

Le cancer bronchique

I. **EPIDEMIOLOGIE :**

- Incidence variable selon les pays
- En baisse: USA, GB, Scandinavie
- En hausse: Europe sud et est, Asie
- Age et sexe
- Pic de fréquence: 50-60 ans
- 80% d'hommes, 20% de femmes
- Pronostic redoutable
- 10 à 15% de survie à 5 ans

II. **FACTEURS ETIOLOGIQUES :**

- Tabagisme (90% des KC bronchiques)
- Exogènes surtout mais mineurs..
- Expositions professionnelles (+)
- Radon, uranium, arsenic, amiante, nickel, beryllium, chrome..
- Pollution atmosphérique
- Facteurs génétiques
- Inégalité du facteur de risque
- Gènes de susceptibilité
- Lésions préexistantes: TBC, BPCO, EMPHYSEME

III. **ELEMENTS DE DIAGNOSTIC :**

- Interrogatoire :
 - Antécédents broncho-pulmonaires
 - Profession
 - Tabagisme +++
- Examen clinique
- Radio du Thorax
- Endoscopie bronchique
- Scanner Thorax

IV. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE :

- Cancer latent: radiographie systématique
- Symptômes: toux, hémoptysie, douleur thoracique, dyspnée, Wheezing
- Syndromes: pneumopathie, abcès, atélectasie, pleurésie, syndrome médiastinal
- Signes extra-thoraciques: fièvre, altération de l'état général, adénopathies, métastases, syndrome paranéoplasique.

A Principaux signes d'appel locaux :

symptômes	Fréquence (%) lors du diagnostic
Toux	45-75
Dyspnée	40-60
Douleur	30-45
Hémoptysies	25-35

B Signes d'appel locorégionaux :

Symptômes	Mécanisme le plus fréquent
Dysphonie	Paralysie recurrentielle (gauche +++)
Paralysie phrénique	Paralysie du nerf phrénique
Dysphagie	Compression par ADP médiastinales
Syndrome cave supérieur	Compression par une Tm lobaire sup.
Épanchement pleural liquidien	Métastase pleurale
Épanchement péricardique	Extension directe ou péricardique
Syndrome de Pancoast-Tobias	Cancer de l'apex pulmonaire
Lymphangite carcinomateuse	Dissémination par voie lymphatique

C Signes d'appel à distance :

Atteintes	Manifestation
Digestives	Hépatalgies, ictère
Osseuses	Douleurs osseuses
Neurologiques	Convulsions, céphalées
Cutanées	Nodule de siège sous cutané
Signes généraux	Asthénie, fièvre, anorexie, perte de poids

D. SYNDROMES PARA-NEOPLASIQUES :

- 7-20% - peuvent précéder le diagnostic – évolution parallèle
- Ostéo-articulaires: hippocratisme digital, ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique
- Endocriniens: hypercalcémie, gynécomastie, Swartz-Barter, Cushing,...
- Neurologiques: neuropathies périphériques, syndrome pseudo-myasthénique
- Maladie thrombo-embolique veineuse

V. FORMES CLINIQUES PARTICULIERES :

- **Cancer de l'apex:**
 - Envahissement pariétal rapide (1ère/2ème côtes)
 - Symptomatologie douloureuse (+++)
 - Syndrome de Pancoast-Tobias (atteinte radiculaire C8-D1, syndrome de CBH)
 - Masse apicale dense sur la radiographie
- **Cancer trachéal**
 - Dyspnée (wheezing)
 - Radiographie thoracique souvent normale
 - Diagnostic par fibroscopie

VI. EXAMEN COMPLEMENTAIRES :

IMAGERIE THORACIQUE :

- Normale
- Opacité hilaire en « patte de crabe »
- Opacité systématisée
- Opacité arrondie, périphérique, image hydro-aérique

FIBROSCOPIE BRONCHIQUE :

- Systématique en l'absence de CI, plus rentable dans les tumeurs proximales (90%)
- Objectifs: visualisation, siège et extension de la tumeur, prélèvements (biopsies tumorales, biopsies d'éperon, brossage, cytologie d'aspiration)
- Aspects: bourgeon, végétation, infiltration muqueuse, sténose irrégulière, sténose par compression extrinsèque

AUTRES TECHNIQUES DIAGNOSTIQUES :

- Ponction transthoracique sous TDM (++)
 - Tumeur relativement proche de la paroi
 - CI opératoire, faible probabilité Dg
 - N'exclut pas le Dg si négative (15%)
 - Complications: pneumothorax (20%), hémoptysie
- Médiastinoscopie: peu d'indications dans NPC ?
- Biopsie ou ponction TDM d'une métastase
- Thoracotomie: diagnostique et thérapeutique

VII. BILAN D'EXTENSION :

- Double intérêt :
 - Valeur pronostique
 - Aide à la décision thérapeutique
- L'échographie abdominale est systématique/TDM abdominale en cas de doute.
- Lésion surrénalienne (TDM (++)
 - Confirmation histologique nécessaire si densité > 15 UH
 - Alternative: PET-scan
- Métastases osseuses et cérébrales asymptomatiques ; La réalisation d'une scintigraphie osseuse ou d'un scanner/IRM cérébral est le plus souvent réservée aux malades symptomatiques.
- Nécessaire si
 - Adénocarcinome ou indifférencié de haut grade
 - T3 ou N2
 - État fonctionnel limite (recherche CI)
 - Traitement chirurgical prévu

VIII. THERAPEUTIQUES :

- **Chirurgie**
 - Seul traitement pouvant assurer une survie longue
 - Résection carcinologiquement satisfaisante
 - Curage ganglionnaire complet
 - Stades I-II, quelques stades III
- **Radiothérapie et/ou chimiothérapie**
 - Formes inopérables (80%...)
 - En pré/post opératoire
- **Traitement symptomatique:** Antalgiques, CS