



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

***Recommandations régionales***

**Prise en charge des cancers du poumon  
non 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 crâne-thorax-abdomen.

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

Si traitement à visée curative par chirurgie ou radiothérapie :

- TEP-Scan (standard),
- IRM cérébrale (option).

Dans les autres cas : scintigraphie osseuse en cas de signe d'appel (option).

*NB : En l'absence d'hyperfixation significative au TEP-Scan, les ganglions médiastinaux seront considérés comme indemnes d'envahissement tumoral.*

## Bilan général

### Standards :

- NFP, ione, 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.*

## Problème posé par la présence d'un épanchement pleural

### Cancer bronchique résécable quel que soit le stade avec épanchement pleural cytologiquement négatif

Bilan jusqu'à la thoracoscopie y compris en pré-opératoire immédiat pour éliminer ou affirmer la présence de métastases pleurales diffuses (standard).

Si pas de métastase pleurale : traitements des stades résécables I, II et IIIA (standard).

Si métastases pleurales :

- doit être considéré comme non résécable,
- traitement local suivant les pratiques habituelles (standard).

### Cancer bronchique non résécable quel que soit le stade avec épanchement pleural

Traitement local suivant les pratiques habituelles (standard).

# Anatomopathologie

Classification histologique OMS 2004 des tumeurs pulmonaires.

Classification en stades pour les cancers du poumon non à petites cellules.

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

## Stades I et II

### Patient opérable

Chirurgie d'exérèse anatomique + curage homolatéral (standard).

Chirurgie de résection atypique (chirurgie intralobaire) en cas de contre-indication à une résection anatomique (discussion en RCP).

### Exérèse complète

#### ***pN0-pN1 R0***

Stades IA (pT1 N0 M0) : surveillance (standard).

Stades IB (pT2 N0 M0) : chimiothérapie à discuter en RCP (option).

Stades IIA (pT1 N1 M0) à IIB (pT2 N1 M0 ou pT3 N0 M0) : chimiothérapie adjuvante par bithérapie avec sel de platine, 4 cycles maximum, 4 à 8 semaines après chirurgie (standard).

#### ***pN2 R0***

Chimiothérapie adjuvante par bithérapie avec sel de platine (navelbine, cisplatine (standard), autre bithérapie à justifier (option)), 4 cycles maximum, 4 à 8 semaines après chirurgie (standard).

Radiothérapie à décider en RCP (option).

### Exérèse incomplète

Pour les R1 :

- irradiation des limites positives à une dose  $\geq 60$  Gy (standard),
- chimiothérapie adjuvante (option),
- cas particulier des CIS sur la recoupe : surveillance endoscopique avec biopsies et discussion en RCP.

Pour les R2 : traitement des stades III non résécables (standard).

## Patient non opérable pour raison fonctionnelle

Si preuve histologique du cancer : radiothérapie, sans délai (standard).

Si absence de preuve histologique du cancer : discussion du traitement en RCP.

Chimiothérapie + radiothérapie selon le stade (2 à 3 cures de chimiothérapie par bithérapie avec un sel de platine) (option).

Pour les T1 : ablathermie (option).

## Stades IIIA

### Stades IIIA résécables ne nécessitant pas une pneumonectomie et non « bulky »

Options :

- chirurgie d’emblée (consensus régional),
- discussion en RCP du traitement adjuvant selon pTN : bithérapie avec sel de platine (navelbine, cisplatine (standard) ; autre bithérapie à justifier (option)),
- chimiothérapie d’induction.

### Stades IIIA résécables par pneumonectomie ou « bulky »

Discussion du traitement en RCP.

### Tumeur non résécable

Voir stades IIIB.

## Stades IIIA non résécables, stades IIIB (sans épanchement pleural)

Critères de bon état général :

- Performance Status de 0 ou 1,
- et perte de poids < 10%.

### Patient de moins de 75 ans en bon état général

Chimiothérapie d’induction par bithérapie avec sels de platine, 2-3 cures, puis évaluation du patient (Performance Status, TDM, poids) (standard).

Si réponse ou stabilisation : radio-chimiothérapie concomitante 2-3 cures + bithérapie avec sel de platine (standard).

Dans le cas contraire : discussion en RCP.

Radio-chimiothérapie concomitante d’emblée (option).

Après radio-chimiothérapie concomitante : discussion de l’intérêt d’une chirurgie en RCP (option).

Pour les patients T4 N0-N1 trachée, vertèbre, veine cave : discussion d’une chirurgie d’emblée en RCP (option).

## Patient de plus de 75 ans et/ou en mauvais état général

Radiothérapie exclusive (standard).

Chimiothérapie associée (option).

## Stades IV

### Stades IV avec métastase cérébrale ou surrénalienne synchrone unique

#### Tumeur broncho-pulmonaire et métastase opérable

Discuter au cas par cas en RCP (options) :

- exérèse de la métastase ou radiochirurgie,
- exérèse de la tumeur broncho-pulmonaire,
- radiothérapie cérébrale ou surrénalienne ± thoracique si pN2 ou R1,
- chimiothérapie.

#### Tumeur broncho-pulmonaire et/ou métastase non opérable

Cf infra.

### Stades IV sans métastase cérébrale ou surrénalienne synchrone unique

#### Patients de moins de 75 ans et PS = 0,1

Bithérapie comportant un sel de platine, 4 à 6 cures maximum (standard).

Discussion intégration bevacizumab en RCP (option).

Radiothérapie complémentaire à visée symptomatique (option).

Chez certains patients selon l'évolutivité et la symptomatologie, la mise en route de la chimiothérapie peut être retardée (option).

Chimiothérapie ou thérapeutique ciblée de 2<sup>ème</sup> ligne si progression (standard).

Lignes suivantes possibles à discuter en RCP (option).

#### Patients de plus de 75 ans ou de moins de 75 ans avec PS = 2,3

Discuter au cas par cas en RCP (options) :

- monothérapie ou bithérapie sans cisplatine, 4 à 6 cures maximum,
- radiothérapie complémentaire à visée symptomatique,
- chez certains patients selon l'évolutivité et la symptomatologie, la mise en route de la chimiothérapie peut être retardée,
- chimiothérapie ou thérapeutique ciblée de 2<sup>ème</sup> ligne si progression symptomatique.

## Cancers de l'apex pulmonaire T3-T4

Pour tous les cancers de l'apex : discussion du traitement en RCP.

Chez les patients opérables : discussion en RCP d'une chirurgie d'emblée (option).

Chez les patients opérables à la limite de la résécabilité : discussion en RCP d'une radiochimiothérapie concomitante pré-opératoire (option).

## 1<sup>ère</sup> année

Consensus régional :

- examen clinique tous les 4 mois,
- radiographie pulmonaire tous les 4 mois,
- scanner thoracique à 3 mois de la fin d'un traitement à intention curative.

Options en fonction des symptômes (suspicion de rechute) :

- scanner cérébral,
- TEP-Scan ou scintigraphie,
- autres examens (IRM, TDM...).

## 2<sup>ème</sup> à 5<sup>ème</sup> années

Consensus régional :

- examen clinique tous les 6 mois,
- radiographie pulmonaire ou scanner tous les 6 mois.

Options en fonction des symptômes (suspicion de rechute) :


- scanner thoracique,
- scanner cérébral,
- autres examens (TEP-Scan...).

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](http://www.canceraquitaine.org)

**Contacts :**

***Isabelle CIRILO-CASSAIGNE : Chargée d'études***

 [icirilo@canceraquitaine.org](mailto:icirilo@canceraquitaine.org)

***Suzy VEIGA : Assistante du RCA***

 [sveiga@canceraquitaine.org](mailto:sveiga@canceraquitaine.org)

