

Présentation clinique et diagnostic du cancer bronchique

Cours du Groupe d'Oncologie de Langue Française
Bruxelles – 15 Septembre 2014

Fabrice Barlesi, MD, PhD

*Multidisciplinary Oncology
& Therapeutic Innovations
CRO2 INSERM U911
Marseille - France*

 Aix*Marseille
université



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

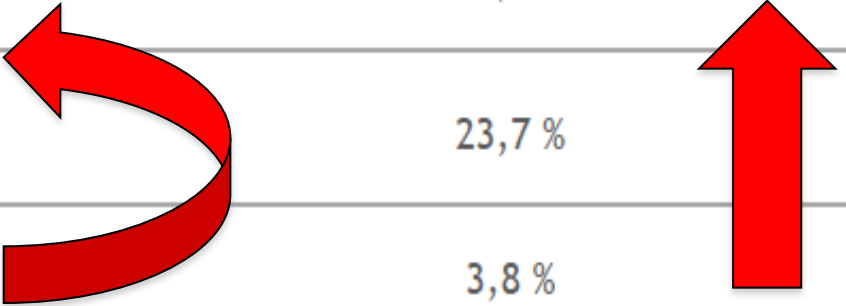
Conflits d'intérêt

- Aucun

Pourquoi ce cours ?

Tableau 1. Cancer du poumon non à petites cellules - Fréquence et survie par stade

	Fréquence au diagnostic	Survie relative à 5 ans ²
Cancer localisé Stades I et II	15 à 30 %	52,6 %
Cancer localement avancé Stade III	20 %	23,7 %
Cancer métastatique Stade IV	40 à 55 %	3,8 %
Tous stades	100 %	15,6 %



Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011

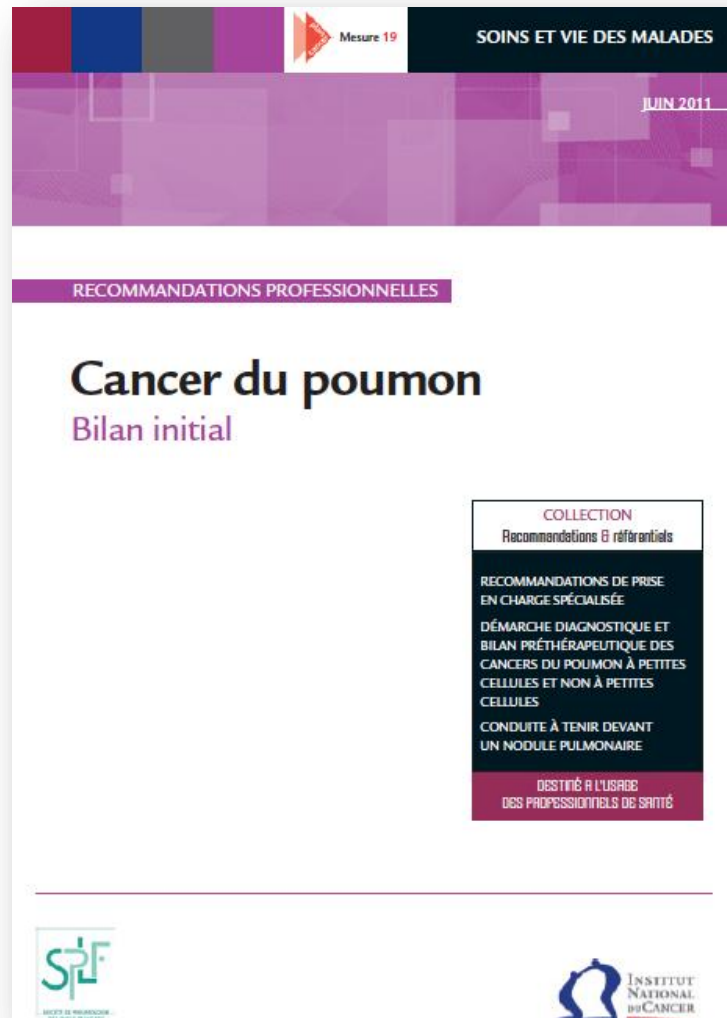
Agenda

- **Introduction**
- **Présentation clinique et radiologique**
- **Diagnostic histologique**
- **Bilan d'extension**
- **Bilan pré-thérapeutique**
- **Mesures associées**

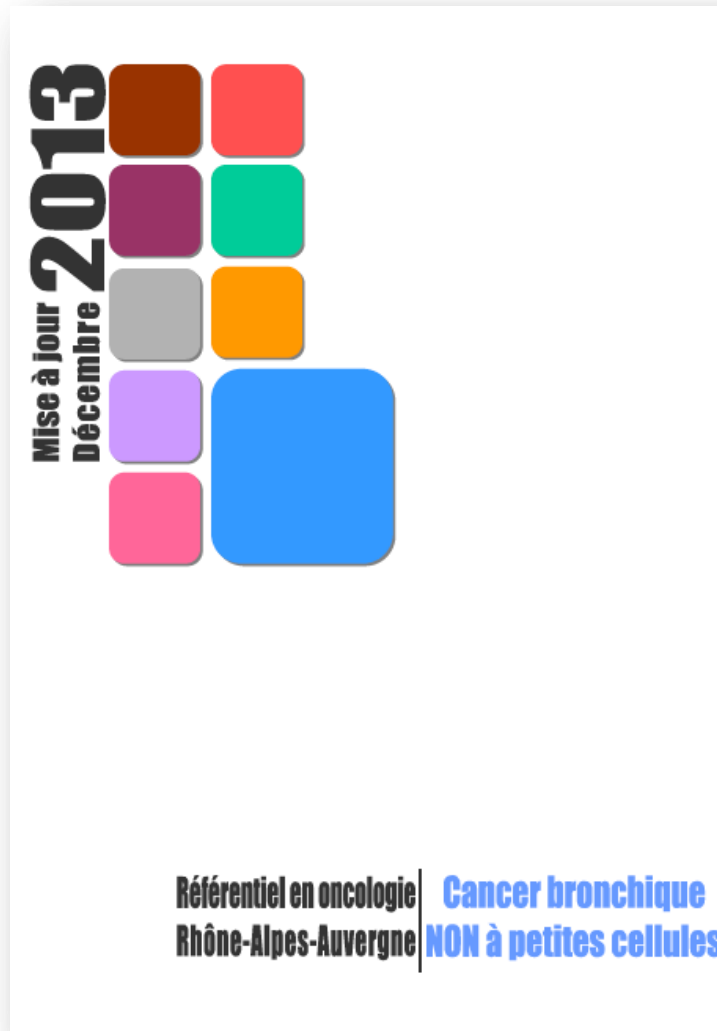
Agenda

- **Introduction**
- **Présentation clinique et radiologique**
- **Diagnostic histologique**
- **Bilan d'extension**
- **Bilan pré-thérapeutique**
- **Mesures associées**

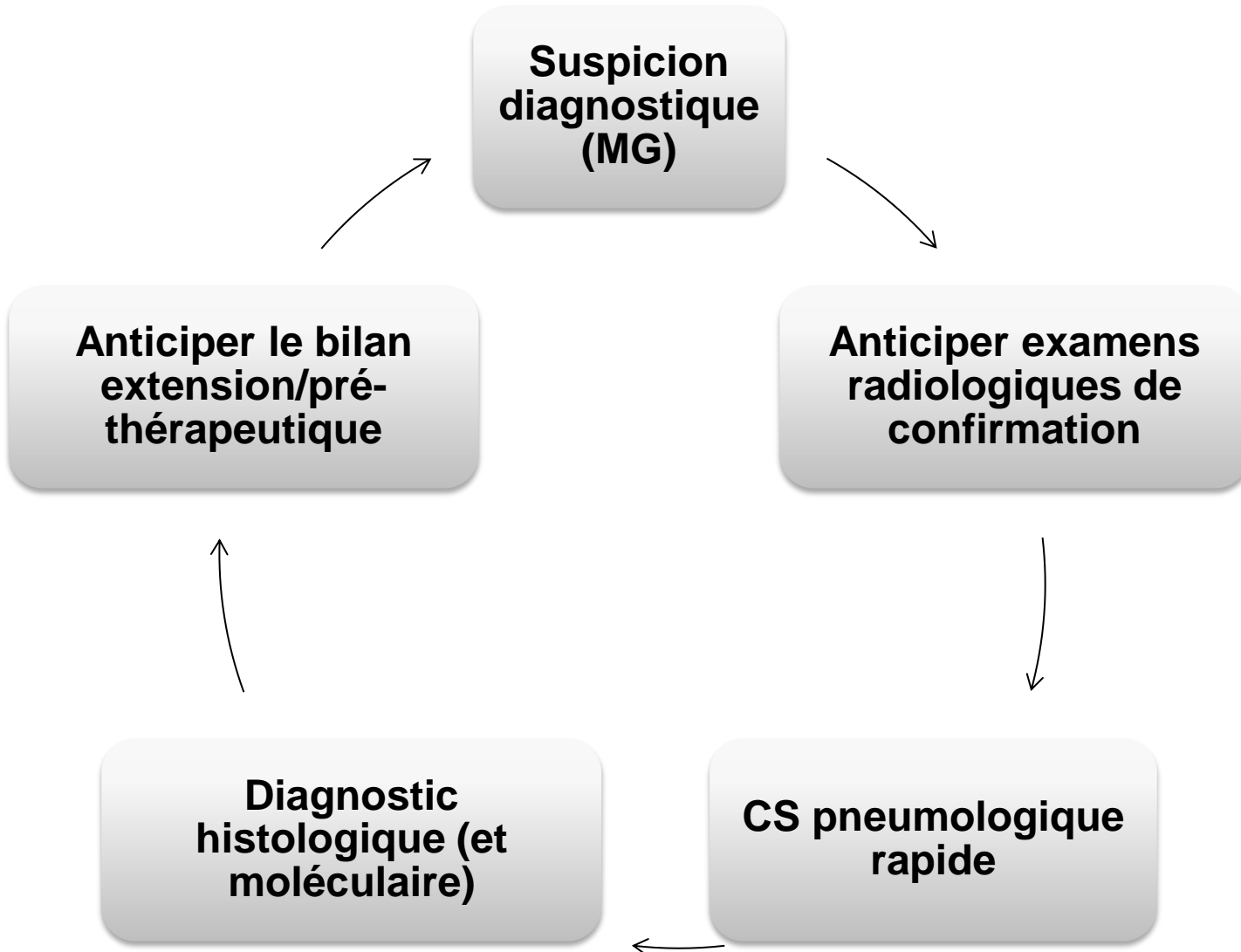
Recommandations INCa



Référentiels



Organisation d'un réseau



Agenda

- Introduction
- **Présentation clinique et radiologique**
- Diagnostic histologique
- Bilan d'extension
- Bilan pré-thérapeutique
- Mesures associées

Suspicion diagnostique

- Tout signe chez un fumeur ou un ex-fumeur
 - > 15 jours
 - Sans explication patente

Barlesi F et al, Rev Mal Respir (GOLF) 2014

Suspicion diagnostique

- Faire savoir que le diagnostic existe chez les non fumeurs
 - **30%** de non fumeuses / femmes

Barlesi F et al, Rev Mal Respir (GOLF) 2014

Suspicion diagnostique

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

Barlesi F et al,
Rev Mal Respir
(GOLF) 2014



Suspicion diagnostique

- **25% de malades asymptomatiques**
au diagnostic
 - Dépistage TDM faible densité ?
 - Porter attention aux examens
radiologiques (pré-op)

Ost DE et al, Chest 2013; Bilan initial cancer bronchique INCa2011

Présentation clinique

- Signes **locaux** par atteinte:
 - Voies aériennes (infections, dyspnée)
 - Axes vasculaires
 - Œsophage
 - Paroi thoracique
 - Structures neurologiques

Ost DE et al, Chest 2013; Bilan initial cancer bronchique INCa2011

Présentation clinique

- Signes **généraux**:
 - Asthénie (PS), anorexie, amaigrissement
 - Maladie thrombo-embolique

Ost DE et al, Chest 2013; Bilan initial cancer bronchique INCa2011

Présentation clinique

- Signes d'atteinte **métastatique**
 - Cerveau
 - Os
 - Poumon/plèvre
 - Foie
 - Surrénales

Ost DE et al, Chest 2013; Bilan initial cancer bronchique INCa2011

Présentation clinique

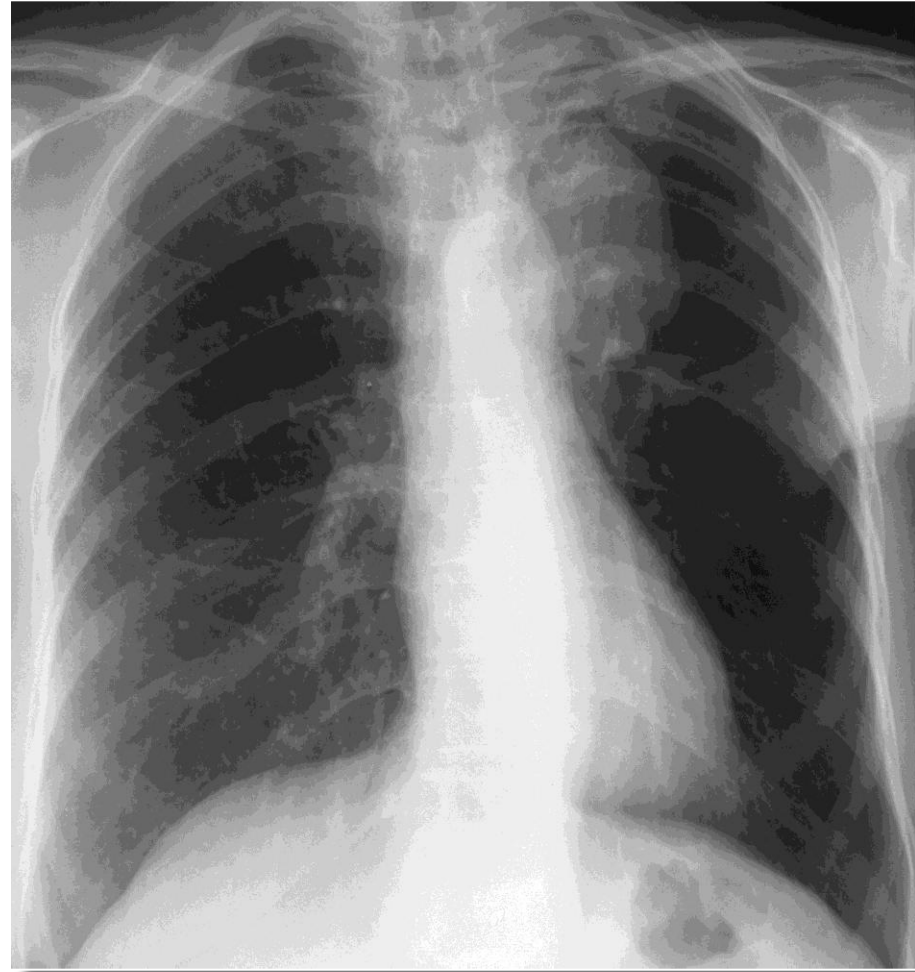
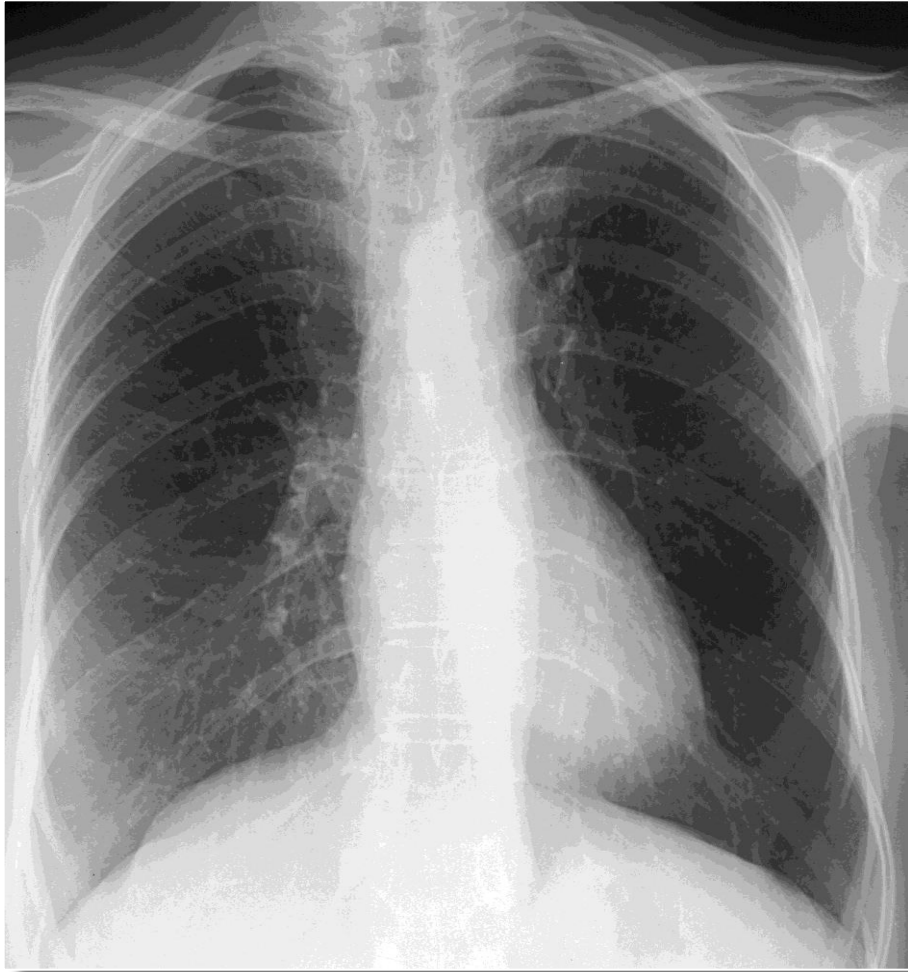
Endocrine syndromes	SIADH Nonmetastatic hypercalcemia Cushing syndrome Gynecomastia Elevated levels of LH and FSH	Hypoglycemia Hyperthyroidism Carcinoid syndrome Hypercalcitonemia
Neurologic syndromes	Subacute sensory neuropathy Intestinal pseudoobstruction Lambert-Eaton myasthenia syndrome Cancer associated retinopathy	Encephalomyelitis Necrotizing myelopathy Mononeuritis multiplex
Skeletal syndromes	Hypertrophic osteoarthropathy	Clubbing
Renal syndromes	Glomerulonephritis Nephrotic syndrome Metabolic syndromes	Lactic acidosis Hypouricemia
Systemic syndromes	Anorexia and cachexia	Fever
Collagen-vascular syndromes	Dermatomyositis Systemic lupus erythematosus	Vasculitis Polymyositis
Cutaneous syndromes	Acquired hypertrichosis lanuginosa <i>Erythema gyratum repens</i> Erythema multiforme Tylosis Erythroderma	Exfoliative dermatitis <i>Acanthosis nigricans</i> Sweet's syndrome Pruritus and urticaria
Hematologic	Leucocytosis and eosinophilia Leukemoid reactions Thrombocytopenic purpura	Anemia Thrombocytosis
Coagulopathies	Disseminated intravascular coagulation	Thromboembolism

Ost DE et al, Chest 2013

Présentation radiologique

- Nodule pulmonaire solitaire (parfois en verre dépoli)
- Poumon blanc

Présentation radiologique



Images, courtesy JP Senac & JL Pujol



Présentation radiologique



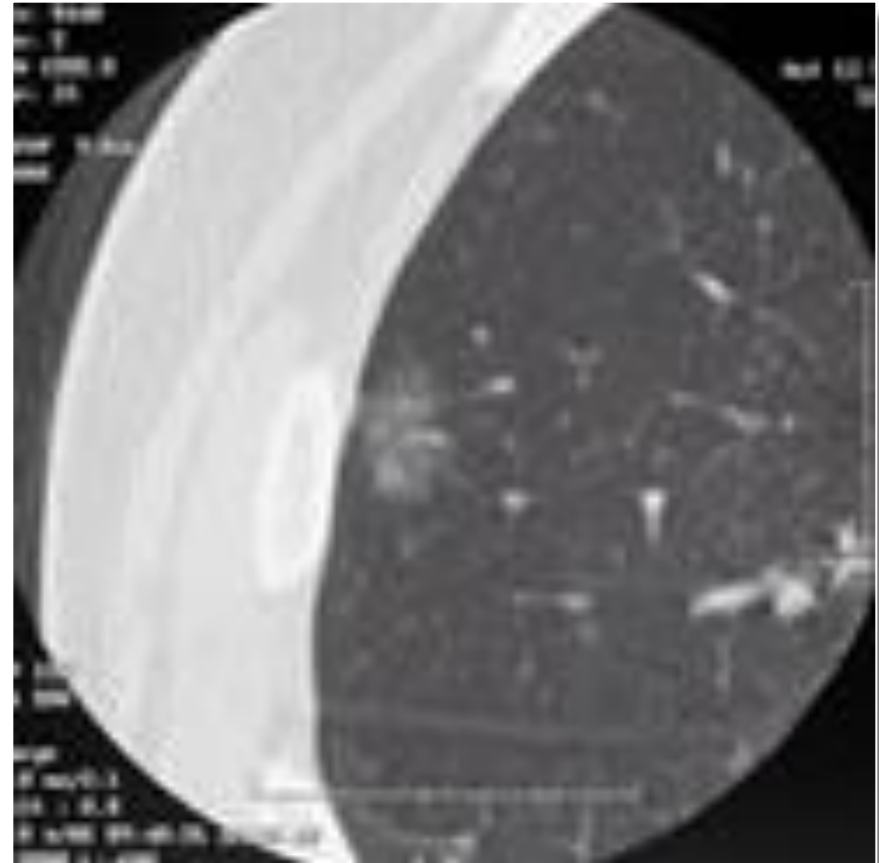
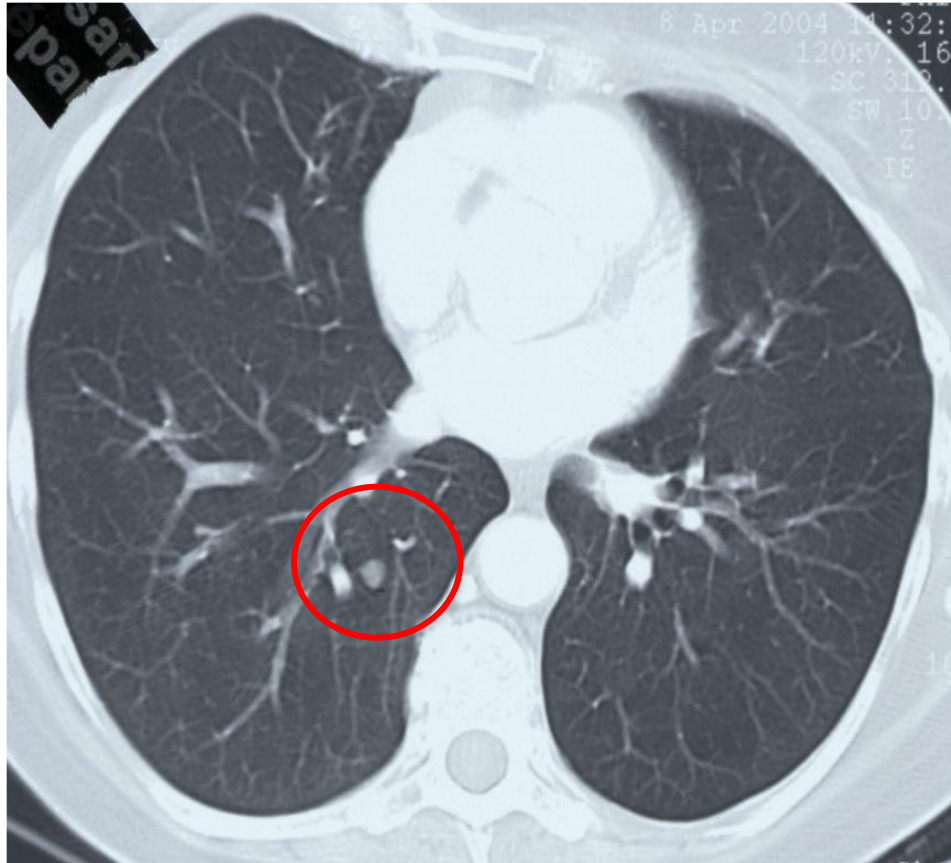
Barlesi F et al, Rev Mal Respir (GOLF) 2014

Présentation radiologique



Barlesi F et al, Rev Mal Respir (GOLF) 2014

Présentation radiologique

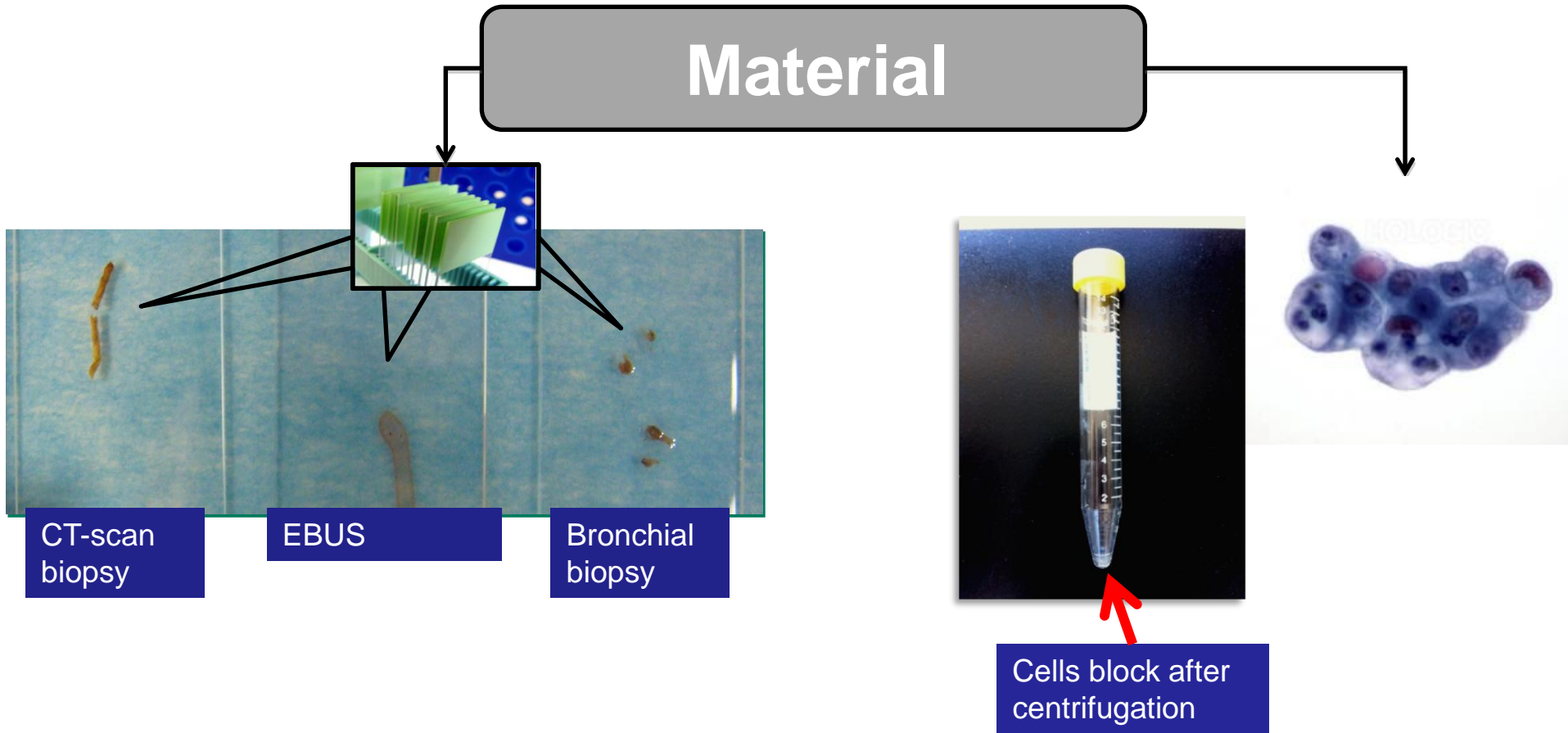


Images, courtesy JP Senac & JL Pujol

Agenda

- Introduction
- Présentation clinique et radiologique
- **Diagnostic histologique**
- Bilan d'extension
- Bilan pré-thérapeutique
- Mesures associées

Diagnostic de certitude

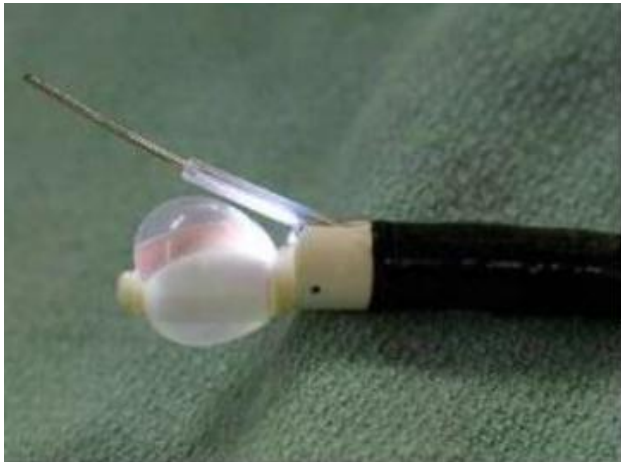


Marco & Barlesi, *Ann Pathol* 2010; Cells imaging from Patrice Roll (Aix Marseille University) and cytologystuff.com

Endoscopie bronchique



- Examen de référence (tumeur > 2 cm)
 - Biopsies (3 à 5, congelé)
 - Brossage
 - Lavage
 - Sensibilité diagnostique: **80%**
- Atteinte médiastinale:
 - Ponction transbronchique (échoguidée)
 - Sensibilité diagnostique: **56%**



Rivera MP et al, Chest 2013; Bilan initial cancer bronchique INCa2011

Endoscopie bronchique

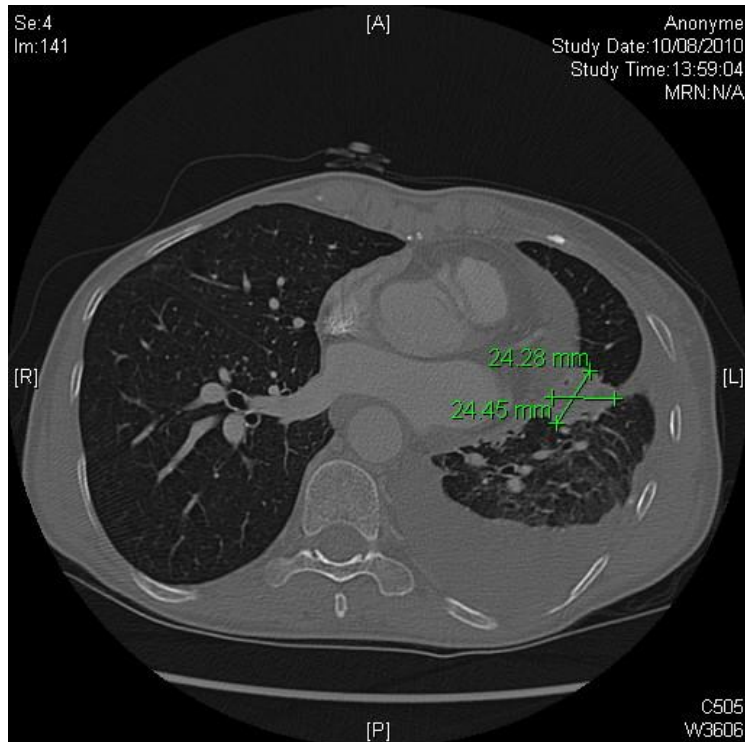
FIGURE 5. [Section 3.2.1] Sensitivity of flexible bronchoscopy for the diagnosis of bronchogenic carcinoma by lesion size.

All Methods:		< 2 cm LESION				> 2 cm LESION			
First Author	Year	N	Pos	Neg	Sens	N	Pos	Neg	Sens
Gasparini ¹¹⁰	1995	195	82	113	42	300	169	131	56
Hattori ⁷⁶	1971	17	13	4	76	182	150	32	82
Baaklini ⁸⁸	2000	16	4	12	25	135	93	42	69
Wallace ¹²²	1982	65	3	62	5	78	24	54	31
Bandoh ¹³⁰	2003	25	8	17	32	72	50	22	69
Radke ¹⁰⁶	1979	21	6	15	29	76	49	27	64
Naidich ¹²¹	1988	15	4	11	27	46	26	20	57
Trkanjec ¹²⁹	2003	17	9	8	53	33	27	6	82
McDougall ¹⁰⁵	1981	9	1	8	11	36	21	15	58
Stringfield ¹⁰⁷	1977	3	1	2	33	26	13	13	50
Summary		383	131	252	34	984	622	362	63

Rivera MP et al, Chest 2013

Ponction pleurale

- Examen facile
 - Diagnostic cytologique et moléculaire
 - Sensibilité diagnostique: **72%**



Rivera MP et al, Chest 2013; Bilan initial cancer bronchique INCa2011

Ponction trans-thoracique sous TDM

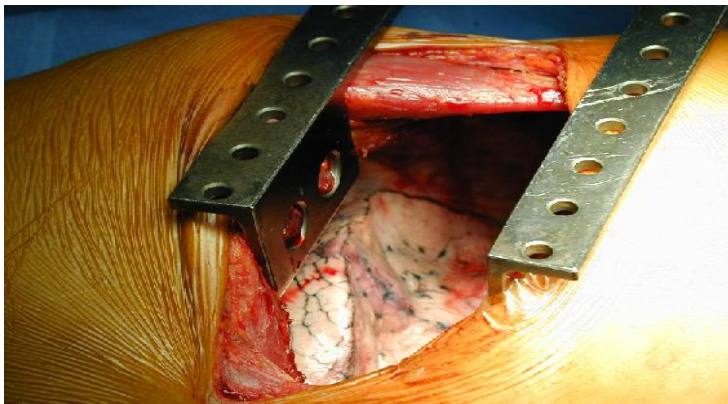


- Examen de référence (tumeur **périphérique**)
 - Carottes (**2 à 3**, congelé)
 - Sensibilité diagnostique: **90%**
- Complication: pneumothorax
 - **10 à 20%**
 - **1% drainage**
- **Place échocardiographie radiale et électro-navigation ?**



Rivera MP et al, Chest 2013; Bilan initial cancer bronchique INCa2011

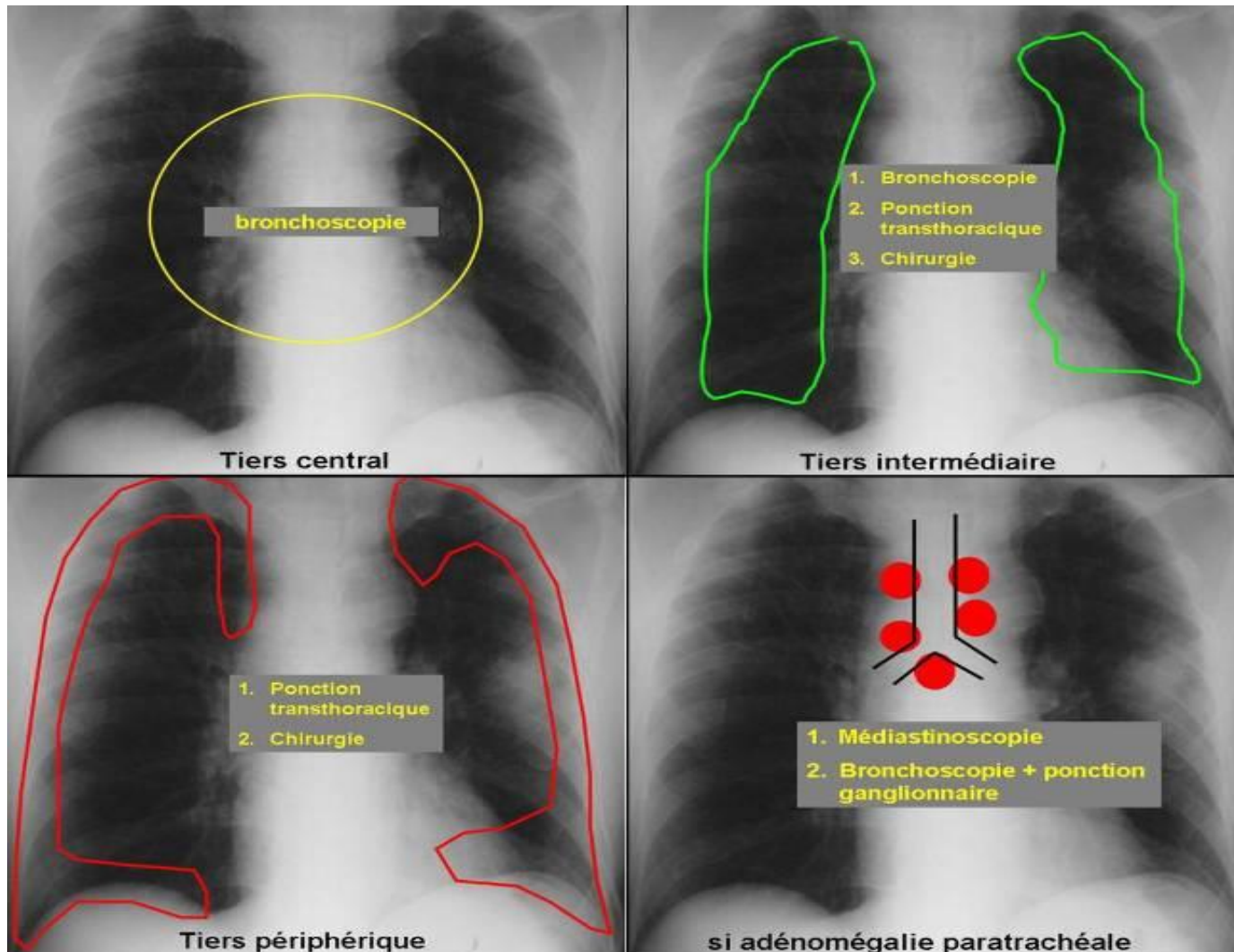
Ponction trans-thoracique sous TDM



- Vidéo-médiastinoscopie
- Thoracoscopie
- Thoracotomie
- Sensibilité diagnostique:
100%
- Complications

Rivera MP et al, Chest 2013; Bilan initial cancer bronchique INCa2011

Orientation des gestes diagnostiques



Quels sont les besoins en tissu/cellules ?

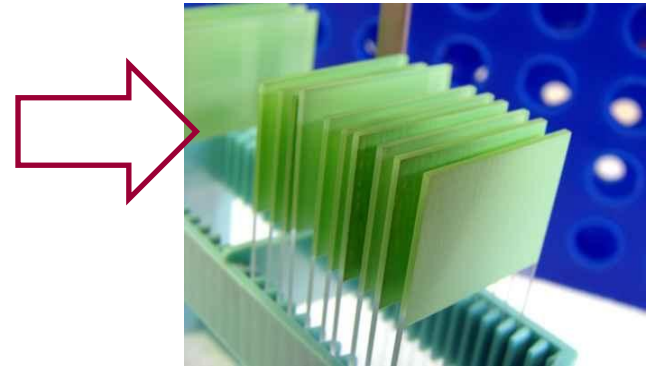
Soins:

- Diagnostic
- IHC: cMet, ...
- FISH: ALK, ROS, FGFR, ...
- Extraction ADN: EGFR, KRAS, BRAF, HER2, PI3K

Recherche clinique:

- IHC: cMet
- FISH: FGFR

+ Tissu congelé (CGH)



Biomarkers France: Samples (n=9911)

		%
Samples collection	Bronchoscopy	27.5
	Trans-thoracic biopsy	28
	Surgery	24.1
	Other	20.4
Delay between sample collection and analysis (days, median)		8
Samples analyzed/patient	1	95.5
	2	4.3
	3 or more	0.2
Delay between start of analysis and results (days, median)		11
Histology	Adenocarcinoma/Large Cell C.	76.1/3.2
	Squamous Cell C.	5.3
	Other NSCLC subtypes	15.4

Barlesi F et al, ASCO 2013

Autres techniques ?

- ‘Liquid biopsy’: CTC? cfDNA?

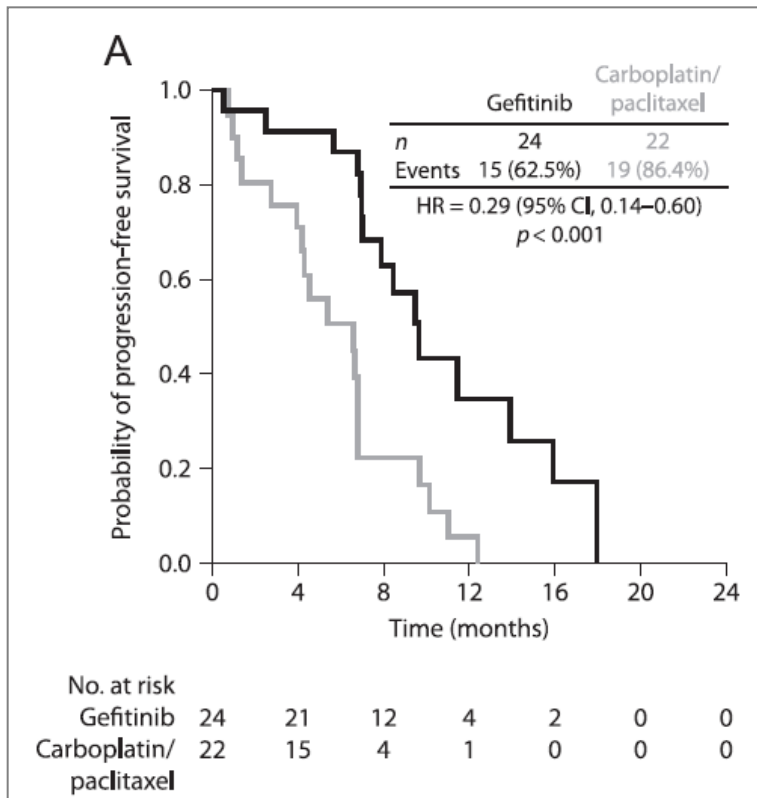


TABLE 2. Comparison of *EGFR* Mutation Status in cfDNA and Tumor Samples in 86 Patients with a Known *EGFR* Mutation Status Using Both Methods (Japanese^a ITT Population)

	Mutation Status (Tumor Tissue), <i>n</i>		
	M+	M–	Total
Mutation status (cfDNA), <i>n</i>			
M+	22	0	22
M–	29	35	64
Total	51	35	86

Sensitivity = 43.1% (22 cfDNA M+ out of 51 tumor M+).^b

Specificity = 100% (all 35 tumor M– were cfDNA M–).^b

Positive predictive value = 100% (all 22 cfDNA M+ were tumor M+).^b

Negative predictive value = 54.7% (35 tumor M– out of 64 cfDNA M–).^b

Concordance = 66.3% (cfDNA and tumor results agreed in 57 of 86 cases).^{b,c}

^a Refers to the country of recruitment and not necessarily to racial origin.

^b Those with a known *EGFR* mutation status using both methods.

^c Kappa coefficient 0.38 (95% CI, 0.24–0.53).

cfDNA, circulating free DNA; CI, confidence interval; *EGFR*, epidermal growth factor receptor; ITT, intent-to-treat; M+, mutation positive; M–, mutation negative.

Goto K et al, J Thorac Oncol 2012

Autres techniques ?



- **SENSIBILITE MAUVAISE**
- **Cytologie de l'expectoration** (*sauf CI geste invasif*)
- **Marqueurs tumoraux sériques** (*inutile et cher*)

Rivera MP et al, Chest 2013; Bilan initial cancer bronchique INCa2011

Agenda

- Introduction
- Présentation clinique et radiologique
- Diagnostic histologique
- **Bilan d'extension**
- Bilan pré-thérapeutique
- Mesures associées

Objectif

T1

- Tumeur de **3 cm ou moins** dans ses plus grandes dimensions, entourée par du poumon ou de la plèvre viscérale, sans évidence d'invasion plus proximale que les bronches lobaires à la bronchoscopie (c'est-à-dire pas dans les bronches souches).
- **T1a** Tumeur de **moins de 2 cm** dans son plus grand diamètre
 - **T1b** Tumeur **entre 2 et 3 cm** dans son plus grand diamètre

T2

- Tumeur avec l'un quelconque des éléments suivants d'extension :
- **plus de 3 cm, mais moins de 7 cm** de plus grand diamètre,
 - **T2a** Tumeur de **plus de 3 et inférieure ou égale à 5 cm** dans son plus grand diamètre
 - **T2b** Tumeur de **plus de 5 cm et inférieure ou égale à 7 cm** dans son plus grand diamètre
 - envahissement de la plèvre viscérale quelle que soit la taille de la tumeur, envahissement d'une bronche souche à une distance supérieure à 2 cm de la carène.
 - existence d'une atélectasie ou d'une pneumopathie obstructive étendue à la région hilare mais ne s'étendant pas à tout le poumon.

T3

- Tumeur de **plus de 7 cm**, ou ayant au moins l'un des caractères invasifs suivants :
- atteinte de la paroi thoracique (incluant les tumeurs du sommet),
 - atteinte du diaphragme,
 - atteinte du nerf phrénique
 - atteinte de la plèvre pariétale, médiastinale ou du péricarde,
 - tumeur dans les bronches souches à moins de 2 cm de la carène sans envahissement carénaire,
 - association à une atélectasie ou à une pneumopathie obstructive de tout le poumon.
 - nodules tumoraux dans le même lobe

T4

- Tumeur quelles que soient ses dimensions, comportant un envahissement quelconque parmi les suivants :
- médiastin
 - cœur ou gros vaisseaux
 - trachée
 - nerf récurrent
 - oesophage
 - corps vertébraux
 - carène
 - nodules tumoraux séparés dans deux lobes différents du même poumon

Objectif

N - GANGLIONS REGIONAUX (cf Fig. 2)

- NX** Envahissement loco-régional inconnu
- N0** Absence de métastase dans les ganglions lymphatiques régionaux
- N1 :** Métastases ganglionnaires péri-bronchiques homolatérales et/ou hilaires homolatérales incluant une extension directe
- N2 :** Métastases dans les ganglions médiastinaux homolatéraux ou dans les ganglions sous-carénaux
- N3 :** Métastases ganglionnaires médiastinales contro-latérales ou hilaires contro-latérales ou scaléniques, sus-claviculaires homo- ou contro-latérales

M - METASTASES

- M0** Pas de métastase à distance
- M1** Existence de métastases
 - M1a** Nodules tumoraux séparés dans un lobe controlatéral, ou nodules pleuraux ou pleurésie maligne ou péricardite maligne
 - M1b** Métastases à distance

Objectif

CLASSIFICATION PAR STADE

Carcinome occulte	Tx N0 M0
Stade 0	Tis N0 M0
Stade I A	T1 a, b, N0 M0
Stade I B	T2a N0 M0
Stade II A	T1a,b N1 M0
	T2a N1 M0
	T2b N0 M0
Stade II B	T2b N1 M0
	T3 N0 M0
Stade III A	T1,2 N2 M0
	T3 N1, 2 M0
	T4 N0,1 M0
Stade III B	T4 N2 M0
	T1-4 N3 M0
Stade IV	T1-4 N0-3 M1

	N0	N1	N2	N3
T1a,b	IA	IIA	IIIA	IIIB
T2a	IB	IIA	IIIA	IIIB
T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T3	IIB	IIIA	IIIA	IIIB
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB
M1a,b	IV	IV	IV	IV

Figure 1 :

Classification des cancers bronchiques en stades

Evaluation tumorale (T)

- TDM thoracique
- Fibroscopie bronchique (biopsies)
- Ponction pleurale
- Cas particulier (Pancoast-Tobias): IRM thoracique

Rivera MP et al, Chest 2013; Bilan initial cancer bronchique INCa2011

Evaluation ganglionnaire (N)

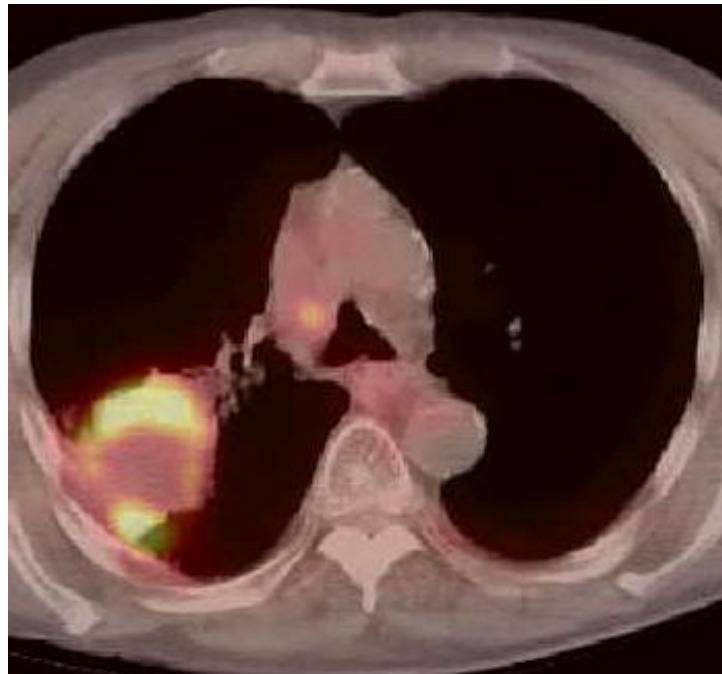
- TDM thoracique
- TEP-TDM

Référence	Type d'examen	Se (%)	Sp (%)	VPN (%)	VPP (%)
Examens d'imagerie					
[GOULD2003] ¹	TDM	61	79	-	-
	TEP	85	90	-	-
[ALONGI2006] ¹	TDM	68	76	-	-
	TEP	83	87	-	-
[YASUFUKU2006] ³	TDM	76,9	55,3	87,5	37
	TEP	80,0	70,1	91,5	46,5
[BIRIM2005] ¹	TDM	59	78	-	-
	TEP	83	92	-	-
[FISCHER2001] ²	TEP	83	96	95	87

Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011

Evaluation ganglionnaire (N)

- TEP-TDM: preuve histo/cytologique



Rivera MP et al, Chest 2013; Bilan initial cancer bronchique INCa2011

Evaluation ganglionnaire (N)

- TEP-TDM: preuve histo/cytologique
 - Tumeur centrale
 - Tumeur faiblement métabolique
 - Attente ganglionnaire hilaire
 - Atteinte ganglionnaire > 16mm

Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011

Evaluation ganglionnaire (N)

- Gold standard: médiastinoscopie
- # équivalent: écho-endoscopies
- Indications:
 - Localisation ganglionnaire
 - Type de stratégie envisagée
 - Disponibilité / expérience

Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011

Evaluation métastatique (M)

- TDM ou IRM cérébrale
 - CI aux PDC iodés
 - Traitement local cérébral envisagé
 - Traitement local thoracique ?

Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011

Evaluation métastatique (M)

- TEP-TDM
- > TDM



Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011

Evaluation métastatique (M)

Référence	Type d'examen	Se (%)	Sp (%)	VPN (%)	VPP (%)
Métastases osseuses					
[QU2011] ¹	TEP-TDM	92	98	-	-
	TEP	87	94	-	-
	IRM	77	92	-	-
	SO	86	88	-	-
[MIN2009] ²	TEP-TDM	93,3 ³	94,1 ⁴	98,6	75,7
	SO	93,3 ³	44,1 ⁴	97,1	24,7
[SONG2009] ²	TEP-TDM	94,3 ⁵	98,8 ⁶	99,3	90,0
	SO	78,1 ⁹	97,4 ⁶	97,4	75,9
[HSIA2002] ²	TEP	93,4	-	-	-
	SO	92,5	-	-	-
[NOSOTTI2008] ³	TEP	96	99	99	98
	SO	67	94	95	64
[BURY1998] ²	TEP	90	98	98	90
	SO	90	61	96	35
[GAYED2003] ²	TEP	73 ⁷	88 ⁸	97 ⁹	46 ¹⁰
	SO	81 ⁷	78 ⁸	93 ⁹	34 ¹⁰
[CHERAN2004] ²	TEP	91	96	97	85
	SO	75	95	93	72
Métastases surrénaliennes					
[NOSOTTI2008] ²	TEP	100	100	100	100
	TDM	72	98	99	57
[LU2010] ¹	TEP-TDM	97	94	94	95
Métastases hépatiques					
[NOSOTTI2008] ²	TEP TDM	100 62	100 99	100 99	100 55
Métastases pulmonaires					
[NOSOTTI2008] ²	TEP TDM	95 78	98 98	99 97	89 83

Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011

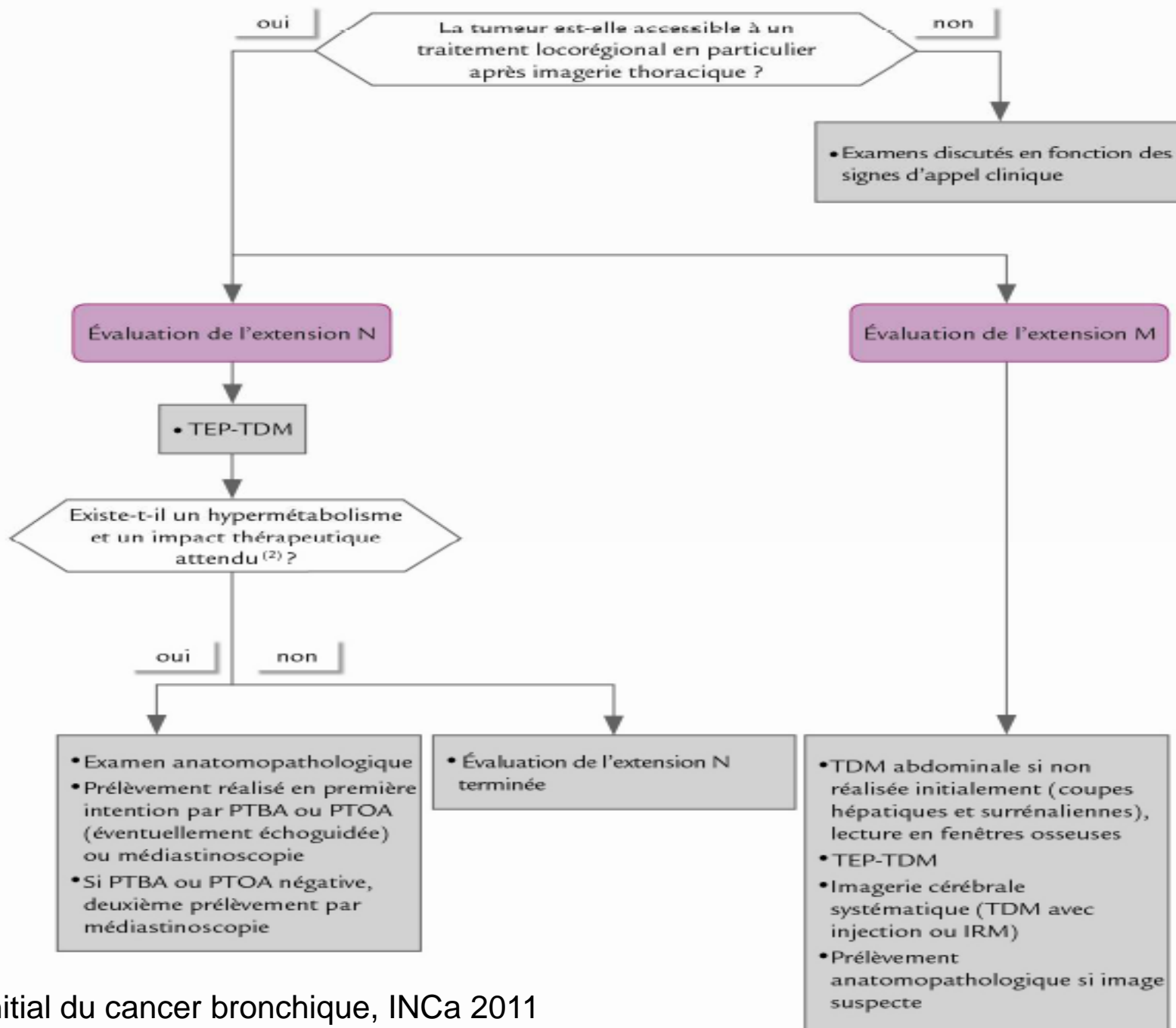


Evaluation métastatique (M)

- Tout site métastatique unique **DOIT** être prouvé histo- ou cytologiquement.
- **Justifier le non respect** de cette recommandation (cerveau, impact stratégique, etc)*

Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011; *Avis personnel

3. BILAN D'EXTENSION⁽¹⁾

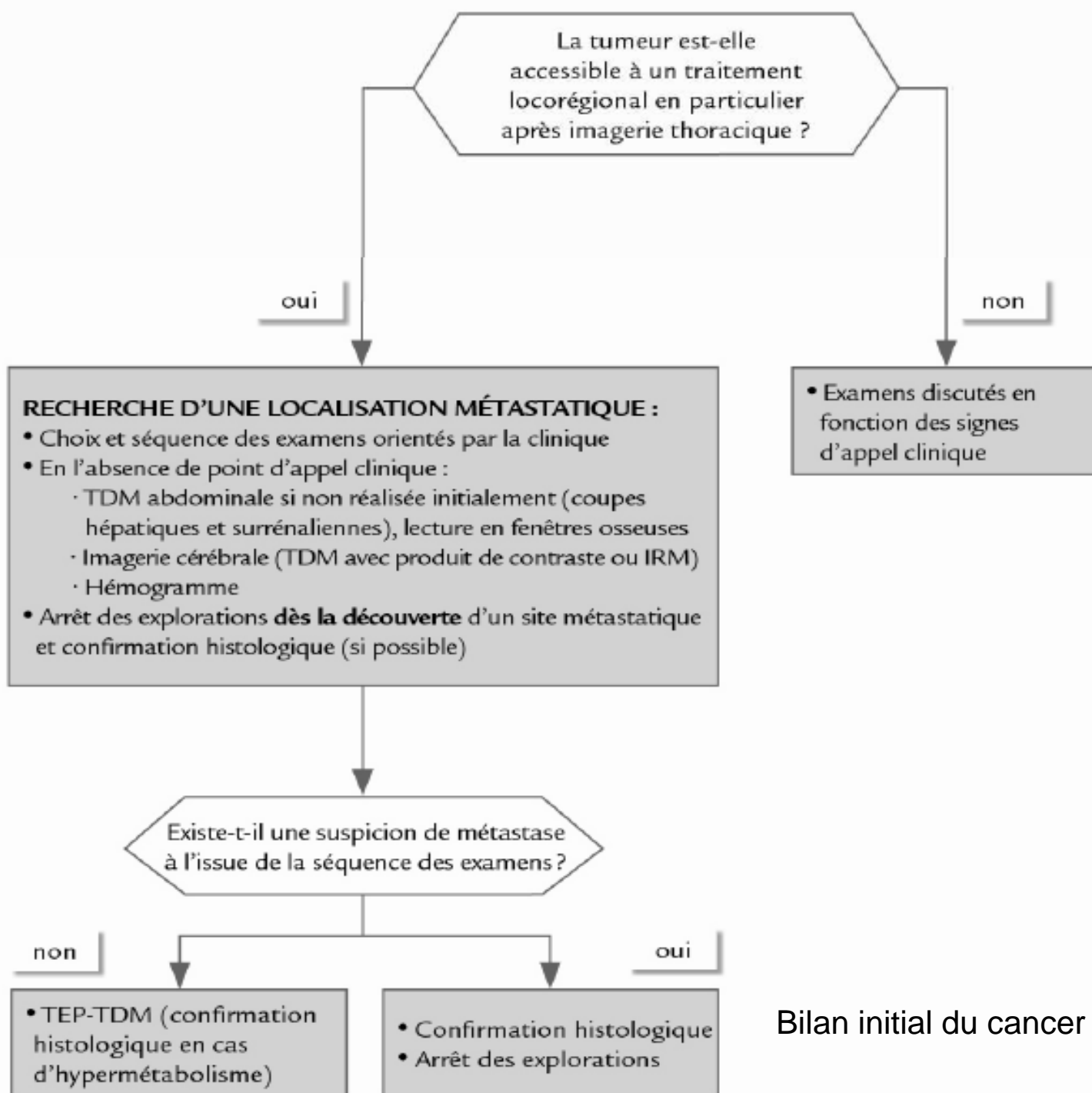


Le CPC à part ?

- Place du TEP-TDM

Référence	Type d'examen	Se (%)	Sp (%)
Évaluation ganglionnaire extrathoracique			
[BRINK2004] ¹	TEP TDM	100 70	98 94
Métastases cérébrales			
[BRINK2004] ¹	TEP IRM ou TDM	46 ² 100 ²	97 ³ 100 ³
Métastases à distance (hors métastases cérébrales)			
[BRINK2004] ¹	TEP TDM	98 83	92 79
Métastases osseuses			
[FISCHER2007] ¹	TEP TEP-TDM TDM SO	80 80 30 75	- - - 58

Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011



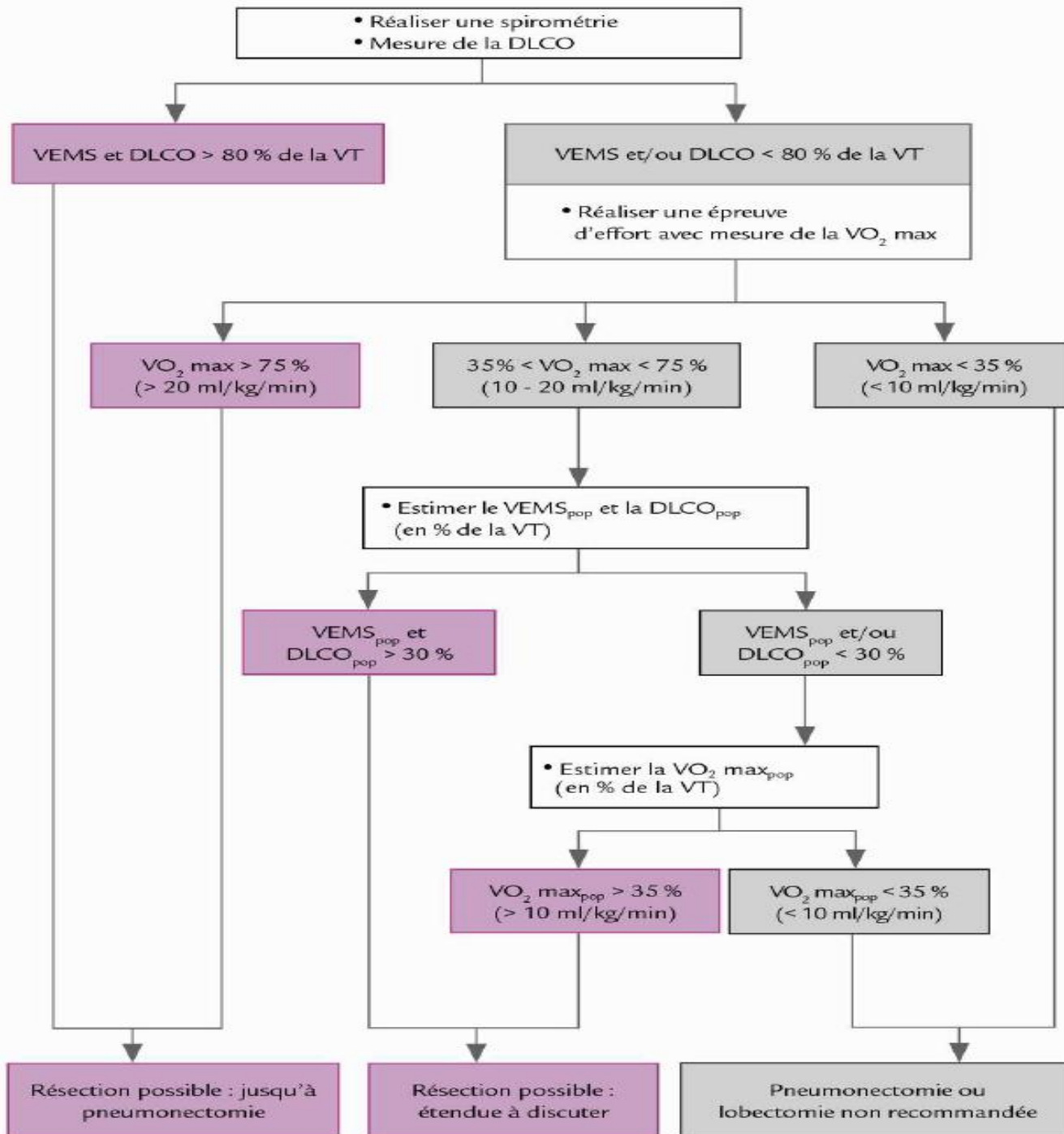
Agenda

- Introduction
- Présentation clinique et radiologique
- Diagnostic histologique
- Bilan d'extension
- **Bilan pré-thérapeutique**
- Mesures associées

Bilan fonctionnel respiratoire

- EFR TLCO
 - Avant chirurgie
 - Avant radiothérapie

Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011



Bilan initial
du cancer bronchique,
INCa 2011

Facteurs de risque cardiovasculaire

- Chirurgie à risque élevée (incluant les chirurgies intrathoraciques)
- Cardiopathie ischémique (infarctus ou angor connu, traitement par dérivés nitrés ou onde Q à l'ECG) (ne pas prendre en compte un antécédent de revascularisation coronarienne à moins que l'un des critères cités soit encore présent)
- Antécédent d'insuffisance cardiaque
- Antécédent cérébrovasculaire
- Diabète insulino-dépendant
- Créatininémie > 2,0 mg/dL (177 µmol/L)

Lee et al (Revised Cardiac Risk Index), Circulation 1999

Bilan fonctionnel cardiovasculaire

- Echocardiographie et/ou bilan coronarien:
 - 2 RCRI
 - Cardiopathie de découverte récente
 - Insuffisance cardiaque (décompensée)

Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011

Bilan avant traitement systémique

- Chimiothérapie ou thérapie ciblée
 - RCP produit

Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011

Bilan fonctionnel

- Autre:
 - Etat nutritionnel
 - Etat bucco-dentaire
 - Comorbidités
 - Sevrage tabagique (traitement local)

Bilan initial du cancer bronchique, INCa 2011

Agenda

- Introduction
- Présentation clinique et radiologique
- Diagnostic histologique
- Bilan d'extension
- Bilan pré-thérapeutique
- **Mesures associées**

Délais (US)

First Author (Study Period)	No.	Setting	Cohort	Results
Finlay ¹³⁴ (1992-1996)	42	New England Medical Center	Lung cancer	Median days from diagnosis to treatment: 31 (Asian) vs. 26 (non-Asian)
Quarterman ¹³⁵ (1989-1999)	84	San Francisco VA	Surgery for NSCLC	Median days from suspicion to treatment: 82
Liu ¹³⁶ (1995-2001)	1,394	Hawaii	NSCLC cases in cancer registry	Median days from diagnosis to treatment: 27 (native Hawaiian) vs. 28 (non-Hawaiian)
Dransfield ¹³⁷ (1999-2003)	156	Birmingham VA	Surgery for NSCLC (n = 31)	Median days from surgical consultation to resection: 104
Riedel ¹³⁸ (1999-2003)	345	Durham VA	Lung cancer	Median days from diagnosis to treatment: 21 (multidisciplinary clinic) vs. 23 (conventional)
Gould ¹³⁹ (2002-2003)	129	Palo Alto VA	NSCLC	Median days from suspicion to treatment, 84
Schultz ¹⁴⁰ (2002-2005)	2,372	127 VA hospitals	Lung cancer	Median days from suspicion to treatment: 90 (stage I or II) vs. 52 (stage III or IV)
Yorio ¹⁴¹ (2000-2005)	482	UT Southwestern	Stage I-III NSCLC	Median days from suspicion to treatment: 76 (public hospital) vs. 45 (private)

Ost D et al, Chest 2013

Délais (France)

Tableau 2 Délais diagnostiques dans la prise en charge du cancer bronchique en France, d'après [9].

Délais*	Moyenne (écart type), en jours
Diagnostic (imagerie/CR anatomopathologique)	21,5 (17,6)
Proposition thérapeutique (CR anatomopathologique/RCP)	13,5 (10,7)
Premier traitement (RCP/ Chirurgie ou chimiothérapie)	19,8 (16,4)
Global imagerie/premier traitement	51,5 (30,6)

* : ces délais ne prennent pas en compte le temps entre la suspicion diagnostique (premier symptôme) et l'imagerie.

Barlesi F et al, Rev Mal Respir (GOLF) 2014



Biomarkers France: Delays (n=9911)

		%
Samples collection	Bronchoscopy	27.5
	Trans-thoracic biopsy	28
	Surgery	24.1
	Other	20.4
Delay between sample collection and analysis (days, median)		8
Samples analyzed/patient	1	95.5
	2	4.3
	3 or more	0.2
Delay between start of analysis and results (days, median)		11
Histology	Adenocarcinoma/Large Cell C.	76.1/3.2
	Squamous Cell C.	5.3
	Other NSCLC subtypes	15.4

Barlesi F et al, ASCO 2013

Discussion collégiale (RCP)

- Enregistrement obligatoire (référentiels)
- Discussion cas « atypiques »
 - DHOS 22 Février 2005
 - Pneumo-cancérologue
 - Chirurgien
 - Radiologue

Plan personnalisé de soins

- Principales étapes (calendrier)
 - Thérapeutiques
 - Evaluations
 - Suivi

Soins de support

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Patients with metastatic non–small-cell lung cancer have a substantial symptom burden and may receive aggressive care at the end of life. We examined the effect of introducing palliative care early after diagnosis on patient-reported outcomes and end-of-life care among ambulatory patients with newly diagnosed disease.

METHODS

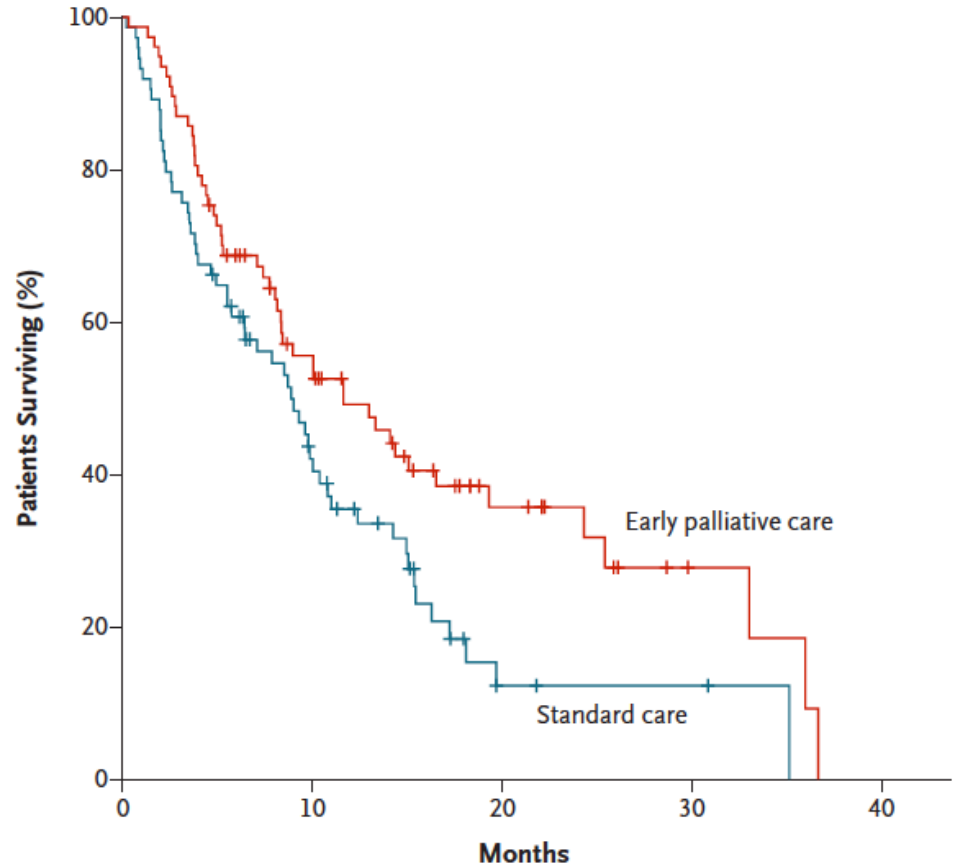
We randomly assigned patients with newly diagnosed metastatic non–small-cell lung cancer to receive either early palliative care integrated with standard oncologic care or standard oncologic care alone. Quality of life and mood were assessed at baseline and at 12 weeks with the use of the Functional Assessment of Cancer Therapy–Lung (FACT-L) scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale, respectively. The primary outcome was the change in the quality of life at 12 weeks. Data on end-of-life care were collected from electronic medical records.

RESULTS

Of the 151 patients who underwent randomization, 27 died by 12 weeks and 107 (86% of the remaining patients) completed assessments. Patients assigned to early palliative care had a better quality of life than did patients assigned to standard care (mean score on the FACT-L scale [in which scores range from 0 to 136, with higher scores indicating better quality of life], 98.0 vs. 91.5; $P=0.03$). In addition, fewer patients in the palliative care group than in the standard care group had depressive symptoms (16% vs. 38%, $P=0.01$). Despite the fact that fewer patients in the early palliative care group than in the standard care group received aggressive end-of-life care (33% vs. 54%, $P=0.05$), median survival was longer among patients receiving early palliative care (11.6 months vs. 8.9 months, $P=0.02$).

CONCLUSIONS

Among patients with metastatic non–small-cell lung cancer, early palliative care led to significant improvements in both quality of life and mood. As compared with patients receiving standard care, patients receiving early palliative care had less aggressive care at the end of life but longer survival. (Funded by an American Society of Clinical Oncology Career Development Award and philanthropic gifts; ClinicalTrials.gov number, NCT01038271.)



Tremel et al, N Engl J Med 2010

Dispositif d'annonce

- Conditions optimales
- Temps dédié(s)
- Ressources adéquates
- Présentation et explication du PPS
- Pronostic ? Velléité curative ou pas ?
- Mesures associées (ALD30, maladies professionnelles si applicable, etc)

Recherche maladies professionnelles

QUESTIONNAIRE PROFESSIONNEL

Nom : Prénom :

Sexe : féminin masculin Date de naissance :

N° dossier :

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire a pour objectif de repérer les sources d'exposition à des nuisances éventuellement rencontrées au cours de l'un des emplois que vous avez occupés dans votre carrière professionnelle et qui pourraient peut-être avoir un lien avec votre maladie pulmonaire. Les activités effectuées en tant qu'agent intérimaire doivent également être prises en compte. Des questions vont vous être posées sur vos activités antérieures, ces questions ayant été regroupées en fonction des nuisances qui sont recherchées. Les années de début et de fin de ces activités vous sont demandées, car il est en règle générale exigé une durée minimale d'exposition par la Sécurité sociale pour l'obtention d'une reconnaissance de votre maladie en maladie professionnelle.

A - PREMIÈRE PARTIE

Amiante (TRG 30C ou 30 bis ; TRA 47C ou 47 bis)

← Au cours de votre activité professionnelle, avez-vous exercé l'un des métiers suivants ?

Catégories	Métiers	Début (année)	Fin (année)
Fabrication d'articles contenant de l'amiante	Ouvrier de fabrication de fibrociment, garnitures de freins, embrayages, textile amiante, joints, matériaux d'isolation		
Construction et réparation navale	Métiers de la construction navale avant 1980 Métiers de la réparation navale (ouvriers, techniciens, agents d'encadrement...)		
Raffinerie, pétrochimie, avant 1996	Agent d'entretien et de maintenance, opérateur et agent de maîtrise		
Bâtiment et travaux publics	Calorifugeur Fiqueur, ouvrier de l'isolation (thermique, phonique) Chauffagiste Maçon fumiste industriel Ouvrier d'entretien des chaudières et ramoneur Monteur en gaines de ventilation Tuyauteur Électricien Canalisateur, constructeur en canalisations d'hygiène publique et voies urbaines Étanchéiste Poseur de faux plafonds Installateur de matériel de protection incendie Installateur-mécanicien d'installations de réfrigération et de climatisation Soudeur, oxygoupeur Démolisser		

**** Exposition certaine à ses agents reconnus à son entrée de maladie professionnelle au titre d'activité professionnelle ou pendant la période de pré-maladie non déclarée en maladie professionnelle.

*** Exposition probable à l'amiante.

** Exposition possible à l'amiante, à confirmer par questions spécifiques.

www.splf.org

(inforespir 2008)

Conclusions

- Pas un problème de diagnostic
- Etablir VITE une stratégie thérapeutique
 - Certitude diagnostique
 - Eléments bio-moléculaires / accès aux essais
 - Mettre en œuvre les collaborations nécessaires
- Référentiels / recommandations
- Placer cette stratégie au service d'un malade unique