

qui a montré une différence statistiquement significative entre les différents sous-types d'adénocarcinomes avec $p < 0,05$.

Conclusion: Ces **résultats** doivent être confirmés par des études multivariées qui peuvent montrer des **résultats** statistiquement plus puissants.

36 FAUDRAIT-IL RÉVISER LE STATUT GANGLIONNAIRE (PN) DE LA CLASSIFICATION PTNM DES CARCINOMES NON À PETITES CELLULES PULMONAIRES?

M Mlika¹, S Boudaya², F Chermiti³, E Braham¹, I Helal¹, O Ismail¹, T Kilani¹, F El Mezni¹

1 : Service d'Anatomie Pathologique

2 : Service de Chirurgie Thoracique

3 : Service de Pneumologie Hôpital A Mami. Ariana

Introduction: Le statut ganglionnaire des carcinomes non à petites cellules pulmonaires n'a pas été révisé depuis 1997. Ce fait a poussé certains auteurs à en démontrer les limites.

Matériel et méthodes: Dans ce travail, notre **but** est d'évaluer la valeur pronostique de l'actuelle classification pTNM en la comparant à une classification basée sur le rapport des ganglions métastatiques par la totalité des ganglions réséqués (LNR) et une classification basée sur le nombre total de ganglions métastatiques (nLN). De plus, nous avons tenté de mettre en évidence le nombre total de ganglions réséqués nécessaires.

Nous rapportons une étude rétrospective à propos de 39 cas d'adénocarcinomes pulmonaires diagnostiqués sur des pièces opératoires. Nous avons comparé les courbes de survie des patients selon la classification actuelle pTNM, la classification selon le RLN et celle selon nLN. Dans la classification selon nLN, les patients ont été classés selon 3 catégories: nN0 (pas de métastases ganglionnaires), nN1 (1 à 2 ganglions métastatiques) et nN2 (2 ganglions métastatiques). Dans la LNR classification, les patients ont été classés selon 3 catégories: rN0 (0%), rN1 (12). Concernant le nombre total de ganglions réséqués, les patients ont été classés en 2 groupes: celui où le nombre de ganglions 10 et le groupe où le nombre de ganglions 15.

Résultats : Nos **résultats** ont montré une différence statistiquement significative entre les survies des patients en adoptant une classification basée sur le ratio entre le nombre de ganglions métastatiques et celui du nombre total des ganglions réséqués. De plus, ils ont montré une survie plus prolongée des patients avec un nombre important de ganglions réséqués.

Conclusion: Notre étude a montré que le ratio ganglions métastatiques/ nombre total de ganglions réséqués représentait un important facteur pronostique mais d'autres études semblent nécessaires afin de standardiser cette classification.

37 L'ADÉNOCARCINOME PULMONAIRE DU SUJET ÂGÉ. A PROPOS DE 64 CAS.

H.Mahou, S.Joobeur, H.Mribah, S.Cheikh M'hamed, A. Ben Saad, N.Skhiri, A.Migaou, S.Blel, N. Rouetbi, A. El Kamel.

Service de pneumo-allergologie de Monastir. EPS FB Monastir.

Introduction: L'adénocarcinome pulmonaire primitif chez le

sujet âgé constitue une entité assez fréquente. Sa prise en charge pose un problème quotidien pour le clinicien du fait de l'incidence élevée de ce cancer et du vieillissement de la population.

But: Etudier les particularités cliniques, thérapeutiques ainsi que la survie de l'adénocarcinome pulmonaire primitif chez le sujet âgé (≥ 70 ans).

Résultats : Sur 322 patients, 19, 87% sont des sujets âgés. La majorité de nos patients sont du genre masculin (84, 4%), avec un âge moyen de $74, 8 \pm 5$ ans. 78, 2% sont tabagiques avec une consommation moyenne de 53 ± 26 PA. Des comorbidités pulmonaires ont été notées dans 26, 6% des cas dont 12 patients avaient une BPCO et des comorbidités extrapulmonaires dans 51, 6% des cas. 48, 5% des patients avaient un PS ≥ 2 . La fibroscopie bronchique n'a pas pu être pratiquée chez 20 patients devant l'âge avancé et les comorbidités. Le diagnostic a été fait à un stade localement avancé ou métastatique dans 84, 4% des cas. 11 patients ont bénéficié d'un doublet de chimiothérapie, alors que 7 patients ont reçu une mono chimiothérapie. Un simple traitement symptomatique était indiqué chez 36 patients. Un patient a reçu une radiothérapie thoracique et 2 patients ont bénéficié d'une résection chirurgicale. Une contre indication à un traitement spécifique (chimiothérapie, chirurgie), liée à l'âge avancé ou à une altération de l'état général ou insuffisance respiratoire, a été notée chez 27 patients. La médiane de survie chez nos patients était de $5 \pm 0, 7$ mois, la survie à 1 an et 2 ans était de 20, 6% et 0% respectivement.

Conclusion: Il n'existe pas jusqu'à présent un standard thérapeutique concernant l'adénocarcinome chez le sujet âgé. Seule une évaluation gériatrique comprenant une évaluation de l'état fonctionnel, de l'indice de performance et des comorbidités permet de guider le choix thérapeutique.

38 LA CHIMIOTHÉRAPIE DANS LE CBNPC STADE IV

I.Hammami, N.Bahloul, Ketata W, Moussa N, Feki W, I.Yengui, A.Ayoub.

Service de pneumologie. CHU Hédi Chaker de sfax

Introduction : Les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) représentent 80% des cancers broncho-pulmonaires (CBP). Ils sont découverts à un stade d'emblée métastatique dans plus de 40% des cas dont le traitement repose sur la chimiothérapie cytotoxique.

But : Préciser la prise en charge des CBNPC stade IV et évaluer la réponse à la chimiothérapie.

Matériels : Il s'agit d'une étude rétrospective qui comporte 200 patients suivis au service de pneumologie de sfax pour un CBNPC stade IV.

Résultat : L'âge moyen de nos patients au moment du diagnostic du CBP a été de 55 ans avec sex ratio égal à 8 ; la consommation de cigarettes était retrouvée chez 71 patients (89% des cas). L'adénocarcinome était le type histologique prédominant (77% des cas) suivi du carcinome épidermoïde (16% des cas) puis le carcinome à grandes cellules (4% des cas)

et le carcinome indifférencié dans 1% des cas. Les métastases révélées lors du diagnostic étaient : pulmonaires dans 41% des cas ; cérébrales dans 36% des cas ; osseuses dans 33% des cas et surrénaliennes dans 18 % des cas. Tous les patients ont reçu une chimiothérapie palliative de première ligne dont les protocoles les plus utilisés étaient : Cisplatine- Gemcitabine (42%) ; Cisplatine -Etoposides (21%) ; Paraplatine- Etoposide (15%) et Cisplatine-Vinorelbine (7, 5%). Un seul patient a reçu une mono chimiothérapie à base de Gemcitabine. Une réponse tumorale partielle a été objectivée chez 12 patients (22% des cas) et une stabilité tumorale a été observée chez 11 patients. La chimiothérapie de maintenance a été indiquée chez 21 patients. 12% des patients ont reçu une chimiothérapie de 2ème ligne : à base de Pemetrexed (Alimta*) dans 7cas et Docétaxel (Taxotère*) dans 3 cas. L'évolution était une progression tumorale dans 83% des cas ; une stabilité tumorale chez 2 patients seulement. Une chimiothérapie de troisième ligne était réalisée chez ces 2 patients à base de Vinorelbine pour l'un et à base de Taxotère pour l'autre. La survie à un an était de 32% et à 2 ans de 7, 5%, aucune survie à 3 ans.

Conclusion : Bien que le traitement des formes métastatiques des CBNPC par la chimiothérapie a un impact sur la survie et permet d'améliorer la qualité de vie des patients mais aussi l'avènement des cytotoxiques de 3ème génération a amélioré le rapport efficacité- tolérance de la chimiothérapie et a introduit la possibilité d'utiliser plusieurs lignes de traitement.

39 LA MALADIE VEINEUSE THROMBOEMBOLIQUE EN CAS DE CANCER BRONCHO-PULMONAIRE

E.Ben Salah, H. Racil, S. Cheikh Rouhou, N. Chaouch, S. Bacha, A. Chabbou

Service de pneumologie (pavillon II), Hôpital Abderrahmen Mami 2080 Ariana Tunisie.

Introduction : Le cancer broncho pulmonaire(KBP) est l'un des plus grands pourvoyeurs de maladie veineuse thromboembolique (MVTE). Elle est favorisée par la stase veineuse, l'hypercoagulabilité et les lésions vasculaires induites par la chimiothérapie et les cathéters centraux.

But : Étudier le profil radio-clinique et biologique des patients ayant un KBP compliqué de MVTE et préciser sa valeur pronostique chez cette population.

Méthodes : Étude rétrospective, type cas-témoins, comparant 36 patients ayant un KBP compliqué de MVTE confirmée (G M) et 50 cas de KBP sans MVTE (G T).

Résultats : quatorze cas d'embolie pulmonaire(EP) ont été notés (38, 88%) et 22 cas de thrombose veineuse profonde (61, 11%) dont la localisation était : membre inférieur (n=12), membre supérieur(n=1), veine jugulaire interne(n=3), veine sous Clavière (n=4), veine cave inférieure (n=2), veine cave supérieure(n=1) et veine pulmonaire(n=2). La moyenne d'âge était 58, 13 ans (G M) et 57, 94 ans (G T).Tous sont de sexe masculin. On n'a pas trouvé de différence significative concernant les antécédents médicaux ni chirurgicaux. Pour les signes cliniques, la fièvre était plus fréquente chez le GM (25% vs 8% ; p=0, 03). Concernant le calcul de la probabilité clinique

de l'EP on n'a pas trouvé de différence significative entre les deux groupes. Un taux de D dimères 0, 3 µg/l était plus fréquent dans le G M (81, 82% vs 20%; p=0, 005). Des perturbations gazométriques à type d'hypoxémie étaient plus fréquentes dans le G M (58, 33 % vs 28% ; p=0, 005). Le carcinome non micro-cellulaire était le plus fréquent (86, 11%) ainsi que le stade IV (G M : 78, 78% vs G T : 52, 27% ; p=0, 017). Le délai moyen de survie dans le GM était de 8, 83 mois+1, 6 contre 20, 2 mois + 4, 8 pour le G T ; p=0, 55.

Conclusion : La MVTE en cas de KBP est souvent sous diagnostiquée, l'intérêt des scores de probabilité clinique est minime chez cette population. La survenue de MVTE chez ces patients témoigne d'une maladie avancée.

40 LES TUMEURS MÉDIASTINALES À PROPOS DE 30 CAS

N.Gater, S.Nafti

Clinique des maladies respiratoires, CHU Mustapha

Les tumeurs médiastinales constituent un groupe hétérogène de tumeurs malignes ou bénignes, qui posent un problème diagnostique lié à la difficulté d'accès aux lésions.

Dans cette étude rétrospective, nous avons colligé 30 cas hospitalisés dans notre service sur une période de six ans (2006-2012).

Il s'agit de 15 hommes et 15 femmes dont l'âge varie de 16 et 77 ans, avec une moyenne de 33 ans.

La douleur thoracique a été le motif de consultation chez 19 patients.

L'examen clinique a retrouvé des adénopathies périphériques chez 18 patients, un syndrome cave supérieur chez 10 cas, un épanchement pleural liquidien chez 10 patients, un épanchement péricardique chez 7 cas et une voussure pariétale chez 5 patients.

La localisation médiastinale antérieure et moyenne est retrouvée chez 19 patients, médiastinale postérieure chez 5 cas. La fibroscopie bronchique a mis en évidence un aspect de compression extrinsèque chez 17 malades, une infiltration bourgeonnante de la muqueuse chez 7 cas, un aspect normal chez le reste des patients. Le diagnostic a été posé par biopsie ganglionnaire chez 8 malades, biopsie transpariétale scannoguidée chez 10 cas, biopsie chirurgicale chez 4 malades, biopsie bronchique chez 4 cas et biopsie pleurale chez un cas. L'étude histologique a conclu à un lymphome malin non Hodgkinien chez 6 patients, lymphome malin Hodgkinien chez 8 cas, 1 sarcome, 1 thymome, un cas de sarcoidose, 1 carcinome mammaire, 4 carcinomes bronchiques, 4 biopsies non concluantes avec 5 décès en cours d'exploration. 16 patients ont été traités par chimio radiothérapie et 9 malades par des soins palliatifs.