

ITEM 157 : CANCER BRONCHO-PULMONAIRE

GENERALITES

Epidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incidence = 30000 cas/ an – 2^{ème} cancer chez l’homme (en ↓) / 4^{ème} chez la femme (en ↑) ○ Mortalité = 25000/an – 1^{ère} cause de mortalité par cancer ○ Age médian = 67 ans – 6H/1F
FdR	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tabac : Actif RR > 5 – Passif RR = 1,3 – Lié à la durée, à l’âge de début et à la quantité (PA). Risque signification si > 20 PA – Diminution de 50% après 5 ans d’arrêt. ○ Amiante – Synergie amiante + tabac RR = 70 ○ Autre : Arsenic – Nickel – Cobalt – Radon inhalé – Radiations ionisantes – Cicatrice bronchique (tuberculose, silicose)

TYPES HISTOLOGIQUES

	Histo	TDT	Loca	Marqueur	Autre
CBNPC (80%)	AdénoK (40%)	1 an	Périph	ACE – CK7 Si mut ^o EGFR : réponse aux inh de TyrK	SS-type : Carcinome bronchioloalvéolaire, non lié au tabac. Evoquer si opacité alvéolaire chronique. Dissémination aérique de proche en proche – Pas de méta
	K épidermoïde (30%)		Proxi	EGF – CK20 - SCC	
	K indifférencié à gde C (10%)				Tumeur volumineuse d’évolution rapide
CBPC (20%)	Neuro endoc : petites cellules en nappe dense – Mitoses nbreuses – Nécrose centrale	28j	Proxi	Neuroendoc : NSE – Chromogranine A Hormonaux : ACTH – VIP – Calcitonine ⊙ EGF – CK – TTF1	!!Urgence diagnostique et thérapeutique Evolut ^o rapide locorégionale et à distance Très chimiosensible Pas de TNM : localisé/étendu

CBNPC : Carcinome Bronchique Non à Petites Cellules

CBPC : Carcinome Bronchiques à Petites Cellules

CLINIQUE

!! Tout symptôme thoracique chez un patient fumeur actif ou sevré est un cancer bronchique JPDC – Surtout si persistant ou résistant au ttt.

Diagnostic positif

Terrain	Tabac – Exposition professionnelle
Signes G	AEG – Fièvre modérée chronique
Signes respiratoires	Obstruction bronchique : Toux persistante – Hémoptysie – Wheezing – Dyspnée – PNP à répétition dans le même territoire

Bilan d’extension

Loco-régional	- Plèvre : DI thoracique – Dyspnée (NYHA) +/- DRA – Toux – Hoquet - Médiastin : Sd cave sup – Sd de Pancoast Tobuvas – Sd de Claude Bernard Horner – Dysphonie – Dysphagie
----------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Trachée : dyspnée inspiratoire avec cornage - Péricarde : Dyspnée – DT – Tamponnade - ADP supraclaviculaire
Métastase	<ul style="list-style-type: none"> - Cérébral : HTIC – Signe de localisation – Comitialité - Os : DI osseuse – Fracture pathologie – Compression médullaire – Signes d’hypercalcémie - HMG nodulaire - ADP - Surrénale : ISA
Paranéoplasique	<ul style="list-style-type: none"> - Sd de Pierre-Marie-Foix (ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique) : Hippocratisme digital – DI inflammatoire des extrémités – Appositions périostées sur les corticales des os longs (carcinome épidermoïde) - SIADH : hyponatrémie de dilution – hyperosmolarité urinaire (CBPC) - Sd de Cushing (sécrétion d’ACTH-like) - Hypercalcémie maligne (PTHrp ou méta osseuse) - MTEV récidivante extensive - GEM : SN pur - Fièvre paranéoplasique - Sd myasthéniforme de Lambert-Eaton (Ac anti-canaux calciques) : fatigabilité μ améliorée à l’effort - Sd de Denny-Brown (Ac antiHu) : Neuropathie sensitivomotrice subaiguë, encéphalomyélite, sd cordonal postérieur

Mnémotechnique :

- Sd cave sup = TOC TOC = TJ – Œdème en pélerine et des lèvres – Cyanose faciale – Téliangiectasie – Œdème cérébral – Circulation veineuse collatérale supérieure
- Sd de Pancoast Tobiac = CLAN = Claude Bernard Horner – Lyse osseuse des 1^{ère} côtes – ADP susclav homolat – Névralgie C8D1
- Sd de Claude Bernard Horner = PME = Ptois – Myosis - Enophthalmie

Bilan du terrain

- Etat général et nutritionnel : Poids – Taille – IMC – Performans status OMS

PS 0	Activité physique intacte – Efforts possibles sans limitations
PS 1	Réduction des efforts – Autonomie complète
PS 2	Personne autonomie – Fatigue facile – Nécessité de repos \geq 6h/j
PS 3	Personne dépendante – Lever possible – Toilette seule impossible
PS 4	Dépendance totale – Etat grabataire

- Bilan du tabagisme
 - o Examen ORL et stomato
 - o FDRCV – Examen cardiovasculaire
 - o Bilan respiratoire
 - o BU : Hu ?
 - o Œsophage : dysphagie ?
 - o FCV

PARACLINIQUE

Diagnostic positif = ANAPATH SYSTEMATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Endoscopie bronchique en 1^{ère} intention : biopsies dirigées et étagées (staging T) - 2^{ème} intention : Ponction transpariétale TDM guidée <ul style="list-style-type: none"> o Indication = Tumeur périphérique non vue en fibro – CI : emphysème - 3^{ème} intention : Médiastinoscopie – Thoracoscopie – Pct° de méta extra-pulmonaire <p>NB : Pas de marqueurs biochimiques utiles au diagnostic</p>
Bilan d’extension	<p>TDM TAP + TEP TDM + IRM cérébrale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loco-régional : TDM thoracique + PC <ul style="list-style-type: none"> o Tumeur : Masse dense, arrondie, aux contours irréguliers +/- spiculés,

	<ul style="list-style-type: none"> non calcifiées. o Extension : ADP – Pleurésie – Lyse osseuse costale - A distance : <ul style="list-style-type: none"> o IRM cérébrale systématique o TEP scan (NB : Fixation physiologique = cerveau – cœur – rein – urètre – vessie) o Bio : BHC – Bilan PC – Pas de marqueurs tumoraux o Sur point d’appel : scintigraphie osseuse + Rx o Si CBPC : LDH (reflet de la masse tumorale) – Si CBPC + pancytopenie : BOM
Bilan du tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> - Panendoscopie ORL – Panoramique dentaire – FOGD si dysphagie – FCV – BU - Bilan de l’athérome
Bilan d’opérabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Respiratoire : EFR – Scinti pulmonaire – GDS <ul style="list-style-type: none"> o CI opératoire si VEMS post op < 11 ou 30% - Hypercapnie pré-op - Cardiaque : ECG – ETT – EE +/- coro - Bilan nutritionnel : Alb – Préalb - Bilan pré-op

STADIFICATION

CBPC

Maladie localisée = Accessible à un seul champ d’irradiation	Maladie étendue
<ul style="list-style-type: none"> - Un seul poumon atteint - ADP : hilaires et médiastinaux homo et controlatérales – Sus claviculaires homolatérales 	<ul style="list-style-type: none"> - Tumeur bilatérale - Atteinte du péricarde - Pleurésie carcinomateuse - ADP bilatérales - Métastases à distance

CBNPC

Tumeur (T)		
	T1	Tumeur < 3 cm sans dépasser les bronches lobaires
	T2	Tumeur avec un des éléments suivants : - T > 3 cm - A plus de 2 cm / carène. - Atteinte de la plèvre viscérale. - Atélectasie < 1 poumon.
	T3	Tumeur qui envahit un des éléments suivants : - Paroi. - Diaphragme. - Plèvre médiastinale. - Péricarde. - Bronche souche à moins de 2 cm / carène. - Atélectasie de tout un poumon.
	T4	Tumeur qui envahit un des éléments suivants : - Cœur. - Gros vaisseaux. - Trachée ou carène. - Œsophage. - Corps vertébral. - Épanchement pleural malin.
Ganglions (N)		
	N0	Pas d'atteinte ganglionnaire.
	N1	Atteinte hilare homolatérale.
	N2	Atteinte médiastinale homolatérale.
	N3	Atteinte médiastinale ou hilare controlatérale et/ou sus-claviculaire.
Métastases (M)		
	M0	Pas de métastase.
	M1	Métastases (foie, cerveau, surrénales, os...).

Stadification des CBNPC

	N0	N1	N2	N3
T1	I	II	IIIA	IIIB
T2	I	II	IIIA	IIIB
T3	I	IIIA	IIIA	IIIB
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB
M1	IV	IV	IV	IV

Survie à 5 ans

CBNPC	CBPC : Fqce des rechutes = 95% des cas
- Stade II et II : 70%	- Localisé : médiane de survie = 15-20 mois
- Stade IIIa réséqué : 30%	- Étendu : médiane de survie = 9 mois
- Stade IIIa non opéré – IIIB – IV : < 5%	

PRISE EN CHARGE

Mesures générales

- Cs d'annonce
- PEC 100%
- RCP – PPS
- Arrêt du tabac + aide au sevrage – PEC des autres complications du tabac
- Soins de supports : PEC douleur – nutritionnelle – psychologique
- Si cancer lié à l'amiante : déclaration en MP – Indemnisation par le FIVA – Cessation d'activité anticipée

Prise en charge des complications

Syndrome cave supérieur	- Anticoagulation à dose curative /!\ AVK inefficace si TVE
--------------------------------	--

	- CorticoT forte dose - Pose d'une endoprothèse veineuse cave sup
Envahissement pariétal douloureux	- Radiothérapie externe pariétale ciblée - ATG adapté à l'EVA

Traitement des CBNPC

- Indications

CBNPC résécables : curatif	CBNPC non résécables : palliatif
- Stade I : Chirurgie - Stade II : Chir + chimio adjuvante - Stade IIIa : Chimio néoadj – Chir si réponse – Radiochimio adjuvante	- Stade IIIa/b : Radiochimiothérapie concomitante - Stade IV : chimioT palliative et/ou thérapies ciblées AntiVEGF (Tarceva) si CBNPC non épidermoïde Inh des TyrK (Erlotinib) si mutation EGFR

- Traitement curatif

Modalités	Complications
- Chirurgie carcinologie d'exérèse avec curage ganglionnaire scissural, hilair et médiastinal - Envoi en anapath - ChimioT adjuvante : Cisplatine + Gemcitabine	- Fistule bronchique (bronchorrhée purulente) - EP - Douleur - Abscess de paroi – PNP infectieuse - Paralysie récurrentielle

- Traitement palliatif

- o Radiothérapie externe : sur la tumeur ou sur métastase douloureuse
- o Chimiothérapie : IV - Double, comprenant du Cisplatine
- o Thérapie ciblée
 - Bevacizumab (Avastin) = AntiVEGF = 1^{ère} ligne des CBNPC non épidermoïde avancé
 - Erlotinib (Tarceva) = Inh des TyrK = 2^{ème} ligne des CBNPC métastatique

Traitement des CBPC

/!\ Urgence thérapeutique – Jamais de chirurgie

Stade localisé	Stade disséminé avec métastases
- Radiochimiothérapie concomitante (Cisplatine + Etoposide) - Irradiation cérébrale prophylactique	Chimiothérapie + soins de support

SUIVI

Minimum 5 ans – Efficacité – Tolérance – Observance des sevrages

Examen clinique Rx thorax	Récidive loco-régionale et à distance C° des TTT K associé : 2 ^{ème} K bronchique – Vessie/Rein – ORL	/3 mois pendant 2 ans / 6 mois pendant 3 ans
TDM thorax + coupe foie et surrénales	Récidive loco-régionale et à distance	/6 mois pendant 2 ans /an pendant 3 ans

ITEM 157 : METASTASES PULMONAIRES

GENERALITES

- Tumeurs pulmonaires les + fréquentes
- Primitif les + fqts : Sein – Côlon – Mélanome – Testicule – Poumon
- Diffusion : Hématogène (atteinte parenchymateuse) – Lymphatique (Atteinte interstitielle et pleurale)

CLINIQUE

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

ATCD de cancer connu	Pas d'ATCD de cancer
Réévaluation du primitif	- Interro : ATCD familiaux de K – FDR de K - Examen physique complet

PARACLINIQUE

Anapath	Biopsie d'une lésion accessible Anapath : Type histologique IHC : R oestrogènes/progestérone = sein – TTF1 = poumon ou thyroïde
TDM	- Image en lâcher de ballons : opacités pulmonaires multiples arrondies, bilatérales, prédominants aux bases et en périphérie (meilleure vascularisation) - Lymphangite carcinomateuse : opacités interstitielles réticulonodulaires périhilaires bilatérales (diffusion lymphatique) - Miliaire carcinomateuse : opacités micronodulaires disséminées bilatérales prédominant aux bases (diffusion hématogène) - Nodule pulmonaire unique
OD	- Marqueurs tumoraux : BHCG (chorioK testiculaire) – CA15-3 (sein) – ACE (ADK) – SCC (épidermoïde) - PSA - Imagerie : Mammo – Endoscopies dig – Echo thyroïdienne – Fibro ORL - TEP TDM

ITEM 157 : TUMEURS PULMONAIRES BENIGNES

CLINIQUE

- Asymptomatique (découverte fortuite)
- Signes thoraciques : Toux – Dyspnée – Wheezing – Hémoptysie – PNP récidivantes
- Etat général OK – Pas d'organomégalie

PARACLINIQUE

TDM	Opacité dense bien limitée non spiculée < 10 mm - Stable > 2 ans Pas de lésions associées
TEP TDM	Si doute : pas d'hyperfixation
Hsto	Si doute : - Hamartochondrome (composante graisseuse + calcification centrale en popcorn) - Hamartome, angiome, granulome