

Objectifs

- o Décrire l'ampleur du problème du CBP DANS le monde et en Algérie et citer les principaux facteurs de risque
- o Reconnaître les signes cliniques et radiologiques du CBP
- o Enumérer les moyens diagnostiques du CBP en fonction de leur degré d'invasivité
- o Citer les items de la classification TNM du CBP et performans status
- o Décrire les moyens thérapeutiques et leurs indications
- o Décrire les soins de support(moyens,indications,posologie,surveillance) évaluer la douleur et planifier sa prise en charge

Plan

I-Introduction

II-Epidémiologie

III-Facteurs de risque

IV-Circonstances de découverte

v-les examens complémentaires

VI-Prise en charge

I-Introduction

Le cancer du poumon est la 1^{ère} cause de mortalité par cancer en France (33 000 décès). La survie à 5 ans tous stades et histologies confondus, est de 17%. Son principal facteur de risque est le tabac (85% des cas). Le diagnostic positif repose sur l'obtention d'une preuve histologique obtenue par ponction ou biopsie (endoscopie bronchique, ponction transthoracique, etc).

II-Epidémiologie

En 2018 :

Incidence : plus de 46 000 nouveaux cas/an en France (deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme parmi les tumeurs solides et le troisième chez la femme) et 2,1 millions de nouveaux cas/an dans le monde

Mortalité : plus de 33 000 décès/an en France (1^{ère} cause de mortalité par cancer en France, 20% des décès par cancer), 1,8 millions de décès/an dans le monde, première cause mondiale de mortalité par cancer chez l'homme, comme chez la femme désormais.

Survie tous stades confondus < 20% à 5 ans

III. ETIOLOGIE

1. Tabagisme actif : 85 % des CP sont dus au tabac. De nombreux carcinogènes sont présents dans la fumée de cigarette et les facteurs de risque les plus importants en termes de carcinogénèse sont l'âge de début du tabagisme (précocité) et sa durée la quantité de tabac augmente le risque de développer un cancer avec un facteur à la puissance 2, alors que la durée d'exposition le multiplie avec un facteur à la puissance 4. Risque = dose x durée⁴. Il n'est donc pas équivalent de fumer 10 cigarettes /j pendant 20 ans (10 PA) que 20 cigarettes/j pendant 10 ans (10 PA).

2. Tabagisme passif augmente le risque de CP, particulièrement auprès des enfants (tabagisme parental). On estime que le tabagisme passif est responsable du quart des CP des non-fumeurs.

3. Carcinogènes professionnels Dans près de 20 % des CP une exposition professionnelle peut être retrouvée, Les causes les plus fréquentes sont : amiante, silice, hydrocarbures aromatiques polycycliques, diesel

4. Carcinogènes environnementaux : L'exposition domestique au Radon est fortement suspectée de constituer une cause de cancer du poumon en France notamment chez les non-fumeurs.

IV-Types histologiques

On distingue 2 grands types histologiques :

Cancer Bronchique Primitif

- **les cancers « non à petites cellules »** : > 80% des cas, eux-mêmes séparés en : - adénocarcinomes , carcinomes épidermoïdes et carcinomes indifférenciés

- **les cancers « à petites cellules »** 15% des cas IV

1. Adénocarcinomes Les plus fréquents, le plus souvent localisés en périphérie du poumon. Leur diagnostic repose sur l'analyse morphologique (architecture glandulaire) souvent aidé de l'immunohistochimie (le plus souvent positifs pour un marquage par le Thyroid Transcription Factor-1 (TTF1).) Ils sont parfois associés à une addiction oncogénique .

2. Carcinomes épidermoïdes ou malpighiens De localisation proximale. Positifs pour un marquage par p40 en immunohistochimie

3. Carcinomes à petites cellules Le plus souvent sous la forme de tumeurs volumineuses, développées à partir des voies aériennes proximales et s'étendant au médiastin, entraînant une compression extrinsèque et une infiltration de l'arbre bronchique ainsi que des syndromes de compression médiastinale. L'association aux syndrome paranéoplasique est fréquente et sont positifs pour un marquage par la Neuron Specific Enolase (NSE) en immuno-histochimie.

V. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Trois quart des CP sont diagnostiqués à un stade localement avancé ou métastatique, parce que le poumon et les bronches n'ont pas d'innervation nociceptive (pas de douleur) , les symptômes révélateurs du CP ne sont pas spécifiques (surtout chez le fumeur chronique) et les symptômes n'apparaissent que lorsque des organes centraux (bronches ou vaisseaux) ou périphériques (paroi, plèvre) sont touchés, ou en cas de métastase(s)

toux, dyspnée, hémoptysie

Extension locorégionale : syndrome cave supérieur , dysphonie, douleur thoracique syndrome de Pancoast , infection respiratoire basse récidivante

Métastase SNC, os, foie, peau

Altération inexpliquée de l'état général

Maladie thromboembolique sans circonstance favorisantes

conséquence d'une compression de la veine cave supérieure par la tumeur ou par des adénopathies latéro-trachéales droites

- développement d'un cancer de l'apex pulmonaire envahissant la paroi thoracique, le plexus brachial et le ganglion sympathique stellaire ; névralgie cervico-brachiale avec douleurs radiculaires C8-D1, syndrome de Claude Bernard-Horner homolatéral ; souvent rattachée à tort à une discopathie dégénérative → doit conduire à la réalisation d'un scanner thoracique

Cancer Bronchique Primitif

- syndromes paranéoplasiques = manifestations liées à la sécrétion par la tumeur d'une substance (tel que neuromédiateurs ou hormones), ou bien à la réaction du système immunitaire du patient par la formation d'auto-anticorps. Ces manifestations se font à distance de la tumeur et ne correspondent pas à l'envahissement tumoral ou métastatique de l'organe, sous l'action de ces hormones ou de ces anticorps. Leur réapparition, après une résection complète, signe la rechute tumorale
- hippocratisme digital, œdème douloureux des extrémités avec périostite engainante

IV-Les examens complémentaires

1-L'imagerie

Le plus souvent, la radiographie est pratiquée initialement, face à des symptômes respiratoires, dans le but d'éliminer d'autres diagnostics comme une cause infectieuse ou pleurale. Elle peut alors révéler une masse qui sera secondairement investiguée par scanner. Une radiographie thoracique normale n'élimine pas le diagnostic de cancer du poumon.

opacité -hilaire droite à contours irréguliers,atélectasie du poumon droit,opacité arrondie de plus de 3 cm (masse), masse excavée et à contours irréguliers et spéculés

La TDM donne des précisions sur la lésion primitive : sa topographie, sa localisation hilare centrale ou périphérique , son caractère systématisé, rétractile ou non rétractile et ses rapports avec les structures avoisinantes de la paroi thoracique, de la plèvre et du médiastin

La TDM donne une première estimation de l'extension ganglionnaire

- : - absence d'adénopathie = N0
- site(s) hilare(s) envahi(s) = N1
- site(s) médiastinal(aux) homolatéral(aux) ou sous carinaire envahi(s) = N2
- site(s) médiastinal(aux) controlatéral(aux) ou sus-claviculaires envahi(s) = N3

Peut montrer aussi des métastases pulmonaires ou pleurales. hépatiques, surrénaliennes, costales ou vertébrales. cérébrales

2-Bronchoscopie souple (fibroscopie bronchique) :

La fibroscopie visualise l'arbre bronchique jusqu'au niveau sous-segmentaire. Elle est réalisée sous anesthésie locale ou sédation. Des biopsies bronchiques sont réalisées sur les anomalies observées (bourgeon tumoral, infiltration).

Cancer Bronchique Primitif

3. Ponction-biopsie trans-pariétale à l'aiguille Elle est réalisée sous anesthésie locale sous guidage TDM. Elle peut être écho-guidée si la lésion a un contact pariétal direct. Très utile pour les nodules et masses périphériques. Se complique dans environ 10 % des cas d'un pneumothorax, souvent minime et bien toléré.

4-Techniques chirurgicales

Si le diagnostic n'a pas été obtenu de façon moins invasive et qu'il n'y a pas d'autre lésion à distance qui soit accessible à un geste simple et si la suspicion de cancer est élevée :

- * Thoracoscopie, vidéo-thoracoscopie , en cas d'effusion pleurale exsudative

ou abord d'aires ganglionnaires non accessible en médiastinoscopie (notamment à gauche ou en sous-carinaire)

- * Médiastinoscopie permet l'abord des sites ganglionnaires latéro-trachéaux

- * Video-thoracotomie exploratrice , en cas d'échec ou de contre-indication aux autres techniques

V-Bilan pré-thérapeutique

S'agit-il d'un cancer à petites cellules ou non à petites cellules

Si cancer à petites cellules : la plupart du temps traitement médical : chimiothérapie ± radiothérapie localisée au thorax ou chimiothérapie + immunothérapie en cas de forme métastatique

S'il s'agit d'un non à petites cellules, la tumeur est-elle résécable ?

Bilan d'extension loco-régional permettant de classer en stade localisé, localement avancé ou disséminé Si le CBNPC est résécable, le patient est-il opérable ?

Bilan d'opérabilité

1. Bilan d'extension Évalue l'extension de la tumeur aux organes de voisinage, aux structures loco régionales ainsi que l'existence d'éventuelles métastases à distance. Il résume toutes les données résultant de l'examen clinique, de la bronchoscopie, des ponctions cytologiques éventuelles (ganglions cervicaux, pèvre) et de l'imagerie (TDM thoraco abdominale et cérébrale, voire la TEP ou l'IRM cérébrale si pas scanner cérébral)

Au terme de ce bilan, on peut établir la stadification TNM de la tumeur :

le T (tumeur) représente l'extension loco-régionale de la tumeur

le N (node = ganglion en anglais) représente l'extension ganglionnaire de

Cancer Bronchique Primitif

la tumeur

le M (métastase) représente l'extension à distance de la tumeur

pour le CP non à petites cellules :

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

2. Évaluation de l'état général

L'évaluation de l'état général est fondamentale pour la décision d'un traitement radical (chirurgie ou radiothérapie) mais aussi pour la décision de traitement médical. Il est évalué par plusieurs échelles dont l'indice de performance (Performance Status de l'OMS ou ECOG) avec une échelle de 0 à 5

3. Etat nutritionnel L'état nutritionnel doit être systématiquement évalué.

4-Paramètres cardio-respiratoires L'examen clinique recherche une BPCO, une insuffisance respiratoire et évalue la classe fonctionnelle de la dyspnée. Les épreuves fonctionnelles respiratoires

VI-Prise en charge

Cancers localisés (I et II)

Si le patient est opérable, une chirurgie d'exérèse est proposée. Traitements complémentaires : une chimiothérapie adjuvante peut être proposée selon le stade en post-opératoire. Si le patient n'est pas opérable une radiothérapie à visée curative est recommandée

Cancers localement avancés (III)

Ils représentent environ 20 % des cas Ils relèvent actuellement de l'association d'une radiothérapie associée à une chimiothérapie (doublet à base d'un sel de platine) de façon concomitante

CBNPC métastatiques (stades IV) : Représentent environ 40 à 55 % des cas. Ces patients relèvent d'un traitement systémique exclusif. Le choix du type de traitement de 1ère ligne dépend de l'âge du patient, de son état général, du niveau d'expression de PD-L1 au niveau de la tumeur, et de la présence d'une altération moléculaire ciblable

VII-Les traitements symptomatiques (Soins de support) Doivent être entrepris dès l'apparition de symptômes, quel que soit le stade de la maladie. Ils sont multiples, incluant un soutien psycho-oncologique, et reposent en particulier sur la prise en charge de :

Cancer Bronchique Primitif

La douleur par les antalgiques par paliers croissants en utilisant (dans l'ordre) les antalgiques de classe I à III, sans hésiter à recourir aux dérivés morphiniques (classe III) + prévention de la constipation.

La dyspnée liée à un(e) :

lymphangite carcinomateuse : traitement très difficile

obstruction de la trachée ou d'une bronche principale. La désobstruction ± prothèse endobronchique est à discuter.

pleurésie néoplasique abondante, récidivante après ponction pleurale : symphyse pleurale par talcage ou drainage à demeure (cathéter pleural tunnelisé)

syndrome cave supérieur : anticoagulation, corticoïdes, discuter stent cave

La nutrition en cas de perte de poids importante

Cancer Bronchique Primitif

CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES SECONDAIRES

Plan:

- 1. Définition**
- 2. Voies de dissémination tumorale**
- 3. Diagnostic**
 - (a) Clinique
 - (b) radiologique
- 4. Démarche diagnostique**

 - (a) L'endoscopie bronchique
 - (b) La ponction transpariétale
 - (c) La biopsie pleurale
 - (d) La thoracotomie
- 5. Traitement**
- 6. Evolution et pronostic**

CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES SECONDAIRES

Définition :

Les cancers secondaires pleuropulmonaires sont fréquents.

Ils viennent en 3e position après les métastases ganglionnaires et hépatiques et ils sont retrouvés dans 30% des autopsies de patients porteurs d'une néoplasie.

Tous les cancers peuvent métastaser dans les poumons par ordre de fréquence décroissante :

le cancer du sein (19%), les cancers du tube digestif (17%), les cancers du rein et de la vessie (10%), les cancers génitaux (10%), les sarcomes et en particulier l'ostéosarcome (9%) et les cancers ORL (4%).

Voies de dissémination tumorale :

- **Propagation par contiguïté** (cancer de l'œsophage).
- **Propagation par voie sanguine** : Les cellules néoplasiques parviennent au poumon par le biais des artères pulmonaires ou des artères bronchiques. (miliaires carcinomateuses et lâchers de ballons au cours des cancers ORL, thyroïde, rein, sarcomes).
- **Propagation par voie lymphatique** : par le biais du canal thoracique et des lymphatiques transdiaphragmatiques ou pariétaux (lymphangites carcinomateuse au cours des cancers digestifs, cancer sein). L'atteinte pleurale y est fréquemment associée.

Diagnostic :

– Signes cliniques :

La symptomatologie respiratoire n'est pas spécifique. :

- Toux, dyspnée et hémoptysie en cas d'atteinte bronchique.
- Une dyspnée s'installe surtout en cas de lymphangite, de miliaire carcinomateuse ou de pleurésie abondante.
- Paradoxalement, les « lâchers de ballons » sont souvent bien tolérés et longtemps asymptomatiques

– Signes radiologiques :

- **Les nodules pulmonaires** correspondent à une dissémination hémotogène.

Ils sont en général multiples, de taille variable réalisant un « lâcher de ballons » ou une miliaire carcinomateuse.

Ils sont visibles à la radiographie du thorax. Le scanner est plus performant pour la détection des petits nodules.

- **Le nodule unique** est également fréquent et pose beaucoup plus de problèmes diagnostiques.

Un des principaux arguments en faveur de sa nature secondaire est la vitesse de croissance.

- La lymphangite carcinomateuse correspond à une diffusion par voie lymphatique.

Radiologiquement il s'agit d'un syndrome réticulomicronodulaire diffus, souvent bilatéral associé à des épaississements périlobulaires mieux étudiés avec le scanner avec des coupes fines.

- **Forme pleurale** : pleurésie abondante, douloureuse récidivante ; le liquide pleural est sero-hématique ou séro-fibrineux.
- **Forme médiastinale** : Adénopathies volumineuses de siège médiastinal peuvent être à l'origine d'une irritation bronchique avec toux sèche, compression récurrentielle ou syndrome cave supérieure.

Démarche diagnostique :

– **L'endoscopie bronchique** : Les lésions endobronchiques sont rares. On pourra :

- Biopsier une muqueuse bourgeonnante ce qui est peu fréquent.
- Biopsier la muqueuse saine surtout s'il existe un aspect « à gros plis » évocateur de lymphangite.
- Faire des biopsies étagées et/ou transbronchiques.
- Enfin, les études cytologiques peuvent être très utiles et porteront sur le produit d'aspiration bronchique ou mieux sur le produit d'un lavage alvéolaire réalisé dans le territoire suspect.

– **La ponction transpariétale** :

La ponction percutanée guidée par le scanner est particulièrement intéressante lorsque la masse est périphérique.

– **La biopsie pleurale** en cas de pleurésie.

– **La thoracotomie** : Elle peut être indiquée si tous les examens précédents sont négatifs.

TRAITEMENT : Il dépend de la tumeur primitive.

- **La chimiothérapie** est souvent indiquée, car il s'agit du traitement le plus apte à traiter une maladie métastatique.
- **La radiothérapie** pour traiter certaines localisations très douloureuse.

- **La chirurgie** a indication rare surtout dans certains cas de métastases en masse unique et périphérique sans envahissement locorégional et quand la tumeur primitive est traitée chirurgicalement de façon efficace.
- **L'hormonothérapie** est utile dans les cancers hormonosensibles (cancer du sein, thyroïde, prostate).
- **Traitement des complications**, en particulier évacuation d'un épanchement pleural associé.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC :

La survie moyenne après constatation de métastases pulmonaires non traitées est de **9 à 11 mois**.