



PROCESSUS TUMORAUX

Cancers broncho-pulmonaires

CANCER BRONCHIQUE

Épidémiologie	<p>Le plus fréquent chez l'homme en France → 3^e chez la femme en augmentation La mortalité par cancer bronchique x5 chez les hommes que chez les femmes 28 000 décès par an → 50% de la population est fumeuse.</p> <table border="1" data-bbox="359 571 1556 1422"> <tr> <td data-bbox="359 571 582 1097">Tabac</td> <td data-bbox="582 571 1556 1097"> <p>Facteurs de risques essentiels Plus de 2000 carcinogène → Risque lié à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée - Quantité quotidienne - Type de tabac - Age de début - Inhalation on non <p>→ 11% développe un cancer bronchique 80% des cancers bronchiques surviennent chez des fumeurs</p> <table border="1" data-bbox="598 896 1540 1097"> <tr> <td data-bbox="598 896 869 1097">Paquet année</td> <td data-bbox="869 896 1540 1097"> <p>1 paquet par jour pendant 20 ans = 20PA (significatif au-dessus de 15PA) Fumer augmente de 1500% le risque de développer un cancer bronchique L'arrêt du tabac peut diminuer le risque mais ne le ramène jamais au risque du non-fumeur</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="359 1097 582 1220">Facteurs professionnels</td> <td data-bbox="582 1097 1556 1220"> <p>Amiante : le risque le plus fréquent → Maladie professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - X5 chez patient non tabagique - X50 chez le tabagique </td> </tr> <tr> <td data-bbox="359 1220 582 1422">Rayonnements ionisants</td> <td data-bbox="582 1220 1556 1422"> <p>Radon 222 Pollution Arsenic Gaz moutarde Silice Cobalt</p> </td> </tr> </table>	Tabac	<p>Facteurs de risques essentiels Plus de 2000 carcinogène → Risque lié à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée - Quantité quotidienne - Type de tabac - Age de début - Inhalation on non <p>→ 11% développe un cancer bronchique 80% des cancers bronchiques surviennent chez des fumeurs</p> <table border="1" data-bbox="598 896 1540 1097"> <tr> <td data-bbox="598 896 869 1097">Paquet année</td> <td data-bbox="869 896 1540 1097"> <p>1 paquet par jour pendant 20 ans = 20PA (significatif au-dessus de 15PA) Fumer augmente de 1500% le risque de développer un cancer bronchique L'arrêt du tabac peut diminuer le risque mais ne le ramène jamais au risque du non-fumeur</p> </td> </tr> </table>	Paquet année	<p>1 paquet par jour pendant 20 ans = 20PA (significatif au-dessus de 15PA) Fumer augmente de 1500% le risque de développer un cancer bronchique L'arrêt du tabac peut diminuer le risque mais ne le ramène jamais au risque du non-fumeur</p>	Facteurs professionnels	<p>Amiante : le risque le plus fréquent → Maladie professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - X5 chez patient non tabagique - X50 chez le tabagique 	Rayonnements ionisants	<p>Radon 222 Pollution Arsenic Gaz moutarde Silice Cobalt</p>
Tabac	<p>Facteurs de risques essentiels Plus de 2000 carcinogène → Risque lié à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée - Quantité quotidienne - Type de tabac - Age de début - Inhalation on non <p>→ 11% développe un cancer bronchique 80% des cancers bronchiques surviennent chez des fumeurs</p> <table border="1" data-bbox="598 896 1540 1097"> <tr> <td data-bbox="598 896 869 1097">Paquet année</td> <td data-bbox="869 896 1540 1097"> <p>1 paquet par jour pendant 20 ans = 20PA (significatif au-dessus de 15PA) Fumer augmente de 1500% le risque de développer un cancer bronchique L'arrêt du tabac peut diminuer le risque mais ne le ramène jamais au risque du non-fumeur</p> </td> </tr> </table>	Paquet année	<p>1 paquet par jour pendant 20 ans = 20PA (significatif au-dessus de 15PA) Fumer augmente de 1500% le risque de développer un cancer bronchique L'arrêt du tabac peut diminuer le risque mais ne le ramène jamais au risque du non-fumeur</p>						
Paquet année	<p>1 paquet par jour pendant 20 ans = 20PA (significatif au-dessus de 15PA) Fumer augmente de 1500% le risque de développer un cancer bronchique L'arrêt du tabac peut diminuer le risque mais ne le ramène jamais au risque du non-fumeur</p>								
Facteurs professionnels	<p>Amiante : le risque le plus fréquent → Maladie professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - X5 chez patient non tabagique - X50 chez le tabagique 								
Rayonnements ionisants	<p>Radon 222 Pollution Arsenic Gaz moutarde Silice Cobalt</p>								
Dépistage	<p>A titre individuel, recommandé pour population à risque : fumeur 55 à 74 ans, 30PA, sevrage tabagique avec scanner thoracique à faible dose</p> <p>La moindre hémoptysie ou autre symptomatologie thoracique persistante au traitement et surtout chez un patient fumeur ou ancien fumeur doit faire suspecter un cancer bronchopulmonaire</p>								
Signes cliniques	<p>La plupart → sont diagnostiqués tardivement</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60 à 70% au diagnostic ne sont plus opérables <p>Souvent insidieux, liés soit à la tumeur, à son extension, méta ou syndrome paranéoplasique.</p> <p>Respiratoires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par atteinte pariétale - Extension ganglionnaire <p>Hémoptysies Bruit respiratoire Douleur pariétale Dyspnée, dysphonie Syndrome cave supérieure Syndrome de Pancoast Tobias</p>								





	<p>- Lié à la tomographie de la tumeur et qui donne des signes neurologiques compressifs</p> <p>Asthénie, anorexie, amaigrissement</p> <p>Recherche de facteurs de risques</p>
Syndrome paranéoplasiques	<p>Ensemble des signes cliniques/radiologiques/biologiques au cours de l'évolution du cancer mais indépendants de métastases. Non spécifique d'un cancer, et également plus fréquent dans les cancers à petites cellules</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit par sécrétion par la tumeur d'un peptide agissant à distance - Soit par réaction auto-immune <p>On parle de signes comme l'hypercalcémie, hyponatrémie, thrombophlébites migratrices, neurologiques (anticorps anti HU)</p>

Bilan initial	<p>Établir le diagnostic et histologie de la tumeur</p> <p>Stade pour guider la PEC</p> <p>Comorbidités et contre-indications de traitement</p> <p>Annnonce du diagnostic</p> <p>Scanner thoracique et abdominal</p> <p>Fibroscopie bronchique avec biopsie (histologie)</p> <p>Éventuellement ponction sous scanner</p> <p>IRM cérébral</p> <p>Pet scanner</p> <p>EFR et GDS</p> <p>Le dossier sera discuté en RCP</p> <p>Dosage des marqueurs tumoraux n'est plus utile au diagnostic ni au suivi</p> <p>On a aussi de la biologie moléculaire</p> <p>Recherche de mutation du gène K-Ras : associé à un pronostic négatif</p> <p>Mutation du récepteur de l'EGFR : indications d'inhibiteur de tyrosines kinases</p> <p>Recherche d'oncogène de fusion ALK -EML4 : crizotinib en 2^e ligne</p> <p>Cartographie de la tumeur pour tt à la carte et ne pas proposer de tt inefficace au patient</p>
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

HISTOLOGIES ET STRATEGIES

Histologie	<p>Carcinomes non à petites cellules : 80%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adénocarcinomes - Épidermoïdes - Grandes cellules <p>Carcinomes à petites cellules : 20%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le plus tabagique dépendant
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Stratégie thérapeutique	<p>Diagnostic d'abord pluridisciplinaire, décision est prise en RCP, aboutissant à une thérapie combinée</p> <p>En l'absence de ganglions médiastinaux, de métastases à distance, et si EG et fonction respiratoire et cardiaque correcte : décision est alors chirurgicale</p> <p>Pour tout le reste : la chimiothérapie sera alors de première intention (avec ou non radiothérapie) ou chimiothérapie exclusive si patient métastatique</p>
-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Chimiothérapie	<p>Adjuvante : après la chirurgie, sous forme de 4 cures</p> <p>La première ligne est une chimiothérapie de première intention guidée par l'histologie</p> <p>La deuxième ligne : en cas de rechute ou d'inefficacité de la 1^{ere} ligne</p> <p>Maintenance → proposer un produit en entretien après chimiothérapie de 1^{ere} ligne pour maintenir les résultats alors obtenus.</p>					
	Quelle chimio ?	<p>Carcinome à petites cellules</p> <p>1^{ere} ligne : cisplatine et VP16</p> <p>2^e ligne : hycamtin</p> <p>3^e ligne : anthracycline</p> <p>→ Toxicité neurologique, très hémétisant</p>				
		<p>Cancer non à petites cellules</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">1^{ere} ligne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Non épidermoïdes</td> <td>Cisplatine – alimta Ou Cisplatine – gemzar – avastin</td> </tr> <tr> <td>Épidermoïdes</td> <td>Cisplatine – taxotère ou cisplatine – gemzar</td> </tr> </tbody> </table>	1 ^{ere} ligne		Non épidermoïdes	Cisplatine – alimta Ou Cisplatine – gemzar – avastin
1 ^{ere} ligne						
Non épidermoïdes	Cisplatine – alimta Ou Cisplatine – gemzar – avastin					
Épidermoïdes	Cisplatine – taxotère ou cisplatine – gemzar					





			2 ^e ligne - Taxotère, alimta, tarceva, crizotinib (réarrangement ALK / EML4)	
	Chimiothérapie adjuvante	4 cycles de cisplatine navelbine		
	Chimiothérapie de maintenance	Tarceva, Alimta ou Gemzar ou poursuite Avastin		
Effets secondaires des chimiothérapies	Anémie	Corrigée par des facteurs de croissances de la lignée rouge - Erythropoïétine toutes les 3 semaines		
	Aplasie	Devient rare : prévention par des facteurs de croissance après la chimiothérapie en sous-cutané		
	Autres	Thrombopénie Asthénie, alopecie Infection et thrombose sur CIP		
	Nausées et vomissements	Des combinaisons de sétrons et de corticoïdes sont utilisées Emend est un antagoniste sélectif des récepteurs NK1 de la substance P , NK pour neurokinine Nausées et vomissements retardés		
Radiothérapie	Radiothérapie thoracique	Exclusive si patient localisé et inopérable (mais possédant une fonction respiratoire compatible) → Conformationnelle : préserver le poumon sain		
	Radiothérapie thoracique et médiastinale	Elle intervient alors en complément de la chimiothérapie si le patient est inopérable du fait soit de la taille de la tumeur, soit de l'envahissement ganglionnaire		
	Externe	Se fait par accélérateur linéaire de particules qui permet de délivrer des fortes doses		
	Conformationnelle	Meilleure définition du volume cible : limiter la toxicité		
	Effets secondaires	Toxicité cutanée	Peu → Crème hydratante	
		Toxicité pulmonaire précoce	1 à 3 mois après la RTE : pneumopathie radique - Toux - Dyspnée - Fièvre - Images alvéolaires dans le territoire irradié qui sera alors traité par corticothérapie → Peut évoluer vers une fibrose pulmonaire, 5 à 15% des patients irradiés	
		Digestives	Œsophagite +++	
		A visée antalgique	Métastases osseuses Diminution du déficit moteur si métastases cérébrales A visée décompressive sur syndrome cave supérieure	
Chirurgie thoracique	Lobectomie ou pneumonectomie avec curage ganglionnaire	Stade I II IIIA 15 à 20% des patients traités		
	A visée diagnostique	Médiastinoscopie ou pleuroscopie		
	Des métastases	Rare		
Inhibiteurs de la tyrosine kinase	Utilisé en alternative en chimiothérapie	Utilisation PO → 2 ^e ligne pour les CBNPC ou en maintenance par Tarceva → 1 ^{ère} ligne si mutation d'un récepteur de l'EGFR sur les biopsies bronchiques ou pièce opératoire : fait mieux que chimiothérapie dans cette indication précise Attention à une importante toxicité cutanée et digestive.		





ETUDES, SUIVI

Introduction	Grande hétérogénéité de mutations des tumeurs bronchiques	
Antiangiogéniques	<p>En association avec la chimiothérapie puis en maintenance jusqu'à progression</p> <p>Avastin (bevacizumab) : antiangiogénique inhibant l'action du VEGF : entraîne alors une régression des vaisseaux tumoraux : inhibant la croissance tumorale</p> <p>Mais possède une utilisation restreinte en raison de risques</p> <p>Hémorragie, thrombose, HTA</p> <p>Protéinurie, perforations digestives</p>	
Immunothérapie	<p>Nouvelle avancée thérapeutique en 2ème ligne des cancers bronchiques de nature épidermoïde :</p> <p>AMM du Nivolumab, non encore remboursé</p> <p>Ac monoclonal anti PD1</p> <p>Meilleur suivi et taux de réponse</p> <p>Chimio de 2^e ligne, c'est le standard</p> <p>Effet secondaires thyroïdiens : suivi TSH</p>	
La personne âgée	<p>Patients de 70 – 89 ans</p> <p>Intérêt des évaluations oncogériatriques</p> <p>Compte tenu de l'espérance de vie : les PA peuvent avoir la même volonté de prolongation de survie que les plus jeunes</p>	
Sevrage tabagique	<p>Impératif pour les malades à priori guéris</p> <p>Recommandé pour le malade en projet curatif</p> <p>La cigarette électronique est controversée</p> <p>→ Pas un moyen recommandé comme sevrage par l'HAS</p> <p>HAS : l'innocuité n'est pas établie</p> <p>→ Indication n'est pas validée pour le sevrage</p> <p>Dépendance possible ? effets indésirables : comme irritation bouche, nausées...</p> <p>Toxicité à la vapeur (formaldéhyde, toluène)</p> <p>Mais absence de données scientifiques valides montrant un effet sur la réduction du tabagisme</p>	
Suivi des cancers bronchiques	<p>Va être de déceler les récurrences locales et à distance</p> <p>Soins de support si nécessaires</p> <p>Faciliter la réinsertion professionnelle</p> <p>Actualiser l'éducation thérapeutique</p> <p>Améliorer la qualité de vie</p> <p>Visites périodiques tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans</p>	
Rôle IDE	Compétences techniques	<p>Chambre implantable</p> <p>Produit de chimiothérapie</p> <p>Lecture du protocole chimiothérapie</p> <p>Explications effets secondaires</p> <p>Conseils adaptés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser les soins de support nécessaires - Actualiser l'éducation thérapeutique
PEC douleur et soins palliatifs	<p>50 à 75% des patients présenteront des douleurs.</p> <p>Pronostic modeste</p> <p>Fin de vie à gérer dans les unités en collaboration avec les équipes de soins palliatifs</p>	

