



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 32 Pathologies cardio-vasculaires et respiratoires

Introduction à la cancérologie bronchique et aux traitements : objectifs généraux de prise en charge

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

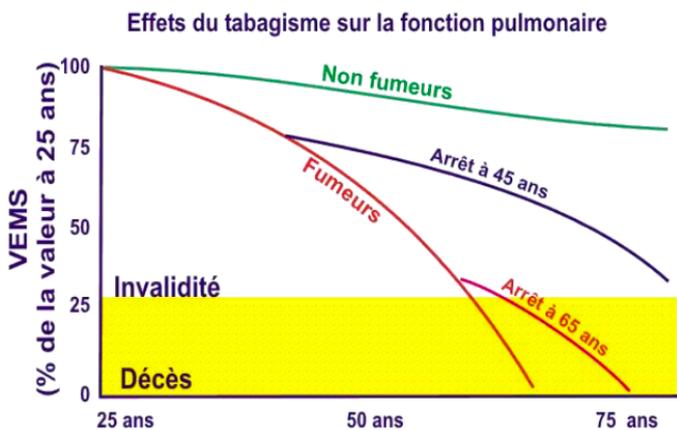
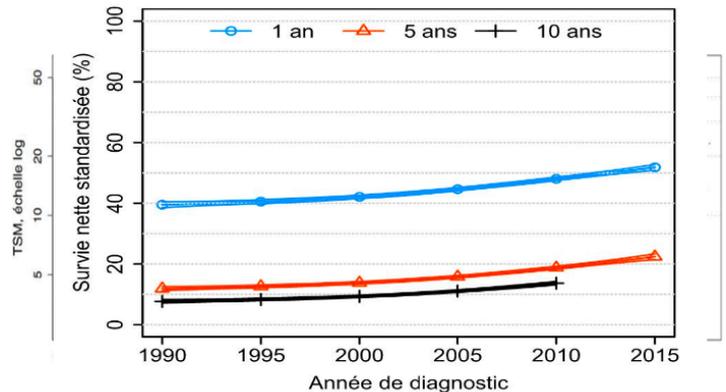
Rédigé par Peral Marie à partir du cours de XX présenté le 10 avril 2024.

Introduction à la cancérologie bronchique et aux traitements : objectifs généraux de prise en charge

I. Epidémiologie

Le cancer bronchique est la première cause de décès mondiale par cancer hommes et femmes confondus : 1,8 millions de décès par an. Il s'agit d'une affection en constante progression, il y a 46 000 nouveaux cas par an en France, et plus de 33 000 décès par an. Cette affection est encore mortelle malgré les progrès diagnostics et thérapeutiques (taux de survie globale tout stade confondus à 5 ans légèrement > 20%).

La cause principale du cancer bronchique est le tabac. C'est un éternel paradoxe, il est clairement identifié et accessible à la prévention, la maladie à un pronostic sombre et fréquent.



Tout professionnel de santé peut être impliqué dans l'arrêt du tabac, c'est le conseil minimal. Il y a seulement 5% des sujets qui réussissent à arrêter seuls par an. L'arrêt complet du tabac est la seule mesure susceptible de diminuer la dégradation respiratoire, et de limiter le risque de cancer.

Il existe d'autres causes que le tabac du cancer bronchique, comme par exemple l'amiante, les produits ménagers irritants, la pollution environnementale... La différence socio-économique et le radon sont des causes encore discutées.

II. Dépistage

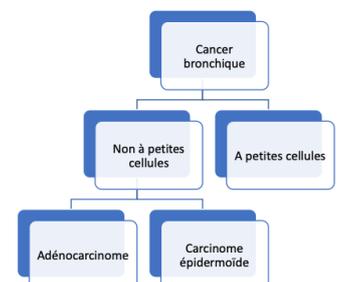
Il n'existe pas de dépistage organisé mais une certaine population en bénéficie : les patients de plus de 50 ans et les fumeurs à au moins 20 paquets/ année (PA). L'objectif du dépistage est le sevrage tabagique. On pratique le dépistage par scanner « low dose » : il permet de dépister facilement des nodules ou des tumeurs plus avancées. Plusieurs études sont en faveur d'un dépistage systématique dans une population à risque : patient 50-74 ans, dans un objectif de sevrage complet ou ancien, fumeur d'au moins 20 PA... Le dépistage permet la réduction de découverte de cancer à un stade avancé, et peut être moins de dépenses publiques et de mortalité au final, mais il y a plus d'indications chirurgicales posées à tort, et non dénuée d'une morbidité iatrogène.



III. Des cancers bronchiques

Il y a plusieurs sous-types de cancers bronchiques :

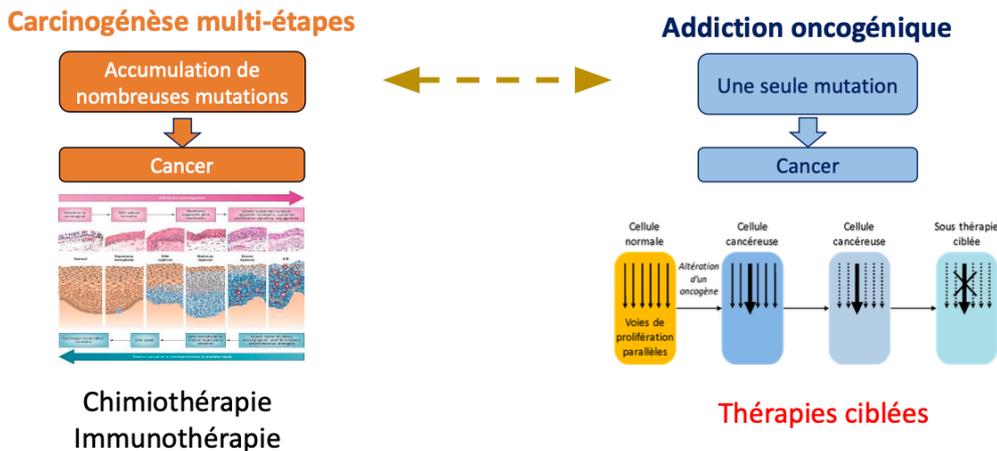
- Carcinomes épidermoïdes ou malpighiens (30-35%) : Localisé préférentiellement dans les grosses bronches. Se présentent volontiers sous la forme de tumeurs



obstruant la lumière bronchique.

- Adénocarcinomes (45%) : Localisés préférentiellement en périphérie du poumon. Cancer principal du non fumeur. Concept d'addiction oncogénique.
- Cancers bronchiques à petites cellules (15%) : Petites cellules car la division est très rapide. Souvent le plus agressif, et d'adaptation rapide aux traitements. Envahit facilement les structures autour, et plutôt central en localisation.

Les addictions oncogéniques :

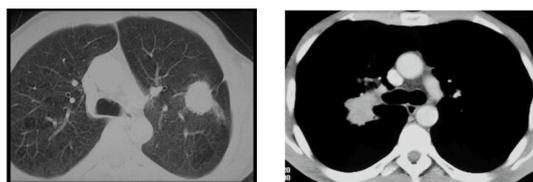


IV. Signes et diagnostics

Il y a différents manifestations du cancer du poumon :

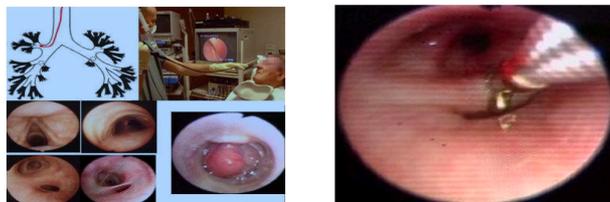
- Signes cliniques pauvres : Toux, hémoptysie, douleur (si envahissement de proximité), dyspnée si volumineux ou envahissant.
- Envahissement d'autres structures : dysphagie si œsophage, syndrome cave supérieur, épanchement péricardique.
- Manifestations générales : AEG, signes des métastases, syndrome paranéoplasique.
- 80% des diagnostics à un stade métastatique.

Le diagnostic se fait par TDM thoracique (si possible avec injection de produit de contraste) : diagnostic positif et bilan d'extension. C'est l'outil de base pour la stadification des cancers bronchiques. La TDM donne des précisions sur la lésion primitive, sa topographie, sa localisation centrale ou périphérique, son caractère systématisé, rétractile ou non rétractile, ses rapports avec les structures avoisinantes de la paroi thoracique de la plèvre ou du



médiastin.

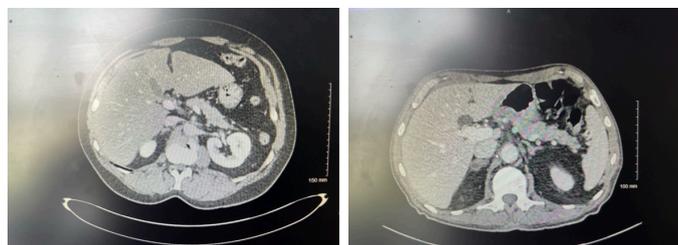
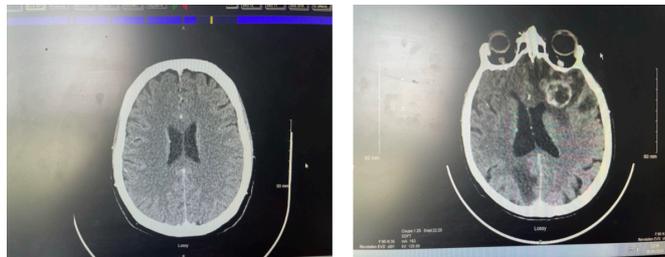
Le diagnostic peut aussi se faire par fibroscopie bronchique : la fibroscopie ne visualise que l'arbre bronchique, elle est réalisée sous anesthésie locale ou sédation. Des biopsies sont réalisées au niveau des anomalies (bourgeon tumoral, infiltration) et des éperons sus-jacents. Les biopsies doivent être multiples (4 à 6 si possible).



Il y a d'autres possibilités de diagnostic, comme des techniques chirurgicales telles que la thoracoscopie, la médiastinoscopie, la pièce opératoire cérébrale... La ponction sous scanner de la lésion principale, ou bien encore la ponction sous échographie / scanner d'une lésion métastatique.

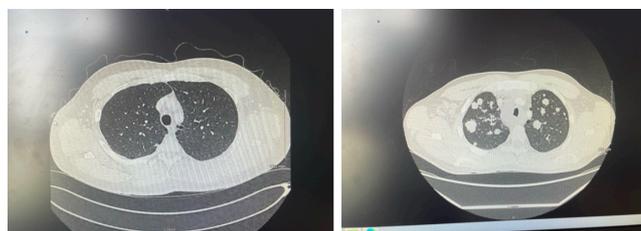
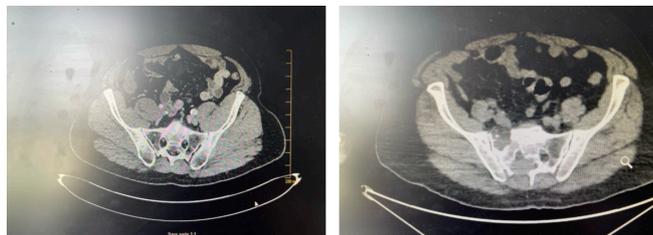
L'extension se fait toujours par scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté (APC) et avec un scanner ou une IRM cérébrale. Il peut y avoir aussi un TEP Scan (s'il y a un objectif opératoire pour ne pas méconnaître des micro-métastases non visibles).

Métastases cérébrales =>



Métastases hépatiques =>

<= Métastases surrénales



<= Métastases pulmonaires

Les sites les plus fréquents où l'on retrouve des métastases sont les os, les poumons, le foie, les surrénales et le cerveau. Il y a d'autres sites où on peut retrouver des métastases :

pancréas, péritoine, rétine, cardiaque, région péricardique...

V. Traitements

Le traitement est dépendant du stade de la maladie : au stade métastatique on a pour objectif de prolonger la durée de vie tout en maintenant la qualité de vie, au stade localisé ou régionalement avancé le traitement est curatif. Le traitement est également dépendant du sous-type : CBPC vs CBNPC :

- Cancer à petites cellules très chimiosensible initialement, mais rapidement résistant, et donc pronostic catastrophique. Non opérable, plutôt radio-résistant.
- Non à petites cellules : traitement systémique ou local.

On traite évidemment la douleur physique ou morale en fonction du palier (1, 2 ou 3, du Doliprane jusqu'à la métadone). Plusieurs professionnels de santé interviennent dans la prise en charge de la douleur : les IDE, les kinés, les psychologues, les sophrologues...

Il y a deux types de traitements locaux :

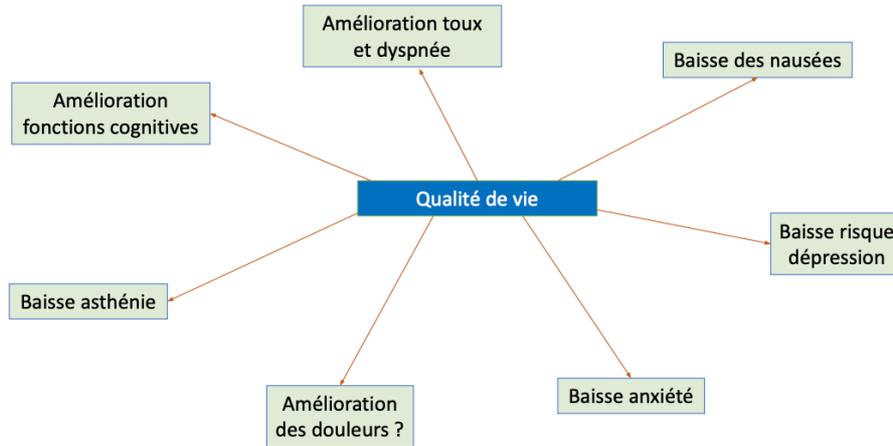
- La chirurgie : c'est le traitement de référence, il dépend de l'état respiratoire et de la tumeur (lobectomie ?, pneumonectomie ?, segmentectomie ?).
- Radiothérapie : elle est loco-régionale +++ et se fait si le patient est non opérable, elle peut également être à visée palliative.

Il y a trois types de traitements systémiques :

- Chimiothérapie : il y a souvent des effets indésirables plus marqués que les autres traitements et l'apparition quasi inéluctable d'une chimiorésistance.

- Immunothérapie : elle a permis de changer l'oncologie, son effet est prolongé ++ quand elle marche, les réponses sont parfois massives.
- Les thérapies ciblées : en général pour les non fumeurs, c'est actuellement les patients ayant les durées de vie les plus prolongées, 2e, 3e, 4e génération...

Evidemment, le sevrage tabagique est l'un des traitements principaux, il permet l'amélioration de la qualité de vie à travers plusieurs domaines :



VI. Les perspectives

- Chimiothérapie + immunothérapie pré-opératoire
- Evolution des techniques opératoires : robot, résections atypiques, préhabilitation...
- Evolution des techniques diagnostiques : IA, mini-sonde, cryo-biopsies...
- Immunothérapie post opératoire
- Traitements de 5e, 6e, 7e ligne ?

VII. Conclusion

La cancérologie bronchique regroupe de multiples types de sous-types tumoraux différents, d'évolution différentes et de pronostic différent, en fonction de stade de la découverte de la tumeur. Le cancer du poumon est une maladie fréquente, notamment chez les fumeurs, et accessible à la prévention primaire. Tout professionnel de santé peut être impliqué dans la lutte contre le tabagisme. Les traitements sont divisés en 2 grands types : locaux ou systémiques. La Recherche de la qualité de vie du patient est indispensable, surtout chez certains patients jeunes et non fumeurs.

QCM d'entraînement :

QCM 1 : A propos du cancer bronchique :

- A – C'est une maladie fréquente au pronostic sombre.
- B – Environ 80% des cancers bronchiques sont découverts à un stade métastatique.
- C – Le tabagisme en est le principal facteur de risque.
- D – L'amiante n'est pas un facteur de risque de cancer bronchique.
- E – La douleur est un signe clinique très fréquent de découverte d'un cancer bronchique.

QCM 2 : A propos du cancer bronchique :

- A – Il existe 2 grands sous types de cancer bronchique : cancer à petites cellules, et cancer à grandes cellules.
- B – L'adénocarcinome est un sous-type de cancer à petites cellules.
- C – Le tabagisme favorise tous les sous-types de cancer bronchique.
- D – L'augmentation du prix du paquet de cigarette a permis une diminution du tabagisme.
- E – Le scanner thoracique est un examen indispensable du diagnostic et du bilan d'extension.

QCM 3 : A propos du cancer bronchique :

- A – Le traitement du cancer bronchique peut être systémique, par chimiothérapie ou immunothérapie par exemple.
- B – Le cancer à petites cellules n'est pas de traitement chirurgical.
- C – Tout professionnel de santé peut et doit être impliqué dans le sevrage tabagique.
- D – A ce jour, il n'est pas possible de guérir complètement d'un cancer bronchique métastatique.
- E – En cas de tumeur des grosses bronches, l'endoscopie n'est pas un bon moyen diagnostique.

QCM 4 : A propos du cancer bronchique :

- A – Des moyens de dépistage à un stade précoce par scanner low dose dédiés sont en cours de discussion.
- B – A ce jour, il n'existe pas de preuve que l'arrêt du tabac chez des patients en soins palliatifs améliore la qualité de vie des patients.
- C – Les cigarettes roulées contiennent moins de substances nocives que les cigarettes industrielles.
- D – La cigarette électronique est un moyen d'entrée dans le tabagisme chez les jeunes fumeurs.
- E – La cigarette électronique n'en demeure pas moins un outil de sevrage potentiel.

Réponses aux QCM :

QCM 1 : ABC

QCM 2 : CDE

QCM 3 : ABCD

QCM 4 : ADE