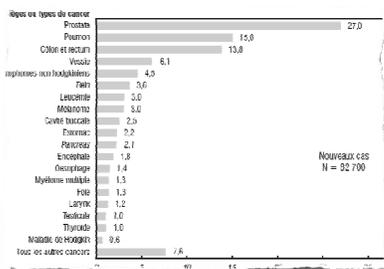
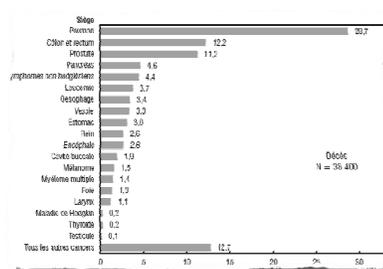


Cancer du poumon aspects thérapeutiques

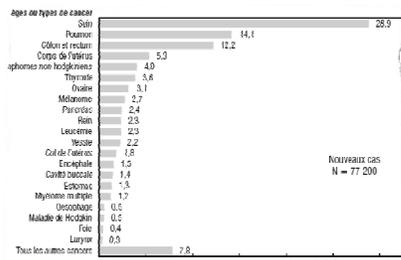
incidence et mortalité



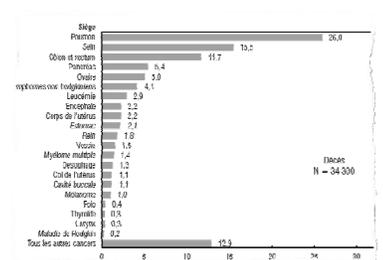
incidence homme 2007



mortalité Hommes 2007



incidence femme 2007

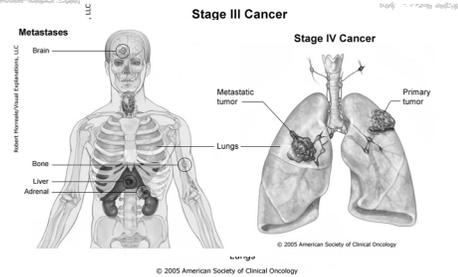


mortalité femme 2007

type de cancer

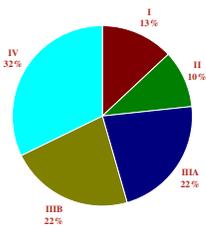
- **Cancer du poumon non à petites cellules (80%)**
 - Carcinome épidermoïde (30%)
 - Adénocarcinome (35%)
 - Carcinome indifférencié à grandes cellules (10%)
- **Carcinome indifférencié à petites cellules (20%)**

stades CPNPC



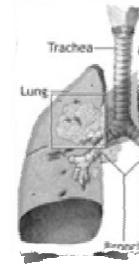
Stade au diagnostic

- Stade I
- Stade II
- Stade III-A
- Stade III-B
- Stade IV



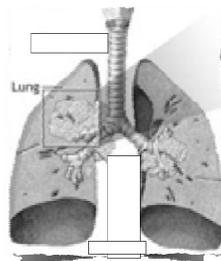
Stades CPPC

- **Stade limité**
 - 30 % patients
 - radiothérapie possible



Stades CPPC

- **Stade étendu**
 - déborde héli-thorax



cancer poumon
symptômes

symptômes

présentation

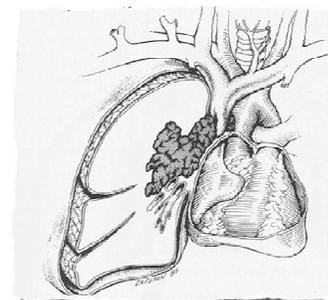
- Toux 45%-75%
- Perte de poids 8%-68%
- Dyspnée 37%-58%
- Hémoptysie 27%-57%
- Douleur thoracique 27%-49%
- Enrouement 2%-18%

Symptômes régionaux

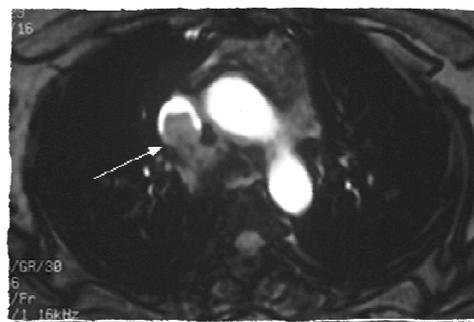
- **Envahissement nerveux**
 - Nerf laryngé récurrent
 - enrouement
 - Nerf phrénique
 - Dyspnée
 - **Syndrome de Pancoast**
 - Claude Bernard Horner
 - Douleur épaule
 - Radiculopathie C8 D1

Symptômes régionaux

- **Envahissement vasculaire**
 - Syndrome de la veine cave supérieure
 - Arythmie
 - Tamponnade
- **Envahissement médiastinal**
 - Dysphagie
 - Obstruction trachéale
 - Obstruction lymphatique



veine cave supérieure





syndromes paranéoplasiques

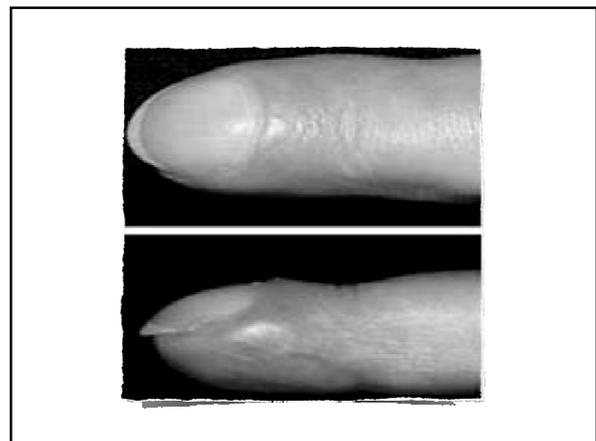
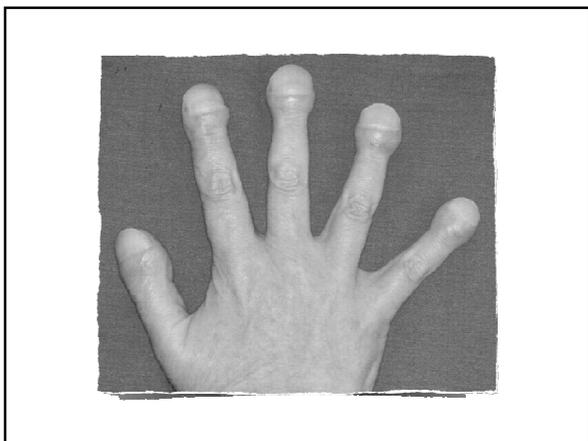
- Mode de présentation dans 2% des cas
- 20% des patients au cours de leur maladie
- Rencontré le plus souvent avec cancer indifférentié à petites cellules (IPC)

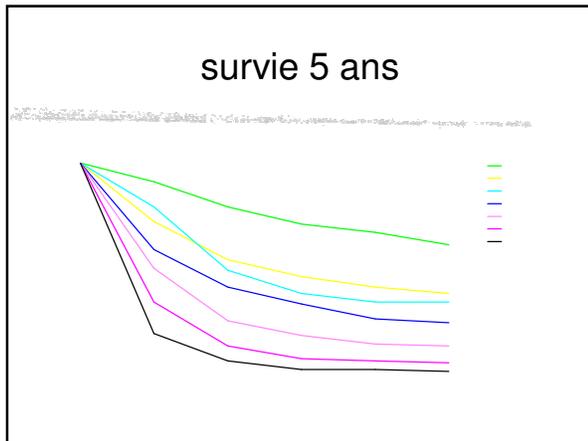
syndromes paranéoplasiques

- Hypercalcémie
- SIADH
- ACTH
- Thrombophlébites migratoires
- Syndromes neuro:
 - Eaton Lambert

syndromes paranéoplasiques

- Hippocratisme digital
- Ostéoarthropathie hypertrophique (adénocarcinome)





aspect thérapeutique

cancer du poumon
non à petites cellules

Stade I

- T1 ou T2 (3cm)
- aucun ganglion (N0)
- traitement essentiellement chirurgical
- lobectomie ou pneumonectomie

T2 3 cm
bronche souche > 2 cm
plevre viscérale
atlect. lobe

chirurgie

- pneumonectomie
- lobectomie
- segmentectomie ou wedge

Stade I : patients trop fragiles

par rapport à chx adéquate

- segmentectomie ou wedge
- récidive locale (3X)
- mortalité (+30%)
- radiothérapie
 - 20Gy en 20 fractions
 - vs palliative

Il n'est pas certain qu'il y a un avantage à faire radiothérapie maintenant ou plus tard quand on a à pallier.

ad 40% patients qui meurent d'autre cause...

meilleur bénéfice avec hyperfractionné 18% vs 12% S4ans

Stade II

- T1 ou T2 (3cm)
- ganglion hilair (N1)
- aussi T3N0
- traitement aussi chirurgical
- résection limitée... peu utile

T3: paroi, diaphragme, péricarde plèvre médi, bronch<2cm sauf carene, atelectasie complète

chimiothérapie adjuvante

- améliore les résultats de la chirurgie
- destruction de micrométastases
- indiquée dans les stades IB, II
 - T2N0, T1N1, T2N1, T3N0

chimiothérapie adjuvante

- 4 cycles
- doublet platine
- cisplatine-avelbine
- carboplatine-taxol

chimiothérapie adjuvante

- résultats
 - survie 5 ans 61-66 % vs 44-48 %
 - inclut des stades IB et II
 - IB seulement : survie 4 ans 71 % vs 59 %

1 seule étude avec carbo

survie globale
cisplatine avelbine vs placebo

Stade iii

T3: parench. pleura méd., bronchodect., inf. carène, atelectasie complète

- T3 ou N2 mais M0
 - IIIA
- N2 découvert préop ou pendant chx
- T3N1 : chx puis chimio
- T4 ou N3 mais M0
 - IIIB

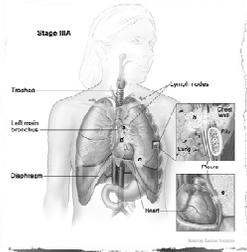
T4: médiastin, coeur, gros Vx, vertèbre, carène, épanchement, nodule satellite

stade iiiA

- T3N1 : chx puis chimio
- TxN2 : radio-chimiothérapie
 - 6 sem radiothérapie
 - cisplatine-avelbine
 - cisplatine-étoposide
 - carboplatine-taxol

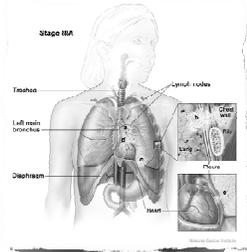
stade iiiA

- si N2+ non trouvé préop
 - ad 24 % cas staging -
 - chx complété, puis chimiothérapie
 - +/- radiothérapie (après)
- survie 5 ans 42 % vs 26 % en ajoutant chimio



stade iiiA

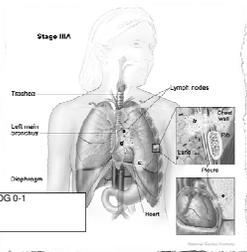
- si N2 trouvé préop
 - quelques cas à opérer
 - bénéfices incertains
 - controversé
 - radio-chimio d'emblée



stade iiiA

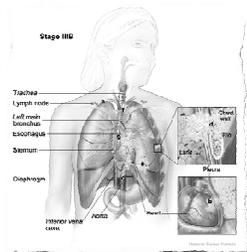
	survie 2 ans	survie 5 ans
radio seule	13 %	6 %
chimio puis radio séquentielle	26 %	13 %
chimio et radio concom.		18-21 %

ECOG 0-1



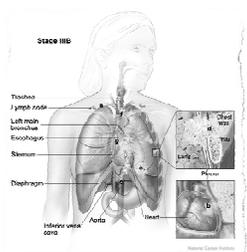
stade IIIB

- T4N0-1 (nodule satellite)
 - survie 5 ans 20 %
- autres chx complexes
 - carène
 - V. cave sup / aorte
 - mortalité périop > 15 %
- jamais si T4N2-3



stade IIIB

- si lésion irradiable
 - volume et localisation
 - ECOG 0-1
 - radio-chimiothérapie
 - résultats amalgamés avec IIIA



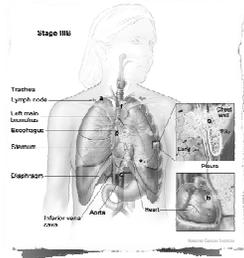
ECOG?

Eastern Cooperative Oncology Group

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- asymptomatique
- symptomatique mais ambulante

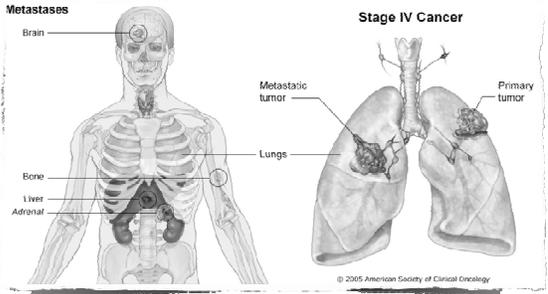
stade IIIB

- T4= Épanchement pleural ou péricardique malin
- traiter comme métastatique



The diagram illustrates Stage IIIb cancer with labels: Tumor, Lymph node, Left main bronchus, Esophagus, Pancreas, Diaphragm, Aorta, and Pleura. It includes small inset images of a chest X-ray and a CT scan.

Stade IV



The diagrams show metastases to the Brain, Bone, Liver, and Adrenal glands, and a Stage IV Cancer diagram showing a Primary tumor and Metastatic tumor in the Lungs. © 2005 American Society of Clinical Oncology

Stade iv

- chimiothérapie palliative
- taux de réponse de 7 à 42 %
- amélioration survie
- amélioration qualité de vie
- préférable de donner quand ECOG 0-1
- demeure utile chez ECOG 2

gain de survie

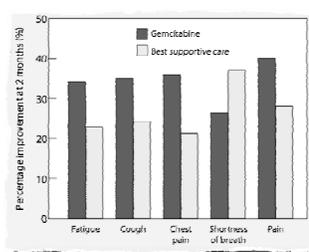
- gain de survie médiane :
 - 8 mois vs 6 mois (soins de support seul)
- survie 1 an :
 - 27 % vs 18 %

gain de qualité de vie

- symptômes locaux
 - toux
 - dyspnée
 - douleur
- symptômes généraux
 - fatigue
 - anorexie

gain de qualité de vie

- durée moyenne de soulagement de 3-5 mois
- valide aussi pour patients :
 - plus âgés
 - plus malades (ECOG2)
 - récidivants



Symptom	Gemtadine (%)	Best supportive care (%)
Fatigue	35	25
Cough	35	25
Chest pain	35	25
Shortness of breath	25	35
Pain	40	30

Objective Response Rate and Symptomatic Response to Chemotherapy Regimens or Molecular Targeting Agents in Advanced NSCLC

Author	Year	Regimen	Objective Response Rate	Symptomatic Response
Eliu et al ¹	1995	MVP	22%	70% overall 60% after first cycle
Turrisi et al ²	1995	MVP	30%-40% (PR or SD)	92% among responders
Therasse et al ³	1999	EP or MVP	40% (PR)	50%-60% (over all)
Hosugi et al ⁴ (EGFR+)	2003	LuPF100	10%	80%
Kim et al ⁵ (EGFR+)	2003	GeFitinib	12%	43%

1. Objective response rate and symptomatic response to chemotherapy regimens or molecular targeting agents in advanced NSCLC. J Clin Oncol. 2003;21:100-105. 2. Objective response rate and symptomatic response to chemotherapy regimens or molecular targeting agents in advanced NSCLC. J Clin Oncol. 1995;13:100-105. 3. Objective response rate and symptomatic response to chemotherapy regimens or molecular targeting agents in advanced NSCLC. J Clin Oncol. 1999;17:100-105. 4. Objective response rate and symptomatic response to chemotherapy regimens or molecular targeting agents in advanced NSCLC. J Clin Oncol. 2003;21:100-105. 5. Objective response rate and symptomatic response to chemotherapy regimens or molecular targeting agents in advanced NSCLC. J Clin Oncol. 2003;21:100-105.

Amélioration des symptômes précède et dépasse le taux de réponse objective

première ligne

- ▶ Deux agents
 - incluant platine (cisplatine ou carboplatine)
 - associé à étoposide, navelbine, gemcitabine, taxol
 - association potentielle avec AVASTIN

deuxième ligne

- ▶ Taxotère
 - taux de réponse < 20 %
 - survie médiane
 - 7.5 mois vs 4.6 mois
 - survie 1 an :
 - 37 % vs 11 %

tarceva

- ▶ inhibiteur de tyrosine-kinase
- ▶ indiqué en 2^{ème} ou 3^{ème} ligne
- ▶ taux réponse 9 % vs <1 %
- ▶ survie moyenne 6.7 mois vs 4.7 mois
- ▶ meilleurs patients : femme, non-fumeur, asiatique, adénocarcinome
- ▶ rash, diarrhée, anorexie, fatigue

métastase cérébrale isolée

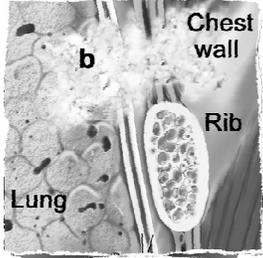
- ▶ envisager neurochirurgie si :
 - métastase complètement résécable (ad 3)
- ▶ et :
 - maladie extracranienne opérable ou traitable
 - exclure N2, autre métastase
 - faire staging agressif
- ▶ survie 5 ans si R0 : 21 %

métastase surrénalienne isolée

- ▶ même principe
 - N0-1
 - pas d'autre métastase, staging agressif
- ▶ Survie 5 ans : 25 %

invasion paroi thorax

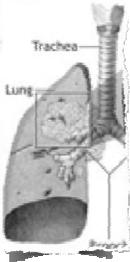
- tumeur périphérique
 - souvent N0 ou N1
- T3 si résecable en bloc
- R/O N2
- Survie 5 ans : 18-60 %



cancer du poumon à petites cellules

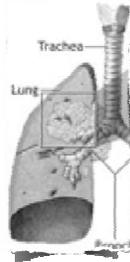
stade limité

- potentiellement curable
- chimio
 - cisplatine-étoposide
 - 4-6 cycles
- radiothérapie concomitante
 - pendant 1er ou 2ième cycle



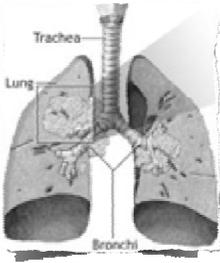
stade limité

- résultats :
 - taux réponse : 80-90 %
 - réponse complète : 50-60 %
 - survie médiane : 17 mois
 - survie 5 ans : 12 %
 - survie 5 ans : 24 % si rép. complète



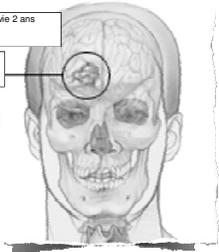
stade étendu

- chimiothérapie seule
 - cisplatine-étoposide
 - 4-6 cycles
- rechute attendue
 - deuxième ligne topotécan
- survie médiane : 9 mois
- survie 2 ans < 5 %



prophylaxie crânienne

- 50-60 % des patients vont avoir métastasi si survie 2 ans
- souvent le seul site dans 20-30%
- bénéfique radiothérapie
 - baisse 50 %
 - si réponse complète
 - limité ou extensif
 - nouvelle étude dans stade extensif, 15% vs 40% à 1an patient avec une réponse



effets secondaires

chirurgie

- douleur thoracique chronique
- perte capacité respiratoire
- autres complications chirurgicales

chimiothérapie

- nausée et vomissement
- fatigue
- alopecie
- anémie
- neutropénie fébrile
tolérance variable selon si palliatif ou curatif
- acroparesthésie
- insuffisance rénale

radio-chimiothérapie

- les mêmes plus :
 - oesophagite radique ou mycotique
 - pneumonite radique
 - encore plus de fatigue
 - besoin d'un meilleur état général au départ

MERCI

MERCI



MERCI