

L'organe

Notre système respiratoire est composé des voies nasales, de la trachée et de deux poumons. Son rôle est double : fournir notre organisme en oxygène (O₂) et évacuer le dioxyde de carbone (CO₂). Les poumons sont situés dans la poitrine (le thorax), de chaque côté du cœur. Ils sont divisés en plusieurs lobes, eux-mêmes divisés en plusieurs segments. Chaque lobe contient les bronches. Les bronches sont constituées d'alvéoles (petites poches) reliées entre elles par les bronchioles. Toutes les bronches sont reliées à la trachée.

Le tabac est le premier facteur de risque de ce cancer. Son rôle a été non seulement mis en lumière grâce à des études épidémiologiques mais son effet cancérigène a également été constaté grâce à des recherches menées en biologie moléculaire. Cette tumeur représente le 4^e cancer en termes de fréquence au niveau national avec 39 500 cas en 2011. (Source FRANCIM, Institut national de veille sanitaire, INCa)

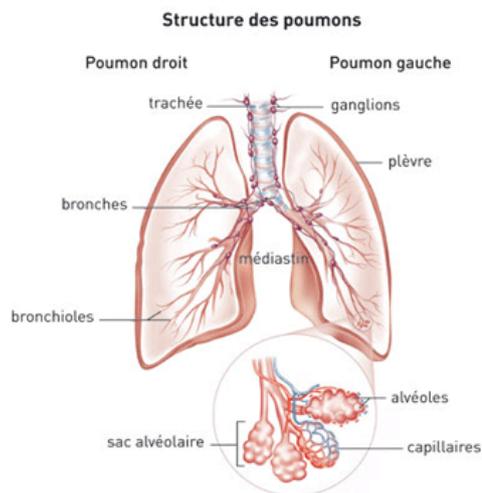


Image : Institut national du cancer

Les étapes du diagnostic

Suspicion de cancer

Les signes cliniques liés à la tumeur bronchique elle-même tels que toux, essoufflement, hémoptysie ou infection pulmonaire sont rarement à l'origine du diagnostic, qui est plus souvent porté à l'occasion de manifestations liées à l'envahissement local de la tumeur ou à ses métastases.

On retrouvera des douleurs thoraciques en cas d'atteinte de la plèvre, des douleurs de l'épaule et du bras en cas d'atteinte du sommet du poumon. Une atteinte du médiastin peut entraîner une voie bitonale (érraillée) en cas d'atteinte du nerf récurrent mobilisant les cordes vocales, ou un œdème du haut du corps (visage et bras) en cas d'obstacle au retour veineux par compression de la veine cave.

Une atteinte cérébrale peut être révélatrice de la maladie, avec une symptomatologie semblable à un Accident vasculaire cérébral (AVC) ou une crise convulsive.

Enfin, le stress lié à la présence d'une tumeur dans l'organisme peut entraîner des manifestations cliniques générales : perte d'appétit et de poids, fatigue, douleurs ostéo-articulaires diffuses, phlébites ou embolie pulmonaire.

L'ensemble de ces signes étant peu spécifique au cancer bronchique et se retrouvant dans de nombreuses autres maladies, le recours à des examens complémentaires est nécessaire avant d'évoquer ce diagnostic.

Confirmation diagnostique : déterminer le type de cancer (tumeur primitive)

L'évocation du diagnostic se fera après avoir visualisé la tumeur sur une radiographie thoracique ou un scanner du thorax, qui permettra de guider le geste permettant un prélèvement : une fibroscopie bronchique ou une ponction trans-pariétale sous contrôle du scanner. Si aucun de ces 2 examens ne permet d'obtenir un prélèvement, la tumeur ou certains ganglions doivent être prélevés par chirurgie, avec un geste qui pourra être à visée diagnostique et thérapeutique dans le même temps.

Le prélèvement ainsi obtenu sera analysé en anatomopathologie pour confirmer le diagnostic de cancer bronchique

Une analyse en biologie moléculaire permettra dans certains cas de préciser le mécanisme s'étant déréglés dans la cellule normale et ayant contribué à sa transformation et son développement en cellule tumorale.

Déterminer le stade (bilan d'extension)

Le bilan d'extension correspond à un état des lieux d'entrée dans la maladie. Il débute par la fibroscopie bronchique qui permettra de visualiser l'arbre bronchique à la recherche d'une extension locale de la tumeur. Il repose ensuite sur un scanner corps entier (tête, thorax, abdomen pelvis) avec injection de produit de contraste iodé,

Cancer broncho-pulmonaire

permettant une cartographie de l'atteinte loco régionale et à distance.

La réalisation d'un TEP-scan permettra aussi bien d'évaluer une éventuelle atteinte à distance ou la réponse à un traitement en cours.

On peut être amené à réaliser une Imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale ou une scintigraphie osseuse en cas de suspicion clinique d'atteinte cérébrale ou osseuse non confirmée par le scanner.

Les traitements possibles

Pour le cancer bronchique, les principaux types de traitements sont la chirurgie pour des maladies localisées, la radiothérapie et la chimiothérapie pour des maladies localement avancées ou disséminées. Plus rarement on peut avoir recours à des gestes de radiologie interventionnelle pour des maladies localisée ou des métastases symptomatiques. L'analyse en biologie moléculaire permet parfois de mettre en évidence des anomalies accessibles à des thérapies ciblées.

Le choix d'une ou de plusieurs de ces techniques est étudié lors des deux Réunion de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) hebdomadaires du CHU, en chirurgie thoracique et en pneumologie. Le traitement est toujours proposé de manière personnalisé en fonction de chaque patient. Ces différentes techniques peuvent être prescrites en totalité, en partie et/ou de façon combinée.

Au CHU de Bordeaux

Les techniques complexes telles que la pose de stents cave, la radiofréquence pulmonaire et la cimentoplastie sont réalisées par les radiologues interventionnels du CHU de Bordeaux. Le CHU dispose également d'un service de radiothérapie maîtrisant toutes les techniques d'irradiation incluant RCMI, irradiation en conditions stéréotaxiques pulmonaires et cérébrales, techniques de gating, manipulées par un radiothérapeute à orientation essentiellement thoracique ayant cette activité continue depuis plus de 20 ans.

L'équipe chirurgicale est reconnue pour son expertise dans les techniques chirurgicales les plus complexes et pour traiter les patients fragiles qui peuvent bénéficier de l'environnement d'anesthésie-réanimation de suppléance d'organe et transplantation cardio-thoracique.

Cette collaboration s'étend également à l'institut Bergonié avec une participation hebdomadaire aux RCP et des projets de recherche communs.

Suivi

Conséquences des chirurgies

La diminution des capacités respiratoires liée à l'ablation d'un ou plusieurs lobes pulmonaires est évaluée en amont du geste opératoire par l'équipe expérimentée de chirurgiens et d'anesthésistes du CHU de Bordeaux, et ne doit pas entraîner de perturbations majeures de la vie quotidienne après une période de rééducation respiratoire. Un arrêt du tabagisme permet de réduire nettement le risque de complication post-opératoire et à distance du geste.

Traitement au long cours

Les traitements proposés pour une maladie localement évoluée ou disséminée ont rarement pour objectif la guérison mais plus souvent une rémission ou un contrôle de la maladie dans le but de donner à celle-ci une évolution chronique. Il est alors important d'alterner les périodes de traitement et les périodes de pause thérapeutique, en concertation avec le radiothérapeute et l'oncologue pour un suivi au long cours.

Suivi oncologique

Quel que soit le traitement proposé (local ou général), le risque important de rechute voire de progression tumorale malgré les traitements mis en place rend nécessaire un suivi clinique et scannographique rapproché, par le médecin, chirurgien ou oncologue assurant le traitement.

Pour en savoir plus

Haute Autorité de Santé

www.has-sante.fr

Plateforme information de l'Institut National du Cancer (INCa)

www.e-cancer.fr/cancer-info

Ligue nationale contre le cancer

www.ligue-cancer.net

Inter groupe Francophone de Cancérologie Thoracique (IFCT)

www.ifct.fr



www.chu-bordeaux.fr