

ITEM 306 : CANCER BRONCHO-PULMONAIRE

| | | | |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - 45 000 cas/an = 3^{ème} cancer le plus fréquent, incidence en baisse chez l'homme et en augmentation chez la femme - 30 000 décès/an = 1^{ère} cause de mortalité par cancer en France (20% des décès par cancer), survie à 5 ans = 15% | | | |
| Etiologie | Tabac | <ul style="list-style-type: none"> - Tabagisme actif (90% des cancers pulmonaires) : principaux FdR = âge de début et durée → Sans seuil de paquet-année, ↘ du risque après l'arrêt (sans retour à celui d'un non-fumeur) - Tabagisme passif (25% des cancers pulmonaires du non-fumeur) : risque ↗ de 30% chez le conjoint | |
| | Carcinogène professionnel | <ul style="list-style-type: none"> = 15% des cancers broncho-pulmonaires : enquête professionnelle systématique - Amiante: cancer broncho-pulmonaire (effet multiplicatif avec le tabac : RR = 53), mésothéliome - Autres : arsenic, cadmium, chrome, HAP, nickel, silice, cobalt | |
| | Addiction oncogénique | <ul style="list-style-type: none"> Principalement retrouvé dans les ADK des non-fumeurs (< 100 cigarettes fumées) ou petits fumeurs - Mutation EGFR : surtout chez les femmes et les asiatiques, 12% des ADK, 44% des ADK du non-fumeur → thérapie ciblée : anti-EGFR - Réarrangement ALK / ROS1 : 5% des ADK, 14% des ADK du non-fumeur → thérapie ciblée: crizotinib | |
| Histologie | Cancer non à petites cellules (85%) | Adénocarcinome | <ul style="list-style-type: none"> = 45% (↗) : préférentiellement en périphérie du poumon, distal - Immunomarquage : CK7+, CK20-, TTF1+ - Oncogène : principalement EGFR (10-15% des cas), ALK (5%) ou ROS1 (1%) - Cas particulier : adénocarcinome in situ = carcinome bronchiolo-alvéolaire |
| | | Carcinome épidermoïde | <ul style="list-style-type: none"> = 30% : préférentiellement proximal (bronche lobaire ou segmentaire) - Tumeur végétante obstruant la lumière, Immunomarquage p40+ |
| | | A grandes cellules | <ul style="list-style-type: none"> = 10% : sans différenciation malpighienne ou glandulaire nette |
| Cancer à petites cellules (15%) | | <ul style="list-style-type: none"> = Tumeur généralement volumineuse, préférentiellement des voies aériennes proximales et médiastin - Fréquent : compression bronchique extrinsèque et médiastinale, syndrome paranéoplasique - Différenciation neuro-endocrine = chromogranine A +, synaptophysine +, CD56+, NSE+ - Initialement chimiosensible, puis progressivement chimiorésistant | |
| Diagnostic | Dépistage | <ul style="list-style-type: none"> = Scanner thoracique faible dose 1/an : efficacité prouvée, sans recommandations officielles en France - Sujet à risque : patient de 55 à 74 ans, fumeur actif ou sevré depuis < 15 ans, avec consommation ≥ 30 PA | |
| | → Révélation à un stade localement avancé ou métastatique (non opérable) dans > 75% des cas | | |
| | Symptômes respiratoires | <ul style="list-style-type: none"> - Toux (souvent révélatrice) : sèche, quinteuse, rebelle, survenue ou modification récente < 2 mois - Expectoration hémoptoïque (< 10% des cas), parfois minime - Infection respiratoire basse (pneumonie, bronchite) : régressant mal sous traitement, récidivant - Bronchorrhée très abondante, propre, fluide : carcinome bronchiolo-alvéolaire - Dyspnée (rarement révélatrice) ± wheezing en cas d'obstruction d'un gros tronc ou trachéale - Douleur thoracique : si envahissement pariétal ou pleurésie satellite | |
| | Extension loco-régionale | <ul style="list-style-type: none"> - Epanchement pleural : uni- ou bilatérale, exsudatif, parfois hémorragique - Dysphonie : paralysie récurrentielle gauche liée à une compression par ADP - Syndrome cave supérieur (compression de la VCS par la tumeur ou une ADP latéro-trachéale droite) : turgescence jugulaire, œdème en pèlerine, circulation collatérale thoracique antérieure, œdème/HTIC (céphalée, œdème papillaire), cyanose de la face - Syndrome de Pancoast-Tobias (cancer de l'apex) : névralgie cervico-brachiale C8-D1 pouvant irradier au 5^e doigt + syndrome de Claude Bernard-Horner homolatéral + lyse costale postérieure - Paralysie phrénique ou hoquet : atteinte du nerf phrénique (rare) - Dysphagie : compression oesophagienne - Tamponnade ou arythmie cardiaque : envahissement péricardique | |
| | Symptômes extra-thoraciques | <ul style="list-style-type: none"> - AEG isolé - Maladie thrombo-embolique veineuse inexpliquée ou récidivante - MT : hépatique, osseuse, surrénalienne (rarement symptomatique), cérébrale... | |
| Syndrome paranéoplasique (10-20%) | <ul style="list-style-type: none"> - Hippocratisme digital, ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre-Marie (œdème douloureux des extrémités, périostite engainante, liseré cortical radio-opaque des os longs) - Hypercalcémie paranéoplasique (sécrétion de PTHrp) - Hyponatrémie du syndrome de Schwartz-Bartter (sécrétion inappropriée d'ADH) → CBPC - Syndrome de Cushing (sécrétion de peptide ACTH-like) → CBPC - Polyglobulie (sécrétion d'EPO) - Neurologique (rare, CBPC) : pseudo-myasthénie de Lambert-Eaton, neuropathie périphérique, polyradiculonévrite, encéphalopathie paranéoplasique (syndrome des Ac anti-Hu) - Fièvre | | |

| | | | | |
|------------------------|---|---|--|--|
| Diagnostic | Imagerie | RP | <ul style="list-style-type: none"> - Image à projection hilare ou juxta-hilaire (seul la limite externe, irrégulière, est visible) - Opacité arrondie intraparenchymateuse : à distance du hile, dense, homogène, contours ± nets, irréguliers ou spiculés, taille > 1 cm (quasi-toujours maligne si > 3 cm) - Image cavitaire néoplasique (plus rare) pouvant simuler une cavité d'abcès - Atélectasie sur sténose/obstruction bronchique proximale : opacité systématisée, dense, rétractile : - Autres : - Opacités pseudo-pneumonique : carcinome bronchiolo-alvéolaire - Opacité ganglionnaire - Opacité apicale isolée, dense et homogène - Epanchement pleural - Opacité nodulaire à type d'infiltrat non systématisé <p>→ Une radiographie thoracique normale n'élimine pas le diagnostic de cancer bronchique</p> | |
| | | TDM thoracique injecté | <ul style="list-style-type: none"> - Précision sur la lésion primitive, sa topographie, sa localisation hilare centrale ou périphérique, son caractère systématisé, rétractile ou non rétractile, rapports avec les structures avoisinantes - ADP : aucune ADP (N0), hilare (N1), médiastinale homolatérale et sous-carénaire (N2) ou controlatérale (N3) - MT : pulmonaire (ou 2nd cancer), MT hépatique, surrénalienne, costale, vertébrale → Réalisé avant l'endoscopie bronchique : permet d'orienter les prélèvements | |
| | | PET-scan | Indication | <ul style="list-style-type: none"> - Caractérisation d'un nodule pulmonaire de nature incertaine - Staging médiastinal d'un cancer opérable, à localisation périphérique, sans adénomégalie manifestement pathologique hilare ou médiastinale - Bilan d'extension d'une tumeur à priori résecable (hors métastase cérébrale) |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Bonne VPN : - ADP médiastinale non fixante : faible probabilité de tumeur N+ - ADP médiastinale fixante → nécessite une confirmation anatomopathologique - Risque : - Faux positif : ganglion inflammatoire, pathologie infectieuse - Faux négatif : lésion < 1 cm, nodule non solide en verre dépoli |
| | Diagnostic histologique | <ul style="list-style-type: none"> - Lésion centrale (1^{er} tiers du thorax, autour de la carène) : fibroscopie bronchique - Lésion périphérique (tiers périphérique) : ponction transpariétale à l'aiguille ou vidéo-thoracotomie - Tiers intermédiaire : accessible en fibroscopie bronchique, en ponction transpariétale à l'aiguille ou par thoracotomie exploratrice - ADP au contact de la trachée : ponction à l'aiguille sous écho-endoscopie en 1^{ère} intention ou médiastinoscopie | | |
| | | Fibroscopie bronchique souple | <ul style="list-style-type: none"> = Systématique lors de suspicion de cancer bronchique ++: visualisation de l'arbre bronchique jusqu'au niveau sous-segmentaire, sous AL - Biopsie des anomalies observées : bourgeon tumoral, infiltration - Biopsie des éperons bronchiques (multiple ≥ 4 à 6) - Biopsie trans-bronchique (à discuter) : biopsies des lésions périphériques non visible (avec ou sans guidage radiologique) en cas de lésion distale. Attention au risque de pneumothorax. - LBA : diagnostic de carcinome bronchiolo-alvéolaire - Ponction d'ADP au contact de la trachée ou des gros troncs bronchiques : à l'aiguille, sous guidage échographique (echo-endoscopie bronchique) ou à l'aveugle | |
| | | Ponction-biopsie transpariétale | <ul style="list-style-type: none"> = Ponction à l'aiguille sous AL, avec guidage TDM : - Utile pour les nodules et masses périphériques : excellente rentabilité - Complication : pneumothorax dans 10% des cas (minime, bien toléré) | |
| | | Technique chirurgicale | <ul style="list-style-type: none"> - Thoracoscopie en cas d'épanchement pleural exsudatif ou de lésion pulmonaire périphérique - Médiastinoscopie pour les sites ganglionnaires latéro-trachéaux et sous-carinaires - Vidéo-thoracotomie exploratrice à visée diagnostique : en dernière intention, permet aussi l'abord des sites ganglionnaires médiastinaux antérieurs à gauche uniquement | |
| | | Autres | <ul style="list-style-type: none"> - Ponction-biopsie-exérèse d'une lésion à distance : ADP sus claviculaire, métastase hépatique, lésion ostéolytique, métastase cérébrale prévalente... | |
| | | Analyse | <ul style="list-style-type: none"> - Type histologique - Immunohistochimie : recherche de l'expression de PD L1 - Biologie moléculaire systématique en cas de cancer non à petites cellules non épidermoïde de stade III/IV : mutation EGFR, réarrangement ALK et ROS1, mutation KRAS, B-Raf, HER2 | |
| Marqueurs tumoraux | | <ul style="list-style-type: none"> - Non recommandé en pratique courante (faible Sp et Se) : NSE (CBPC), Cyfra21 (CBNPC) | | |
| Bilan préthérapeutique | <ul style="list-style-type: none"> - 3 questions : . Cancer bronchique à petites cellules ? → si oui : traitement médical (chimiothérapie ± radiothérapie) . CBNPC : tumeur résecable ? → bilan d'extension loco-régional . CBNPC opérable : patient opérable ? → bilan d'opérabilité | | | |
| | Bilan d'extension | <ul style="list-style-type: none"> - TDM thoraco-abdomino-pelvien : ADP, métastase hépatique, surrénalienne... - IRM ou TDM cérébrale injecté systématique : métastase cérébrale fréquente, asymptomatique - PET-scan : essentiel chez les patients éligibles pour un traitement locorégional, non systématique si M+ - Sur signe d'appel : <ul style="list-style-type: none"> . Scintigraphie osseuse si PET-scan non réalisé . Biopsie ostéomédullaire : CBPC avec perturbation non expliquée de la NFS | | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| Bilan préthérapeutique | TNM | T1 : ≤ 3 cm T2 : 3 à 5 cm ou atteint : bronche souche, plèvre viscérale, atélectasie/obstruction lobaire/pulmonaire T3 : 5 à 7 cm ou atteint : paroi thoracique (dont plèvre pariétal et tumeur de l'apex), nerf phrénique, péricarde ou nodule tumoral distinct dans le même lobe T4 : > 7 cm ou atteint : carène, trachée, diaphragme, médiastin, cœur, gros vaisseaux, nerf récurrent, œsophage, vertèbre ou nodule tumoral distinct dans un autre lobe homolatéral | | N1 : péribronchique ou hilare homolatéral N2 : médiastinale homolatéral ou sous-carenaire N3 : médiastinale controlatéral ou sus-claviculaire | |
| | | Stade localisé - Stade I et II = T1-2N0-1 ou T3N0 | | Survie à 5 ans 85% (I) à 60% (II) 40% (IIIA) 25% (IIIB) 10% (M1a-b), 0% (M1c) | |
| | | Stade localement avancé - Stade IIIA = T1-2N2 ou T3N1 ou T4N0-1 → opérable - Stade IIIB-C = T1-2N3 ou T3-4N2 → inopérable | | | |
| | | Stade métastatique - Stade IV = M+ | | | |
| Stade métastatique - Stade IV = M+ | | M1a : nodule tumoral distinct controlatéral, nodules pleuraux ou péricardiques, épanchement pleural ou péricardique malin M1b : MT extra-thoracique unique M1c : MT extra-thoraciques multiples | | | |
| Evaluation de l'état général | | - Performance Status (OMS), index de Karnofsky (échelle 100-0) - Etat nutritionnel : perte de poids (mauvais pronostic si > 5%), IMC, albuminémie, pré-albuminémie | | | |
| Paramètres cardio-respiratoires | | - Cardiovasculaire : ECG, ETT ± épreuve d'effort, écho-doppler MI et TSA , voire coronarographie - Respiratoires (BPCO, insuffisance respiratoire) : EFR voire scintigraphie de ventilation/perfusion → Patient non opérable si : - VEMS prédit en post-opératoire < 1L ou < 30% théorique - Hypercapnie en préopératoire → Lobectomie : diminue de 1/4 les capacités respiratoires (sauf lobe moyen : ne diminue pas) | | | |
| TTT | CBNPC | Résécable et opérable (20%) | = Cancer localisé (stade I et II) et localement avancé IIIA - Chirurgie : lobectomie + curage ganglionnaire médiastinal complet homolatéral → Mortalité péri-opératoire très faible si lobectomie (< 1%), plus élevée si pneumectomie (5%) - Chimiothérapie adjuvante si stade ≥ II : doublet à base de sel de platine | | |
| | | Non résécable ou patient inopérable (35%) | - Stade localement avancé (stade IIIB) non résécable : radiothérapie + chimiothérapie (doublet dont sel de platine) concomitante ou séquentielle → Certains cancers stade IIIA deviennent résécables après chimiothérapie néoadjuvante - Patient inopérable : radiothérapie conformationnelle ± chimiothérapie | | |
| | | CBNPC métastatique (stade 4) = 45% des cas | Addiction oncogénique | - Mutation EGFR : EGFR-TKI = gefitinib, erlotinib, afatinib - Réarrangement ALK/ROS1 : TKI = crozitinib → 80% de réponse, médiane de survie = 2 ans | |
| | | | Absence d'addiction oncogénique | - Expression PDL1 > 50% : immunothérapie en 1 ^{ère} ligne (Pembrolizumab) - Expression PDL1 < 50% : chimiothérapie 4-6 cycles doublet à base de sel de platine +/- anti-angiogénique (bevacizumab) si ADK. → 30% de réponse, médiane de survie = 1 an | |
| | | Cancer localisé (stade 1-2) = T1-T2, si aucune ADP médiastinale (N0 ou N1) | | - Traitement local : chirurgie ou radiothérapie stéréotaxique si inopérable – Traitement systémique : chimiothérapie si stade 2 | |
| | | Cancer localement avancé éventuellement opérable (stade 3A) = localisé-N2 ou T4-N0-1 | | - Traitement systémique : chimiothérapie - Traitement local : radiothérapie ou chirurgie si opérable | |
| | | Cancer localement avancé non opérable (stade 3B) = ADP médiastinale controlatérale (N3) ou T4-N2 | | - Traitement systémique : chimiothérapie - Traitement local : radiothérapie | |
| | Cancer disséminé (stade 4) | | - Thérapie ciblée si muté EGFR ou ALK/ROS1 - Chimiothérapie ± anti-VEGF si non muté - Immunothérapie si PDL1 > 50% | | |
| | CBPC | → Evolution rapide sans traitement : décès en moins de 3 mois , contre 16 à 20 mois si limité ou 8 à 12 mois si M+ - Chimiothérapie : doublet de référence = cisplatine + étoposide → 60% de réponse objective en 1 ^{ère} ligne, mais rechutes fréquentes et rapides avec chimiorésistance | | | |
| | | Maladie limitée endothoracique (30%) | - Chimiothérapie + radiothérapie tumorale et médiastinale - Irradiation prophylactique de l'encéphale (20 Gy) si bonne réponse | | |
| Maladie disséminé (70%) = bilatéral, péricardite ou pleurésie carcinomateuse, MT extra-thoracique | | - Chimiothérapie seule - Irradiation prophylactique de l'encéphale à discuter si bonne réponse | | | |
| TTT symptomatique = Soins de support | - Douleur : antalgique par palier croissants | | | | |
| | Lésion osseuse, surrénalienne ou cutanée | - Radiothérapie focale à visée antalgique - Chirurgie (enclouage d'un os long, laminectomie vertébrale décompressive) si indiquée : avant radiothérapie, possible effet antalgique - Bisphosphonates en cas de métastase osseuse - Vertébroplastie percutanée possible en cas de métastase osseuse vertébrale | | | |

| | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|---|
| TTT | TTT symptomatique = Soins de support | Dyspnée | Lymphangite carcinomateuse | → Traitement difficile, souvent inefficace - Oxygénothérapie, corticothérapie, chimiothérapie |
| | | | Obstruction bronchique (atélectasie) | - Fibroscopie interventionnelle: électrocoagulation, laser, cryothérapie ± Prothèse endobronchique |
| Pleurésie exsudative abondante, récidivante après ponction pleurale | | | - Oxygénothérapie - Pleuroscopie avec symphyse par talcage - En 2 nd intention : cathéter pleural tunnéllisé pour drainage à demeure | |
| Syndrome cave supérieur | | | - Position demi-assise, O ₂ , anticoagulation, corticothérapie - Discuter la pose d'un stent cave | |
| | Surveillance | | | - CBNPC opéré : clinique, RP ± TDM, fibroscopie, EFR tous les 6 mois pendant minimum 5 ans - CBNPC non opéré : clinique/1-2 mois + TDM thoracique (+ hépatique et surrénalien) tous les 2-3 mois - CBPC : clinique + TDM tous les 3 mois |
| Formes particulières | Syndrome cave supérieur | | = Obstruction de la VCS par compression, thrombose ou envahissement : cancer broncho-pulmonaire ou lymphome principalement | |
| | | C | - Céphalées , rarement HTIC - Œdème en pélerine : œdème de la partie supérieure du thorax et des épaules, comblement des creux sus-claviculaires, œdème palpébral et du visage - Circulation veineuse collatérale thoracique avec turgescence jugulaire - Cyanose de la partie supérieure du corps | |
| | | TTT | → Risque de complication : thrombose de la VCS et des axes d'amont - Oxygénothérapie, position demi-assise - Anticoagulation curative par héparine - Corticothérapie IV : surtout si œdème cérébral ou laryngé → à éviter si suspicion de lymphome - Discuter la mise en place d'une endoprothèse de la VCS (stent cave) - Traitement étiologique : chimiothérapie, radiothérapie | |
| | Syndrome de Pancoast-Tobias | | = Tumeur de l'apex pulmonaire envahissant le plexus brachial , le ganglion sympathique stellaire et les côtes postérieures | |
| | | C | - Névrалgie cervico-brachiale C8-D1 : douleurs neurogènes de la face externe du bras, de l'avant bras, de la main jusqu'au 5 ^{ème} doigt ± déficit sensitivomoteur - Syndrome de Claude-Bernard-Horner homolatéral : ptosis, myosis, énoptalmie - Lyse costale de la 1^{ère} (voire de la 2 ^{ème}) côte postérieure | |
| | | PEC | - IRM rachidienne : recherche d'envahissement vertébral et médullaire → Cancer souvent localement avancé, sans possibilité d'exérèse chirurgicale | |
| | Syndrome de Schwartz-Barter | | = Syndrome de sécrétion inappropriée d'ADH : rétention d'eau libre excessive | |
| | | C | - Céphalées, confusion - Anorexie, nausées, vomissements | |
| | | BiO | - Hyponatrémie < 135 mmol/L - Hypo-osmolarité plasmatique avec osmolarité urinaire inadaptée (hyper-osmolarité urinaire) | |
| | | PEC | - Restriction hydrique | |
| Ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique de Pierre Marie-Foix | C | - Hippocratisme digital - Poly-arthralgies - Troubles vasomoteurs des extrémités : œdème douloureux - Hypertrophie des extrémités des membres | | |
| | Rx | - Périostite engainante : appositions périostées au niveau de la corticale des os long (liseré cortical), surtout au niveau du tibia, cubitus et radius | | |

CANCER BRONCHO-PULMONAIRE SECONDAIRE

- Primitif : sein, colon, prostate, pancréas, rein, thyroïde, estomac, ovaire, mélanome, sarcome, poumon...

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| Diagnostic | C | - Asymptomatique (80%) ou signes fonctionnels respiratoires : dyspnée, toux, douleur thoracique... | |
| | PC | <ul style="list-style-type: none"> - Nodules : bien limités, de tailles différentes, arrondis et réguliers, pleins, non calcifiés, bilatérales, souvent sous pleurale et du lobe inférieur → aspect en « lâcher de ballon » ou plus rarement miliaire diffuse - Epanchement pleural uni ou bilatéral - Image interstitiel réticulonodulaire = lymphangite carcinomateuse - ADP médiastinales ou hilaires - Atteinte bronchique (rare) - Péricardite maligne | |
| | | Orientation | <ul style="list-style-type: none"> - Nodules multiples : thyroïde, ovaire, mélanome, rein - Micronodules (miliaire) : sarcome, colorectal, rein, mélanome, col utérin - Lâcher de ballon : - Calcifié : ostéosarcome, chondrosarcome <li style="padding-left: 20px;">- Excavé : poumon, ORL, col utérin - Lymphangite carcinomateuse : sein, poumon, prostate, estomac, pancréas - Tumeur endobronchique : sein, rein, mélanome, colorectal, pancréas - ADP médiastinale : cancer ORL, appareil génito-urinaire, mélanome, séminome |
| Recherche du cancer primitif | Cancer primitif inconnu | 1 ^{er} bilan | <ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique complet et explorations adaptées - PET-scan recommandé |
| | | Histologie de la métastase pulmonaire | <ul style="list-style-type: none"> - Indication : - Aucun cancer primitif connu ou retrouvé <li style="padding-left: 20px;">- Antécédent de cancer primitif ancien ou de multiples néoplasies <li style="padding-left: 20px;">- Recherche de cible thérapeutique (si non réalisable sur autre site) - Cancer épidermoïde : ORL, œsophage, anal, col utérin - ADK : - Marqueurs : PSA (prostate), thyroglobuline (thyroïde), récepteurs hormonaux (sein), cytokératine (digestif : TTF1-, CK7-, CK20+) <li style="padding-left: 20px;">- Marqueurs sériques : PSA, ACE, CA125, CA 19-9, CA 15-3 |
| | | En l'absence d'orientation | <ul style="list-style-type: none"> - TDM abdomino-pelvienne + mammographie chez la femme + PSA et TR chez l'homme - Coloscopie/gastroscopie en cas de signes cliniques |
| | Cancer extra-thoracique connu | - Preuve biopsique nécessaire seulement après décision de RCP s'il en résulte une modification significative du plan thérapeutique | |
| | Cancer ancien et guéri (jusqu'à 10 ans) | <ul style="list-style-type: none"> → Certaines métastases peuvent survenir > 10 ans après le traitement initial du primitif (notamment en cas de cancer du sein ++) - Enquête diagnostique complète (jusqu'au prélèvement histologique) - TTT si enquête négative et type histologique concordant : chirurgie ou radiothérapie | |

MESOTHELIOME PLEURAL MALIN

= Tumeur rare, de pronostic très sombre

- FdR : **exposition à l'amiante** → à rechercher systématiquement

→ Le tabac n'est pas un facteur de risque mais potentialise l'effet de l'amiante

| | | | |
|-------------------|---|--|---|
| Diagnostic | C | <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome pleural : douleur thoracique, toux positionnelle, dyspnée - Epanchement pleural unilatéral exsudatif - Signes généraux : AEG avec dénutrition | |
| | PC | RP | <ul style="list-style-type: none"> - Epanchement pleural unilatéral - Epaississement pleural : plèvre épaissie, mamelonnée, festonnée - Rétraction d'un hémithorax |
| | | TDM thoracique | <ul style="list-style-type: none"> - Epaississements pleuraux diffus, avec aspect festonné et mamelonné ou nodules pleuraux - Rétraction d'un hémithorax - Epanchement pleural |
| | | Ponction pleurale | <ul style="list-style-type: none"> - Liquide exsudatif - Cytologie : peut retrouver des cellules malignes → nécessite une confirmation histologique |
| | | Biopsie | <ul style="list-style-type: none"> = Par vidéo-thoracoscopie en 1^{ère} intention, ou à l'aveugle si non réalisable (Se = 30%) - Exploration de la cavité pleurale - Biopsie orientée sur les zones pathologiques et en zone saine → Transmission systématique à un expert régional (pour indemnisation par la FIVA) |
| Bilan d'extension | <ul style="list-style-type: none"> - TDM thoraco-abdominal injecté - PET-scanner en cas de lésion opérable, à la recherche d'ADP médiastinale | | |

| | |
|-----|--|
| TTT | <ul style="list-style-type: none">- Chimiothérapie = traitement de référence : doublet à base de platine- Radiothérapie symptomatique en cas d'infiltration pariétale douloureuse- Chirurgie curatrice + radiothérapie au stade précoce : exceptionnellement réalisée- Talcage sous thoracoscopie : si épanchement pleural récidivant |
| | <p>Mesures associées</p> <ul style="list-style-type: none">- Déclaration de maladie professionnelle- Dédommagement financier par le FIVA (fond d'indemnisation des victimes de l'amiante)- Déclaration obligatoire par notification anonyme à l'ARS |