
Le cancer broncho-pulmonaire

Monographie Revue du Praticien N°53 711-762 (1^{er} Avril 2003)

EPIDEMIOLOGIE

- **25000/an** incidence = prévalence
- **5-6 hommes** pour une femme (en évolution en défaveur des femmes)
- Facteurs de risques
 - **Tabac** : RR>PA/2
 - Pollution atmosphérique
 - **Professionnel** : Fer, Zinc, Arsenic, amiante, éthers Uranium, hydrocarbures...
- Pas de bons facteurs pronostics dans le cancer broncho-pulmonaire hormis :
 - Terrain
 - Histologie
 - Stade

HISTOLOGIE

- Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) : 80-85% (Carcinome épidermoïde, adénocarcinome, carcinome à grandes cellules)
 - **Adénocarcinome en augmentation** lié à l'augmentation de la consommation du tabac blond avec filtre notamment chez les femmes
 - Forme particulière d'adénocarcinome : carcinome bronchiolo-alvéolaire
 - Définition histologique très précise (pas de formes d'adénocarcinomes associées, pas d'envahissement, diagnostic sur pièce opératoire –nodule-)
 - Formes cliniques
 - **Nodule**
 - Forme pneumonique
 - Formes multifocales +++
 - T4 même lobe ; autre lobe = M1
 - Métastases surrénales et cérébrales +++
- **Cancer bronchique à petites cellules** (CBPC) : cancer de dédifférenciation neuro-endocrine

DIAGNOSTIC

- Clinique
 - AEG, fièvre
 - Toute symptomatologie fonctionnelle pulmonaire : **toux** +++, expectorations, **hémoptysie**, dyspnée, douleur thoracique (pleurésie) surtout retrouvés dans le CBNPC
 - Attention particulière à **la toux traînante se modifiant** récemment et aux infections répétées dans un même territoire, ou plus simplement à la

pneumonie chez un tabagique de plus de 50 ans nécessitant un contrôle fibroscopique à distance

- Parfois révélé par des complications surtout dans le CBPC
 - Syndrome médiastinal, compression
 - Syndrome de Pancoast-Tobias
 - lié à un envahissement de l'apex pulmonaire
 - scapulalgies +++
 - névralgie cervico-brachiale C8-Th1
 - syndrome de Claude Bernard-Horner par envahissement du ganglion stellaire
 - Syndrome paranéoplasique

<u>CBPC</u>	<u>CBNPC</u>
<i>Syndromes endocriniens</i> Cushing SIADH Gynécomastie <i>Syndromes neurologiques</i> Encéphalites Neuropathies périphériques Rétinopathies	<i>Hypercalcémie</i> <i>Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique (hippocratisme digital +++)</i> <i>Syndromes cutanés</i> Acanthosis nigricans Bazex

- Parfois révélation fortuite au décours d'une radiographie de thorax
- Paraclinique
 - Imagerie
 - Thorax face et profil
 - TDM thoracique (coupes fines si carcinome bronchiolo-alvéolaire)
 - à la recherche de :
 - **Opacité centrale** (CE +++) avec de troubles de la ventilation d'aval : atélectasie, pneumonie +/- abcédée, bronchocèle
 - Opacité centrale avec extension hilare très importante (CBPC +++)
 - **Opacité périphérique** (AK +++)
 - Opacité arrondie, lobulée, lisse ou irrégulière, spiculée
 - Dense pouvant devenir hétérogène si nécrose
 - Lymphangite carcinomateuse
 - Epanchement pleural
 - Adénopathies
 - Autres signes traduisant une extension locorégionale ou générale : lyse costale ou métastase rachidienne
 - Histologie
 - Moyens
 - **Fibroscopie bronchique** souple après AL +/- prémédication, vérification coagulation, prise de médicaments comme aspirine, AVK
 - Brossage, biopsies, liquide d'aspiration, LBA
 - LBA dans bronchiolo-alvéolaire +++
 - cellules néoplasiques
 - alvéolite neutrophile=mauvais pronostic

- parfois ponction trans-bronchique
- examen cytologique des expectorations, notamment après fibroscopie
- Anatomopathologie
 - utilisation de marqueurs spécifiques en anatomo-pathologie pour différencier le type histologique : cytokératine, récepteur de l'ACE...

BILAN D'EXTENSION

- TDM thoracique et coupes abdominales à visée hépatique et surrénales
- Echographie hépatique voire TDM abdominale avec injection (métastases hépatiques sont de mauvais pronostic dans le CBPC)
- Si douleur osseuse, rachis : IRM ou scinti ou mieux PET scan
- Si douleur localisée : radiographies standards
- IRM cérébrale
- Marqueurs de masse tumorale :
 - **LDH, PAL, P/Ca**
- **Biopsie ostéo-médullaire +++ dans les CBPC** à la fin si extension négative (mauvais pronostic)
- *Il ne faut pas demander de marqueurs tumoraux*

STADIFICATION

- CBPC
 - stade limité = 1 seul champ de radiothérapie
 - stade diffus, métastatique
- CBNPC

Classification TNM

Tumeur (T)

TX : Tumeur prouvée par la présence de cellules malignes dans les sécrétions bronchiques, mais non visible en fibroscopie bronchique ou par l'imagerie

T0 : Absence de tumeur primitive décelable

Tis : Carcinome *in situ*

T1 : Tumeur supérieure ou égale à 3 cm dans sa plus grande dimension, entourée par du poumon ou la plèvre viscérale, sans évidence d'invasion plus proximale qu'une bronche lobaire à la fibroscopie bronchique

T2 : Tumeur avec l'un ou plusieurs des critères suivants :

- de plus de 3 cm dans sa plus grande dimension
- envahissant la plèvre viscérale
- atteignant la bronche souche à plus de 2cm de la carène
- associée à une atélectasie ou une pneumopathie obstructive étendue à la région hilare, touchant moins que la totalité d'un poumon

T3 : Tumeur de quelle que taille que ce soit ayant une extension directe : à la paroi thoracique (incluant les tumeurs de l'apex), au diaphragme, à la plèvre médiastine, au feuillet pariétal du péricarde, mais sans envahissement du coeur, des gros vaisseaux, de la trachée, de l'oesophage, ou d'un corps vertébral; ou bien tumeur développée dans une bronche souche à moins de 2cm de la carène, sans l'envahir, ou associée à une pneumopathie obstructive du poumon entier.

T4 : Tumeur de quelle que taille que ce soit envahissant une ou plusieurs des structures suivantes :

- Coeur
- Médiastin
- Gros vaisseaux
- Trachée
- Oesophage
- Corps vertébral
- Carène
- Tumeur associée à un épanchement péricardique ou pleural malin, ou associée à des nodules tumoraux satellites dans le même lobe

Ganglions (N)

NX : Ganglions lymphatiques régionaux non évaluables

N0 : Absence de métastase aux ganglions lymphatiques régionaux

N1 : Métastases aux ganglions péribronchiques, ou hilaires homolatéraux, ou aux ganglions intrapulmonaires par extension directe

N2 : Métastases aux ganglions médiastinaux homolatéraux et aux ganglions sous-carénaires.

N3 : Métastases aux ganglions médiastinaux controlatéraux, aux ganglions hilaires controlatéraux, aux ganglions scalènes ou sus-claviculaires

Métastases (M)

MX : La présence de métastases ne peut être établie.

M0 : Absence de métastases à distance

M1 : Présence de métastases à distance (y compris la présence de nodules tumoraux pulmonaires situés en dehors du lobe de la tumeur primitive)

Classification des cancers des poumons en fonction des sous-groupes TNM 1997

Stades	Sous-groupes TNM
0	Carcinome in situ
IA IB	T1NOMO T2NOMO
IIA IIB	T1N1MO T2N1MO T3NOMO
IIIA	T3N1MO T1N2MO T2N2MO T3N2MO
IIIB	T4NOMO T4N1MO T4N2MO T1N3MO T2N3MO T3N3MO T4N3MO
IV	T et N quels qu'ils soient M1

TRAITEMENT

- Bilan préthérapeutique
 - Pulmonaire : EFR, EE, GDS, test de marche de six minutes, scinti V/P
 - Cardiologique : ECG, consultation
- Unité de concertation pluridisciplinaire oncologique, travail au sein d'un réseau
- CBNPC
 - **Formes localisées I, II, IIIA**
 - **Chirurgie** : (bi)lobectomie, pneumonectomie associés à un curage ganglionnaire hilair et médiastinal
 - Discuter chimiothérapie péri-opératoire (préopératoire +++, postopératoire) au sein d'essais thérapeutiques
 - Pas de radiothérapie postopératoire si l'exérèse est complète
 - Formes **localement diffuses** (IIIA), **IIIB** = non extirpable
 - **Association radiothérapie et chimiothérapie** par cisplatine et etoposide
 - Si bon état général association concomitante sinon séquentielle (chimio puis radiothérapie)
 - *Médiane de survie est de 12 mois*
 - Formes **diffuses IV** la plus fréquente
 - **Traitement palliatif**
 - Si bon état général

- polychimiothérapie (augmente la durée de vie, la qualité de vie et réduit la symptomatologie) à base de CARBOPLATINE et GEMZAR 4-6 cycles
 - Deuxième ligne si patient toujours en état général correct et d'accord : TAXOTERE, IRESSA
 - Si état général médiocre : monochimiothérapie GEMZAR ou NAVELBINE
 - Très mauvais : uniquement palliatif
 - Traitement palliatif : antalgiques, radiothérapie osseuse, soutien psychologique, prise en charge à 100%
 - Désobstruction bronchique +++
 - Prothèse
 - **Laser** (en urgence +++)
 - Cryothérapie
 - Endocuriethérapie (--)
 - *Médiane de survie 9 mois*
- CBPC
 - **Chimiothérapie** ++++++ (augmente la durée de vie, la qualité de vie et réduit la symptomatologie)
 - CISPLATINE et ETOPOSIDE
 - Radiothérapie cérébrale prophylactique si réponse complète dans les formes limitées
 - Quid association Radio-chimiothérapie concomitante ou séquentielle
 - Chirurgie : très très très rarement

COMPLICATIONS ET LEUR TRAITEMENT

- Locorégionales
 - **Hémoptysies**
 - Mineure : **EXACYL** per os
 - > 200 ml : GLYPRESSINE, intubation sélective, photocoagulation, embolisation
 - Obstruction d'un gros tronc bronchique : laser (urg +++) cryothérapie, prothèse
 - **Syndrome cave supérieur**
 - CBPC : chimiothérapie +++
 - CBNPC
 - Lié au cancer : chirurgie, **stent**, **corticothérapie**, diurétiques, **héparine** à dose efficace
 - Lié à une adénopathie compressive : chimiothérapie/radiothérapie, stent, corticothérapie, diurétiques, héparine à dose efficace, traitement palliatif de toute évidence
 - Dysphagie
 - stent, chimiothérapie, radiothérapie
 - nutrition entérale, sonde naso-gastrique, gastrostomie, jéjunostomie
 - Pleurésie
 - drainage puis
 - talcage en thoracoscopie
 - ou slurry-talcage

- Péricardite
 - ponction, drainage
 - **chirurgie** : fenêtre pleuro-péricardique, fenêtre péricardo-péritonéale +/- cytolytiques en instillation
- **Lymphangite carcinomateuse**
 - O₂, diurétique, corticoïdes, aérosols de morphine
- Générales
 - Compression médullaire
 - corticoïdes à fortes doses
 - radiothérapie
 - chirurgie
 - Encéphalopathie
 - traitement étiologique : métabolique, iatrogène, paranéoplasique
 - CIVD (parfois dans les cancers le fibrinogène et les plaquettes sont augmentées)
 - traitement étiologique, PFC, parfois HNF, antifibrinolytique (aprotinine)
 - Thrombose
 - traitement habituel
 - peut exister endocardite thrombotique non bactérienne
 - Hypercalcémie
 - SSI, bisphosphonates, calcitonine
 - Hyponatrémie
 - restriction hydrique, LEDERMYCINE, en réa : NaCl + Lasilix

FREAK STYLE (NC +++)

- Syndrome neurologiques paranéoplasique
 - Lambert-Eaton
 - Cérébelleux
 - Encéphalopathie limbique (amnésie antérograde + CC partielle)
 - Rétinopathie
 - Neuropathie sensitive subaigüe (Denny-Brown)
- Autoanticorps dans le plasma et le LCR
 - Neuropathie : anti-Hu, anti-CV2
 - Cérébelleux : anti-Yo et anti-Ri (chez l'homme) et anti-CV2
 - Lambert-Eaton : anti-VGCC
 - Encéphalite : anti-Hu
 - Rétine : anti-recoverin
 - Stiff man syndrom : anti-amphiphysine
- PET-Scan
 - Toujours positif au niveau cérébral et des voies excrétrices : rein, vessie
 - Faux positifs : sarcoïdose, tuberculose
 - Faux négatifs : parfois le carcinome bronchiolo-alvéolaire

Ahahah t'as tout lu !