

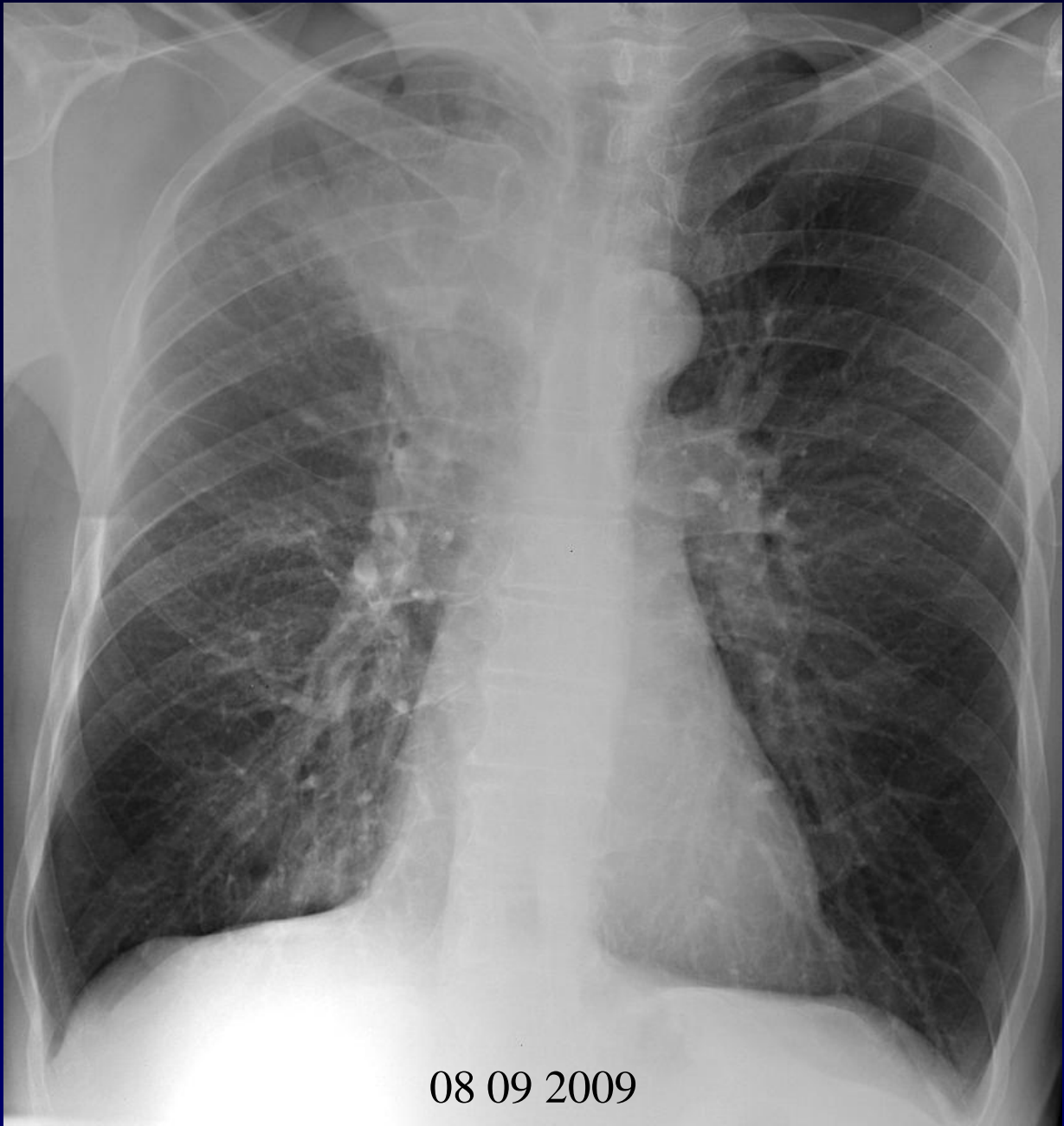


Alexis LACOUT

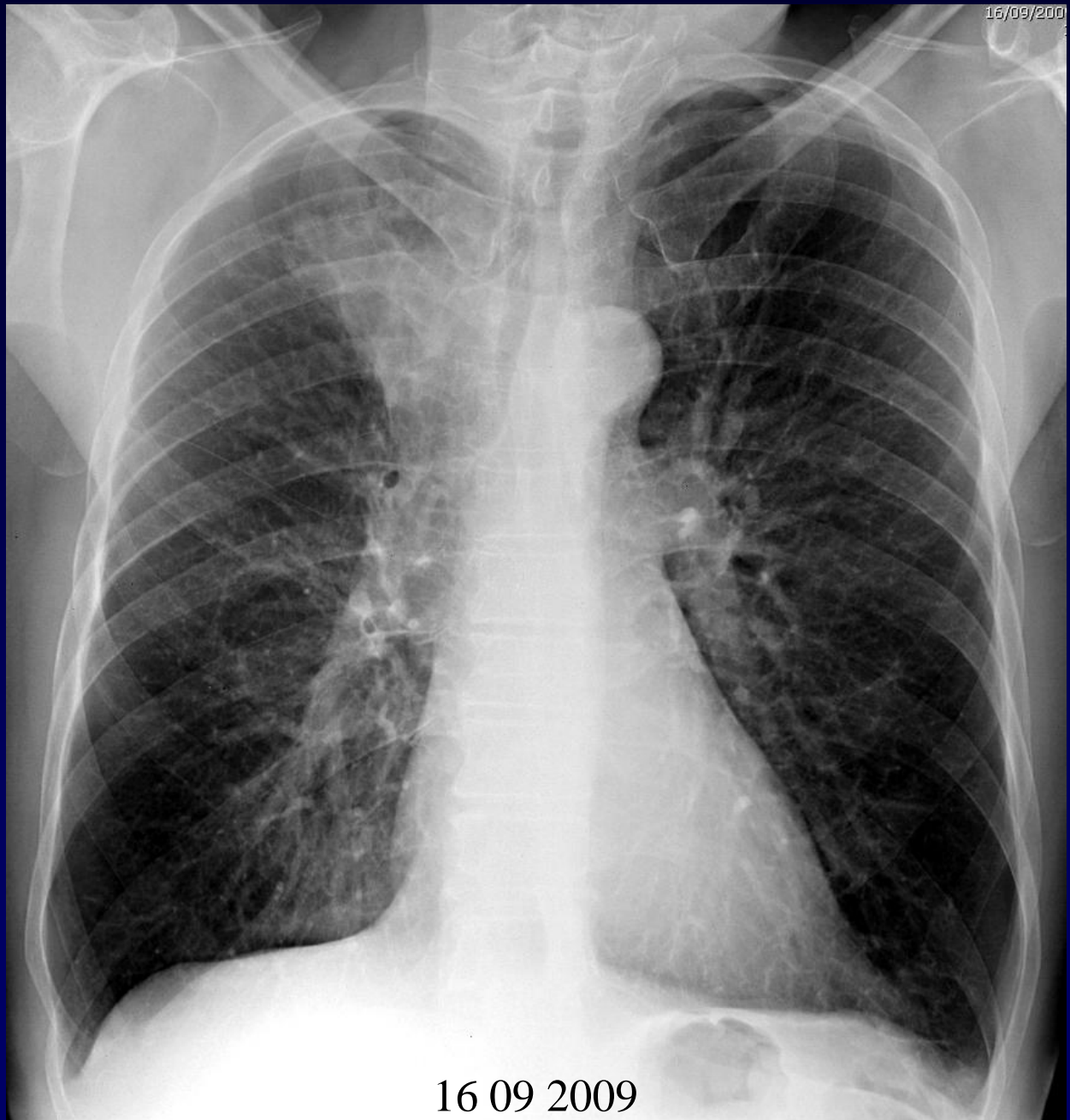
Homme de 57 ans

Tabagisme

Contexte infectieux : radiographie thoracique

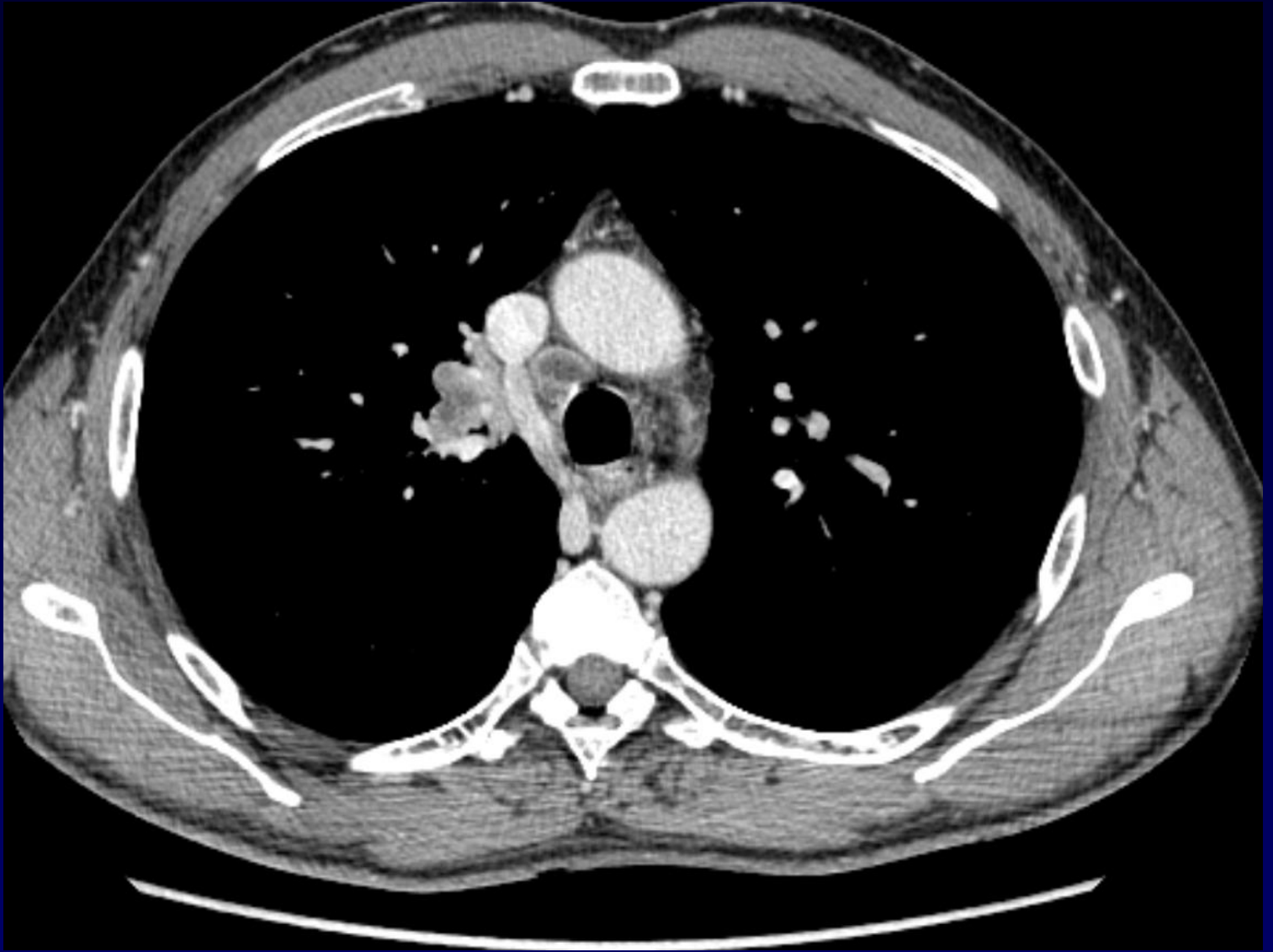


08 09 2009

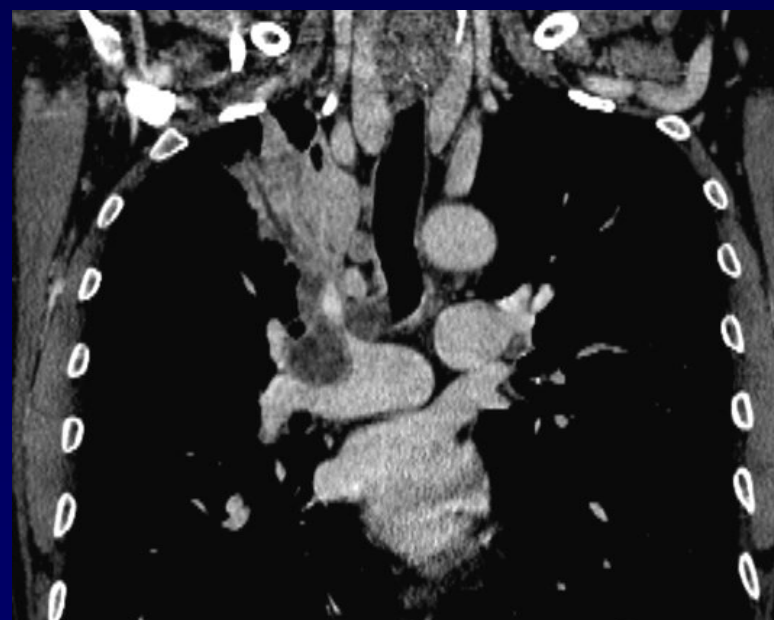




16 09 2009



Scanner thoracique (et abdominal + pelvien + cérébral)





Diagnostic ?



Diagnostic

Persistance de l'opacité paramédiastinale supérieure droite

Cette opacité fait évoquer une **atélectasie partielle du lobe supérieur droit** (aspect rétractile)

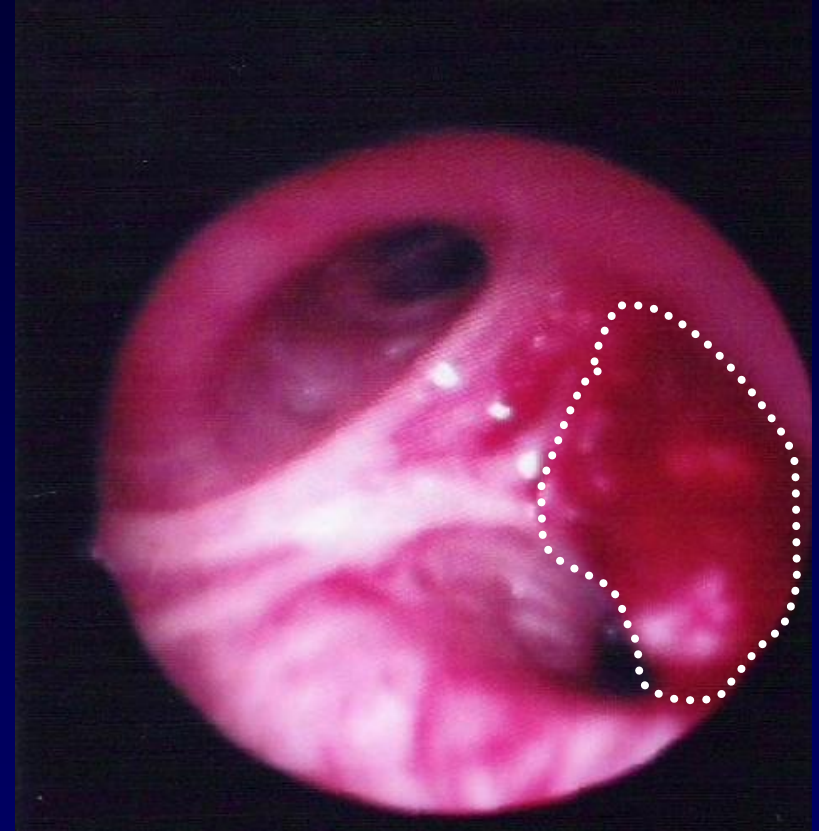
Elle impose la réalisation d'un **complément d'exploration par fibroscopie bronchique**, chez ce patient fumeur

NB : un foyer infectieux ne disparaît pas en une semaine (le contrôle radiologique était trop précoce dans ce cas), mais plutôt en 3 à 4 semaines (retard de la guérison « radiologique ») ;

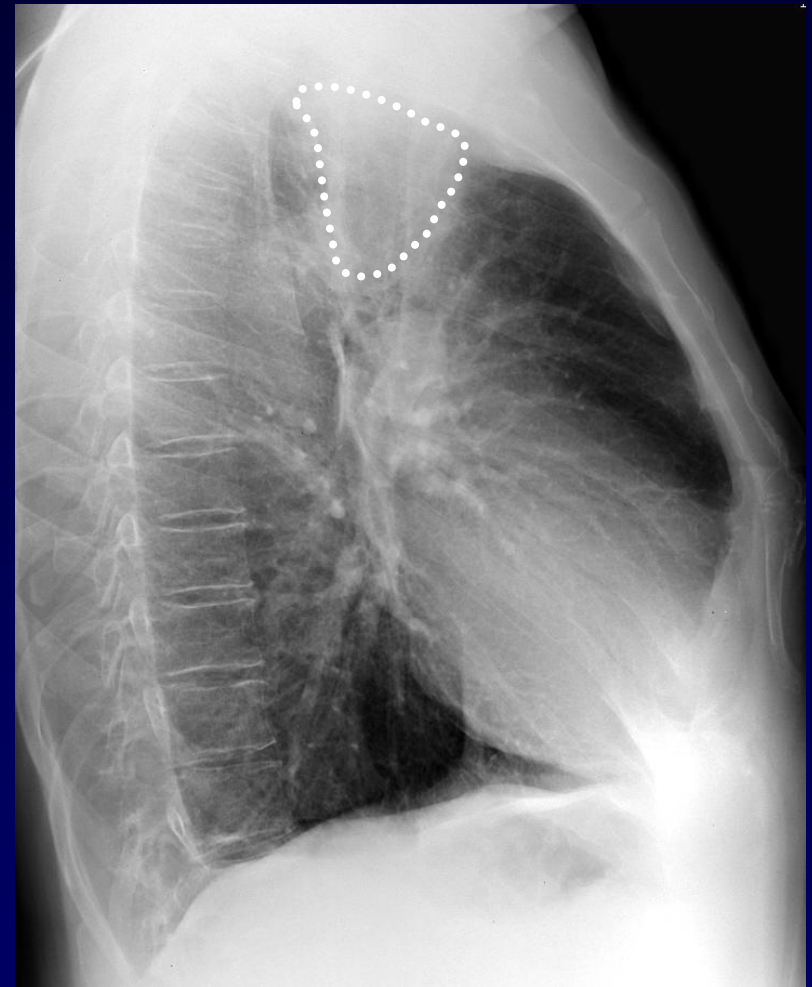
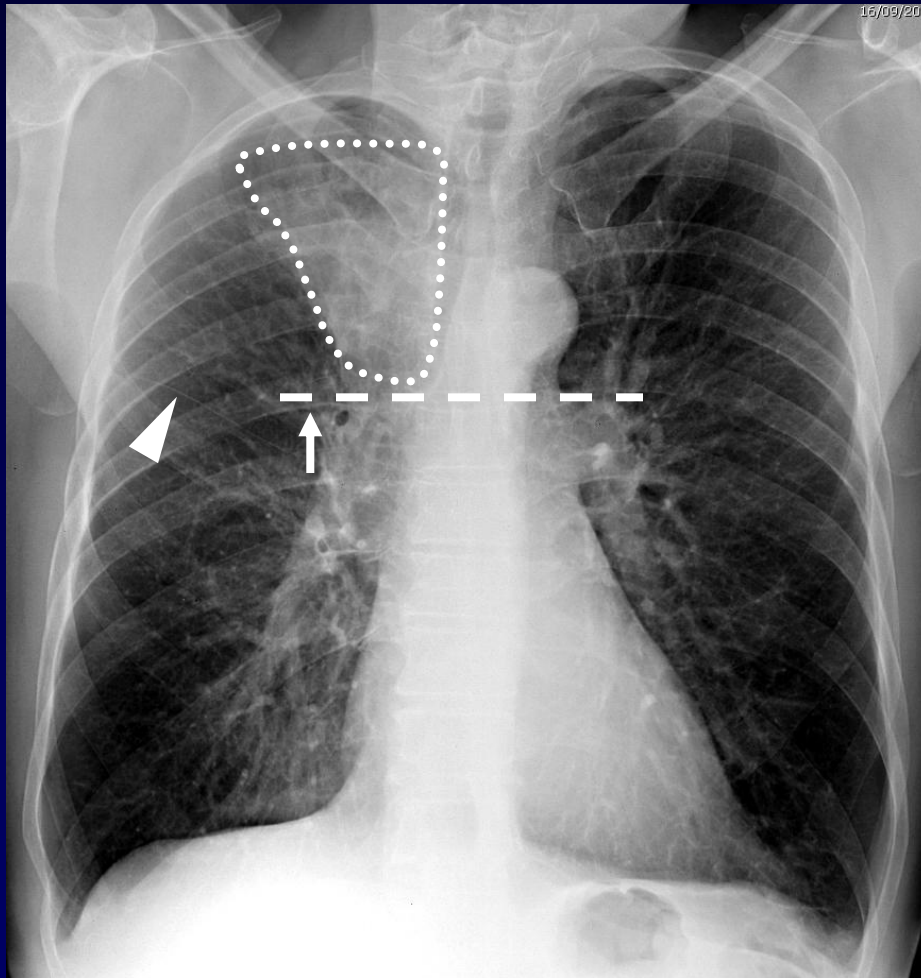
l'indication précoce de la fibroscopie reposait dans ce cas sur l'aspect rétractile, atélectasique de l'image, très évocateur de lésion tumorale obstructive. Un foyer infectieux ne s'accompagne habituellement pas de rétraction.



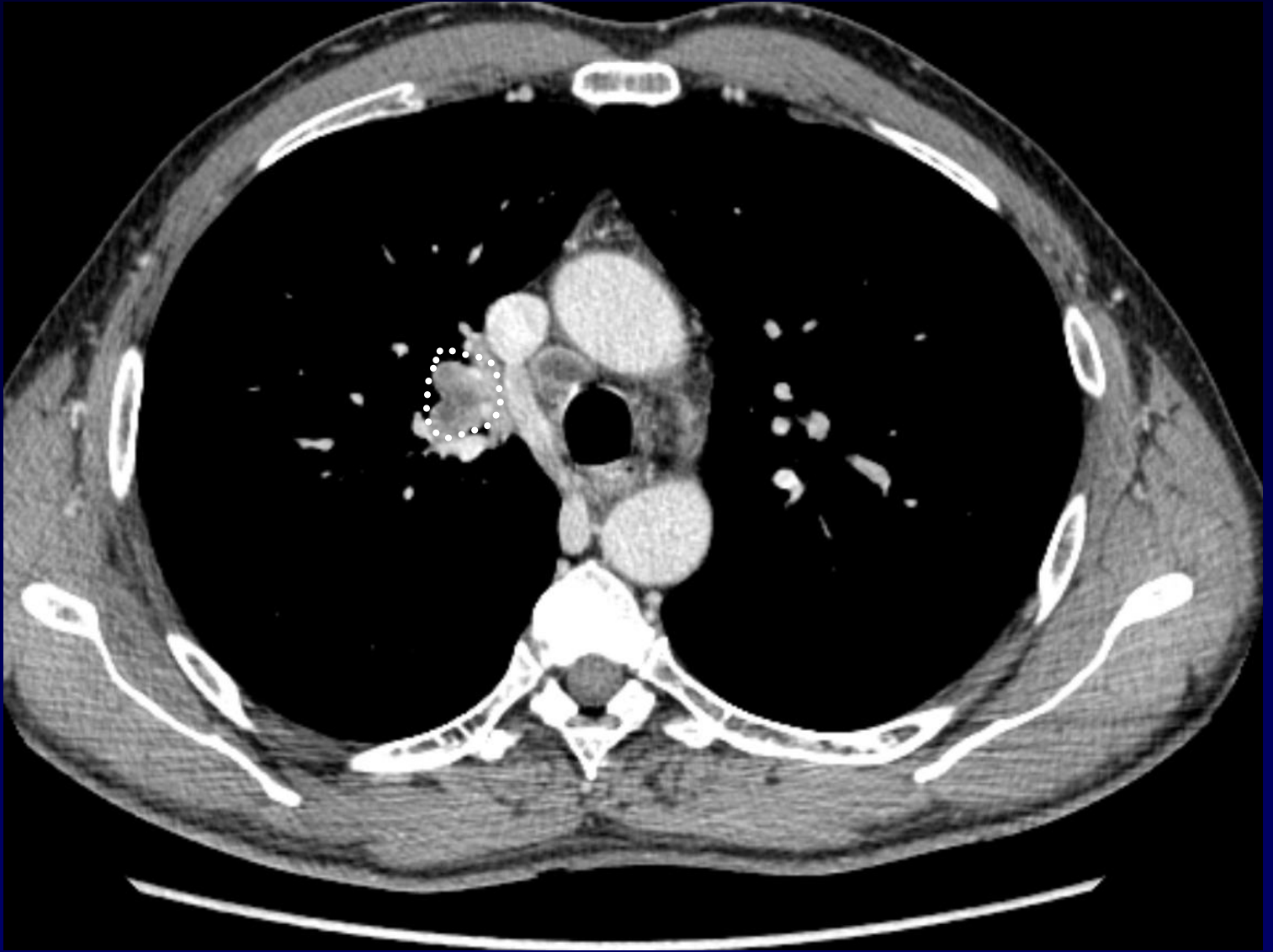
Fibroskopie bronchique



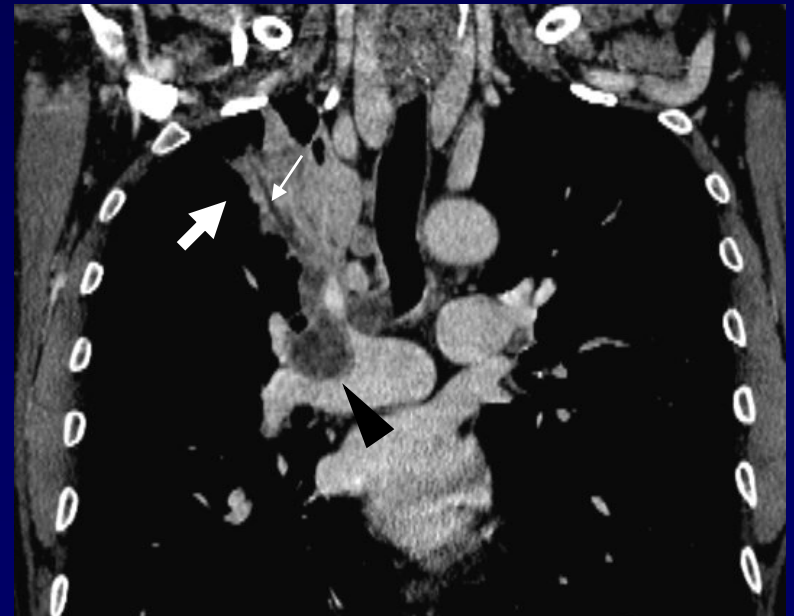
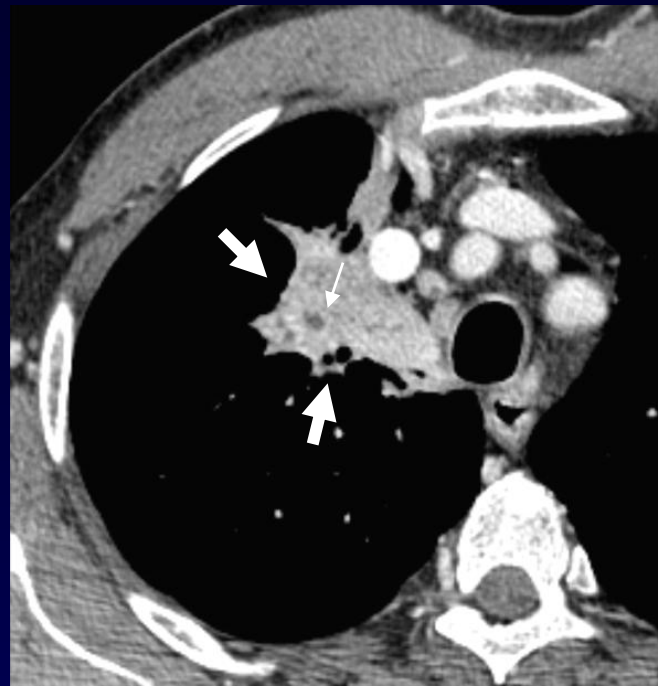
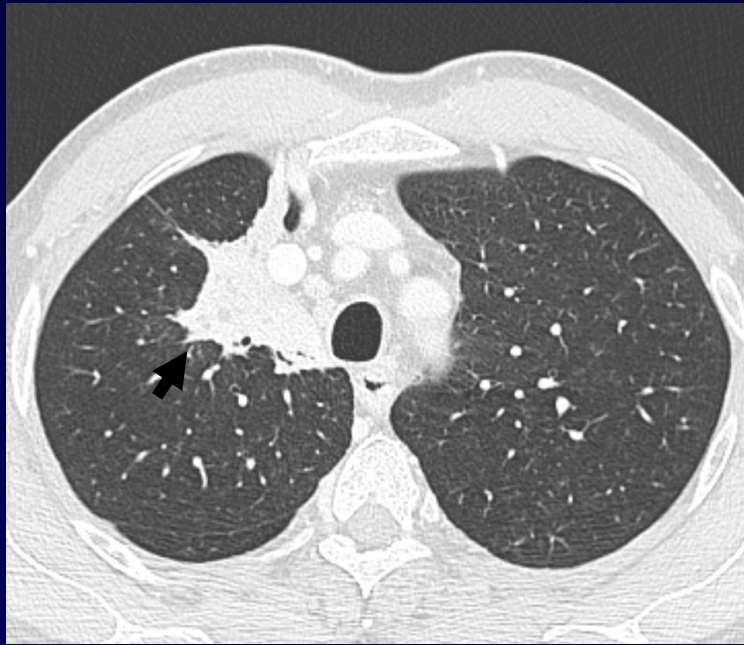
FIBROSCOPIE BRONCHIQUE : lésion bourgeonnante obstruant l'ostium de la bronche segmentaire apicale du lobe supérieur droit (pointillés) ; **BIOPSIES**



Opacité paramédiastinale supérieure droite (pointillés) : **atélectasie du segment apical du lobe supérieur droit**; discrets signes de **perte de volume pulmonaire** (secondaires à l'atélectasie) : ascension du hile droit qui se trouve au même niveau que le hile gauche (flèche et tirets) et de la petite scissure (tête de flèche).



Masse envahissant la bronche segmentaire apicale du LSD (pointillés)



Atélectasie segmentaire en aval de la tumeur (grosses flèches) ; on visualise un bronchogramme hydrique à l'intérieur (bronches remplies ; petites flèches)

Adénopathie nécrotique homolatérale (tête de flèche) venant au contact des vaisseaux artériels pulmonaire droits sans signe évident d'envahissement.



Diagnostic

Cancer broncho pulmonaire à grandes cellules

Envahissement de la bronche segmentaire apicale du lobe supérieur droit provoquant une atélectasie segmentaire ;
Adénomégalies nécrotiques médiastinales homolatérales

Bilan d'imagerie scanner T2 N2 M0 ; Stade III (résécable)

NB : le PET SCAN permet de détecter plus de métastases que le scanner seul (15 % de plus)



Prise en charge

Décision **multidisciplinaire** (RCP) : ici chimiothérapie pré-opératoire

Extension : PET SCAN ; Scanner corps entier ; IRM cérébrale

Bilan d'opérabilité : fonction du *Stade* de la maladie (résécabilité) et de *l'état général du patient* (EFR* en particulier)

EFR : examens fonctionnels respiratoires



Postmus PE, Brambilla E, Chansky K, et al. *The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM Classification of malignant tumours.* *J Thorac Oncol* 2007; 2 : 1067-77.

CLASSIFICATION TNM DES CANCERS BRONCHIQUES NON A PETITES CELLULES

*** T1 :**

- ° tumeur de moins de 3 cm entourée de parenchyme.

*** T2 :**

- ° tumeur de plus de 3 cm et inférieure à 7 cm.
- ° envahissant de la plèvre viscérale.
- ° atélectasie ou pneumonie obstructive < à 1 poumon.
- ° extension dans une bronche souche à plus de 2 cm de la carène.

•T3 :

- ° tumeur supérieure à 7 cm.
- ° extension pariétale (plèvre médiastinale, apex, diaphragme, péricarde).
- ° atélectasie ou pneumonie obstructive d'un poumon entier.
- ° extension dans une bronche souche à moins de 2 cm de la carène.

*** T4 :**

- ° extension au cœur, gros vaisseaux, trachée, œsophage, corps vertébral, carène nerf récurrent.
- ° nodules satellites dans un autre lobe homolatéral à la tumeur primitive.

*** N1 :** métastases ganglionnaires homolatérales hilaires et péribronchiques.

*** N2 :** métastases ganglionnaires médiastinales homolatérales et sous carinaires.

*** N3 :** métastases ganglionnaires hilaires / scaléniques / sus-claviculaires controlatérales.

*** M1 :** métastase viscérale y compris les métastases pulmonaires dans un lobe controlatéral à la tumeur primitive ; épanchement pleuro-péricardique malin.

REGROUPEMENT EN STADES

- **stade I :** T1T2N0.
- **stade II :** T1T2N1 / T3N0.
- **stade III :** T3N>0 / T4 / N2.
- **stade IV :** M1.

TRAITEMENT (grandes lignes)

- **staff pluridisciplinaire.**

- **stades localisés (T1 / T2 /T3, N1 / N2, M0) :**

* traitement chirurgical : seul traitement potentiellement curatif.

* si le patient est opérable (état général, fonction respiratoire).

* en cas de tumeur localisée sans adénopathie controlatérale et sans métastase.

- **T4 non résécables :**

* chimiothérapie, puis réévaluation.

- **autres cas (métastases...) :**

* traitement palliatif.

* chimiothérapie (platine, navelbine, taxanes).

* autres traitements : anti-angiogéniques, thérapeutiques ciblées (inhibiteurs de tyrosine kinases...).

- **stades localisés et patient non opérable (mauvais état général) :**

* possibilité de traitement (curatif ?) par thermo-ablation (par radio-fréquence ou micro-ondes).