



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Recommandations régionales

**Prise en charge des cancers du poumon
à petites cellules**

- avril 2009 -

Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)

Tout nouveau patient ayant un cancer bronchique doit, si possible après bilan et avant décision thérapeutique, être présenté en RCP. En cas d'impossibilité, le patient doit être enregistré a posteriori dans un délai de 3 mois.

RCP

La RCP nécessite la présence d'au moins trois des spécialistes suivants : un oncologue radiothérapeute, un pneumologue ou un oncologue médical si le pneumologue n'a pas cette qualification, un chirurgien, un spécialiste en imagerie et un pathologiste.

RCP du Pôle régional

Elle peut être réunie à la demande et doit comporter obligatoirement un oncologue radiothérapeute, un pneumologue ou un oncologue médical si le pneumologue n'a pas cette qualification, un chirurgien, un spécialiste en imagerie et un pathologiste.

Les indications retenues pour le passage en RCP du Pôle régional sont :

- une absence de consensus à la RCP locale,
- une prise en charge complexe,
- le recours à des techniques innovantes.

Les tumeurs rares peuvent être présentées en RCP du Pôle régional.

Standards :

- anamnèse,
- examen clinique,
- radiographie thoracique de face et de profil,
- fibroscopie bronchique avec biopsies et/ou brossage,
- scanner APC crane-thorax-abdomen,
- scintigraphie osseuse,
- biopsie ostéo-médullaire si anomalie NFP.

Options : autres examens en fonction des localisations et de la clinique :

- IRM cérébrale,
- biopsie ostéo-médullaire si pas d'anomalie NFP,
- TEP-Scan.

Bilan général

Standards :

- NFP, iono, créatinine, biochimie hépatique (en particulier LDH), bilan de coagulation,
- ECG,
- pas d'indication à pratiquer un dosage de marqueur tumoral.

Bilan fonctionnel cardio-respiratoire en situation curative

EFR (standard).

Evaluation cardio-vasculaire.

NB : Le bilan initial doit être réalisé dans un délai le plus court possible.

Anatomopathologie

Classification histologique OMS 2004 des tumeurs pulmonaires.

Données indispensables devant figurer dans le compte rendu anatomopathologique (consensus national).

Utilisation d'un compte rendu anatomopathologique standardisé (consensus national).

Stratégie thérapeutique

Elle doit être basée sur les référentiels nationaux de bon usage des médicaments hors GHS en cours au moment du traitement du patient.

Il est recommandé d'inclure les patients chaque fois que possible dans un essai thérapeutique. La liste des essais thérapeutiques en cours est disponible sur les sites internet :

- du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine : www.canceraquitaine.org (onglet Informations Professionnels / Les essais cliniques),
- de l'INCa : www.e-cancer.fr (onglet Les essais cliniques / Registre des essais cliniques),
- du National Institutes of Health : www.clinicaltrials.gov.

Tumeurs localisées à l'hémi-thorax incluables dans un champ d'irradiation

PS (ECOG) = 0,1

Patients de moins de 70 ans

Radio-chimiothérapie concomitante (4 cures de cisplatine-etoposide et radiothérapie concomitante (> 55 Gy) la plus précoce possible (dès le 2^{ème} ou 3^{ème} cycle)) (standard).

En cas de rémission complète au bilan à 4 semaines : irradiation cérébrale prophylactique (24-30 Gy en 12 séances) (standard).

Patients de plus de 70 ans

Radio-chimiothérapie concomitante (4 cures de carboplatine-etoposide et radiothérapie concomitante (> 55 Gy) la plus précoce possible (dès le 2^{ème} ou 3^{ème} cycle)) (standard).

En cas de rémission complète au bilan à 4 semaines : irradiation cérébrale prophylactique (24 Gy en 12 séances) (standard).

PS (ECOG) > 1

Traitement séquentiel au choix (standard).

Chimiothérapie seule (option).

Tumeurs disséminées

PS (ECOG) = 0,1 et patient de moins de 70 ans

Chimiothérapie contenant au moins du cisplatine ou de l'etoposide ou des anthracyclines jusqu'à obtention d'une réponse maximum, avec évaluation tous les 2 à 3 cycles (standard).

Irradiation symptomatique complémentaire (option).

PS (ECOG) > 1 et/ou patient de plus de 70 ans

Chimiothérapie carboplatine + etoposide en IV (6 cycles maximum avec évaluation après 3 cycles) (standard).

Irradiation symptomatique complémentaire (option).

Rechute des formes localisées et disséminées

Rechute précoce (< 6 mois)

Utilisation d'étoposide ou d'anthracycline (CAV, AVI) si non utilisés en 1^{ère} ligne avec arrêt au maximum de réponse et selon tolérance (standard).

Utilisation de topotécan avec arrêt au maximum de réponse et selon tolérance (option).

Rechute tardive (> 6 mois)

Reprise de la chimiothérapie de première ligne en fonction des doses déjà reçues avec arrêt au maximum de réponse (standard).

1^{ère} année

Consensus régional :

- examen clinique tous les 3 à 4 mois,
- radiographie pulmonaire ou scanner tous les 3 à 4 mois.

Options en fonction des symptômes (suspicion de rechute) :

- échographie abdominale,
- fibroscopie bronchique,
- bilan cérébral (IRM ou TDM).

2^{ème} à 5^{ème} années

Consensus régional :

- examen clinique tous les 6 mois,
- radiographie pulmonaire tous les 6 mois,
- scanner thoracique + coupes surrénales à 3 mois de la fin d'un traitement à intention curative.

Options en fonction des symptômes (suspicion de rechute) :

- échographie abdominale,
- fibroscopie bronchique,
- bilan cérébral (IRM ou TDM).

Si le patient a bénéficié d'une radiothérapie, une consultation annuelle en radiothérapie pendant une durée minimum de 5 ans sera prévue.

Ce référentiel a été réalisé par un groupe de travail régional pluridisciplinaire.
Le référentiel complet avec les participants à sa réalisation est disponible sur le site internet
du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine : www.canceraquitaine.org

Contacts :

Isabelle CIRILO-CASSAIGNE : *Chargée d'études*

✉ icirilo@canceraquitaine.org

Suzy VEIGA : *Assistante du RCA*

✉ sveiga@canceraquitaine.org

