

# Le cancer du poumon: aspect palliatif de la trajectoire de soins



mai 2012

Congrès Soins Palliatifs

Dr Chantal Lafond

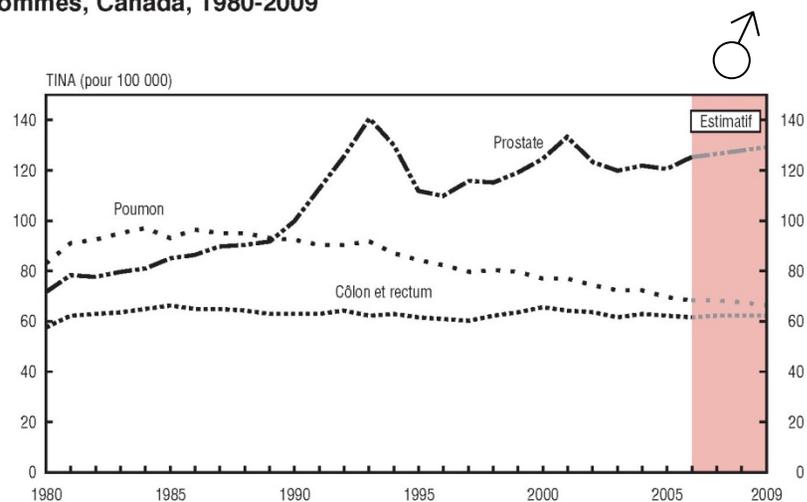
Pneumologue

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

*Aucun conflit d'intérêt à divulguer*

# Incidence du cancer du poumon

**Figure 4.6**  
Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers ,  
hommes, Canada, 1980-2009



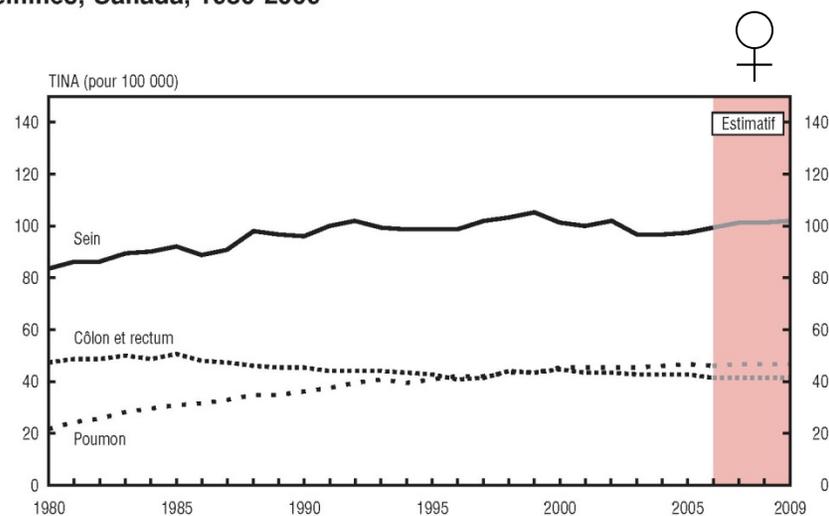
**Nota :** Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006 sauf au Québec.

**Analyse :** Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

*Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*

**Figure 4.8**  
Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers ,  
femmes, Canada, 1980-2009



**Nota :** Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006 sauf au Québec.

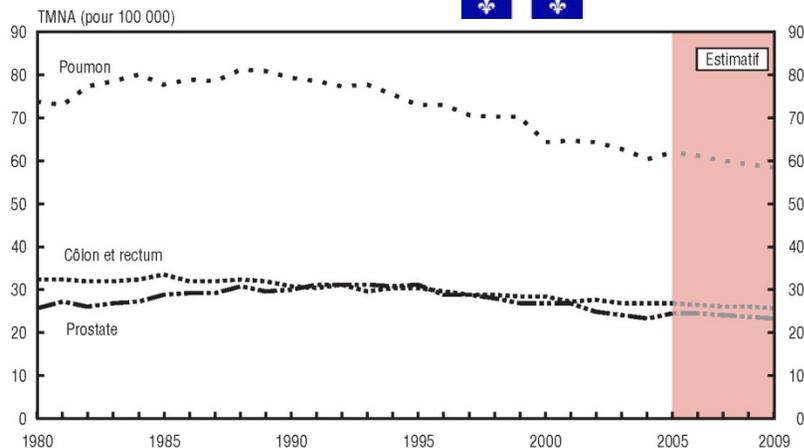
**Analyse :** Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

*Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*

# Mortalité d ue au cancer du poumon

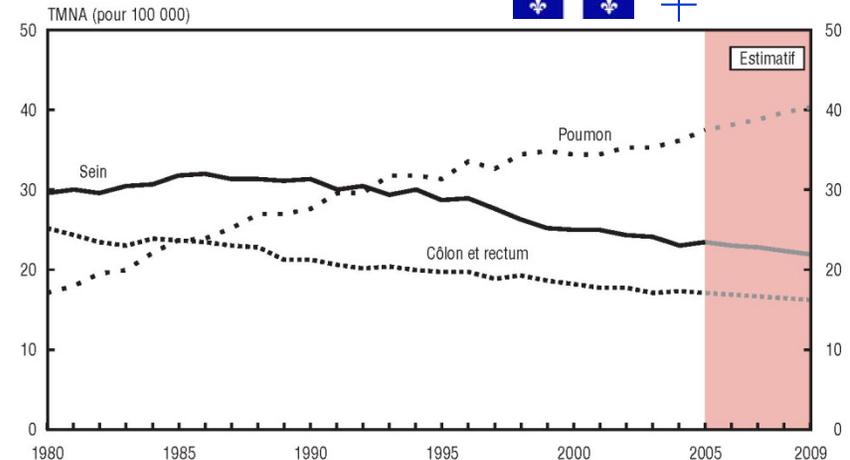
**Figure 4.7**  
Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers , hommes, Canada, 1980-2009



**Nota :** Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.  
**Analyse :** Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada  
**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil-Décès   Statistique Canada

*Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*

**Figure 4.9**  
Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers , femmes, Canada, 1980-2009



**Nota :** Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.  
**Analyse :** Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada  
**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil-Décès   Statistique Canada

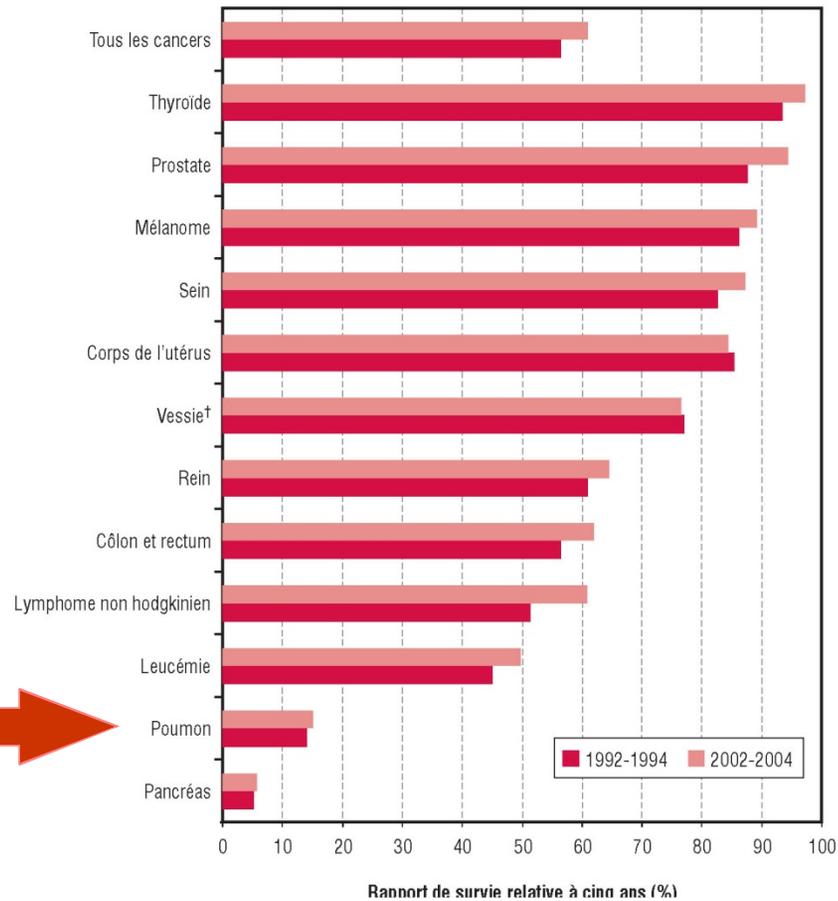
*Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*



( Canadian cancer statistics 2008 )

**Figure 7.1**

**Rapport estimatif de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge (%) pour les deux sexes combinés et pour certains cancers, Canada (à l'exclusion du Québec\*), 2002-2004 vs 1992-1994**



\* Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée par les autres provinces/territoires et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

† Les chiffres ne comprennent pas les données de l'Ontario qui ne signale pas actuellement les cas de cancer in situ de la vessie.

**Nota :** Le corps de l'utérus ne comprend pas « partie non précisée », et « côlon et rectum » ne comprend pas « anus ».

**Analyse :** Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

**Source :** Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada.

# Épidémiologie du cancer du poumon

- relation avec le tabagisme actif
  - chez au moins 85% des victimes
- relation avec le tabagisme passif
  - fumée secondaire = 2<sup>ème</sup> cause de décès par cancer du poumon ?
- prédisposition génétique
  - pas aussi bien identifiée que dans le cancer du sein...
- autres carcinogènes
  - amiante
  - radon

# Investigation des patients avec cancer pulmonaire

- Confirmer le cancer cyto-histologiquement
- Déterminer l'étendue de la maladie ( TNM )
- Évaluer la capacité d'un patient à se soumettre à un « traitement »
- Jauger l'intérêt du patient à se soumettre à un « traitement »...

# Diagnostic du cancer du poumon

**preuve cyto-histologique**

```
graph TD; A[preuve cyto-histologique] --> B[épithélioma à petites cellules]; A --> C[épithélioma non à petites cellules]; B --- D["< 20 %"]; C --- E["> 80 %"];
```

**épithélioma  
à petites cellules**

< 20 %

**épithélioma  
non à petites cellules**

> 80 %

# Classification TNM 2010

T <sub>x</sub>	Cytologie positive uniquement
T <sub>1</sub>	≤ 3 cm
T <sub>1a</sub>	≤ 2 cm
T <sub>1b</sub>	entre 2 et 3 cm
T <sub>2</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atteinte de bronche souche ≥ 2 cm de la carène</li><li>• Invasion de la plèvre viscérale</li><li>• Atélectasie d'un lobe</li></ul>
T <sub>2a</sub>	entre 3 et 5 cm
T <sub>2b</sub>	entre 5 et 7 cm

# Classification TNM 2010

T3

> 7 cm ou

- Atteinte de bronche souche < 2 cm de la carène
- Invasion de la paroi thoracique, du diaphragme, du péricarde, de la plèvre médiastinale
- Atélectasie d'un poumon
- Nodule satellite dans le même lobe

T4

- Atteinte du cœur, des grands vaisseaux, de la carène, de la trachée, de l'œsophage, d'un corps vertébral
- Nodule dans un autre lobe ipsilatéral

# Classification TNM 2010

N1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Péri-bronchique</li><li>• Hilaire ipsilatéral</li></ul>
N2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sous-carinal</li><li>• Médiastinal ipsilatéral</li></ul>
N3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Médiastinal et hilaire controlatéral</li><li>• Sus-claviculaire, au niveau du scalène</li></ul>

# Classification TNM 2010

<b>M</b>	
<b>M1a</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nodule pulmonaire dans un lobe contralatéral</li><li>• Nodule pleural</li><li>• Épanchement pleural ou péricardique néoplasique</li></ul>
<b>M1b</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Métastases à distance</li></ul>

## Classification TNM 2010 et correspondance en stade

	N0	N1	N2	N3
T1a	IA	IIA	IIIA	IIIB
T1b	IA	IIA	IIIA	IIIB
T2a	IB	IIA	IIIA	IIIB
T2b	IIA	IIIB	IIIA	IIIB
T3	IIIB	IIIA	IIIA	IIIB
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB

I ou II = stade limité

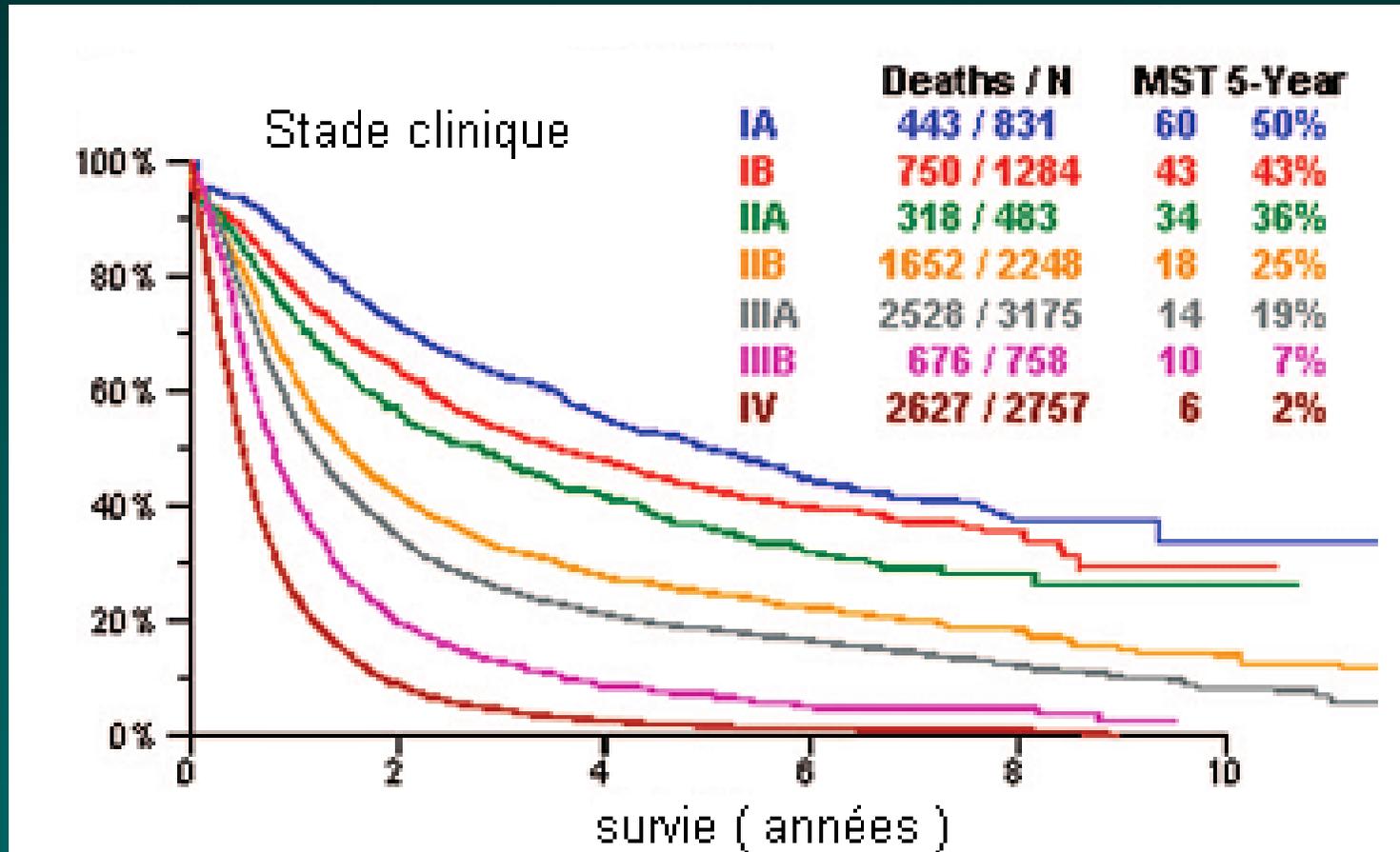
III = stade localement avancé

IV = stade métastatique

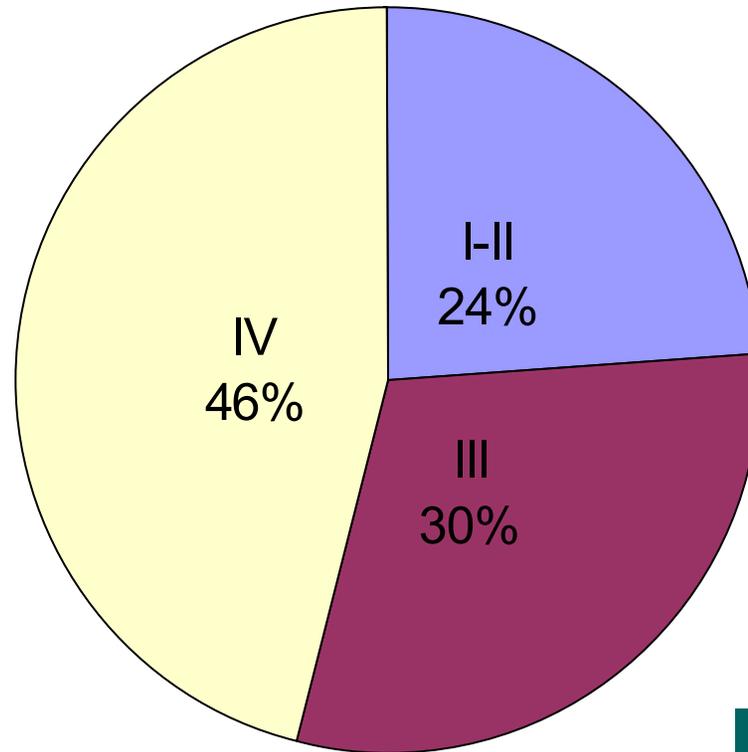
M1a	IV
M1b	IV

# Courbes de survie ( avec Tx )

## Cancer pulm. non à petites cellules



Répartition par stade clinique des patients  
nouvellement diagnostiqués  
avec cancer pulmonaire non à petites cellules  
en 2007 à HSCM

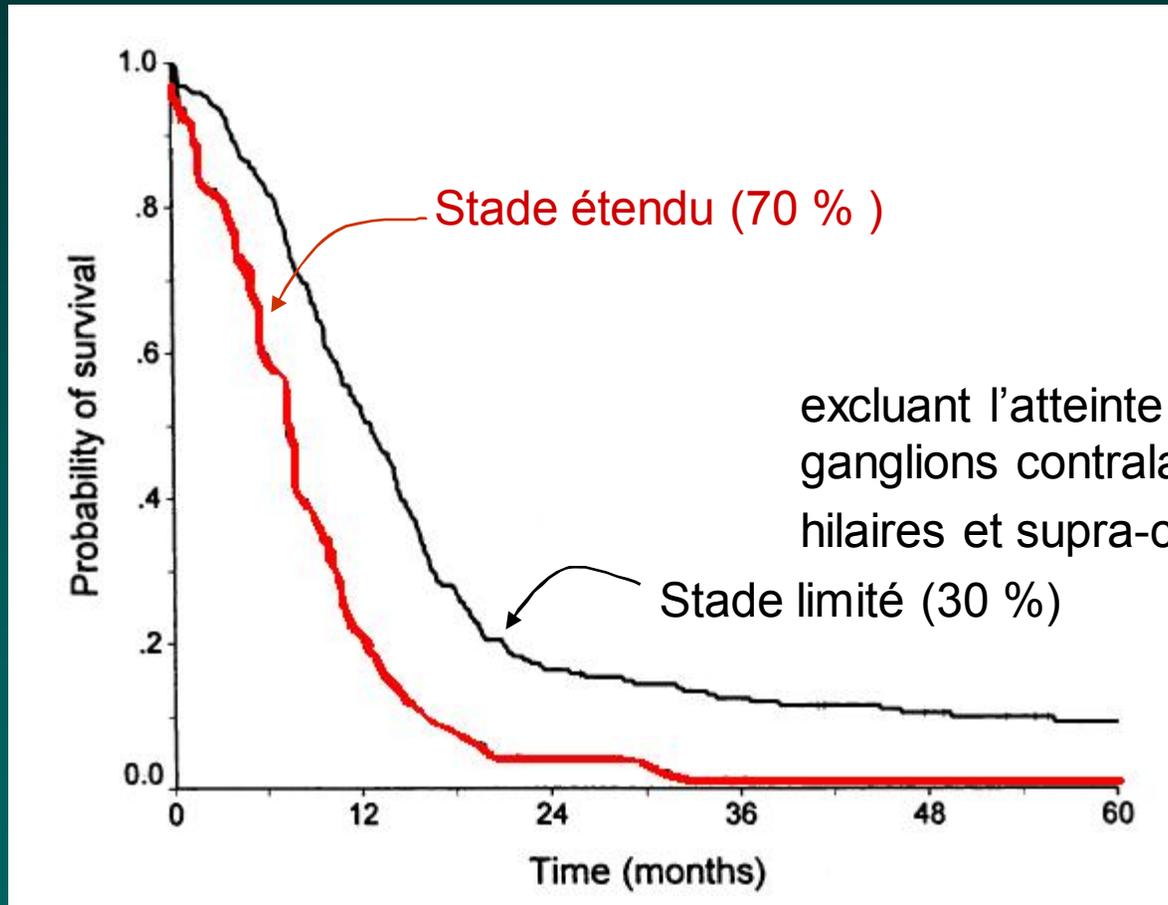


n ≈ 300

# Au-delà du TNM...

- Type histologique
  - « non à petites cellules » ou « à petites cellules »
- Grade histologique
  - « bien différencié » à « mal différencié »
- Expression génomique de la tumeur
  - Particularité chromosomique
  - EGFR ( epithelioma growth receptor factor...)

# Courbes de survie ( avec Tx ) Cancer pulm. à petites cellules



# Annonce du diagnostic



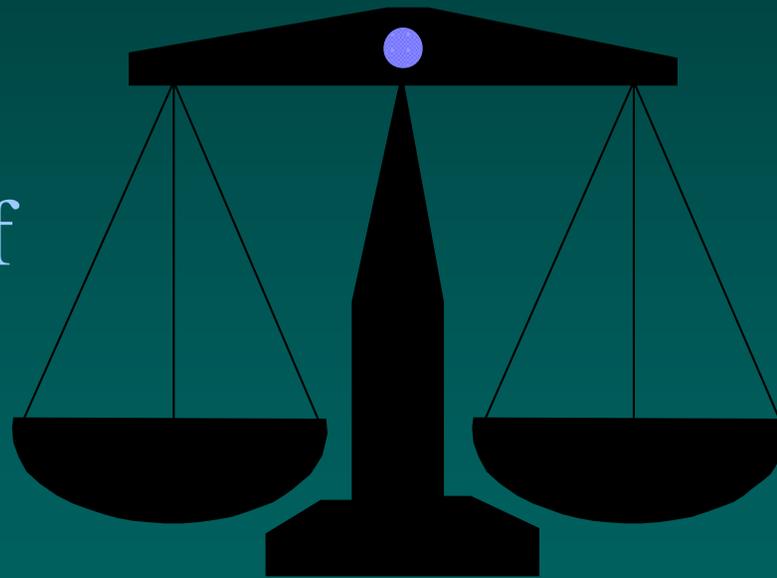
et des options de « traitement »

# Orientation thérapeutique

traitement

chx

curatif



non chx

curatif  
ou  
palliatif

morbidité et mortalité

# Traitement chirurgical des cancer pulm. non à petites cellules lorsque possible...

- lobectomie
- pneumonectomie
- $\pm$  résection de la paroi
  - ex.:tumeur de Pancoast

# Radiothérapie - généralités

- Utilisée seule ou en complémentarité avec autres thérapies (chx ou chimiotx) de façon séquentielle ou combinée
- Bénéfices: contrôle local  $\pm$  survie
- Effets secondaires:
  - pneumonite radique
  - eosophagite radique
- Ratio thérapeutique...avenir du «Cyber Knife» ?

# Chimiothérapie de plus en plus offerte dans les cancers non à petites cellules

- Traitement adjuvant des  $T_2 \geq 4$  cm
- Traitement combiné des  $N_2$  et  $N_3$
- Traitement palliatif des  $M_1$

pour autant que  
indice de performance clinique bon ( ECOG  $\leq 2$  )  
et perte de poids  $\leq 5$  à  $10$  % / 3 mois

Âge ?

- Traitement néo-adjuvant ( avant chirurgie ) de certains  $N_2$

# Tx de support

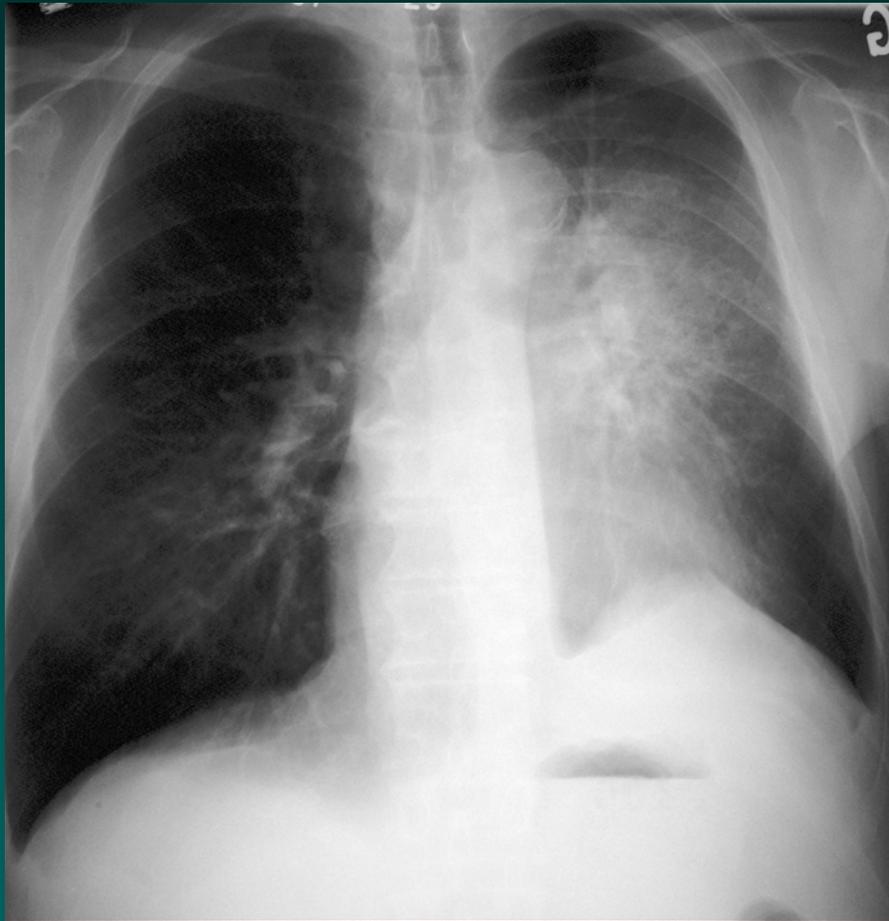
- qualité de vie avec ou sans chimiotx
  - ...difficile à étudier
- qualité de vie et survie améliorées avec suivi « palliatif » initié précocement en association avec soins oncologiques standard après un Dx de cancer pulmonaire stade IV. (*NEJM* 2010 ; 363: p 733 )
- dépistage de la « détresse » à titre de « 6<sup>e</sup> signe vital »
- palliation autant que faire se peut ...
  - toux / embarras bronchique / dyspnée
  - hémoptysies
  - épanchement pleural
  - douleurs
  - constipation

# Mise en situation # 1

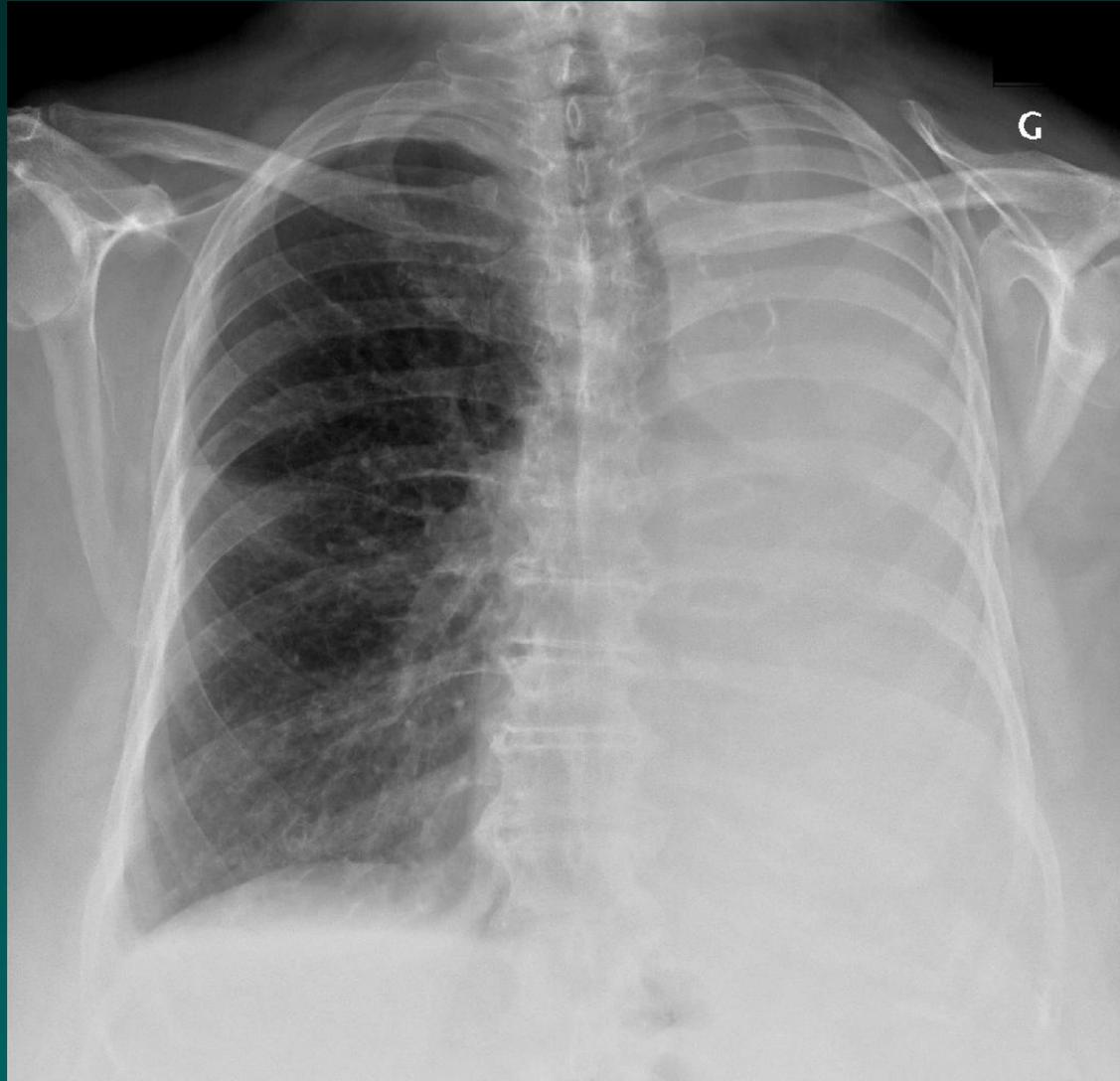
- Homme de 60 ans
- Fumeur actif ( 40 PA )
- Il y a 6 mois – Dx de cancer pulmonaire localement avancé
- Il y a 6 sem. – Fin de Tx combiné de chimiothérapie et radiothérapie
- Ce jour – Consulte pour toux, dyspnée au moindre effort et état subfébrile

# Hypothèses

- Progression de la néoplasie pulmonaire
  - Au niveau bronchique
  - Au niveau du parenchyme pulmonaire
  - Au niveau de l'espace pleural
- Complication des récents traitements
  - Infection
  - Pneumonite post radique
- Embolie pulmonaire
- EAMPOC



Atélectasie du LSG



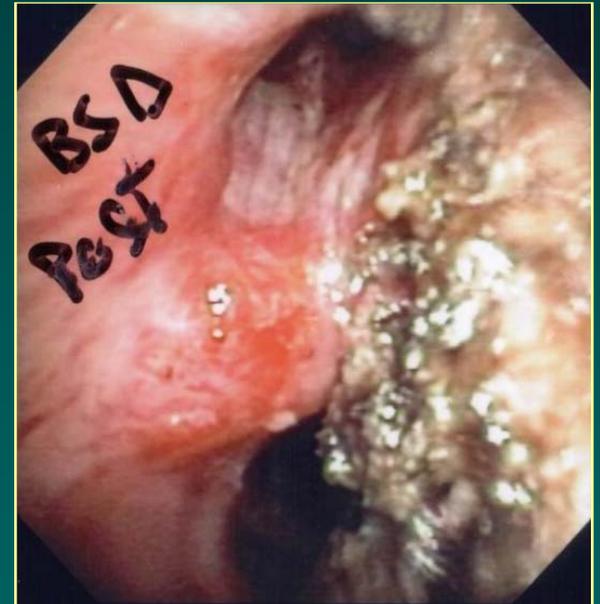
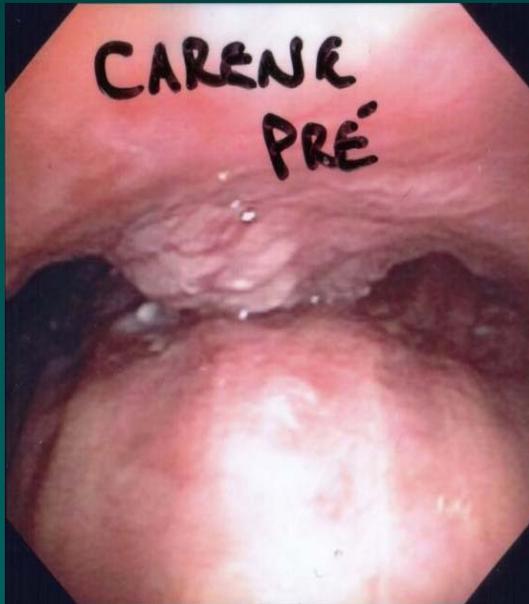
Atélectasie quasi complète du poumon G  
(déplacement ipsilatéral du médiastin)

# Obstruction bronchique

- Facilement réversible :
  - Sécrétions muco-purulentes
  - Corps étranger
- Non facilement réversible :
  - Néo endobronchique
  - Compression extrinsinque par néo.

# Bronchoscopie d'intervention

- Électrocauther / cryothérapie



# Bronchoscopie d'intervention

- Prothèses trachéobronchiques



*Prakash.- Chest 1999;116;1403-1408*

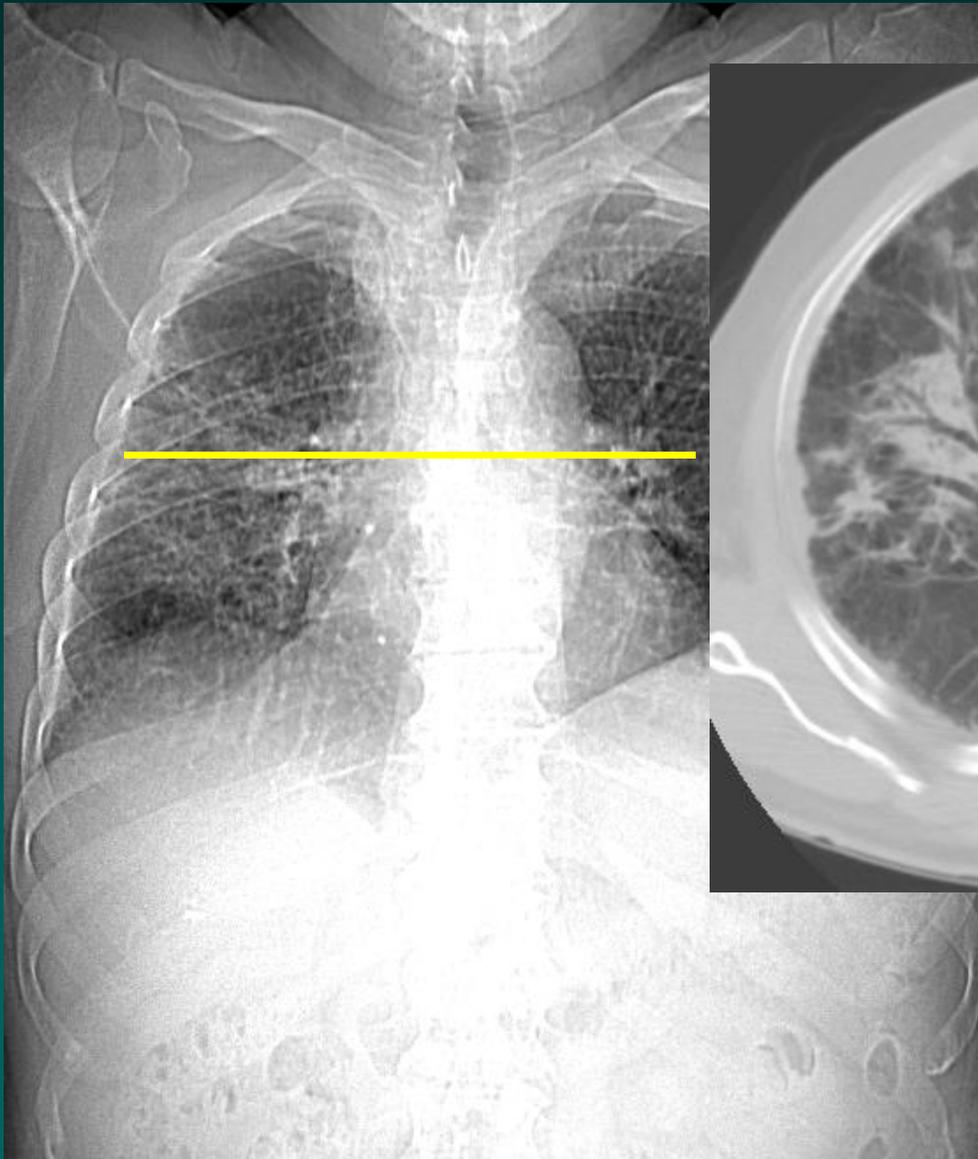


Épanchement pleural gauche massif  
( déplacement contralatéral du médiastin )

# Options thérapeutiques face à un épanchement pleural néoplasique

- Drainage  $\pm$  tentative de pleurodèse si réexpansion complète du poumon
- Drainage pleural permanent Ex.: PleurX<sup>®</sup>





Pneumonite radique

## Devant un problème de toux non productive, incoercible, quel traitement est le plus approprié ?

1. Sirop DM
2. Sirop de codéine
3. Gouttes à base de norméthadone (« *cophylac* »)
4. Comprimés de codéine LA
5. Comprimés de morphine LA
6. Xylocaïne en nébulisation

- 10 % des patients ne métabolisent pas la codéine en morphine en raison d'une déficience enzymatique en CYP 2D6

- Il n'existe pas de données probantes comparant les propriétés antitussives des opioïdes entre eux.

## Mise en situation # 2

- Homme de 70 ans
- Fumeur de 50 PA
- Se présente pour hémoptysies
  - Expectorations initialement marbrées de sang
  - Estimation : 100 cc sang rouge clair dans la dernière heure



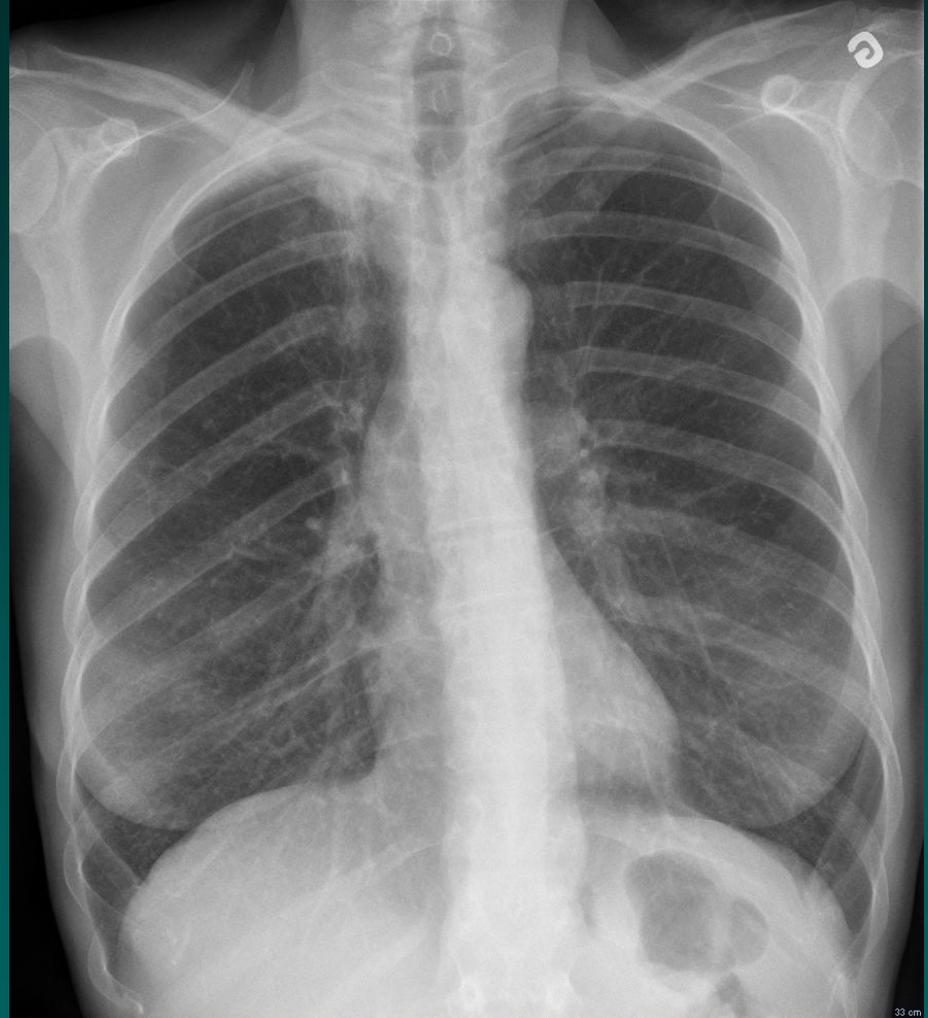
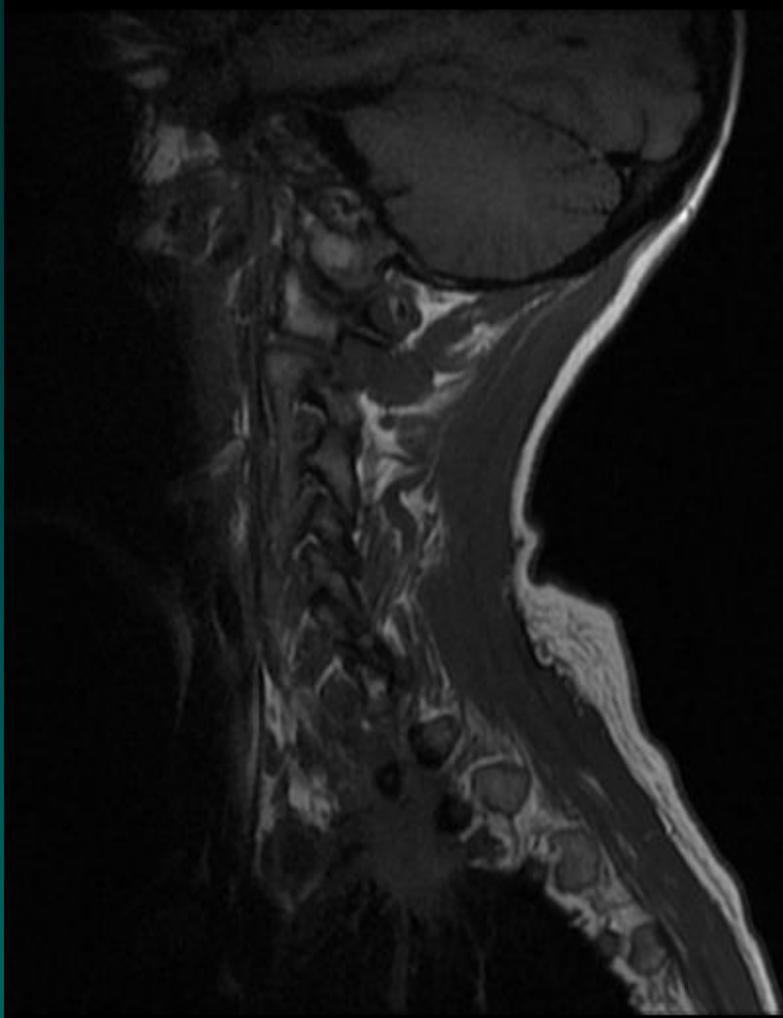
# Hémoptysies – traitement palliatif

- Correction de coagulopathie ( *Vit K - octaplex* ) ou dysfonction plaquettaire ( ? )
- Bronchoscopie d'intervention
- Intubation sélective du poumon sain
- Radiothérapie
- Embolisation d'artère nourricière
- Nébulisation d'agent antifibrinolytique \*
  - *Cyclokapron* 250-500 mg en nébul. QID

\* *Respiratory Medicine* (2009) 103, p.1196-1200

# Mise en situation # 3

- Femme de 55 ans
- Ex-fumeuse 30 PA
- En traitement de physiothérapie
- Se plaint de douleurs de plus en plus importante au niveau de son cou et de son épaule Dr



Tumeur de Pancoast ( apex droit )

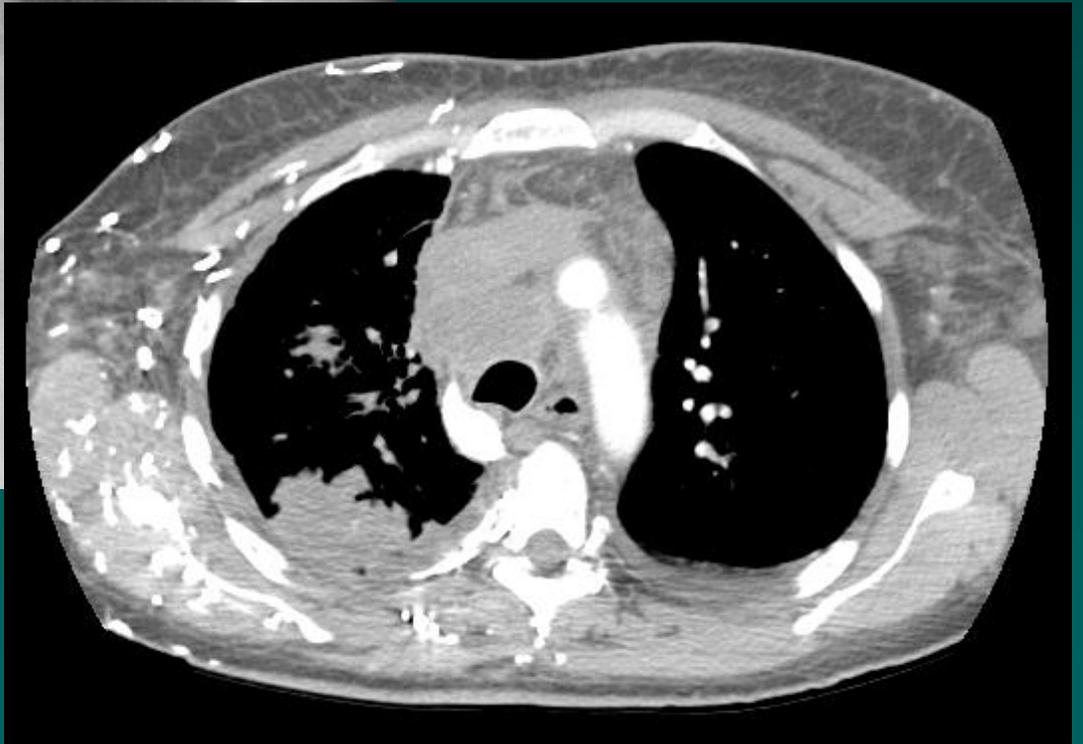
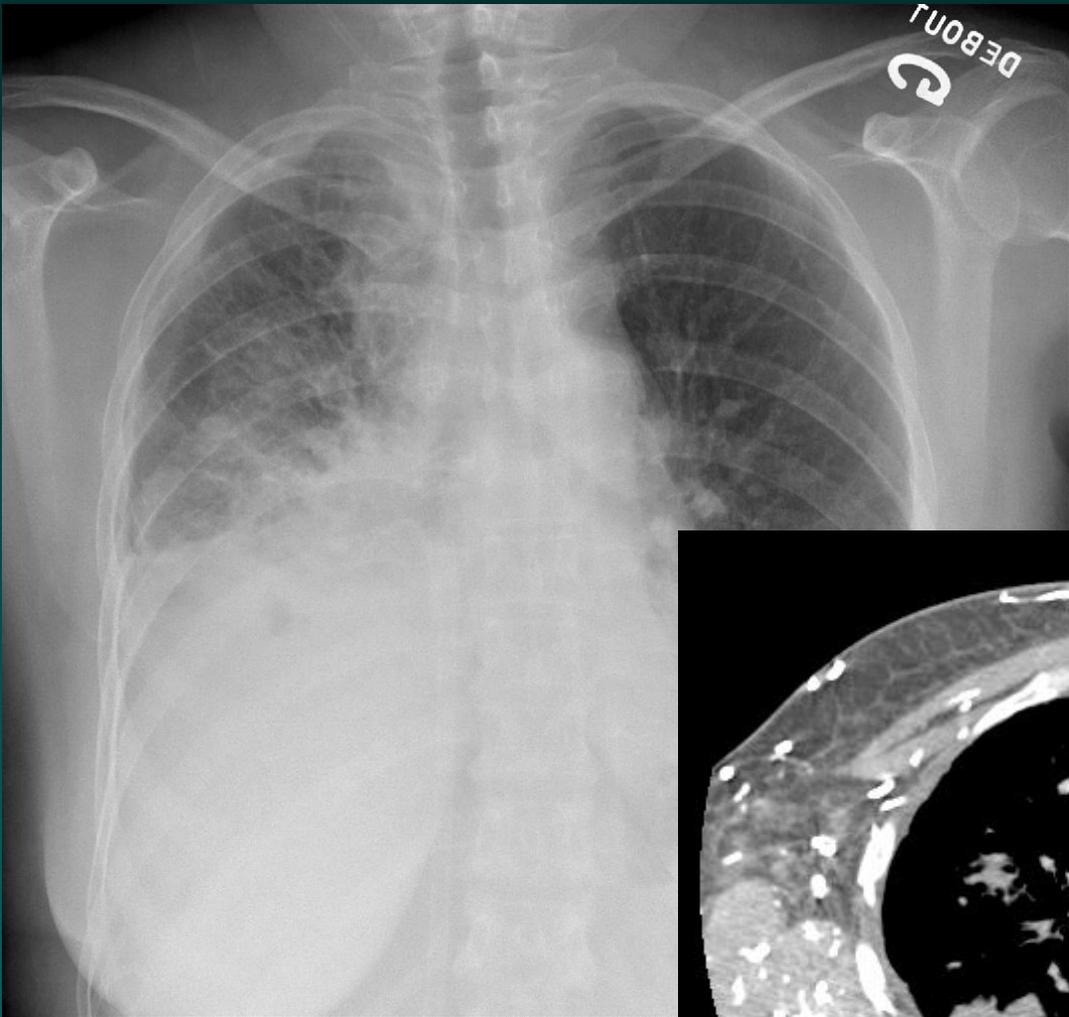
# Tumeur de Pancoast

- Douleurs par envahissement
  - de la paroi thoracique
  - du plexus brachial -
  - du rachis dorsal haut

} utilité de la prégabaline  
ou de la méthadone  
pour douleur neuropathique
- Atteinte de la chaîne sympathique cervicale

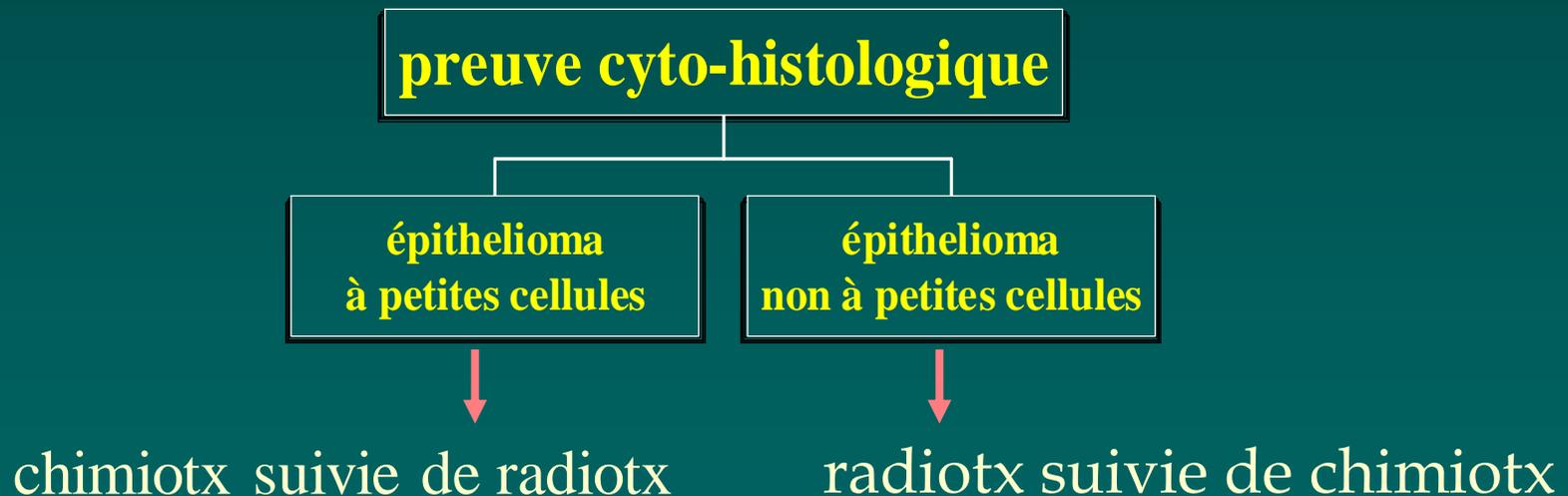
# Mise en situation # 4

- Femme de 65 ans
- Fumeuse
- Dyspnée d'effort progressive depuis 3 mois
- Visage bouffi
- Quelques dilatations veineuses superficielles au niveau de la paroi thoracique.



# Syndrome de compression de la veine cave supérieure (SCVCS)

- Urgence oncologique...relative
- Dyspnée, œdème cérébral, bas débit cardiaque
- Confirmation du diagnostic - prioritaire



# Mise en situation # 5

- Femme de 45 ans
- s/p lobectomie sup Dr pour adénocarcinome pulmonaire depuis 1 an
- Céphalée de novo depuis 1 semaine

# Métastases cérébrales

- Évolution commune à plusieurs cancers
- Métastases cérébrales synchrones au Dx de cancer pulmonaire chez 25 % des patients en stade IV
- Métastases cérébrales métachrones au Dx de cancer pulmonaire chez 15 à 20 % des patients ( premier site identifié à la récurrence )
- Possibilité de résection si méta unique
- Dexaméthasone pour ↓ œdème cérébral

# Mise en situation # 6

- Homme de 75 ans
- En soins de confort à domicile, pour néo.pulmonaire pluri-métastatique
- Est de plus en plus somnolent...

Laquelle des situations suivantes  
explique le moins la somnolence  
d'un patient avec cancer pulmonaire ?

1. Hypercalcémie

2. Hyponatrémie



3. Hypoxémie  
Hypercapnie

Patient purement hypoxémique  
généralement agité  
et non somnolent

4. Prise de narcotiques

# Mise en situation # 7

- Homme de 80 ans
- Ancien fumeur 60 PA
- s/ p lobectomie inférieure G pour néo
- Actuellement en récurrence de son cancer
- Présente une SpO<sub>2</sub> 90 % AA, au repos

Y a-t-il une cause potentiellement réversible pour améliorer la SpO<sub>2</sub> de ce patient ?

# Critères d'oxygénothérapie en phase palliative

Une oxygénothérapie de confort peut être considérée en présence d'une hypoxémie sévère (saturation au repos < 88%) chez un patient porteur d'un cancer primitif du poumon ou d'une atteinte pulmonaire reliée à toute autre forme de cancer si le pronostic vital est estimé à moins de 3 mois (Niveau de recommandation : 1B).

*Oxygénothérapie à domicile – Lignes directrices au Québec 2009*

En terme de confort, l'utilisation de morphine seule ou en combinaison aux benzodiazépines s'est révélée plus efficace que l'oxygène pour le soulagement de la dyspnée reliée au cancer

# Mise en situation # 8

- Homme de 70 ans
- En soins de confort pour néoplasie pulmonaire pluri-métastatique
- Avec faible statut de performance clinique
- Est souffrant
- Fréquence respiratoire : 36 / min

# Protocole de détresse respiratoire -indications-

- Gêne respiratoire intolérable et constante au repos
- Anxiété intense face à l'impression de mort imminente
- Tachypnée ( $\geq 28$  / min )
- Effort marqué pour prononcer 2 ou 3 mots
- Attention obnubilée par le besoin d'air
- Utilisation des muscles accessoires de la respiration
- Agitation presque constante  $\pm$  confusion  $\pm$  diaphorèse  $\pm$  râles bronchiques  $\pm$  cyanose

# Protocole de détresse respiratoire -exemple d'ordonnance-

- Sédatifs:
  - Midazolam 2,5 mg ou Lorazepam 1 mg sc q 4 hres PRN
- Opioides:
  - Hydromorphone 1 mg ou Morphine 5 mg sc q 4 hres PRN
- Anticholinergiques:
  - Scopolamine 0,4 mg sc q 4 hres PRN

Avec possibilité de répéter 1 fois 20 minutes plus tard si besoin

4<sup>e</sup> édition  
complète



# GUIDE pratique des soins palliatifs :

gestion de la douleur et autres symptômes

Regroupement de pharmaciens en établissement de santé  
ayant un intérêt pour les soins palliatifs