

**UNIVERSITE René DESCARTES
(PARIS V)**

Président Pr P. DAUMARD

DEA D'ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE

Directeur Pr C. HERVE

Promotion 1999-2000

TITRE DU MEMOIRE :

CLASSIFICATION T.N.M.,

CANCER BRONCHO-PULMONAIRE NON A PETITES CELLULES

ET ETHIQUE MEDICALE :

A LA RECHERCHE D'UNE « SAGESSE PRATIQUE »

Présenté par : **Rédha SOUILAMAS**

Directeurs de Mémoire : Marc RIQUET, Nacira GUENIF

CLASSIFICATION T.N.M.,
CANCER BRONCHO-PULMONAIRE NON A PETITES CELLULES
ET ETHIQUE MEDICALE :
A LA RECHERCHE D'UNE « SAGESSE PRATIQUE »

Rédha SOUILAMAS

RESUME

Le but de ce travail est de questionner d'un point de vue éthique la prise en charge du cancer broncho-pulmonaire non à petite cellule dictée par la classification internationale T.N.M.. Cette réflexion est réalisée partir de trois corpus : la revue de la littérature, les publications internes au service où j'exerce et enfin à partir d'une analyse des résultats d'un examen sanctionnant une formation universitaire d'une année abordant entre autres les questions du cancer broncho-pulmonaire, de la classification TNM et des attitudes thérapeutiques qui en découlent. L'hypothèse qui fonde cette démarche est que la classification TNM ne répond pas à la visée éthique fixée par ses concepteurs parce qu'à l'usage, la perte de chance consécutive à un « mauvais » classement la rend injuste. Certains des patients les plus atteints, au pronostic pourtant différent, sont classés sans distinction dans un même stade, sans tenir compte de tous les facteurs pronostiques de cette maladie. Les systèmes s'expliquant à la marge, ceux-ci se voient privés d'une chance de survie plus grande voire d'une guérison que pourrait leur procurer une attitude thérapeutique radicale. Une posture plus délibérative et interdisciplinaire permettrait, dans le respect de la volonté des individus atteints, de passer plus de malades du palliatif au curatif.

MOTS CLES : éthique, cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules, classification T.N.M.

PLAN

Introduction

I- Historique et description du TNM

II- Réflexion critique sur le TNM

A- Revue de la littérature

B- Etudes et publications réalisées par le service de chirurgie thoracique Hôpital Laënnec,
Paris

C- Résultats et analyse de l'examen du Diplôme inter-universitaire de Chirurgie
Thoracoscopique et de Pneumologie Interventionnelle.

III- Réflexion éthique sur le TNM.

Conclusion

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION

L'éthique en médecine a depuis l'antiquité consisté à faire le choix de la vie contre la mort et ses manifestations.

Qu'en est-il des questions d'éthique dans des sociétés modernes où la légitimité de l'individu le place en position de décider pour lui-même ?

Force est de constater que certains protocoles thérapeutiques ignorent cette légitimité et se substituent à l'individu pour décider de son droit à la vie ou à la mort.

Ces protocoles thérapeutiques découlent de classifications qui, bien qu'elles visent à optimiser les chances de guérison selon le stade de la maladie, assignent cependant certains malades à un pronostic de survie inadapté.

En effet, la classification TNM dans le cancer bronchique non à petites cellules est une classification anatomique. Elle distingue les patients par stade selon la taille de la tumeur et l'envahissement des organes voisins (T), selon l'atteinte ganglionnaire médiastinale (N), et la présence de métastases (M). Cependant, celle-ci regroupe parfois dans un même stade des patients au pronostic différent, qui devraient, selon le stade réel de leur maladie, bénéficier d'autres projets thérapeutiques, améliorant ainsi leur survie comme le montre certaines études.

Ne serait-il pas préférable de questionner certains aspects ou l'intégralité de cette classification qui demeure imparfaite ?

Faut-il classer les malades par stades ?

Comment évaluer la perte de chance ou l'acharnement ?

Enfin et surtout, quelle place fait-on à la liberté de décision de l'individu atteint ?

Telles sont les questions qui m'apparaissent fondamentales pour l'exercice de l'oncologie thoracique et de la chirurgie thoracique carcinologique.

Tels sont les problèmes éthiques que je rencontre dans ma pratique quotidienne.

Sans prétendre répondre à ces questions, je souhaiterais apporter ma contribution à une reformulation soucieuse de la dimension individuelle du malade trop souvent réduite à une agrégation d'organes.

Toutefois, les éléments ainsi recueillis contribueront sans nul doute à changer mon approche des individus malades, le regard que je porte sur eux et donc ma pratique.

II- HISTORIQUE ET DESCRIPTION DU TNM

L'Union Internationale contre le Cancer (U.I.C.C) avait entrepris depuis plusieurs années l'étude d'une règle générale de classification.

Le système TNM a été présenté en 1959 par Pierre Denoix et coll.(1) à l'Institut Gustave Roussy et s'était inspiré très largement du rapport du comité de l'U.I.C.C. pour la classification des cancers par stades cliniques et son emploi statistique.

L'objet de cette classification était de :

- aider le clinicien à établir le traitement,
- fournir des indications sur le pronostic,
- faciliter l'évaluation des résultats thérapeutiques,
- permettre l'échange de renseignements entre les centres de traitement,
- concourir à la poursuite des recherches concernant le cancer humain.

Le but principal d'un accord international sur un plan de description clinique et de classification des tumeurs malignes devait être de fournir une méthode permettant de transmettre cette expérience aux autres chercheurs . Un tel système devait être simple, pratique et susceptible de révision afin de se plier à l'évolution des idées.

Ce système se devait d'être d'abord clinique afin de permettre aux différentes spécialités d'utiliser les modes d'examen qui leur sont communs.

La méthode d'examen utilisée comprenait : l'examen clinique général ,l'examen aux rayons X et l'examen par les instruments courants de diagnostic clinique. Cette classification ne comporte pas, dans ses éléments communs de bases les résultats des examens chirurgicaux et anatomo-pathologiques . L'auteur précise que des dispositions supplémentaires doivent être prises pour tenir compte des constatations opératoires et des résultats de l'examen anatomo-pathologique et pour

indiquer les cas dans lesquels le diagnostic clinique et l'envahissement des ganglions peuvent être confirmés ou non par un tel examen. En aucun cas de telles constatations ne doivent autoriser à modifier une catégorie déterminée avant tout traitement. Elles ne peuvent être utilisées que données sous forme de supplément. Il existe plusieurs critères suivant lesquels on peut classer les malades atteints de tumeurs malignes, tels que : localisation anatomique et envahissement clinique de la maladie décelé à l'examen clinique , la durée des symptômes , le sexe et l'âge du malade, le type histologique .

Cette classification par envahissement clinique de la maladie , que l'on appelait habituellement le «stade de la maladie » était la classification que le Comité de l'U.I.C.C. avait étudié.

L'habitude de diviser les cas de cancer en groupes suivant de prétendus " stades " est venue du fait que les taux bruts de survie ou de guérison apparente étaient plus élevés pour les cas dans lesquels la maladie était localisée que pour ceux dans lesquels la maladie s'était étendue au-delà de l'organe d'origine. On appelait ces groupes , stades " précoces " et " tardifs " impliquant ainsi une sorte de progression dans le temps.

Cependant le prétendu " stade " de la maladie au moment du diagnostic ou du traitement peut être le reflet , non seulement du degré de la croissance ou de l'extension du néoplasme , mais aussi du type de la tumeur , de la relation tumeur-hôte et de l'intervalle de temps écoulé entre le premier symptôme reconnu par le malade et le moment du diagnostic ou du traitement.

Le pronostic vrai d'un cancer ne peut être déterminé par la " classification par stades " ou même par le " degré de malignité ". Les cancers dits du " Stade I " ne sont pas nécessairement des cancers précoces ou dénués d'issue fatale.

On a entrepris la " classification par stades " des cas de cancer sur une grande échelle dans le but de diviser les groupes de cas en sous-groupes comparables, en vue d'une analyse comparative et d'une

évaluation du traitement. Cependant, la possibilité de diviser deux séries de cas différentes quelconques en sous-groupes similaires, en vue d'une comparaison, pose deux conditions que l'on ne rencontre probablement jamais, c'est-à-dire :

- Que les critères d'assignation à un sous-groupe soient si bien définis qu'ils ne puissent laisser subsister de doute et qu'aucun autre facteur sélectif additionnel se soit utilisé dans le processus ;
- Qu'il existe une similarité dans le groupe original, parmi les caractéristiques dont on ne tient pas compte, comme, par exemple, la possibilité de métastase.

Il est regrettable que les mots « stade » et « classification par stades » semblent indiquer une progression régulière et inévitable dans le temps qui n'a pas lieu en bien des cas. Pour éviter tout malentendu, il est proposé que le mot « stade » soit remplacé par le mot « classe » et défini comme « l'extension apparente de la maladie » quand on examine le malade cliniquement, et la « distribution par classes » comme le groupement des cas de cancer en catégories, suivant le degré de l'extension apparente de la maladie, en accord avec un plan déterminé.

Le but immédiat de la classification des cas de cancer est de faciliter l'analyse et la description précise, concise de l'extension apparente de la maladie, de sorte que cette description puisse être facilement diffusée et reproduite. Comme une telle description est objective, un accord sur les termes à utiliser ne touche guère le jugement personnel et devrait être facile à obtenir.

Le but éloigné de la classification peut être la combinaison de cas ayant certains facteurs communs, en groupes ayant un pronostic similaire ou exigeant un traitement du même ordre. Mais un jugement sur le pronostic ou le traitement est aussi influencé par l'expérience clinique individuelle et par l'équilibre entre l'extension de la maladie par rapport à la durée, la tendance biologique, l'âge, le statut hormonal, l'accessibilité. A cause de légères différences dans le matériel biologique, une combinaison

de cas satisfaisant à une institution peut ne pas en satisfaire une autre. Il est difficile d'obtenir un accord sur les combinaisons à utiliser sur le plan international. Mais si les divers facteurs concernant l'envahissement de la maladie peuvent être décrits avec précision, d'une façon concise et objective, une combinaison quelconque de ceux-ci peut être établie sans effort excessif. Pour les communications internationales, le groupement accepté sur le plan international serait utilisé : pour les études spécialisées, des combinaisons quelconques pourraient être valables.

L'existence de nombreux et divers groupements pour les différentes localisations de cancer reflète les divergences d'opinion, en ce qui concerne les combinaisons acceptables des degrés d'extension des tumeurs primitives, ainsi que les divers degrés d'extension aux ganglions lymphatiques et aux autres organes.

Le travail immédiat du clinicien est d'établir un pronostic et de décider du traitement qu'il espère le plus efficace. Ceci requiert, entre autres, une définition objective de l'envahissement de la maladie sous tous ses aspects. Il faut donc insister d'abord sur la prescription précise et complète des points suivants :

- a) la localisation primitive du néoplasme ;
- b) l'adénopathie régionale ;
- c) les métastases à distance.

Une telle description fournit la base d'une technique de classification ou de groupement quelconque et peut être utilisée dans n'importe quel centre de traitement. Cette classification descriptive doit pouvoir être étendue à des fins clinico-statistiques, si besoin est, et inclure tous les autres facteurs que l'on considère comme ayant un rapport avec le pronostic ou le traitement.

Il n'est pas souhaitable de proposer une classification qui, si elle est adoptée, puisse limiter

l'observation indépendante continue, restreindre la liberté de présentation des analyses de données, ou soit trop difficile à changer. Il est besoin de quelque chose de beaucoup plus simple, d'un accord pour chaque maladie, assez détaillée pour rendre possible la combinaison ou la recombinaison des cas suivant un plan déterminé quelconque. Les propositions du Comité de l'Union Internationale ont été étudiées pour remplir cette condition fondamentale.

A/ Description de l'extension de la maladie. Le système T.N.M.

« L'extension de la maladie » est un complexe que l'on peut considérer comme étant composé en premier lieu des trois éléments suivants :

- la tumeur primitive désignée par la lettre **T** ;
- l'adénopathie régionale désignée par la lettre **N** ;
- les métastases à distance désignées par la lettre **M**.

La description de l'extension de la maladie pour chacune de ces trois composantes est elle-même complexe. La description de la tumeur primitive (T), par exemple, implique la considération de plusieurs critères d'extension locale, dont le nombre varie avec chaque localisation (par exemple, dans le sein : la peau, le muscle, la paroi thoracique). Aussi, ces variations ou degrés d'extension locale, décrits le plus complètement possible, peuvent être désignés par des nombres (par exemple : T1, T2, T3, T4). Le même procédé peut être utilisé pour la condition clinique de l'adénopathie régionale (N) et pour les métastases à distance (M).

Ce système fournit une description précise, une identification et un code concernant les composants de l'extension clinique de la maladie. On peut concevoir un groupement par « classes » cliniques à partir de ces éléments (T N M).

Tous les cas examinés sont, sans exception, classés dans les catégories T, N et M. L'appartenance aux catégories T N M doit être déterminée avant tout traitement et ne sont pas modifiables, malgré les constatations que certains temps de ce dernier, chirurgie par exemple, a pu permettre de faire. Ces

constatations pourront constituer, nous le verrons, des suppléments.

La technique proposée de description et de classification applicable à toutes les localisations de cancer est composée en trois temps :

- Identification de l'extension de la maladie en utilisant les trois symboles : T : extension locale de la tumeur primitive ; N : condition de l'adénopathie régionale, et M : métastases à distance.
- Attribution à chacun de ces composants d'une série de chiffres indiquant les degrés de l'envahissement ou de l'extension, par exemple, T1, T2, T3, T4.
- Groupement des facteurs T N M en un petit nombre de classes cliniques.

1) Localisation primitive (T)

Les degrés d'extension locale sont signifiés par des nombres. On peut distinguer quatre degrés d'extension locale.

Pour certaines localisations, on peut utiliser moins de quatre catégories. (Une catégorie T 0 pourrait être utilisée pour indiquer qu'il n'y a aucun symptôme clinique ou radiologique de tumeur de la localisation primitive.)

2) Adénopathie régionale (N)

Le code clinique concernant l'adénopathie régionale et les métastases à distance est exprimé indépendamment de la localisation primitive. Les résultats concernant l'adénopathie sont exprimés par des nombres, par exemple : NO : pas d'adénopathie régionale palpable ; N1 : adénopathie régionale palpable et mobile ; N2 : adénopathie régionale partiellement ou complètement fixée ; Nx : adénopathie régionale non accessible et non visible.

Pour certaines localisations de cancer, on peut utiliser des catégories supplémentaires de N, par exemple N3.

3) Métastases à distance (M)

Les métastases à distance sont indiquées par la lettre M, qui peut se voir attribuer des subdivisions chiffrées selon les diverses localisations (exemple, M1 poumon, M2 os, etc.).

4) Groupement par classes cliniques

Cette méthode permet la combinaison des divers degrés des trois composants de l'envahissement de la maladie en un certain nombre de groupes cliniques admis à l'échelle internationale. De plus, le système à l'avantage de permettre une modification internationale de la classification par classes d'une manière précise en regroupant les symboles T N M.

Chaque cas clinique a fait l'objet d'une analyse descriptive lui donnant en quelque sorte son " étiquette " selon T, N et M. Cette étiquette, notée sur l'observation ne changera plus, mais ces éléments seront disponibles en vue de tout regroupement en classes admises sur le plan international ou autres dépendant du but du travail en cause.

5) Classification anatomo-pathologique complémentaire

En ce qui concerne les renseignements anatomo-pathologiques, il faut noter les points suivants :

- Les résultats de l'examen anatomo-pathologique ne modifient pas la classification par classes cliniques indiquées ci-dessus ;
- Les résultats de l'examen anatomo-pathologique de l'adénopathie peuvent être indiqués en ajoutant les symboles + ou - aux diverses catégories de N, par exemple N1-, N2+, etc. ;
- Le type histologique précis de la tumeur peut être établi en vue d'une exploitation mécanographique.

B/ Présentation des résultats thérapeutiques (Taux de survie)

Il est souhaitable de voir uniformiser le mode de présentation des résultats de façon telle que la lecture des articles les contenant soit aisée, même pour ceux qui ne seraient pas familiers avec la langue de l'auteur. Il importe tout d'abord que tous emploient la même terminologie.

Au-delà des questions de présentation et de terminologie, c'est la méthode même d'établissement des taux de survie qui varie d'un auteur à l'autre et interdit, à l'heure actuelle, toute espèce de comparaison.

Une étude de survie doit satisfaire correctement aux points suivants :

1. Définition précise du groupe de malades

Un groupe de malades n'est pas suffisamment défini quand on dit, par exemple, qu'il s'agit des cas " opérables ", les critères d'opérabilité étant éminemment variables d'un chirurgien à un autre. C'est donc une description rigoureuse, à partir des critères objectifs, qui s'impose. On devra utiliser la classification clinique qui vient d'être exposée, complétée par tout autre renseignement désirable, tel quel : malades traités antérieurement ou non, diagnostic confirmé histologiquement ou non, etc.

On devra décrire, en outre, avec précision le traitement utilisé.

Il est essentiel de mentionner enfin si l'étude porte bien sur tous les malades du groupe initial, ou si, au contraire, certains ont été supprimés en indiquant la nature et le nombre de ces derniers ; par exemple, en cas de traitement chirurgical, les sujets décédés du fait de l'opération.

2. Calcul correct du taux de survie

Il s'agit d'évaluer le taux de survie, à cinq ans par exemple, d'un groupe de 1000 malades. Cette évaluation ne poserait aucun problème si les 1000 malades avaient été suivis, chacun depuis l'événement origine de survie qui lui est propre, pendant une période de cinq ans : il suffirait de diviser le nombre de survivants à cinq ans par 1000 pour avoir le taux cherché.

La difficulté provient du fait que, pour deux catégories de malades, l'état à cinq ans n'est pas connu : les disparus et les malades de recul insuffisant.

a) Les *disparus* posent un problème difficile par le fait que leur disparition peut être l'indice d'une mortalité anormale : on peut imaginer, par exemple, qu'un malade perdu de vue est le plus souvent un malade décédé. Si on se contentait alors de supprimer purement et simplement ces malades de l'étude, l'examen du groupe restant conduirait à un taux de survie trop élevé. Force est donc de prendre en considération ces malades perdus de vue et de tenir compte de leur état à cinq ans en fonction de certaines hypothèses.

On peut supposer par exemple :

I Que les perdus de vue sont tous des décédés. C'est l'attitude préconisée par l'OMS. Elle conduit à un taux de survie par défaut.

2 Que les perdus de vue, au contraire, n'ont pas répondu parce qu'ils sont en bonne santé.

3 Que les perdus de vue ont la même mortalité que les autres malades, leur disparition étant en quelque sorte un fait « de hasard » (on peut alors, en général, les éliminer de l'étude).

Il est clair que ces diverses hypothèses - qui ne sont que trois exemples parmi d'autres - conduisent à des résultats assez différents. Si pour un groupe de 100 malades on a, au bilan à cinq ans : 50 décédés, 40 vivants, 10 perdus de vue, le taux de survie sera de 40 % dans l'hypothèse 1, 50 % dans l'hypothèse 2, 44 % dans l'hypothèse 3. Or, il n'est pas possible de dire d'une façon générale quelle est la meilleure hypothèse, car la nature des perdus de vue dépend de la façon dont on a suivi les malades, de la gravité du mal, etc.

Le problème des disparus sera résolu au mieux par les précautions suivantes :

- Il faut d'abord réduire au minimum possible la proportion de disparus. Divers auteurs ont pu, par des moyens appropriés, obtenir des performances remarquables : c'est ainsi que Berkson, à la Mayo Clinic, a pu suivre 10 000 malades opérées pour cancer du sein entre 1910 et 1954, avec seulement 1 % de pertues de vue pour les malades ayant cinq ans de recul et 3 % pour les malades ayant quarante ans de recul. On ne saurait trop insister sur la nécessité d'accomplir l'effort maximum dans ce sens. Il faudrait admettre, en règle générale, qu'une enquête précise de survie devrait comporter moins de 5 % de perdus de vue en cinq ans.

- Il faut ensuite, pour les perdus de vue qu'on n'a pu éviter, préciser quelle hypothèse on a choisie pour les faire intervenir dans le calcul et, en outre, les comptabiliser clairement dans le tableau de présentation des données, pour permettre les comparaisons à quiconque désirera refaire le calcul en fonction d'une autre hypothèse.

b) *Les malades de recul insuffisant* existent dans presque toute étude de survie. On cherche, en effet, le plus souvent à prendre en considération tous les cas dont on dispose, des plus anciens aux plus récents. Si on veut calculer la survie, à cinq ans par exemple, du groupe en question, il arrive alors

que l'état à cinq ans n'est pas connu pour les cas récents, parce que leur recul est trop faible.

Une solution simple et de bon sens consiste à n'évaluer la survie à cinq ans que sur le sous-groupe des malades ayant au moins cinq ans de recul. Cette solution constitue la méthode directe de calcul. Elle présente un inconvénient : le sous-groupe des sujets ayant au moins cinq ans de recul ne constitue en général qu'une faible partie du groupe initial, dont tous les autres sujets sont inutilisés. Aussi, a-t-on mis au point des méthodes actuarielles, permettant d'utiliser l'information des sujets de recul trop faible.

Les méthodes actuarielles sont à l'heure actuelle de plus en plus répandues. Elles conduisent à des résultats précis par un calcul relativement simple.

C/ Evolution du système TNM

En **1966**, l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) (2) l'a adopté comme mode d'évaluation de l'extension des cancers bronchopulmonaires fondé sur l'extension anatomique. (T : taille et extension directe de la tumeur primitive, N : extension ganglionnaire régionale et M : extension métastatique).

La classification TNM peut évaluer l'extension de la maladie à divers moments de son histoire :

Le *cTNM* (clinical TNM) est une évaluation clinique et paraclinique incluant les données de la médiastinoscopie.

Le *sTNM* (surgical evaluative staging) est une évaluation à partir des données de la thoracotomie exploratrice incluant les données des biopsies extemporanées.

Le *pTNM* (pathological staging) comprend les données cliniques et paracliniques, et les données de la thoracotomie et de l'analyse histologique de la pièce opératoire.

Le *rTNM* (retreatment staging) réévalue l'extension d'un cancer après échec thérapeutique lors d'une nouvelle prise en charge.

Le *aTNM* (autopsy staging).

En **1973**, sont proposés à partir de la classification TNM 5 stades (3) :

- Cancers occultes (Tx N0 M0),
- Stade IA (T1 N0 M0 et T2 N0 M0) ; Stade 1B (T1 N1 M0),
- Stade II (T2 N1 M0),
- Stade III (T3 N0 M0, T3 N1 M0 et T1 T2 T3 N2 M0),
- Stade IV (tous les M1).

En **1974**, l'American Joint Committee for Cancer (AJCC) (4) propose une autre classification des cancers bronchopulmonaires selon leur extension :

- Cancers occultes (Tx N0 M0),
- Stade I (cancer in situ Tis, T1 N0 M0 et T2 N0 M0) ; Stade 1B (T1 N1 M0),
- Stade II (T2 N1 M0),
- Stade III (T3 N0 M0, T3 N1 M0 et T1 T2 T3 N2 M0 et tous les M1).

Au fil du temps sont apparues des controverses vis-à-vis de ces anciennes classifications qui ont abouti à la mise au point conjointe par l'AJCC et l'UICC d'une nouvelle classification présentée par Mountain (5) à la 4ème Conférence Internationale sur les cancers bronchopulmonaires à Toronto en 1985. Elle est actuellement la référence internationale pour l'évaluation de l'extension de ces cancers repris en France par la Conférence de Consensus en 1992 (6).

En **1985**, Mountain redéfinit certains points de la classification internationale (annexe 1).

- Les tumeurs superficielles microinvasives s'étendant jusqu'à une bronche principale sont désormais classées *T1* et non pas Tis.

- Les tumeurs pariétales (y compris les tumeurs de l'apex et les tumeurs étendues au diaphragme) ou proximales (atteinte de la plèvre et/ou du péricarde) dont la résection chirurgicale est possible sont classées *T3*.
- Les tumeurs avec extension directe au médiastin, au cœur, aux gros vaisseaux, à la trachée, à l'oesophage et au rachis sont classées *T4*. Ces tumeurs étaient classées *T3* dans l'ancienne classification. L'envahissement carénaire est toujours classé *T4*.
- L'existence d'un épanchement pleural malin prouvé cytologiquement fait classer la tumeur *T4*. Dans quelques cas, l'examen cytologique du liquide pleural n'est ni hémorragique ni exsudatif (sur plus d'un prélèvement). Dans ces rares cas, il est licite de considérer que la pleurésie n'est pas en relation directe avec la tumeur et que la maladie peut alors être classée *T1*, *T2* ou *T3* (la pleurésie est alors exclue comme élément de classification).

L'atteinte des ganglions médiastinaux homolatéraux à la tumeur et/ou sous-carénaires est classée *N2*. On classera *N3* l'atteinte des ganglions médiastinaux ou hilaires controlatéraux et/ou l'atteinte des ganglions sus-claviculaires homo et/ou controlatéraux à la tumeur.

Il en résulte une classification en 5 stades (annexe 1) :

- Stade 0 : carcinome in situ (*Tis*),
- Stade I : *T1 T2 N0 M0*,
- Stade II : regroupe maintenant les *T1 N1 M0* et les *T2 N1 M0*,
- Stade III : divisé en stade IIIA avec tumeurs potentiellement résécables (*T3 N0*, *T3 N1*, *T1 T2 T3 N2 M0*) et en stade IIIB avec tumeur avec envahissement locorégional au-delà des possibilités chirurgicales (les *N3* et les *T4*).
- Stade IV : cancers avec métastase(s) à distance.

En 1985, dans une étude portant sur 3 141 patients, Mountain montre, respectivement pour les stades **I**, **II** et **IIIA**, une survie à 5 ans de **50**, **30** et **17 %** (7).

En **1993**, un supplément est publié par l'UICC comme « Commentaires pour l'utilisation uniforme du TNM » (8), puis détaillé par Mountain (9). Il précise certaines données. Dans *l'annexe 2*, nous avons regroupé la classification TNM et les divers " commentaires " concernant cette classification des carcinomes bronchopulmonaires : ces derniers figurent en italique. Cette annexe a déjà été publiée (10) et pourrait être utilisée en pratique courante.

Cette classification apporte des éléments plus précis d'évaluation post-opératoire du T3 et du T4.

Ainsi, les extensions à la paroi (y compris l'apex), au diaphragme, à la plèvre médiastinale, au feuillet pariétal du péricarde, à la graisse médiastinale et au nerf phrénique sont classées T3.

Les extensions macroscopiques ou histologiques au médiastin, au cœur, aux gros vaisseaux, à la trachée, à un corps vertébral, l'existence d'un épanchement pleural, ou péricardique malin, l'atteinte récurrentielle, l'obstruction de la veine cave supérieure, la compression de la trachée ou de l'oesophage, l'envahissement de la plèvre viscérale ou pariétale homolatérale ne pouvant résulter de l'extension directe de la tumeur sont classés T4.

Des éléments optionnels permettent de différencier des stades T3a et T3b (T3a : atélectasie ou pneumopathie obstructive d'un poumon entier, T3b : autre(s) critère(s) pour un T3).

Dans les stades T4 sont distingués les T4a (tous les T4 sauf T4b) et les T4b avec envahissement de la carène ou présence d'un épanchement pleural malin. Mais ce groupe de tumeurs T4 reste très inhomogène car la prise en charge d'une tumeur avec un envahissement carénaire ou d'une tumeur avec épanchement pleural est différente. La survie des patients pour ces deux types de tumeurs est aussi nettement différente, le T4b trachéal paraissant paradoxalement de meilleur pronostic que les T4a !

Des informations histologiques supplémentaires sont désormais prises en compte et classées avec le pT.

La présence de foyers tumoraux multiples dans le même lobe que la tumeur primitive fait surclasser

le pT de 1 (soit pT1 à pT2, pT2 à pT3, pT3 à pT4).

La présence d'un nodule tumoral supplémentaire dans un autre lobe toujours homolatéral fait classer la tumeur pT4 d'emblée.

Les cancers synchrones sont classés en fonction du T le plus élevé avec le nombre de tumeurs entre parenthèses. Se pose ici le difficile problème de distinguer les cancers synchrones de cancers avec métastases pulmonaires multiples (11).

La présence d'embols tumoraux veineux (V) ou lymphatiques (L) à l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire est prise en compte à l'aide des symboles V et L placés après le chiffre du T.

L'atteinte ganglionnaire est aussi définie avec plus de précision.

On ne doit retenir l'absence de métastase ganglionnaire (N0) que lorsque le curage ganglionnaire est complet, c'est-à-dire au moins six ganglions médiastinaux sont prélevés à des sites distincts et sont tous indemnes de métastases à l'examen.

La présence de métastases dans les ganglions homolatéraux paratrachéaux et paraoesophagiens est classée N2b, les autres atteintes ganglionnaires N2 sont classées N2a.

De même, pour les N3, l'atteinte sus-claviculaire ou scalénique est classée N3 et l'atteinte des ganglions hilaires ou médiastinaux controlatéraux N3a.

Des informations optionnelles pour l'évaluation du pN sont proposées concernant le nombre de ganglions envahis par rapport au nombre de ganglions examinés, le caractère fixé ou non des adénopathies, la présence de " micrométastases " ganglionnaires de moins de 0,2 cm de diamètre.

L'évaluation de la dissémination métastatique (M+) doit distinguer l'atteinte pulmonaire et/ou pleurale controlatérale (M1a) des autres métastases viscérales (M1b).

La présence histologique de micrométastases (de moins de 0,2 cm) est spécifiée.

En **1997**, à l'aide d'une étude prospective sur 1 524 patient non traités porteurs d'un carcinome bronchique non à petites cellules, suivis de 1983 à 1988, et à partir des données de la littérature,

Mountain a proposé en juin 1997 une révision de l'actuelle classification TNM (*annexe 3, 4*)(7). Elle porte sur le regroupement en stade de l'extension TNM du cancer étudié et sur la classification des nodules tumoraux pulmonaires satellites de la tumeur primitive.

La description de l'extension tumorale T, de l'extension ganglionnaire N et de l'extension métastatique M est inchangée en dehors d'une définition précise pour classer les nodules pulmonaires satellites de la tumeur primitive. On distingue ainsi :

- un (ou plusieurs) nodule(s) satellite de la tumeur situé(s) dans le même lobe est(sont) classé(s) : T4,
- un (ou plusieurs) nodule(s) satellite de la tumeur situé(s) dans un lobe différent homolatéral est(sont) classé(s) : M1.

Par ailleurs :

- Le stade I différencie un stade IA défini par T1N0M0 et un stade IB défini par T2N0M0.
- Le stade II différencie un stade IIA défini par T1N1M0 et un stade IIB défini par T2N1M0 et T3N0M0 (appartenait dans la classification 1985 au stade IIIA).
- Le stade IIIA ne comporte plus que T3N1M0, T1N2M0, T2N2M0 et T3N2M0.
- Les stades IIIB et IV sont inchangés.

II Etude critique du TNM

A/ Revue de la littérature

Les cancers bronchiques non à petites cellules restent des maladies graves, dont la guérison ne peut être obtenue encore aujourd'hui que par la chirurgie.

Plusieurs études ont permis de démontrer que la classification TNM bien que révisée, reste imparfaite dans la mesure où elle ne tient pas compte de tous les facteurs impliqués dans le cancer broncho-pulmonaire. Elle n'a été fondée que sur des données pronostiques rétrospectives chirurgicales. Elle ne tient pas compte :

- des difficultés d'interprétation anatomique et radiologique au stade pré-thérapeutique,

- de l'extension ganglionnaire (extra ou intralobaire, nombre de chaînes atteintes),
- de la possibilité de résection de certaines tumeurs T4,
- des traitements d'induction et des possibilités qu'ils apportent dans les stades les plus défavorisés par cette classification.

Il est important de souligner que de cette classification conduit à établir des taux de survie et des protocoles thérapeutiques (*annexe 4*).

Les patients sont classés par stades de I à IV, et ce sont les plus atteints par la maladie (stades III et IV) qui démontrent les limites de la classification TNM :

- les patients porteurs de tumeurs difficiles à classer dans tel ou tel groupe ou stade (12).
- ceux qui, bien que n'ayant pas tous le même pronostic, sont pourtant groupés dans le même stade et restent ainsi tributaires d'un classement réduisant leur survie alors qu'ils devraient bénéficier d'attitudes thérapeutiques plus adaptées.

Les éléments développés ci-dessous illustrent cette assertion :

- Une tumeur T4 peut être résecable.

Il s'agit de tumeurs envahissant la carène où les techniques de reconstruction trachéobronchique sont possibles (13, 14). La mortalité opératoire entre les mains d'anesthésistes et chirurgiens expérimentés n'excède pas celle d'une pneumonectomie simple (< 10 %). On observe un taux de survie entre 15 et 25 % à 5 ans (7% selon la classification TNM), proche de celui observé dans les stades IIIA (envahissement de la paroi thoracique et tumeurs de l'apex) (15). Après avoir pratiqué 37 résections de carène chez des patients porteurs d'un carcinome bronchique (19 N0, 13 N1, 5 N2), Mathisen et Coll. (13) objectivent une survie globale à 19 % et proposent d'inclure ces cancers résecables dans les stades IIIA.

Il serait justifié de les inclure dans les T3 ou de les différencier des autres T4.

- **L'atteinte de la plèvre viscérale** à un pronostic péjoratif indépendant (14). Ichinose et Coll. (16)

soulignent l'importance de l'envahissement de la plèvre viscérale en terme de survie chez 151 patients porteurs d'un CBNPC stade I traités chirurgicalement. La survie à 5 ans est de 78 % en l'absence d'atteinte pleurale et de 53 % en cas d'atteinte pleurale viscérale ($p = 0,02$).

- La définition de l'atteinte ganglionnaire (N)

L'extension ganglionnaire lobaire et hilare est classée N1. Cependant, il existe une différence significative de pronostic entre les N+ lobaires et les N+ hilaires. La survie à 5 ans est de 41 % pour les T2N1 lobaires et de 14 % pour les T2N1 hilaires ($p < 0,05$) (17).

Ne faudrait-il pas considérer les adénopathies hilaires comme une atteinte N2?

- **L'extension ganglionnaire médiastinale N2** regroupe un ensemble de patients au pronostic différent.
- Avant l'utilisation courante du scanner thoracique dans les années 80, l'évaluation préopératoire de l'atteinte médiastinale reposait sur les données de l'examen clinique, de la radiographie thoracique standard et des tomographies, de la fibroscopie bronchique, puis sur les données chirurgicales telles que la médiastinoscopie et la thoracotomie exploratrice.

Le scanner thoracique permet une classification préopératoire plus précise des cancers bronchiques. En 1991, Watanabe et Coll. (18) étudient 153 patients porteurs d'un cancer bronchiques classés pN2. Le bilan préopératoire comprenait un scanner thoracique avec classification cTNM systématique. La présence d'un ganglion médiastinal dont le plus petit diamètre était supérieur à 10 mm était considéré comme ganglion métastatique N2. Ainsi, 106 patients avaient une tumeur classée cN2 et 47 patients avaient une tumeur classée cN0 ou cN1. La survie globale des patients à 5 ans était de 17 %. Elle était de 24 % lorsque l'exérèse complète avait été possible. Les patients classés cN2 avaient une survie à 5 ans de 20 % ; la survie était de 33 % pour les patients cN0 ou cN1 (p non significatif). Par contre, l'exérèse du cancer a pu être complète pour 66 % des patients cN0N1 et pour seulement 50 % des

patients cN2.

Le regroupement des patients porteurs d'un cancer bronchopulmonaire dans différents groupes selon leur extension grâce au TNM ainsi défini, doit permettre d'individualiser des patients au pronostic semblable avec des indications thérapeutiques identiques en fonction des stades de la maladie. Cependant, il existe d'autres facteurs pronostiques non pris en compte par cette classification purement anatomique qu'il serait peut-être intéressant de rassembler dans une classification plus ouverte.

La classification TNM actualisée en 1997 reste imparfaite. Les diverses atteintes médiastinales ganglionnaires N2 ont des valeurs pronostiques différentes et sont toujours regroupées dans le même stade malgré des indications thérapeutiques parfois distinctes. L'atteinte carénaire résécable reste classée en T4. Ces deux limites majeures de la classification TNM concernent justement les CBNPC stade III, groupe très hétérogène en terme de survie et de prise en charge thérapeutique.

D'autres études permettent de montrer que les protocoles thérapeutiques qui découlent de cette classification restent aléatoires. En effet ils dépendent de la spécialité du médecin, de ses convictions personnelles et de la structure dans laquelle il exerce. Ces études suggèrent que cette classification TNM devrait être discutée en multidisciplinarité ce qui ferait passer plus de patients du " palliatif au curatif " (17,18,19).

B/ Résultats des études réalisées dans le service de chirurgie thoracique, Hôpital Laënnec, Paris

Riquet et Coll. (22) observent chez leurs patients 25 % de survie à 5 ans lorsqu'une seule chaîne anatomique est atteinte et 8,5 % lorsque deux chaînes ou plus sont métastatiques ($p = 0,018$). Chaque chaîne ganglionnaire anatomique médiastinale correspond à une entité anatomo-clinique « fonctionnelle ». En effet, chacune de ces chaînes rejoint directement la circulation systématique sans autre relais ganglionnaire. Ainsi, l'atteinte de plusieurs chaînes anatomiques augmente

rapidement le risque de dissémination, expliquant une survie plus faible dès lors que deux chaînes anatomiques sont métastatiques. Les ganglions N1 extra-lobaires ont un pronostic différent des N1 intra-lobaires, en effet les N1 extra-lobaires se conduisent comme les N2 et ont quasiment le même pronostic mais ils ne bénéficient pas du traitement adjuvant ou néo-adjuvant par chimiothérapie car la classification TNM ne tient pas compte de cette distinction. Par ailleurs L'atteinte de la plèvre viscérale est un facteur pronostique péjoratif, la survie étant de 62% à 5ans lorsque celle-ci n'est pas atteinte et de 45% lorsqu'elle est atteinte (23,24). Ce facteur pronostique déterminant dans la prise en charge thérapeutique n'est pas pris en compte par la classification TNM.

C/ Résultats et critiques de la question d'examen du D.I.U de Chirurgie Thoracoscopique et de Pneumologie Interventionnelle (promotion juin 2000 Université René Descartes Paris V)

Il s'agit d'un enseignement de chirurgie thoracoscopique et de pneumologie interventionnelle s'adressant à des pneumologues, à des cancérologues à des chirurgiens généralistes et à des chirurgiens thoraciques.

Cet enseignement auquel je participe dure une année universitaire. Sont dispensés des cours et des travaux dirigés sur le cancer bronchique non à petites cellules et son traitement ainsi que sur son *staging* et l'intérêt de la médiastinoscopie et de la vidéo-thoracoscopie.

La question posée était :

Enumérez les stades du TNM du cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules et leurs sous-groupes ainsi que leurs possibilités thérapeutiques respectives.

Population n = 27

Pneumologues (P) n = 13

Chirurgiens Thoraciques (CT) n = 8

Chirurgiens Généralistes (CG) n = 6

Note 5 à 19, moyenne : 11,1

Réponses :

Stade I :

Chirurgie : n = 26

Non Précisé : n = 1

Stade II :

Chirurgie n = 13

Non Précisé n = 2

Chirurgie + Traitement Adjuvant (chimiothérapie) n = 8

Chirurgie + Traitement Néoadjuvant (chimiothérapie) n = 3

Chimiothérapie + Radiothérapie seules n = 1

Stade IIIa :

Chirurgie +/- (Traitement Néoadjuvant ou Adjuvant ou Néoadjuvant ou Radiothérapie) n = 21

Non Précisé n = 2

Chimiothérapie + Radiothérapie seules n = 4

Stade IIIb :

Non Précisé n = 6

Chirurgie + Traitement Adjuvant n = 1

Chirurgie exceptionnelle n = 7

Chirurgie non évoquée et contre-indiquée n = 7

Stade IV :

Non Précisé n = 1

Chirurgie sur métastase unique n = 7

Pas de chirurgie du tout n = 19

Aucun praticien n'évoque qu'un nodule homolatéral ou controlatéral peut être un cancer synchrone et le considère d'emblée et définitivement comme une métastase. Au stade métastatique la maladie est disséminée, son pronostic sombre et son traitement palliatif. A l'inverse, un cancer synchrone bilatéral peut être traité de façon radical : chirurgie et chimiothérapie.

Ces résultats montrent que les patients classés dans les stades IIIb ou IV sont définitivement traités de façon palliative alors que les T4 (carène) et plusieurs nodules situés dans des lobes pulmonaires différents peuvent bénéficier d'un traitement radical curatif (chirurgie + radiothérapie + chimiothérapie) afin d'améliorer le pronostic de ces patients .

Par ailleurs aucun de ces praticiens ne propose une réévaluation de ces patients après une induction par de la chimiothérapie ou de la radiothérapie afin de les rendre opérables dans les cas initialement inopérables.

III- REFLEXION ETHIQUE SUR LE TNM

Au terme de cette analyse critique de la classification TNM, il apparaît qu'aucune étude de la classification TNM n'a été abordé d'un point de vue éthique. Sachant que les systèmes s'expliquent à la marge, ses imperfections sont révélées par les patients dont la maladie est à un stade très évolué. En

l'état actuel des choses, certains d'entre eux ne bénéficient pas des traitements auxquels ils ont légitimement droit. En l'occurrence, cet outil qui se veut à visée thérapeutique ignore pour les malades dits limites le principe de justice qui consiste à donner sa chance à tous.

Afin de contribuer à initier une réflexion qui veut renouer avec les fondements de l'éthique médicale, je propose de partir de l'hypothèse que **la classification TNM ne répond pas à la visée éthique qu'elle se fixe et ce à un double titre. D'une part, parce qu'en ne parvenant pas à assurer une parfaite équité de traitement entre les individus atteints, elle n'obéit pas absolument aux visées téléologiques et aux obligations déontologiques censées fonder l'exercice de la médecine. D'autre part, parce qu'elle ne permet pas que soit considéré le point de vue de l'individu concerné dans la mise en œuvre thérapeutique (25, 26).**

Cette hypothèse repose sur le postulat suivant : il suffit qu'une personne ne soit pas destinataire des bienfaits que doit apporter le classement proposé pour que celui-ci soit considéré comme injuste, c'est à dire inéquitable. Autrement dit, d'un point de vue instrumental, si tous les efforts ne sont pas fournis pour faire passer le plus de patients du stade IV au stade III, du stade III au stade II., alors la visée éthique de la classification n'est pas prouvée. Cela exige que l'on opte dès que possible pour une attitude curative et non plus palliative.

Pour étayer cette hypothèse et sans prétendre en épuiser les implications, je propose de la passer au crible de certains aspects de la pensée philosophique qui s'est attachée à définir les conditions d'une pratique éthique. D'Aristote à Ricoeur en passant par Kant, Weber, ou plus proches de nous Rawls, Habermas et Jonas, chacun alimente une réflexion qui ne s'est jamais tarie et amène femmes et hommes à comprendre les motifs de leurs actions, et dans le contexte considéré, le praticien à poser le sens de ses actes. Tous les philosophes ne donnent pas le même contenu, ni n'indiquent le même usage de la notion d'éthique. Pour ma part, je me limiterai à souligner certaines évolutions des

fondements philosophiques de l'éthique, et me centrerai plus particulièrement sur les plus récentes qui sont d'un apport décisif pour les acteurs de la médecine comme domaine de la civilisation technologique. C'est dans sa dynamique même, dans les débats qu'elle continue de susciter face un monde qui, contrairement à celui d'Aristote, est tenu d'assumer les changements qu'il appelle de ses vœux et qu'il engendre constamment, que la réflexion sur l'éthique doit être appliquée à la classification TNM ici considérée comme l'objet d'une problématique et non plus comme un simple outil technique.

Tout d'abord, il me semble que la distinction entre téléologie et déontologie, soit entre le bien et le juste, énoncée par Paul Ricoeur dans son propos, la visée de la « vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes », (25) permet de porter les termes de la question éthique au cœur de la classification TNM. En effet, traiter de cet outil revient à s'interroger sur les conditions de son élaboration mais aussi sur celles de son usage.

Parce qu'elle est un outil conçu pour organiser des pratiques sur un mode qui veut voir dans sa large diffusion, pour ne pas dire son monopole, la preuve de son universalité, on peut sans difficulté voir dans la classification TNM une institution au sens énoncé par Ricoeur ci-dessus ou même telle qu'elle est définie en sociologie politique. Et c'est précisément parce qu'elle s'est « imposé » comme une étape incontournable du traitement de tous les cancers qu'elle est justiciable d'une réflexion qui interroge sa légitimité en tant qu'institution. Considérant son caractère institué, la question se pose alors de vérifier son caractère de justice en comparant sa visée téléologique et le moment déontologique qui doit y conduire.

Il convient alors de se pencher sur les fins, la survie des cancéreux, qui lui sont assignées et sur les moyens, le diagnostic et le protocole thérapeutique qui en découle, mis en œuvre à cette fin. Or, si au plan téléologique la visée de cette classification ne peut être contestée, puisqu'elle tend vers le bien pour tous, les moyens dont la dotent ses concepteurs et ses utilisateurs, soit le diagnostic et le

protocole thérapeutique relatif à chaque type de tumeur classée, sont quant à eux extrêmement contestables puisqu'ils limitent les chances de survie des malades les plus atteints, soit sur ceux pour lesquels le système doit être le plus performant. Ainsi comme le souligne Aristote (27) « Telle est la nature de l'équitable : c'est d'être un correctif de la loi, là où la loi a manqué de statuer à cause de sa généralité ». A des fins louables répondent des moyens inappropriés. Donc, si dans la perspective de Ricoeur (25), la classification TNM est une institution, elle n'est pas juste dans la mesure où elle est inéquitable. Comme Rawls (28) l'a mis en évidence dans sa « théorie de la justice » : toute institution qui n'est pas équitable est injuste. Le TNM est injuste non pas parce qu'il n'a pas une visée éthique mais parce qu'il ne se dote pas des moyens justes d'atteindre cette visée.

L'injustice produite à la marge par cette classification peut s'expliquer de deux façons. D'une part, parce qu'elle est réduite par ses utilisateurs à un outil technique, qui établit sa légitimité sur le monopole de l'accès au diagnostic des médecins et à une possible survie des patients, n'appelant pas de véritable questionnement mais tout juste des révisions périodiques et partielles. D'autre part, parce que cette technicité désincarne les personnes dont il traite et déshumanise ainsi la pratique médicale : il s'agit de traiter une tumeur et non pas de soigner un individu.

Dans le premier cas, la centration sur une stricte technicité dispense la classification d'être passée au crible d'une quelconque portée « philosophique », cédant ainsi au sens commun qui dissocie souvent avec dérision la philosophie et la technique. Or comme, le souligne Ricoeur (25) dans son commentaire de « l'Éthique à Nicomaque » d'Aristote, la « sagesse pratique » se mesure à la capacité à mettre en adéquation sur le mode délibératif les moyens avec des fins préalablement définies. Discutant le principe aristotélicien selon lequel, seuls les moyens font l'objet d'une délibération et non pas les fins auxquelles ils doivent obéir, Ricoeur insiste : « ...le modèle moyen-fin semble bien conduire sur une fausse route, dans la mesure où il invite à construire tous les rapports entre fins

subordonnées et fin ultime sur une relation qui reste fondamentalement instrumentale. » (25, p 205) Il nous permet d'affirmer ainsi que la sagesse pratique, qui devrait présider aux orientations et à l'usage de la classification, est effective « si l'homme de jugement sage détermine en même temps la règle et le cas, en saisissant la situation dans sa pleine singularité ».

C'est en cela que les concepteurs et les utilisateurs de cette institution échouent à lui conserver son caractère juste. Non seulement ils ne délibèrent pas sur les moyens mis en œuvre, mais ce faisant, ils perdent de vue sa visée qui devrait être conçue comme une figure de « la vie bonne ». En se cantonnant à l'usage mécanique d'un outil, ils ne parviennent pas à saisir la « pleine singularité » de la situation qui repose sur plusieurs facteurs : la personne atteinte, la complexité des critères caractérisant chaque cancer, et le praticien, l'investissement humain propre à chaque spécialité exercée et l'innovation disciplinaire. L'humanisme de la classification estompé par la raison instrumentale fait de la rencontre entre le malade et son médecin un rendez-vous manqué. La défaillance du « moment déontologique » fait perdre de vue « la visée téléologique » (25). En se centrant sur l'efficacité technique pour la majorité, l'usager du TNM se détourne de la morale de justice lorsqu'il refuse aux quelques patients « mal classés » une voie thérapeutique expérimentale. L'esprit pionnier de Denoix (1), premier concepteur de la classification à une époque où le cancer vouait une majorité d'individus atteints à une mort certaine, n'animerait-il plus qu'une minorité de médecins ? Sans doute la voie de l'expérimentation recèle le risque de se détourner là encore de la visée éthique d'une « vie bonne » et comme le rappelle le serment d'Hippocrate, « je m'abstiendrai [...] de toute intervention malfaisante ou inutile ». Mais nous verrons plus loin qu'il existe aujourd'hui les institutions permettant de statuer sur le caractère éthique d'une pratique expérimentale.

Or, cet outil ne se borne pas à permettre de classer des cas selon le degré d'atteinte cancéreuse, il conduit mécaniquement ceux qui classent à valider une procédure thérapeutique dont on a pu voir

qu'elle n'était pas toujours assez audacieuse et limitait parfois la survie d'individus. Car, cet outil dissimule hâtivement derrière une légitimité statistique auto-proclamée,¹ la densité humaine de ceux qui classent comme de ceux qui sont classés.

Ainsi, l'utiliser rend doublement aveugle : aux nouvelles ouvertures thérapeutiques et aux promesses d'une vie prolongée que l'interdisciplinarité met en évidence, aux enjeux humains d'une vision thérapeutique étriquée et limitative. C'est sans doute au prix d'une certaine occultation de la densité humaine des situations que se pratique une médecine efficace ; mais cela n'autorise pas que celle-là devienne l'impératif catégorique de celle-ci.

Lorsqu'il redéploie l'argument kantien de l'impératif catégorique à partir du « principe d'universalisation », Habermas (29, p 88-89) montre qu'il doit être « coopératif » : « Il est nécessaire de modifier la formulation de l'impératif catégorique pour aller dans le sens qui a été suggéré : « Au lieu d'imposer à tous les autres une maxime dont je veux qu'elle soit une loi universelle, je dois soumettre ma maxime à tous les autres afin d'examiner par la discussion sa prétention à l'universalité. Ainsi s'opère un glissement : le centre de gravité ne réside plus dans ce que chacun peut souhaiter faire valoir, mais dans ce que tous peuvent unanimement reconnaître comme norme universelle. C'est à dire que la « maxime » personnelle qui fonde l'action individuelle ne peut être universalisable qu'à la condition qu'elle soit critiquée et acceptée par les autres » ».

Or, la classification TNM est énoncée et révisée non pas de manière « coopérative » mais de façon partielle par ceux qui l'ont récupéré (4, 5, 7) et en imposent l'usage à tous les médecins. Ainsi le monopole ne peut se confondre avec l'universel, il n'en est que la contrefaçon. Ricoeur et Habermas se rejoignent pour rappeler les vertus de la délibération dont nous trouvons ici une illustration. A

¹ au nom des résultats statistiques (4, 5, 7, 9) produits par l'usage monopolistique de la classification, on prétend valider son efficacité sans établir de comparaison sérieuse avec des protocoles thérapeutiques établis hors classification, prenant en compte les facteurs pronostiques qui ne sont pas reconnus par cette classification comme le montre la revue de la littérature.

contrario, la portée actuelle du TNM ne peut qu'être partielle et n'a pas vocation à être universelle ; c'est d'ailleurs ce que la prise en charge timorée ou médiocre des « cas limites » démontre. Les personnes atteintes des cancers les plus évolués sont celles auxquelles est déniée l'augmentation du pronostic de survie malgré les voies multiples indiquées ci-dessus.

Au terme de ce raisonnement, en mettant en évidence son caractère inéquitable, on pourrait à bon droit contester le fait que la classification est une institution. Cela amène à se poser une double question : à quelle condition peut-elle l'être ou le devenir ou par quoi faut-il la remplacer si, pour des raisons politiques (embargo scientifique, monopole d'utilisation), elle ne peut pas l'être ? Ci-dessous seront ébauchées des pistes en réponse à ces questions.

Concentrons-nous plutôt sur le chaînon manquant de notre réflexion : celui que Ricoeur appelle « avec et pour autrui ». Car l'aporie de cette classification, son incapacité à demeurer juste malgré sa visée éthique et donc à terme la mise en péril de celle-ci, repose en premier lieu sur son oubli des figures multiples de l'autre qu'implique une action juste des institutions. Cet outil, nous le disions plus haut est réducteur, désincarné et déshumanisant parce qu'il cède à la raison instrumentale ce qu'il doit à une morale humaniste. S'ils pêchent par la norme dont ils ont doté leur outil, c'est parce que ses concepteurs ignorent la personne nichée dans les cases des tableaux dispatchant les tumeurs, l'individu escamoté par la rhétorique du dossier médical.

Le moyen terme de la « maxime » de Paul Ricoeur, « avec et pour autrui », citée plus haut indique la cause du désajustement entre visée téléologique et moment déontologique. Car ce qui apparaît avec acuité c'est que l'autre dans sa dimension individuelle et subjective, n'a pas de place dans la classification TNM : elle n'est faite ni avec ni pour l'individu. Il n'est considéré ni dans la finalité de la classification, ni dans sa mise en œuvre.

L'humanité du malade, l'individu derrière la tumeur, reste ici ignorée tout comme la subjectivité du médecin. Comme si l'efficacité de la classification reposait sur sa capacité à gommer toutes les données humaines qui entrent pourtant largement en compte dans l'étiologie et la guérison du cancer.

Que le processus de classement n'introduise aucun paramètre dit qualitatif tel que la combativité de la personne atteinte, son environnement affectif, familial, le contexte social et économique de vie de la personne semble aller de soi. Bien que ces éléments interviennent de manière significative dans l'évolution de la maladie, on doit constater que la technique prend le pas sur l'humain, le raisonnement sur l'affect, l'autorité médicale sur la délibération thérapeutique. Au nom d'une « éthique de la responsabilité » (en soigner *le plus possible* puisque tous ne peuvent pas être sauvés) que l'on veut opposer à « l'éthique de la conviction » (tout mettre en œuvre pour soigner *tous* les malades), la décision n'est jamais prise en accord avec le malade ainsi restauré dans sa qualité d'individu, mais en abolissant précisément cette dimension. Ce faisant, le médecin fait d'ailleurs abstraction de sa propre subjectivité. Or comme le souligne Max Weber (30) : « [...] *l'éthique de la conviction et l'éthique de la responsabilité ne sont pas contradictoires, mais elles se complètent l'une l'autre et constituent ensemble l'homme authentique, c'est à dire l'homme qui peut prétendre à la « vocation politique ».* » Politique au sens où la philosophie grecque l'entendait, serait-on tenté d'ajouter. Donc l'argument selon lequel il est plus responsable de se cantonner à utiliser une classification à l'efficacité relative en récusant la possibilité qu'il existe d'autres voies thérapeutiques à l'efficacité ciblée, prenant en compte la dimension humaine, ne tient pas. Les médecins qui ont ignoré cette règle pour explorer des alternatives thérapeutiques le prouvent : leur éthique de la responsabilité ne peut certes pas être prise en défaut parce qu'elle s'est appuyée sur une forte éthique de la conviction. Une des raisons en est sans doute que leur démarche traduit un plus grand souci de l'autre et ce à deux niveaux : l'autre, individu malade, l'autre, confrère.

Nous vivons dans des sociétés modernes qui valorisent l'individu et ce qui fonde sa légitimité : l'autonomie. Depuis Kant (31), le « principe de l'autonomie » de « l'être raisonnable » considéré comme « une fin en soi » balise l'espace des débats sur le choix, la liberté et la responsabilité. Le médecin et son patient n'échappent pas à ce questionnement récurrent. Pour celui-ci, il s'agit d'affronter sa maladie, de posséder tous les éléments lui permettant de faire un choix libre afin d'en

assumer la responsabilité. Ce défi, il ne peut le relever qu'avec l'aide du médecin. Or ce dernier n'est capable de répondre à cette attente que s'il parvient à articuler sa subjectivité d'individu et ses compétences de praticien. Si chacun fait un pas vers l'autre en acceptant de sortir de sa stricte sphère d'intérêt (Habermas, 29), alors l'enjeu de survie se libère des limites d'une classification trop souvent réductrice. En livrant les clés de sa pratique et de son pouvoir de décision, en dialoguant avec son patient, le médecin redonne à sa pratique « la sagesse » qui en fonde le sens. En voulant comprendre les contraintes du diagnostic, les limites comme les ressources de l'inventivité thérapeutique, le patient peut prendre pleinement part à la décision qui engage sa vie. C'est en abolissant les frontières artificielles entre les personnes sans brouiller les responsabilités distinctes qui incombent à chacun, praticiens et patients, que les excès de la raison instrumentale peuvent être contenus.

Si l'on suppose que ce plus grand souci de l'autre traduit un humanisme accru, il est autant le fruit d'une meilleure centration sur l'individu malade que celui d'une plus grande place donnée à la subjectivité des médecins amenés à collaborer dans un métier trop souvent réduit à sa technicité.

CONCLUSION

Ainsi la primauté de la raison instrumentale, telle que Weber (32) la condense dans l'image de la « cage de fer », recèle l'incessant risque de céder sa part d'autonomie à la technicité d'un outil sans plus s'interroger sur ses fins. Paradoxalement cette posture prédominante dans l'usage du TNM, conduit des médecins trop peu soucieux de déontologie, à dénier les avancées de la technique chirurgicale et les promesses de vie qu'elle apporte aux patients les plus atteints au nom même d'une technique qui ne peut être remise en cause du fait de la majorité des malades qu'elle sauve. La maîtrise technique porte en elle une responsabilité accrue face à ceux au bénéfice desquels elle prétend s'exercer (Weber, 32, Jonas, 33). L'usage de techniques de plus en plus sophistiquées ne peut faire l'économie d'une vision humaniste de l'individu porteur de la tumeur, donc d'une visée éthique, qui doit être certes affichée mais surtout traduite en acte à chaque « tumeur classée ». Le « désenchantement du monde », la perte de vue de la visée éthique des actes humaines et plus encore techniques, est sans doute la conséquence de son abandon au progrès. Et comme le rappelle Hans Jonas (33, p 13) : « Nulle éthique traditionnelle ne nous instruit sur les normes du « bien » et du « mal » auxquelles doivent être soumises les modalités entièrement nouvelles du pouvoir et de ses créations possibles. La terre nouvelle de la pratique collective dans laquelle nous sommes entrés avec la technologie de pointe, est une terre vierge de la théorie éthique ».

La première réponse aux questions immenses que soulève ici Jonas réside dans le choix délibératif auquel nous invite Habermas. La première garantie contre le caractère inique d'une institution réside dans la capacité à prendre des décisions coopératives qui réforment celle-ci. Pour cela, l'individu et sa maladie ne peuvent plus être considérés séparément, l'un lors de la consultation, l'autre examinée sur dossier en staff. Car si la délibération existe aujourd'hui entre médecins, elle continue de désincarner ceux qu'elle prétend traiter en les réduisant dans le cas de la carcinologie à une tumeur discutée en staff. L'interdisciplinarité qui y est ébauchée doit rechercher une plus grande densité humaine, en désignant, par exemple, un médecin référent qui, lui, ferait état des attentes et des questions de son

patient, donnant une place légitime à l'individu atteint dans son intégrité physique afin qu'il ne soit pas autant atteint dans son intégrité morale. Pour reprendre les mots de Jonas (33), il s'agit pour les médecins de rendre possible « non seulement une éthique de la sagacité mais aussi une éthique du respect ». Tant il est vrai que le serment d'Hippocrate a été pensé dans une relation directe au malade. En outre, une autre voie de réforme de la classification du TNM consiste en une délibération lors de son élaboration : ceux qui fondent la légitimité de la classification sont juge et partie, ce qui est une mauvaise raison suffisante pour la soumettre à la discussion interdisciplinaire et éclairée d'une instance indépendante telle qu'en France, le comité consultatif national d'éthique. En l'attente d'un avis émis par celle-ci, il incombe au médecin d'avoir une attitude plus délibérative qu'injonctive avec l'individu malade qui le sollicite.

C'est à ces premières conditions, ouvrant la voie d'autres innovations, que la prise en charge carcinologique pourra passer d'une posture palliative à une posture curative.

L'éthique est fortement déterminée par la pratique médicale de chaque discipline. Cette éthique n'est jamais que ce qui est mis en œuvre dans la pratique, elle va donc revêtir des tonalités différentes selon la spécialité et la discipline. Cela m'amène enfin à poser cette ultime question : pourquoi est-ce un chirurgien qui conteste la visée éthique du TNM ? Parce que le chirurgien n'est ni en-deçà ni au-delà du rapport au malade, il doit l'affronter et ce dans des conditions de très forte dramatisation : l'intervention chirurgicale. La théâtralité de cet acte, la solitude relative de sa conduite, ne permet pas d'éluder la question de la survie du malade, ni celle de la responsabilité directe du praticien dans celle-ci. C'est par anticipation de la tension propre à l'acte chirurgical qu'il y a contestation de la classification TNM : parce qu'elle ne permet pas de maximiser les chances pour ceux dont le pronostic est le plus douteux. On pourrait m'objecter que le chirurgien voit dans les classements les plus pessimistes (III, IV) le dénie de la capacité curative de la chirurgie et donc de la puissance du chirurgien. Le problème du serment médical d'Hippocrate est qu'il associe à des responsabilités très

élevées un sentiment de grande puissance auquel le chirurgien s'identifie particulièrement...

Pourtant, le débat ne se réduit pas à l'expression d'un ego blessé puisque les critiques émanent aussi d'équipes de praticiens d'autres disciplines médicales : cancérologues, pneumologues. Pour tous ceux qui critiquent cette classification il ne s'agit pas d'acharnement thérapeutique, d'imposer à des patients un choix de survie dont ils ne veulent pas toujours ; il s'agit de répondre à des attentes légitimes lorsqu'elles sont rendues possibles par d'autres voies diagnostiques et thérapeutiques en faisant preuve d'une ingéniosité collective. Ce qui est en cause ici, en définitive, est la confiscation d'un pouvoir scientifique au nom d'une routine installée qui se substitue à la déontologie et qu'une minorité de médecins conteste au nom d'une téléologie de la vie.

Le dialogue éthique d'Aristote prenait place dans un monde qui ignorait le changement. Notre défi éthique aujourd'hui est de devoir délibérer sur les moyens mais aussi sur les fins de nos actes et de notre vie dans un monde qui fonde sa légitimité sur le changement. Ricoeur (34) nous livre les prémices d'une action possible qui retrouve une visée éthique lorsqu'il dessine les contours de « la sagesse pratique » : « Guerre des valeurs ou guerre des engagements fanatiques, le résultat est le même, à savoir la naissance d'un *tragique de l'action* sur le fond d'un conflit de devoir. C'est pour faire face à cette situation qu'une *sagesse pratique* est requise, sagesse liée au jugement moral en situation et pour laquelle la conviction est plus décisive que la règle elle-même. »

BIBLIOGRAPHIE

1. Denoix PF, Schwartz D : *Règles générales de classification des cancers et de présentation des résultats thérapeutiques*. Académie de chirurgie (Paris) 1959 ; 85 :415-424.
2. International Union Against Cancer (UICC) Comitee on TNM classification : *Malignant tumors of the lung : Clinical stage classification and presentation of results*. Geneva, 1966.
3. International Union Against Cancer (UICC) and American Joint Comitee for Cancer (AJCC) : *Staging and results reporting : supplement to TNM classification of malignant tumors*. Geneva, 1973.
4. Mountain CF, Carr DT, Anderson WAD : *A system for the clinical staging of lung cancer*. Am J Roentgenl 1974 ; 120 :130-8.
5. Mountain CF : « A new international staging system for lung cancer ». *Chest* 1986 ; 89 (suppl.) :225-233.
6. Bilan d'extension pré-thérapeutique des cancers bronchiques Conférence de Consensus. *Rev Mal Resp* 1992 ;9 :R317-322.

7. Mountain CF : « The new international staging system for lung cancer ». *Surg Clin North Am* 1987 ;67 :925-935.
8. Hermarek P, Henson DE, Hutter RVP, Sobin LH: « UICC, TNM: a comment on uniform use », *Springer Verlag*, Berlin, Heildelberg, supplement 1993.
9. Mountain CF : « Lung cancer staging classification ». *Clin Chest Med* 1993,14 :43-53.
10. Bréchet JM : « Evaluation clinique de l'extension des cancers bronchopulmonaires non a petites cellules ». *Ann Pathol*, 1993, 13 : 409-413.
11. Ferguson MK : « Synchronous primary lung cancer », *Chest* 1993 ; 103 :398S-400S.
12. Appere De Vecchi C, Brechet J-M, Lebeau B : « La classification TNM . Revue critique ». *Rev Mal Respir*, 1998, 15,323-332.
13. Mathisen DJ, Grillo HC : « Carinal resection for bronchogenic carcinoma ». *J Thorac Cardiovasc Surg* 19991 ;102 :16-22.
14. Bazelly B : « Chirurgie des cancers étendus a la carène ». *Rev Pneumol Clin*, 1992 ; 48 : 203-210.
15. Dartevelle PG, Khalife J, Chapelier A : « Tracheal sleeve pneumonectomy for bronchogenic carcinoma : report of 55 cases ». *AnnThorac Surg* 1988 ; 46 : 68-72.
16. Ichinose Y, Hara N, Ohta M and al. : « Is T factor of the TNM staging system a predominant prognostic factor in pathologic stage I no-small cell lung cancer ? » *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993, 106 : 90-94.
17. Roeslin N, Chakiadakis G, Dumont P, Witz JP : « A better pronostic value from a modification of lung cancer staging ». *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1987; 94 : 504-509.
18. Watanabe Y, Shimizu J, Oda M and al. : « Agressive surgical intervention in N2 no-small cell cancer of the lung. », *Ann Thorac Surg*, 1991 ; 51 : 253-261.
- 19 Edith A. Perez, MD : « Perceptions of prognosis, traitement, and traitement impact on prognosis in no small cell lung cancer . » *Chest*, 114/2, August, 1998 : 594-604.
- 20 B. Raby, J. Pater, W.J. Mackillop : « Does knowledge guide practice ? Another look management of no small cell lung cancer ». *Journal of clinical oncology*, vol 13, n° 8, 1995 : 1904-1911.
- 21 M J. Palmer, B. O'Sullivan, R. Steele : « Controversis in the management of non- small cell lung cancer : The results of an expert surrogate study. » *Radiotherapy and oncology*, 19 (1990) 17-28.
- 22 M. Riquet, D. Manach, F. Le Pimpec Barthes : « Facteurs pronostiques du cancer bronchiquis non à petites cellules opéré : Etue critique du TNM. » *Rev Pneumol Clin* 1996 ;52 : 181-187.
- 23 M. Riquet, D. Manach, D. Debrosse : « Facteurs pronostiques de survie des cancers bronchiques N2 réséqués. » *Ann Chir Thor Cardiovasc*, 1994 ; 48 :259-265.
- 24 M. Riquet, D. Manach, C. Danel, F. Le Pimpec Barthes, R. Souilamas : « Envahissement de la plèvre viscérale (EPV) par les CPNPC : Une valeur pronostique sous-estimée. » *Rev Mal Resp*, 2000 Vol 17 Supplément (1S40).
- 25 P. Ricoeur : *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.
- 26 S. Rameix : *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipses 1997.
- 27 Aristote : *Ethique à Nicomaque*, Traduction française, Paris, Vrin, 1990.
- 28 J. Rawls : *Théorie de la justice* , Paris, Editions du Seuil, 1987.
- 29 J. Habermas : *Morale et Communication*, Paris, Cerf, 1991.
- 30 M Weber : *Le savant et le politique*, Paris, Plon, 1959.
- 31 E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Delagrave, 1907, 1969.
- 32 M. Weber, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, 1964.
- 33 H. Jonas, *Le principe de responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Cerf, 1991.
- 34 P. Ricoeur, *Lecture I, Autour du politique*, Paris, Seuil, 1991.

ANNEXES