



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Présentation clinique et diagnostic du cancer bronchique

Lung cancer presentation and diagnosis

F. Barlesi^{1,2,*}, P. Tomasini^{1,2}, C. Fournier¹, L. Greillier^{1,2}

¹Service d'oncologie multidisciplinaire et innovations thérapeutiques, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Aix-Marseille université, chemin des Bourrely, 13915 Marseille Cedex 20, France

²Inserm U911 CRO2, faculté de médecine, Aix-Marseille université, campus Timone, boulevard Pierre-Dramard, 13005 Marseille, France

MOTS CLÉS

Cancer bronchique ;
Diagnostic ;
Bilan d'extension ;
Soins de support

KEYWORDS

Lung cancer;
Diagnosis;
Work-up;
Supportive care

Résumé

Le cancer bronchique est la première cause de mortalité par cancer parce que sa présentation clinique souvent banale retarde parfois le diagnostic. Si 25 % des malades sont asymptomatiques au diagnostic, la majorité d'entre eux présentent des symptômes généraux, thoraciques ou extrathoraciques qui doivent alerter, notamment chez un fumeur ou un ex-fumeur. La présentation radiologique est le plus souvent classique et doit conduire à la réalisation d'examen, endoscopiques, radiologiques ou chirurgicaux permettant d'obtenir une preuve histologique ou cytologique. Le bilan préthérapeutique, et notamment le bilan d'extension qui doit conduire à la classification TNM de la maladie, devra se faire dans un délai rapide. L'annonce du diagnostic et du plan personnalisé de soins se fera selon des modalités cadrées.

© 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Lung cancer is the first cause of cancer death in western countries because its often common presentation delays the diagnosis. If 25% of patients are asymptomatic at the time of diagnosis, the majority of patients present with general, thoracic or extra-thoracic symptoms which should capture attention, especially in smokers or former smokers. The radiological presentation is often classical and should lead to endoscopic, radiological or surgical examinations, in order to get a histological or cytological proof of diagnosis. The work-up in order to assess the TNM stage should be done as quickly as possible to avoid delay in starting treatment(s). The diagnosis and the plan of care will be released to the patient with caution and personalized support.

© 2014 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fabrice.barlesi@mail.ap-hm.fr (Fabrice Barlesi).

Introduction

Le cancer bronchique reste un problème majeur de santé publique avec plus de 39 500 nouveaux cas chaque année en France [1] et 269 000 en Europe [2]. Une partie de la lutte contre le cancer bronchique passe par un diagnostic le plus précoce possible, imposant de connaître et reconnaître les différentes modalités de présentation de la maladie, et une conduite à tenir diagnostique standardisée et performante afin de réduire le délai de prise en charge [3].

Présentation clinique

Quand suspecter le diagnostic de cancer bronchique ?

Dans 25 % des cas, les patients sont asymptomatiques au moment du diagnostic, d'où l'intérêt potentiel des programmes de dépistage [4]. Par ailleurs, tout signe fonctionnel ou clinique persistant plus de 15 jours chez un fumeur ou ex-fumeur, sans explication patente, doit faire suspecter un cancer bronchique. En effet, la variété des signes fonctionnels, le plus souvent banals (Tableau 1), est un des éléments expliquant parfois leur négligence par les patients et les médecins [5].

Néanmoins, l'existence d'une proportion non négligeable de non-fumeurs parmi les patients atteints de cancer bronchique aujourd'hui doit également pousser à suspecter le diagnostic dans cette population également, sur la base des signes suivants.

Tableau 1 Signes fonctionnels les plus fréquents devant faire évoquer le diagnostic de cancer bronchique, d'après [5].

Signes fonctionnels	Fréquence (%)
Généraux	
Perte de poids	0-68
Fièvre	0-20
Faiblesse	0-10
Thoraciques	
Toux	8-75
Dyspnée	3-60
Douleur thoracique	20-49
Hémoptysie	6-35
Généraux	
Douleur osseuse	6-25
Dysphagie	0-2
Syndrome cave supérieur	0-4

Signes locaux

Les signes locaux sont généralement reliés à l'envahissement par la tumeur des voies aériennes (toux, dyspnée, hémoptysie, infections respiratoires basses à répétition), des structures vasculaires (péricardite, syndrome cave supérieur), de l'œsophage (dysphagie) ou de la paroi thoracique (douleur, avec une forme particulière, le syndrome de Pancoast-Tobias). Les atteintes neurologiques sont plus rares (compression médullaire, dysphonie, paralysie récurrentielle, hoquet, paralysie phrénique) [5].

Signes généraux

Il peut exister des signes non spécifiques (anorexie, amaigrissement, asthénie), parfois une maladie thromboembolique ambulatoire, plus fréquemment en cas de maladie métastatique mais pas exclusivement [5]. Il peut également exister des signes traduisant une atteinte métastatique. Celle-ci peut toucher n'importe quel organe mais plus fréquemment le cerveau, l'os, le foie, les surrénales et la plèvre [5].

Syndromes paranéoplasiques

Le diagnostic de cancer bronchique est parfois porté devant l'existence de manifestations cliniques (ou biologiques) indirectement en rapport avec la présence de la tumeur, appelées « syndromes paranéoplasiques ». Ceux-ci sont plus fréquents en cas de cancer à petites cellules (10 à 20 % des cas). Il peut s'agir de manifestations hormonales (syndrome de Cushing, hypercalcémie, syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique), neurologiques (syndrome de Lambert-Eaton, neuropathies), ostéo-articulaires (ostéopathie hypertrophique pneumique de Pierre-Marie et Foix, hippocratisme digital isolé), cutané-musculaires (érythème, dermatomyosite) ou biologiques (syndrome néphrotique, hyperleucocytose, thrombopénie, coagulopathies) [5].

Présentation radiologique

Si la radiographie thoracique est éventuellement un examen de première intention, c'est la tomодensitométrie (TDM) thoracique injectée avec coupes basses sur le foie et les surrénales qui sera l'examen de référence. La normalité de la radiographie thoracique ne doit pas faire éliminer le diagnostic de cancer bronchique [3-5].

La TDM thoracique apportera des précisions sur la lésion primitive, sa topographie, sa localisation hilare 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 (Fig. 1) [5]. Quelques exemples de présentations radiologiques de cancer bronchique sont disponibles sur le site de la SPLF (www.splf.org/s/spip.php?article1445).

La TDM thoracique devra idéalement être faite avant les examens à visée diagnostique dont il améliore la précision diagnostique [3-5].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215542>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215542>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)