

Fiche LiSA:Tumeurs du poumon, primitives et secondaires

Fiche LiSA | **Fiche LiSA**

- Connaître les **principaux types histologiques des cancers broncho-pulmonaires**
- Connaître l'épidémiologie descriptive
- Connaître les principaux facteurs de risque professionnels et environnementaux
- Connaître les circonstances de découvertes et les manifestations cliniques des tumeurs du poumon (y compris syndromes para-néoplasiques)
- Connaître la démarche diagnostique devant une tumeur du poumon
- Connaître les particularités du cancer à petites cellules
- Connaître les examens d'imagerie et leurs indications dans l'exploration d'une tumeur primitive du poumon
- Radiographie de face d'un adénocarcinome pulmonaire
- Tomodensitométrie thoracique en fenêtre parenchymateuse d'une tumeur primitive du poumon
- Connaître les principales investigations à visée diagnostique d'un cancer bronchique
- Connaître les principes de la prise en charge d'une tumeur du poumon primitive ou secondaire

Connaître les principaux types histologiques des cancers broncho-pulmonaires OIC-309-01-B

Objectif de connaissance	
Identifiant	OIC-309-01-B
Item parent	Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
Rang	B
Intitulé	Connaître les principaux types histologiques des cancers broncho-pulmonaires
Description	adénocarcinome, carcinome épidermoïde, carcinome à petites cellules, métastase
Rubrique	Définition
Contributeurs	
Ordre	1

SDD :

- 016** Adénopathies unique ou multiples
- 017** Amaigrissement
- 327** Annonce d'un diagnostic de maladie grave au patient et/ou à sa famille
- 021** Asthénie
- 297** Consultation du suivi en cancérologie
- 238** Demande et préparation aux examens endoscopiques (bronchiques, digestifs)
- 178** Demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostique
- 161** Douleur thoracique
- 200** Dyscalcémie
- 202** Dysnatrémie
- 146** Dysphonie
- 162** Dyspnée
- 020** Découverte d'anomalies à l'auscultation pulmonaire
- 226** Découverte d'une anomalie du cerveau à l'examen d'imagerie médicale SD-226
- 227** Découverte d'une anomalie médullaire ou vertébrale à l'examen d'imagerie médicale

- 228 Découverte d'une anomalie osseuse et articulaire à l'examen d'imagerie médicale
- 121 Déficit neurologique sensitif et/ou moteur
- 030 Dénutrition/malnutrition
- 160 Détresse respiratoire aiguë
- 260 Evaluation et prise en charge de la douleur chronique
- 163 Expectoration
- 239 Explication pré-opératoire et recueil de consentement d'un geste invasif diagnostique ou thérapeutique
- 352 Expliquer un traitement au patient
- 337 Identification, prise en soin et suivi d'un patient en situation palliative
- 180 Interprétation d'un compte rendu d'anatomopathologie
- 009 Masse/tuméfaction pariétale
- 250 Prescrire des antalgiques
- 254 Prescrire des soins associés à l'initiation d'une chimiothérapie
- 314 Prévention des risques liés au tabac
- 315 Prévention des risques professionnels
- 303 Prévention/dépistage des cancers de l'adulte
- 167 Toux
- 181 Tumeurs malignes sur pièce opératoire/biopsie
- 158 Tuméfaction cervico-faciale
- 014 Émission de sang par la bouche
- 151 Œdème de la face et du cou

Deux grands types histologiques :

1- les carcinomes non à petites cellules (qui représentent près de 80% des cas), dont

- **Adénocarcinomes** :
 - les plus fréquents, de localisation plutôt **périphérique** ;
 - histologie : différenciation **glandulaire** ; marquage pour le *Thyroid Transcription Factor-1* (**TTF1**) en immunohistochimie
- **Carcinomes épidermoïdes** :
 - de localisation plutôt **proximale** ;
 - histologie : différenciation **malpighienne** ; marquage pour la **p40** en immunohistochimie
- Carcinomes **indifférenciés**

2- les carcinomes à petites cellules (15%) :

- de localisation **proximale** avec **envahissement médiastinal fréquent**
- histologie : d'origine **neuroendocrine**, **peu différenciée** ; immunohistochimie positive pour les marqueurs neuroendocrines (**CD56** ; **synaptophysine**)

Métastase : foyer tumoral secondaire, résultant de la dissémination par voie lymphatique et sanguine, puis de l'implantation à distance, de cellules tumorales issues de la tumeur primitive.

Objectif de connaissance	
Identifiant	OIC-309-02-B
Item parent	Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
Rang	B
Intitulé	Connaître l'épidémiologie descriptive
Description	Connaître l'incidence et la mortalité par cancer du poumon (absolue et relative ; France et monde; tendances évolutives) ainsi que les principales données sociodémographiques et pronostiques à son sujet - Connaître l'importance en terme de Santé publique du cancer du poumon, les principaux types histologiques et la fréquence des tumeurs découvertes au stade métastatique - Caractériser l'importance du tabac dans l'étiologie du cancer du poumon (en termes de risque et de modalités de toxicité)
Rubrique	Epidémiologie
Contributeurs	
Ordre	2

Incidence :

- Plus de 46 000 nouveaux cas/an en France (2^{ème} cancer solide le plus fréquent chez l'homme et le 3^{ème} chez la femme)
- 2,1 millions de nouveaux cas/an dans le monde

Mortalité :

- 1^{ère} cause de mortalité par cancer en France : plus de 33 000 décès/an en France (soit 20% des décès par cancer),
- 1^{ère} cause de mortalité par cancer dans le monde : 1,8 millions de décès/an
- Taux de survie à 5 ans : 17%
- 60 à 75% des cas sont découverts à un stade localement avancé (stade III) ou métastatiques (stade IV)

Évolution :

- Suit l'évolution du tabagisme : en faible diminution chez l'homme, en augmentation chez la femme

Facteur de risque principal : **tabagisme**, actif et passif, responsable de 85% des cas :

Le risque carcinogène augmente avec la précocité et la durée du tabagisme

Le risque est plus lié à la **durée du tabagisme** qu'à la quantité de tabac fumée

Le risque décroît à l'arrêt du tabac, mais ne revient jamais au niveau du non-fumeur

Connaître les principaux facteurs de risque professionnels et environnementaux OIC-309-03-A

Objectif de connaissance	
Identifiant	OIC-309-03-A
Item parent	Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
Rang	A
Intitulé	Connaître les principaux facteurs de risque professionnels et environnementaux
Description	Lister les principaux facteurs de risques (personnels et professionnels) de cancer du poumon - Lister les principaux facteurs de risques (génétiques et environnementaux) de cancer du poumon
Rubrique	Étiologies
Contributeurs	
Ordre	3

Facteurs de risque exogènes :

- Exposition à des carcinogènes d'origine professionnelle :
 - Amiante,

- Silice,
- Hydrocarbures aromatiques polycycliques,
- Diesel.
- Exposition à des carcinogènes d'origine non professionnelle :
 - Radon,
 - Pollution atmosphérique (particules fines, dont diesel).

Facteurs de risque personnels :

- Prédisposition familiale,
- Pathologie respiratoire chronique : BPCO ; pneumopathies interstitielles diffuses fibrosantes
- Antécédent de cancer pulmonaire

Connaître les circonstances de découvertes et les manifestations cliniques des tumeurs du poumon (y compris syndromes para-néoplasiques) OIC-309-04-A

Objectif de connaissance	
Identifiant	OIC-309-04-A
Item parent	Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
Rang	A
Intitulé	Connaître les circonstances de découvertes et les manifestations cliniques des tumeurs du poumon (y compris syndromes para-néoplasiques)
Description	Connaître les principaux signes et situations cliniques devant faire évoquer un cancer du poumon (au stade localisé, localement avancé et métastatique)
Rubrique	Diagnostic positif
Contributeurs	
Ordre	4

Le diagnostic est fait le plus souvent à un stade localement avancé ou métastatique (60 à 75% des cas).

- Signes généraux du cancer : asthénie, anorexie, amaigrissement
- Signes fonctionnels respiratoires : dyspnée ; toux persistante ; hémoptysie
- Signes en rapport la progression loco-régionale :
 - Atteinte d'organes médiastinaux : syndrome cave supérieur ; dysphagie ; dysphonie ; paralysie phrénique, etc.
 - Atteinte pleurale : douleur, épanchement pleural
 - Atteinte pariétale thoracique : douleur, masse palpable
 - Obstruction bronchique : infection, cornage/wheezing
 - Syndrome de Pancoast-Tobias
- Signes en rapport avec une localisation métastatique : signes neurologiques, douleurs osseuses, lésion cutanée, etc.
- Signes en rapport avec un état pro-coagulant : maladie thrombo-embolique veineuse
- Signes en rapport avec un syndrome para-néoplasique : nombreux, dont :
 - Syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone anti-diurétique : hyponatrémie
 - Syndrome de Cushing
 - Syndromes neurologiques : pseudo-myasthénie ; neuropathie périphérique ; encéphalite limbique, etc.
 - Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique : hippocratisme digital, œdème douloureux des extrémités avec périostite engainante
 - Hippocratisme digital isolé

La maladie peut être découverte chez un patient asymptomatique, fortuitement ou non, sur un examen d'imagerie thoracique quel qu'en soit le motif.

Connaître la démarche diagnostique devant une tumeur du poumon OIC-309-05-A

Objectif de connaissance	
Identifiant	OIC-309-05-A
Item parent	Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
Rang	A
Intitulé	Connaître la démarche diagnostique devant une tumeur du poumon
Description	Lister les différentes procédures à réaliser devant la suspicion d'un cancer du poumon (examen clinique, bilan biologique, radiographie thoracique, TDM)
Rubrique	Diagnostic positif
Contributeurs	
Ordre	5

La démarche diagnostique inclue :

- le **prélèvement histologique** (Cf. question 10), et
- le **bilan de l'extension** loco-régionale et à distance, qui permet de classer la maladie selon les stades *TNM*. Il a une valeur pronostique et conditionne en partie la stratégie thérapeutique. Il résulte :
 - des données cliniques,
 - de la fibroscopie (extension endobronchique),
 - des ponctions cytologiques éventuelles (ganglions, plèvre)
 - de l'imagerie (Cf question 7)

Classification TNM (s'applique aux carcinomes non à petites cellules) :

- o le T (tumeur) classe l'extension loco-régionale de la tumeur
- o le N (*node* = ganglion en anglais) classe l'extension ganglionnaire de la tumeur
- o le M (métastase) classe l'extension à distance de la tumeur

on distingue 3 stades :

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

Connaître les particularités du cancer à petites cellules OIC-309-06-B

Objectif de connaissance	
Identifiant	OIC-309-06-B
Item parent	Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
Rang	B
Intitulé	Connaître les particularités du cancer à petites cellules
Description	None
Rubrique	Définition
Contributeurs	
Ordre	6

Le carcinome à petites cellules est :

- une tumeur d'origine **neuroendocrine**,
- fréquemment associée à un **syndrome para-néoplasique**,
- de **mauvais pronostic**, avec **évolution rapide en l'absence de traitement**,

- une indication à une chimiothérapie « en urgence », reposant sur un doublet à base de sel de platine, associé à l'immunothérapie si métastatique,
- chimiosensible au début, puis évolue défavorablement avec rechute(s) et chimiorésistance.

Connaître les examens d'imagerie et leurs indications dans l'exploration d'une tumeur primitive du poumon OIC-309-07-B

Objectif de connaissance	
Identifiant	OIC-309-07-B
Item parent	Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
Rang	B
Intitulé	Connaître les examens d'imagerie et leurs indications dans l'exploration d'une tumeur primitive du poumon
Description	None
Rubrique	Examens complémentaires
Contributeurs	
Ordre	7

La radiographie de thorax :

- est souvent réalisée à la phase initiale, mais ne participe pas au diagnostic ou au bilan d'extension ;
- même normale, n'élimine pas le diagnostic.

La tomodensitométrie (TDM), avec injection de produit de contraste, est indispensable au diagnostic et apporte l'essentiel du bilan d'extension, permettant d'évaluer le stade de la maladie selon la classification TNM.

- *La TDM thoracique* (indispensable) :
 - caractérise la lésion primitive,
 - guide le prélèvement histologique,
 - évalue l'extension locale et régionale (T), dont l'atteinte ganglionnaire médiastinale (N). NB : les coupes basses englobent systématiquement les glandes surrénales, site fréquent de métastases du CBNPC.
- *La TDM abdominale* (si besoin) :
 - évalue l'extension à distance (M) : recherche de métastases sous-diaphragmatiques.
- *La TDM cérébrale* (si besoin) :
 - évalue l'extension à distance (M) : recherche de métastases cérébrales.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM):

- est rarement utile pour l'imagerie pulmonaire en dehors de rares cas pour le diagnostic différentiel
- peut être utilisée pour la caractérisation de certains sites métastatiques (os ; foie ; système nerveux central)

La tomographie par émission de positons (TEP) :

- est une imagerie métabolique qui est utile pour le diagnostic initial et guider la prise en charge
- Le plus souvent au 18-FDG
- est indiquée pour :
 - affiner le bilan d'extension, et notamment le staging médiastinal chez les patients avec atteinte localisée ou localement avancée, candidats à un traitement local ou loco-régional
 - caractériser un nodule pulmonaire
- a une valeur prédictive négative élevée pour le bilan d'extension

Radiographie de face d'un adénocarcinome pulmonaire OIC-309-08-A

Objectif de connaissance	
Identifiant	OIC-309-08-A
Item parent	Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
Rang	A
Intitulé	Radiographie de face d'un adénocarcinome pulmonaire
Description	imagerie typique
Rubrique	Contenu multimédia
Contributeurs	
Ordre	8

Tomodensitométrie thoracique en fenêtre parenchymateuse d'une tumeur primitive du poumon OIC-309-09-B

Radiographie de thorax de face chez une patiente avec adénocarcinome pulmonaire lobaire inférieur gauche. Elle montre une volumineuse opacité du champ pulmonaire inférieur gauche, n'effaçant pas le bord gauche du cœur (signe de la silhouette).

Objectif de connaissance	
Identifiant	OIC-309-09-B
Item parent	Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
Rang	B
Intitulé	Tomodensitométrie thoracique en fenêtre parenchymateuse d'une tumeur primitive du poumon
Description	None
Rubrique	Contenu multimédia
Contributeurs	
Ordre	9

Connaître les principales investigations à visée diagnostique d'un cancer bronchique OIC-309-10-A

Coupe axiale en fenêtre parenchymateuse de la tomodensitométrie thoracique chez la même patiente, avec adénocarcinome pulmonaire lobaire inférieur gauche. Elle montre la masse du lobe inférieur gauche avec un contact pariétal et un épanchement pleural de faible abondance.

Objectif de connaissance	
Identifiant	OIC-309-10-A
Item parent	Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
Rang	A
Intitulé	Connaître les principales investigations à visée diagnostique d'un cancer bronchique
Description	None
Rubrique	Examens complémentaires
Contributeurs	
Ordre	10

Le diagnostic nécessite une **preuve histologique**, qui peut être obtenue à partir de la tumeur primitive, ou d'une métastase facilement accessible.

Le prélèvement de la **lésion primitive** peut être obtenu, en fonction de sa localisation, par :

- *Bronchoscopie souple*, si elle est proximale
- *Ponction trans-pariétale sous repérage au scanner ou échographique (uniquement si contact pleural)*, si elle est distale
- *Prélèvement chirurgical par thoracoscopie*, si elle n'est pas accessible par l'une des 2 premières techniques.

Le prélèvement de **localisations ganglionnaires médiastinales** peut être obtenu par :

- Ponction transbronchique au cours d'une *écho-endoscopie*
- Prélèvement chirurgical au cours d'une *médiastinoscopie*

Le prélèvement d'une **métastase** dépend du site métastatique (biopsie cutanée, hépatique, osseuse, ganglionnaire, etc.)

L'étude histologique du prélèvement est complétée par des **analyses à visée pré-thérapeutique** :

- **l'expression en immunohistochimie de Programmed Death-Ligand 1 (PD-L1)**, impliquée dans la réponse à l'immunothérapie
- **la recherche d'altérations moléculaires impliquant les gènes EGFR, KRAS, ROS, ALK**, potentiellement associées à une réponse à des thérapies ciblées (inhibiteurs de tyrosine kinase)

Le bilan d'extension doit être entrepris dès que le diagnostic de cancer bronchique est confirmé (Cf. question 5 & 7).

Connaître les principes de la prise en charge d'une tumeur du poumon primitive ou secondaire OIC-309-11-A

Objectif de connaissance	
Identifiant	OIC-309-11-A
Item parent	Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
Rang	A
Intitulé	Connaître les principes de la prise en charge d'une tumeur du poumon primitive ou secondaire
Description	Connaître les principales modalités thérapeutiques disponibles en oncologie thoracique
Rubrique	Prise en charge
Contributeurs	
Ordre	11

La prise en charge d'une tumeur primitive du poumon dépend, dans l'ordre :

- du **type histologique**
- de **l'extension tumorale** (« la tumeur est-elle résecable ? et y a-t-il une indication ? »)
- du **bilan pré-thérapeutique** (« le patient est-il opérable ? »)

Ces éléments sont étudiés pour chaque patient au cours d'une *réunion de concertation pluri-disciplinaire (RCP) d'oncologie thoracique*, qui conduit à une proposition thérapeutique adaptée au cas particulier du patient (appelée « *plan personnalisé de soins* » ou PPS), qui lui sera expliquée avant le début du traitement au cours d'une *consultation dans le cadre du dispositif d'annonce*.

Principes du traitement des carcinomes non à petites cellules :

3 situations selon l'extension :

- **Cancer localisé au poumon (stades I et II) = traitement local :**
 - **Chirurgie** ± traitement systémique pré ou post opératoire
 - Radiothérapie si inopérable
- **Cancer localement avancé (stade III) = traitement multi-modal**
 - **Radiothérapie + traitement systémique**
 - **Chirurgie + traitement systémique**
- **Cancer métastatique (stade IV) = traitement systémique exclusif**

Traitement systémique : chimiothérapie et/ou immunothérapie ou thérapie ciblée (selon présence d'une altération moléculaire)

Le bilan d'opérabilité du patient inclut l'état général, le bilan des comorbidités (notamment cardiovasculaires), et le bilan fonctionnel respiratoire (EFR ± épreuve d'effort).

Principes du traitement des carcinomes à petites cellules :

2 situations selon l'extension

- Cancer localisé au thorax = *traitement local* :
 - Chimiothérapie + radiothérapie
- Cancer métastatique = *traitement systémique exclusif*

Dans tous les cas, **les soins de supports** sont débutés dès le diagnostic, et comprennent notamment :

- le support nutritionnel
- le traitement antalgique, médicamenteux et non médicamenteux (radiothérapie)
- la prise en charge des autres symptômes (dyspnée)
- le support psychologique

Dans tous les cas, on recherche une **exposition professionnelle** à risque, éventuellement avec l'aide d'un spécialiste en pathologie professionnelle ; en cas d'exposition suffisante, le cancer doit être déclaré comme maladie professionnelle.

La prise en charge d'une tumeur secondaire du poumon dépend de l'origine de la tumeur primitive.

Récupérée de « https://sides.uness.fr/lisa/index.php?title=Fiche_LiSA:Tumeurs_du_poumon,_primitives_et_secondaires&oldid=45228 »

La dernière modification de cette page a été faite le 2 mars 2021 à 20:32.