

## 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 résecabilité 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 <sup>18</sup>F-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