

CANCER DU POUMON

[OU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF]

Fiche d'information de l'Institut du Thorax Curie-Montsouris



Institut du thorax
Curie - Montsouris

Définition :

Le terme de **cancer** désigne une prolifération anormale de cellules. Les poumons font partie de l'appareil respiratoire nécessaire à l'oxygénation du sang.

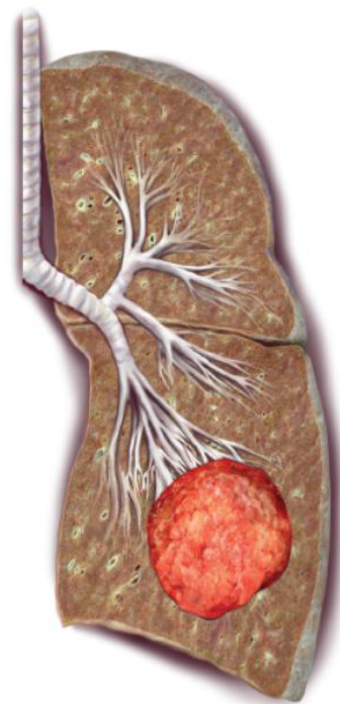
Comme tous les tissus de notre organisme, le cancer peut atteindre les poumons et notamment les bronches. On parle de **cancers bronchiques [ou broncho-pulmonaires] primitifs**, en opposition avec les localisations pulmonaires d'un cancer d'une autre origine [métastases pulmonaires].

Les cancers du poumon sont des **maladies graves** : en France, ils sont le 4^{ème} cancer en termes d'incidence (27000 nouveaux cas par an) mais le premier en termes de mortalité. L'incidence (ou nombre de nouveaux cas par année) des cancers bronchiques primitifs reste globalement en augmentation. Elle augmente chez les femmes et commence à diminuer chez les hommes qui restent cependant les plus touchés [première cause de mortalité par cancer chez l'homme].

On parle de cancers bronchiques au pluriel car il existe **plusieurs types de cancer du poumon** séparés en deux grandes familles : les cancers dits « **à petites cellules** » (15% des cas) et ceux dits « **non à petites cellules** » (principalement les **adénocarcinomes** et les **cancers épidermoïdes**). Leur évolution et leur traitement sont différents.

Quels sont les facteurs de risque du cancer du poumon ?

Le **tabagisme** est le facteur de risque le plus fréquemment retrouvé. Son importance et surtout sa durée (nombre d'années durant lesquelles on a fumé) sont déterminants. Ainsi, même un « petit fumeur » régulier pendant de nombreuses années présente un risque de cancer du poumon. Plus de 95% des cancers à petites cellules et des cancers épidermoïdes sont liés au tabac. Cette proportion est de 75% pour les adénocarcinomes. L'exposition à certains **toxiques** [amiante, arsenic, radon, nickel etc...], parfois dans un **cadre professionnel**, est possible.



Comment puis-je être atteint d'un cancer du poumon alors que je n'ai jamais fumé ni été exposé à des toxiques particuliers ?

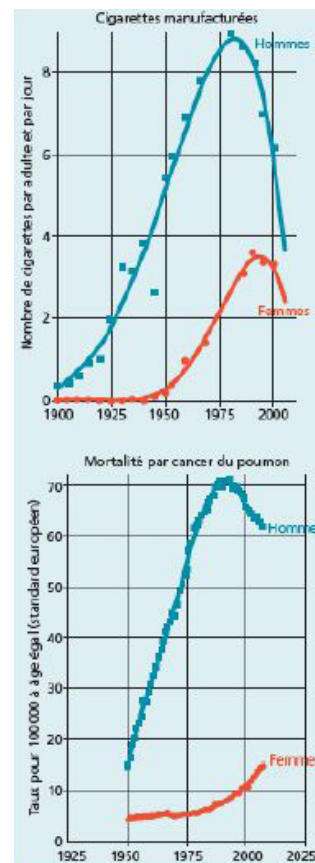
Dans certaines circonstances, des **patients non-fumeurs** et non-soumis à un quelconque toxique développent un cancer du poumon. Il existe un **facteur génétique** dans la survenue de certains cancers bronchiques.

Quels sont les symptômes d'un cancer du poumon ?

Le poumon étant un organe sans innervation sensitive (absence de fibres nerveuses véhiculant la douleur), le cancer peut se développer longtemps **sans que le patient ne présente aucun symptôme**. Ceci explique que de nombreux cancers du poumon soient diagnostiqués à un stade où ils ne sont plus opérables. Cependant, certains symptômes sont des **signes d'alerte** importants qu'il ne faut pas négliger.

Ainsi, **l'hémoptysie** – ou expectoration sanglante lors d'un épisode de toux ("crachats sanglants") – doit faire rechercher une maladie pulmonaire et peut révéler un cancer bronchique.

Les autres symptômes des cancers bronchiques sont **peu spécifiques** : fatigue, perte de poids inexpliquée, toux chronique etc ... L'apparition d'une **douleur** thoracique peut traduire une atteinte de la plèvre ou des côtes par la tumeur.



Evolution de la mortalité par cancer du poumon en France, en fonction de la consommation de cigarettes
[Source : C. Hill, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, mai 2010]

Comment faire le diagnostic du cancer du poumon ?

Le diagnostic est souvent évoqué sur l'aspect de la tumeur au **scanner thoracique**. Mais le scanner ne donne qu'un diagnostic de présomption qui doit être confirmé par l'analyse d'un fragment de la tumeur (**biopsie**). Ce fragment peut être obtenu de différentes façons : lors d'une fibroscopie bronchique (voir fiche d'information "Fibroscopie bronchique") ou d'une ponction sous scanner au travers de la paroi du thorax par exemple.

Dans de rares cas, seule une **intervention chirurgicale** (thoracoscopie, médiastinoscopie) peut obtenir le diagnostic (voir fiches d'information "Thoracoscopie" et "Médiastinoscopie").

Ce diagnostic est la première étape du **bilan initial**.

Bilan du cancer du poumon

Le cancer du poumon, comme dit précédemment, est une maladie grave et qui nécessite le recours à des traitements lourds (intervention chirurgicale, chimiothérapie etc..) Aussi, nécessite-t-elle un bilan rigoureux pour décider du traitement optimal, c'est à dire du traitement qui soit à la fois efficace tout en étant le mieux toléré possible.

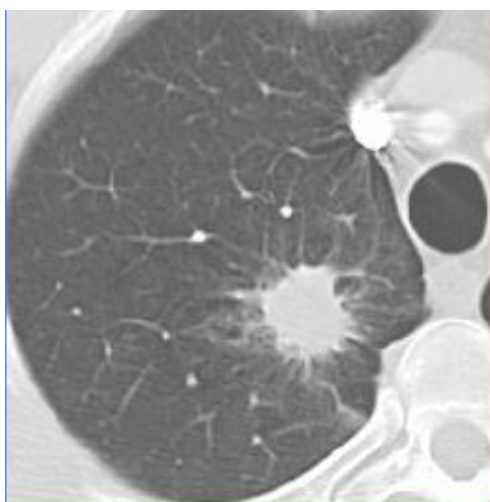
Ce bilan, qui peut parfois nécessiter une hospitalisation de 2 à 3 jours, comporte 2 volets distincts :

- Le bilan de la tumeur et de son extension à distance, qui cherche à établir si la tumeur pourra être enlevée.
- Le bilan de votre condition générale et cardio-respiratoire (**bilan d'opérabilité**) qui vise à déterminer si vous pouvez être opéré(e) dans de bonnes conditions et avec un risque minimum.

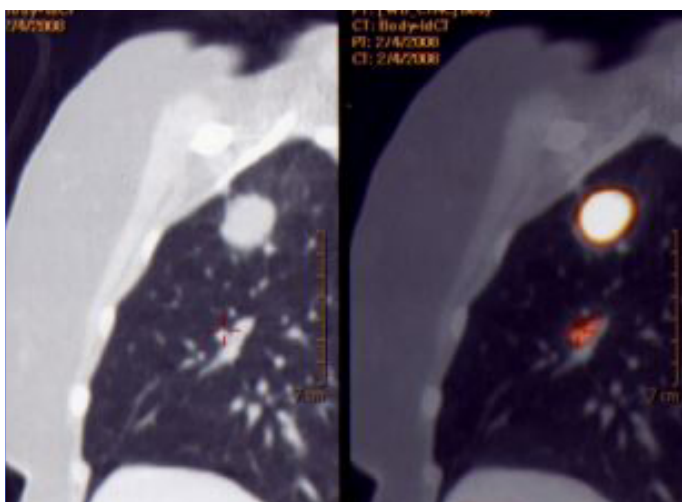
1. Bilan de la tumeur

Il comprend :

- Un scanner thoracique
- Une IRM cérébrale ou un scanner cérébral injecté
- Le plus souvent une fibroscopie bronchique (voir fiche d'information "Fibroscopie bronchique")



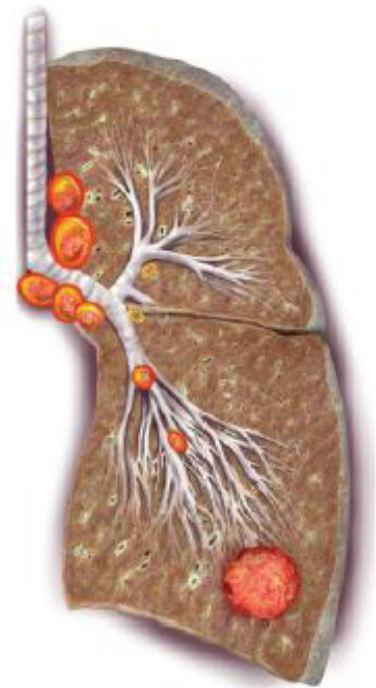
Scanner thoracique



Pet-Scan

- Un scanner abdominal pour examiner le foie et les glandes surrénales.
- Un Pet-Scan (également appelé TEP, ou scintigraphie au 18-Fluorodesoxyglucose). La découverte sur cet examen d'anomalies sur les ganglions médiastinaux peut nécessiter de faire une biopsie de ces ganglions, soit par une **écho-endoscopie** soit par une **médiastinoscopie** (voir fiche d'information "Médiastinoscopie").
- En fonction des signes cliniques, d'autres examens sont demandés au cas par cas : IRM du rachis, scintigraphie osseuse...

Au terme de ce bilan, la tumeur du poumon est classée selon un **stade dit "clinique"** (lettre "c") qui tient compte de la taille de la tumeur, de sa localisation par rapport aux organes de voisinage, de la présence ou non de ganglions anormaux et d'éventuelles métastases. Par exemple, une tumeur classée "cT1aN0M0" signifie: tumeur de taille inférieure à 1 cm (T), sans ganglion pathologique visible (N) sur les examens préopératoires, et sans métastase détectée (M). Cette classification sera revue après l'intervention et après l'examen de la tumeur et des ganglions prélevés et transformée en **stade dit "pathologique"** (lettre "p"). Si les analyses confirment les données du bilan préopératoire, la tumeur sera finalement classée "pT1aN0M0". Si, par exemple, un ganglion à proximité de la tumeur est atteint, le stade deviendra "pT1aN1M0" et si un ganglion à distance de la tumeur est atteint, il deviendra "pT1aN2M0". Selon le "T", le "N" et le "M", la tumeur sera classée en un **stade** qui déterminera la suite du traitement.

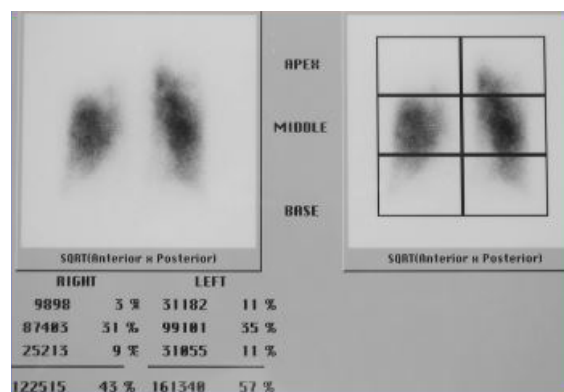


Représentation schématique d'un cancer du poumon avec une extension aux ganglions.

2. Bilan respiratoire

Il comprend :

- Des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) pour évaluer votre fonction respiratoire, éventuellement complétées par les examens suivants en cas d'anomalie :
 - Une étude des gaz du sang (niveau d'oxygénation du sang)
 - Un test de marche de 6 minutes (évalue votre adaptabilité à l'effort)
 - Une étude de la VO_2 max (mesure de votre consommation d'oxygène)



Scintigraphie pulmonaire de perfusion

- Une scintigraphie pulmonaire de perfusion pour évaluer la répartition de la ventilation des 2 poumons, examen surtout réalisé lorsqu'une pneumonectomie (ablation d'un poumon entier) est envisagée.

3. Bilan cardiovasculaire

La plupart des cancers du poumon sont liés au tabac. Il faut donc parfois évaluer les conséquences du tabac sur d'autres organes, en particulier sur le cœur et les vaisseaux. L'avis de votre cardiologue peut être nécessaire. Le bilan comprend :

- Une échographie des troncs supra-aortiques (TSA), c'est à dire des vaisseaux destinés au cerveau et aux membres supérieurs.

- Une échographie cardiaque, éventuellement complétée par les examens suivants en cas d'anomalie :
- Scintigraphie au Thallium/persantine (étude du fonctionnement du coeur à l'effort)
- Coronarographie ou coroscanner (étude des artères coronaires)

Traitement du cancer du poumon

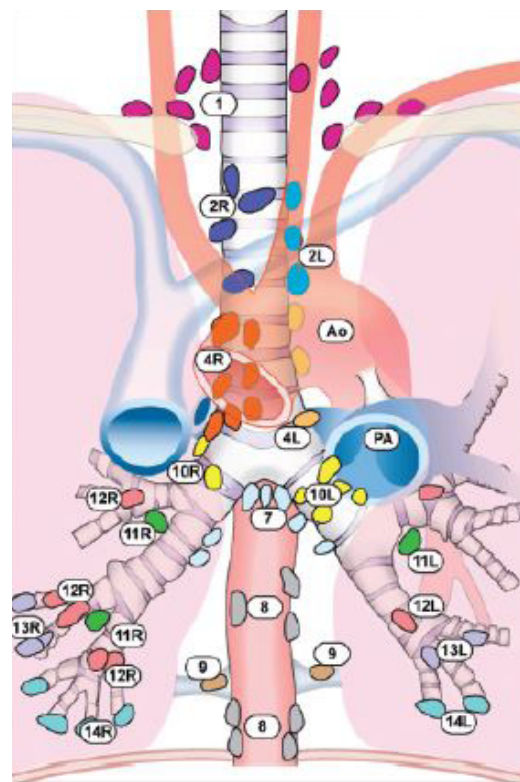
Au terme de ce bilan (parfois réduit au minimum en l'absence d'antécédent particulier et de signe clinique inquiétant), votre dossier est discuté en **réunion de concertation pluridisciplinaire** (RCP) qui réunit les médecins participant à votre prise en charge : pneumologues, oncologues, chirurgiens thoraciques, anatomo-pathologiste, radiologue. Le traitement adapté, à la fois au type de la tumeur et à votre condition, est décidé et choisi après vous avoir été expliqué et avoir obtenu votre accord :

- Intervention chirurgicale d'exérèse, soit directement, soit précédée d'un traitement médical qui peut être une chimiothérapie, une association chimio/immunothérapie ou chimioradiothérapie. L'intervention est habituellement une **lobectomie** pulmonaire (ablation d'un lobe du poumon, au nombre de 3 à droite et de 2 à gauche). En cas de très petite tumeur, une exérèse plus limitée (**segmentectomie**) peut être proposée. Si par contre la tumeur est volumineuse et/ou située sur une bifurcation bronchique, l'ablation complète du poumon (**pneumonectomie**) peut s'avérer nécessaire.

L'intervention est complétée par le prélèvement et l'analyse des ganglions du médiastin. Les détails sur les modalités de l'intervention sont donnés sur la fiche d'information "Exérèse pulmonaires majeures".

- Chimiothérapie seule
- Association de chimiothérapie et de radiothérapie
- Immunothérapie dans certains stades
- Traitements visant à détruire la tumeur sans intervention chirurgicale : radiofréquence, radiothérapie stéréotaxique...

Les modalités, les bénéfices et les éventuels effets indésirables de ces différents traitements vous seront expliqués en détail par les spécialistes correspondants. Sur le tableau ci-dessous, les principales possibilités sont résumées de façon très schématisée (il existe de nombreuses variantes selon l'âge du patient, ses facteurs de risque et ses antécédents) :



Représentation schématisée des ganglions du médiastin [région du thorax située entre les 2 poumons], qui sont analysés pendant l'intervention.

Situation au terme du bilan	Traitement	Décision définitive après analyse de la tumeur et des ganglions
Cancer non à petites cellules : Petite tumeur isolée sans extension aux organes de voisinage et sans métastase	Intervention chirurgicale : Lobectomie ou segmentectomie (rarement pneumonectomie)	1. Ganglions bénins : L'intervention est suffisante. Pas de traitement complémentaire 2. Ganglions tumoraux : L'intervention est consolidée par un traitement médical
Cancer non à petites cellules : Atteinte probable ou certaine d'un ganglion du médiastin ou d'un organe de voisinage.	Chimiothérapie (4 à 6 cures) et/ou immunothérapie • Nouveau bilan en fin de traitement • Intervention chirurgicale	1. Exérèse complète : l'intervention est suffisante. Pas de traitement complémentaire 2. Exérèse incomplète : Chimiothérapie et/ou immunothérapie
Cancer non à petites cellules : Atteinte certaine de plusieurs ganglions du médiastin, ou extension importante à un organe vital ou présence de métastases.	Pas d'intervention chirurgicale. Chimiothérapie et/ou immunothérapie	-
Cancer non à petites cellules : Petite tumeur mais contre-indication opératoire	Radiofréquence ou radiothérapie	-
Cancer à petites cellules	Pas d'intervention chirurgicale. Chimiothérapie Radiothérapie cérébrale complémentaire	-

Quel que soit le traitement et quels que soient les résultats, vous serez régulièrement suivi(e) en consultation pendant une durée de 5 ans par l'un des médecins en charge de votre dossier.

- www.imm.fr
- www.curie.fr

1. Fibroscopie bronchique
2. Médiastinoscopie
3. Nodule pulmonaire
4. Thoracoscopie
5. Résections pulmonaires majeures
6. Lobectomies pulmonaires par thoracoscopie
7. Marquage chirurgical sous ENB

INFORMATION SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES CLINIQUES À DES FINS DE RECHERCHE

Dans la perspective de réaliser ultérieurement des recherches portant sur les techniques chirurgicales, certaines données personnelles et médicales contenues dans votre dossier (telles que âge, principaux antécédents médicaux, examen clinique, durée d'intervention, résultats d'examens complémentaires, techniques utilisées et leurs résultats...) pourront être collectées dans un fichier informatique et analysées à des fins de recherche.

Ces données demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par les médecins qui vous suivent. Ces données seront rendues anonymes (elles seront identifiées par un numéro de code et/ou vos initiales), et aucune donnée ne permettrait votre identification dans des rapports ou publications scientifiques dont cette recherche ferait l'objet.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi du 6 août 2004), vous disposez d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel, ainsi que d'un droit d'accès à ces données et de rectification. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit à l'IMM ou, à défaut, auprès du Dr Agathe Seguin-Givelet, responsable du Département de Chirurgie Thoracique et de la confidentialité du traitement informatique de ces données.

INFORMATION SUR LA BASE NATIONALE DE DONNÉES EPITHOR

Nous vous informons que vos données cliniques seront anonymisées et transmises au registre EPITHOR de la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire, registre qui collige de manière obligatoire toutes les interventions de chirurgie thoracique pratiquées en France.