

Cancer bronchique primitif (CBP)

Dr S. Hamoud service pneumologie EPH Batna
2024-2025

Introduction

- **Le cancer primitif des bronches (CPB)** regroupe l'ensemble des tumeurs malignes prenant son origine dans la muqueuse des bronches.
- C'est le cancer le plus fréquent de l'homme dans les pays développés.
- Sa fréquence augmente actuellement chez la femme et l'adulte jeune.
- Le pronostic est souvent délicat.
- **la 1ere cause de mortalité par cancer dans le monde.**

Epidémiologie

CBP est un problème majeur de santé publique partout dans le monde

L'incidence et la mortalité sont très proches ce qui témoigne du pronostic désastreux de cette maladie

En France, plus de 45 000 nouveaux cas/an

Le cancer bronchique primitif (CBP) arrive au deuxième rang en terme d'incidence après les cancers de la prostate chez l'homme ou il représente la première cause de mortalité par cancer (20% des décès par cancer)

Chez la femme, il se situe au 3ème rang.

Age moyen : Age L'âge de survenue est variable, résultant des habitudes tabagiques, mais en général après 40 ans.

L'incidence du CB augmente avec l'âge à partir de 35 ans et jusqu'à 75 ans de façon pratiquement linéaire.

Sex-ratio : 9Homme/1femme

Tendance actuelle:

Abaissement de l'âge de survenu

Sex-ratio décroissant

on distingue 2 grands types histologiques : les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) (80-85%)
et c ancers bronchiques à petites cellules (CBPC) (15-20%)

Facteurs de risques

- Le tabac joue un rôle important en association parfois avec d'autres agents cancérogènes
- Le rôle exact de la pollution atmosphérique est encore mal connu.

Facteurs exogènes:

Le tabac:+++

Le risque dépend étroitement de l'âge de début du tabagisme (précocité) de la durée et la quantité fumée (exprimée en paquets-année), l'inhalation et le mode de tabagisme.

90 % des CP sont fumeurs actifs ou anciens fumeurs

L'exposition passive au tabac augmente le risque de CBP de 30%.

Les carcinogènes : (exposition professionnel et tabagisme)

Benzopyrènes, hydrocarbures polycycliques, nitrosamines;
Phénols, arsenic, l'amiante, chrome, nickel, cannabis
béryllium, cadmium....

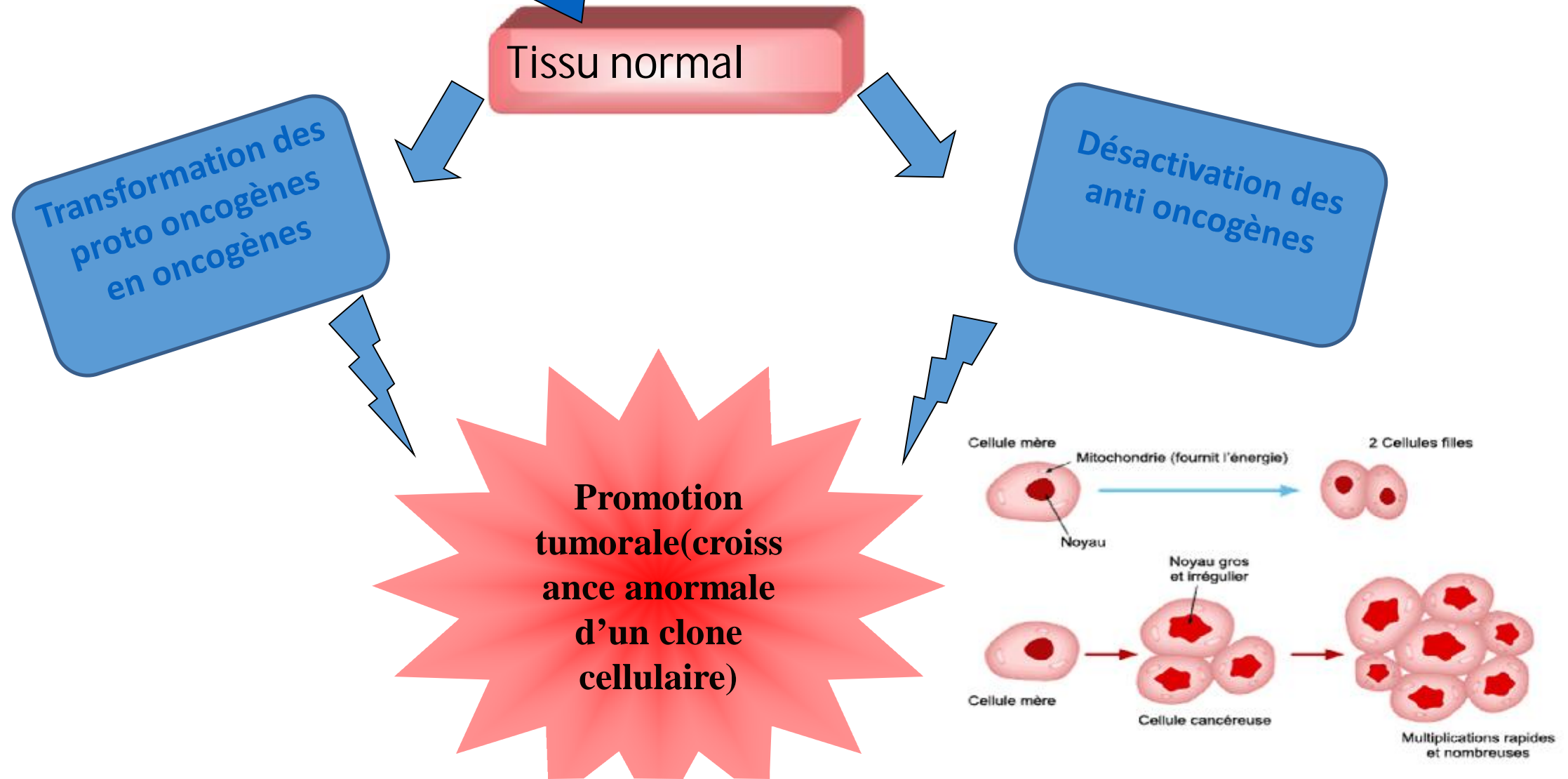
Radiations ionisantes

Endogènes:

Susceptibilité génétique aux carcinogènes : seuls 10 à 20 % des fumeurs développent un CB,
facteurs nutritionnels, facteurs hormonal,
pathologie pulmonaire préexistants



Carcinogènes/ Proc-arcinogenes(tabac +++)



Anatomopathologie

A/ CBNPC : l'analyse morphologique, histochimique et l'immunomarquages, aide à classer la tumeur principalement en 3 sous-types histologiques.

1. L'adénocarcinome (ADK) : tumeur (Tm) épithéliale maligne avec différenciation glandulaire. Cette différenciation peut être reconnue morphologiquement par la présence de glandes et/ou d'une mucosécrétion il peut naître de l'épithélium bronchique, bronchiolaire, alvéolaire ou des glandes bronchiques.

Sa fréquence est en augmentation (40-50%) des cas. préférentiellement périphérique.

Les diagnostics différentiels des ADK primitifs se pose principalement avec les métastases pulmonaires d'ADK d'autres origines .

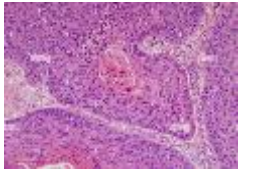
Le principal marqueur "spécifique" de l'origine pulmonaire est l'antigène TTF1 (Thyroid Transcription Factor)

2. Le carcinome épidermoïde : Tm épithéliale maligne avec différenciation malpighienne, reconnue morphologiquement par la présence de ponts d'union et/ou de kératine.

Il occupe la 2ème position après l'ADK et représente environ (30 à 35%) des cas.

de siège souvent proximal.

Macroscopiquement, il réalise le plus souvent l'aspect d'un petit bourgeon endobronchique obstructif jusqu'à la volumineuse masse excavée par d'importants remaniements nécrotico-hémorragiques



3. les carcinomes à grandes cellules représente (5-10%) de tous les CBP.

se localise préférentiellement à la périphérie du poumon et se présente sous forme d'une masse volumineuse, nécrotique, pouvant envahir la plèvre ou les structures adjacentes.

Son évolution est rapidement métastatique. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination, retenu en absence de muco-sécrétion ou de différenciation épidermoïde ou neuroendocrine

Anatomopathologie

B/ les carcinomes bronchiques à petites cellules (CBPC) (15 - 20%) des CBP primitifs.

Incidence tend à diminuer ces 20 dernières années.

D'origine neuroendocrine (les cellules expriment des marqueurs nerveux et produisent des hormones).

Temps de doublement extrêmement rapide de l'ordre de 30 jours.

Un pouvoir métastatique très important, par voie lymphatique et sanguine

Grande sensibilité initiale à la chimiothérapie et à la radiothérapie.

Forte probabilité de rechute souvent chimiorésistance.

Tm le plus souvent proximales se présentant comme une image hilo-médiastinale liée à l'envahissement des voies aériennes proximales et du médiastin, entraînant une compression extrinsèque de l'arbre bronchique et des syndromes de compression médiastinale. (ex: syndrome de la veine cave supérieur)

En endoscopie, la tumeur infiltre l'arbre bronchique, le plus souvent sans bourgeon endoluminal.

Ces caractères expliquent la difficulté de la prise biopsique et l'écrasement cellulaire fréquent.

L'étude immunohistochimique peut aider au diagnostic différentiel à l'aide de marqueurs neuroendocrines (Chromogranine A, Synaptophysine, CD 56) et du TTF1.

DIAGNOSTIC DU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF

$\frac{3}{4}$ des CBP sont diagnostiqués à un stade tardif.

En effet les symptômes révélateurs ne sont pas spécifiques, et n'apparaissent que tardivement, lorsque les organes centraux (bronches ou vaisseaux) ou périphériques (paroi) sont atteints, ou en cas de métastase voir de découverte fortuite lors d'une Rx du thorax.

Par conséquent : Tout symptôme fonctionnel respiratoire, quelle que soit sa gravité, et sa nature, doit attirer l'attention chez un sujet tabagique de plus de 40 ans.

A/ Signes d'alerte cliniques

1- Signes liés à la tumeur :

Toux: Souvent négligée chez le fumeur, d'apparition récente, ou majorée chez un bronchiteux chronique, tenace, persistante et irritative.

Hémoptysie : allant du crachat strié de sang à l'hémoptysie d'abondance variable, elle a une valeur d'alarme parce qu'elle inquiète le malade et l'amène à consulter.

Douleur thoracique : elle est d'intensité et de siège variable, trompeuse si elle n'est pas permanente.

Dyspnée : d'apparition récente ou aggravée chez un patient BPCO. Elle témoigne d'une sténose proximale ou d'une lymphangite carcinomateuse.

wheezing : survenant dans certaines positions ;souvent unilatéral

Infection : tableau de pneumonie, d'abcès pulmonaire ou d'infections bronchiques à répétition.

DIAGNOSTIC DU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF

2- Signes liés à l'envahissement locorégional :

- Dysphagie : Secondaire à un envahissement ou à une compression tumorale de l'œsophage.
- Dysphonie : elle est due à la compression et la paralysie du nerf récurrent gauche.
- Dyspnée : par compression et paralysie du nerf phrénique.
- Syndrome de Pancoast et Tobias, il associe :
 - un syndrome de Claude Bernard Horner (ptosis, myosis, enophtalmie),
 - douleur radiculaire type C8-D1 par compression du plexus brachial,
 - lyse osseuse intéressant le 1^{er} et le 2^{ème} arc costal postérieur.
- Syndrome cave supérieur : l'obstruction par la tumeur du drainage veineux provoque la dilatation des veines collatérales du cou et de la partie supérieure du thorax donnant un œdème en pèlerine, associé à des vertiges, céphalées.
- Epanchement pleural liquidien : lors d'un envahissement tumoral.
- Signes cardiaques : à type de troubles du rythme ou de péricardite traduisant une extension au péricarde ou aux cavités cardiaques.

DIAGNOSTIC DU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF

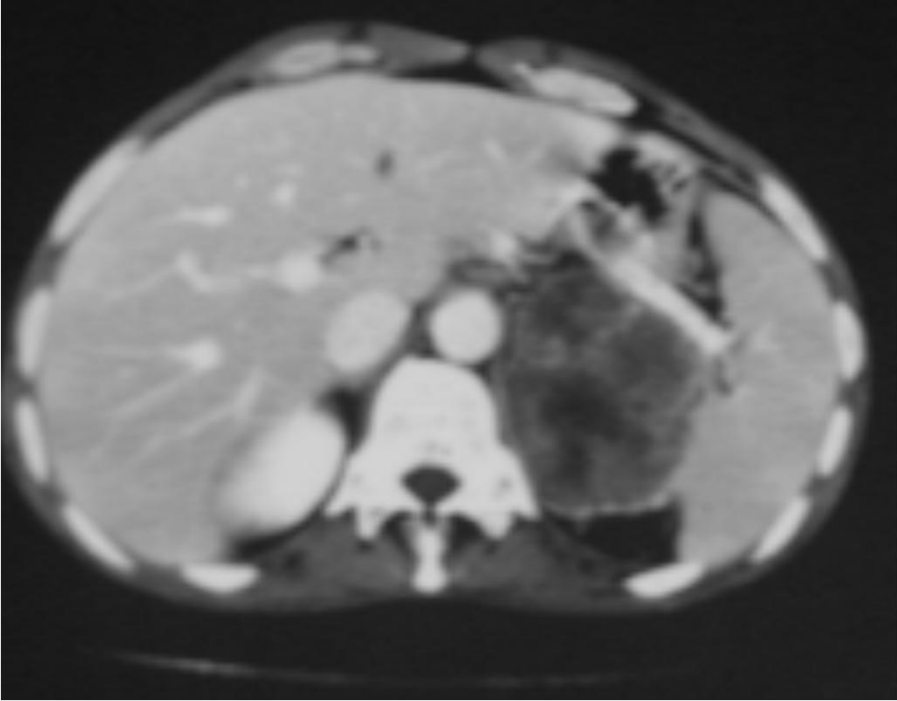
3-Symptômes extra thoraciques

3.1 - Signes généraux :

Les signes généraux sont souvent présents, à type d'amaigrissement, d'asthénie et d'anorexie, fièvre au long cours

3.2 - Signes liés à l'atteinte métastatique

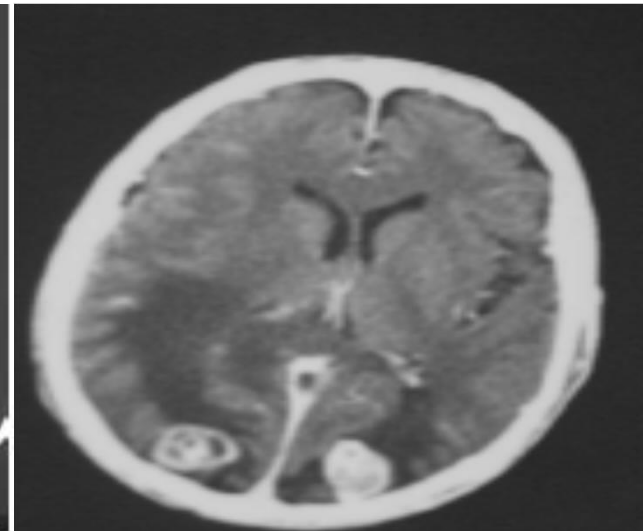
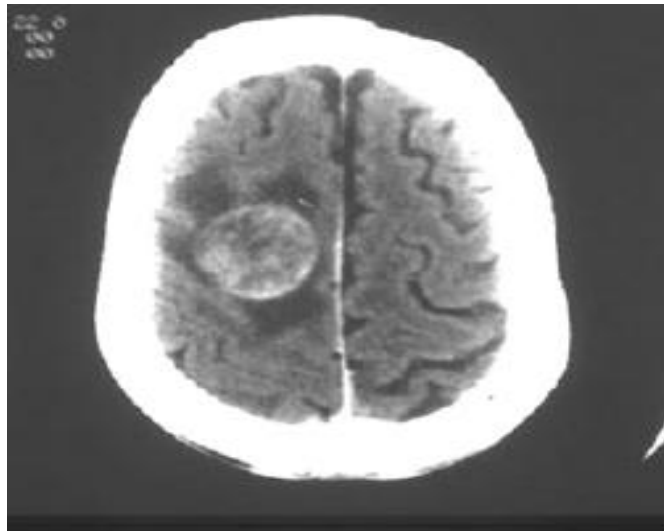
Le CBP peut se manifester d'emblée par une symptomatologie en rapport avec une dissémination à distance de la tumeur au cerveau (céphalées, crise convulsive, signes de focalisation, etc...), poumons, os, le foie et les surrénales.....



Métastase surrénalienne



Métastase hépatique



Métastases cérébrales



DIAGNOSTIC DU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF

3.3 - Syndromes paranéoplasiques : plus fréquents au cours des CP

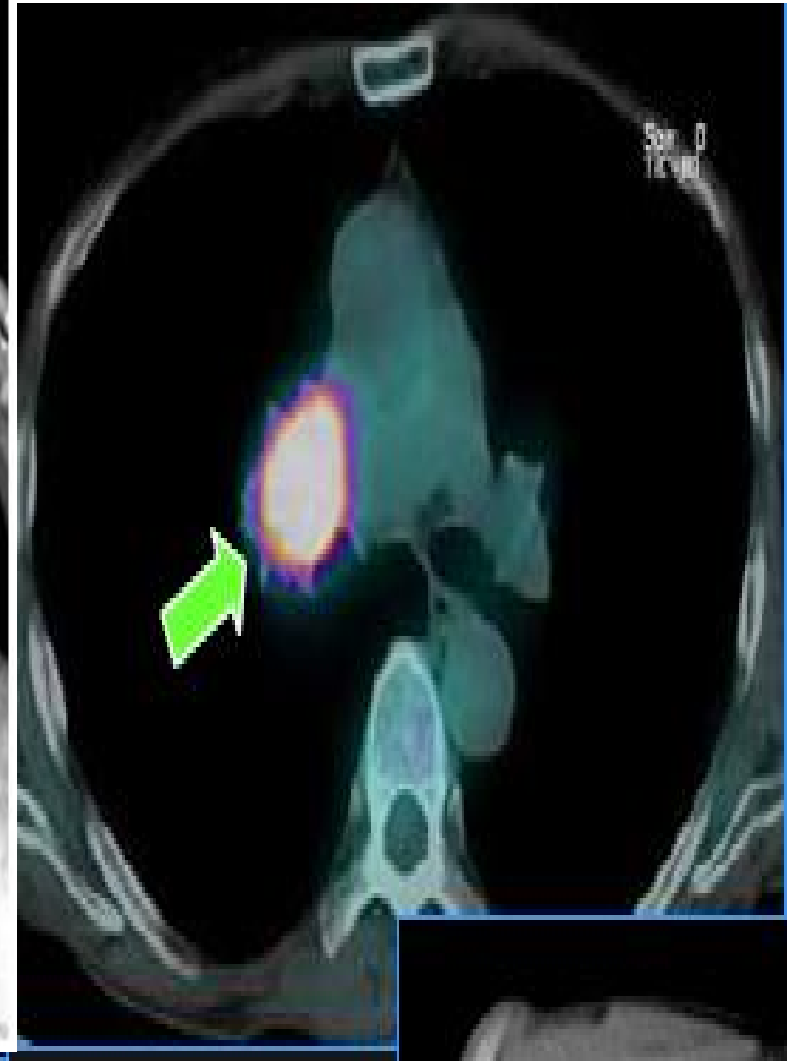
- Ostéo-articulaires :
 - hippocratisme digital d'apparition récente,
 - ostéoarthropathie hypertrophiante pneumonique de Pierre Marie (
- Endocriniens :
 - hypercalcémie, hypoglycémie, hyperthyroïdie,
 - gynécomastie,
 - syndrome de cushing,
 - syndrome de Schwartz-Bartter : liée à une sécrétion inappropriée d'ADH.
- Neurologiques :
 - syndrome cérébelleux : rare,
 - pseudomyasténie de Lambert-Eaton : caractérisée par une fatigabilité musculaire,
 - la neuropathie sensitive de Denny-Brown : responsable d'un tableau de multinévrite sensitive et périphérique.



DIAGNOSTIC DU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF

- Musculaires :
polymyosite,
dermatopolymyosite.
- Hématologiques :
hyperleucocytose à PNN ou PNE,
hyperplaquettose (cancers à grandes cellules)
troubles de la coagulation avec thrombophlébites étendues et récidivantes
CIVD
- Cutanés : acanthosis nigricans.





DIAGNOSTIC DU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF

B/ Signes physiques

- Il n'existe aucun signe physique spécifique du CBP.
- Les signes retrouvés sont liés soit à l'extension locale, régionale ou à distance, soit à un syndrome paranéoplasique.

DIAGNOSTIC DU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF

C/ Imagerie

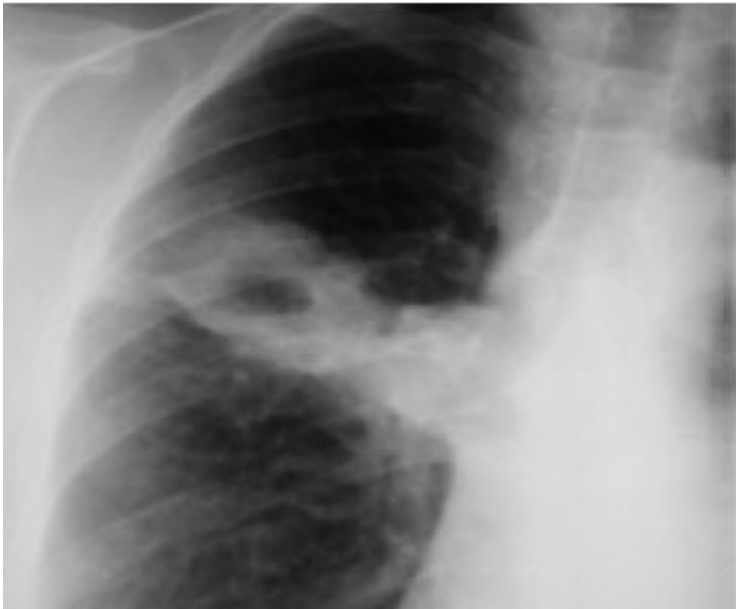
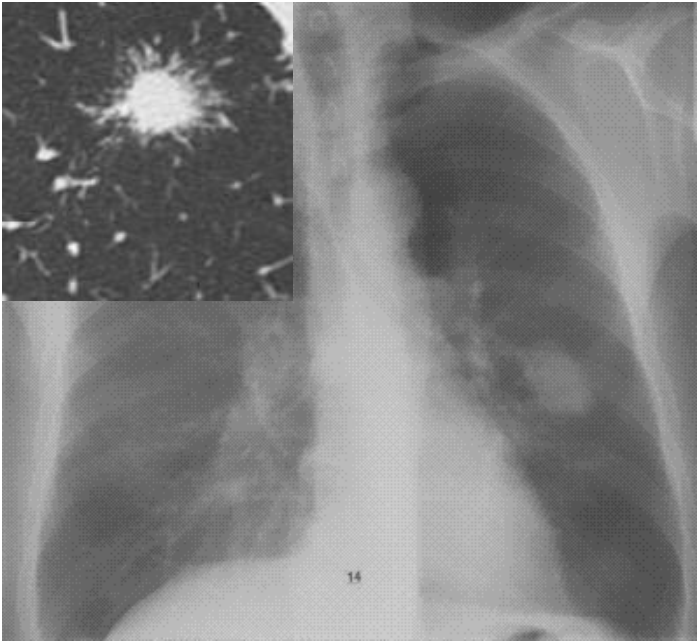
- 1. Radiographie du thorax :
- Le cliché thoracique standard est fondamental et doit être de bonne qualité.
- Deux incidences (de face et de profil) doivent être effectuées.
- Il ne faut pas hésiter à demander l'avis d'un spécialiste (pneumologue, radiologue) en cas de doute diagnostique.

DIAGNOSTIC DU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF

- 1.1. Images radiologiques évocatrices :
- Opacité hilare ou juxta hilare, dense, hétérogène à limites externes irrégulières (aspect chevelu, spéculé, en pattes de crabe).
- Atélectasie : opacité systématisée rétractile.

Ces deux aspects sont en rapport avec un CBP proximal.

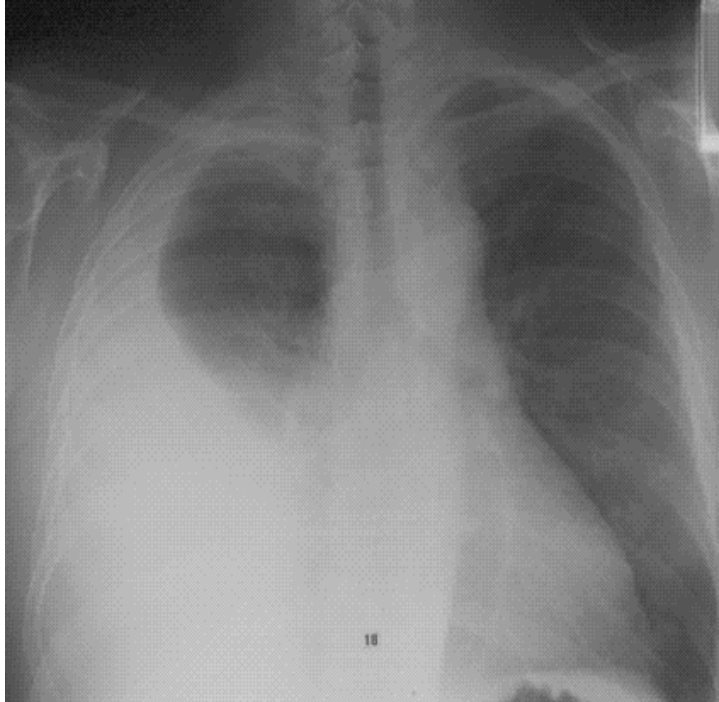
- Opacité arrondie périphérique correspondant à un CBP distal.
- Opacité excavée à parois épaisses et limites internes anfractueuses.
- Opacité médiastino-pulmonaire évocatrice d'un CPC (élargissement du médiastin).





DIAGNOSTIC DU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF

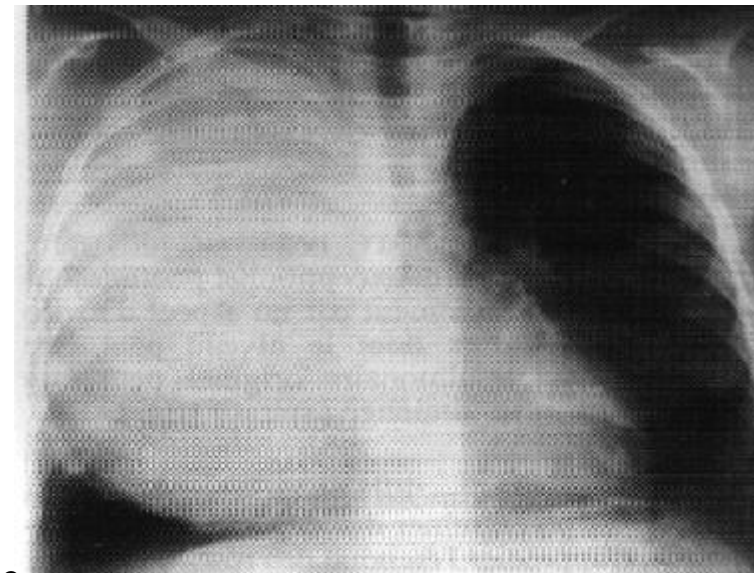
- 1.2. Images radiologiques trompeuses :
- Opacité ronde bien limitée, régulière, intra parenchymateuse.
- Opacité de type pneumonique ou images réticulo-nodulaires, parfois aspect de miliaire évoquant un carcinome bronchiolo-alvéolaire.
- Epanchement pleural liquidien.
- Opacité pariétale
- Pneumothorax
- Image d'adénopathies médiastinales
- Image thoracique normale : retrouvée dans moins de 4 % des cas.



* Image arrondie



Tumeur bénigne



Kyste hydatique

Les signes radiologiques

2. Tomodensitométrie (TDM) thoracique :

- Cet examen est utile en cas d'images trompeuses pour préciser :
 - La nature tissulaire.
 - La topographie médiastinale ou pulmonaire.
 - Les caractères de bénignité ou de malignité.
- La TDM trouve toute son indication dans l'évaluation du stade de la maladie (TNM)

Les signes radiologiques

3. Imagerie par résonance magnétique (IRM) :

Elle n'apporte pas plus d'éléments au diagnostic que la TDM thoracique. Elle trouve son indication en cas d'allergie au produit de contraste, et permet l'exploration de l'apex pulmonaire et du diaphragme.

4. Echographie thoracique :

Elle peut être utile au diagnostic afin de préciser la nature solide ou liquidienne des opacités périphériques adossées à la paroi.

5. Autres examens :

- Tomographie par émission de positons (TEP) : Elle peut contribuer au diagnostic des nodules solitaires.
- Echographie trans-oesophagienne.
- Echographie trans-bronchique.

Diagnostic de certitude

- Afin d'avoir un diagnostic de certitude, le médecin fait appel à de multiples moyens diagnostiques
- **1. Endoscopie bronchique** : Il s'agit d'un examen capital, puisqu'il permet de faire les prélèvements afin de préciser l'histologie de la tumeur. Cet examen est simple et reproductible.

1.1. Les contre indications :

L'Insuffisance respiratoire sévère.
Les troubles de la coagulation.
L'insuffisance cardiaque décompensée.
L'infarctus du myocarde récent.
Les troubles du rythme graves.

Diagnostic de certitude

1.2. Les aspects macroscopiques :

- Aspect végétant.
- Aspect infiltrant (sténose en virole ou en entonnoir).
- Gros bourgeon endoluminal dont la surface est fréquemment nécrotique et hémorragique.
- Aspect de compression extrinsèque.
- L'endoscopie bronchique peut être sans anomalies dans le CBP périphérique.

1.3. Les méthodes de prélèvement :

1.3.1. La cytologie bronchique : elle peut aider au diagnostic et intéresse les prélèvements effectués par :

- Aspiration bronchique.
- Lavage bronchiolo-alvéolaire.
- Brossage bronchique.

Diagnostic de certitude

1.3.2. La biopsie bronchique:

certaines règles pratiques doivent être respectées :

- Prélever au moins 4 à 5 fragments.
- Multiplier les sites de prélèvement.
- Effectuer les biopsies à la base d'implantation du bourgeon et éviter les zones de nécrose.
- Biopsie systématiquement de la carène.
- Séparer les fragments dans des flacons différents selon les sites prélevés.
- Fixer dans un mélange alcool-ether (éviter le liquide de Bouin).



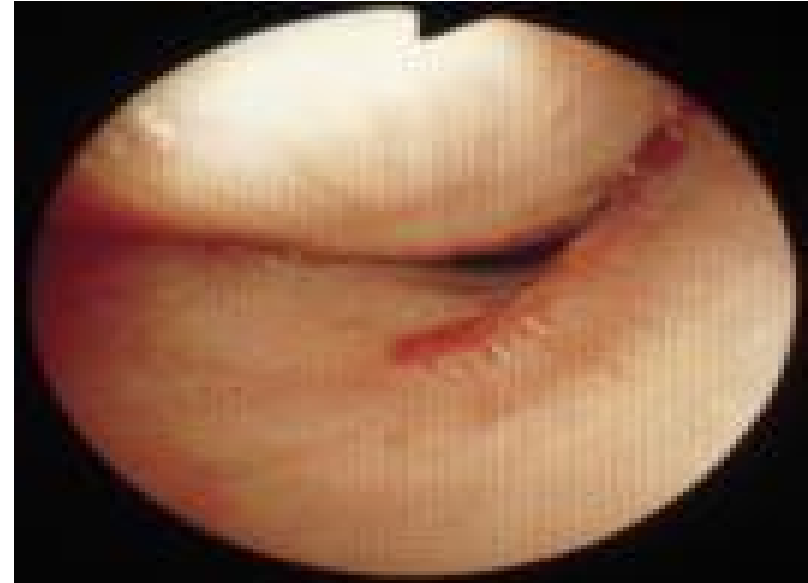
Diagnostic de certitude

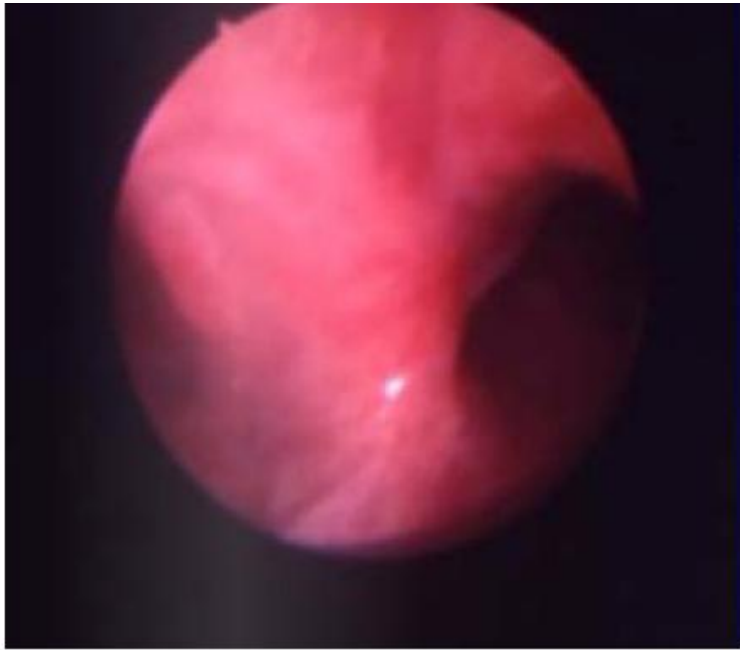
1.3.3 Biopsie transbronchique :

Une ponction transbronchique proximale d'un ganglion sous carénaire ou distale par écho-endoscopie bronchique; mais cet examen peut présenter certaines complications à type d'hémoptysie ou de pneumothorax.

1.3.4 Endoscopie bronchique par auto-fluorescence : utile pour le diagnostic des carcinomes in situ.

1.2. Aspects macroscopiques:





13 : élargissement d'un éperon de division bronchique

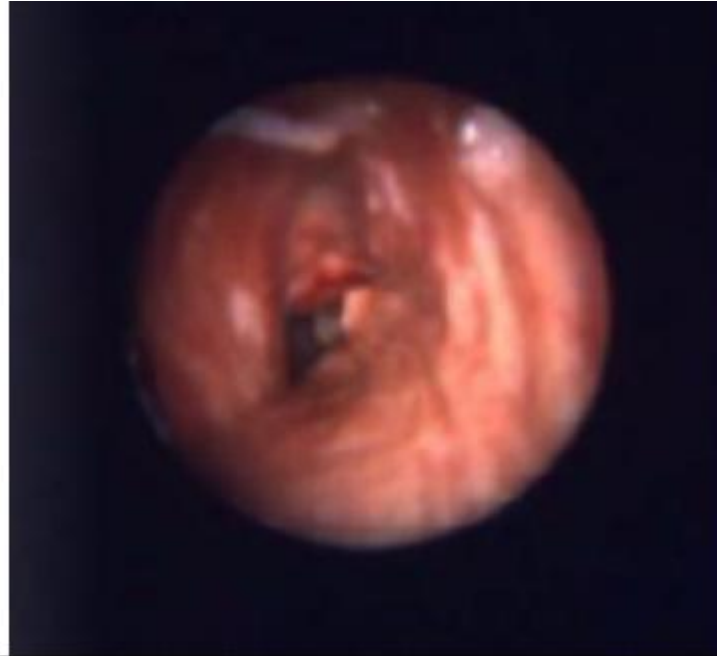


Figure 12 : Infiltration muqueuse réduisant la lumière de la bronche



Diagnostic de certitude

2. Ponction biopsie transthoracique

- Elle est pratiquée sous contrôle échographique ou TDM pour les tumeurs périphériques.
- Il faut respecter certaines contre indications, essentiellement les troubles de la coagulation et l'emphysème bulleux.
- Il est recommandé de faire un étalement sur plusieurs lames pour une étude cytologique et un prélèvement biopsique pour une étude histologique.

3. Prélèvements au niveau d'un site métastatique

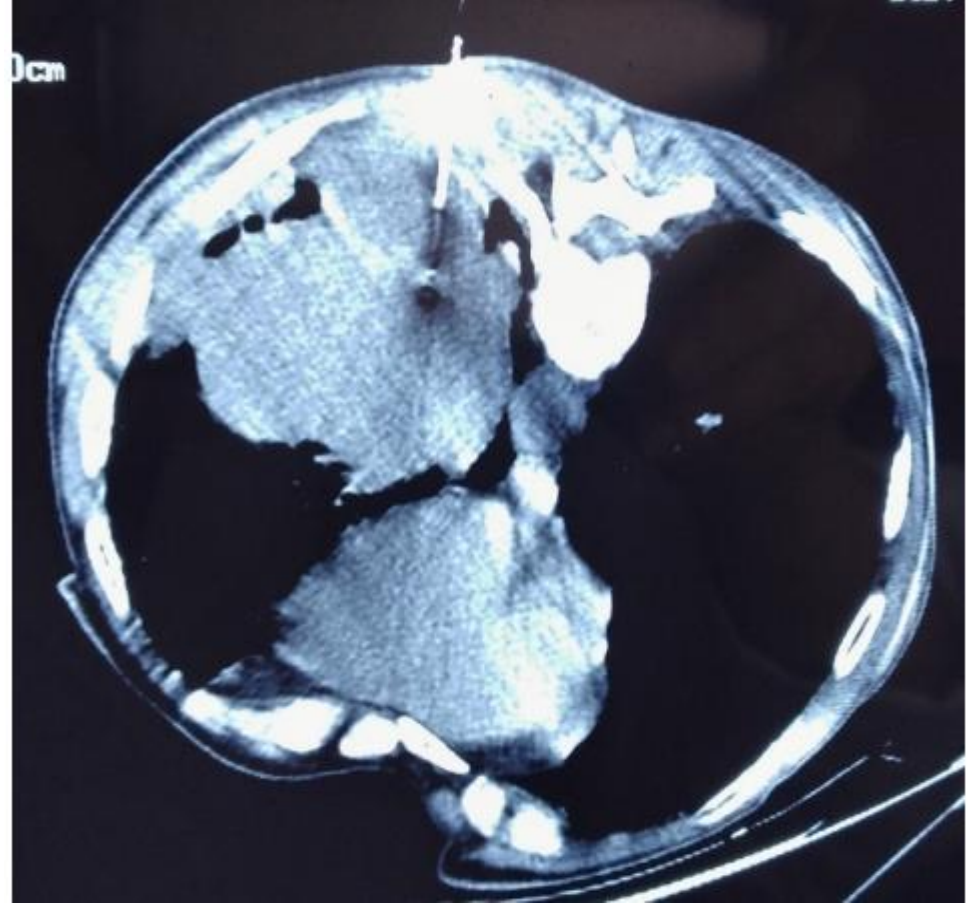
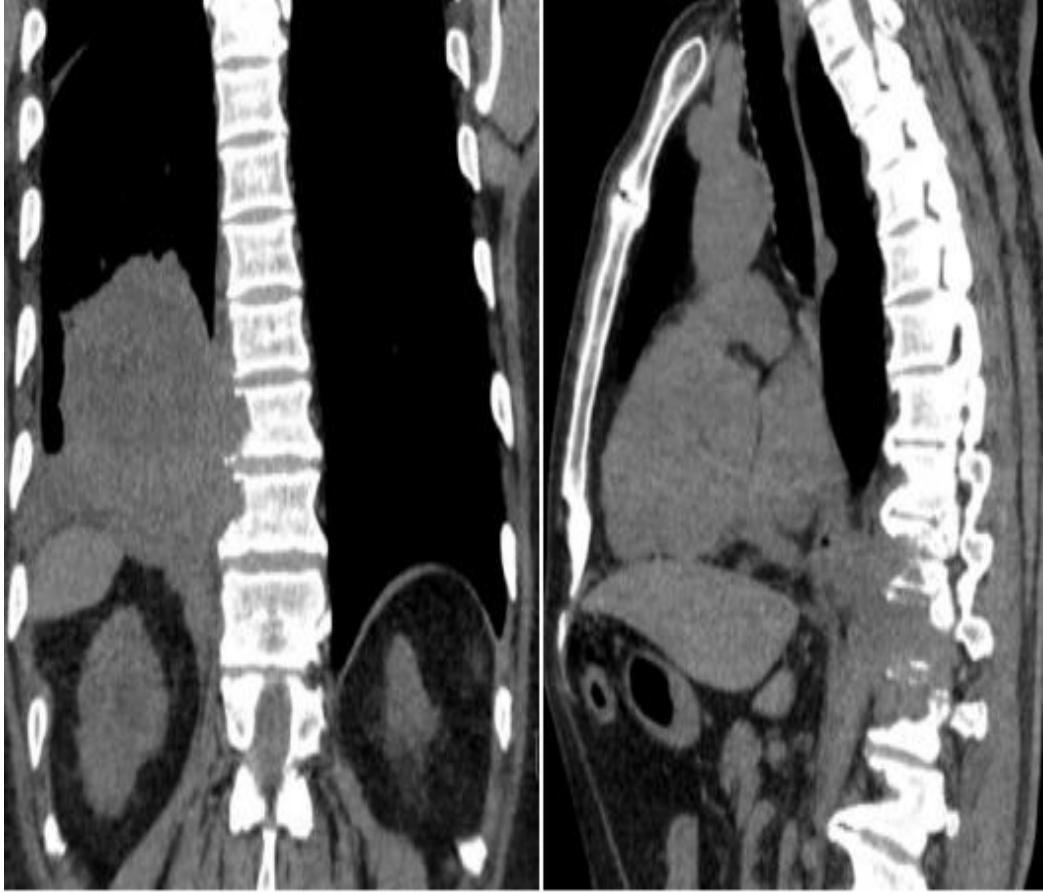
Le prélèvement cytologique ou biopsique peut intéresser :

- La plèvre en cas d'un épanchement pleural liquidien.
- Un nodule cutané.
- Une adénopathie périphérique.
- Le foie.
- L'os.

4. Médiastinoscopie

- Examen de dernier recours à visée diagnostique et de classification de la tumeur.





Diagnostic de certitude

5. Thoracotomie exploratrice

Elle doit être pratiquée en cas d'absence de preuve histologique après avoir épuisé tous les autres moyens diagnostiques.

6. Marqueurs tumoraux

- Aucun marqueur tumoral n'est spécifique dans le diagnostic du cancer bronchique primitif.
- Les marqueurs histologiques immunohistochimiques tels que le TTF1 (marqueur nucléaire des cellules tumorales) et le CK7 (marqueur cytoplasmique et membranaire) peuvent être utiles pour affirmer le diagnostic des adénocarcinomes primitifs .

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel du CBP peut se poser essentiellement pour certains aspects radiologiques et parfois histologiques.

1. Radiologique :

- Opacité arrondie parenchymateuse
tumeurs bénignes, kyste hydatique du poumon, hamarto-chondrome
nodule solitaire ++, métastase d'un cancer d'une autre localisation ou tumeur bénigne.
- Opacité hilare médiastino-pulmonaire : lymphome, thymome
- Image hydro aérique : suppuration pulmonaire, abcès.
- Atélectasie : tuberculose bronchique, compression extrinsèque.
- Image de condensation de type pneumonique : pneumonie chronique non infectieuse.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

2. Histologique

- Le diagnostic différentiel se pose essentiellement en cas d'adénocarcinome entre cancer bronchique primitif et secondaire.
- Le caractère primitif d'un cancer bronchique se porte sur des critères cliniques, d'imagerie, de morphologie histologique et parfois sur des résultats d'immuno-histochimie d'où l'importance de la confrontation pluridisciplinaire autour de chaque cas.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE (CBNPC) ET FACTEURS PRONOSTIQUES

Introduction

- Le bilan d'extension et le bilan pré-thérapeutique des CBNPC déterminent les options thérapeutiques les plus appropriées, parmi lesquelles, la chirurgie occupe une place de choix.
- La chimiothérapie et la radiothérapie sont les deux autres options principales, isolées ou associées, dont les indications et les méthodes font l'objet d'un développement continu.
- La décision thérapeutique doit faire l'objet d'une réunion de concertation multidisciplinaire associant : pneumologue, chimiothérapeute, radiothérapeute, chirurgien, radiologue et anatomo-pathologiste.

les méthodes thérapeutiques

- A. le traitement chirurgical
- Ce traitement est réalisé le plus rapidement possible après le diagnostic, il s'adresse aux stades opérables : stade I et II et éventuellement le stade IIIa, avec un bon état général (PS : 0-1, Karnofsky >70 % et un bilan d'opérabilité sans anomalie).
- Le but du traitement est de réaliser une exérèse carcinologiquement totale une exérèse réglée avec curage ganglionnaire systématique.
- Une réévaluation postopératoire permettra de déterminer définitivement le stade locorégional de façon à décider d'une éventuelle thérapeutique complémentaire.
- Cette réévaluation exige une standardisation des comptes rendus opératoires et anatomo-pathologiques.

les méthodes thérapeutiques

- B. la chimiothérapie anticancéreuse
- Grâce au développement de nouvelles molécules qui ont fait la preuve de leur efficacité,
- la chimiothérapie occupe une place de plus en plus importante dans le traitement des CNPC.
- C'est le traitement de choix des cancers localement avancés en association avec la radiothérapie et comme traitement palliatif dans les stades métastatiques.
- Depuis quelques années de nouvelles modalités ont vu le jour :
- la chimiothérapie néo adjuvante pour certains cancers localement avancés, dont le but est de préparer le patient à une exérèse chirurgicale.
- La chimiothérapie adjuvante comme traitement complémentaire des cancers opérables.
- Les régimes de chimiothérapie associent généralement deux drogues dont un sel de platine (cisplatine et carboplatine).
- Le choix de la 2^e drogue se fera entre les molécules de 1^{ère} génération et surtout les molécules de 2^e génération (gemcitabine, doxorubicine, paclitaxel et vinorelbine).
- Cette chimiothérapie implique une évaluation régulière et rigoureuse du rapport efficacité/tolérance.

les méthodes thérapeutiques

C. la radiothérapie

- D'une arme exclusive dans les cancers localement avancés, elle a actuellement le statut du complément essentiel de la chimiothérapie voire de la chirurgie.
- Elle intervient comme appoint de la chimiothérapie selon différentes modalités : séquentielle, alternée, concomitante.
- Le développement impressionnant dans ce domaine (fractionnement, dose, technique) tend à augmenter l'efficacité de cette méthode et son intégration de plus en plus large dans les stratégies thérapeutiques (chimiothérapie et chirurgie).
- La radiothérapie intervient également comme traitement palliatif des métastases à distance et des signes liés à l'extension locorégionale (cerveau, surrénales, foie, os et syndrome cave supérieur).

D. autres méthodes :

- L'échec des méthodes classiques a conduit à développer d'autres armes thérapeutiques : thérapie génique, traitement endoscopique (chimiothérapie, curiethérapie endobronchique, cryothérapie, traitement au laser, thermo coagulation à haute fréquence).

CLASSIFICATION TNM 2017 Tumeur primitive

L'évaluation de l'extension tumorale lors du diagnostic d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) est une étape fondamentale dans la prise en charge.

Elle a un impact pronostique majeur, et conditionne la prise en charge initiale qui diffère fondamentalement entre les stades localisés, accessibles à un traitement à visée curative et les stades avancés.

CLASSIFICATION TNM 2017 Tumeur primitive

(T) Tumeur primitive

- **Tx:** Tumeur ne peut être évaluée ou est démontrée par la présence de cellules malignes dans les expectorations ou un lavage bronchique sans visualisation de la tumeur par des examens endoscopiques ou d'imagerie
- **T0:** Pas d'évidence de tumeur primitive
- **Tis:** Carcinome in situ
- **T1:** Tumeur ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension, entourée par le poumon ou la plèvre viscérale, sans évidence bronchoscopique d'invasion plus proximale que la bronchique
- **T1a:** Tumeur ≤ 1 cm dans sa plus grande dimension
- **T1b:** Tumeur > 1 cm mais ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
- **T1c:** Tumeur > 2 cm mais ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension

CLASSIFICATION TNM 2017 Tumeur primitive

- **T2:** Tumeur > 3 cm mais \leq 5 cm dans sa plus grande dimension, ou présentant l'une des caractéristiques suivantes
atteinte de la bronche souche, sans atteinte de la carène
invasion de la plèvre viscérale
présence d'une atélectasie (ou d'une pneumopathie obstructive) lobaire ou pulmonaire.
 - T2a:** Tumeur > 3 cm mais \leq 4 cm dans sa plus grande dimension
 - T2b:** Tumeur > 4 cm mais \leq 5 cm dans sa plus grande dimension
- **T3:** Tumeur > 5 cm mais \leq 7 cm dans sa plus grande dimension, ou présentant l'une des caractéristiques suivantes:
 - présence d'un ou plusieurs nodules tumoraux distincts dans le même lobe
 - envahissement direct d'une des structures suivantes : paroi thoracique (y compris la plèvre pariétale et les tumeurs de l'apex), nerf phrénique, péricarde
- **T4:** Tumeur > 7 cm dans sa plus grande dimension, ou présentant l'une des caractéristiques suivantes:
 - présence d'un ou plusieurs nodules tumoraux distincts dans un lobe homolatéral (différent de celui de la tumeur primitive)
 - envahissement direct d'une des structures suivantes : diaphragme, médiastin, cœur, gros vaisseaux, trachée, nerf récurrent, oesophage, corps vertébral, carène

Envahissement ganglionnaire (N)

- **Nx** : L'envahissement ganglionnaire n'a pas pu être évalué
- **N0**: Absence d'envahissement ganglionnaire
- **N1**: Métastase aux ganglions péribronchiques et/ou hilaires homolatéraux
- **N2**: Métastase aux ganglions médiastinaux homolatéraux et/ou aux ganglions sous-carénaux
- **N3**: Métastase aux ganglions médiastinaux controlatéraux et/ou aux ganglions sus-claviculaires, homo et controlatéraux.

Métastases à distance (M)

- **Mx**: les métastases à distance n'ont pas pu être évaluées
- **M0**: Absence de métastase à distance
- **M1**: Présence de métastase(s) à distance
 - **M1a**: Nodule(s) tumoral(aux) distinct(s) dans un lobe controlatéral ; tumeur avec nodules pleuraux (ou péricardiques) ou épanchement pleural (ou péricardique) malin
 - **M1b**: Métastase extra-thoracique unique
 - **M1c**: Métastases extra-thoraciques multiples, intéressant un ou plusieurs organes.

	N0	N1	N2	N3	M1a-b <i>Tout N</i>	M1c <i>Tout N</i>
T1a	IA-1	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T1b	IA-2	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T1c	IA-3	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV-A	IV-B
T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IV-A	IV-B
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	IV-A	IV-B

· Proposition de classification des cancers bronchiques en stades pour la 8^{ème} classification TNM du cancer du poumon (d'après (10))

Stadification

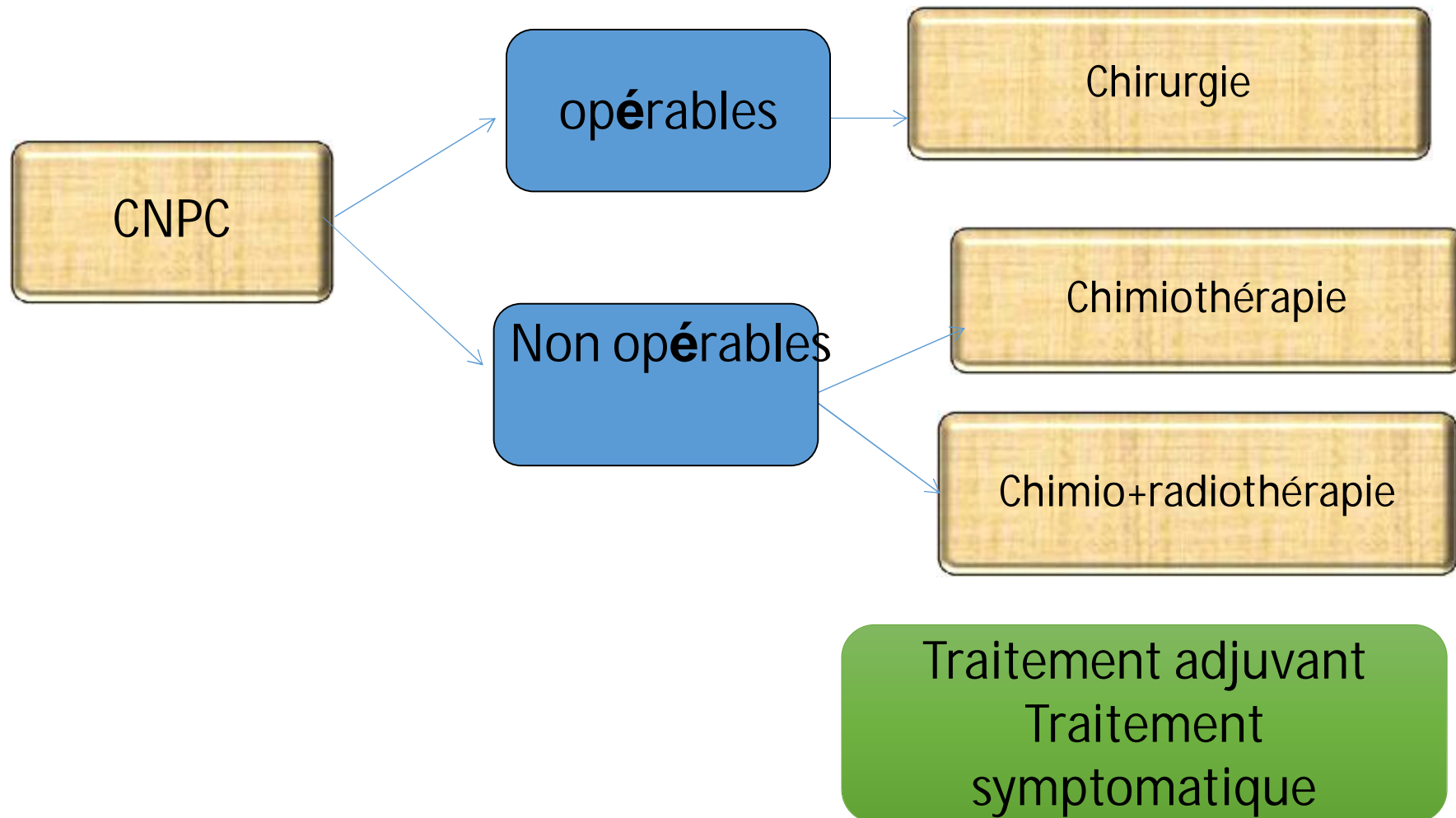
pour le CBNPC il existe quatre stades :

- localisé (stades I et II) ;
- localement avancé (stade III) ;
- métastatique (stade IV)

les cancers à petites cellules distingue:

- **CPC localisées au thorax**: quand la tumeur peut être incluse avec ses adénopathies satellites dans un même champ d'irradiation et pour lesquelles, une radiothérapie thoracique peut être proposée
- **CPC étendus ou diffus(métastatiques)**: en présence d'une pleurésie ou péricardite néoplasique ou d'une métastase à distance

LES INDICATIONS



Pour la pratique on retiendra 4 grandes situations :

CNPC : les 4 grandes situations	Traitement
Cancers localisés (Stades I et II)	Traitement local : Chirurgie à défaut radiothérapie si inopérable
Cancers localement avancés éventuellement chirurgicaux (Stades IIIA)	Traitement systémique (chimiothérapie) + traitement local (radiothérapie ou dans certains cas chirurgie).
Cancers localement avancés non chirurgicaux (Stades IIIB)	Traitement systémique (chimiothérapie) + traitement local (radiothérapie).
Cancers disséminés (Stades IV)	Traitement systémique : chimiothérapie ou thérapie ciblée en 1ère ligne

CPC

Les formes localisées

Polychimiothérapie:
-Radiothérapie - Irradiation
cerebrale systematique
-Evaluation: de la reponse

Les formes disséminées

- * traitement palliatif
- * chimiothérapie

Prévention primaire:

Lutte contre le tabagisme

- ✓ Respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics
- ✓ Interdiction de la publicité pour le tabac.
- ✓ Prix élevé du tabac (taxes spécifiques), mesure surtout efficace auprès des jeunes.
- ✓ Campagnes d'information " grand public " ou ciblées (adolescents).
- ✓ Avertissement sur les conséquences du tabagisme sur chaque paquet de cigarettes.
- ✓ Aide au sevrage.



Conclusion



*S'il y a une maladie en cours de traitement,
laquelle l'adulte « mieux vaut prévenir que
guérir »*

*d'arrêter de
fumer.*