

Cancer bronchique primitif

I. Définition – généralité:

Le cancer broncho-pulmonaire est un problème de santé publique dans le monde et en Algérie. C'est la 2^{ème} localisation de cancer chez l'homme après le cancer colorectal, et chez la femme après le cancer du sein.

Le tabagisme : facteur de risque principal, ce qui rend théoriquement cette affection grave évitable et pouvant être accessible à la prévention par la lutte anti-tabac.

II. Epidémiologie :

Le cancer le plus fréquent et la première cause de mortalité par cancer dans le monde. Le nombre de nouveaux cas est en nette augmentation dans les pays sous-développés, contrairement au pays développés ou il est en régression (compagne de lutte anti tabagique), Nette prédominance masculine = sexe ratio 9/10 , 2/1 en USA. 25000 nouveaux cas/ an en France , âge moyen : entre 60-65 ans.

III. Facteurs de risque:

- **Le tabac** : principale cause suspectée et confirmée depuis les années 50. Il représente un véritable aérosol de carcinogène, 40/4000 des composants chimiques sont toxiques et cancérigènes : benzopyrène, arsenic, nickel, chromium, polonium, nickel, nicotine et des agents radioactifs...

- Rôle de la durée de tabagisme et de la quantité de cigarettes fumées est important ; il est quantifié en « paquet/année ».

- Actuellement 84% des cancers bronchiques sont liés au tabac.

- RR : 6-30 selon la durée de tabac et la quantité (la durée compte plus que la quantité)

- RR de tabac passif : 2

- La manière de fumer et le type de tabac utilisé fait varier ce risque (cigare, pipe, cigarette..).

- **Le Cannabis**

- **Facteurs de risque professionnels :**

- Amiante : utilisée comme isolant thermique, se révèle être un agent cancérigène,

- x 10 le risque de cancer / x 100 si tabac + amiante

- Radiation ionisante, industrie de nickel, chrome, silice, fer, zinc, charbon, goudron, arsenic et oxyde de fer.

- Les mines : exposition au Radon

- **Facteurs de risque Non professionnels** : Radiation criminelle / accidentelle : gaz de combat, gaz moutarde, radiothérapie thoracique ou externe, zone urbaine, pollution atmosphérique.

- **Susceptibilité génétique à la carcinogénèse.**

IV. Types anatomopathologiques :

1 . **Carcinome non à petites cellules: (CNPC= 85%)** le plus fréquent

- Adénocarcinome : (25%) : plusieurs sous-types

- Le Carcinome broncho-alvéolaire (5%)

- Carcinome épidermoïde : fumeur +++ (40%)

- Carcinome à grandes cellules (10%)

- Carcinome adénoquameux
- Les formes carcinoïdes

2. Carcinome à petites cellules: (CBPC= 15%)

- CPC en grains d'avoine
- CPC intermédiaire
- CPC composite : CPC + composante épidermoïde ou glandulaire neuro-sécrétoire.

V. Clinique:

Il n'y a pas de signes propres au cancer.

A- Signes bronchiques:

- 1- Toux : très fréquente, rebelle mais c'est sa persistance qui fait la consultation.
- 2- Expectoration :
 - Muqueuse abondantes : 1 l, se voit dans les cancers broncho-alvéolaires.
 - purulente: en rapport avec une suppuration (infection) en aval de cette sténose bronchique.
- 3- Hémoptysie : de petite abondance, simples crachats striés de sang rouge vif aéré (les plus caractéristiques crachats gelés de groseille), c'est une hémoptysie sans queue.
- 4- Douleur thoracique : localisée, tenace, résistante aux antalgiques habituels.
- 5- Dyspnée : en rapport avec :
 - Une obstruction bronchique ou trachéale
 - Une atélectasie (plus ou moins importante selon le calibre de la bronche obstruée)
 - Un épanchement pleural plus ou moins important.

- Inspiratoire avec un tirage et un cornage → L'obstruction est trachéale
- avec wheezing localisé → Obstruction d'une grosse bronche.

B- Signes de relation avec l'envahissement locorégional

→**Syndrome médiastinal :**

- syndrome VCS : - turgescence des jugulaires - œdème en pèlerine - c i r c u l a t i o n v e i n e u s e c o l l a t é r a l e - cyanose de la face et de la partie supérieure du thorax – bourdonnement d'oreille.
- atteinte bronchique ou trachéale: dyspnée inspiratoire + tirage + cornage , toux sèche quinteuse, wheezing.
- atteinte du nerf récurrent gauche: dysphonie : voie bitonale chevrotante.
- atteinte du phrénique : paralysie diaphragmatique + Hoquet tenace, surélévation de l'hémi-coupole
- Syndrome de Claude Bernard Horner (fibres sympathiques cervicales) : ptosis, myosis, enophtalmie.
- Atteinte du sympathique dorsal : hypersudation unilatérale de l'épaule et du dos.
- Atteinte du plexus brachial C8-D1 : douleur scapulaires irradiantes vers le membre supérieur notamment la face interne de bras + troubles sensitifs. NB : Sd de CBH + lyse costale + atteinte du plexus brachial= Syndrome de Pancoast tobias qui est un cancer de l'apex qui se manifeste par : CBH+ atteinte du plexus brachial avec des scapulalgies.
- Atteinte du canal thoracique : chylothorax (= pleurésie chyleuse).
- Atteinte œsophagienne : dysphagie aux liquides surtout.
- Atteinte cardiaque : péricardite + trouble du rythme.

→ **En + du sd médiastinal**

Douleur pariétale due à :

- Un envahissement pariétal
- Une pleurésie maligne.

C- Signes en relation avec l'envahissement métastatique : (Foie, Os, cerveau, surrénales)

- Douleur osseuse (si atteinte osseuse) +++
- Douleurs abdominales : troubles digestifs, ictère, un foie marronné.
- Signes d'HIC : céphalées, vomissement en jet, vertige et voir même des convulsions.
- Nodules cutanés parfois noirâtres
- ADP périphériques
- AEG +/- importante : représente une contre indication à la chirurgie, c'est un facteur pronostic essentiel, quantifié par l'indice de Karnofsky (qui va de 100 à 0).

D- Signes Infectieux :

Suppuration en aval d' une obstruction bronchique tumorale.

E- Syndrome paranéoplasique :

Toutes les manifestations cliniques, biologiques et radiologiques précédentes ou accompagnants le cancer, elles sont dues à la sécrétion par la tumeur de peptides imitant certains peptides organiques (hormones likes).

- Hippocratisme digital : dans le cadre d'une ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre-marie (OAHP)
- syndromes endocriniens :
 - sd de shwartz bartter : sécrétion d'ADH like (hyponatrémie très importante)
 - sd de cushing : biologique, sécrétion d'ACTH like
 - hypercalcémie : sécrétion de PTH like
 - Gynécomastie unilatérale : sécrétion d'œstrogène like.
- signes cutanés :
 - Dermatomyosite
 - acanthosis nigricans : taches marrons hyper kératinisées dans différentes parties du corps, ne s' effacent pas à la vitropression.
- syndromes paranéoplasiques hématologiques :
 - hyperleucocytose : avec polynucléose et hyperéosinophilie.
 - hyperplaquettose (like : plqt non fonctionnelle).
 - troubles de la coagulation
- syndrome neurologique auto-immun:
 - sd de Lambert eaton : pseudo myasthénie
 - Rhombo-encéphalite
 - Dégénérescence cérébelleuse
 - neuropathie sensitive de Denny Brown : anesthésie en chaussettes et manchettes (extrémités des mains et pieds)
 - neuropathie gastro-intestinale : sd sub-occlusif.
 - Rétinopathie auto-immune
- fièvre : paranéoplasique avec cachexie.

- forme particulière :

Sd de Pancoast Tobias : sd CBH + lyse costale + douleur scapulaire C8-D1 = cancer de l'apex.

Forme trachéale ou carénaire : donne un tirage inspiratoire uniquement avec un téléthorax normal.

VI. Examens paracliniques :

A- Radio thorax :

- **Opacités pédiculaires** : à limite extérieure floue en « patte de crabe » ou feu de broussaille « feu d'herbe » et dont les limites internes se perdent dans le médiastin, cette opacité peut être associée ou pas à un troubles de la ventilation lobaire ou pulmonaire.
- **Nodule en plein parenchyme** : peut être homogène traversée par un bronchogramme aérien, mais parfois excavé à paroi épaisse et irrégulière : (image anfractueuse en cadre avec une nécrose centrale aseptique)
- **Opacité alvéolaire** ou arrondie unique ou multiple, uni ou bilatérale ∠cancer bronchiolo-alvéolaire. Il peut s'y associer :

- Des opacités médiastinales uni ou bilatérales polycycliques : ADP médiastinales.
- Epanchement pleural réactionnel ou fonctionnel uni ou bilatéral
- Nodules multiples en lâcher de ballons uni ou bilatéraux
- Lyse costale: notamment le 1^{ère} et 2^{ème} cote, si cancer de l'apex
- Ascension diaphragmatique (paralysie de diaphragme)
- Image interstitielle réticulo-nodulaire ascendante: lymphangite carcinomateuse.

VII. Traitement:

A- Bilan pré-thérapeutique:

1- Bilan d'extension: (examens selon la symptomatologie)

- Fibroscopie bronchique : taille et surtout sa proximité à la carène, atteinte d'autres bronches (si la tumeur est proche de <2cm de la carène → interdit d'opérer)
- TDM thoraco-abdominale : rapport avec organes de voisinage
- Scanner + echo abdominale
- IRM
- Scintigraphie osseuse : si douleur osseuse
- TDM cérébrale
- Examen ORL
- Echo endo œsophagienne
- Bilan cardiaque.

2- Bilan général d'opérabilité :

- Etat général : Classification de karnofsky
- E C G
- Bilan biologique : hépatique, FNS, urée, créa, TP, glycémie, ionogramme
- Marqueurs tumoraux
- Gazométrie
- EFR : le VEMS après intervention doit être > 1/3 VEMS avant intervention
- Scintigraphie pulmonaire de perfusion (en cas de BPCO)

B- Traitement:

Dépend de la nature histologique et de l' extension du cancer (existence ou non des métastases).

Cpc :

- Urgence thérapeutique : car c'est un cancer très lymphophile qui évolue rapidement, très chimiosensible.

S'il est localisé: chimiothérapie, +/- radiothérapie. Pas d'indication à la chirurgie.

Cnpc :

- Traitement chirurgical : dépend du stade et l'EG. Lobectomie ou pneumectomie.

- Selon le stade, on procède à une chimio/radiothérapie

- L'âge n'est pas une CI

- En cas de cancer inopérable on fait radio thérapie+ chimiothérapie.

- Chimiothérapie néo-adjuvante avec ou sans radiothérapie.

- TRT adjuvant : les anticoagulants, vit ...