



# COMPTES-RENDUS DE WEB'RCP

**30.04.2009**

La démarche et les CR des Web-RCP sont conformes aux critères des Staff-EPP de la Haute Autorité de Santé

## COORDINATEUR

- Dr. JM Vernejoux (Pneumologie, Bordeaux)

## INTERVENANTS

- **France**
  - Dr. Y. Daoudi (Pneumologie, CH Sainte-Foy-la-Grande)
  - Pr. A. Taytard (Pneumologie, CHU Bordeaux)
  - Dr. JL. Touboul (Pneumologie, CH Chalon-sur-Saône)
- **Maroc**
  - Pr. A. Bakhatar (Pneumologie, CHU Casablanca)
  - Dr. S. Boubia (Chirurgie Thoracique, CHU Casablanca)

## SOMMAIRE / ACTIVITES

- Cas clinique CHU Bordeaux - 1 p. 2
- Cas clinique CHU Bordeaux - 2 p. 2

## ORGANISATEUR / EDITEUR

- **Agence GERI-Communication**
  - 4 Voie Romaine - Bât. G
  - 33610 Canéjan
  - 05 57 96 45 45
  - <http://www.geri-communication.com>

## PARTENAIRES

- **Maroc**
- **France**



# PRESENTATION CHU BORDEAUX - 1

## Animateur

- Dr. JM Vernejoux (Pneumologie).

## 1<sup>ère</sup> partie du cas clinique

### Identification du patient

EIC. C., 60 ans, sexe féminin.

### Clinique générale

- OMS (score d'autonomie) : 0/4.
- Poids : 82 kg ; taille : 1,65 m.
- Circonstances de découverte : symptômes (palpitations).
- Antécédents : rupture d'anévrisme cérébral + primo-infection tuberculeuse dans l'enfance

### Motif de la réunion

Avis thérapeutique.

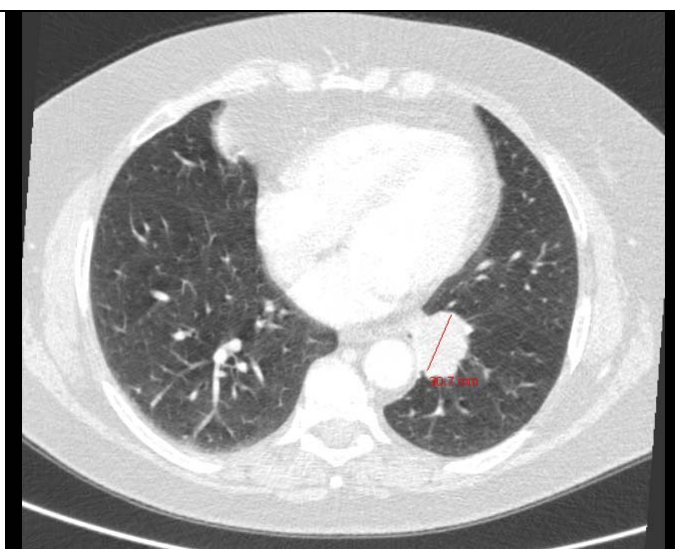
- Statut thérapeutique : non traitée antérieurement.
- Traitement déjà réalisé : aucun.
- Rechute : non.
- Tabac : 80 années tabac ; ancien fumeur (arrêt 2004).
- Environnement : RAS.

### Tumeur

- Siège de la tumeur : poumon (lobe inférieur gauche).



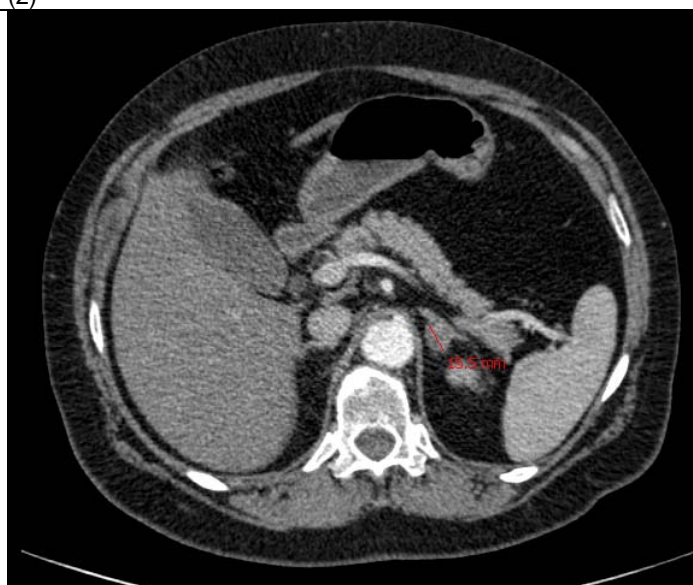
(1)



(2)



(3)



(4)

- TDM thorax : opacité LIG (37 mm) + adénomégalie hilairale gauche + nodule LSD non calcifié (7 mm).
- TDM abdominal : syndrome de masse surrénalienne gauche (16 mm).

- TDM cérébral : RAS.
- Fibroscopie bronchique : sténose pyramide basale gauche ; anatomopathologie : CPC.
- Bilan cardio-vasculaire : normal.
- EFR : normale.

### **Question posée : proposition de stratégie thérapeutique initiale ?**

#### *Réponse - RCP Originelle (Pr. Taytard, Dr. Vernejoux)*

➤ T3(2 nodules) N1 Mx (poumon et surrenale gauche ?) ⇒ chimiothérapie : association type Adriamycine Vépéside Ifosfamide ; TEP non retenue car nodule LSD infra centimétrique et délais importants.

#### *Réponse - Web'RCP*

##### Chalon-sur-Saône

Difficulté de caractérisation des N1 sur les clichés présentés ; pas d'impact spécifique sur le choix thérapeutique (N1 vs. N0).

TEP (hors AMM) pour confirmer le stade métastatique ; chimiothérapie Cisplatine VP16.

##### Sainte-Foy-la-Grande

Si localisé ⇒ chirurgie.

Si Dissémination confirmée par la TEP ⇒ Chimiothérapie.

##### Casablanca

≅ Sainte-Foy-la-Grande

## 2<sup>ème</sup> partie du cas clinique

### Identification du patient

EIC. C., 60 ans, sexe féminin.

### Motif de la réunion

Avis thérapeutique.

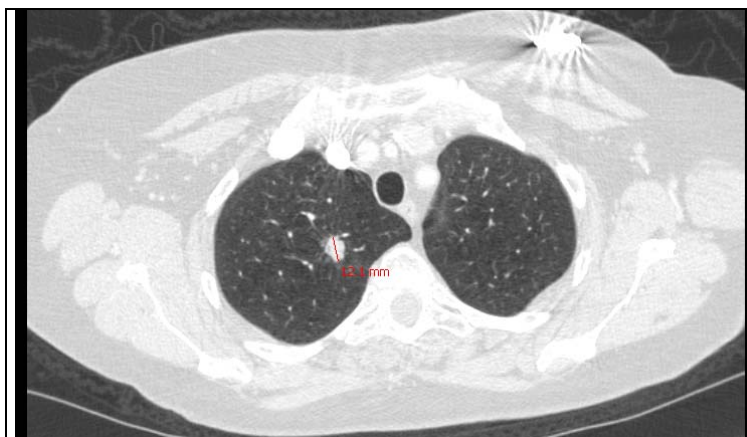
### Clinique générale

- OMS (score d'autonomie) : 0/4.
- Poids : 77 kg ; taille : 1,65 m.
- Circonstances de découverte : symptômes (palpitations).
- Antécédents : rupture d'anévrisme cérébral + primo-infection tuberculeuse dans l'enfance

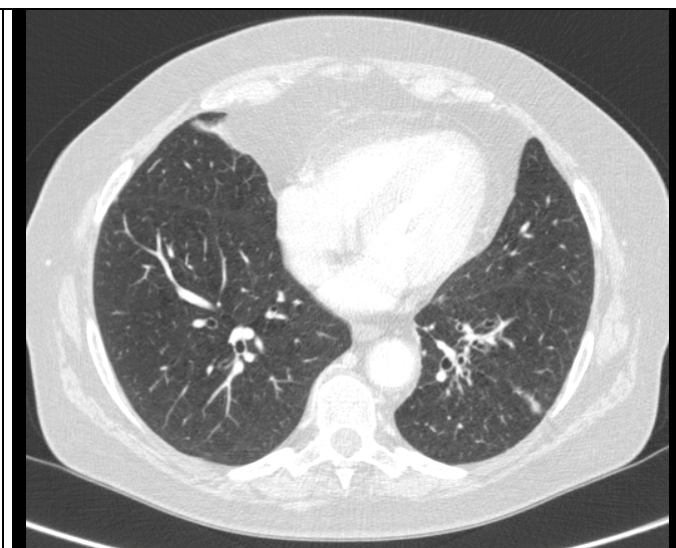
- Statut thérapeutique : en cours de traitement initial.
- Traitement déjà réalisé : chimiothérapie (6 cures AVI).
- Rechute : oui.
- Tabac : 80 années tabac ; ancien fumeur (arrêt 2004).
- Environnement : RAS.

### Tumeur

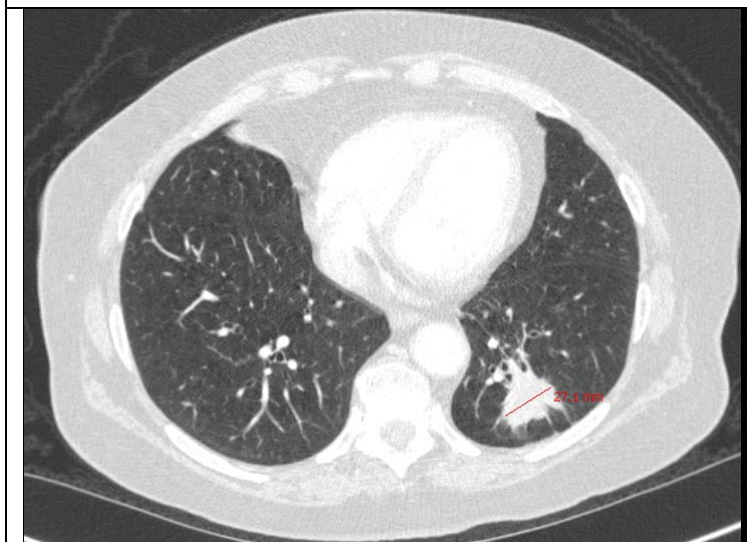
- Siège de la tumeur : poumon (lobe inférieur gauche).



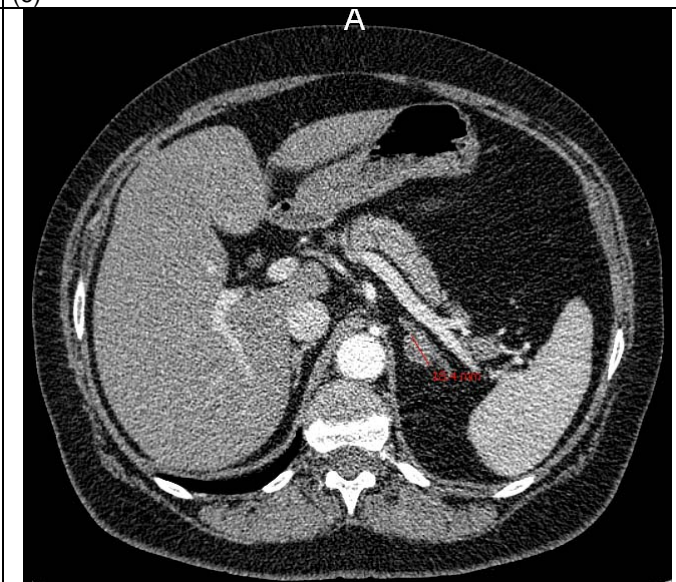
(5)



(6)



(7)



(8)

- TDM thorax : opacité LIG (40 mm) + adénomégalie hilairielle gauche + nodule LSD non calcifié (13 mm).
- TDM abdominal : syndrome de masse surrénalien gauche (16 mm).
- TDM cérébral : RAS.

## Question posée : proposition de stratégie thérapeutique ?

### Réponse - RCP Originelle (Pr. Taytard, Dr. Vernejoux)

- Projet curateur potentiel : double chirurgie ⇒ TEP : lésions pulmonaires hyper-métaboliques (LSD + LIG) sans hyper-métabolisme médiastinal ou surrénalien gauche.
- Majoration de la lésion LIG moins de 3 mois après dernière cure AVI ⇒ chimiothérapie par Carboplatine VP-16 pré-opératoire.

### Réponse - Web'RCP

#### Chalon-sur-Saône

Vérification histologique par nouveau prélèvement ; si CPC confirmé, poursuite chimiothérapie (2<sup>ème</sup> ligne ?).

#### Sainte-Foy-la-Grande

Néoplasies synchrones ?

#### Casablanca

Vérification histologique des lésions contre-indiquant la chirurgie (LSD et surrénale), avant reprise de la chimiothérapie (2<sup>ème</sup> ligne) ou surveillance.

## Mots-clés

CPC, chimiothérapie, cancer, chirurgie, TEP, surrénale.

## PRESENTATION CHU BORDEAUX - 2

### Animateur

- Dr. JM Vernejoux (Pneumologie).

### 1<sup>ère</sup> partie du cas clinique

#### Identification du patient

DUC. B., 74 ans, sexe masculin.

#### Clinique générale

- OMS (score d'autonomie) : 0/4.
- Poids : 72 kg ; taille : 1,65 m.
- Circonstances de découverte : asymptomatique.
- Antécédents / Co-morbidité : diabète insulino requérant

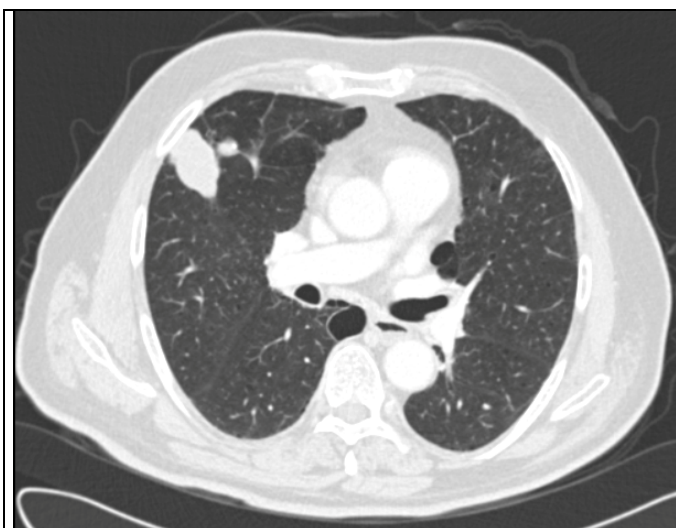
#### Motif de la réunion

Avis thérapeutique.

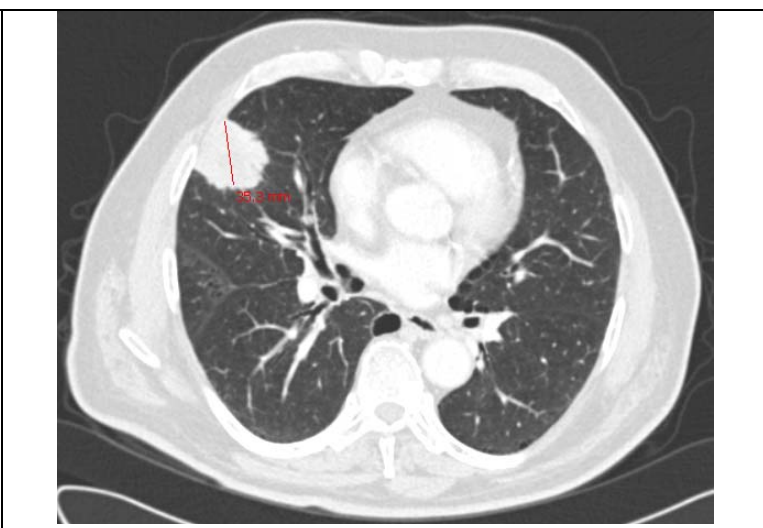
- Statut thérapeutique : non traitée antérieurement.
- Traitement déjà réalisé : aucun.
- Rechute : non.
- Tabac : 45 années tabac ; actif : 1 paquet / j.
- Environnement : RAS.

#### Tumeur

- Siège de la tumeur : poumon (lobe moyen).



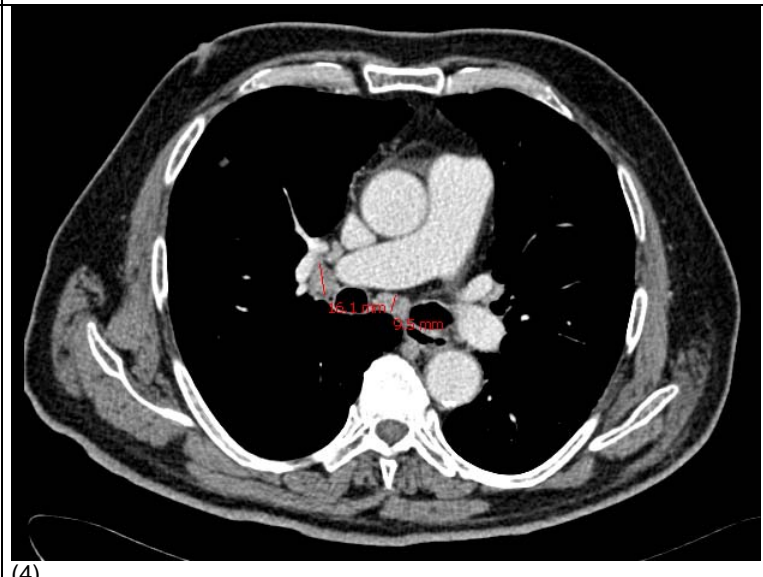
(1)



(2)



(3)



(4)

- TDM thorax : opacité LM (36 mm) ; adénomégalie hilairale droite + sous-carinaire (16 mm) ; lésion excavée LID (22 mm).
- TDM abdominal : RAS.

- TDM cérébral : RAS.
- Fibroscopie bronchique : RAS ; biopsie distale lobe moyen : CPC.
- Bilan cardio-vasculaire : normal.
- EFR : normale.

**Question posée : proposition de stratégie thérapeutique initiale ?**

*Réponse - RCP Originelle (Pr. Taytard, Dr. Vernejoux)*

➤ Projet curateur potentiel ⇒ TEP.

*Réponse - Web'RCP*

TEP puis Chimiothérapie 1<sup>ère</sup> si disséminé ou chimio-radiothérapie si localisé.

Test diagnostique de la chimiothérapie de CPC pour la lésion excavée LID.

## 2<sup>ème</sup> partie du cas clinique

### Identification du patient

DUC. B., 74 ans, sexe masculin.

### Clinique générale

- OMS (score d'autonomie) : 0/4.
- Poids : 72 kg ; taille : 1,65 m.
- Circonstances de découverte : asymptomatique.
- Antécédents / Co-morbidité : diabète insulino requérant

### Tumeur

- Siège de la tumeur : poumon (lobe moyen).

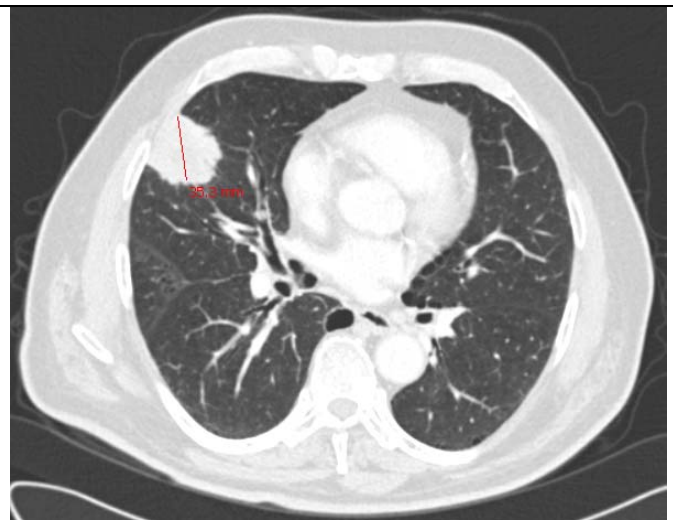
### Motif de la réunion

Avis thérapeutique.

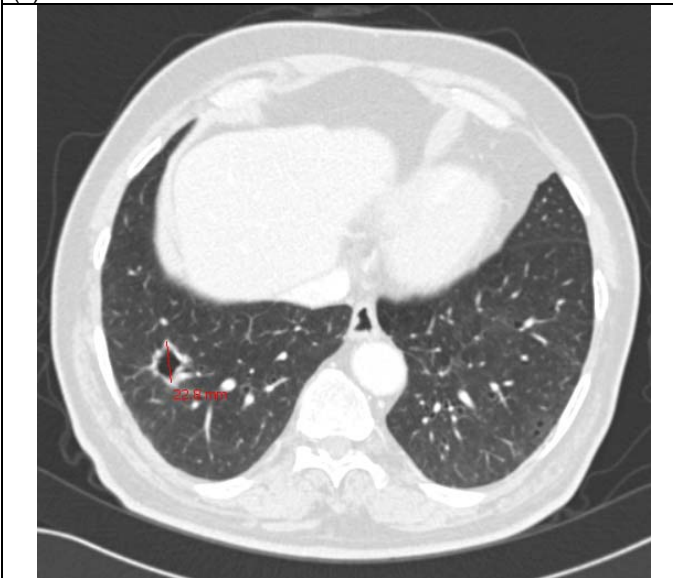
- Statut thérapeutique : en cours de traitement initial.
- Traitement déjà réalisé : chirurgie.
- Rechute : non.
- Tabac : 45 années tabac ; actif : 1 paquet / j.
- Environnement : RAS.



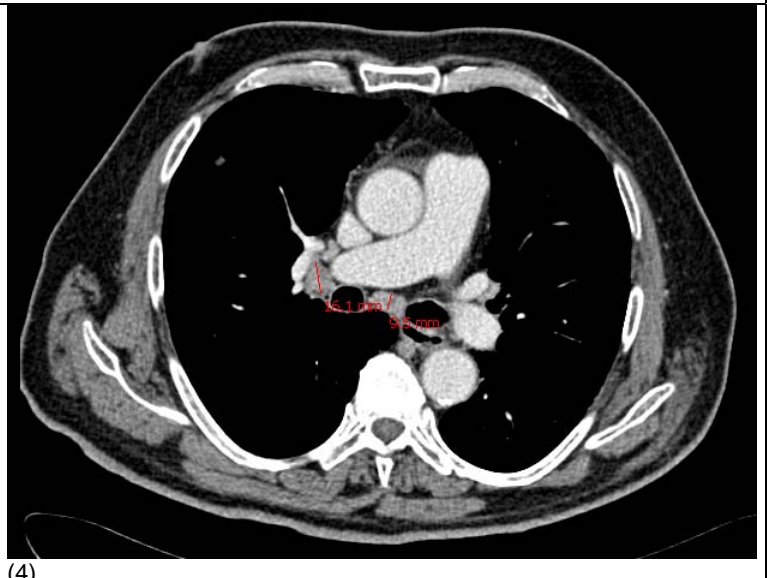
(1)



(2)



(3)



(4)

- TEP : hypermétabolisme de la lésion lobe moyen (SUVmax = 10) ; ganglion hilare hyper-métabolique ; lésion LID hyper-métabolique (SUVmax = 3,2) ; RAS par ailleurs.
- Exérèse chirurgicale par lobectomie supérieure droite ; résection atypique de la lésion excavée lobaire inférieure droite ; curage ganglionnaire radical.
- Anatomopathologie LSD : CPC pT2N1.
- Anatomopathologie LID : adénocarcinome pT1N0.

### **Question posée : proposition de stratégie thérapeutique ?**

*Réponse - RCP Originelle (Pr. Taytard, Dr. Vernejoux)*

- Chimiothérapie par Carboplatine VP-16 (2 cures en adjuvant).

*Réponse - Web'RCP*

Au total, adénocarcinome pT1N0 (⇒ pas d'indication à une chimiothérapie adjuvante selon les recommandations) + CPC pT2N1 (⇒ indication non validée de traitement adjuvant par chimiothérapie ou chimio-radiothérapie ; place de l'irradiation prophylactique cérébrale ?).

### **Mots-clés**

CPC, CNPC, chimiothérapie, cancer, chirurgie, TEP.

### **Éléments de discussion**

Le texte en « bleu souligné » identifie des liens hypertextes.

- Place de la chirurgie dans le traitement du CPC localisé.
  - <http://www.respir.com/doc/abonne/pathologie/cancer-bronchique/CBPCChirurgie.asp>