

# Cancers broncho-pulmonaires

## Diagnostic et bilan initial

- **Penser au cancer broncho-pulmonaire devant :**
  - une hémoptysie ou autre symptomatologie thoracique persistante ou résistante au traitement, en particulier chez un patient fumeur ou ancien fumeur ;
  - une symptomatologie extra-pulmonaire liée notamment à une métastase (cérébrale, osseuse, hépatique) ou à un syndrome paranéoplasique.
- **Rechercher les facteurs de risque du cancer broncho-pulmonaire :**
  - facteur de risque principal : le tabagisme actif et passif ;
  - autres facteurs de risque environnementaux ou professionnels reconnus comme cancérigènes, en particulier amiante et gaz d'échappement des moteurs Diesel ;
  - certains facteurs de risque peuvent faire ouvrir des droits particuliers : indemnisation, maladie professionnelle (avis possible auprès des services de consultation de pathologies professionnelles).
- **Ne pas exclure l'éventualité d'un cancer bronchique même en l'absence de tabagisme ou d'autres facteurs de risque.**
- **Réaliser une imagerie dans les meilleurs délais :**
  - radiographie thoracique ;
  - puis scanner thoracique avec injection de produit de contraste (en l'absence de contre-indication).
- **Pas d'indication pour le dosage de marqueurs tumoraux pour le dépistage, le diagnostic, le suivi**
- **Organiser une consultation spécialisée (pneumologue, oncologue, chirurgien thoracique) dans les plus brefs délais** en cas d'anomalie radiologique thoracique ou de forte suspicion clinique de cancer malgré un bilan radiologique normal.
- **Prise en charge spécialisée en oncologie afin de :**
  - **confirmer le diagnostic** sur l'analyse de biopsies ;
  - **annoncer le diagnostic** et impliquer le patient dans sa prise en charge en évaluant également avec lui ses besoins en soins et soutiens complémentaires (soins de support) et en tenant compte de ses souhaits ;
  - **réaliser un bilan d'extension** afin de préciser la taille et l'extension locorégionale de la tumeur (T), la présence de métastases ganglionnaires (N) ou de métastases thoraciques ou extra-thoraciques (M).

## Traitement

- **Encourager et accompagner le sevrage tabagique** car le tabac majore notamment le risque de complications des traitements et de second cancer.
- **Traiter le patient.**
  - La stratégie thérapeutique d'un cancer broncho-pulmonaire dépend :
    - de son type histologique : cancer non à petites cellules (CBNPC) ou cancer à petites cellules (CBPC) ;
    - éventuellement des anomalies moléculaires, de l'extension de la maladie, de l'âge et des comorbidités du patient.

- La stratégie est définie en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et rediscutée avec le patient et en lien avec le médecin traitant. **Sur la base de l'avis rendu en RCP**, il est alors établi un **programme personnalisé de soins (PPS)** dont un exemplaire est remis au patient et au médecin traitant.
  - **Pour les CBNPC**, la prise en charge curative comporte une exérèse chirurgicale éventuellement associée à une chimiothérapie et/ou à une radiothérapie.
  - **Pour les CBPC**, la chirurgie a peu de place ; le traitement repose surtout sur la chimiothérapie qui est associée à la radiothérapie thoracique chez les patients non métastatiques.
- **Offrir de façon anticipée les soins de support et/ou les soins palliatifs appropriés.**
- La préservation d'une **qualité de vie** du patient et de sa famille constitue un objectif **permanent** dès le début de la prise en charge et durant toute la durée de la maladie et du suivi. Elle doit être prise en compte pour déterminer les stratégies thérapeutiques.
  - L'**anticipation** du soulagement des symptômes physiques (douleur, déficits fonctionnels, nutrition, etc.) et de la prise en compte des souffrances psychologiques et existentielles et des difficultés sociales doit être constante.
  - Le **médecin traitant** assure les soins en ambulatoire et en particulier les traitements symptomatiques, en lien avec l'équipe spécialisée en soins de support et soins palliatifs ;
  - L'information sur les **structures sanitaires et médico-sociales** (service de soins de suite et de réadaptation [SSR], hospitalisation à domicile [HAD], réseau de santé, consultation anti-douleur, services et/ou unités mobiles de soins palliatifs, etc.) sera donnée au moment opportun à la personne malade et à ses proches.
  - Le patient doit être informé de la possibilité de **choisir une personne de confiance**<sup>1</sup> et selon les cas de **rédiger des directives anticipées**<sup>2</sup>.

**Tableau 1. Résumé des options thérapeutiques d'un cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules (CBNPC) selon son stade**

	Stade					
	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IV <sup>(3)</sup>
<b>Chirurgie</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RCP	-	-
<b>Radiothérapie</b>	- <sup>(1)</sup>	- <sup>(1)</sup>	- <sup>(2)</sup>	RCP	<input checked="" type="checkbox"/>	-
<b>Traitement systémique<sup>(4)</sup></b>	-	RCP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Modalité thérapeutique de référence, systématique sauf si contre-indication.

RCP : modalité en option, à discuter en réunion de concertation pluridisciplinaire selon le malade et sa maladie.

(1) La radiothérapie peut être proposée comme une alternative à la chirurgie en cas de non-opérabilité.

(2) Une irradiation peut être discutée en complément de la chirurgie et de la chimiothérapie en cas d'atteinte pariétale ou d'exérèse incomplète.

(3) Stade IV – incluant les cas avec pleurésie maligne selon la nouvelle classification TNM. Le cas particulier des tumeurs avec un nombre limité de métastases (métastase pulmonaire ou surrénalienne unique, une à trois métastases cérébrales) n'est pas inclus ici.

(4) Cytotoxiques (stades II, III et IV) ou thérapies ciblées (stade IV) (en fonction du résultat des recherches de mutations : EGFR, etc.).

<sup>1</sup> Personne qui peut accompagner le patient lors des entretiens médicaux, l'aider dans ses décisions et être consultée s'il se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. La personne de confiance est choisie par le patient et désignée par écrit à son entrée à l'hôpital. Elle appartient ou non à sa famille. Le patient peut revenir sur son choix à tout moment.

<sup>2</sup> Il s'agit d'une disposition de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Art. L. 1111-11. – « Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. »

**Tableau 2. Résumé des options thérapeutiques d'un cancer broncho-pulmonaire à petites cellules (CBPC)**

	Formes	
	Localisées	Diffuses
Radiothérapie	☑	Non indiquée
Chimiothérapie	☑	☑

☑ Modalité thérapeutique de référence, systématique sauf si contre-indication.

### Suivi partagé du cancer broncho-pulmonaire en rémission complète

- Organiser un suivi clinique et radiologique à vie par le spécialiste (pneumologue, oncologue, chirurgien) en lien avec le médecin traitant (cf. tableau 3).
- Détecter les récurrences ou un second cancer.
- Lutter contre le tabagisme.
- Détecter les effets indésirables tardifs.
- Prendre en compte les dimensions psychologiques, socioéconomiques et professionnelles de la maladie.

**Tableau 3. Suivi minimal d'un cancer broncho-pulmonaire en rémission complète \***

	1 <sup>e</sup> année et 2 <sup>e</sup> année	Au-delà de la 2 <sup>e</sup> année
Examen clinique	Tous les 6 mois par le spécialiste et tous les 3 mois par le médecin traitant	Tous les ans par le spécialiste référent en lien avec le médecin traitant (à vie)
Scanner thoracique	Tous les 6 mois	Tous les ans

\*Cette proposition de suivi repose essentiellement sur l'avis d'experts.