

Le cancer bronchique primitif

I. Définition

Le cancer bronchique désigne les carcinomes pulmonaires, qui regroupent les tumeurs malignes épithéliales du poumon.

Selon l'OMS, c'est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les hommes, et, après le cancer du sein, chez la femme. Il est la cause de 1,3 million de décès par an dans le monde. II /Ampleur du problème

II. Ampleur du problème

1. Epidémiologie

L'incidence : 2ème rang après le cancer de la prostate chez l'homme 3ème chez la femme après le sein et le colorectal avec 12000 nouveaux cas en France Celle-ci regresse chez l'homme alors qu'elle continue d'augmenter chez la femme.

2. Facteurs de risque

Le tabagisme actif représente le principal facteur de risque Du CBP 80 à 90 % des cas. Le risque de développer un CBP est estimé à une ITC de 20 P/A

- Un patient qui a fumé 1P/j pendant 20 ans ou ½ paquet /j pendant 40ans ou 2p/J pendant 10 ans a une ITC de 20P/A
- Un patient qui a fumé 1 p/j pendant 10 ans ou 10 cigarettes/j pendant 20 ans ou 2p/j pendant 5 ans a une ITC de 10 P/A

La fumée de cannabis joue un rôle voisin de celle du tabac et augmente le risque de cancer du poumon.

3. D'autres facteurs de risque

- Les émissions des automobiles,
- des usines
- des centrales électriques à charbon
- les fumées de combustion de biomasse (bois, végétaux),
- l'amiante.
- L'exposition au radon, radiations ionisantes, chrome, nickel, goudrons, arsenic etc

4. Facteurs génétiques

Comme beaucoup d'autres cancers, le cancer du poumon est provoqué par l'activation d'oncogènes, ou par l'inactivation de gènes suppresseurs de tumeurs. Les oncogènes sont des gènes dont on pense qu'ils rendent leurs porteurs plus susceptibles de développer un cancer. Les proto-oncogènes sont soupçonnés de se transformer en oncogènes sous l'action de certains cancérigènes.

III. Diagnostique positif

1. Signes d'appel :

Dans la plupart des cas, les K bronchiques sont diagnostiqués tardivement.

Les symptômes et signes évocateurs peuvent être liés à :

- La tumeur
- Son extension loco-régionale
- Sa dissémination métastatique
- Un syndrome paranéoplasique

a. La tumeur :

- Toux
- Wheezing
- Broncho-pneumopathies
- Suppuration
- Envahissement loco-régional : (douleur, dyspnée, paralysie phrénique, dysphonie, dysphagie, fistule, syndrome pleural, compression cave supérieure trachéo-oesophagienne).
- Hémoptysie
- Le syndrome apico-dorso-vertébral (pancoast tobias) pris le plus souvent pour une pathologie rhumatismale
- radiculalgie du membre supérieur C8-D1 et des troubles sympathiques syndrome de Claude Bernard Horner (myosis ,ptosis , énoptalmie)

b. L'extension :

Signes généraux : 3 signes cardinaux: Asthénie, anorexie et amaigrissement.

Métastases : Foie, os, surrénales, cerveau...

a. Les syndromes paranéoplasiques:

C'est l'ensemble des signes cliniques accompagnant un K. Ils peuvent être la première et longtemps la seule manifestation du K. Leur réapparition après une résection complète signe la rechute tumorale même si aucun signe n'est encore perceptible.

Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique (syndrome de Pierre Marie-Bamberger)

Entité associant hippocratisme digital, apposition périostée au niveau des os longs, polysynovite avec douleurs articulaires.

Syndrome de Schwartz-Bartter : Il se rencontre essentiellement dans les cancers bronchiques à petites cellules consiste en une sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique. Elle entraîne une rétention d'eau et une hyponatrémie par dilution (c'est-à-dire une diminution de la concentration de sodium dans le sang à cause de la rétention d'eau) pouvant conduire au coma ou à la mort en absence de traitement. Le traitement du syndrome de Schwartz-Bartter consiste à remonter la natrémie de manière très lente

2. L'imagerie thoracique :

a. **La radiographie** : C'est l'examen initial qui permet de faire l'hypothèse d'un K broncho-pulmonaire après l'examen clinique:

- Lésion primitive : Opacité
- Rétractile, systématisée : Atélectasie
- Non rétractile
- Médiastino-hilaire en patte de crabe
- Image de suppuration pulmonaire
- Petite opacité hilare avec un petit poumon homolatérale et distension du poumon controlatérale

b. **Le Scanner** : La TDM du thorax est considérée comme l'outil de base pour la stadification T et N des K bronchiques. Préalable à l'endoscopie bronchique, elle augmente le rendement ; elle permet aussi les reconstructions.

– Lésion primitive : opacité systématisée → atélectasie

Parenchyme : opacité ronde pulmonaire aux limites floues et irrégulières. Images homogènes mais parfois excavées.

– adénopathies : Relais hilaires (N1) puis médiastinaux (N2).

c. **Autres**:

- Echographie
- RMN 2 indications : contact vasculaire et apex.
- PET Scan : Il est devenu un élément essentiel du bilan d'extension des K broncho-pulmonaires; Sa seule limite est l'extension cérébrale.

Au total

Suspicion de K (Clinique, Rx thorax)

T D M thoracique : - la tumeur , son drainage lymphatique , les métastases.

Il faut :

3. L'Endoscopie bronchique

C'est l'examen de base pour le diagnostic des obstructions bronchiques.

Elle permet de : Localiser la lésion (classification T, N, M)

Décrire la lésion

Faire des prélèvements: (aspiration , lavage , biopsie)

Résultats :

1°) Diagnostic anatomo-pathologique :

- Carcinome à petites cellules (P C) non à petites cellules (CBNPC):
- Epidermoïde
- Adénocarcinome
- Indifférenciés

2°) Immuno-marquage : Sert à préciser le type anatomo-pathologique de la tumeur primitive. Sert aussi à orienter vers un site primitif devant une image suspecte de métastase pulmonaire.

Autres méthodes diagnostiques :

Ponction sous TDM

- Médiastinoscopie à droite
- Mini-thoracotomie antérieure à gauche : permettent une exploration précise des ganglions médiastinaux.

C B N P C :

a) Carcinomes épidermoïdes :

- Le plus fréquent.
- K du fumeur (90 a 100%).
- 50-60 ans.
- Touche surtout les hommes.
- Le dédoublement est lent.
- Le plus chirurgical.
- Souvent proximal.
- Bourgeon accessible endoscopiquement.

b) Adénocarcinomes:

- Augmentation de sa fréquence.
- De plus en plus fréquent chez le non fumeur.
- Souvent métastatique.
- Temps de dédoublement lent.
- Souvent périphérique , non accessible a l'endoscopie.
- Diagnostique souvent fait par ponction sous scanner.

C P C

- Complexe ganglio tumoral souvent proximal.
- Temps de dédoublement court.
- 40 – 50 ans.
- Grande chimio sensibilité.
- Mauvais pronostic.

IV. Bilan d'extension :

Il porte sur les sites métastiques les plus fréquents.

T D M abdominopelvienne , cérébral , scintigraphie osseuse échographie abdominale ,...

V. Le traitement

La décision thérapeutique doit être multidisciplinaire et discutée dans une RCP elle doit suivre les recommandations de bonne pratique.

Les moyens :

- Chirurgie
- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Biothérapie
- Soins palliatifs

A / Sur la lésion primitive :

- Principe : recherche de l'éradication sinon du contrôle.
- Indications thérapeutiques dépendent :

Du stade

De l'état général

Du type histologique

B / Sur les métastases :

Situation exceptionnellement curative, le plus

Souvent palliative; Traitement en fonction du

Type et du risque potentiel de la métastase.

Pour le k bronchique NPC

- Les 2/3 des patients sont inopérables au moment du diagnostic.
- La grande majorité des opérés rechute.
- 80% des rechutes se font à distance sous forme de métastases.

Peu de chance d'augmenter le taux de guérison par un traitement local.

Nécessité de trouver un traitement général efficace.

Le CPC

- La chimiothérapie : - Traitement de référence.
 - K très chimio sensibles.
 - MAIS : Rechutes fréquentes après une bonne réponse initiale.
- La radiothérapie: - En association a la chimiothérapie.
- La chirurgie : - Indication exceptionnelle.

VI. Pronostic

- Les taux de survie relatives sont estimés à 43 % à 1an et à 14 % à 5 ans la survie dépend du stade de la maladie .
- Les CBNPC de stade I et II ,sans atteinte médiastinale ont une survie à 5ans de 35à70%
- Ceux de stade III (atteinte médiastinale) de 10à 25%
- En cas de métastases à distances, la survie n'excède pas 5%.



Université d'Oran
Faculté de Médecine

Tous droits réservés. Ce fichier peut être diffusé librement à condition que ce soit gratuitement et qu'il n'y soit apporté aucune modification.

Auteur : Pr M.A.Bennani

Numérisation: Amine Meghaizerou, Zino Belaib, Walid Haddouche le 9 octobre 2014