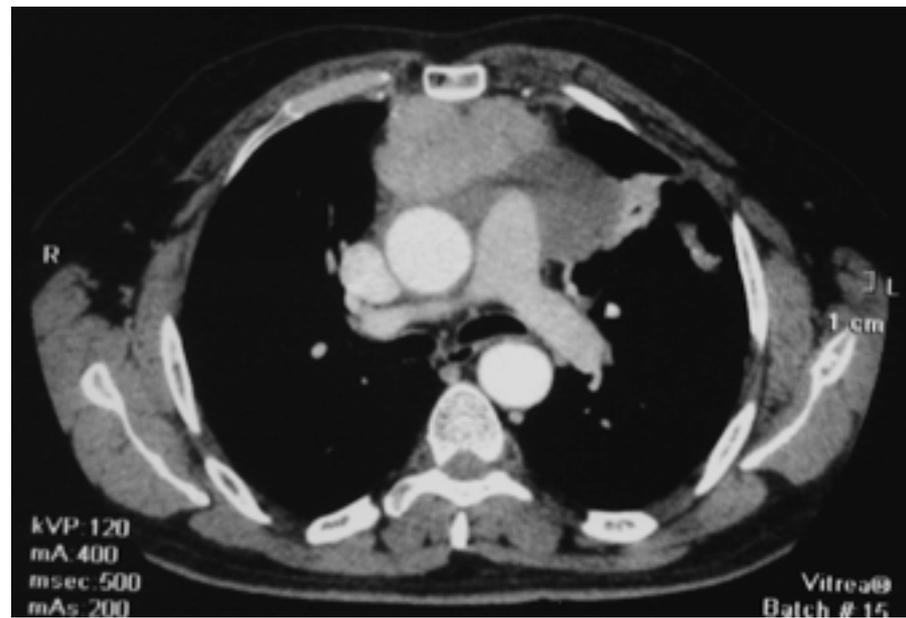
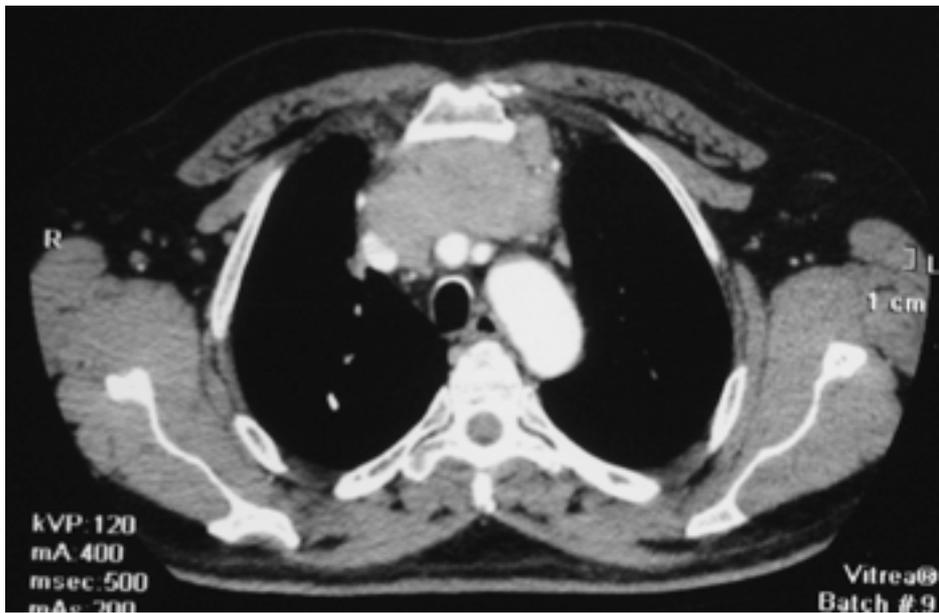


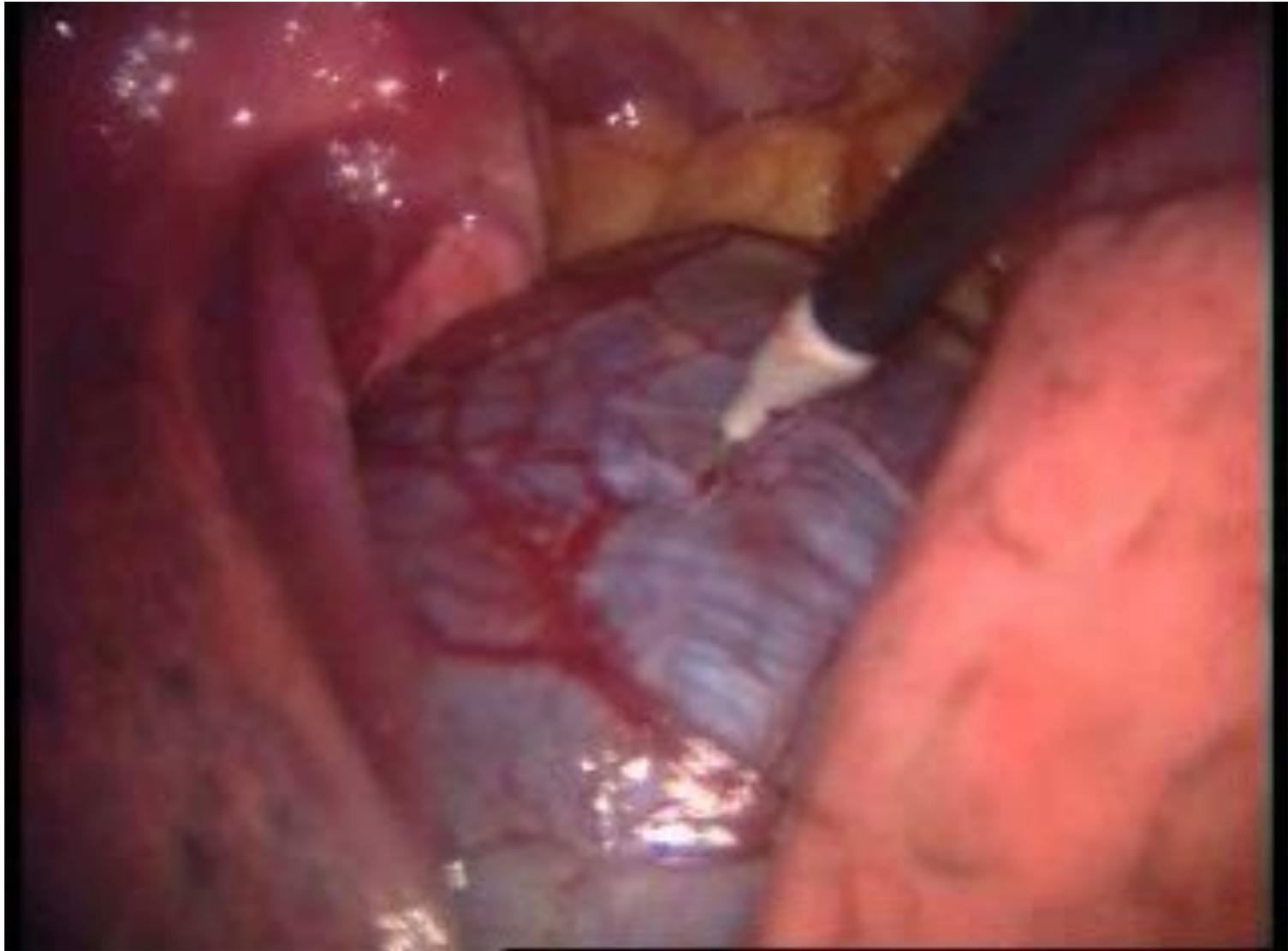


Données générales - 4

- Associer à la chirurgie diagnostique, les gestes qui seront nécessaires à la définition du pronostic (ex: BOM&myélogramme), à la réalisation du traitement (SIV), à la palliation des symptômes (drainage épanchements)

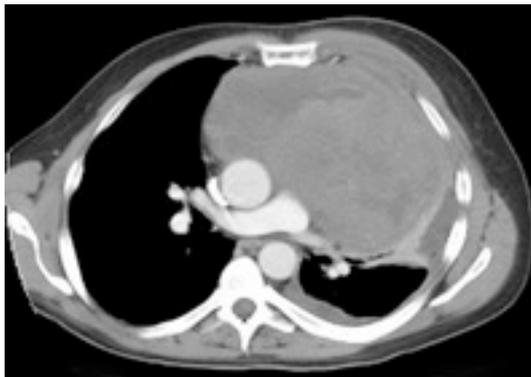
Savoir adapter la technique et la voie d'abord





Données générales - 5

- La chirurgie est le pivot de la stratégie diagnostique et thérapeutique
- Une biopsie chirurgicale d'une tumeur extirpable n'est parfois pas souhaitable (ex: thymome et greffe pleurale)



Tumeurs du Médiastin Supérieur

Bilan standard :

- Radio pulmonaire F/P
- Scanner du thorax + coupes abdominales hautes :
 - avec et sans injection
 - coupes fines

Médiastin supérieur ?

Non

Médiastin
antérieur

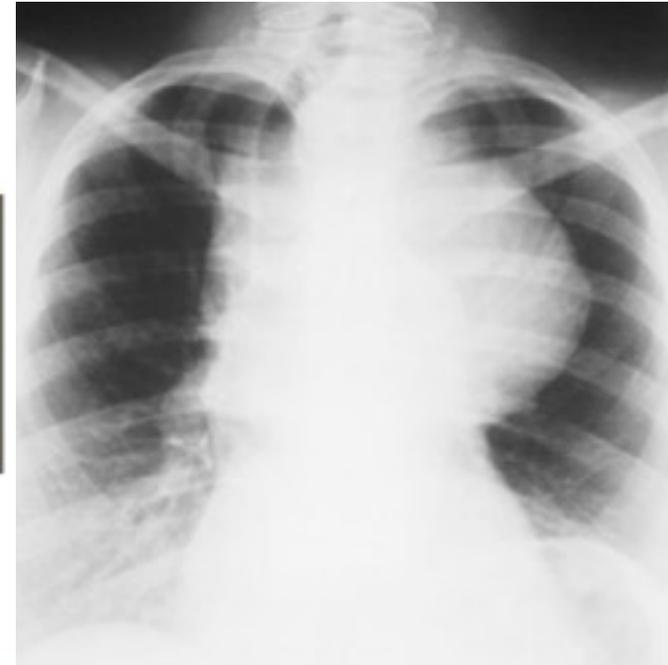
Médiastin
moyen

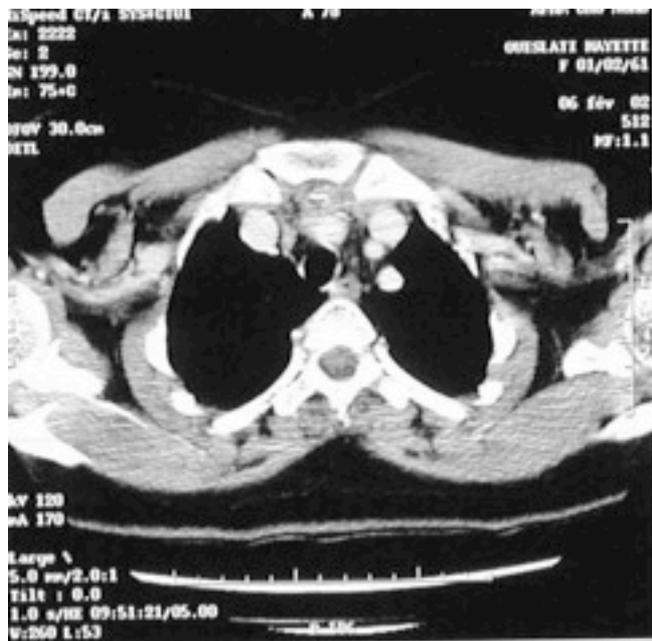
Médiastin
postérieur

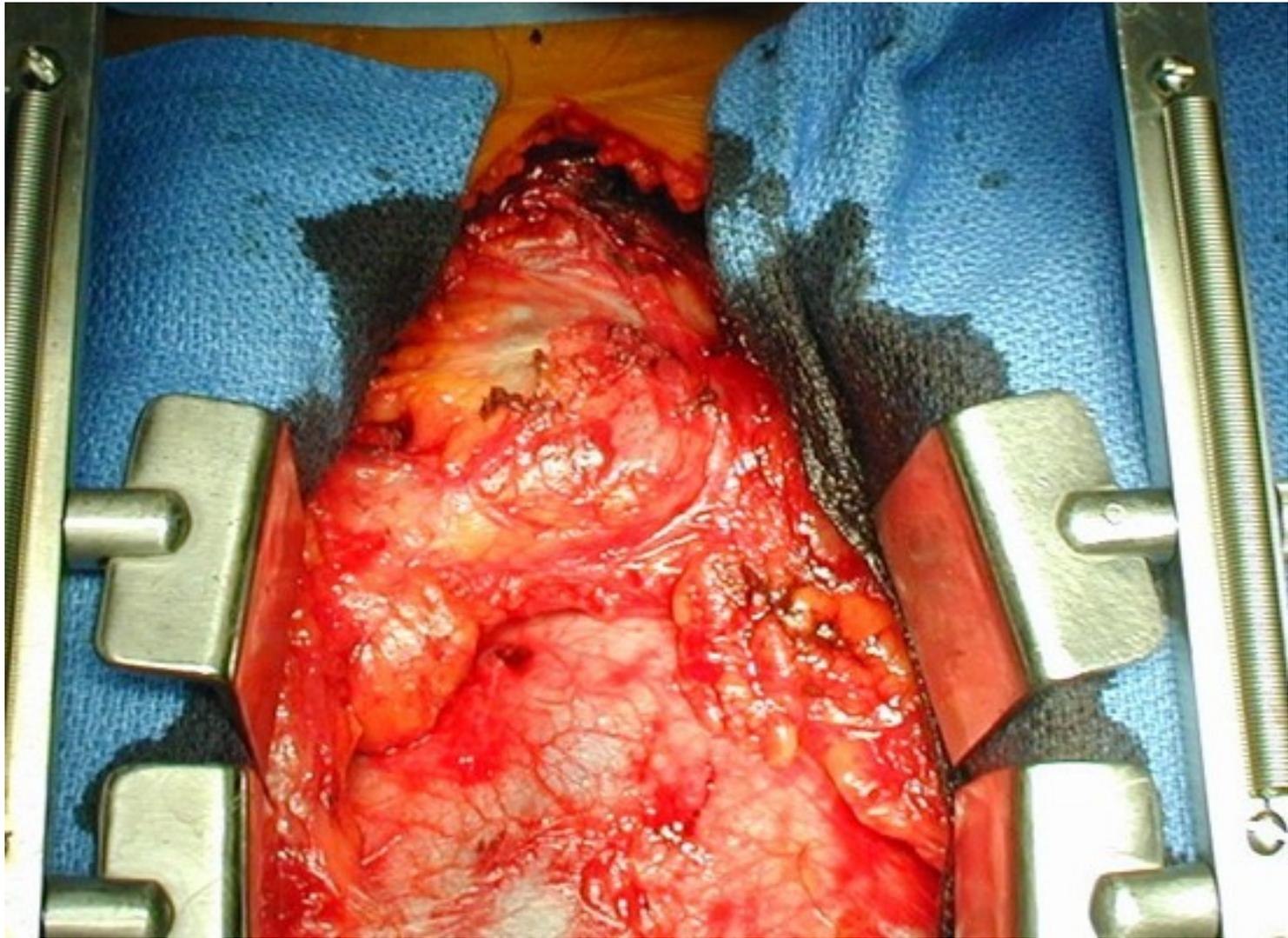
Toujours évoquer un goitre plongeant

- * antécédents opératoires thyroïdiens
- * scanner cervico-thoracique
- * déplacement trachée-œsophage
- * scintigraphie thyroïdienne

Abord cervical ± sternotomie









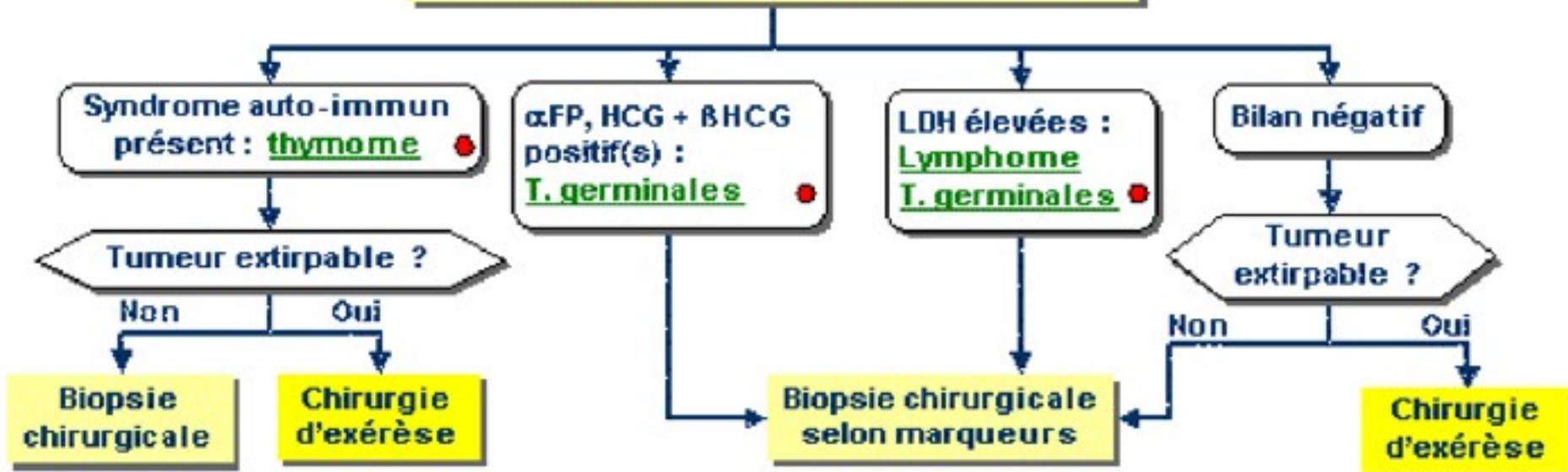
Massard G et col. Goitre médiastinal
oublié: sept cas. Ann Chir 1992;46:770-3.



Tumeurs du Médiastin Antérieur

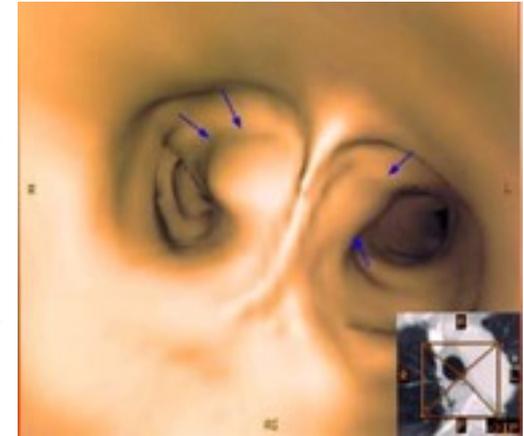
Standards :

- marqueurs (α -FP, β -HCG, LDH)
- recherche d'un **syndrome auto-immun** :
 - anticorps antirécepteurs à l'acétylcholine
 - anti-thymus
 - anti-muscle strié



Tumeurs du Médiastin Moyen

Standard : fibroscopie bronchique
Option : fibroscopie digestive



**Diagnostic établi
par le bilan ?**

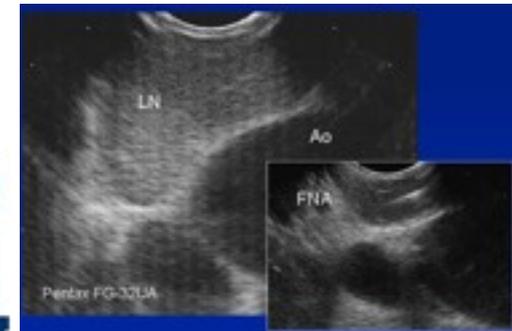
Non

Oui

Biopsie chirurgicale :

- médiastinoscopie
- thoracoscopie
- thoracotomie

Traitement



Données générales - 6



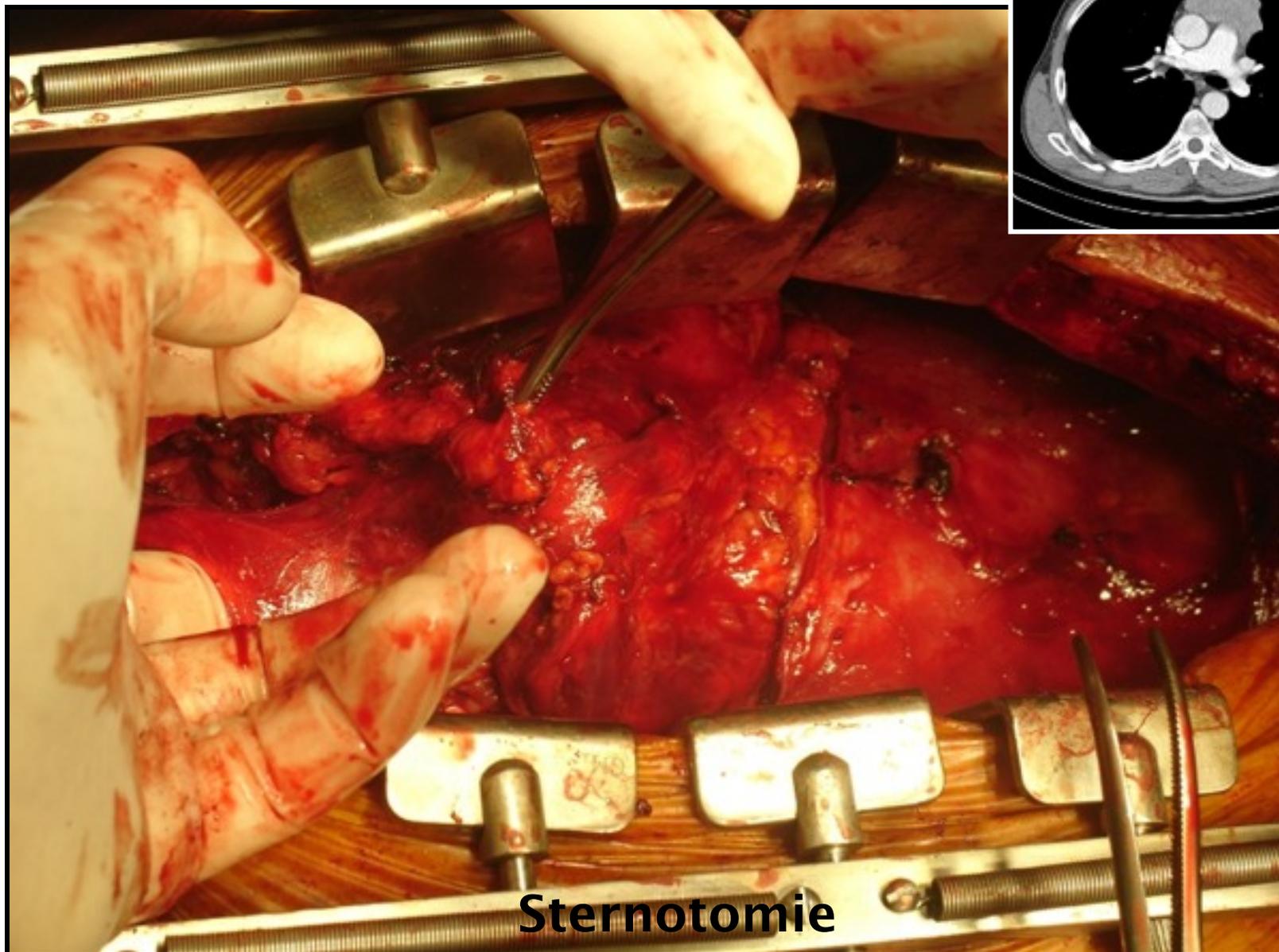
- Sauf exceptions, toute tumeur extirpable doit être enlevée, y compris lorsque des élargissements sont nécessaires, avec pour objectif une résection « en-bloc » et complète « R0 ».

« La meilleure des biopsies est la biopsie-exérèse! »
Marc Riquet

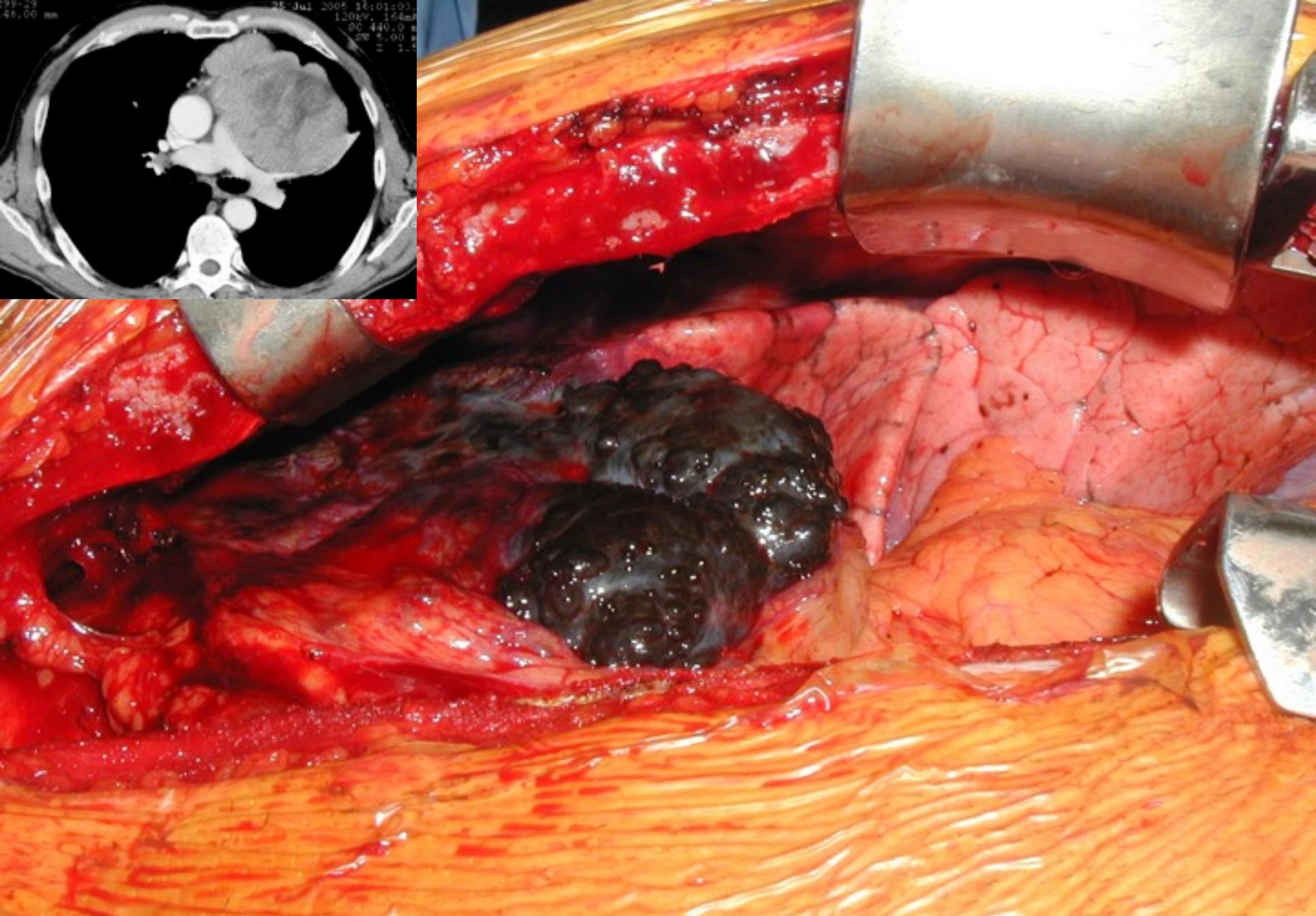
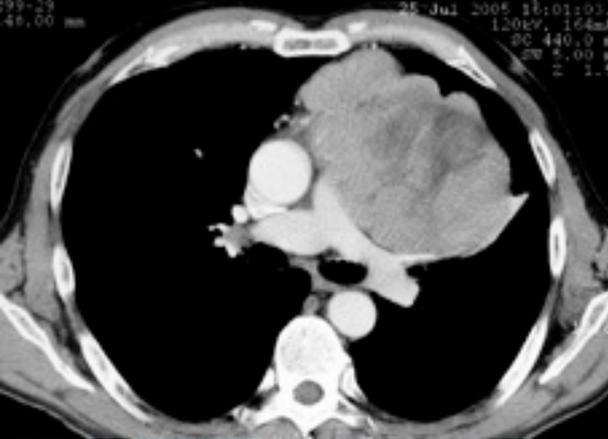
Voies d'Abord

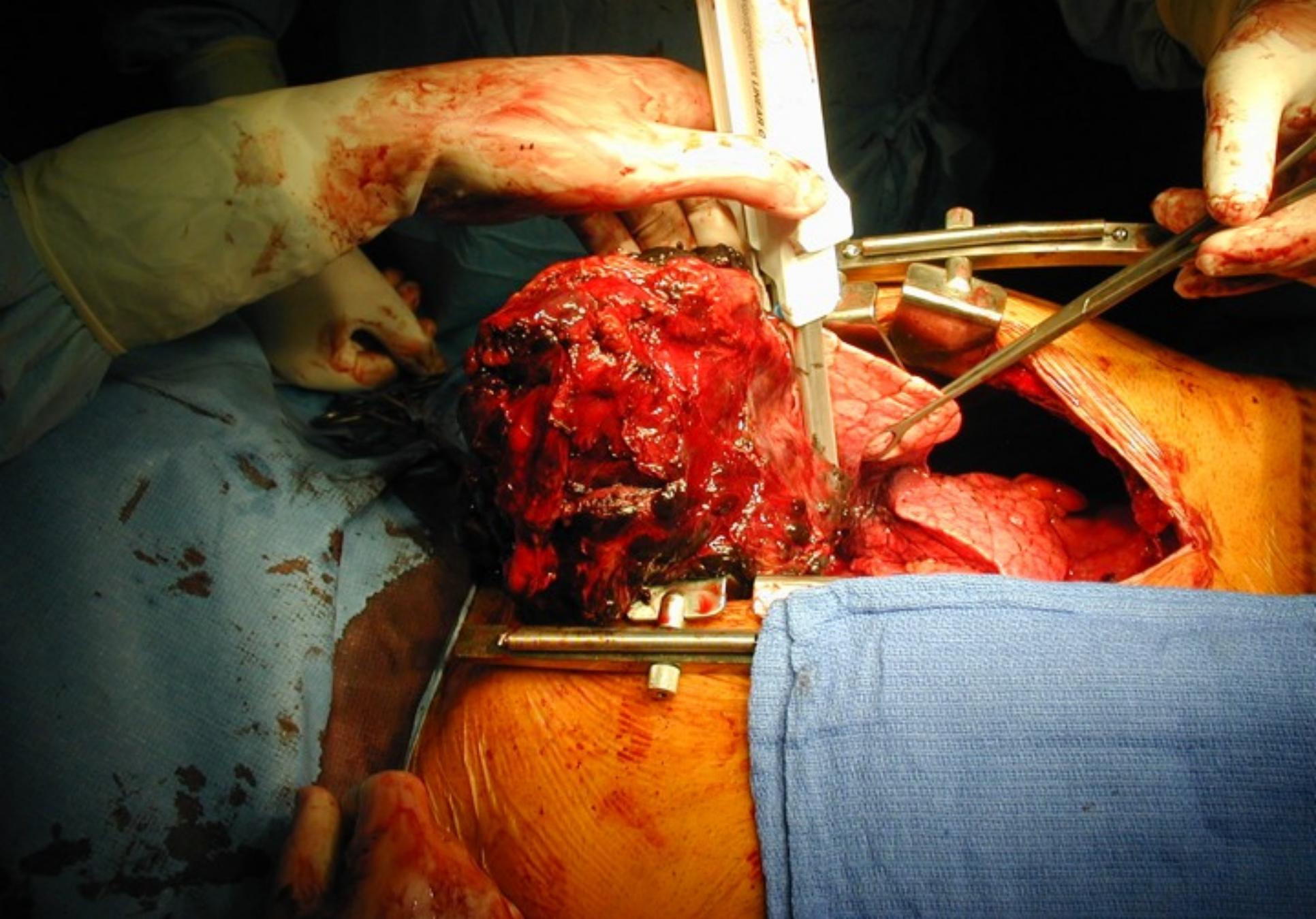
- Antérieures
 - Sternotomie
 - « Clamshell » et Masaoka
- Latérales
 - Thoracotomie antérolatérale
 - Thoracotomie postérolatérale
- Vidéo-assistées

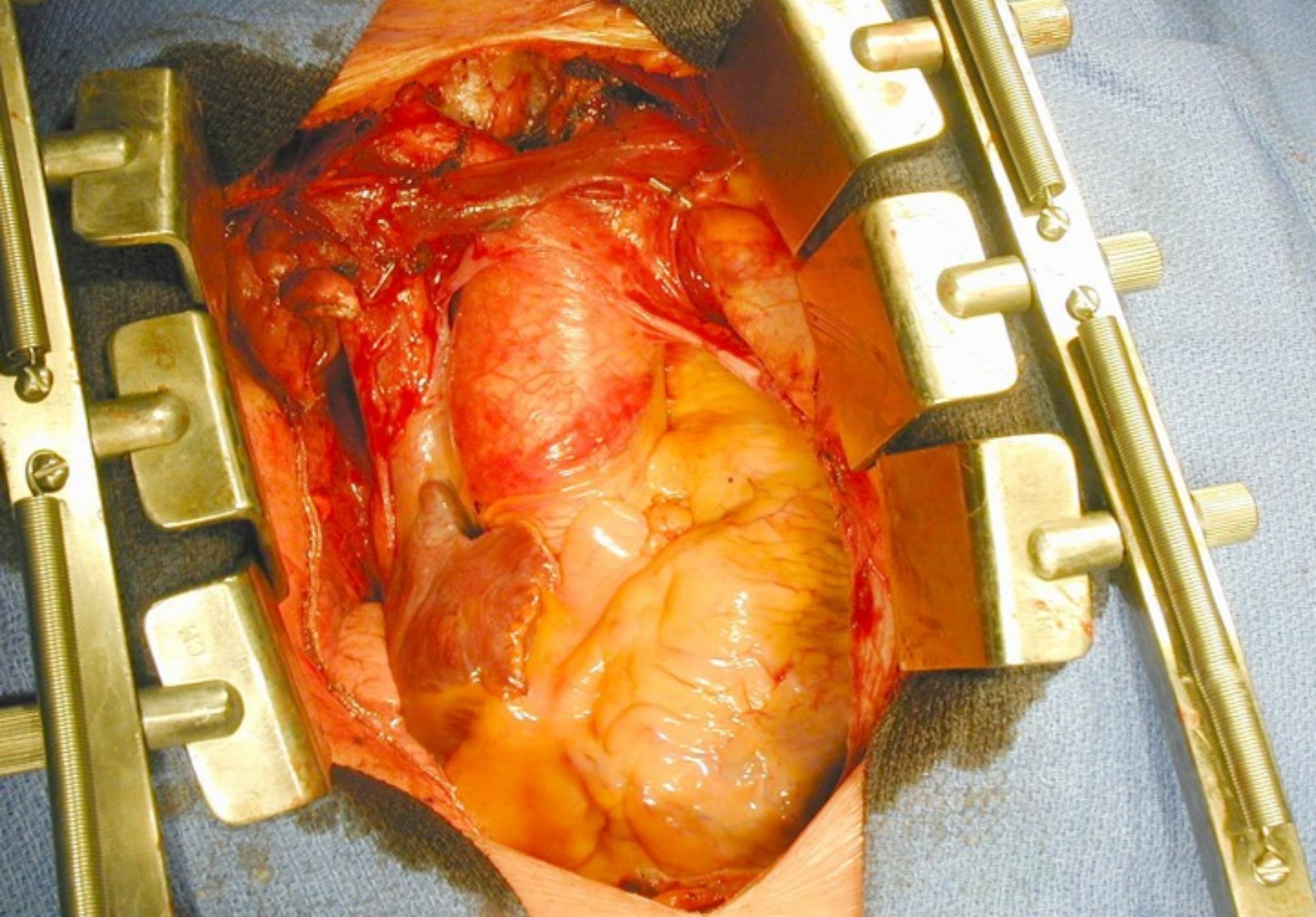


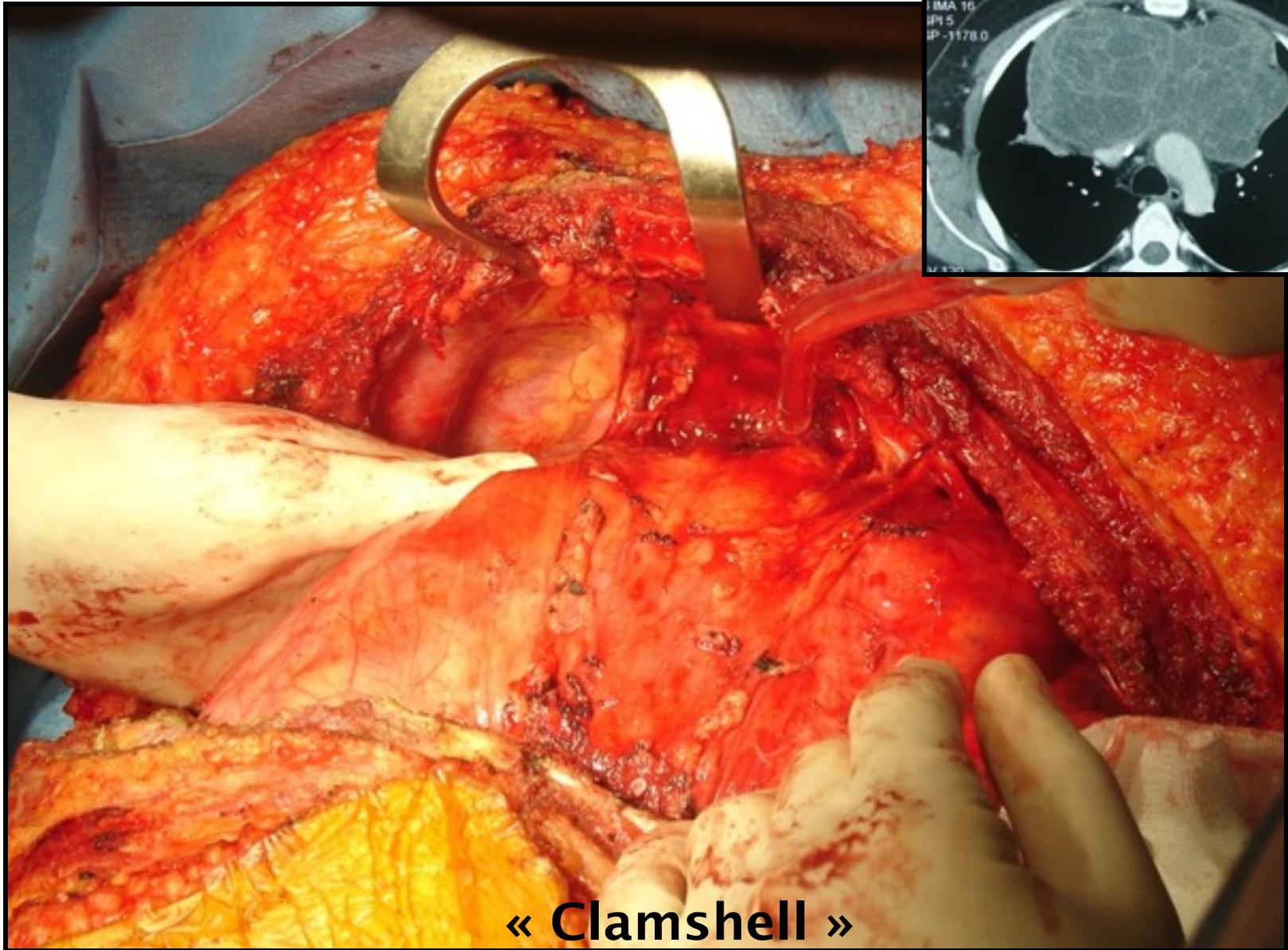


Sternotomie





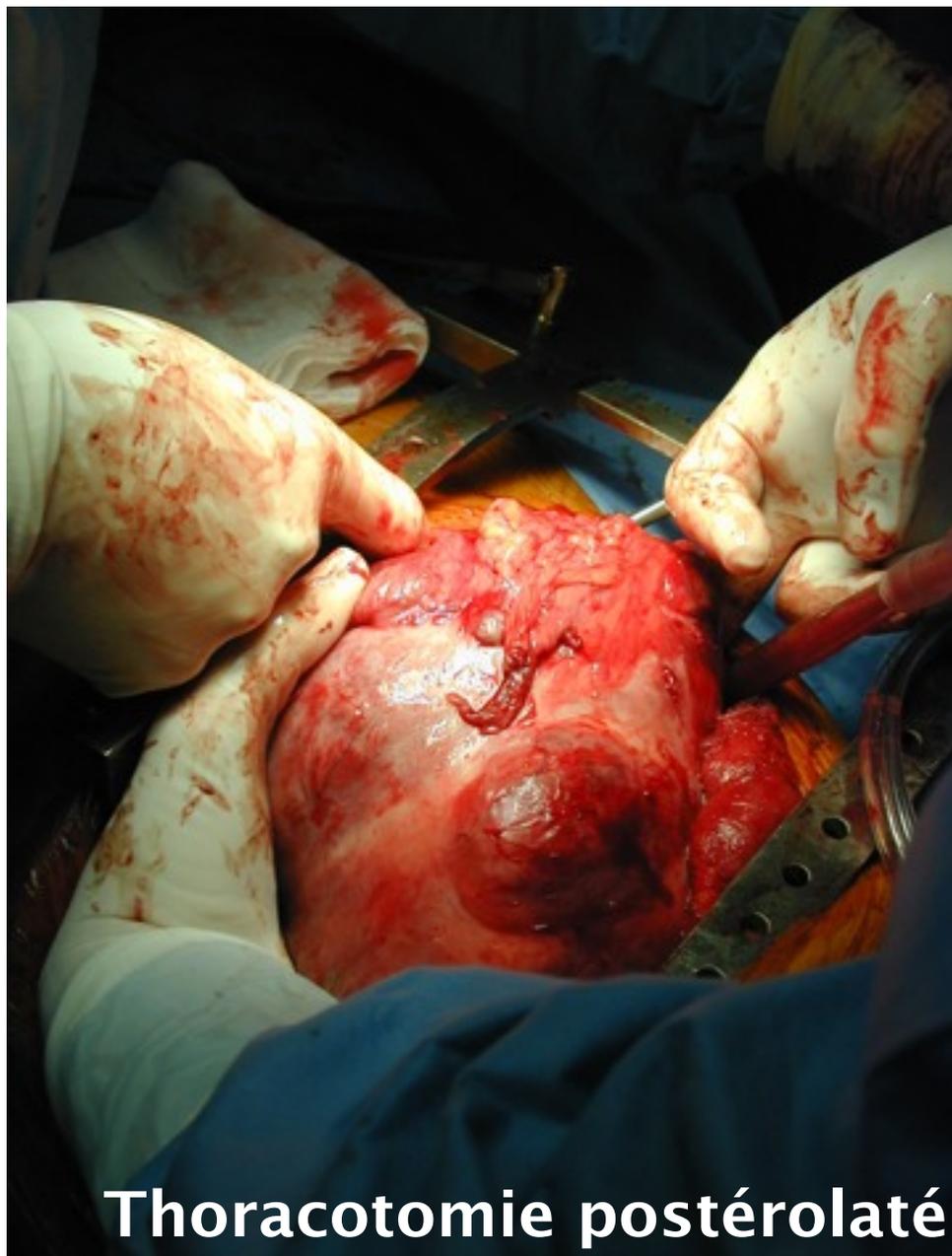




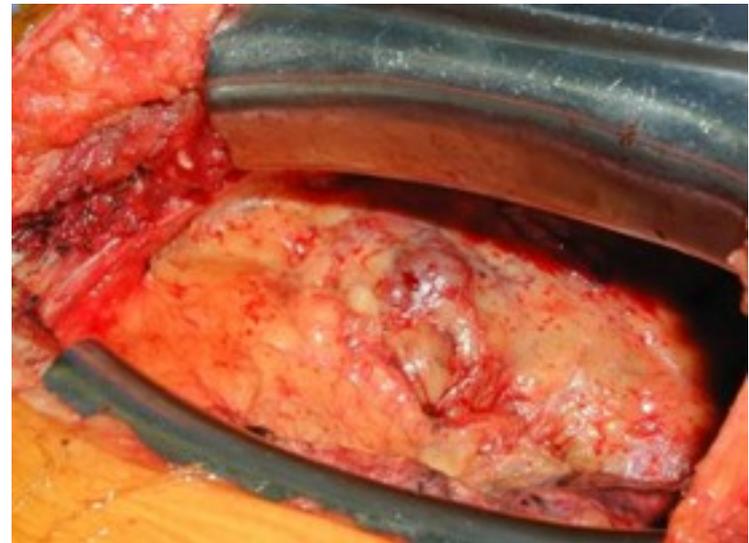
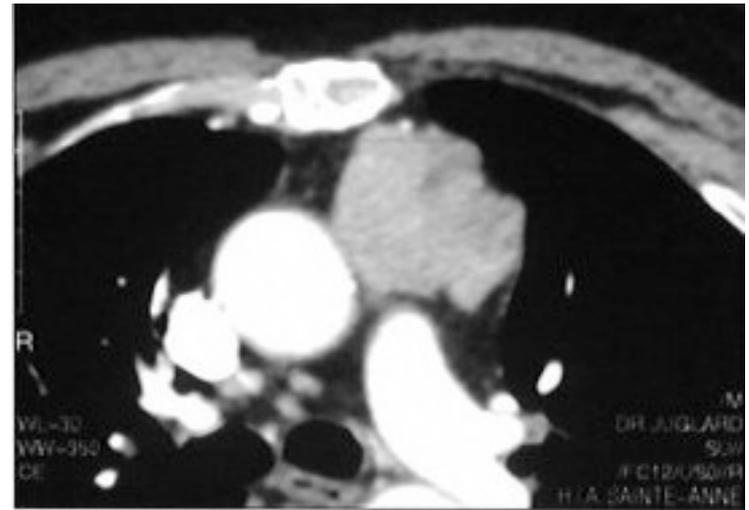
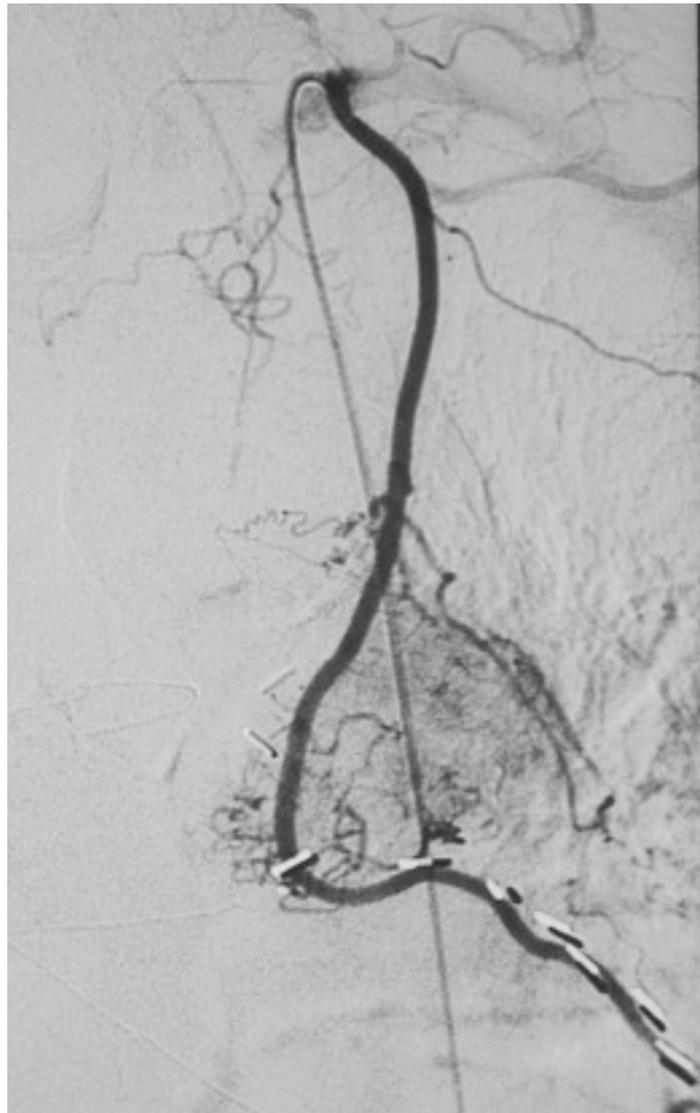
« Clamshell »



« Masaoka »



Thoracotomie postéro-latérale



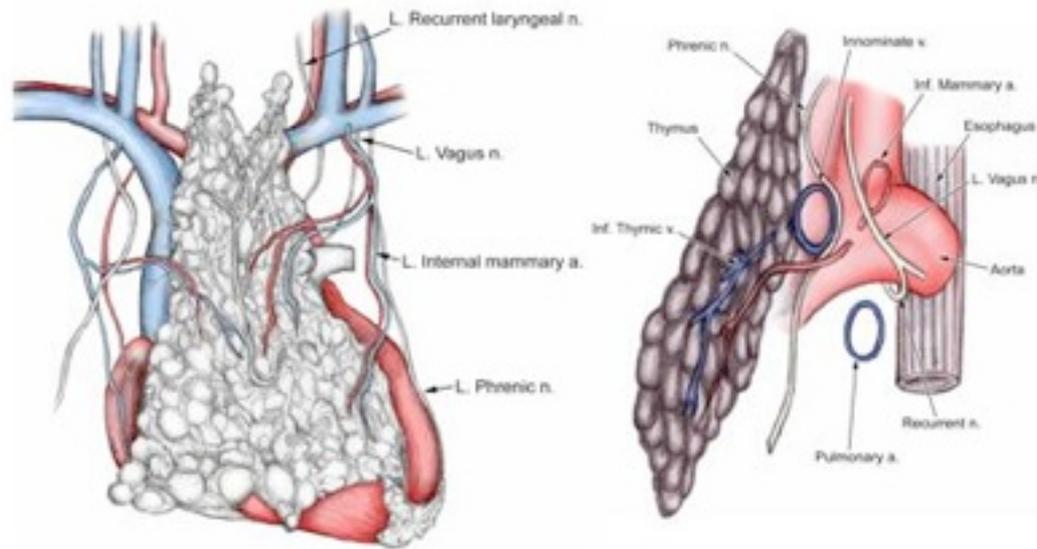
Thoracotomie latérale

P Thomas et al. Nourishing vascularization of a thymoma issued from a left internal thoracic a
J Thorac Cardiovasc Surg 2006;131:1196-7



Tumeurs épithéliales thymiques

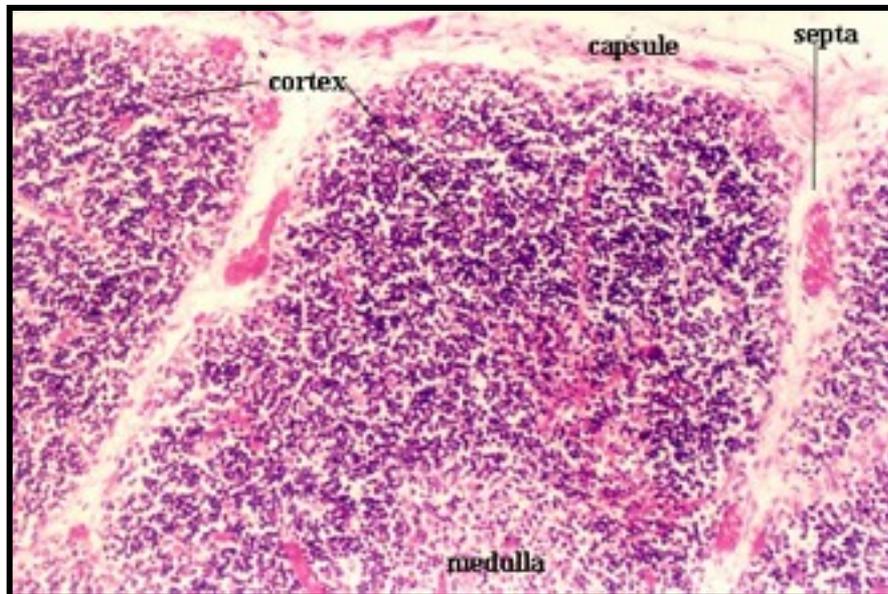
Loge thymique



1/3 asymptomatiques – 1/3 sd médiastinal

Définition histologique

- Thymomes – 80%
- Carcinomes thymiques – 15%
- Tumeurs neuro-endocrines – 5%



250 nouveaux cas/an en Fr

Syndromes paranéoplasiques

Tableau I.

Principaux syndromes paranéoplasiques pouvant s'associer aux TET.

Agranulocytose
Anémie hémolytique
Encéphalopathie limbique
Erythroblastopénie
Hypocorticisme
Hypogammaglobulinémie
Lupus érythémateux aigu disséminé
→ Myasthénie
Panhypopituitarisme
Polyarthrite rhumatoïde
Polymyosite
Sarcoïdose
Sclérodermie
Syndrome de Cushing
Syndrome néphrotique
Thyroïdite auto-immune

1/3



W. Jacot, X. Quantin, J.-L. Pujol . Traitement des tumeurs épithéliales thymiques: Vers une prise en charge p
Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 3S35-3S46



Classifications anatomiques

Tumeurs invasives: 30% - 40%

TABLE 2. Correspondence Between the Masaoka and the Groupe d'Etude des Tumeurs Thymiques (GETT) Staging Classifications.^{1,5,7} Overall Survival and Survival in Completely Resected Tumors^{1,3,5,7}

Masaoka Staging		GETT Classification		Complete Resection	Overall Survival	
Stage	Description	Stage	Description		5-yr	10-yr
I	Macroscopically completely encapsulated	IA	Encapsulated tumor, totally resected	95–100%	90–100%	85–95%
IIA	Macroscopic invasion into surrounding fatty tissue, mediastinal fat, or both	IB	Macroscopically encapsulated tumor, totally resected, perioperative suspicion of mediastinal adhesion or potential capsular invasion	85–100%	75–90%	70–85%
IIB	Microscopic invasion into the capsule	II	Invasive tumor, totally resected			
III	Macroscopic invasion in neighboring organs, such as pericardium, great vessels, or lung	IIIA	Invasive tumor, sub-totally resected	65–80%	50–70%	25–60%
		IIIB	Invasive tumor, biopsy			
IVA	Pleural and pericardial dissemination	IVA	Supraclavicular metastasis or distant pleural droplets	30–50%	30–40%	0–15%
IVB	Lymphogeneous or haematogeneous metastasis	IVB	Distant metastasis			



Thymoma. A Focus on Current Therapeutic Management. N Girard, F Mornex, P Van Houtte, JF Cordier
J Thorac Oncol 2009;4:119–126



Classification histologique OMS Thymomes

TABLE 1. The World Health Organization Histopathological Classification of Thymomas¹

Type	WHO Classification-Pathological Features	Invasiveness	10-yr Disease-Free Survival
A	Spindle cell and medullary thymoma, lymphocyte-poor area	10–40%	100%
AB	Mixed pattern of type A (lymphocyte-poor) and type B (lymphocyte-rich) thymoma	30–40%	100%
B1)	Thymoma resembling the normal thymus Sub-types B1, B2, and B3 differentiated by an increasing epithelial/lymphocyte ratio and the emergence of atypia	45–50%	85%
B2)		65–70%	85%
B3)		85–90%	35%



WHO, World Health Organization.

60%–80% B3 – C et NE sont de stades III–IV

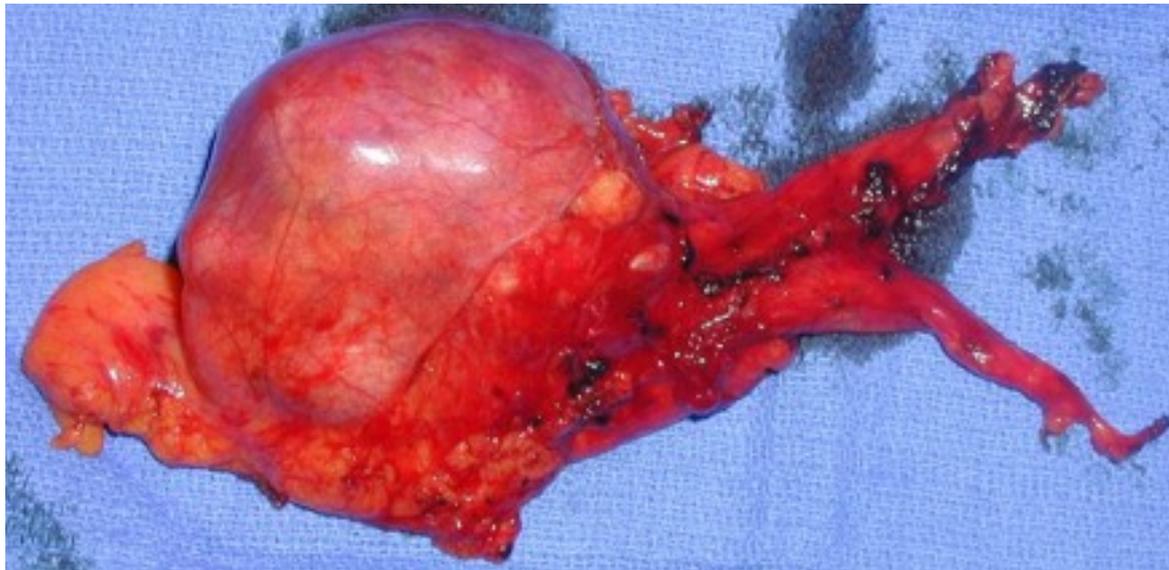


Thymoma. A Focus on Current Therapeutic Management. N Girard, F Mornex, P Van Houtte, JF Cordier
J Thorac Oncol 2009;4:119–126

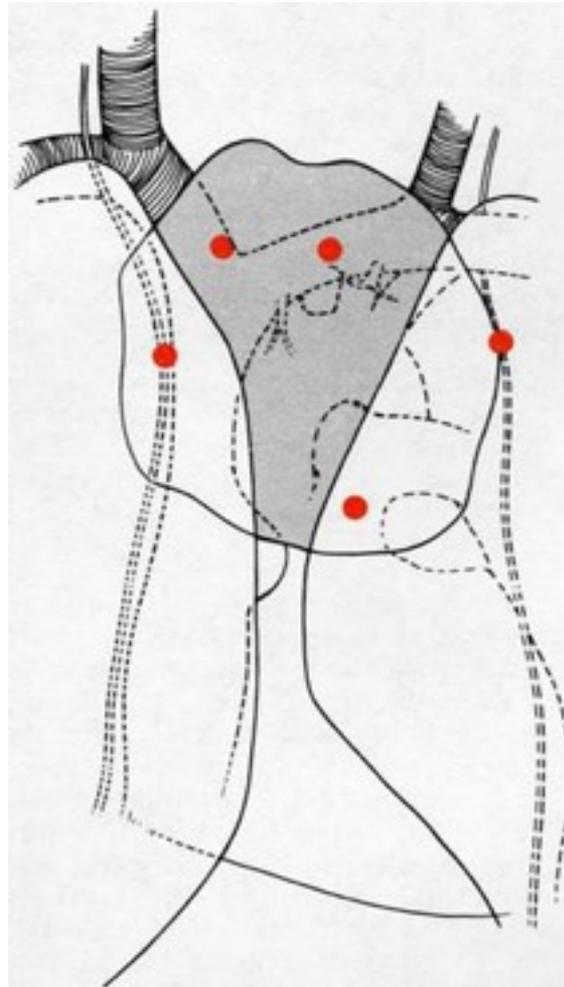


Principes de la Chirurgie

- Thymomectomie R0
- Thymectomie
- Elargissements en-bloc

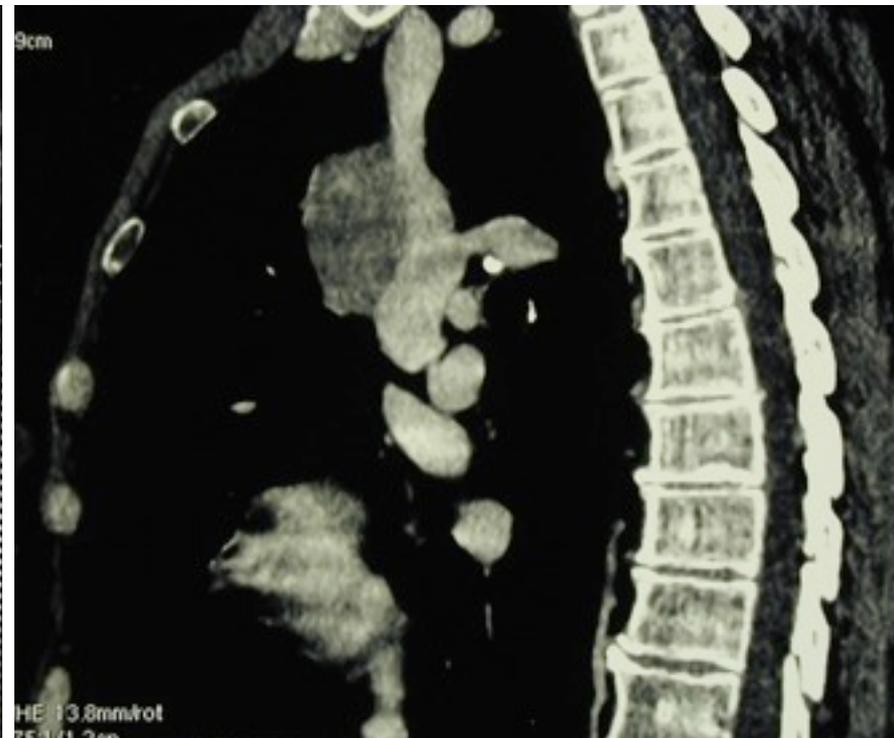
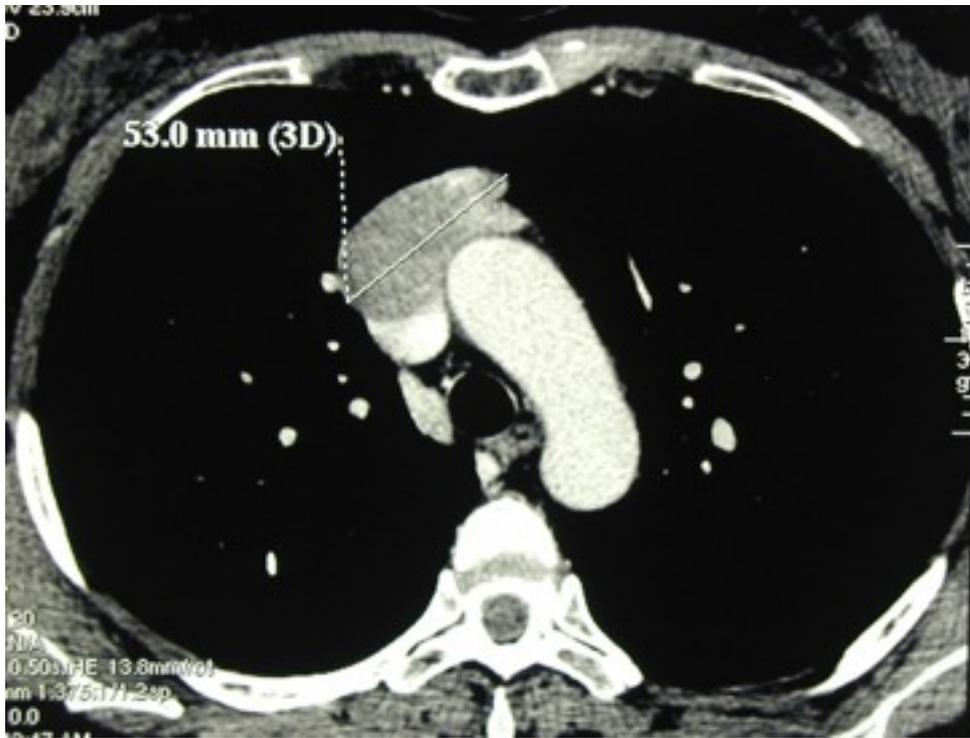


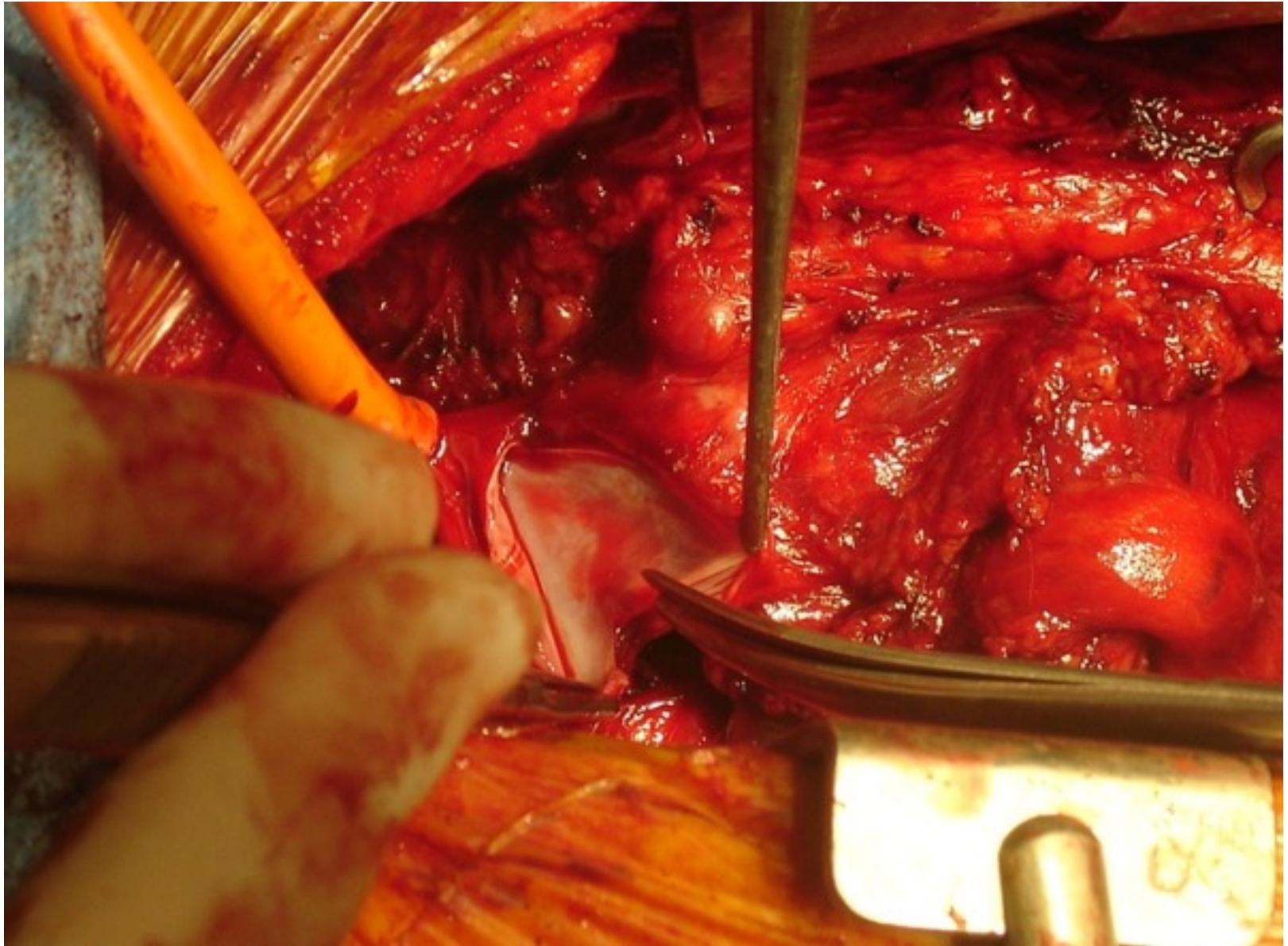
Les élargissements

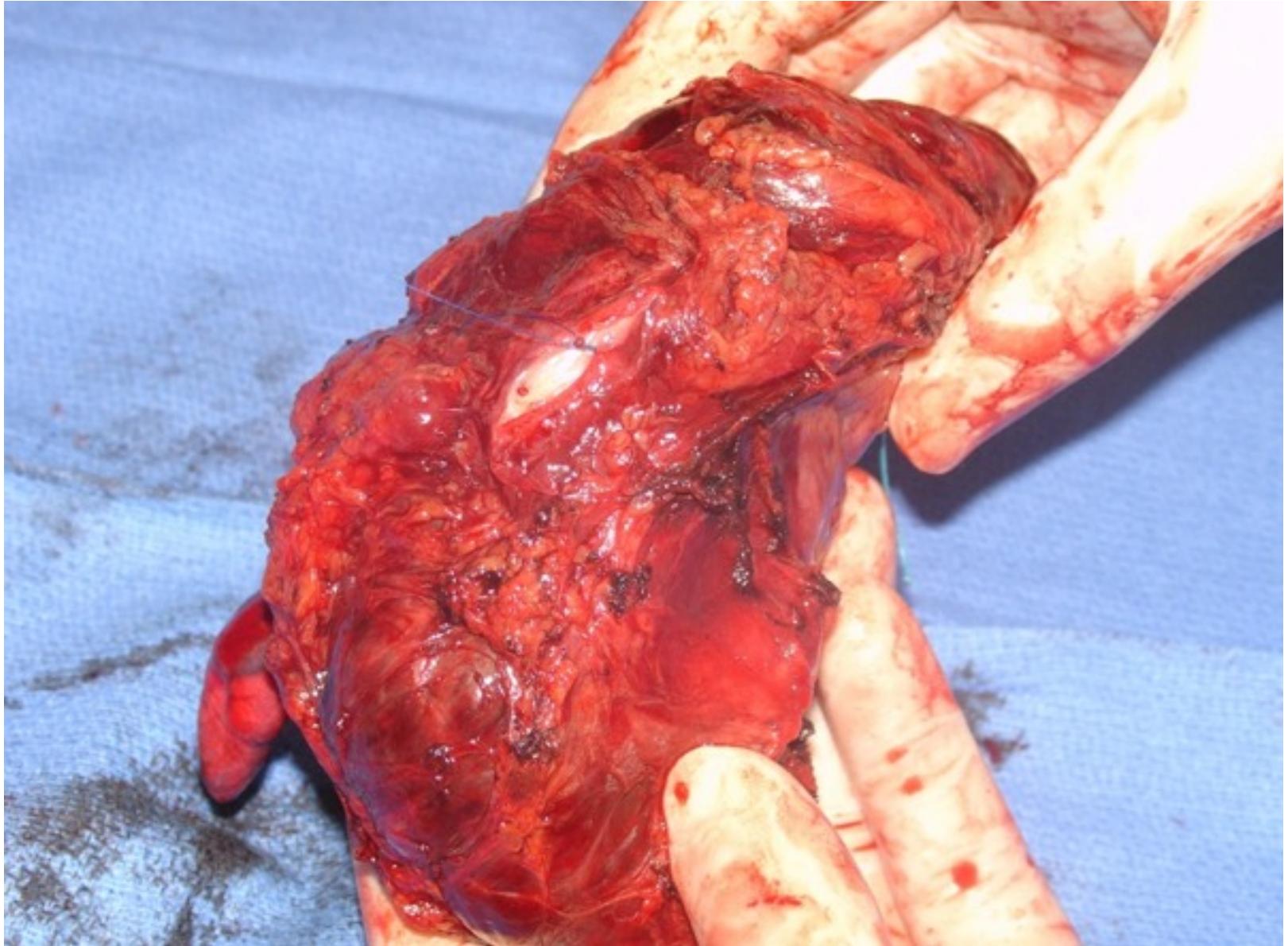


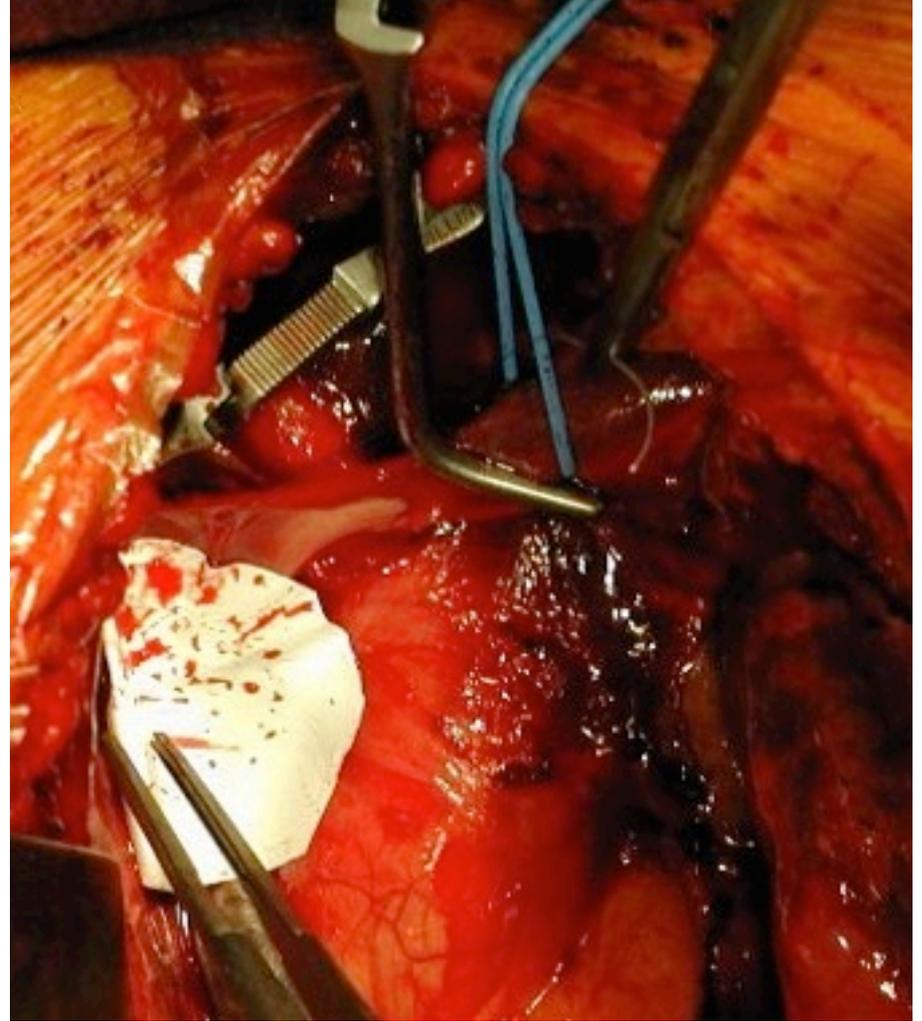
D'après EMC 1989

Veine Cave Supérieure



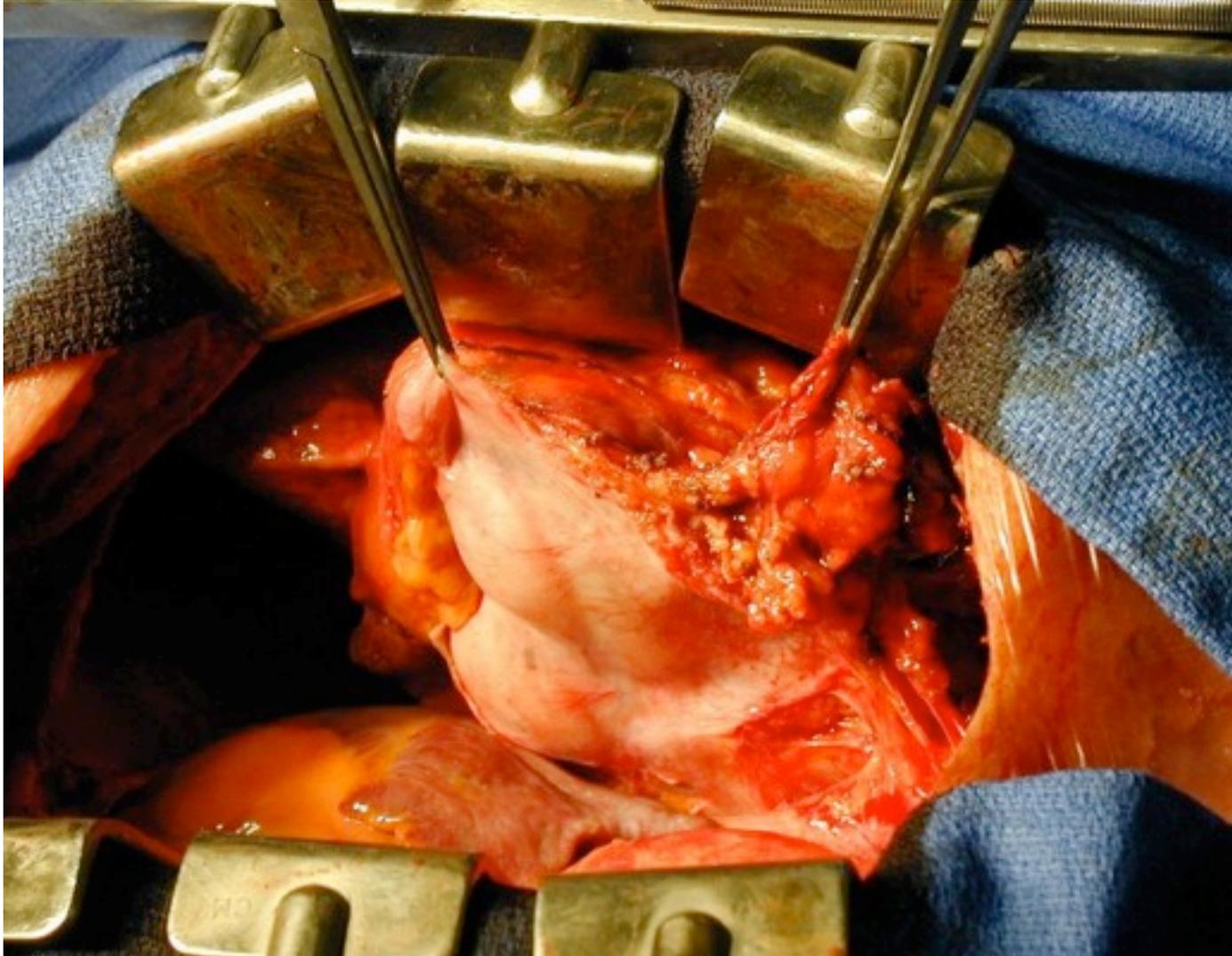


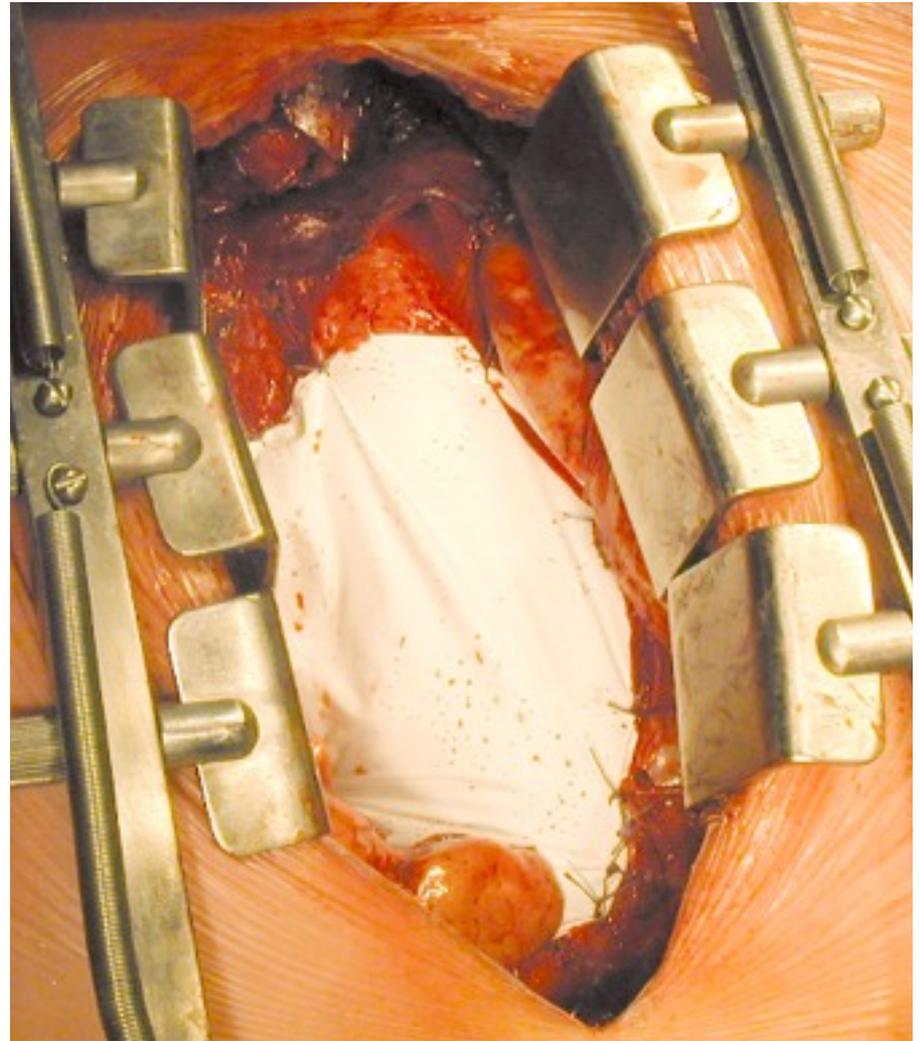
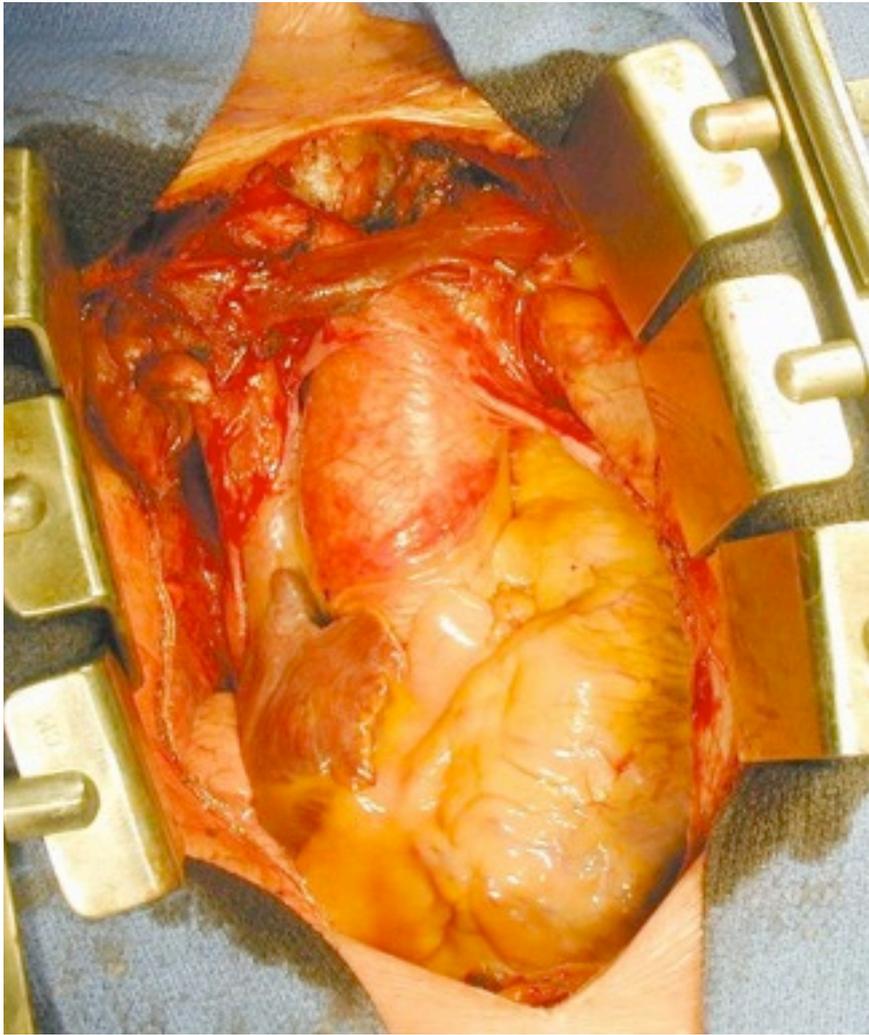




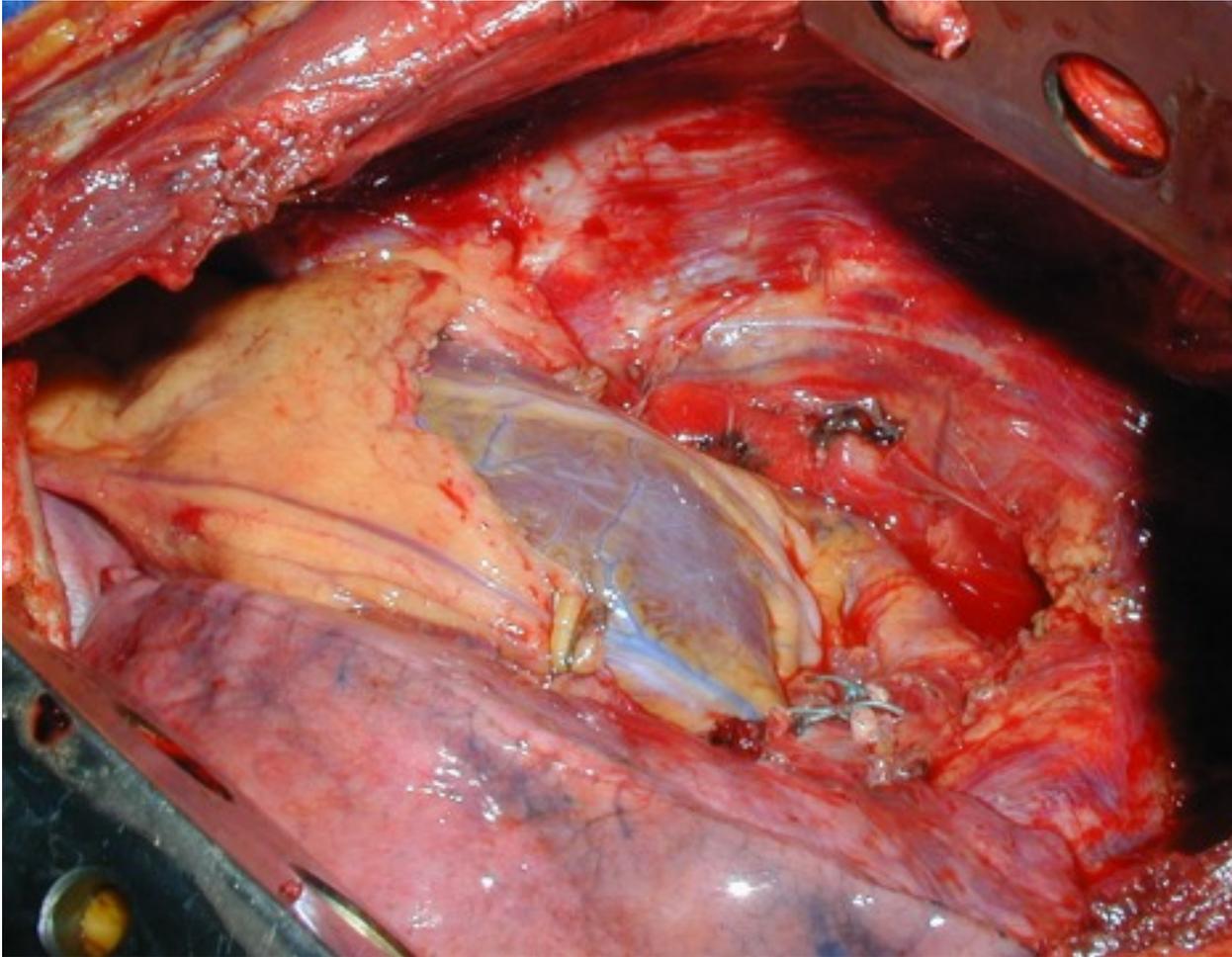


Péricarde

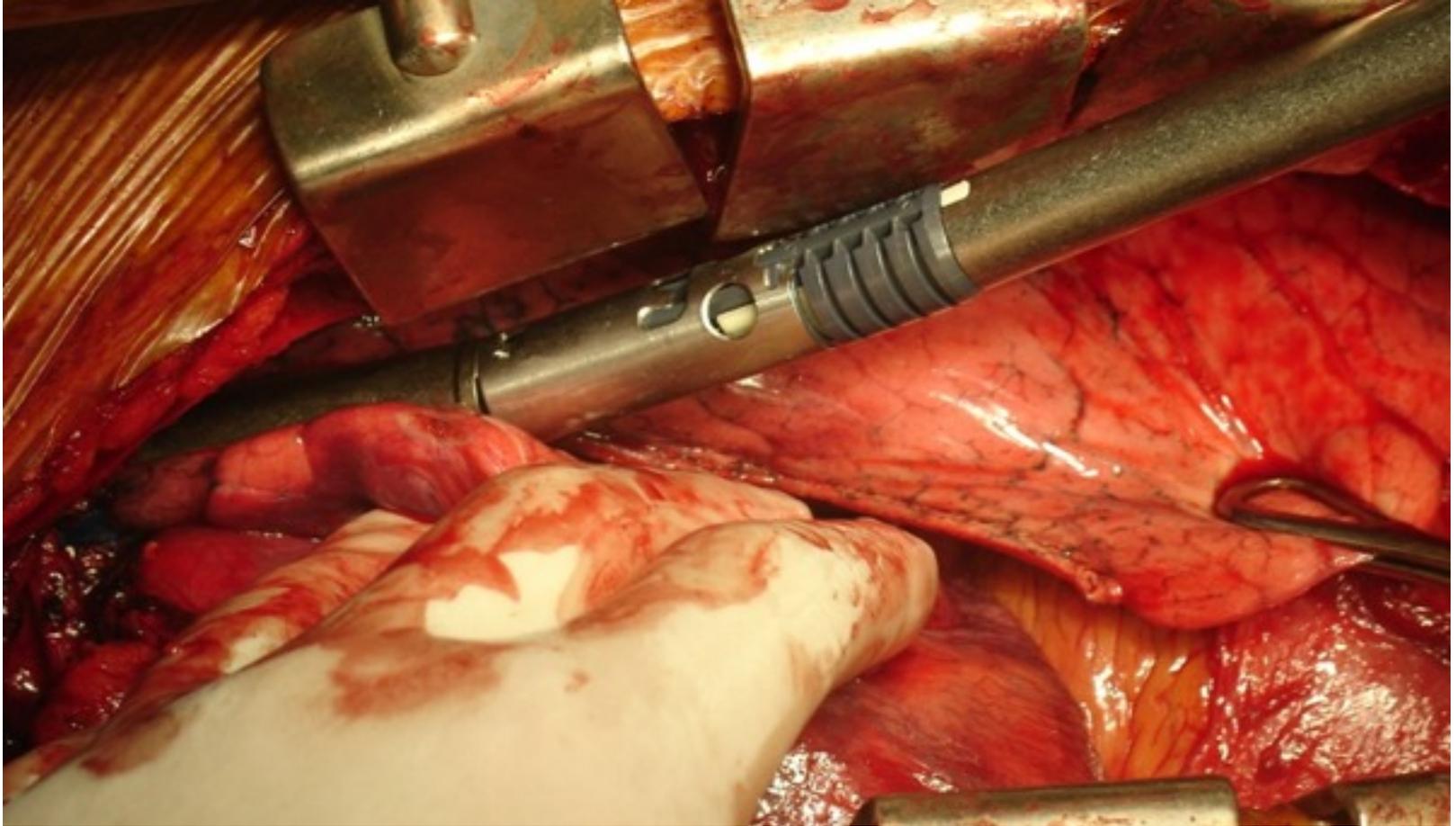


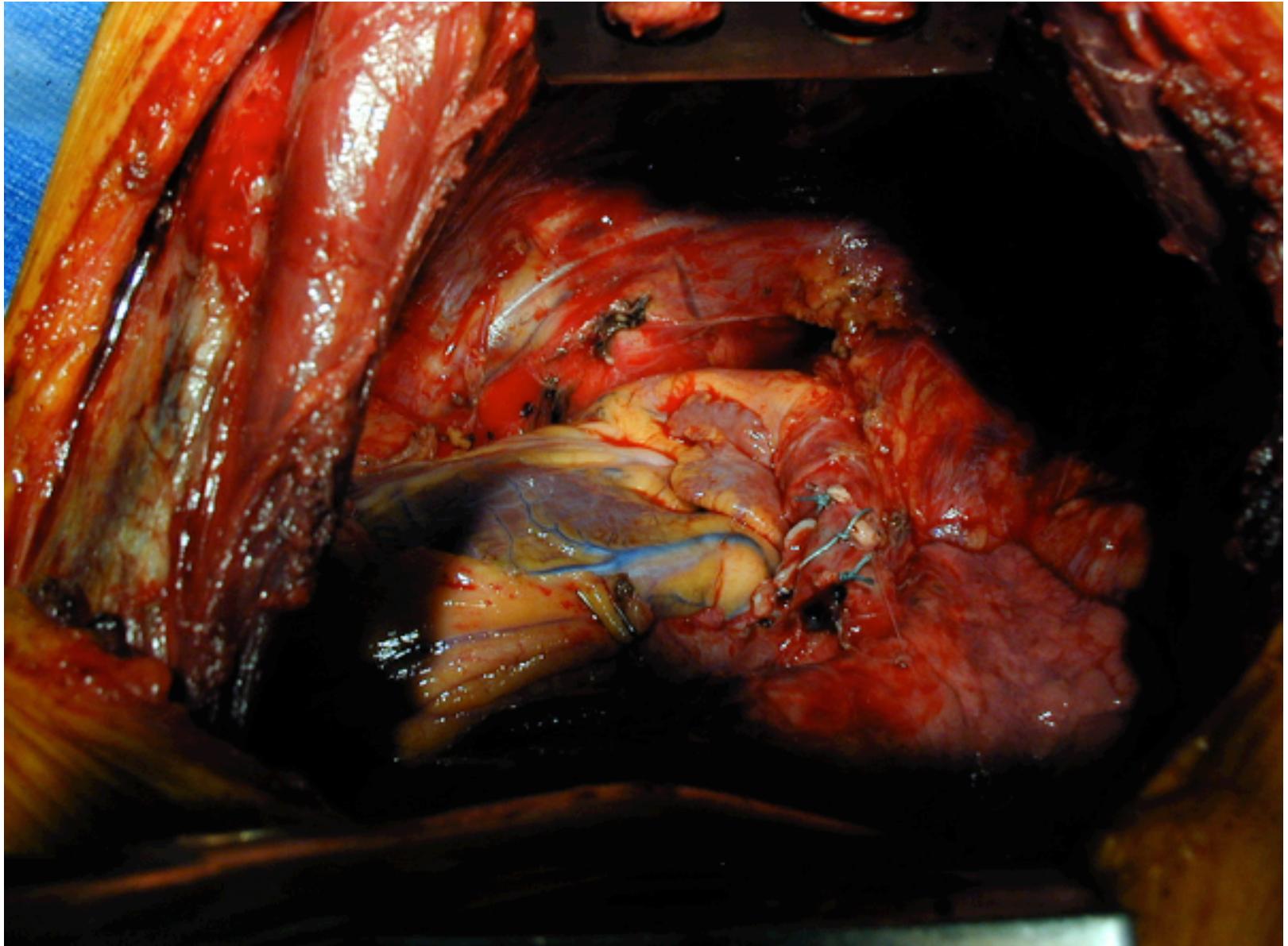


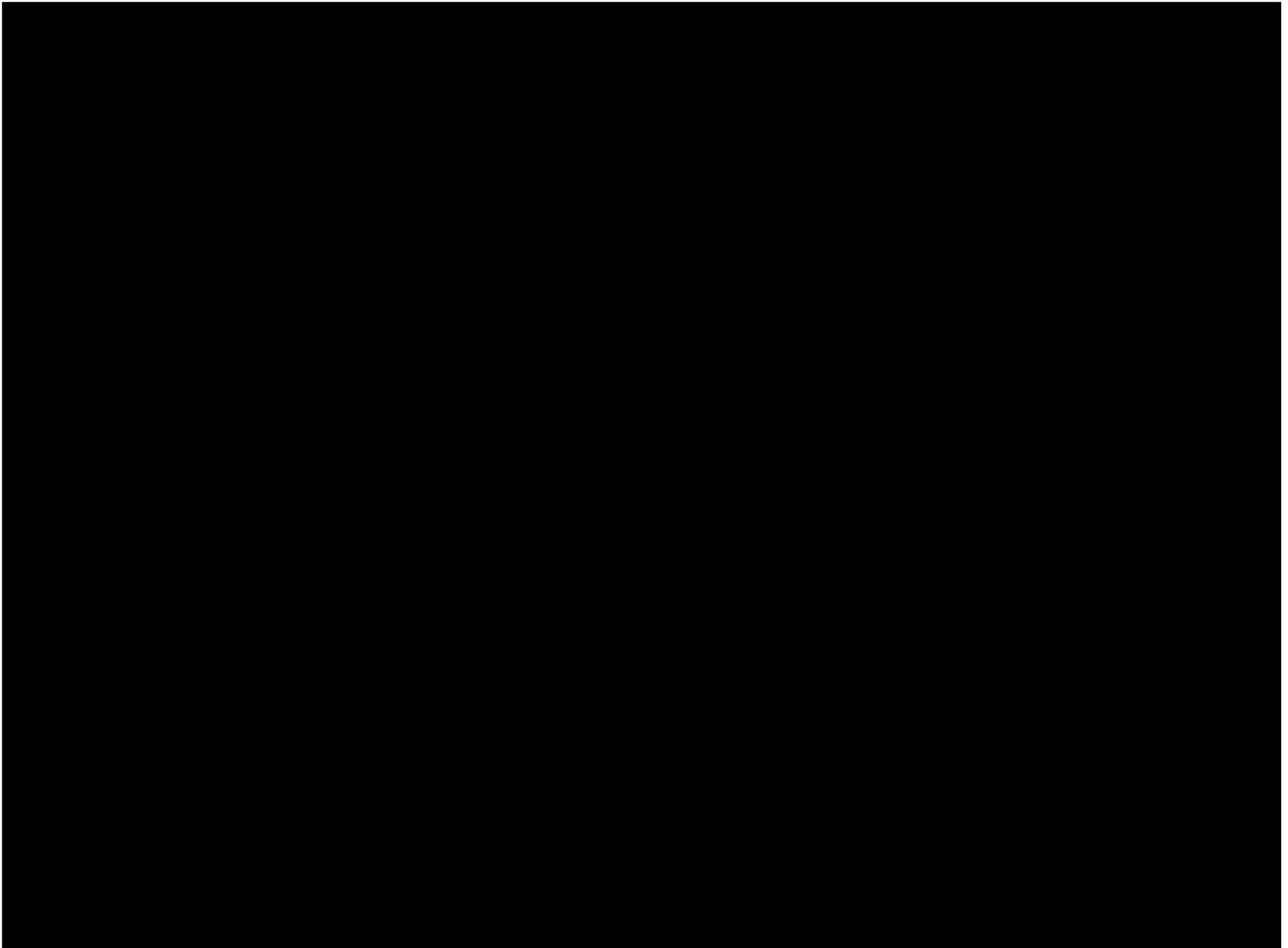
Pédicule phrénique



Poumon

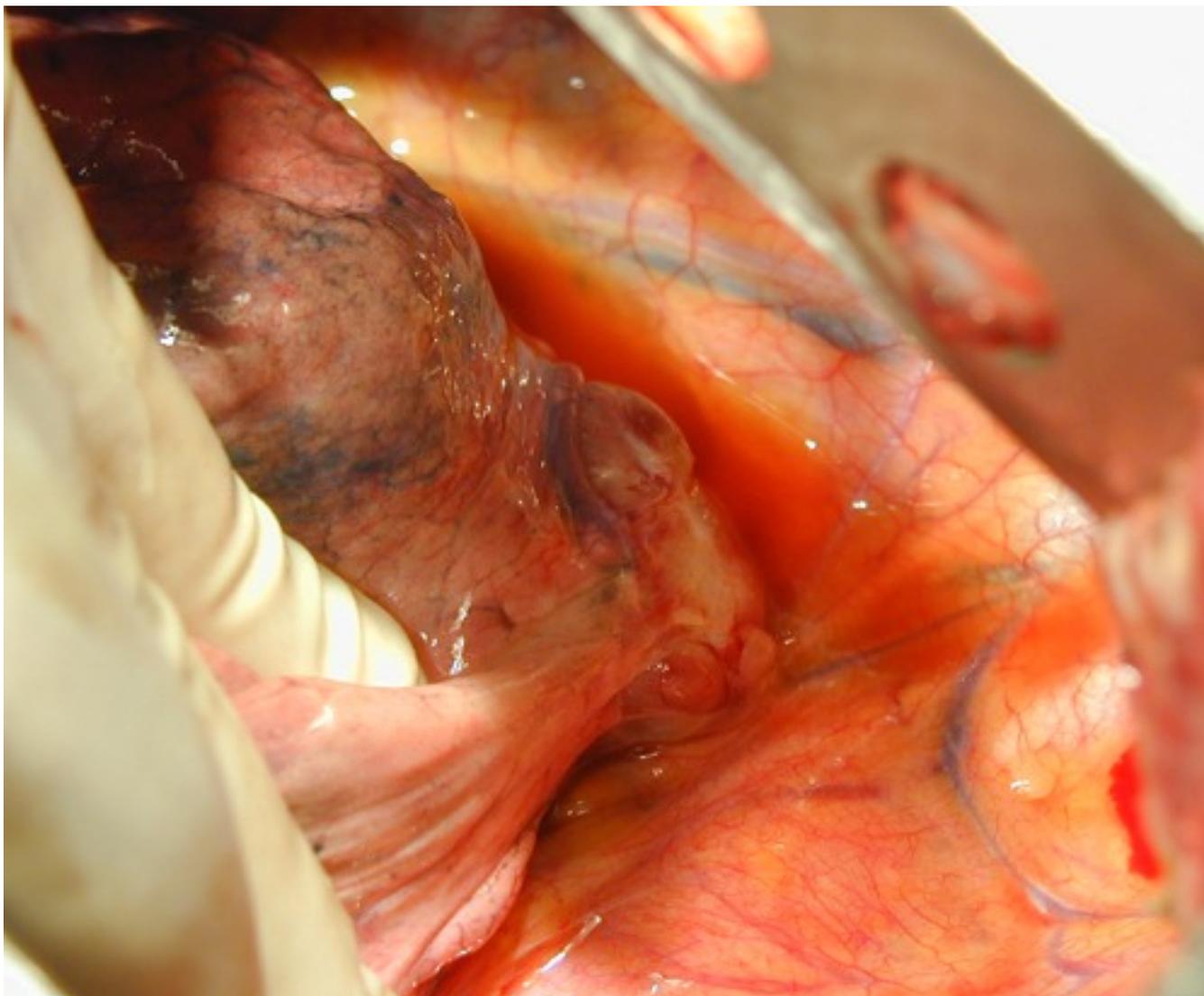


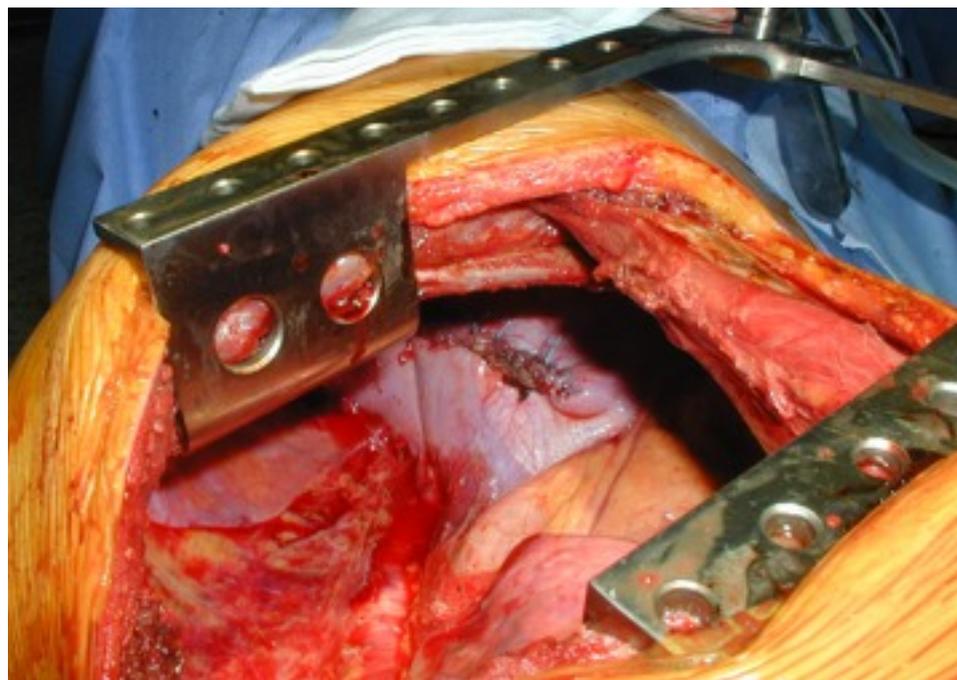
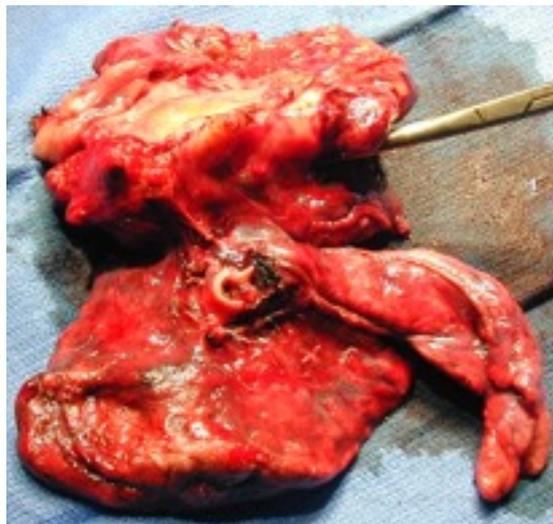
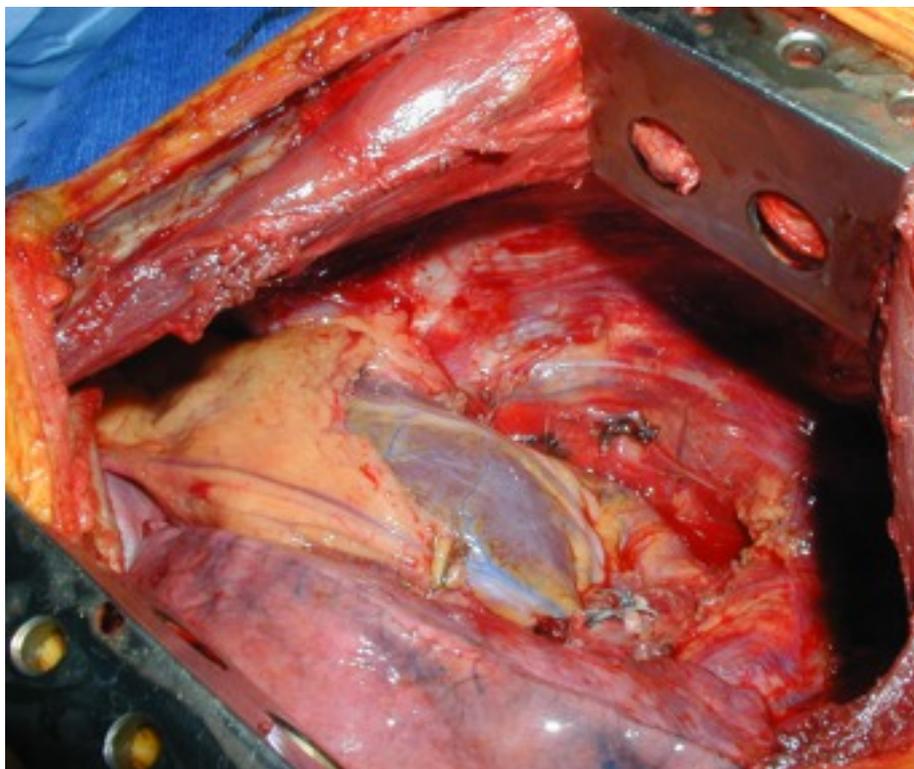




Greffes pleurales

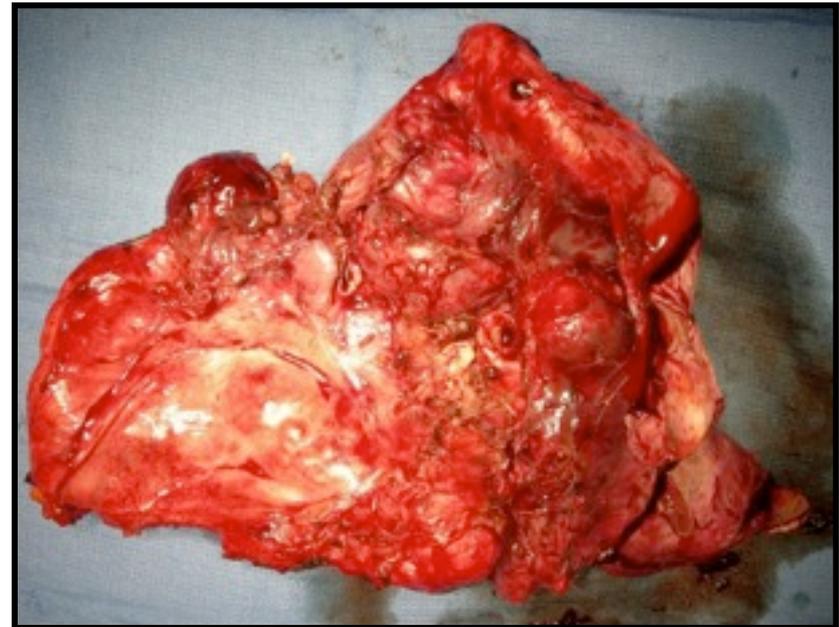
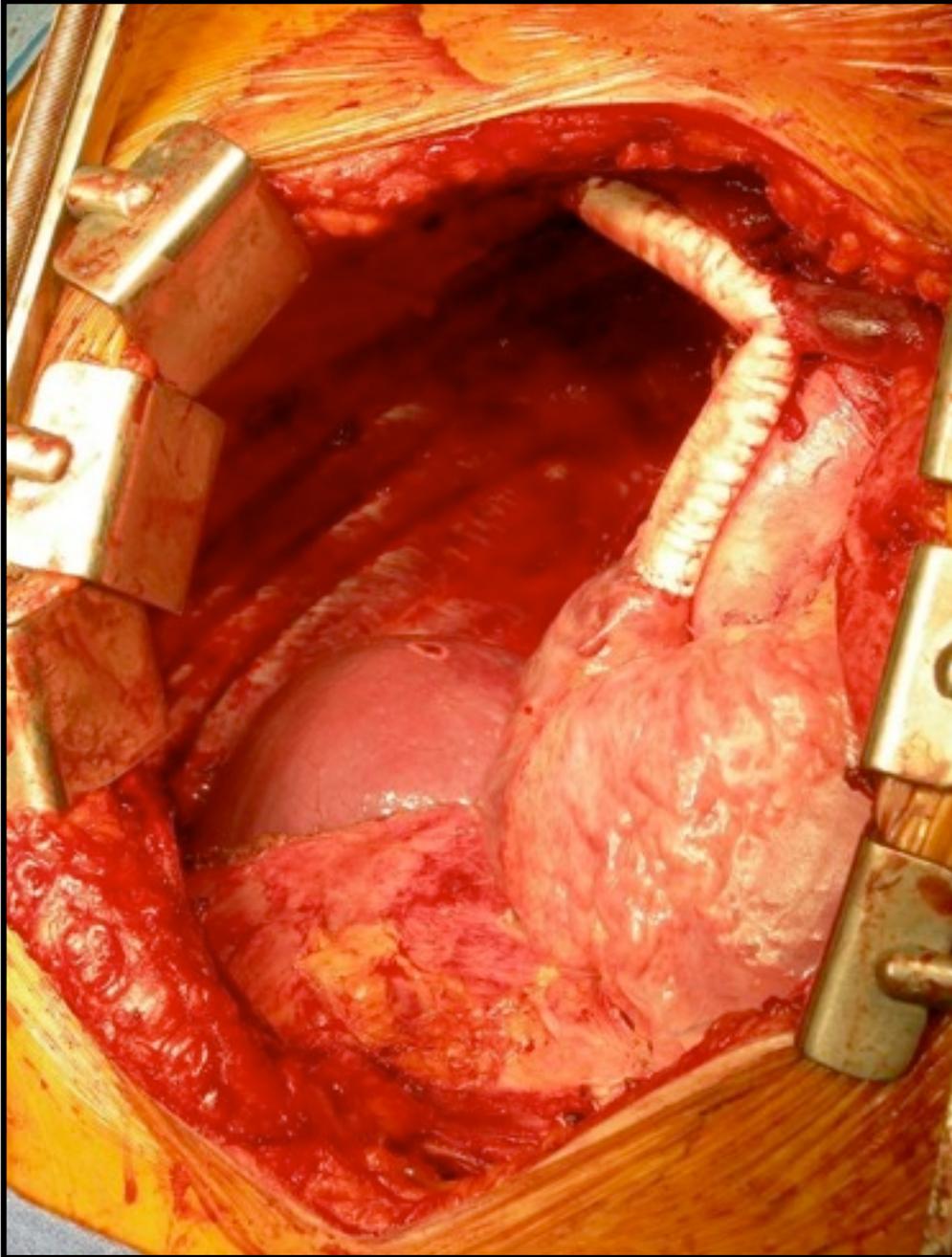








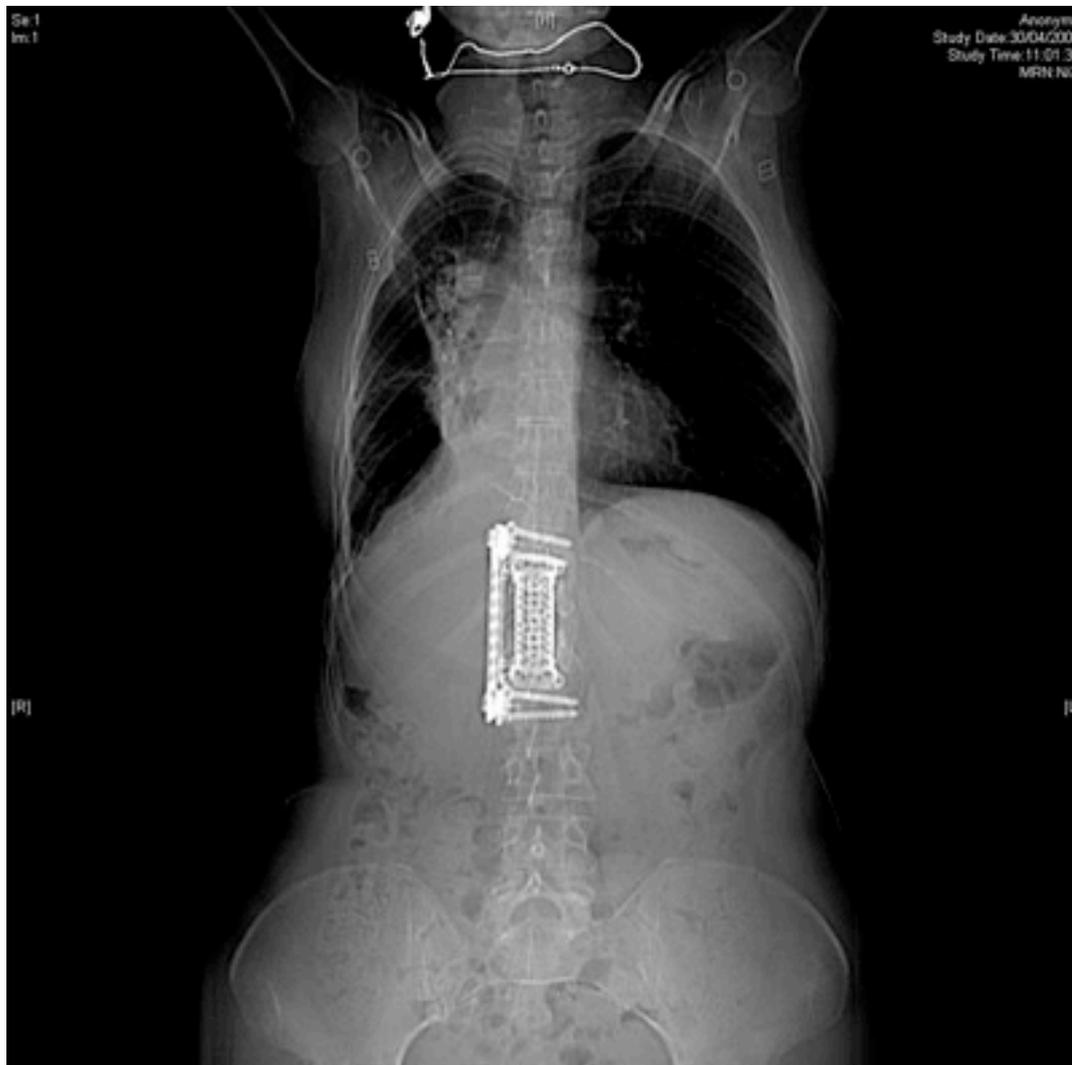
**Thymomectomie –
résection cave
supérieure et pleuro-
pneumonectomie
droite élargie au
péricarde et au
diaphragme en-bloc**



Les récurrences loco-régionales



Récidive 13 ans après d'un thymome B2 -stade III - Résection R0



Récidive 7 ans après d'un thymome B2 -stade IVa – Résection R0

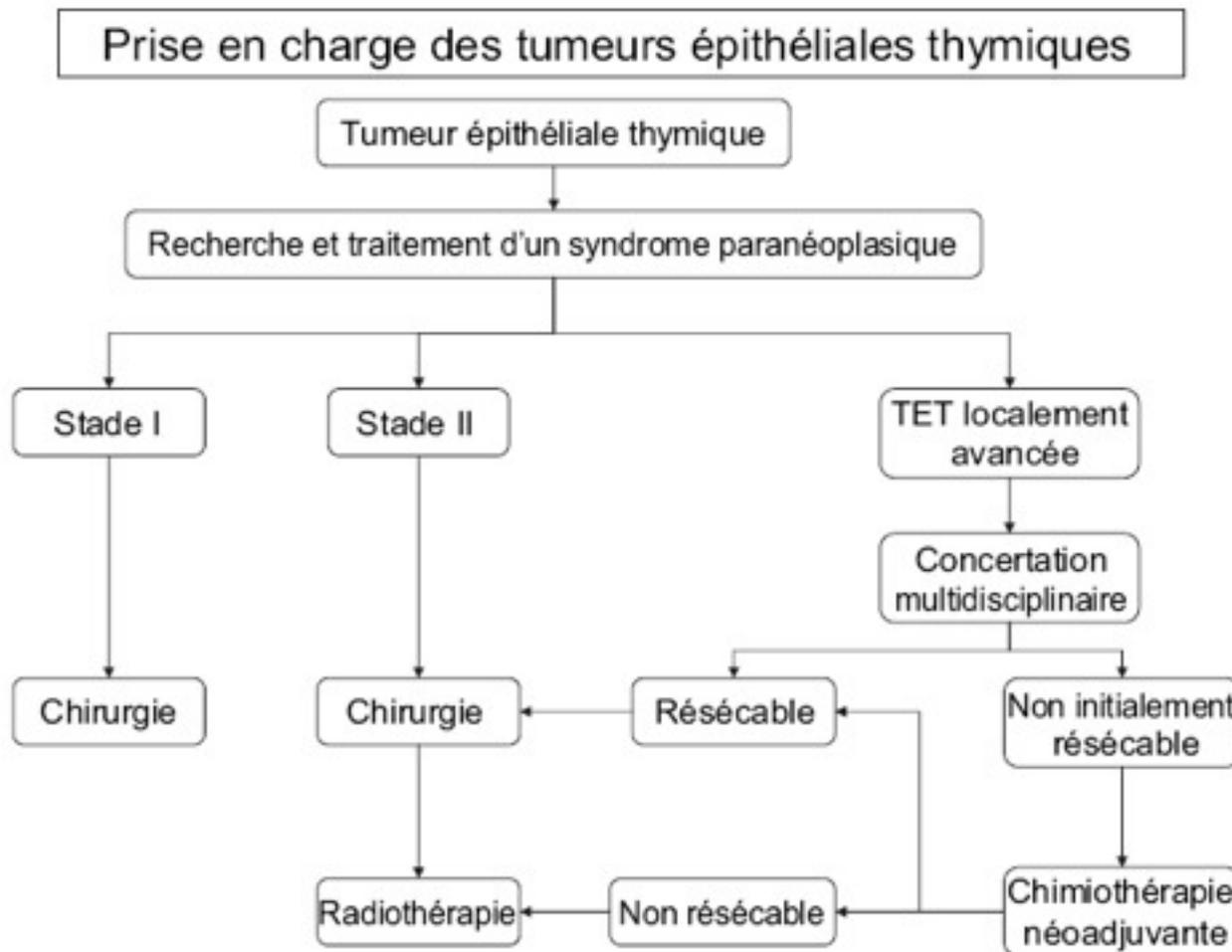


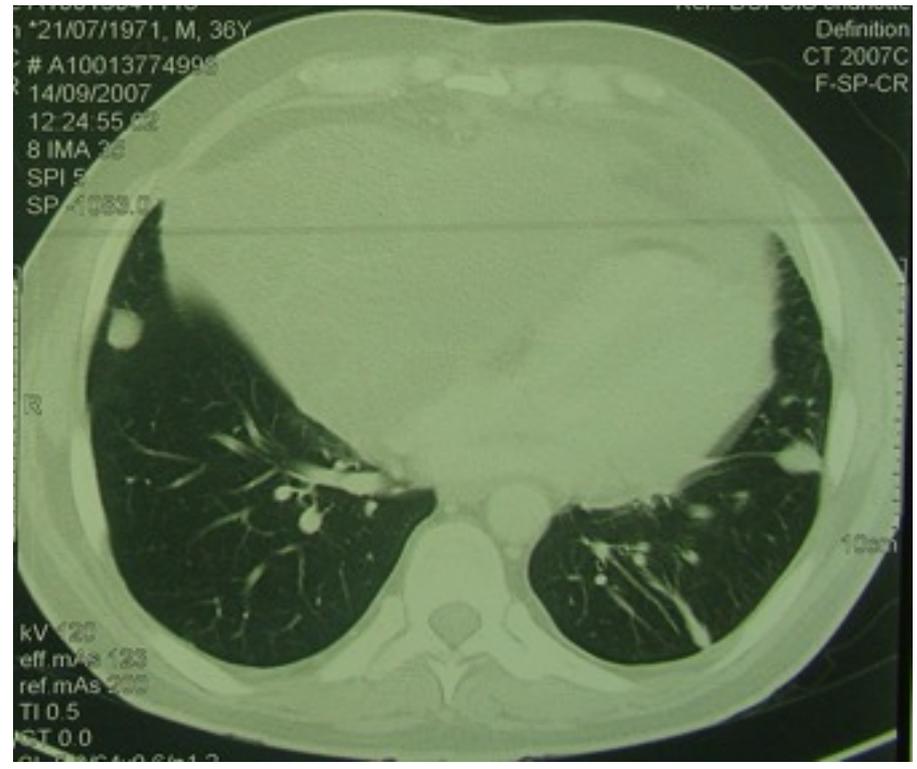
Fig. 1.

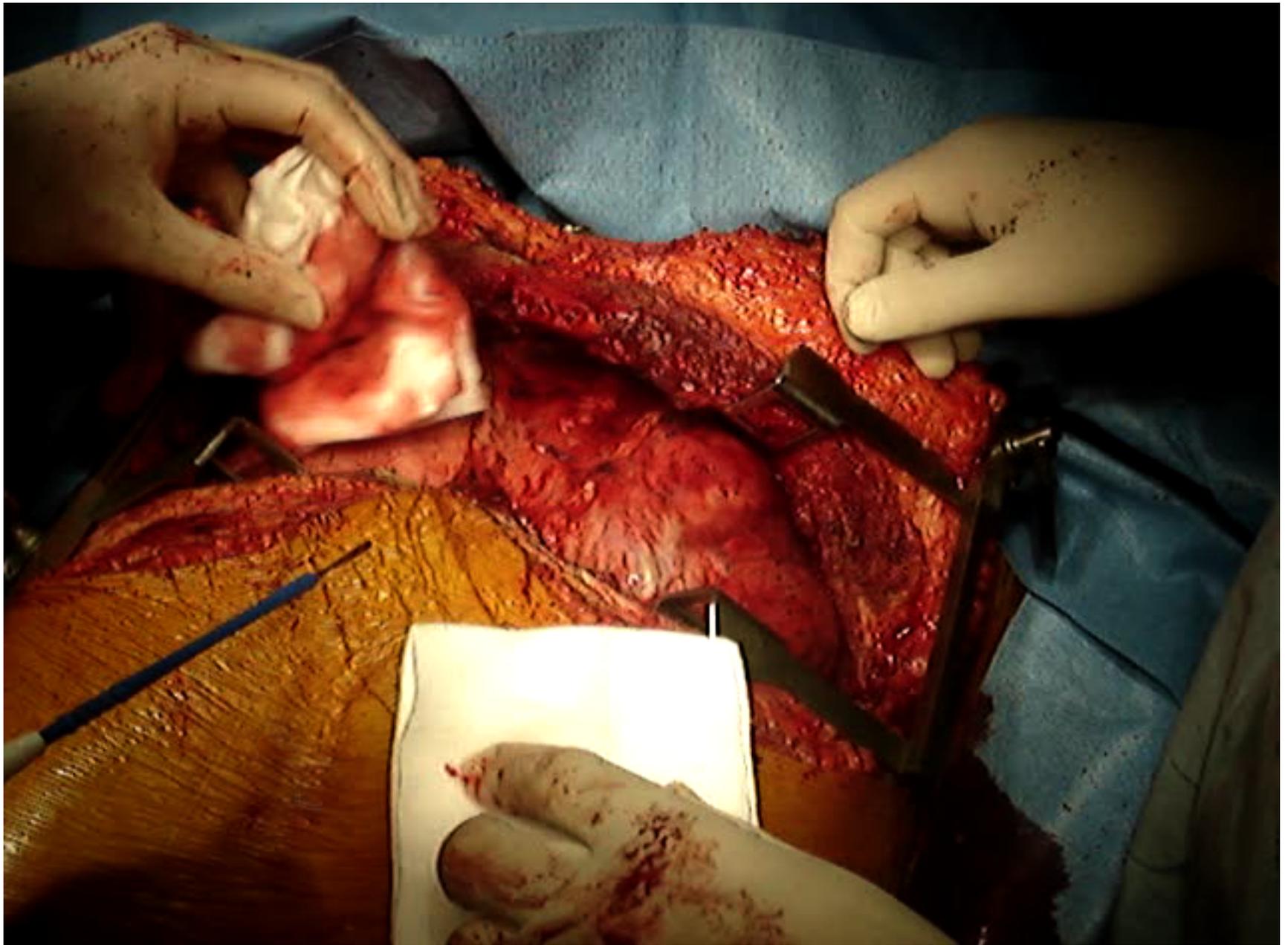
Proposition de stratégie de prise en charge thérapeutique des TET.

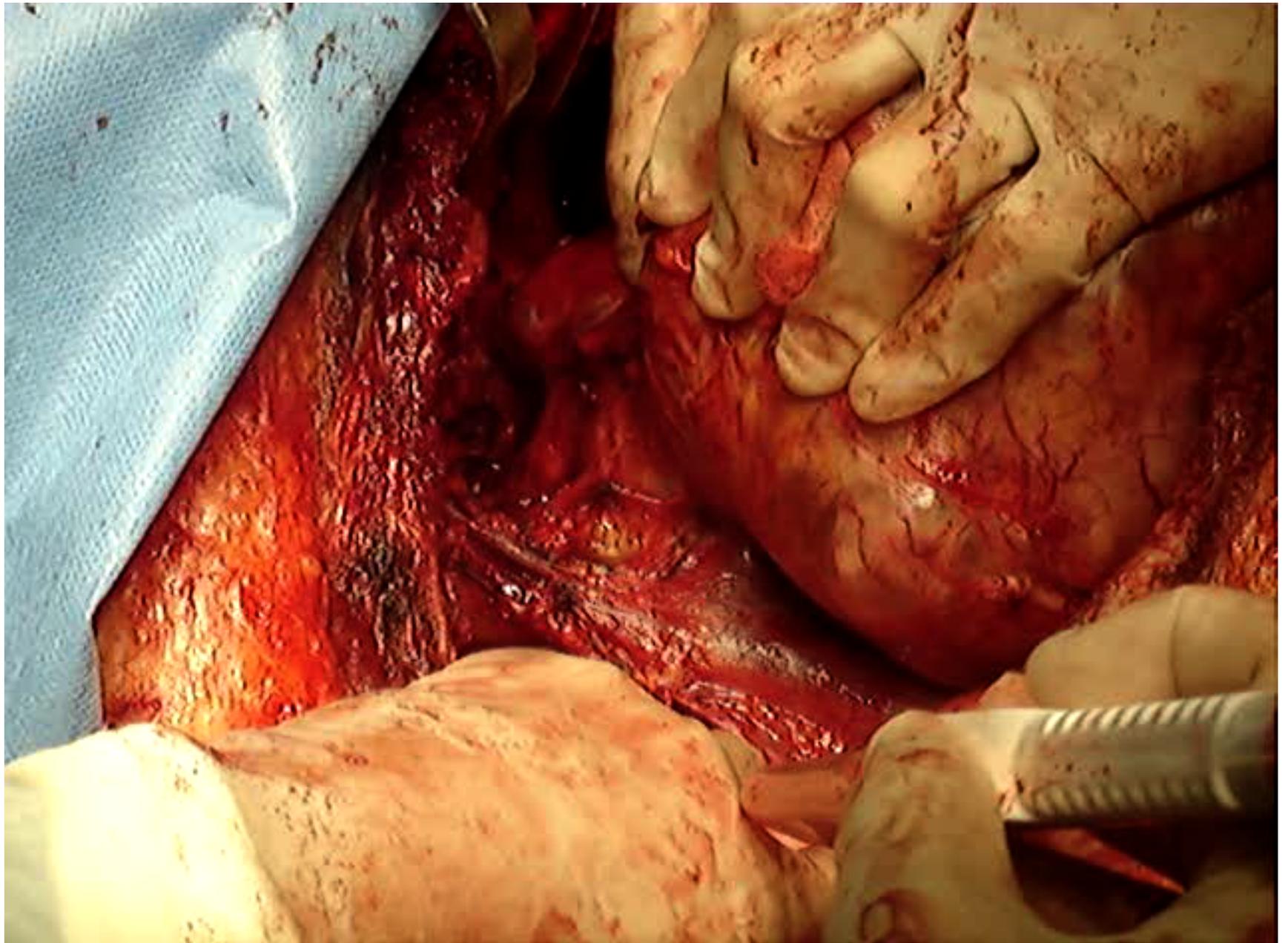


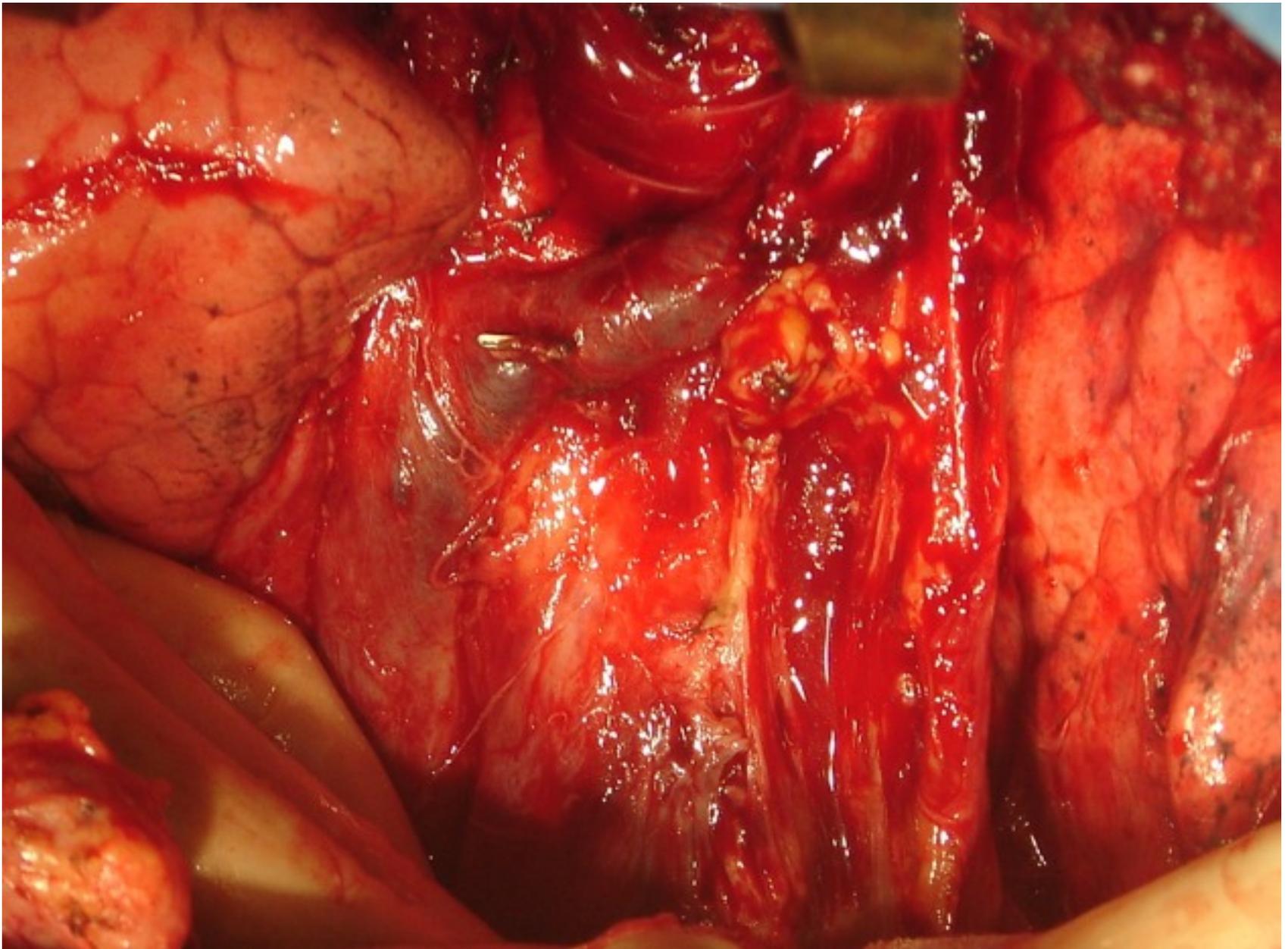
W. Jacot, X. Quantin, J.-L. Pujol . Traitement des tumeurs épithéliales thymiques: Vers une prise en charge
 Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 3S35-3S46

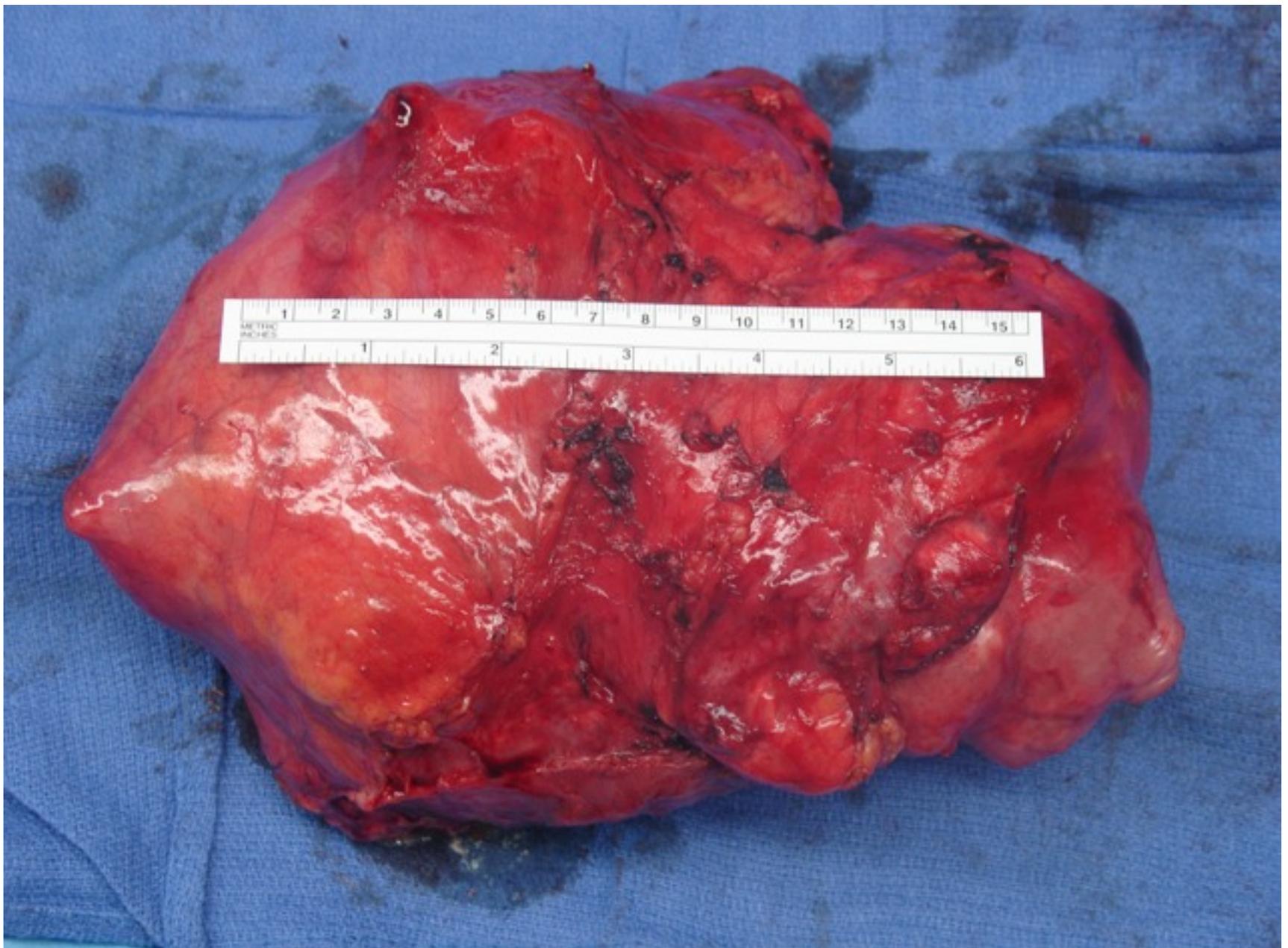
Tumeurs Germinales











Massard G et al. Recurrence of the
Mediastinal Growing Teratoma Syndrome.
Ann Thorac Surg 1998;66:605-6



Les tumeurs du médiastin postérieur





La Bonne Mère – 7 Janvier 2009

Mésothéliome pleural

Samedi 6 Juin 2009

SOFITEL PALM-BEACH
200 Corniche KENNEDY 13007 MARSEILLE

ORGANISATION SCIENTIFIQUE :
Pr Pascal THOMAS - Pr Philippe ASTOUL

C.H.U. Marseille


Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille



RMC MOT

Agrement Formation Professionnelle Continue
N° 93131135813

