

Cancer broncho-pulmonaire primitif

Plan

- I. Introduction**
- II. Intérêt de la question**
- III. Epidémiologie**
- IV. Etiologies**
- V. Diagnostic positif**
 - 1. Circonstances de découverte
 - 2. Examen clinique
 - 3. Examens paracliniques
 - a. Imagerie
 - b. Biologie
 - c. Etape anatomopathologique
- VI. Diagnostic différentiel**
- VII. Bilan pré thérapeutique**
- VIII. Traitement**

I. Introduction :

Le cancer broncho-pulmonaire est un problème de santé publique dans le monde et en Algérie.

- C'est la 2ème 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, identifiable et évitable.

II. Intérêt de la question :

C'est un problème de santé publique mondial

Morbidité et mortalité en constante augmentation

Cout très élevé

Retentissement psychique sur le malade et sa famille

Pronostic très mauvais avec une survie à 5ans inférieur à 10% tous stades confondus

Paradoxalement il reste évitable par la lutte anti-tabac.

III. Epidémiologie :

1. L'âge :

L'âge médian de survenue est de 60 ans et 70 % des patients ont entre 50 et 70 ans.

2. Le sexe :

En France, le "sexe ratio" est de 6/1 alors qu'il est de 2 à 3/1 aux Etats-Unis.

IV. Facteurs de risque :

1. Tabac

a. Tabagisme actif

90 % des CBP chez l'homme sont dus au tabac.

De nombreux carcinogènes sont présents dans la fumée de cigarette.

Les facteurs de risque les plus importants en termes de carcinogénèse sont l'âge de début du tabagisme (précocité) et sa durée.

b. Tabagisme passif

On estime que le tabagisme passif est responsable de 25% des CBP des non-fumeurs.

2. Les expositions professionnelles :

- Leur rôle est parfois sous-estimé

- L'asbeste, Le nickel, Le chrome, L'arsenic...etc

3. Les radiations

V. Diagnostic positif :

1. Circonstances de découverte

a. Signes respiratoires :

Les symptômes respiratoires sont présents dans 60 % des cas.

- L'hémoptysie
- La toux
- Un épisode de suppuration bronchique et/ou Une pneumopathie aiguë.
- Une dyspnée est rarement révélatrice d'un cancer
- Une douleur thoracique, témoigne le plus souvent d'une atteinte de la plèvre.

b. Signes liés à l'envahissement locorégional :

- une dyspnée paroxystique, parfois permanente ; une toux rebelle, sèche, quinteuse, un wheezing.
- syndrome cave supérieur.
- Une compression nerveuse peut être responsable de :
 - Une dysphonie.
 - Syndrome de Claude Bernard-Horner (ptosis, myosis et enophtalmie)
 - Atteinte du nerf phrénique entraînant un hoquet
- Une compression de l'œsophage ou son envahissement peuvent être révélés par une dysphagie.

c. Signes généraux :

Les signes généraux sont très souvent présents mais trop souvent négligés.

L'amaigrissement, souvent associée à une anorexie et l'asthénie.

d. Syndromes paranéoplasiques :

L'hippocratisme digital et l'hypercalcémie sont les syndromes paranéoplasiques les plus fréquents.

- L'hippocratisme digital peut être associé à une ostéoarthropathie hypertrophique pneumique de Pierre Marie et Foix.
- L'hypercalcémie
- Le syndrome de Schwartz-Bartter est lié à une sécrétion inappropriée d'ADH
- La pseudo myasthénie de Lambert-Eaton est caractérisée par une fatigabilité musculaire extrême.
- La neuropathie sensitive de Denny-Brown

2. Examen clinique:

a. L'interrogatoire : Il recherche :

Tabagisme actif ou passif ou une notion d'exposition professionnelle.

b. L'examen pulmonaire:

Recherche une immobilité d'un héli thorax, une douleur provoquée, une matité, une augmentation des VV ou diminution en cas d'épanchement associé, une diminution du MV.

c. L'examen clinique extra-pulmonaire: apprécie

Les aires ganglionnaires, en particulier le creux sus-claviculaire homolatéral.

La taille et la consistance du foie et de la rate,

La recherche d'un hippocratisme digital.

La circulation veineuse est étudiée

L'état neurologique.

Les localisations ostéo articulaires.

d. Formes particulières :

Cancer de l'apex pulmonaire : Pancoast et Tobias

La tumeur se développe à proximité des racines nerveuses C8, T1, T2, de la chaîne sympathique et se caractérise typiquement par :

- Une lyse de l'arc postérieur des deux premières côtes, les vertèbres.
- Douleur de l'épaule et de l'espace inter scapulo vertébrale, la face interne du bras et de l'avant bras , les deux derniers doigts
- Syndrome de Claude Bernard Horner : myosis, ptosis et enophtalmie
- Troubles sensitivo moteurs

3. Examens paracliniques :

a. Imagerie :

• Radiographie thoracique de face et de profil :

- La radiographie standard permet de situer la tumeur et les éventuels troubles associés (atélectasie, épanchement pleural, etc.).
- Elle montre le plus souvent des signes directs ou indirects de la tumeur.
- L'opacité hilare est l'image la plus typique et la plus fréquemment rencontrée dont sa limite externe est souvent arrondie irrégulière parfois floue avec des prolongements dans le parenchyme pulmonaire.

• Tomodensitométrie thoracique : examen clé

Elle permet, de bien délimiter la tumeur et les adénopathies médiastinales.

Elle précise les relations de la tumeur avec les bronches, les vaisseaux, la paroi thoracique et le médiastin et précise les anomalies associées.

b. Fibroscopie bronchique :

C'est l'examen clef du diagnostic car le plus souvent permet le prélèvement histologique qui déterminera le diagnostic de certitude.

c. Ponction-biopsie trans-pariétale à l'aiguille

Très utile pour les nodules et masses périphériques.

d. Médiastinoscopie :

e. Pleuroscopie :

Elle permet de faire des biopsies les lésions périphériques et pleurales.

VI. Diagnostic histologique :

On distingue 2 grands types histologiques :

• **Les cancers bronchiques « non à petites cellules » (CBNPC)**

: 80% des cas, eux-mêmes séparés en 3 sous-types histologiques :

- adénocarcinomes : 45% des cas (en augmentation)
- carcinomes épidermoïdes : 30-35% des cas
- carcinomes à grandes cellules : 5-10% des cas (sans différenciation malpighienne ou glandulaire nette)

• **Les cancers bronchiques « à petites cellules » (CBPC) : 15% des cas**

VII. Bilan pré thérapeutique :

1. Bilan d'extension

Evalue l'extension de la tumeur aux organes de voisinage, aux structures loco régionales ainsi que l'existence d'éventuelles métastases à distance.

Au terme de ce bilan, on peut établir la stadification TNM(voir au-dessous à titre indicatif) 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 la tumeur
- le M (métastase) représente l'extension à distance de la tumeur.

T - Tumeur	Tx	Tumeur primaire non connue ou tumeur prouvée par la présence de cellules malignes dans les sécrétions broncho-pulmonaires mais non visible aux examens radiologiques et endoscopiques.
	T0	Absence de tumeur identifiable.
	Tis	Carcinome <i>in situ</i> .
	T1	Tumeur de 3 cm ou moins dans ses plus grandes dimensions, entourée par du poumon ou de la plèvre viscérale, sans évidence d'invasion plus proximale que les bronches lobaires à la bronchoscopie (c'est-à-dire pas dans les bronches souches).
	T1a(mi)	Adénocarcinome minimalement-invasif
	T1a	≤ 1cm
	T1b	> 1 cm et ≤ 2 cm
	T1c	> 2 cm et ≤ 3 cm
	T2	Tumeur de plus de 3 cm, mais de 5 cm ou moins , avec quelconque des éléments suivants : -envahissement d'une bronche souche quelle que soit sa distance par rapport à la carène mais sans envahissement de la carène, -envahissement de la plèvre viscérale, -existence d'une atélectasie ou pneumonie obstructive s'étendant à la région hilare ((sub)lobaire ou pulmonaire)
	T2a	> 3 cm mais ≤ 4 cm
T2b	> 4 cm mais ≤ 5 cm	
T3	Tumeur de plus de 5 cm et de 7 cm ou moins , ou associée à un(des) nodule(s) tumoral(aux) distinct(s) et dans le même lobe , ou ayant au moins l'un des caractères invasifs suivants : -atteinte de la paroi thoracique (incluant les tumeurs du sommet), -atteinte du nerf phrénique, -atteinte de la plèvre pariétale ou du péricarde.	
T4	Tumeur de plus de 7 cm ou associée à un(des) nodule(s) pulmonaire(s) distinct(s) comportant un envahissement quelconque parmi les suivants : -médiastin, -cœur ou gros vaisseaux, -trachée, -diaphragme, -nerf récurrent, -œsophage, -corps vertébraux, -carène, -nodules tumoraux séparés dans deux lobes différents du même poumon.	
N - Adénopathies	Nx	Envahissement locorégional inconnu.
	N0	Absence de métastase dans les ganglions lymphatiques régionaux.
	N1	Métastases ganglionnaires péri-bronchiques homolatérales et/ou hilaires homolatérales incluant une extension directe.
	N2	Métastases dans les ganglions médiastinaux homolatéraux ou dans les ganglions sous-carénaux
	N3	Métastases ganglionnaires médiastinales controlatérales ou hilaires controlatérales ou scaléniques, sus-claviculaires homo- ou controlatérales.
Métastases	M0	Pas de métastase à distance.
	M1	Existence de métastases :
	M1a	Nodules tumoraux séparés dans un lobe controlatéral, ou nodules pleuraux ou pleurésie maligne ou péricardite maligne
	M1b	1 seule métastase dans un seul site métastatique
	M1c	Plusieurs métastases dans un seul site ou plusieurs sites atteints

CLASSIFICATION PAR STADE

Carcinome occulte	Tx N0 M0	Stade IIIA	T1,2 N2, M0
Stade 0	Tis N0 M0		T3 N1 M0
Stade IA-1	T1a(mi) N0 M0		T4 N0,1 M0
	T1a N0 M0	Stade IIIB	T1,2 N3 M0
Stade IA-2	T1b N0 M0		T3,4 N2 M0
Stade IA-3	T1c N0 M0	Stade IIIC	T3,4 N 3 M0
Stade IB	T2a N0 M0	Stade IV-A	Tout M1a
Stade IIA	T2b N0 M0		Tout M1b
Stade IIB	T1,2 N1 M0	Stade IV-B	Tout M1c
	T3 N0 M0		

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 chimiothérapie.

Il est évalué par plusieurs échelles dont l'indice de performance (PS).

- 0 personne normale – activité physique intacte – efforts possibles sans limitation
- 1 réduction des efforts – autonomie complète
- 2 autonome – se fatigue facilement – nécessité de se reposer (lit ou fauteuil) moins de la moitié des heures de veille.
- 3 personne dépendante – lever possible – nécessité de se reposer (lit ou fauteuil) plus de la moitié des heures de veille.
- 4 dépendance totale – état quasi grabataire – totalement confiné au lit ou au fauteuil

3. Etat nutritionnel

L'état nutritionnel doit être systématiquement évalué.

Un amaigrissement de 5% en un mois ou de 10% en six mois constitue un facteur de mauvais pronostic.

4. Paramètres cardio-respiratoires

Les comorbidités cardiovasculaires sont systématiquement recherchées

L'examen clinique recherche une BPCO, une insuffisance respiratoire et évalue la classe fonctionnelle de la dyspnée.

- Les épreuves fonctionnelles respiratoires (au minimum une spirométrie et une mesure de la DLCO) sont réalisées dans tous les cas où un acte chirurgical paraît possible.

VIII. Traitement :

1. But:

- Augmenter l'espérance de vie
- Améliorer la qualité vie

2. Moyens:

- Chirurgie
- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Les soins de support

3. Indications:

A. CBNPC

A.1. CBNPC résécables et opérables

Ces cancers localisés (stades I et II) et certains stades IIIA représentent environ 20 % des cas.

La résection de référence est la lobectomie

Traitements complémentaires : une chimiothérapie adjuvante +/- une radiothérapie adjuvante.

A.2. CBNPC non-résécables ou patients inopérables : 35 % des cas

Stades localement avancés non résécables (Stades IIIA, IIIB et IIIC)

Radiothérapie + chimiothérapie, concomitante ou séquentielle.

A.3. CBNPC métastatiques (stades IV) : 45 % des cas.

Chimiothérapie exclusif

B. CBPC

L'évolution sans traitement est rapide aboutissant rapidement au décès, en mois de 3 mois.

- La chimiothérapie est le traitement de référence du CBPC

- la tumeur est souvent très chimiosensible.

- 60% de réponse objective en 1ère ligne.

- **Maladie étendue (2/3 des cas)**

Chimiothérapie (4 à 6 cures)

- **Maladie limitée (1/3 des cas)**

Association d'une radiothérapie idéalement de manière concomitante à la chimiothérapie.

4. Traitement de support

Ces traitements doivent être entrepris dès l'apparition de symptômes, quel que soit le stade de la maladie.

- La douleur
- La dyspnée
- Prise en charge psychologique