

RCP : Cas complexes

14/12/2024

Dijon

Réunion annuelle du groupe thématique régional THORAX

Dr Guillaume EBERST

Praticien Hospitalier
(CHRU Besançon)

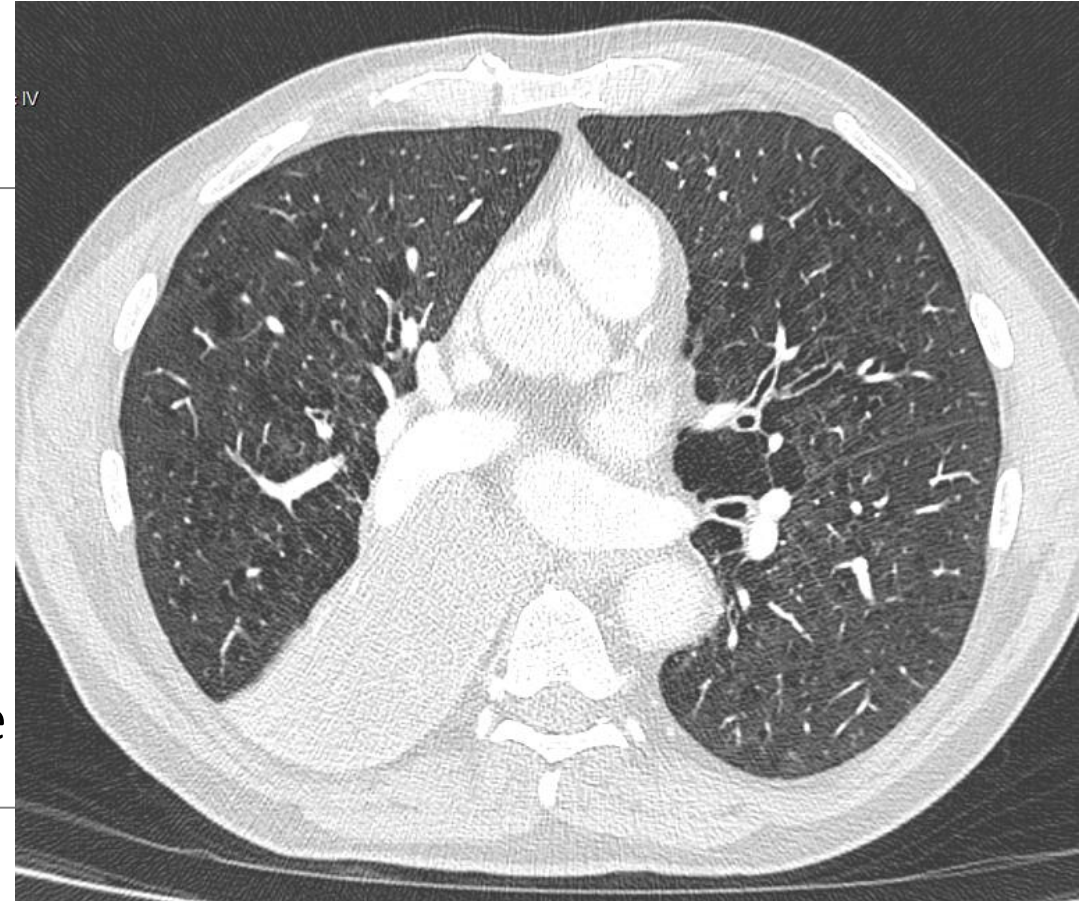


Cas Clinique N°1, Diagnostic

Mr Di... 70 ans, réalise un scanner thoracique pour bronchites à répétition,

ATCDs :

- Cardiopathie ischémique stentée à 4 reprises en 2021
- FDR CV: Tabagisme sevré il y a 8 ans, 100PA, une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie



Découverte d'une masse LID, *a priori* isolée, de 4,8cm de grand axe.

Anapath obtenu par Ponction sous Scanner

P40 (clone BC28, Zytomed, 1/50) positif, intense, diffus

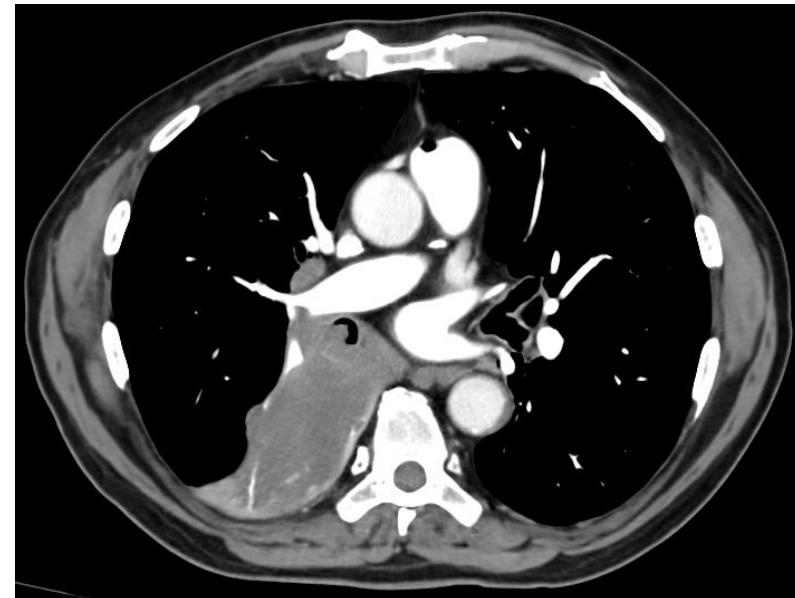
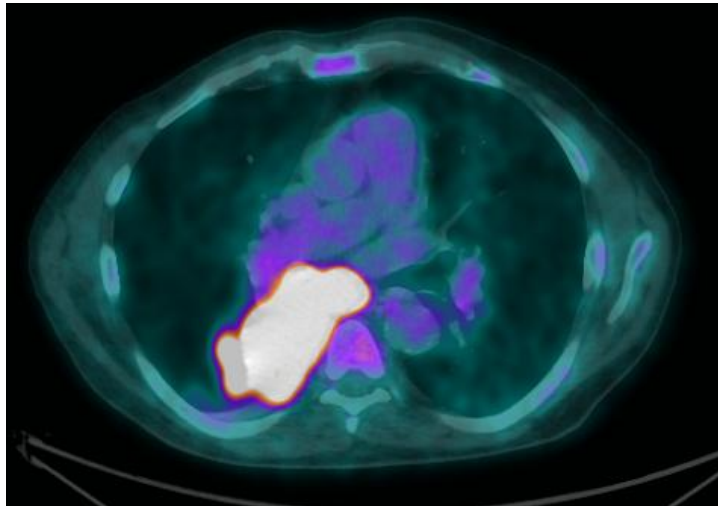
CK5/6 (Clone D5 16/B4, Dako, 1/50) positif, hétérogène

PAX8 (Polyclonal, CELL MARQUE, 1/25) négatif

TTF1 (Clone 8G7G3/1, DIAGOMICS, 1/200) négatif

GATA3 (clone L50-823 Cell Marque, 1/100) négatif

PDL1 (clone 22C3, DAKO, 1/50) : étant donné le type histologique particulier à savoir un carcinome épidermoïde papillaire, même si le contingent classique infiltrant n'est pas identifié sur ce matériel, ce marquage PDL1 a toutefois été réalisé. TPS = 70% avec un marquage d'intensité très variable des cellules tumorales.

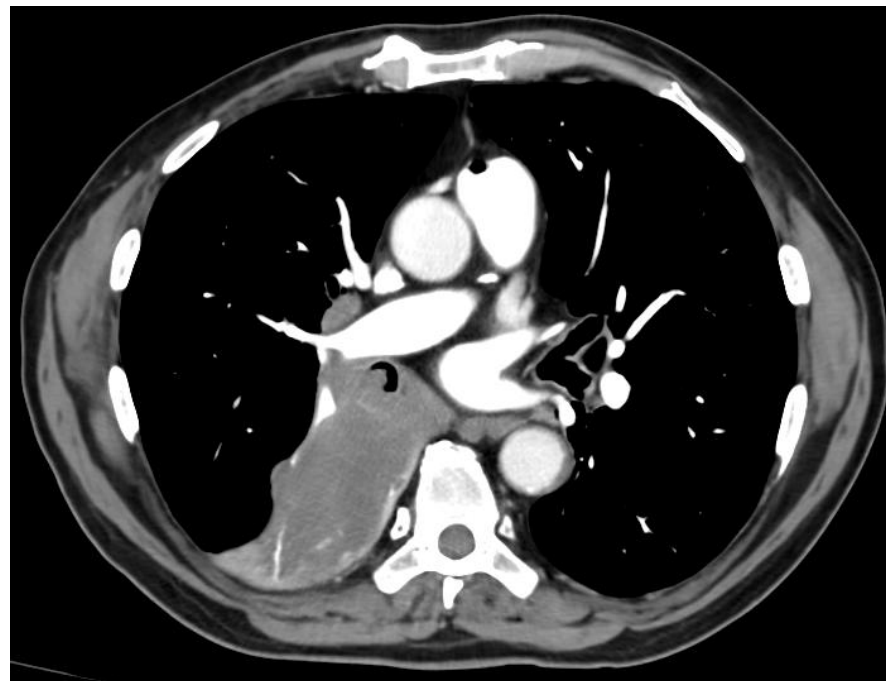


Bilan d'Extension

FIBROSCOPIE BRONCHIQUE

Compte rendu :

- **Etage ORL** : les cordes vocales sont bien mobiles, les étages glottique et sous-glottique normaux.
- **Trachée** : rectiligne, cylindrique.
- **Carène** : fine.
- **Arbre bronchique droit** : Excroissance d'allure tumorale obstruant à 90% le tronc intermédiaire. 4 biopsies saignant abondamment nécessitant 20 cc d'adrénaline pour contrôle. LSD sans anomalie visualisée.
- **Arbre bronchique gauche** : sans particularité



IRM cérébrale : Pas de lésion secondaire

TEPScan Conclusion :

Confirmation d'une lésion tumorale pleuropulmonaire, développée aux dépens du lobe inférieur droit ; envahissement médiastinal par contiguïté.

Absence de signe d'un processus néoplasique métaboliquement actif, par ailleurs

Quelles propositions: Stade IIB?

	<u>Pred</u>	<u>Actuel</u>	<u>Pré</u> <u>% Pred</u>	<u>Actuel</u>	<u>Post</u> <u>% Pred</u>	<u>% Chng</u>
---VOLUMES PULMONAIRES						
CVL (L)	3,17	3,36	105	3,35	105	+0
C.I (L)	2,16	2,40	110	2,52	116	+4
VRE (L)	1,08	0,96	89	0,79	73	-18
CRF Pleth (L)	3,33	3,69	110	3,67	110	+0
VR (L)	2,44	2,73	111	2,89	118	+5
CPT (L)	5,86	6,09	103	6,24	106	+2
VR/CPT (%)	41	45	109	46	112	+3
---DEBITS PULMONAIRES---						
CVF (L)	3,17	3,27	103	3,31	104	+1
VEMS (L)	2,44	2,02	82	2,13	87	+5
VEMS/CVL (%)	77	60	78	64	82	+5
VEMS/CVF (%)	75	62	82	65	86	+4
DEP (L/sec)	7,08	5,54	78	5,90	83	+6
DEM75% (L/sec)	6,34	3,16	49	3,47	54	+9
DEM50% (L/sec)	3,61	1,33	36	1,59	44	+19
DEM25% (L/sec)	1,06	0,50	47	0,64	60	+26
DEM. 25-75% (L/sec)	2,83	1,07	37	1,12	39	+3
---RESISTANCES-----						
Raw (cmH2O/L/s)	2,24	1,47	65	1,67	74	+13
Gaw (L/s/cmH2O)	1,03	0,69	66	0,62	59	-10
Vpant (L)		4,27		4,04		-5
sRaw (cmH2O*s)	< 4,76	6,29		6,78		+7
sGaw (1/cmH2O*s)	0,08	0,16	202	0,15	190	-5
---DIFFUSION-----						
DLCO (ml/min/mmHg)	21,90	11,51	52			
DLCOcor (ml/min/mmHg)	21,90	12,18	55			
DL/VA (ml/min/mmHg/L)	3,74	2,43	65			
VA (L)	5,46	5,01	91			
CVI (L)		3,00				

Quelles propositions: Stade IIB?

- Attente des résultats de l'EFX, délai très long, 3 semaines après premier passage en RCP?
- Demande d'accès précoce pour chimio-immuno néo-adjuvante?

Accès précoce, chimio-immuno néo-adjuvante?

	<u>Repos</u>	<u>SV1</u>	<u>SV2</u>	<u>VO2 Max</u>	<u>AT / VO2 Max (%)</u>	<u>Max/Pred (%)</u>	<u>Pred</u>
METABOLIQUE							
VO2 (L/min)	0,30	0,75		1,09	69	63	1,73
VO2/KG (mL/kg/min)	4,3	10,7		15,6	69	63	24,7
VCO2 (L/min)	0,21	0,60		1,03	59	49	2,09
Q.R	0,70	0,80		0,94	85		
VE/VO2	49	44		47	93	175	27
VE/VCO2	71	55		50	109	225	22
METS	1,2	3,1		4,5	69	63	7,1

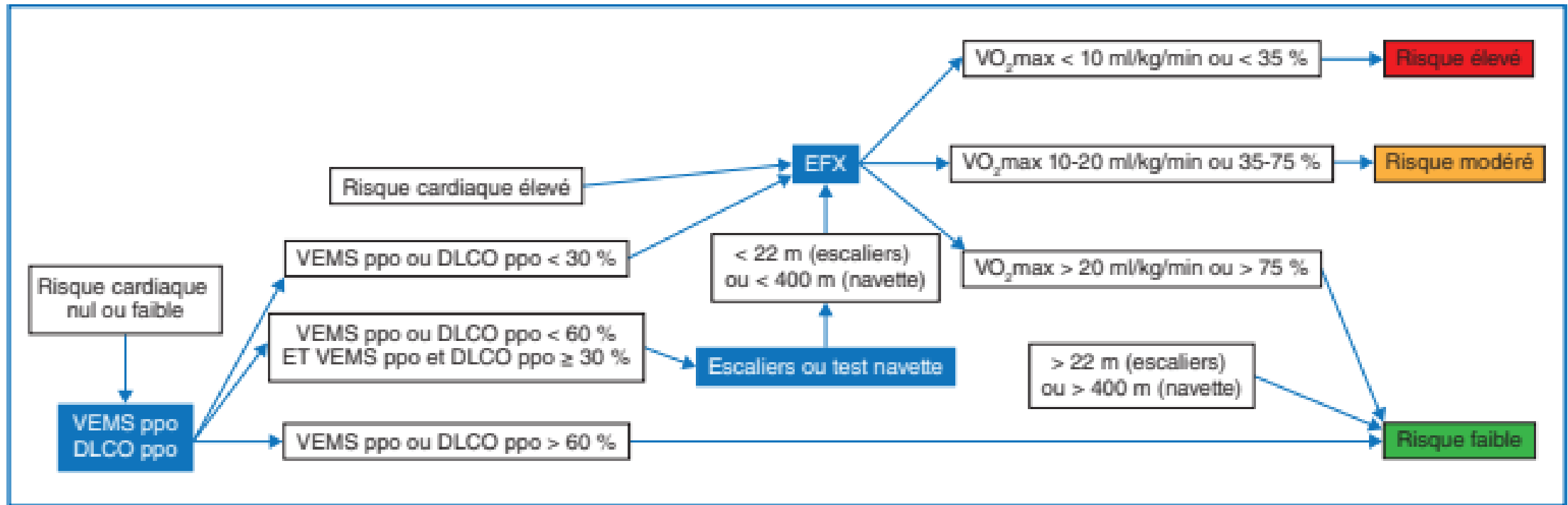
Conclusion :

Épreuve d'effort sous-maximale avec arrêt prématuré dans un contexte de douleurs thoraciques chez un patient ayant de lourds antécédents cardiologiques.

Notre cardiologue référent en physiologie Dr [] préconise la réalisation d'une nouvelle coronarographie avant d'envisager une potentielle chirurgie carcinologique.

La VO2 pic est de 15.6ml/kg/min soit une valeur compatible sur le plan fonctionnel avec une chirurgie de type lobectomie sous réserve de la coronarographie.

Bilan fonctionnel préopératoire du cancer bronchique



Bilan fonctionnel préopératoire du cancer bronchique

19 - number of obstructed segments (estimated by image techniques and/or bronchoscopy) = T
 T - number of functioning segments to be resected = R
 ppo values = (pre-operative value/T) × R
 Or, expressed in another form, ppo-FEV1 before lobectomy:

$$\text{ppo-FEV1} = \text{pre-operative FEV1} \times (1 - a/b)$$

 ppo-FEV1 before pneumonectomy:

$$\text{ppo-FEV1} = \text{pre-operative FEV1} \times (1 - \text{fraction of total perfusion for the lung to be resected})$$

 ppo-DL_{CO} before lobectomy:

$$\text{ppo-DL}_{CO} = \text{pre-operative DL}_{CO} \times (1 - a/b)$$

 ppo-DL_{CO} before pneumonectomy:

$$\text{ppo-DL}_{CO} = \text{pre-operative DL}_{CO} \times (1 - \text{fraction of total perfusion for the lung to be resected})$$

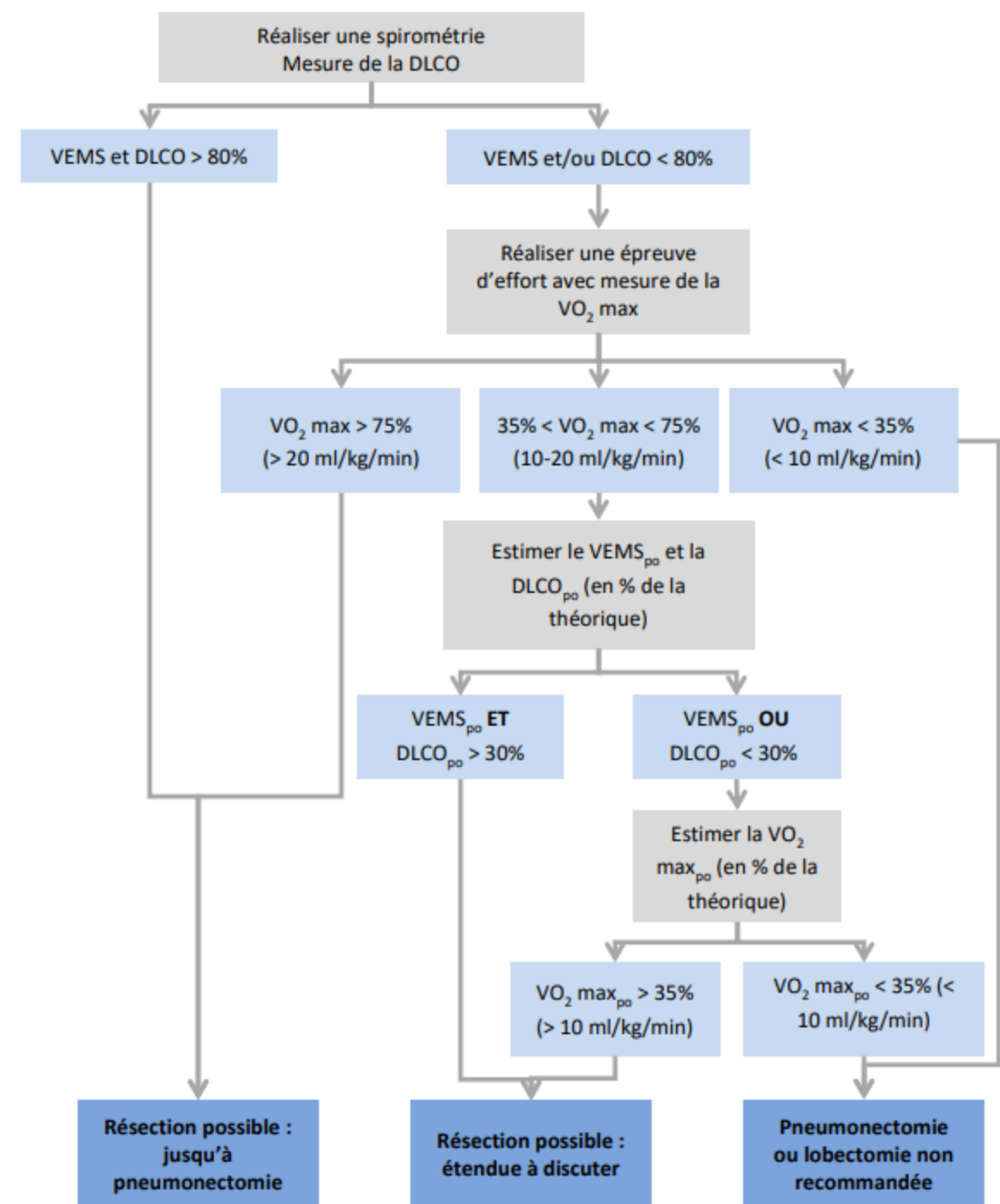
 ppo-VO_{2,peak} before lobectomy:

$$\text{ppo-VO}_{2,\text{peak}} = \text{pre-operative VO}_{2,\text{peak}} \times (1 - a/b)$$

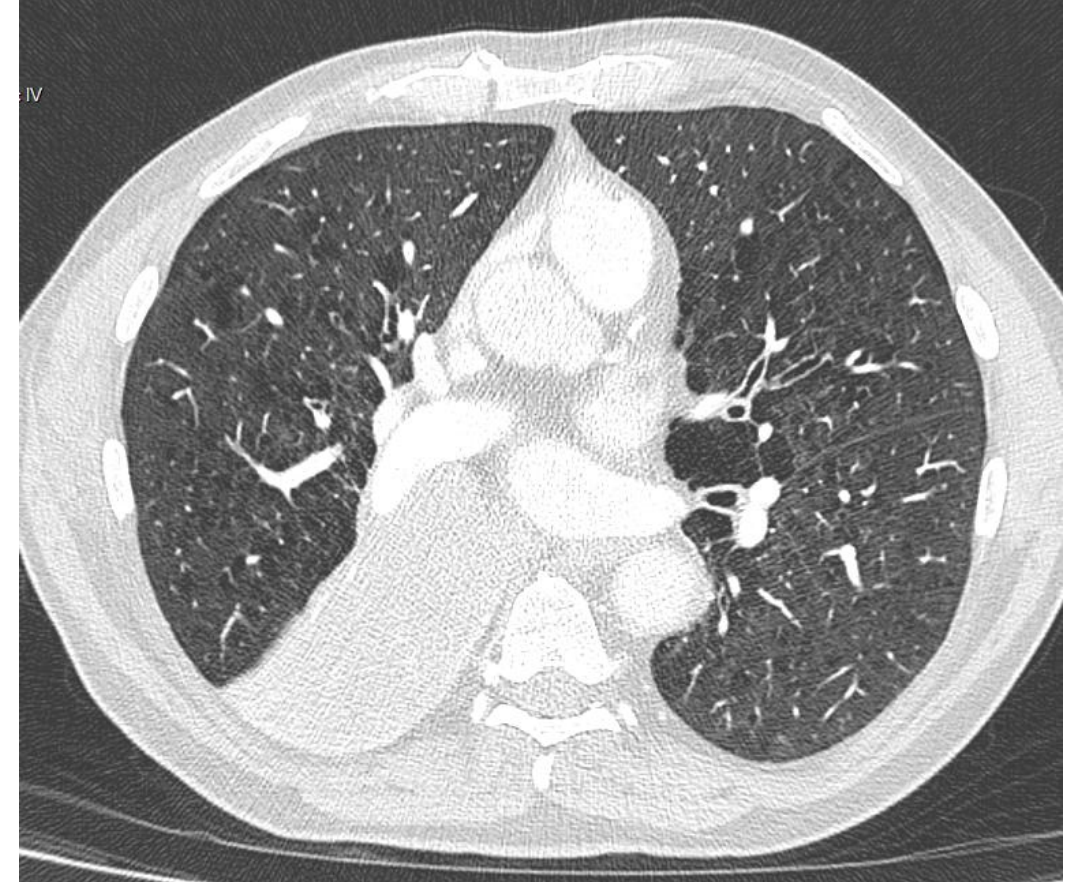
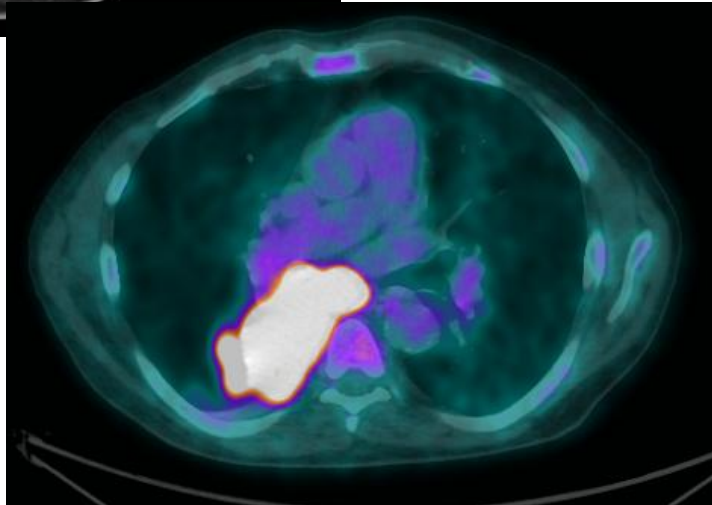
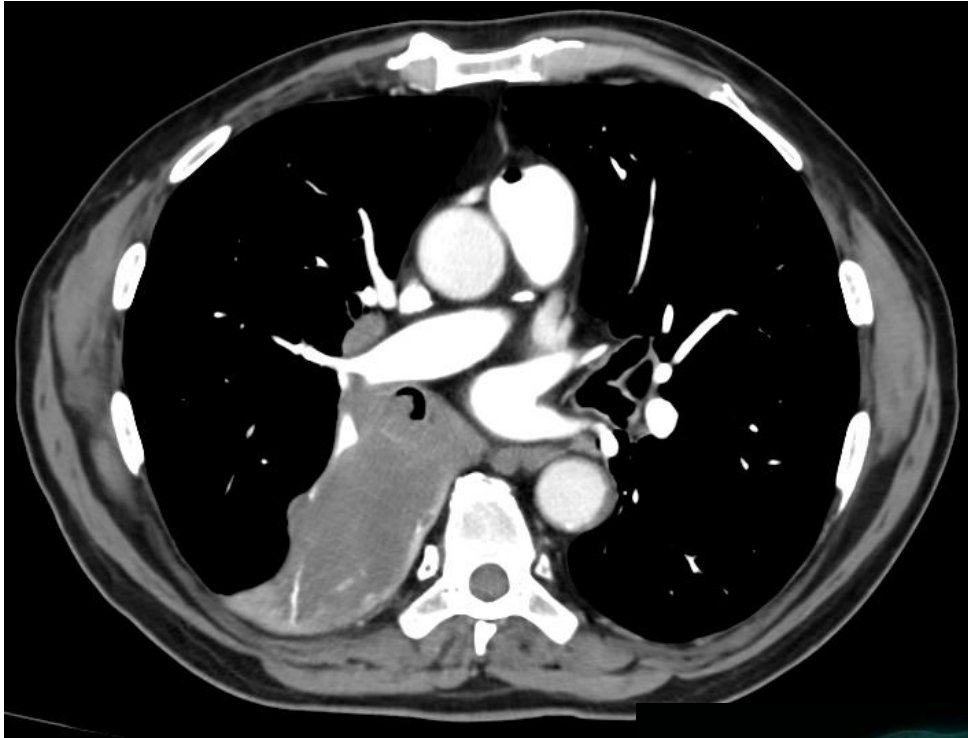
 ppo-VO_{2,peak} before pneumonectomy:

$$\text{ppo-VO}_{2,\text{peak}} = \text{pre-operative VO}_{2,\text{peak}} \times (1 - \text{fraction of total perfusion for the lung to be resected})$$

Brunelli A. Eur Respir J, 2009



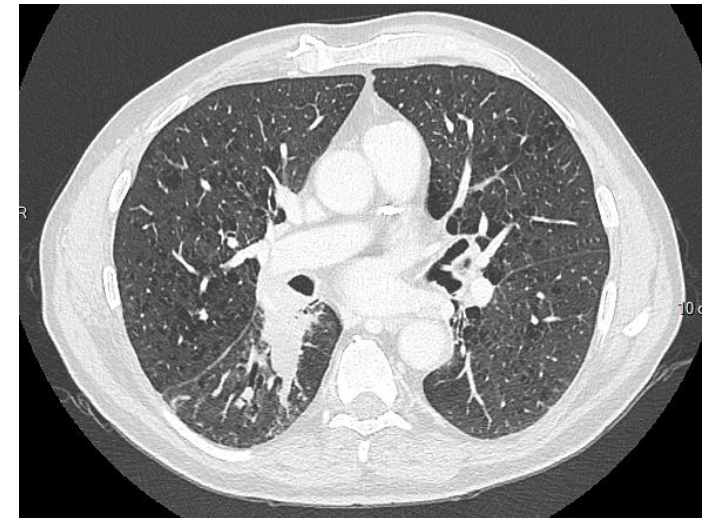
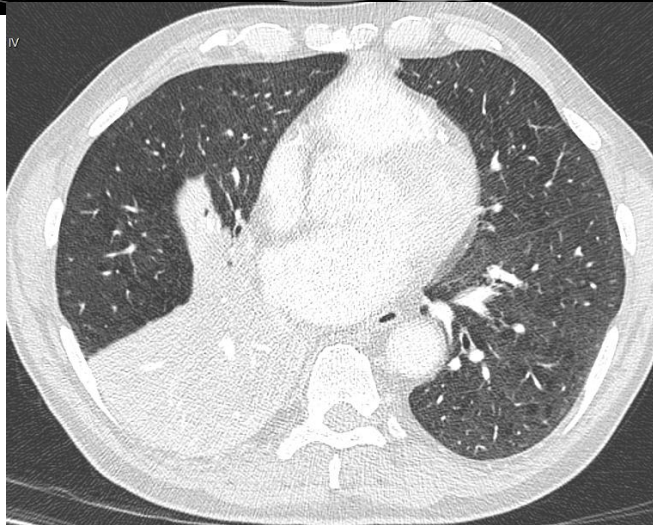
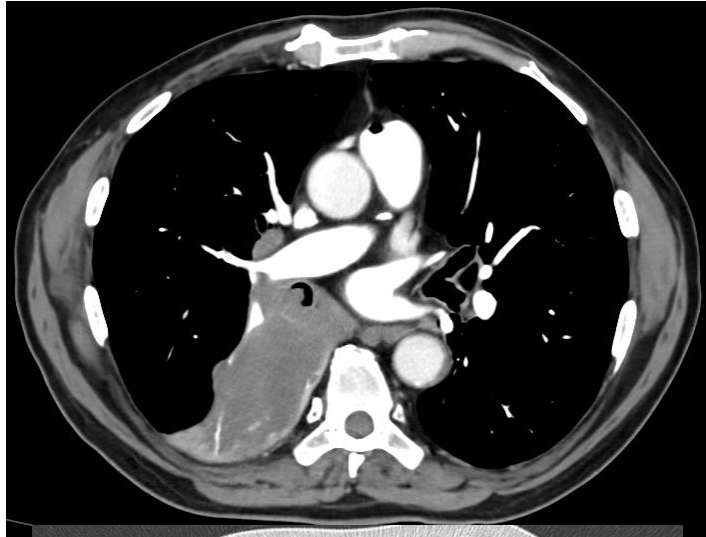
Quelles propositions: Stade IIB?



Indication d'une bi-lobectomie

Accès précoce, chimio-immuno néo-adjuvante + prise en charge cardio + réhabilitation

Evaluation après les 3 cycles de chimio-immuno:



Nouvelle épreuve d'effort:

	<u>Repos</u>	<u>SV1</u>	<u>SV2</u>	<u>VO2 Max</u>	<u>AT / VO2 Max (%)</u>	<u>Max/Pred (%)</u>	<u>Pred</u>
METABOLIQUE							
VO2 (L/min)	0,34	0,41		1,08	38	62	1,75
VO2/KG (mL/kg/min)	4,8	5,8		15,3	38	62	24,7
VCO2 (L/min)	0,27	0,29		1,02	29	48	2,12
Q.R	0,77	0,71		0,94	76		
VE/VO2	61	43		51	84	204	25
VE/VCO2	79	61		55	111	262	21
METS	1,4	1,7		4,4	38	61	7,1

Superposable...

Quelles propositions?

Devenir du Patient

- Décision de radiothérapie, arrêt de la chimiothérapie (car toxicité au dernier cycle de néo-adjuvant)
- Quelle prise en charge en consolidation?

En Pratique

Tout patient avec CBNPC de stade IB – IIIA, biologie moléculaire pour mutation EGFR, recherche ALK

Discussion RCP: résécabilité, opérabilité

Si EGFR - ou ALK - : CT-IO néo-adjuvant si critères AP (T > ou = 5cm ; N+) + PETScan+ Scan tho 15j avant chirurgie

Chirurgie

Analyse pièce opératoire, tolérance: IO adjuvante?

Si EGFR + ou ALK +: Chirurgie

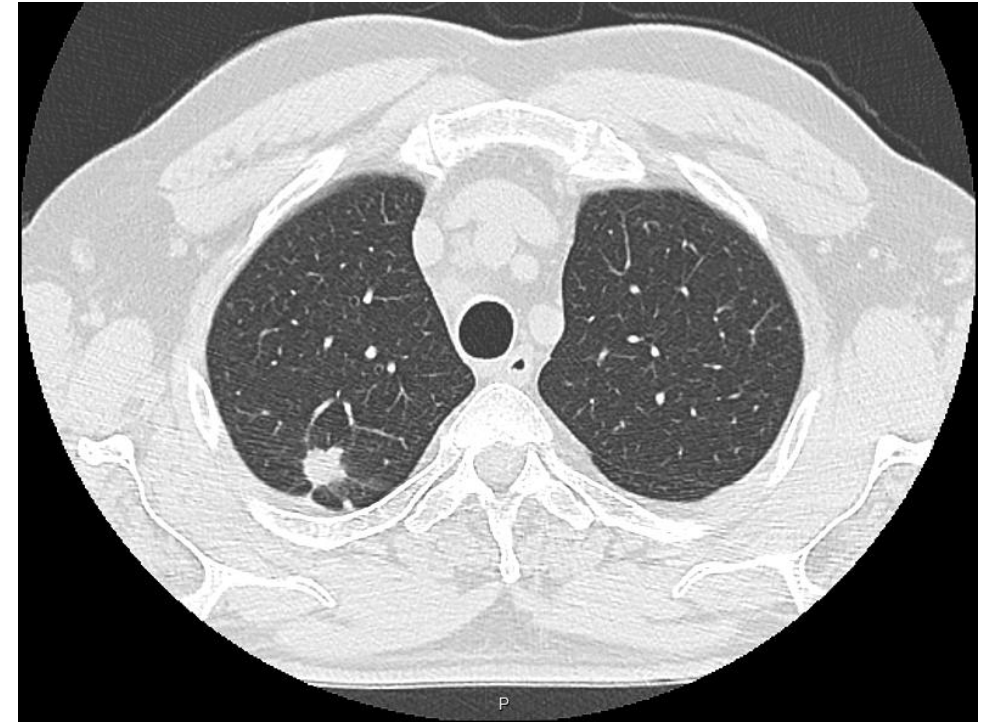
Thérapie ciblée adjuvante si EGFR

Cas Clinique N°2, Diagnostic

Mr Gr... 70 ans, réalise un scanner thoracique pour bronchites à répétition,

ATCDs :

- Tabagisme 40 PA sevré. Dyslipidémie.
- Le patient était maçon



Découverte d'un nodule LSD, avec *ganglion loge de Baréty*.

Anapath obtenu par Echo-Endoscopie Bronchique

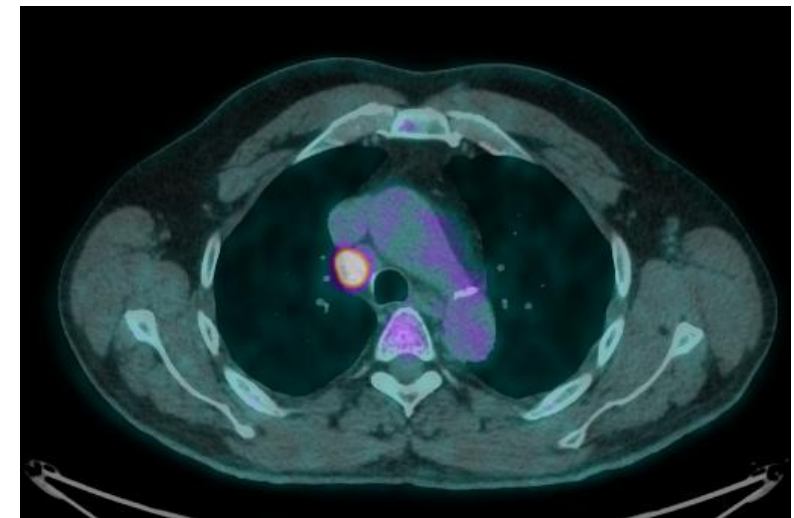
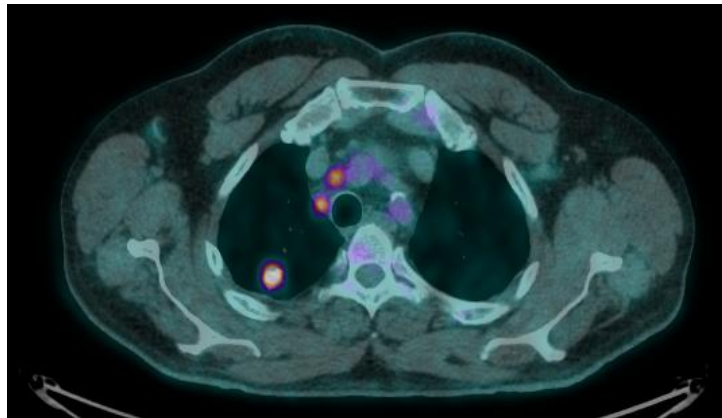
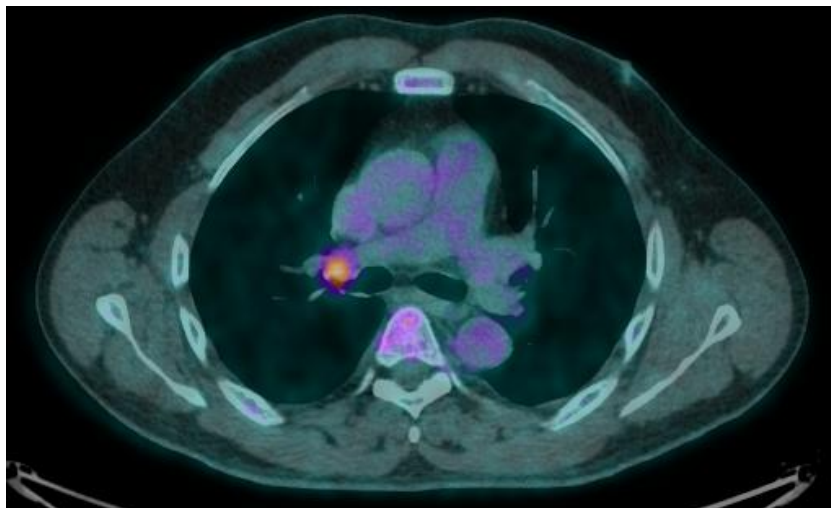
ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE SUR COUPES EN PARAFFINE

Automate Roche Ventana Benchmark XT et Ultra.

TTF1 (Clone 8G7G3/1, Cell Marque, 1/200) : Marquage intense et diffus

CK7 (Clone OV-TL 12/30, Thermo Scientific, 1/50) : Marquage intense et diffus

CONCLUSION : POUMON - LOBE SUPERIEUR DROIT (Biopsie) : Cytologie en faveur d'un adénocarcinome bronchique |



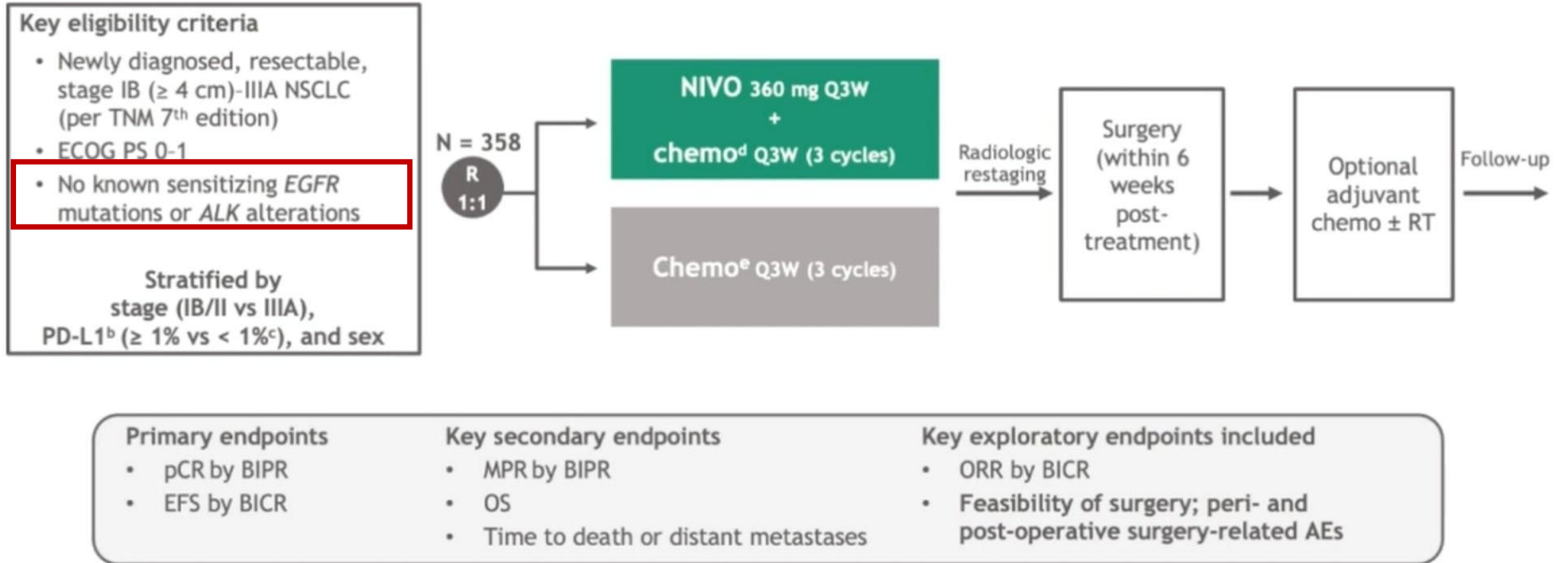
Quelles propositions: Stade IIIB?

		Pré		Post		
	<u>Pred</u>	<u>Actuel</u>	<u>%Pred</u>	<u>Actuel</u>	<u>%Pred</u>	<u>% Chng</u>
---VOLUMES PULMONAIRES						
CVL (L)	4,00	4,07	101			
C.I (L)	2,74	3,58	130			
VRE (L)	1,37	0,49	35			
CRF Pleth (L)	3,48	2,61	75			
VR (L)	2,35	2,13	90			
CPT (L)	6,66	6,19	93			
VR/CPT (%)	37	34	92			
---DEBITS PULMONAIRES----						
CVF (L)	4,00	3,58	89			
VEMS (L)	3,16	3,33	105			
VEMS/CVL (%)	79	82	103			
VEMS/CVF (%)	76	93	122			
DEP (L/sec)	8,13	9,76	120			
DEM75% (L/sec)	7,18	9,77	136			
DEM50% (L/sec)	4,31	6,50	150			
DEM25% (L/sec)	1,59	2,52	158			
DEM. 25-75% (L/sec)	3,45	5,50	159			
---RESISTANCES-----						
Raw (cmH2O/L/s)	2,24	0,92	40			
Gaw (L/s/cmH2O)	1,03	1,09	106			
Vpant (L)		3,09				
sRaw (cmH2O*s)	< 4,76	2,83				
sGaw (1/cmH2O*s)	0,08	0,36	443			
---DIFFUSION-----						
DLCO (ml/min/mmHg)	27,20	30,99	113			
DLCOcor (ml/min/mmHg)	27,20					
DL/VA (ml/min/mmHg/L)	4,08	6,09	149			
VA (L)	6,39	5,09	79			
CVI (L)		3,89				
Apnée (sec)		10,25				

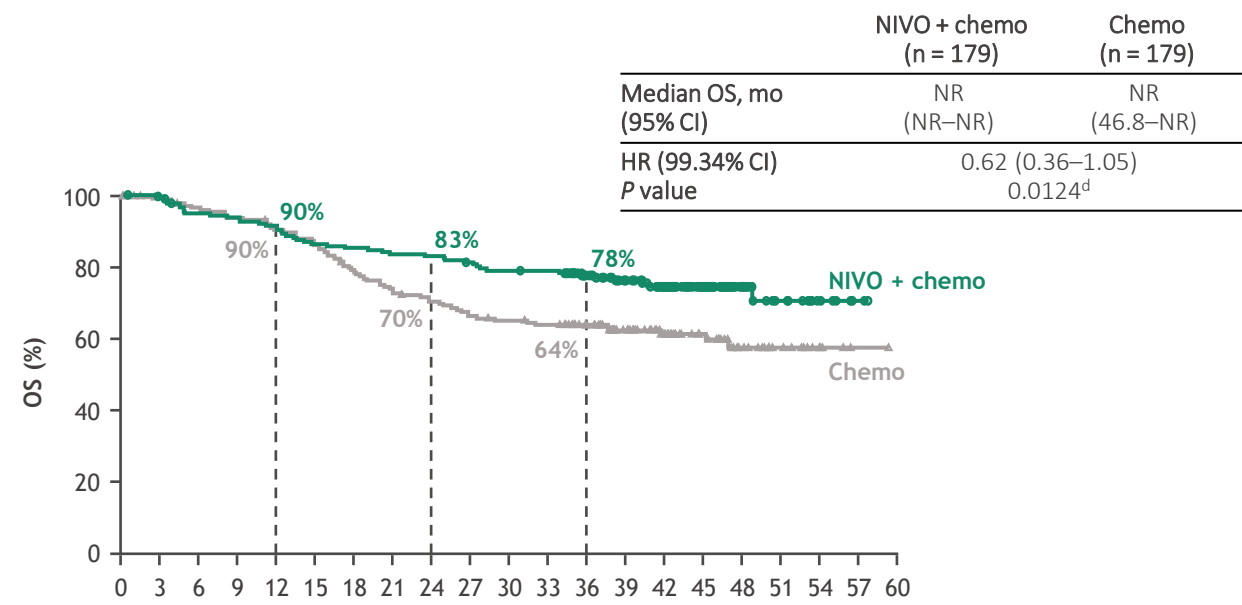
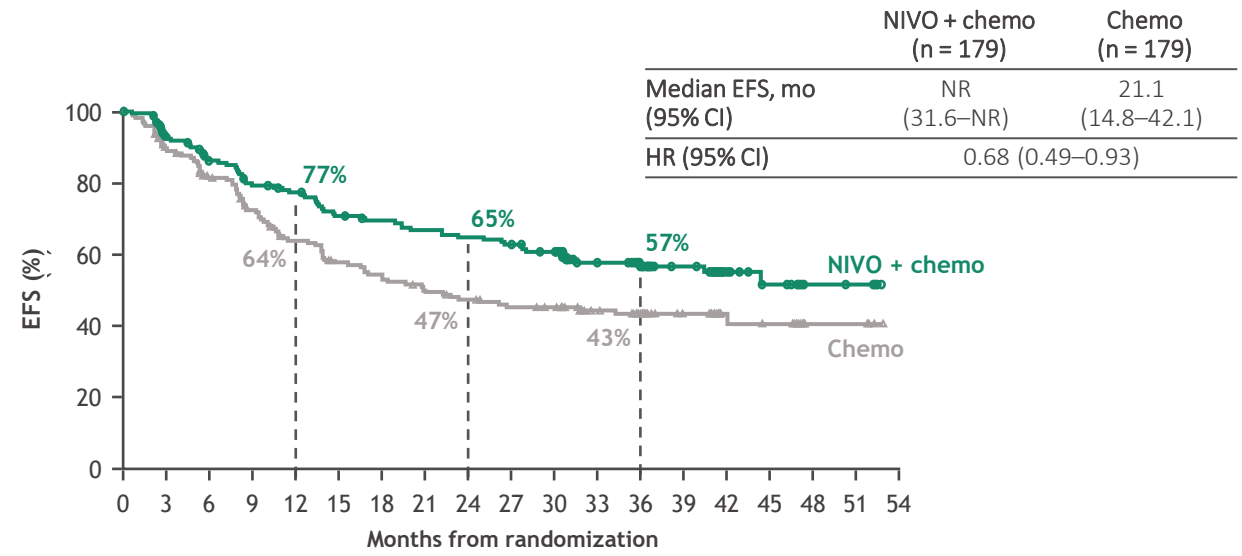
Quelles propositions: Stade IIIB?

- Chirurgie? RT-CT?
- Attente des résultats de la biologie moléculaire, expression du PD-L1?
- Demande d'accès précoce pour chimio-immuno néo-adjuvante?

CHECKMATE 816, Design



CHECKMATE 816, Résultats, actualisation à 3 ans

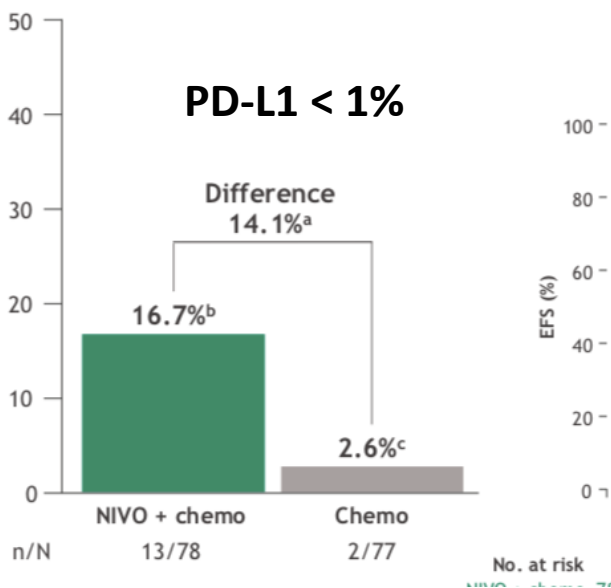
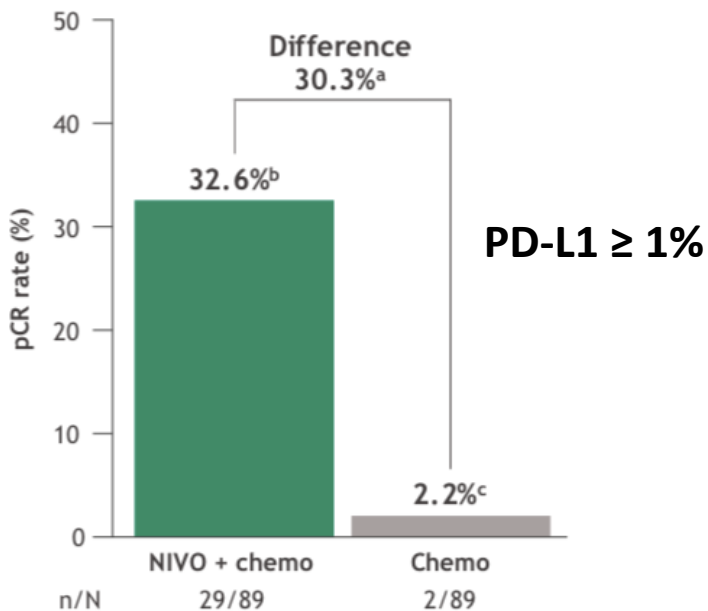


		Nivolumab plus chemotherapy (N=179)	Chemotherapy alone (N=179)		
		mo			
Overall	358	31.6 (30.2–NR)	20.8 (14.0–26.7)		0.63 (0.45–0.87)
Age					
<65 yr	176	NR (31.6–NR)	20.8 (14.0–NR)		0.57 (0.35–0.93)
≥65 yr	182	30.2 (23.4–NR)	18.4 (10.6–31.8)		0.70 (0.45–1.08)
Sex					
Male	255	30.6 (20.0–NR)	16.9 (13.8–24.9)		0.68 (0.47–0.98)
Female	103	NR (30.5–NR)	31.8 (13.9–NR)		0.46 (0.22–0.96)
Geographic region					
North America	91	NR (25.1–NR)	NR (12.8–NR)		0.78 (0.38–1.62)
Europe	66	31.6 (13.4–NR)	21.1 (10.2–NR)		0.80 (0.36–1.77)
Asia	177	NR (30.2–NR)	16.5 (10.8–22.7)		0.45 (0.29–0.71)
ECOG performance-status score					
0	241	NR (30.2–NR)	22.7 (16.6–NR)		0.61 (0.41–0.91)
1	117	30.5 (14.6–NR)	14.0 (9.8–26.2)		0.71 (0.41–1.21)
Disease stage at baseline					
IB or II	127	NR (27.8–NR)	NR (16.8–NR)		0.87 (0.48–1.56)
IIIA	228	31.6 (26.6–NR)	15.7 (10.8–22.7)		0.54 (0.37–0.80)
Histologic type of tumor					
Squamous	182	30.6 (20.0–NR)	22.7 (11.5–NR)		0.77 (0.49–1.22)
Nonsquamous	176	NR (27.8–NR)	19.6 (13.8–26.2)		0.50 (0.32–0.79)
Smoking status					
Current or former smoker	318	31.6 (30.2–NR)	22.4 (15.7–NR)		0.68 (0.48–0.96)
Never smoked	39	NR (5.6–NR)	10.4 (7.7–20.8)		0.33 (0.13–0.87)
PD-L1 expression level					
<1%	155	25.1 (14.6–NR)	18.4 (13.9–26.2)		0.85 (0.54–1.32)
≥1%	178	NR (NR–NR)	21.1 (11.5–NR)		0.41 (0.24–0.70)
1–49%	98	NR (27.8–NR)	26.7 (11.5–NR)		0.58 (0.30–1.12)
≥50%	80	NR (NR–NR)	19.6 (8.2–NR)		0.24 (0.10–0.61)
TMB					
<12.3 mutations/megabase	102	30.5 (19.4–NR)	26.7 (16.6–NR)		0.86 (0.47–1.57)
≥12.3 mutations/megabase	76	NR (14.8–NR)	22.4 (13.4–NR)		0.69 (0.33–1.46)
Type of platinum therapy					
Cisplatin	258	NR (25.1–NR)	20.9 (15.7–NR)		0.71 (0.49–1.03)
Carboplatin	72	NR (30.5–NR)	10.6 (7.6–26.7)		0.31 (0.14–0.67)

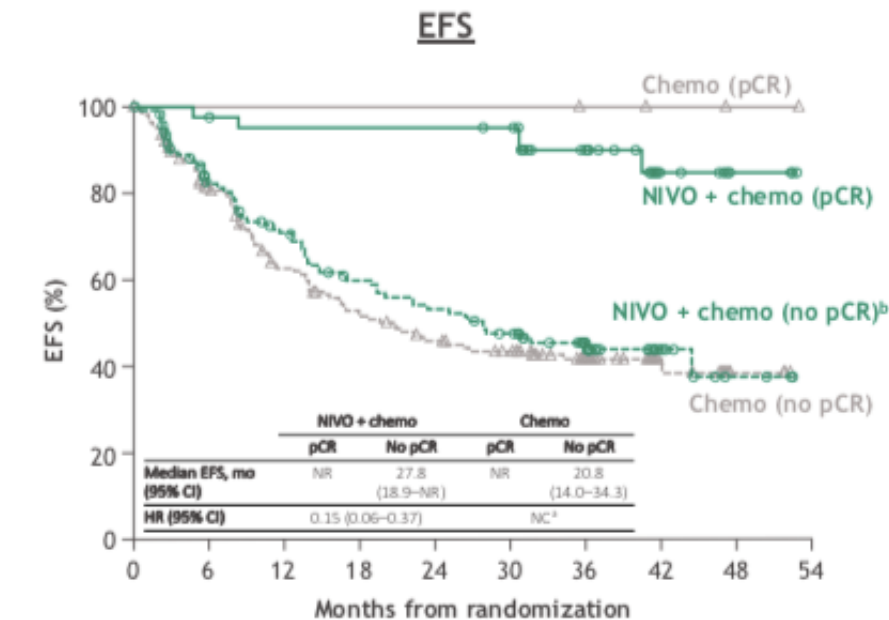
Forest plot showing hazard ratios (HR) for various subgroups. The x-axis represents the HR, with a vertical line at 1.00. Values to the left of 1.00 indicate that Nivolumab plus chemotherapy is better, while values to the right indicate that chemotherapy alone is better. The scale is logarithmic, with markers at 0.125, 0.25, 0.50, 1.00, 2.00, and 4.00.

CHECKMATE 816, Résultats

pCR

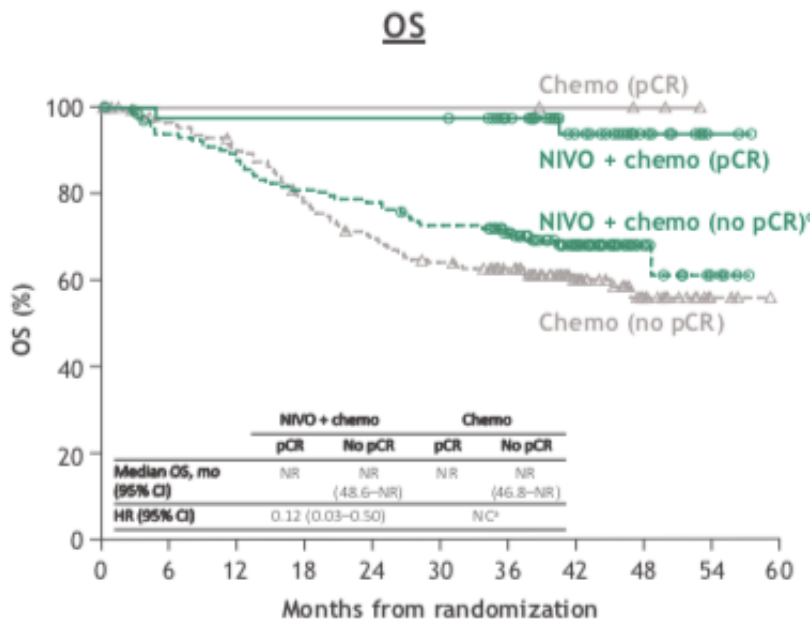


EFS, OS, selon pCR



No. at risk

pCR	43	41	40	40	40	39	26	9	3	0
pCR	4	4	4	4	4	4	3	2	1	0
No pCR	136	95	79	64	57	49	31	11	3	0
No pCR	175	124	91	75	63	56	36	13	3	0



No. at risk

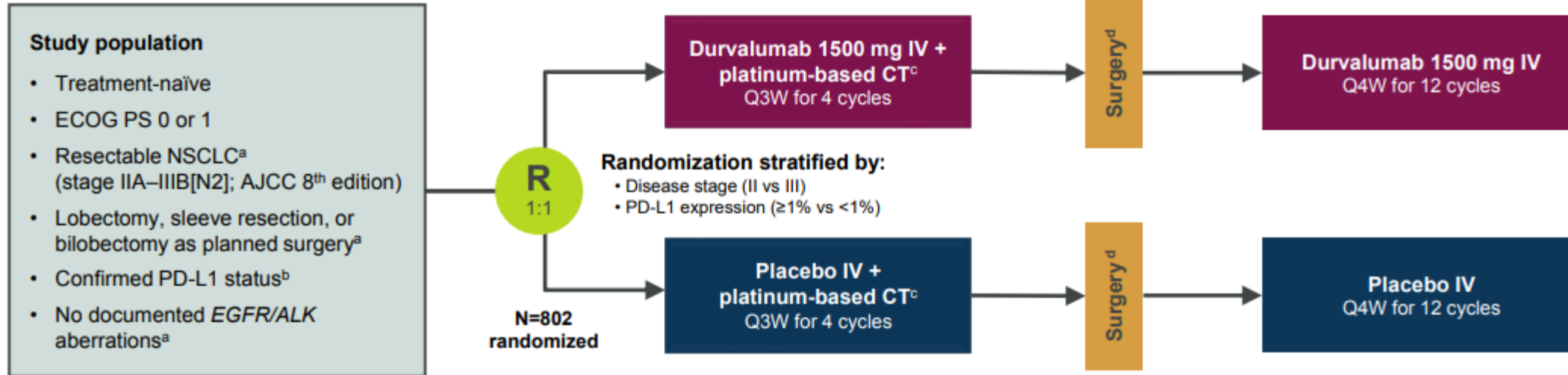
43	42	42	42	42	42	36	22	10	2	0
4	4	4	4	4	4	4	3	2	0	0
136	124	116	107	103	95	81	45	13	4	0
175	162	151	130	115	105	91	49	20	4	0

Forde PM. *N Engl J Med* 2022 ; Provencio M. ESMO, 2023

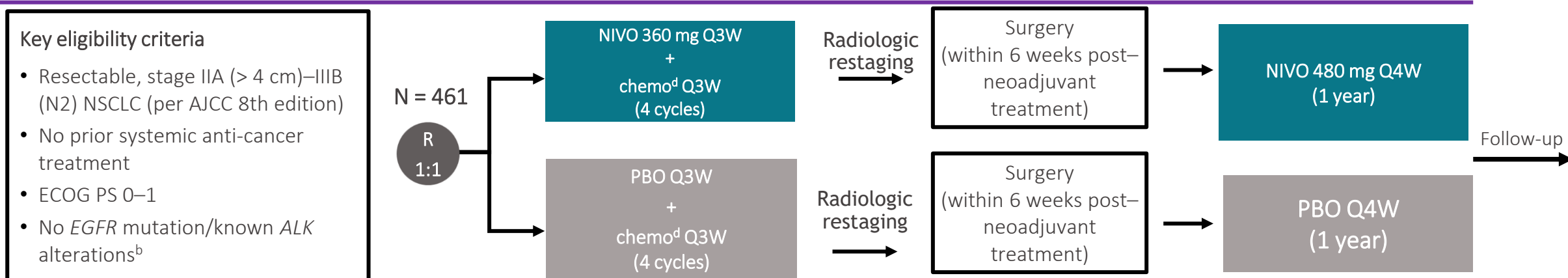
CHECKMATE 816, Chirurgie

	Tumor PD-L1 ≥ 1%		Tumor PD-L1 < 1%	
	NIVO + chemo (n = 89)	Chemo (n = 89)	NIVO + chemo (n = 78)	Chemo (n = 77)
Disease stage prior to definitive surgery,^a %				
IIA	14	14	15	10
IIB	7	6	12	9
IIIA	48	48	45	46
Underwent definitive surgery,^b %	84	74	81	77
Cancelled definitive surgery, %	16	24	17	20
Disease progression	6	9	6	12
AE	1	1	1	0
Other ^c	9	14	9	8
Surgical approach,^d %				
Minimally invasive	39	21	19	19
Thoracotomy	57	65	64	63
Minimally invasive to thoracotomy	4	14	18	19
Extent of resection,^{d,e} %				
Lobectomy	79	59	81	64
Pneumonectomy	17	24	11	22
Completeness of resection,^{d,f} %				
R0	91	82	79	76

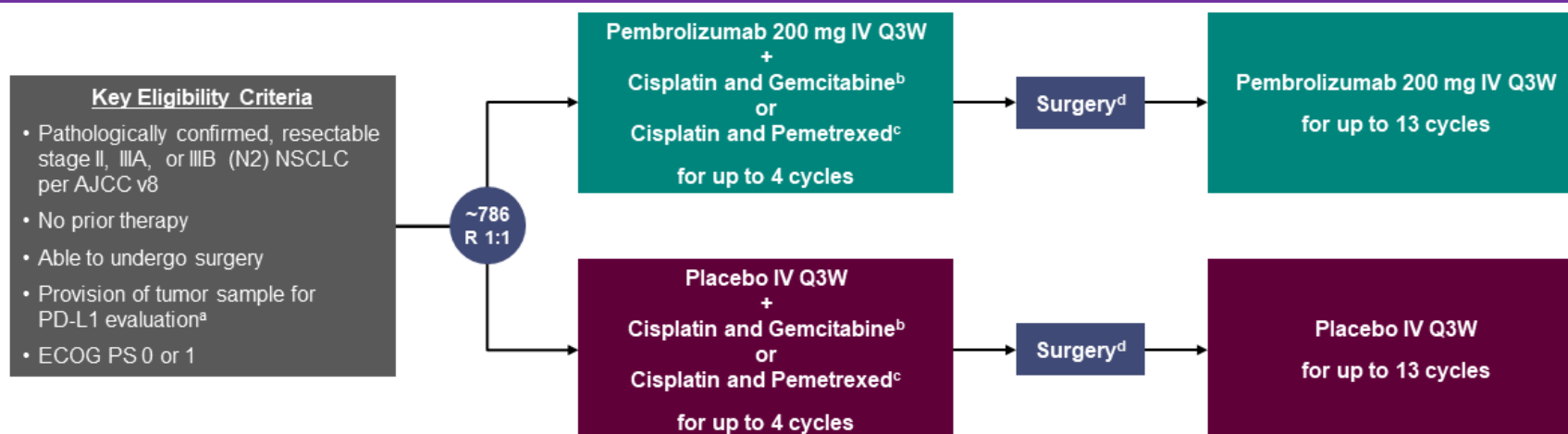
AGEAN



CheckMate 77T



KEYNOTE 671



Heymach JV et al. *NEJM*, 2023
 Cascone T. *ESMO*, 2023
 Spicer JD. *ESMO* 2023

Chimio-immunothérapie péri-opératoire chez le sujet âgé

	Median EFS,* mo		Unstratified HR (95% CI)	Unstratified HR (95% CI)
	NIVO + chemo/NIVO (n = 229)	Chemo/PBO (n = 232)		
Overall (N = 461)	NR	18.4		0.59 (0.44–0.79)
< 65 years (n = 202)	NR	16.7		0.55 (0.36–0.85)
≥ 65 years (n = 259)	NR	20.1		0.61 (0.41–0.91)
N0 (n = 167) ^a	NR	NR		0.80 (0.48–1.32)
N1 (n = 108) ^b	NR	28.1		0.58 (0.29–1.16)
N2 (n = 182) ^{b,c}	30.2	10.0		0.46 (0.30–0.70)
Single-station (n = 112)	30.2	10.0		0.49 (0.29–0.84)
Multi-station (n = 69)	NR	10.0		0.43 (0.21–0.88)

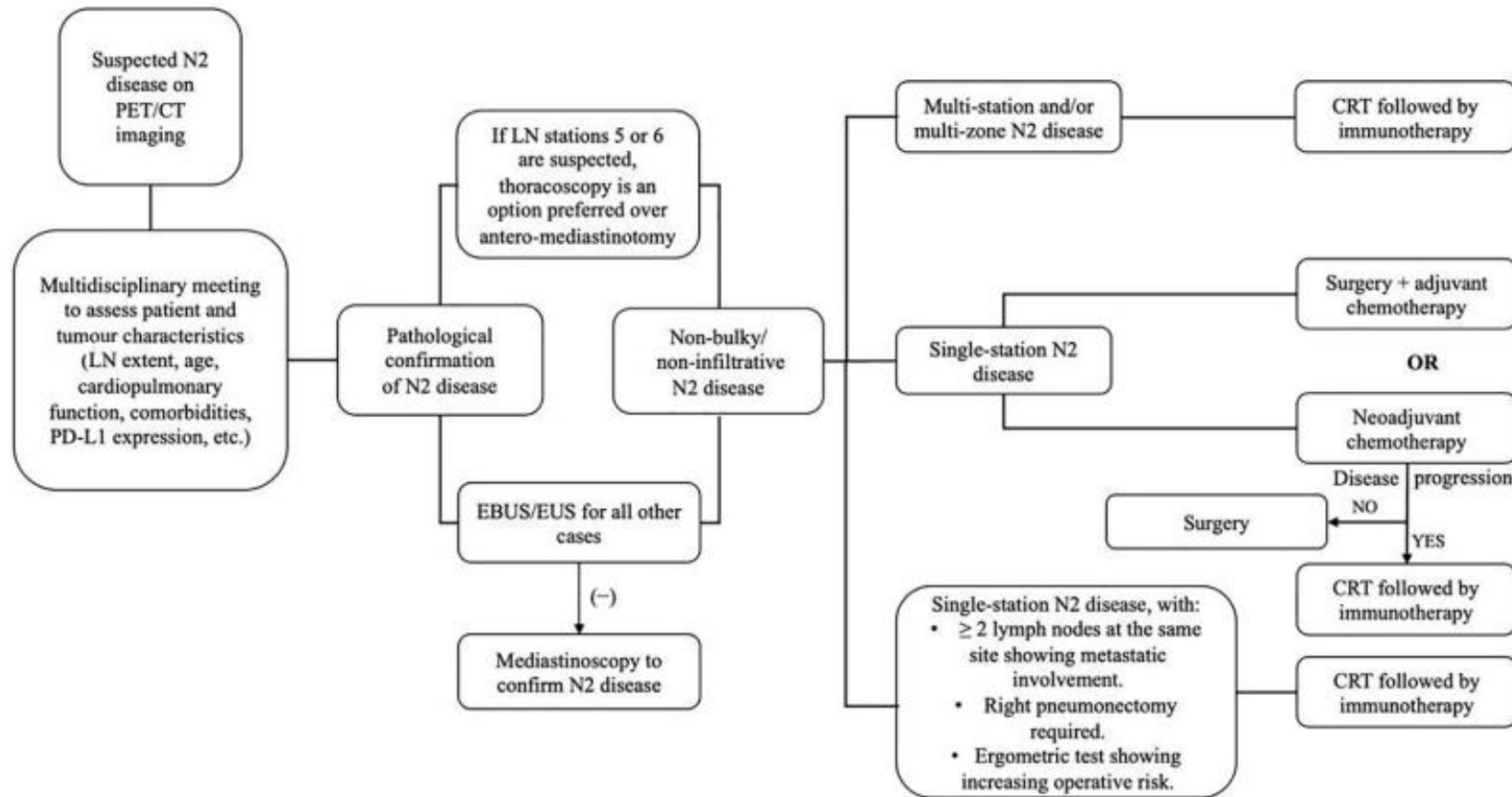
Subgroup	No. of Patients	Median Event-free Survival (95% CI)		Hazard Ratio for Disease Progression, Recurrence, or Death (95% CI)
		Durvalumab	Placebo	
		mo		
Disease stage				
Age at randomization				
<65 yr	358	NR (NR–NR)	NR (18.9–NR)	0.71 (0.47–1.04)
≥65 yr	382	NR (17.9–NR)	24.5 (13.6–31.1)	0.69 (0.48–0.97)
Lymph node station				
N2 single	273	NR (NR–NR)	22.8 (12.6–NR)	0.61 (0.39–0.94)
N2 multi	74	31.9 (9.3–NR)	12.2 (7.2–NR)	0.69 (0.33–1.38)

Subgroup	Events/participants		Hazard ratio (95% CI)
	Pembro Arm	Placebo Arm	
Overall	110/397	144/400	0.72 (0.56–0.93)
Age			
<65 yr	74/221	113/214	0.53 (0.39–0.71)
≥65 yr	65/176	92/186	0.64 (0.46–0.88)
N status			
cN0	40/148	52/142	0.70 (0.46–1.06)
cN1	21/81	24/71	0.74 (0.41–1.33)
cN2	49/168	68/187	0.74 (0.52–1.07)

Heymach JV et al. *NEJM*, 2023
Cascone T. ESMO, 2023
Spicer JD. ESMO 2023

Chirurgie des N2b (multi-site)

- Débat actuel sur le bénéfice de la chirurgie vs RT-CT puis immunothérapie de consolidation



Anapath obtenu par Echo-Endoscopie Bronchique

ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE SUR COUPES EN PARAFFINE

Automate Roche Ventana Benchmark XT et Ultra.

TTF1 (Clone 8G7G3/1, Cell Marque, 1/200) : Marquage intense et diffus

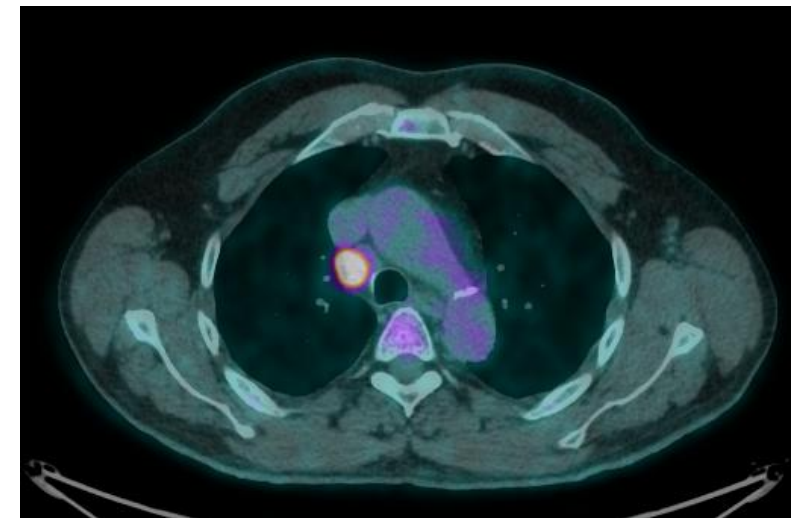
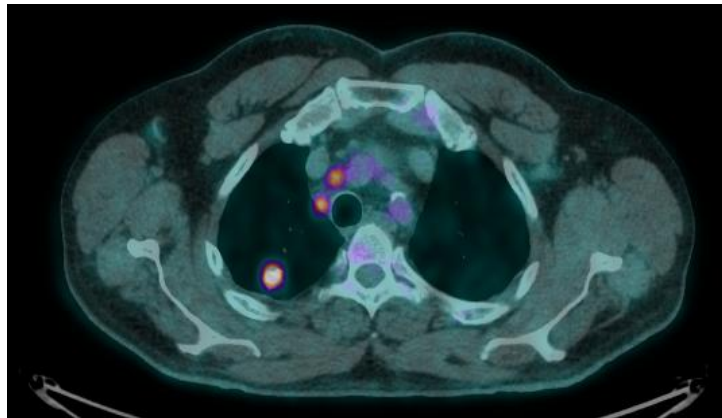
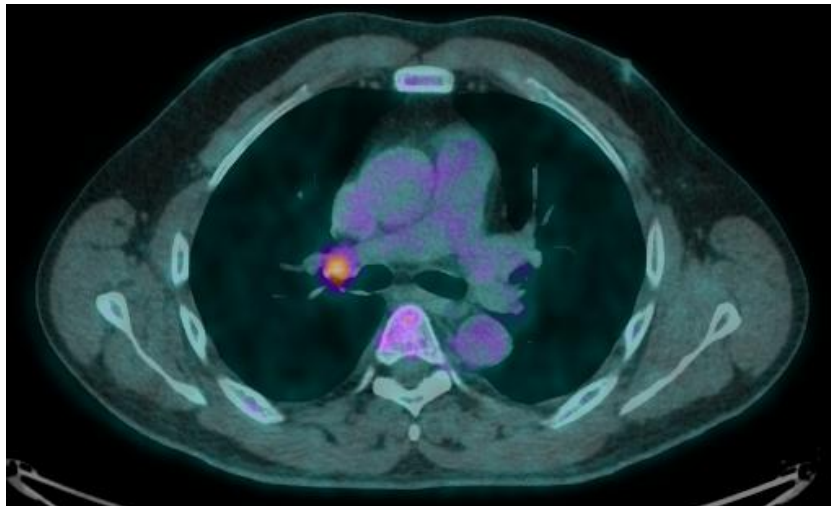
CK7 (Clone OV-TL 12/30, Thermo Scientific, 1/50) : Marquage intense et diffus

L'étude d'expression du PD-L1 est négative: score 0

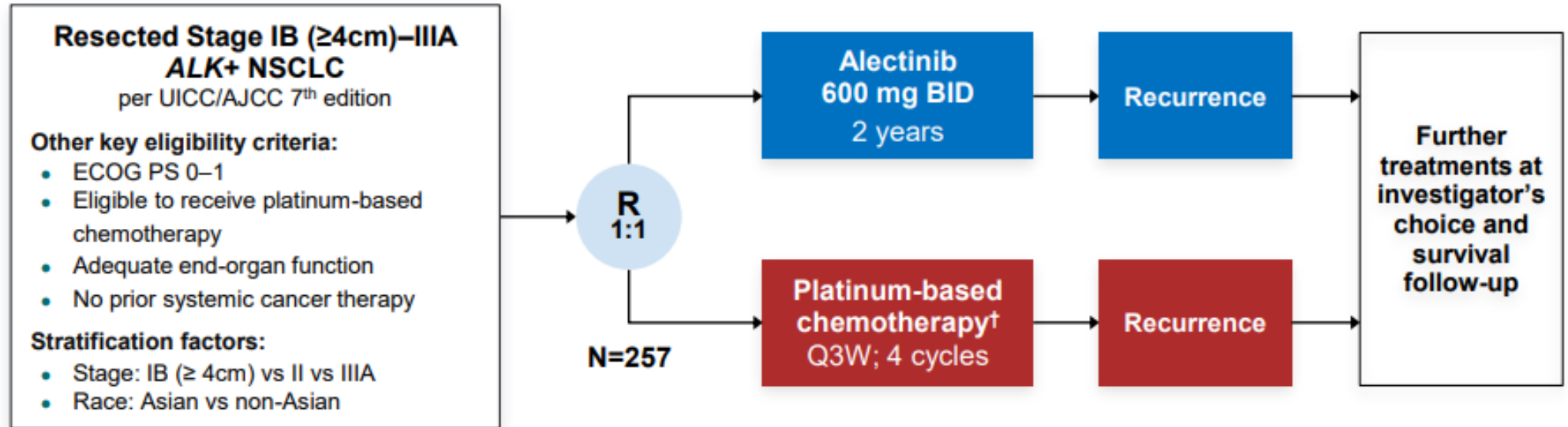
Le ROS est également négatif sur les cellules tumorales.

Par contre il existe une expression membranaire intense, complète de la protéine ALK témoignant d'une tumeur éligible au traitement par anti ALK

CONCLUSION : POUMON - LOBE SUPERIEUR DROIT (Biopsie) : Cytologie en faveur d'un adénocarcinome bronchique PD-L1 négatif, ALK positif.



ALINA study design*



Primary endpoint

- DFS per investigator,‡ tested hierarchically:
 - Stage II–IIIA → ITT (Stage IB–IIIA)

Other endpoints

- CNS disease-free survival
- OS
- Safety

Disease assessments (including brain MRI)[§] were conducted: at baseline, every 12 weeks for year 1–2, every 24 weeks for year 3–5, then annually

Devenir du Patient

INTERVENTION LE 03/01/2020 : Lobectomie supérieure droite et curage ganglionnaire médiastinal par thoracotomie axillaire droite

ANAPATH DEFINITIVE : Persistance après chimiothérapie d'un adénocarcinome d'architecture acinaire prédominante et solide minoritaire avec présence de nombreux massifs cribriiformes mesurant 1,5 x 1,6 x 1,2 cm, envahissant la plèvre viscérale. Présence de nombreux nodules tumoraux pleuraux. Absence d'emboles vasculaires néoplasiques ou d'engainements tumoraux périnerveux. Les tranches de section chirurgicale bronchique et vasculaire sont saines. Les deux ganglions sur pièce sont envahis par le processus tumoral (2+/2). ALK : positif (3+) ROS1 et NTRK : négatifs PDL1 : positif (30%) CD8 : infiltrat modéré Curage du hile : 2 des 5 ganglions sont envahis par le processus tumoral (2+/5). Présence d'emboles péri-capsulaire. Curage du ligament triangulaire : le ganglion est envahi par le processus tumoral (1+/1). Curage sous-carénaire : l'un des 3 ganglions est envahi par le processus tumoral (1+/3). Curage de la loge de Barety : le ganglion est massivement envahi par le processus tumoral avec effraction capsulaire (1+/1).

Quelles propositions Adjuvante: Stade IIIB?

INTERVENTION LE 03/01/2020 : Lobectomie supérieure droite et curage ganglionnaire médiastinal par thoracotomie axillaire droite

ANAPATH DEFINITIVE : Persistance après chimiothérapie d'un adénocarcinome d'architecture acinaire prédominante et solide minoritaire avec présence de nombreux massifs cribriformes mesurant 1,5 x 1,6 x 1,2 cm, envahissant la plèvre viscérale. Présence de nombreux nodules tumoraux pleuraux. Absence d'emboles vasculaires néoplasiques ou d'engainements tumoraux périnerveux. Les tranches de section chirurgicale bronchique et vasculaire sont saines. Les deux ganglions sur pièce sont envahis par le processus tumoral (2+/2). ALK : positif (3+) ROS1 et NTRK : négatifs PDL1 : positif (30%) CD8 : infiltrat modéré Curage du hile : 2 des 5 ganglions sont envahis par le processus tumoral (2+/5). Présence d'emboles péri-capsulaire. Curage du ligament triangulaire : le ganglion est envahi par le processus tumoral (1+/1). Curage sous-carénaire : l'un des 3 ganglions est envahi par le processus tumoral (1+/3). Curage de la loge de Baretty : le ganglion est massivement envahi par le processus tumoral avec effraction capsulaire (1+/1).

Lung ART, étude de phase III (IFCT-0503, UK NCRI, SAKK) (1)

Schéma de l'étude



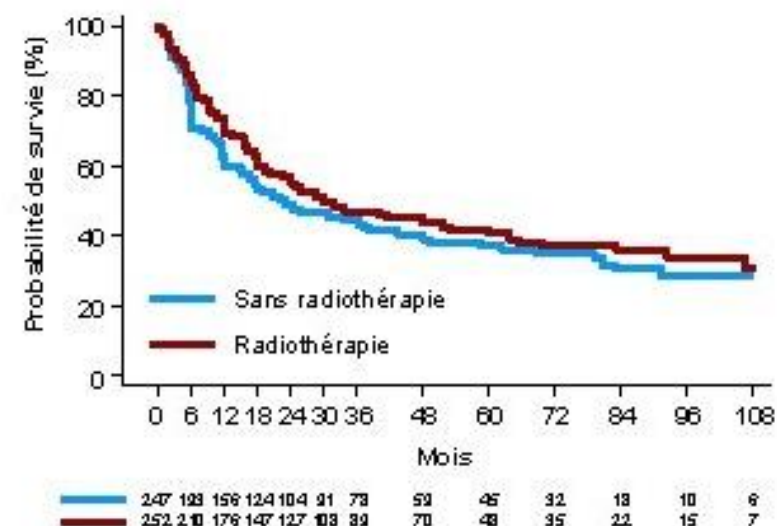
- Facteurs de stratification : centre, administration de CT (sans CT vs post-op CT vs pré-op CT seule), histologie (épidermoïde vs autres), nombre de sites ganglionnaires médiastinaux (0 vs 1 vs 2+), utilisation du TEP-scanner avant-traitement (oui/non)
- Objectif principal : survie sans progression
- Objectifs secondaires : survie globale, modalités de récurrence, rechute locale, second cancer et toxicités liées aux traitements

Lung ART, étude de phase III (IFCT-0503, UK NCRI, SAKK) (3)

Survie sans progression (objectif principal)

	Contrôle	PORT
Médiane SSP	22,8 mo (IC ₉₅ : 17-37)	30,5 mo (IC ₉₅ : 24-49)
SSP à 3 ans	43,8 % (IC ₉₅ : 37-51)	47,1 % (IC ₉₅ : 40-54)

- Analyse principale (modèle de Cox ajusté)
 - HR = 0,85
 - IC₉₅ : 0,67-1,07
 - p = 0,16



Devenir du Patient

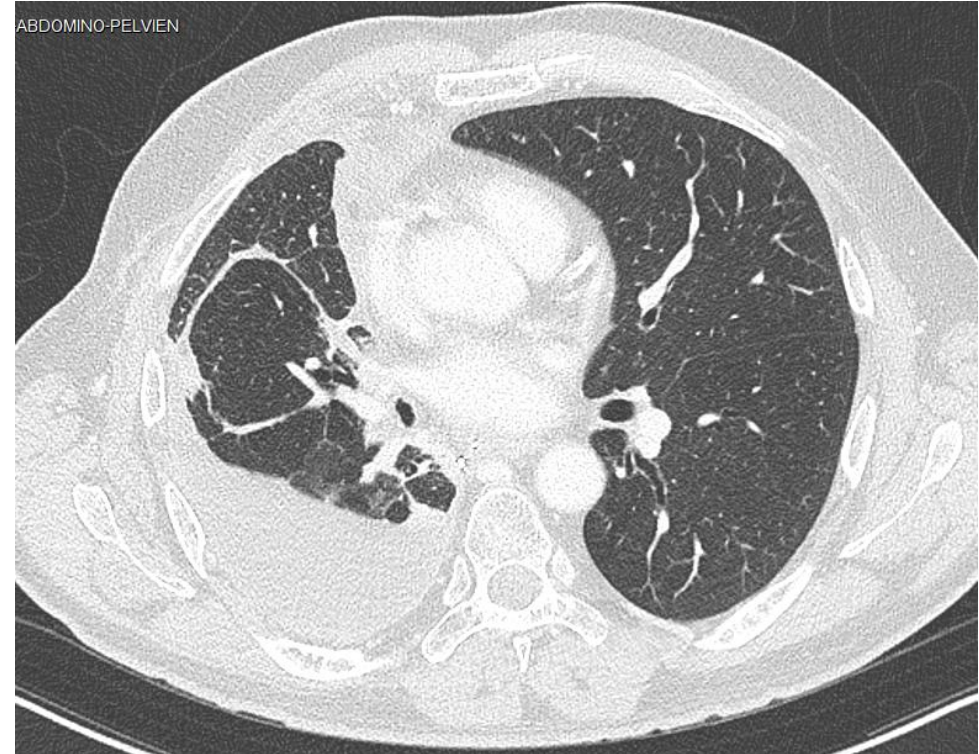
- **RT-CT Adjuvante**
- **Un an après les traitements Adjuvants:**

ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE SUR COUPE EN PARAFFINE

(Machine automate Roche Ventana Benchmark XT-ULTRA) : CK7 (Clone OV-TL 12/30, Thermo Scientific, 1/50) ; CK20 (Clone K20.8, BIOCARE, 1/5000) ; TTF1 (Clone 8G7G3/1, DIAGOMICS, 1/200)

Les marquages ne sont pas contributifs car l'unique amas de cellules cylindriques n'est pas identifiable sur les plans de coupe ayant servi aux marquages. Aucune technique complémentaire notamment de biologie moléculaire ne pourra être réalisée sur ce matériel.

CONCLUSION LIQUIDE PLEURAL (cytologie) : matériel hémorragique peu cellulaire avec présence d'un exceptionnel amas de cellules cylindriques dont la nature est indéterminée.



Quelles propositions, récurrence métastatique?