

Bilan diagnostic et pré-thérapeutique du cancer pulmonaire

Gilles Quéré
Oncologie
CHRU Brest



7^e congrès de l'UCOG
24 mars 2022

Plan

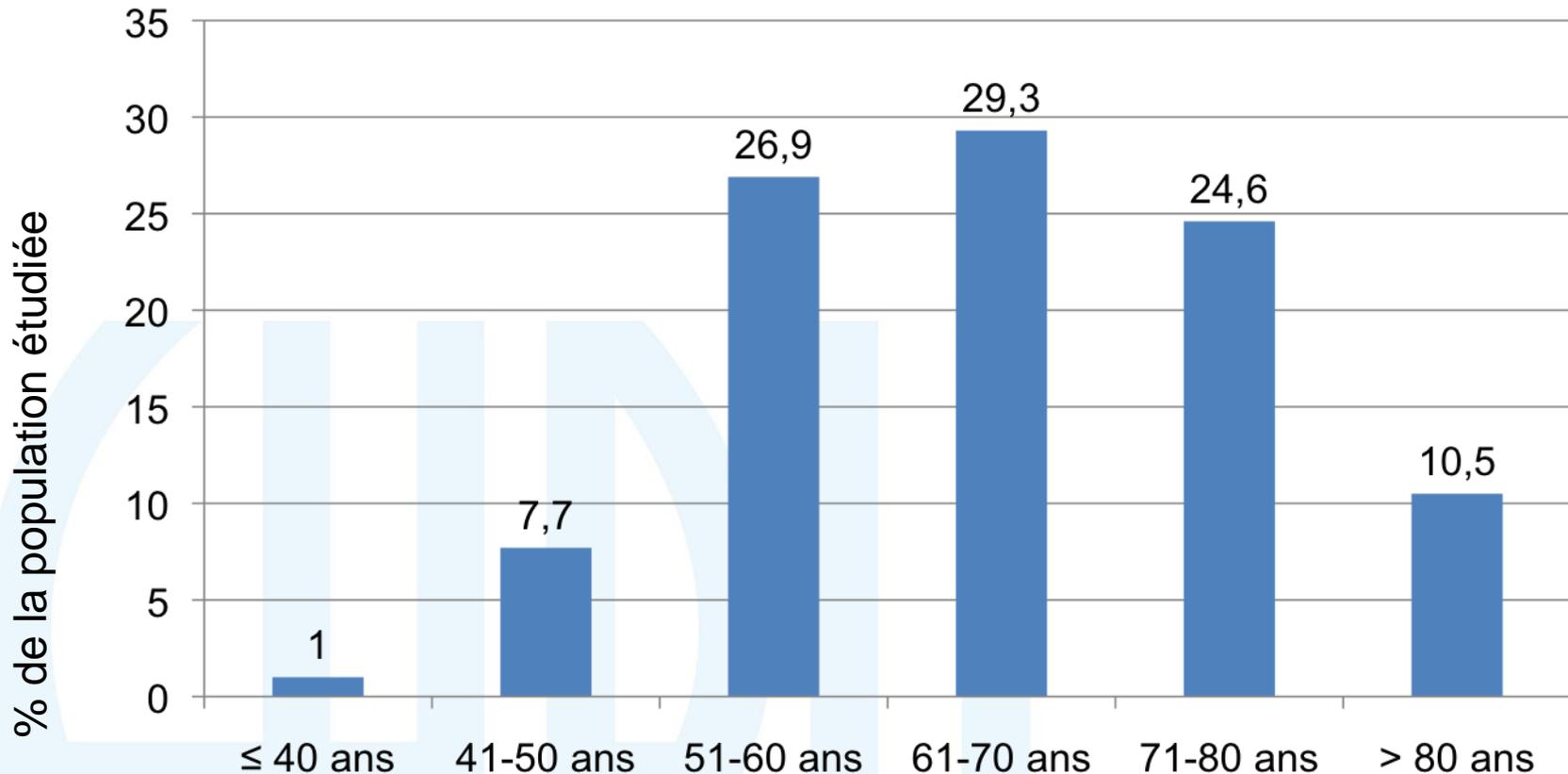
- Présentation clinique
- Diagnostic positif
- Bilan d'extension
- Bilan pré-thérapeutique
 - En cas de maladie potentiellement résécable
 - En cas de maladie métastatique

Plan

- Présentation clinique
- Diagnostic positif
- Bilan d'extension
- Bilan pré-thérapeutique
 - En cas de maladie potentiellement résécable
 - En cas de maladie métastatique

Description de la population : Age

Age moyen : 65,5 +/- 11,3 ans



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Lung Cancer

Journal homepage: www.elsevier.com/locate/lungcan



Major changes in lung cancer over the last ten years in France:
The KBP-CPHG studies

Chrystèle Locher^{a,*}, Didier Debievre^b, Daniel Coëtmeur^c, François Goupil^d, Olivier Molinier^d,

Mode de découverte

- Dépistage: \emptyset
- Découverte fortuite
- Symptômes
 - thoraciques d'une maladie localisée ou localement avancée
 - d'une maladie avancée
 - AEG
 - Syndrome paranéoplasique

Signes d'extension locale ou régionale de la tumeur

- Toux
- Dyspnée
- Hémoptysie
- Pneumonie
- Syndrome cave supérieur
- Dysphagie par compression de l'œsophage.
- Dysphonie par compression nerveuse.
- Douleur thoracique
- ...

Stade

Ia-IIb

16,4 %

IIIa

13,4 %

IIIb

10,2%

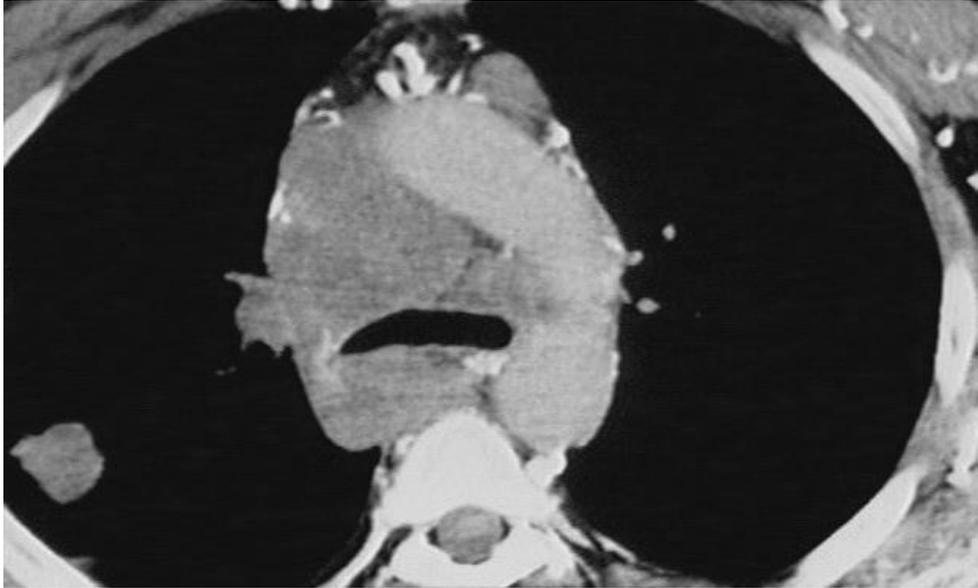
IV

60 %

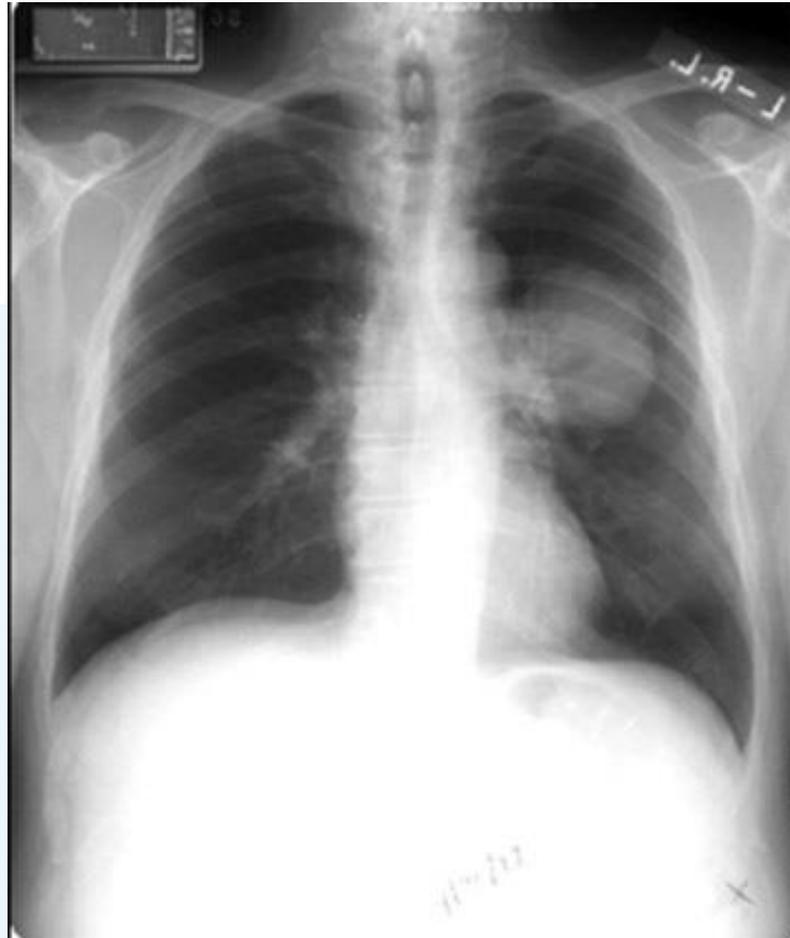
Plan

- Présentation clinique
- **Diagnostic positif**
- Bilan d'extension
- Bilan pré-thérapeutique
 - En cas de maladie potentiellement résecable
 - En cas de maladie métastatique

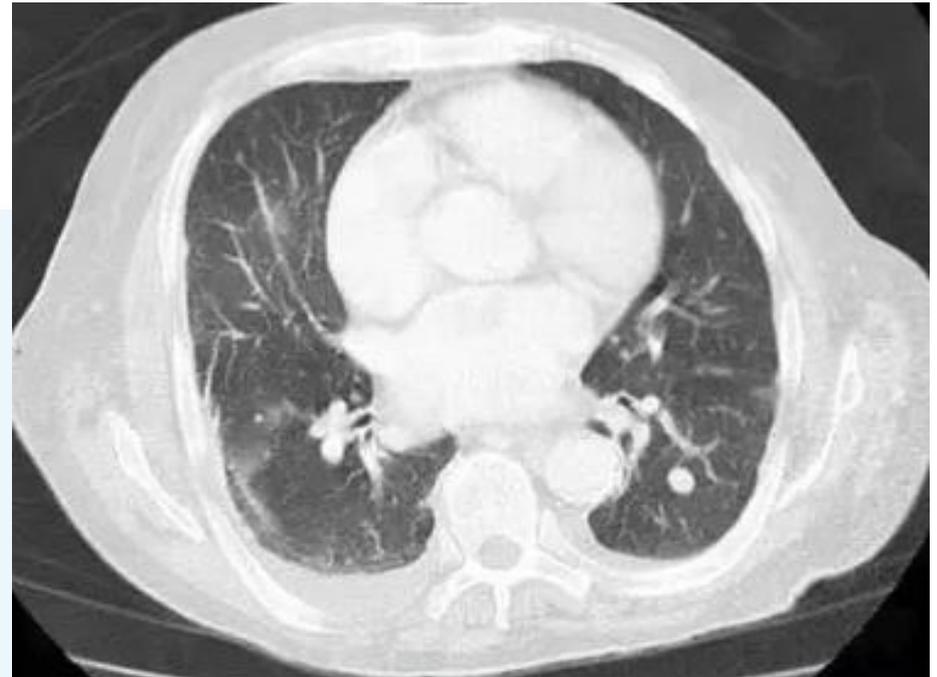
TDM Thoracique



RP



La RP normale ...



CHRU
B R E S T

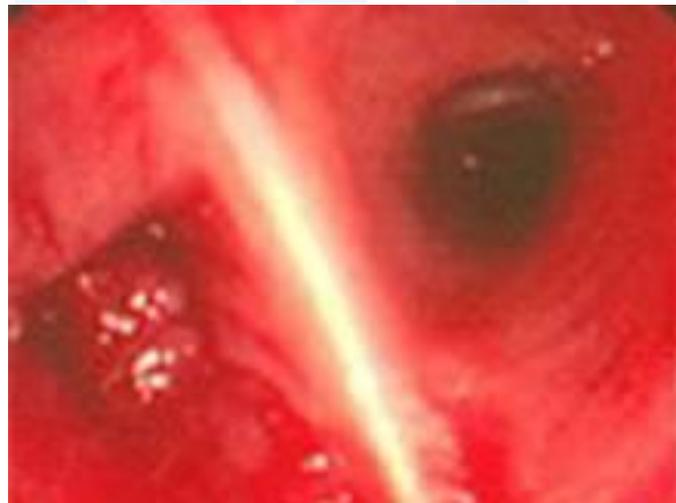
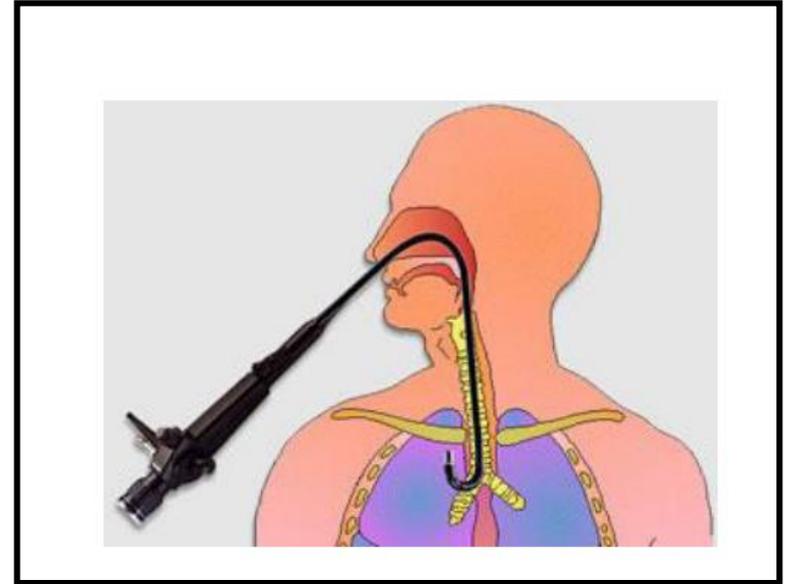
Diagnostic positif

- **BIOPSIES = EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE DE PRELEVEMENTS TISSULAIRES.**
- **Une cytologie n'a d'intérêt que si elle est positive et ne permet pas toujours une analyse moléculaire.**

DIAGNOSTIC ANATOMOPATHOLOGIQUE

- Atteinte proximale
 - Fibroscopie bronchique pour biopsies bronchiques
- Atteinte distale
 - (biopsies transbronchiques)
 - Ponction transpariétale (sous TDM ou échographie)
 - Echo endoscopie radiale ou minisonde
- Atteinte médiastiale
 - Cytoponction trans trachéale sous echo-endoscopie (EBUS), échographie trans-oesophagienne (EUS)
 - Médiastinoscopie
- Atteinte pleurale : vidéo thoracoscopie
- Adénopathies périphériques
- Métastases
- Thoracotomie pour biopsies chirurgicales en dernier recours

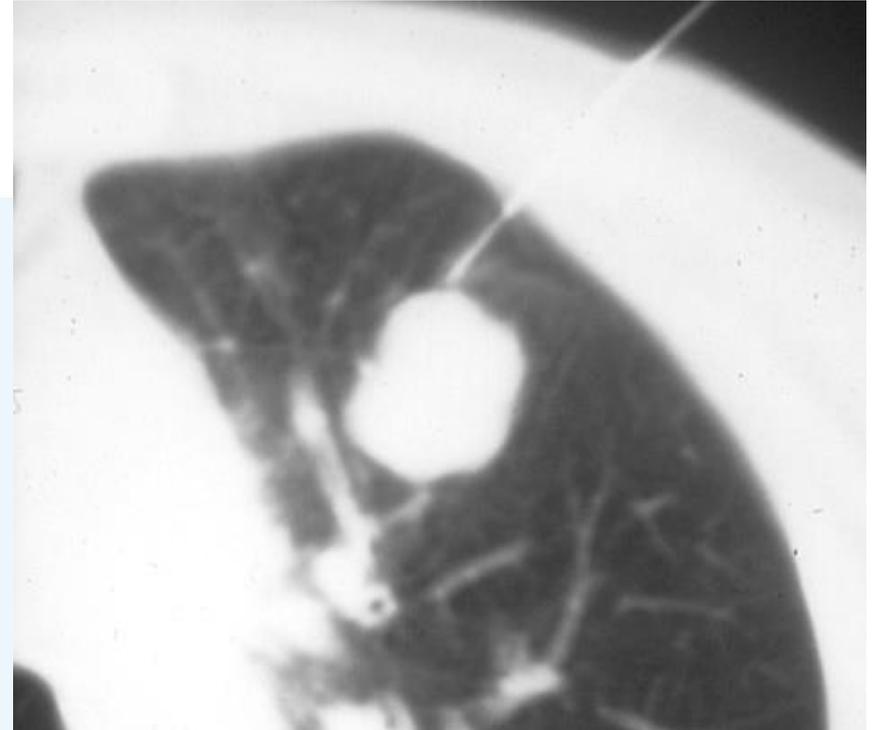
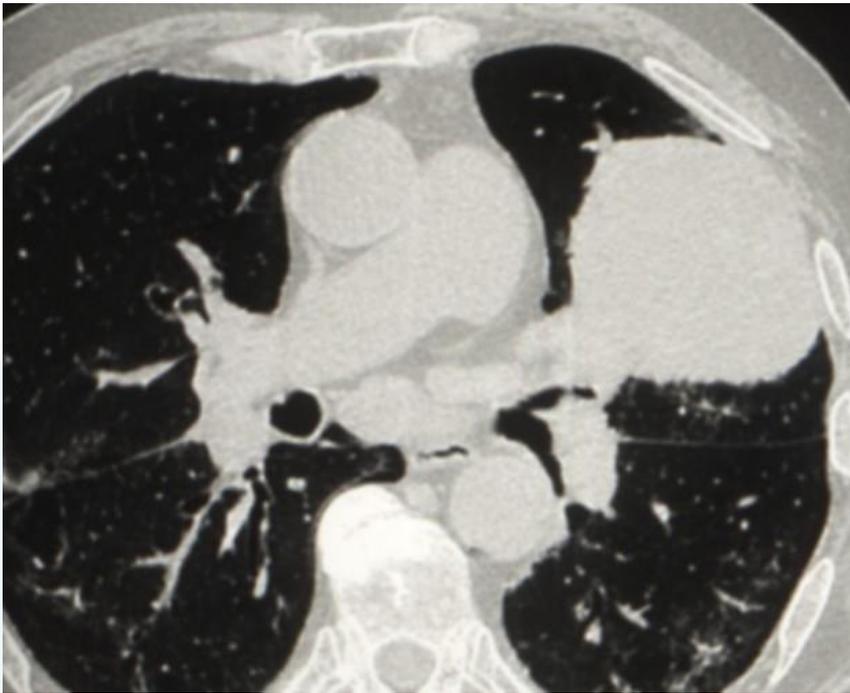
CANCER PROXIMAL



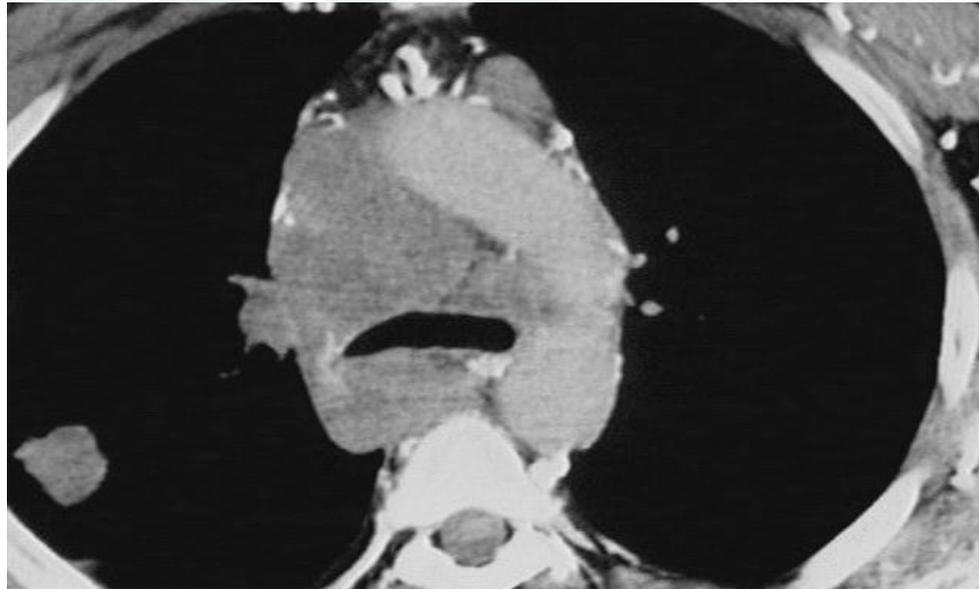
CANCER DISTAL



PONCTION TRANSPARIÉTALE écho ou scanno guidée



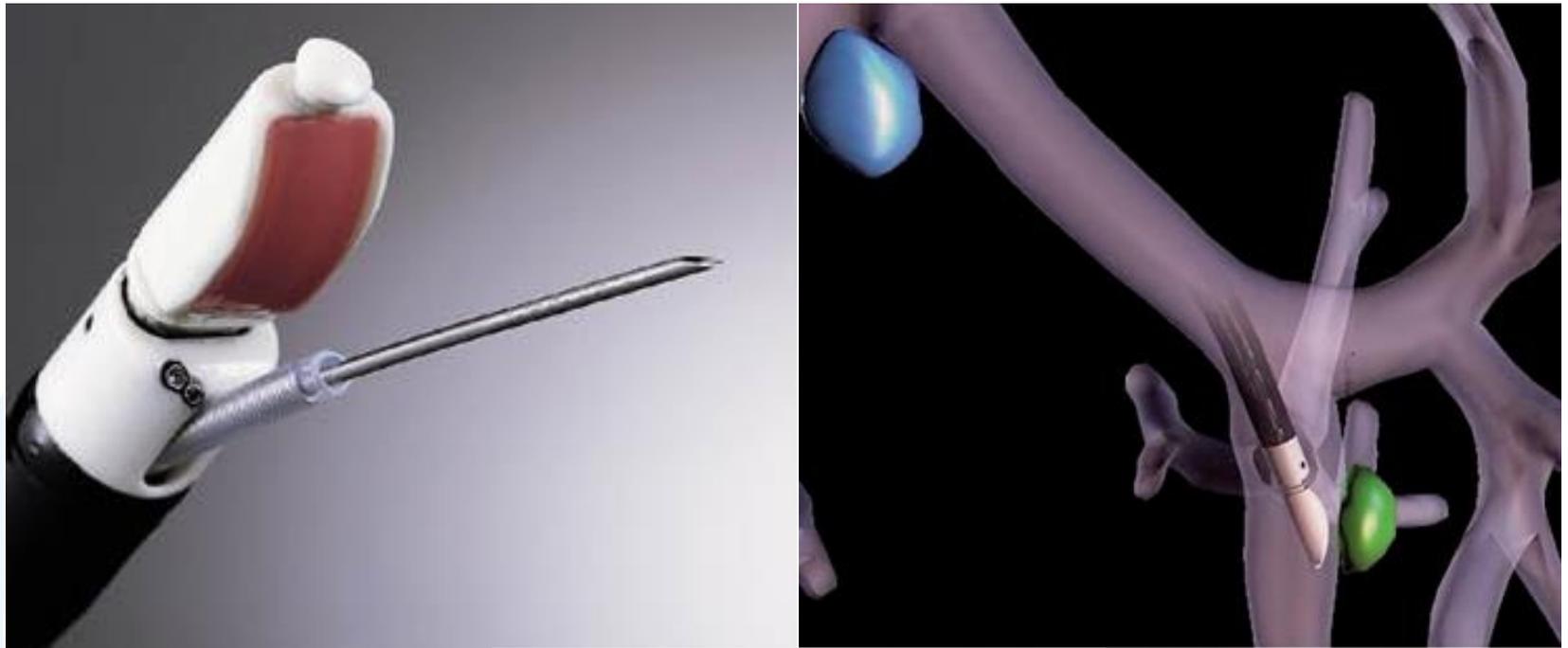
ATTEINTE MEDIASTINALE



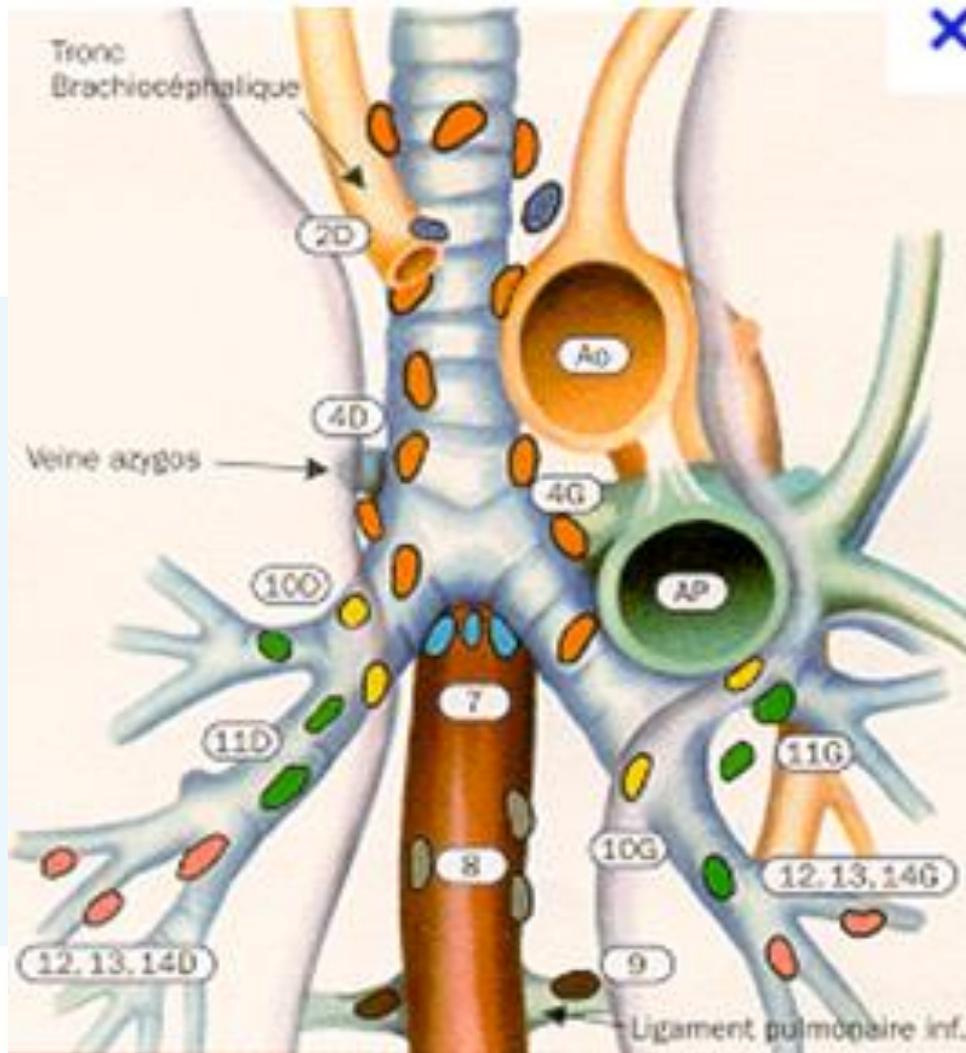
CYTOPONCTION TRANSBRONCHIQUE



ÉCHO-ENDOSCOPIE



Cartographie des aires ganglionnaires médiastinales



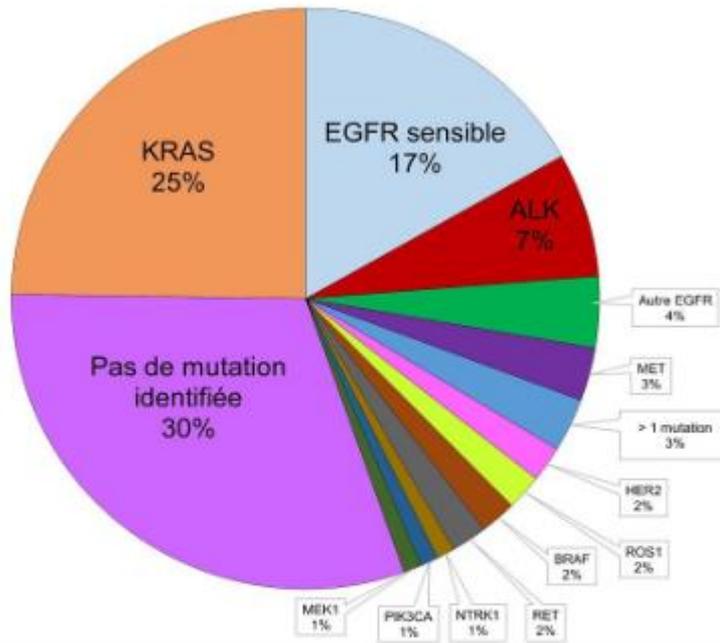
Diagnostic moléculaire



07/04/2022

2
2

Diagnostic moléculaire EGFR/ALK/ROS



Classification moléculaire des cancers bronchiques non à petites cellules - Principales mutations identifiées - (Adapté de la publication " Lung cancer: current therapies and new targeted treatments" de Fred R. Hirsch et al. - Lancet 2017;389:299-311)

- Important à obtenir chez les non fumeurs car mutations plus fréquentes

- Mutations ou réarrangements chromosomique acquis sur des récepteurs agissant comme « drivers » oncogéniques

-Taux de réponse spectaculaires

- Thérapies ciblées orales

Diagnostic moléculaire EGFR/ALK/ROS

- Idéalement sur biopsie tissulaire ou analyse cytologique
- Technique simple d'immuno-histochimie pour ALK et ROS
- Technique de séquençage pour EGFR
- Analyse possible sur cellules tumorales circulantes pour EGFR

Statut PDL1

- Technique d'immuno histochimie permettant de quantifier l'expression des Rc aux anti PD1 (immunothérapie)
- Si exprimé par $>50\%$ des cellules tumorales: possibilité de monothérapie par pembrolizumab

Plan

- Présentation clinique
- Diagnostic positif
- **Bilan d'extension**
- Bilan pré-thérapeutique
 - En cas de maladie potentiellement résécable
 - En cas de maladie métastatique

BILAN D'EXTENSION

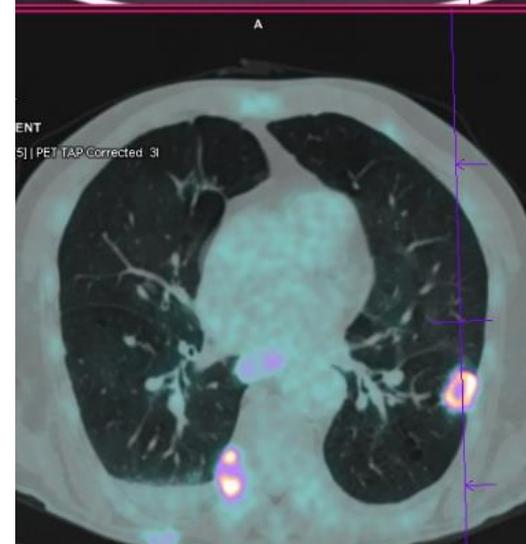
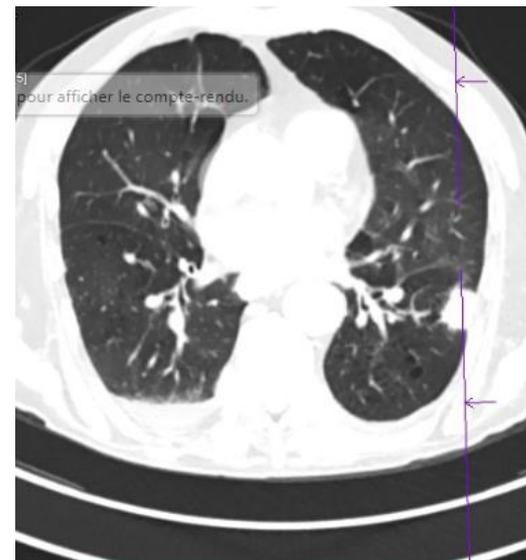
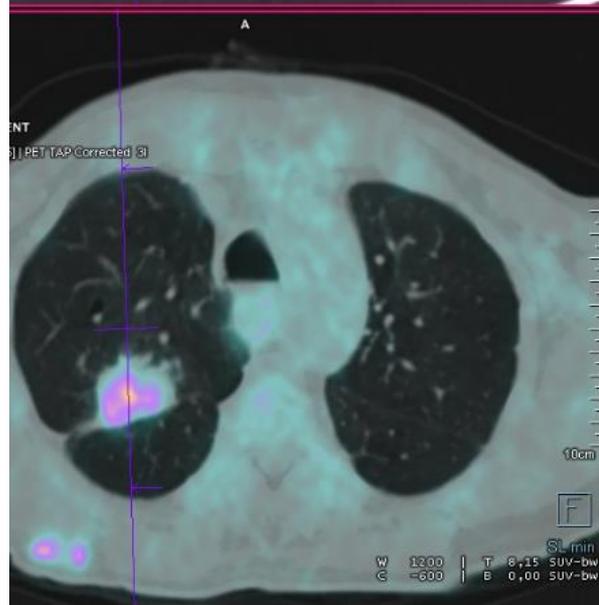
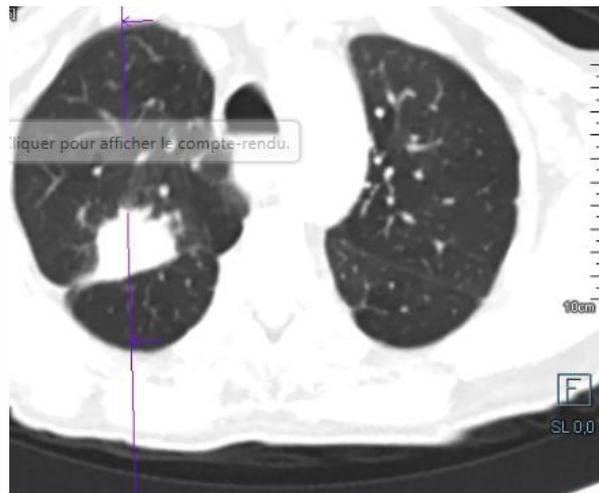
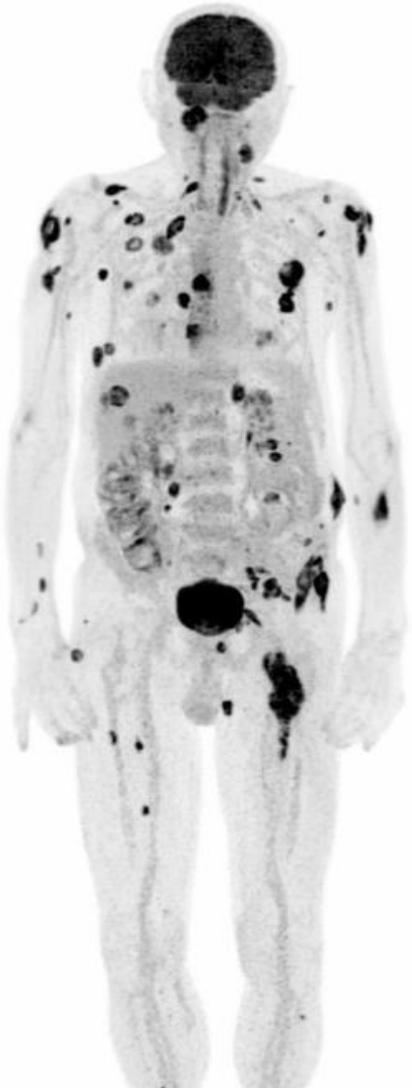
❑ **Loco-régional**

- Fibroscopie bronchique
- TDM thorax injecté
- TEP TDM (statut N)
- Si M- et N+ TEP: echo-endoscopie oesophagienne, bronchique ou médiastinoscopie pour confirmer l'atteinte N

❑ **Métastatique**

- TDM abdo pelvien injecté
 - TDMc injecté ou IRM cérébrale
 - (Scintigraphie osseuse)
 - +/- TEP TDM
-
- **Quand faire le TEP TDM?**
Si M- au TDM, indispensable pour:
 - le statut médiastinal
 - Confirmer le caractère non métastatique
 - Aide à la définition des champs de radiothérapie
 - Suspicion de M+ osseuse non visualisée au TDM

M1b



Stade	
<u>Ia-IIb</u>	16,4 %
<u>IIIa</u>	13,4 %
<u>IIIb</u>	10,2%
<u>IV</u>	60 %

Traitement de 1 ^{ère} ligne	
Chirurgie curative	16,6 %
Radiothérapie seule	17,8 %
Radio-chimiothérapie	8,8 %
Chimiothérapie/IO	63,4 %
Thérapie ciblée	6,6 %
BSC	11,1 %

Plan

- Présentation clinique
- Diagnostic positif
- Bilan d'extension
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - En cas de maladie potentiellement résecable (ou irradiable)
 - En cas de maladie métastatique

BILAN D'OPERABILITE

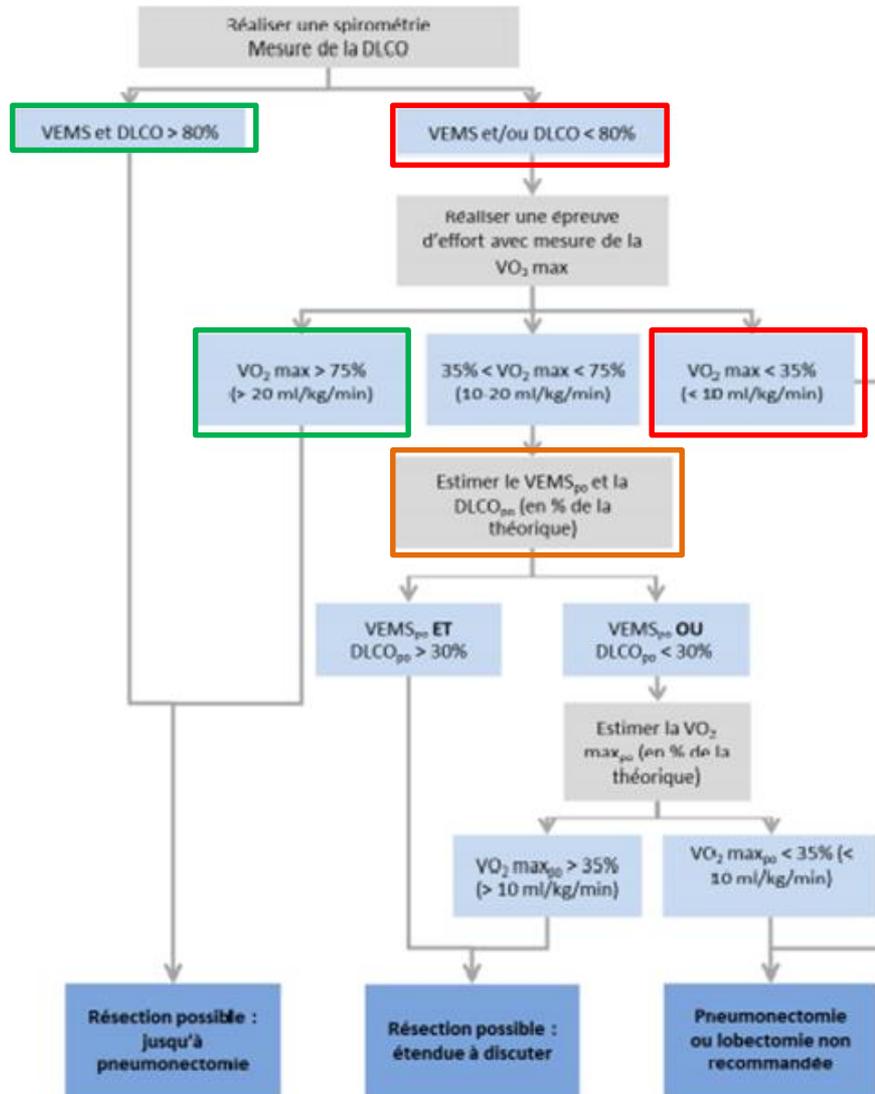
EFR (TLCO, VEMS)

Scintigraphie de ventilation perfusion

Et/ou Epreuve d'effort avec mesure de la
VO₂max

ECG et ETT

ERS 2009



Conclusions

Objectifs du bilan diagnostique et pré-thérapeutique

- Diagnostic positif
- Bilan d'extension: M+/M- / staging médiastinal
- Diagnostic « moléculaire » (ALK, ROS, EGFR) (non fumeurs+++) et statut PDL1. Penser à l'ADN tumoral circulant pour le statut EGFR
- Bilan pré-thérapeutique: fonction respiratoire et Vo2 max
- Comment prendre en compte les comorbidités et la polymédication dans le choix du traitement?