

12/ Les cancers broncho-pulmonaires

2 poumons

Droite: 3 lobes

Gauche: 2 lobes

Epidémiologie

Plus de 10% des cancers

Représente la première cause de décès par cancer chez l'homme

Augmentation du nombre de cas chez les femmes

Tabac

Plus on fume de cigarettes, plus le risque augmente

Risque relatif en fonction de la durée du tabagisme

Risque relatif en fonction de l'âge de la première cigarette

Risque relatif en fonction du temps depuis le sevrage

Amiante

Risque induit par la seule exposition est multiplié par 10

Multiplié par 100 si cumulé avec le tabac

Maladie professionnelle

Autres facteurs de risque

Minerais radioactif, nickel, chrome, beryllium, fer, arsenic, vinyls, radon, cannabis + susceptibilité génétique

Dépistage

Rôle du scanner thoracique faiblement dosé

Symptômes secondaires à l'obstruction bronchique

Toux récente ou modification d'une toux ancienne

Hémoptysies

Dyspnée

Wheezing

Infection

Symptômes secondaires à l'envahissement des organes de voisinage

Plèvre et péricarde: épanchement pleural ou péricardique, douleur

Paroi: douleurs

Structures médiastinales: dysphagie, syndrome cave supérieur, paralysie phrénique ou récurrentielle, syndrome Claude-Bernard-Hornder

Autres symptômes

Altération de l'état général: asthénie, anorexie, amaigrissement

Métastases: foie, os, cerveau, surrénale

Découverte fortuite

Radiographie pulmonaire

Opacité ronde

Atélectasie

Opacité médiastinale

Image pleurale

Radiographie normale

2 types de cancer

Cancers non à petites cellules (CBNPC)

- adénocarcinomes
- cancers épidermoïdes
- cancers indifférenciés à grandes cellules

Cancers à petites cellules (CPC)

Diagnostic positif

Obtenir du matériel cellulaire ou tissulaire pour affirmer le diagnostic

Prélever la tumeur (ou le ganglion ou la métastase)

Techniques: bronchofibroscopie, ponction sous scanner, médiastinoscopie, thoracoscopie, thoracotomie

Buts du bilan d'extension des CBNPC

Définir le stade de la tumeur

Ne pas priver un patient qui a une tumeur localisée d'un traitement curateur

Ne pas opérer un patient qui a une tumeur métastatique sauf exception

Bilan d'extension: locale, régionale, à distance

En cas de maladie locorégionale: déterminer la résécabilité de la tumeur afin d'éviter une thoracotomie inutile, ne pas confondre avec bilan d'opérabilité

Bilan d'extension

Examen clinique + biologique

TDM thorax

Surrénales (avec injection)

IRM crâne (ou TDM)

TEP scanner

Fibroscopie bronchique

Tomographie par émission de positons au ¹⁸F-FDG

Repos musculaire

A jeun

Perfusion de sérum physiologique

Mesure glycémie capillaire

Injection IV

45 minutes plus tard: vidange vésicale

Classification TNM

Regrouper les patients en différentes catégories homogènes

Repose sur des critères pronostiques à partir de données rétrospectives

Avoir un langage commun

Guide thérapeutique

cTNM: clinical = au moment du diagnostic, avant le traitement, d'après l'examen clinique et les données du bilan d'extension

pTNM: pathological = après étude de la pièce opératoire (anapath.)

Techniques invasives

"A l'aiguille"

Vidéo: médiastinoscopie, thoracoscopie

"Thorax ouvert": médiastinotomie, thoracotomie

Bilan d'opérabilité

Exploration fonctionnelle respiratoire

Gazométrie sanguine

Cormorbidités

Indice Performans Status (PS)

0: capable d'avoir une activité normale sans restriction

1: activité physique discrètement réduite, mais ambulatoire: moins de 25% du temps de la journée au lit

2: ambulatoire, indépendant, mais incapable d'activité soutenue: moins de 50% du temps de la journée au lit

3: capable uniquement de satisfaire ses besoins propres: confiné au lit plus de 50% du temps de la journée

4: invalide, ne peut satisfaire seul à ses propres besoins: alité toute la journée

Traitement

Prise en charge multidisciplinaire (RCP)

Selon recommandations internationales et référentiels

Traitements associés: antalgique, diététique, antinauséux, kiné, facteurs croissance

Soutien psychologique

Sevrage tabagique

Soins palliatifs

Chirurgie curatrice

Stades localisés

Objectif: résection complète (ne pas laisser de tumeur)

Arrêt du tabac essentiel avant l'intervention

Chirurgie palliative

Stades avancés

Indication: épanchement pleural métastatique récidivant

Radiothérapie

A visée curative: tumeur localisée mais patient non opérable, association radio-chimio pour le stade III

A visée palliative

- antalgique (métastase osseuse)
- décompressive (compression médiastinale)
- cérébrale (métastase symptomatique)

Indications de la chimiothérapie

Péri-opératoire (néoadjuvante ou adjuvante) si tumeur N1

En association avec la chirurgie (N2) ou la radiothérapie (N2 ou N3) dans les tumeurs localement avancées

Dans les stades métastatiques

La chimiothérapie améliore la survie, la qualité de vie, contrôle des symptômes

Traitement en première ligne

Dépend surtout du PS, de la présence ou non de la mutation d'EGFR et du sous type histologique

Si tumeur non mutée:

- PS 0-1: bi-chimiothérapie à base de platine
- PS 2-3: monochimiothérapie
- PS 4: soins palliatifs

Dépend aussi de l'âge, des co-morbidités, des toxicités potentielles => traitement personnalisé

Thérapies ciblées

Inhibiteurs de tyrosine kinase d'EGFR

- en première ligne chez les patients métastatiques qui ont une mutation activatrice d'EGFR
- en deuxième ligne ou plus chez les patients métastatiques (avec ou sans mutations)

Anti angiogéniques: Avastin

- en première ligne en association avec la chimiothérapie, sous certaines conditions → toxicités spécifiques

Rôle essentiel de l'IDE

Sevrage: conseils, encouragement

Rapporte et évalue la gravité des symptômes

Examens complémentaires

Gestion des prélèvements

Soutien psychologique

Soigner, écouter, accompagner

Essais thérapeutiques

Traitement