

PLACE DE LA BIOPSIE TRANS-PARIETALE DANS LE DIAGNOSTIC DES CANCERS BRONCHOPULMONAIRES

**Dr Sylvie BLANGY (Imagerie médicale)
Dr Elisabeth AUBERGER (Anatomo-pathologie)
Dr Christian DELAFOSSE (Pneumologie)
Dr François BELLENOT (Chirurgie thoracique)
Dr Amel SEKKAI (Oncologie médicale)
Hôpital Simone Veil, CH Eaubonne-Montmorency
France**

CONTEXTE FRANCAIS DU CANCER BRONCHO-PULMONAIRE

- Près de 37000 nouveaux cas en 2010.
- Age moyen : 65 ans.
- Ratio homme / femme : 80% / 20% (en croissance).
- Homme: 1^{er} cause de mortalité par cancer / femme : 4^{ème} cause.
- Souvent localement avancé ou métastatique au diagnostic.

CPNPC(85%)-FREQUENCE ET SURVIE / STADE

Stade	Fréquence au diagnostic	Survie relative à 5 ans
Cancer localisé Stade I et II	15 à 30 %	52,6%
Cancer localement avancé Stade III	20 %	23,7%
Cancer métastatique Stade IV	40 à 55%	3,8%
Tous stades	100%	15,6%

CARACTERISTIQUES DES 4 TYPES HISTOLOGIQUES

	Epidermoïde	Adéno K	Grandes cellules	Petites cellules
Fréquence	30%	45% en croissance	10%	15%
Sexe	M > F	F > M	M > F	M > F
Tabac	+++	++	+++	+++
Topographie	Proximal	Périphérique	Périphérique	Proximal médiatinal
Métastases	+ (tardives)	++	++	++++ (précoces)
Macroscopie	Bourgeon	Variable	Variable	Infiltration
Staging	TNM	TNM	TNM	Localisé/étendu
Traitement	Chir + / - Radio T et Chimio T	Chir + / - Radio T et Chimio T	Chir + / - Radio T et Chimio T	Chimio T + / - Radio T

DIAGNOSTIC=PRELEVEMENT DE LA TUMEUR

- Biopsies au cours de fibroscopie+/-brossage, lavage, aspiration :
 - tumeur centrale : 80% de rentabilité.
 - lavage et aspiration guidée par le scan si tumeur non visible.
- Chirurgie d'emblée si nodule solitaire très suspect et patient opérable.
- Biopsies transpariétales sous guidage scanner :
 - d'emblée si lésion périphérique.
 - si fibroscopie négative.
 - sensibilité 90% ; spécificité 97%.
 - dans bilan d'extension si gros ganglion non accessible en médiastinoscopie.

TECHNIQUE DE LA BIOPSIE TRANSPARIETALE

- Repérage de voie d'abord sur scanner diagnostique :
 - accès le plus court (décubitus dorsal ou latéral, procubitus).
 - éviter les scissures (risque pneumothorax et carcinologique)
 - éviter bulles d'emphysème et gros vaisseaux.
 - éventuellement sur zone hyperfixante au Petscanner.
- Bilan d'hémostase : TP(50%), TCA(2xN), Plaquettes (100000).
- Information éclairée et recherche de l'accord du patient.
- Hospitalisation de jour et prémédication (Sulfate de morphine et Alprazolam).

PRATIQUE DE LA BIOPSIE TRANS THORACIQUE

- **Précautions d'asepsie.**
- **Anesthésie locale de la peau à la plèvre : 22G, axe du trajet sous contrôles TDM répétés.**
- **Un seul franchissement de la plèvre, en apnée, avec aiguille porteuse 18G, positionnée à l'entrée de la lésion.**
- **Prélèvements en co-axial avec Tru-cut 20 G: échanges sous apnée.**
- **Mise au formol.**



5mm
0mm
0mm
18

15.0

10.0

5.0

5.0

10.0

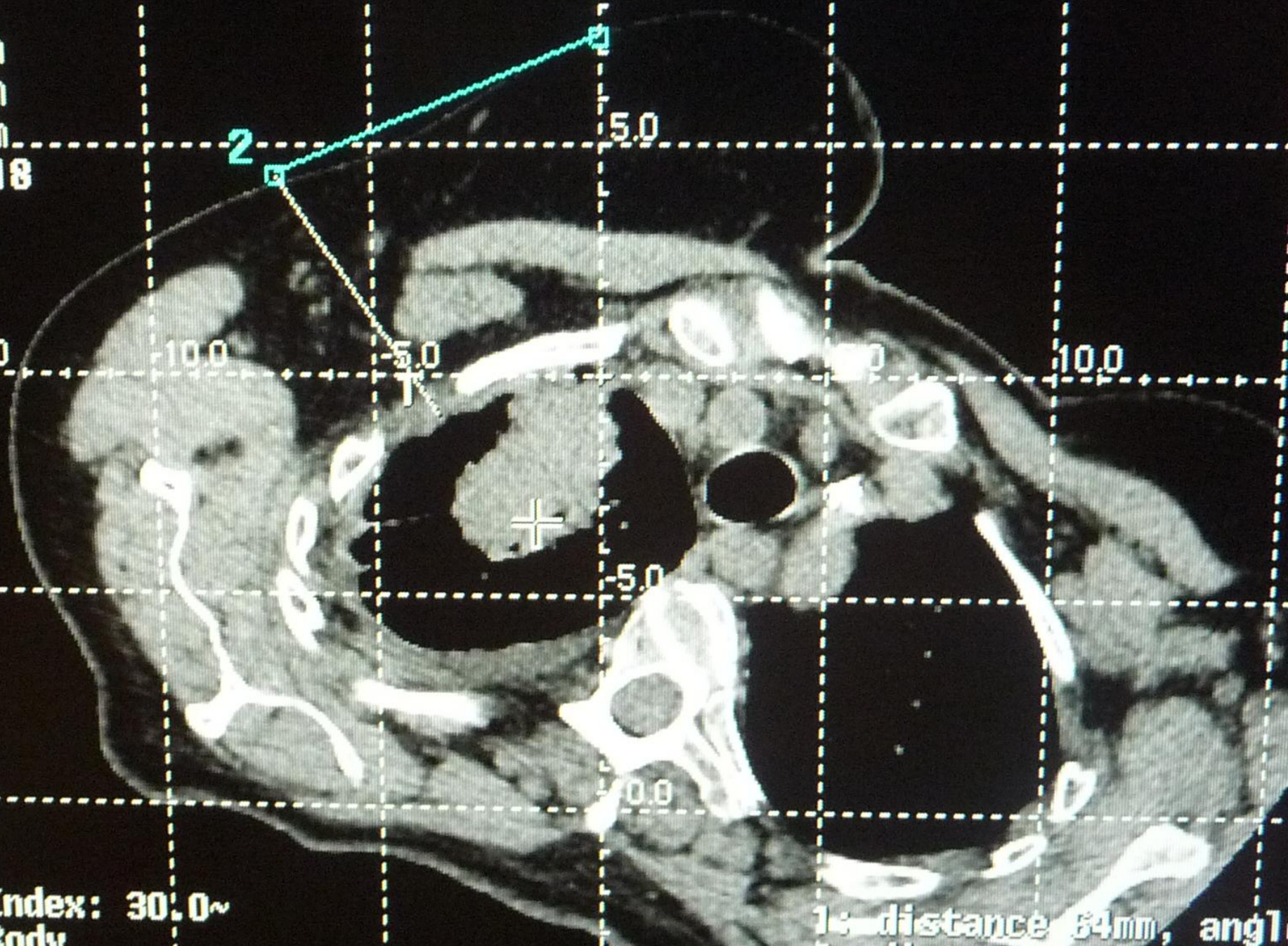
5.0

0.0

20
94

Index: 30.0~
Body

1: distance 64mm, angl





6mm
3mm
0mm
-131

00
70

e Body
000/11

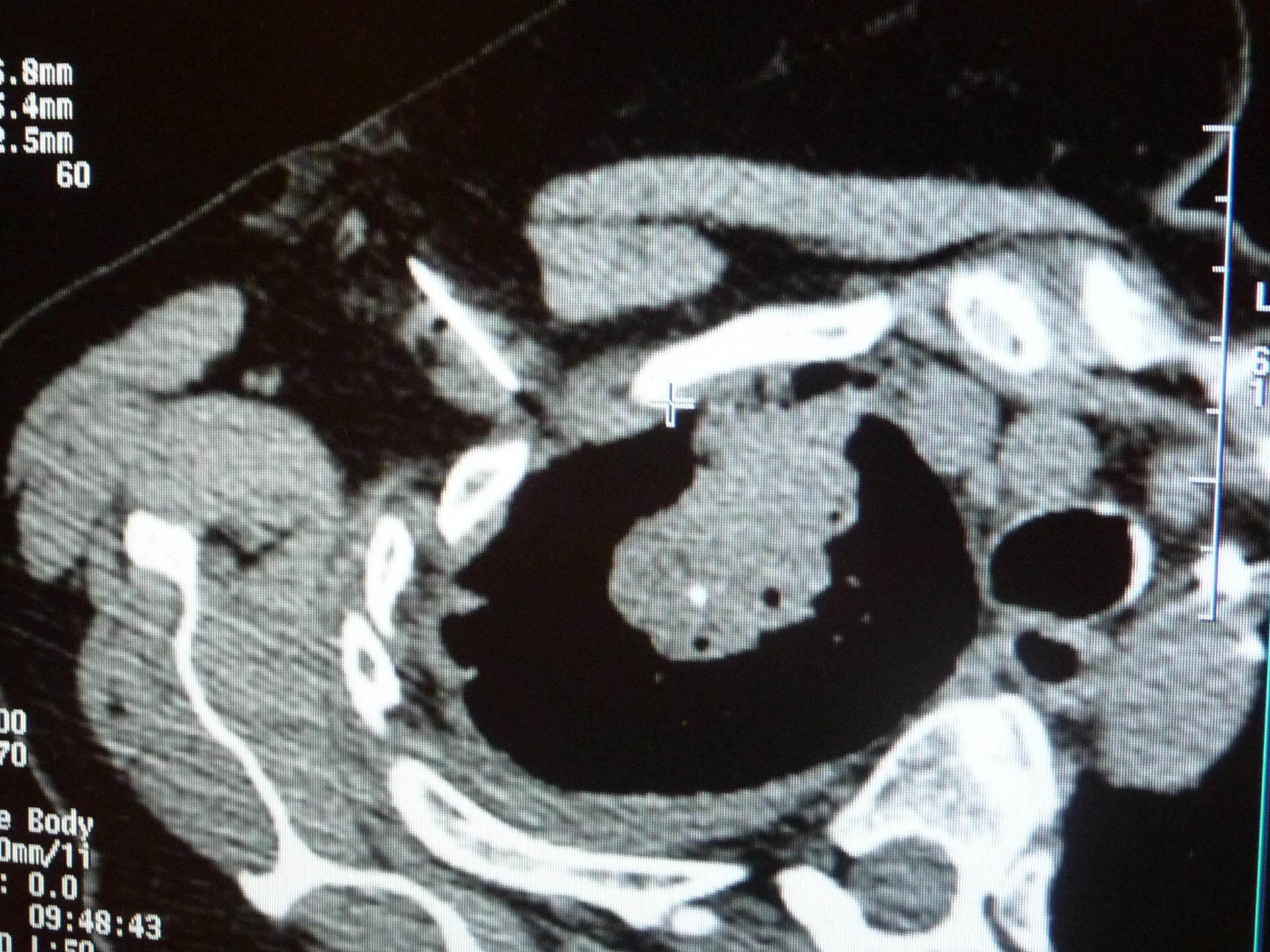
1: distance 82mm, angle 36



8mm
4mm
5mm
60

00
70

e Body
0mm/11
: 0.0
09:48:43
0 1:50





148.8mm
35.0mm
80.0mm
= -992

/ 100
A 170
arge Body
500mm/1i
1t: 0.0
5s 09:59:36
390 L:14

P 104

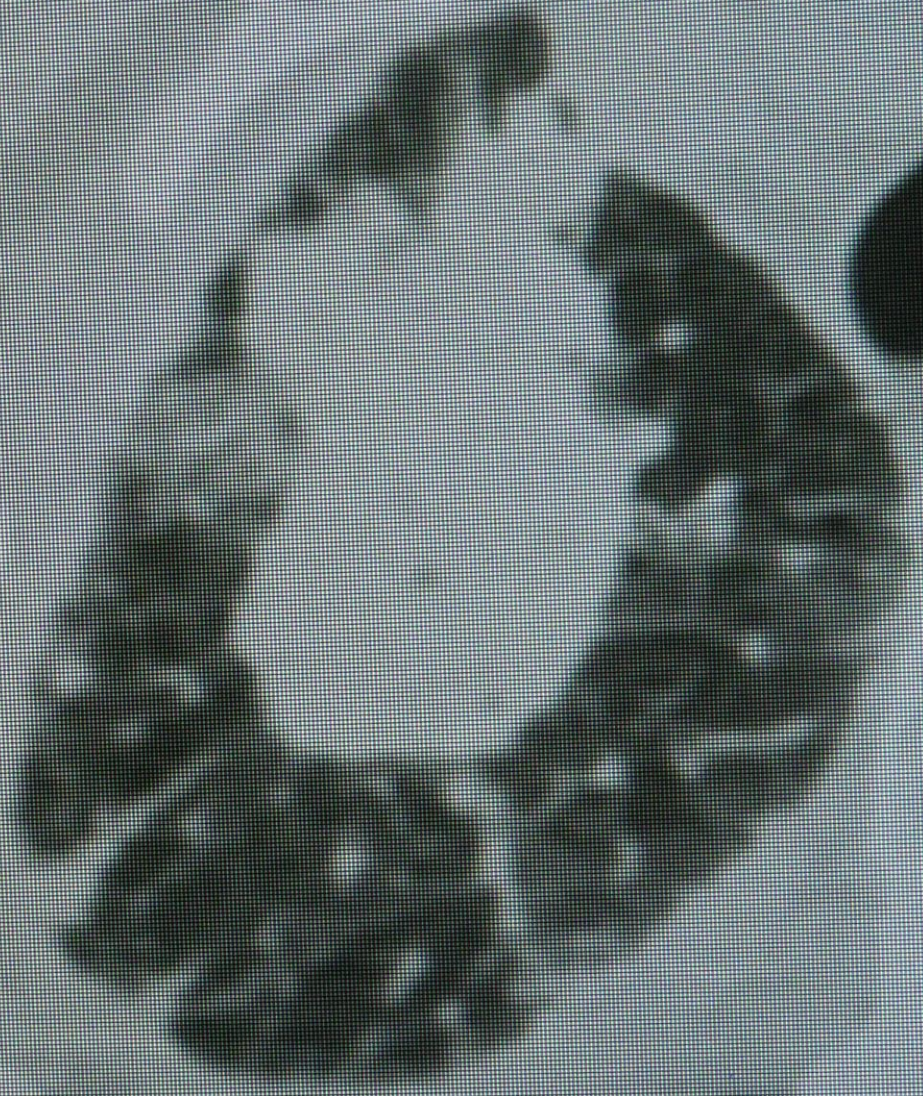








index: 30.0w
ody
/55.00 1.375:1



COMPLICATIONS DE LA BIOPSIE TRANSPARIETALE

- Pneumothorax : 20% à 30% mais 3% besoin de drainage / immédiat sur CT de fin de procédure ou retardé (RX avant sortie).
- Hémoptysie : le + svt minime et transitoire / signes d'hémorragie alvéolaire au CT de contrôle.
- Autres exceptionnelles : embolie gazeuse, propagation tumorale...
- Discussion bénéfice/risque en RCP pour patients à risques: poumon unique, IRC sévère, bulles d'emphysème péri lésionnelles, HTAP...
- Evaluation des difficultés d'abord : petite taille, interposition de côte, de bulle ou scissure, profondeur et proximité vx...



NOTRE EXPERIENCE CES 3 DERNIERES ANNEES

- 122 Biopsies sous guidage TDM (119 dont 2 RF), ou ECHO (3).
- 4 échecs : 98% de performance.
- 34% pneumothorax : le plus souvent minime / 1 drainage de 5 jours.
- 33% saignements : 35 hgies alvéolaires/ 6 hémoptysies résolutives dont 1 abondante arrêtant la procédure.
- 1 hématome limité de paroi en axillaire.

RESULTATS : 118 biopsies = 45 non CBP

BENINS 24	AUTRES CANCERS 21
Tuberculose Sarcoïdose 7	Métastase 14
Pneumopathie- Nécrose- Fibrose 10 (4 faux <0)	Lymphome 3
Alvéolite 3 (2 faux<0)	Sarcome 2
Wegener 2	Indéterminé 2
Aspergillose 1	
Hamartome 1	

RESULTATS : 118 biopsies = 73 CBP

EPIDERMOIDE 16	ADENO- CARCINOME 46	GRANDE CELLULE 6	PETITE CELLULE 5
22% des CBP	63% des CBP	8 % des CBP	7 % des CBP
12 H / 4 F	31 H / 15 F	6 H / 0 F	4 H / 1 F
4 Chir	4 Chir	2 Chir	0 Chir

**RESULTATS : 118 biopsies ➔ 13 Chirurgies
➔ 107 Suivis évolutifs**

- **10 corrélations histologiques des CBP.**
- **6 faux négatifs (nécrose ou fibrose = CBP sur 3 chirurgies et 3 malins sur évolution).**
- **Sensibilité = $VP : VP + FN = 95\%$.**
- **Spécificité = $VN : VN + FP = 100\%$.**

NOTRE EXPERIENCE CES 3 DERNIERES ANNEES

- **205 diagnostics histologiques de CBP :**
 - **73 par Biopsie trans-pariétale (35,6 %).**
 - **129 par Biopsie sous fibroscopie.**
 - **3 par Biopsie chirurgicale ou pièce.**
- **Différences BTP/ Fibro:**
 - **plus d'adénocarcinomes (63% versus 36%).**
 - **moins de CBPPC (7% versus 17%).**

CONCLUSION

- BTP = acte de radiologie interventionnelle essentiel dans la prise en charge diagnostique des CBP.
- Morbidité très faible : 1 drainage de pneumothorax et 1 hémoptysie abondante.
- Sensibilité et Spécificité élevées : 95 et 100%.
- Technique ouvrant la voie à des actes thérapeutiques : thermo-ablation par radiofréquence.