

Item 306 – Tumeurs du poumon primitives et secondaires

Epidémiologie des cancers broncho-pulmonaires primitifs	
<ul style="list-style-type: none"> 45 000 nouveaux cas/ an en France (2^{ème} KC incident homme, 3^{ème} femme) Mortalité : 30 000 DC/an (20% des DC par cancer, 1^{ère} cause de mortalité par KC) Survie à 5 ans : 17% 	
Etiologies	
Tabac	<ul style="list-style-type: none"> Tabagisme actif <ul style="list-style-type: none"> 90% des KC FdR liés à l'âge de début et la durée Tabagisme passif : <ul style="list-style-type: none"> Augmentation 30% le risque de CBP chez conjoint d'un fumeur 25% des CBP chez les non-fumeurs
Carcinogènes professionnels	<ul style="list-style-type: none"> 15% des CBP Exposition conjointe tabac et amiante = effet multiplicatif
Oncogénèse	
<ul style="list-style-type: none"> Présence de nombreuses mutations, exposition à un agent tel que le tabac ou l'amiante EGFR, ALK Mutations EGFR, ALK, ROS1 surtout dans adénocarcinomes, chez non ou petits fumeurs. Prédictives de la réponse aux inhibiteurs de tyrosine kinase 	
Types histologiques	
<ul style="list-style-type: none"> Cancers bronchiques non à petites cellules : > 80% des cas (adénocarcinomes, carcinomes épidermoïdes, carcinomes indifférenciés à grandes cellules) Carcinomes bronchiques neuro-endocrines à petites cellules : 15% 	
Adénocarcinomes	<ul style="list-style-type: none"> 45% En périphérie du poumon Tendent à reproduire structure d'un épithélium glandulaire Marquage TTF1 Mutations : EGFR 10%, ALK 5%, ROS1 1%
Carcinomes épidermoïdes ou malpighiens	<ul style="list-style-type: none"> 30-35% Localisation proximale, obstruant la lumière bronchique Tendent à reproduire structure d'un épithélium malpighien Marquage p40
Carcinomes bronchiques neuro-endocrines à petites cellules	<ul style="list-style-type: none"> Pas de Tt chirurgical Souvent volumineuses, entraînant compression extrinsèque de arbre bronchique et sd de compression médiastinale Sd paranéoplasiques fréquentes Marquage NSE
Manifestations révélatrices du cancer bronchique	
Respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> Toux (sèche, quinteuse, rebelle au Tt, récente) Hémoptysie Bronchorrhée (sécrétions abondantes, propres, fluides) Dyspnée IRB (régressant mal sous ATB, récidivant) Douleur thoracique (envahissement pariétal ou pleurésie)
Extension locorégionale du cancer	<ul style="list-style-type: none"> Pleurésies (envahissement plèvre viscérale) Dysphonie (paralysie récurrentielle gauche) Syndrome cave supérieur (turgescence des jugulaires, oedèmes en pélerine, circulation collatérale thoracique antérieure, œdème/HTIC, cyanose de la face) Douleurs thoraciques Syndrome de Pancoast-Tobias (névralgie cervicobrachiale, douleurs C8-D1, CBH) Paralysies phréniques ou hoquet
Extra-thoraciques	<ul style="list-style-type: none"> Pathologie thrombo-embolique

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atteinte isolée de état général ▪ Métastase : SNC, foie, os, surrénales
Syndromes paranéoplasiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10-20% ▪ Longtemps la seule manifestation du KC ▪ Hippocratisme digital, ostéoarthropathie hypertrophique pneumique de Pierre-Marie ▪ Hypercalcémie paranéoplasique ▪ Hyponatrémie du syndrome de Schwartz-Bartter (dans CBPC) ▪ Syndrome de Cushing (dans CBPC) ▪ Syndromes paranéoplasiques neurologiques (CBPC) : pseudomyasthénie de Lambert-Eaton, neuropathies périphériques, encéphalopathies paranéoplasiques
Aspects radiologiques	
Radio thoracique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Images à projection hiliaire ou juxta-hiliaire ▪ Opacités systématisées rétractiles (atélectasie) ▪ Opacités arrondies intraparenchymateuses ▪ Images cavitaires néoplasiques
Extension ganglionnaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N0 : absences d'adénopathies ▪ N1 : site hilaire envahi ▪ N2 : site médiastinal homolatéral envahi ▪ N3 : site médiastinal controlatéral envahi
Diagnostic histologique des cancers bronchiques	
Bronchoscopie souple	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permet suspecter diagnostic et mise en évidence d'anomalies endobronchiques
Ponction-biopsie transpariétale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anesthésie locale ▪ Nodules et masses périphériques ▪ 10% pneumothorax
Techniques chirurgicales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thoracoscopie ▪ Médiastinoscopie ▪ Vidéo-thoracotomie
Recherche altérations moléculaires tumorales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CBNPC, KC non épidermoïdes, KC de stade IV ▪ EGFR, ALK, ROS1
Stratégies thérapeutiques	
CBNPC	<u>CBNPC résécables et opérables</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stades I et II (voire IIIA) ▪ 20% ▪ Chirurgie +++ avec curage ganglionnaire médiastinal complet homolatéral ▪ +/- Chimiothérapie +/- radiothérapie
	<u>CBNPC non résécables ou patients inopérables</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 35% ▪ Stades localement avancés non résécables IIIA, IIIB, IIIC : radio + chimio (sel de platine + autre médicament cytotoxique)
	<u>CBNPC métastatiques IV</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 45% ▪ Si altération moléculaire ciblable : ITK. Survie > 2 ans. Si progression sous ITK => chimio ou ITK 2^{ème} G° ▪ Si pas d'altération moléculaire ciblable : chimio IV (sels de platine (Cisplatine, carboplatine) et molécule de G3 (gemcitabine, pemetrexed, docetaxel, paclitaxel, vinorelbine)). Survie 12 mois ▪ Si progression sous chimio de 1^{ère} ligne => monochimiothérapie (pemetrexed, docétaxel) ou ITK (erlotinib, afatinib) ou immunothérapie
CBPC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DC en 3 mois si abs de Tt

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chimio +++ : cisplatine + étoposide ▪ Si maladie étendue (2/3 cas) => chimio sauf si AEG ▪ Si maladie limitée (1/3) => association d'une radiothérapie ▪ Si rechute => chimio de 2nde ligne
Traitements symptomatiques (soins de support)	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antalgiques, morphiniques ▪ Radiothérapie focale palliative ▪ AINS et/ou Tt résorptif (biphosphonates ou inhibiteurs de RANK-ligand) ▪ Vertébroplastie percutanée ▪ Tt dyspnée : <ul style="list-style-type: none"> - Liée à lymphangite carcinomateuse : oxygénothérapie, corticothérapie systémique - Atélectasie : destruction d'un bourgeon (électrocoagulation, laser, cryothérapie) - Pleurésie exsudative : pleuroscopie avec symphyse, cathéter pleural tunnelisé, oxygénothérapie) - Sd cave sup : anticoagulation, corticoïdes, +/- stent cave
Suivi post-thérapeutique	
CBNPC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi semestriel : examen clinique, radio, +/- TDM, +/- endoscopie bronchique, +/- EFR ▪ Suivi de 5 ans ▪ Arrêt du tabac impératif ++ ▪ Pour malades non opérés : <ul style="list-style-type: none"> - TDM tous les 2-3 mois - Examen clinique plus rapproché - Suivi biologique (fonction rénale, NFS, surveillance des complications du cancer)
CBPC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Survie 16-20 mois (formes limitées) (5-10% à 5 ans) ▪ Survie 8-12 mois (formes métastatiques) (si pas de Tt : 1-3 mois) ▪ Puis examen clinique et TDM tous les 3 mois + bilan d'extension