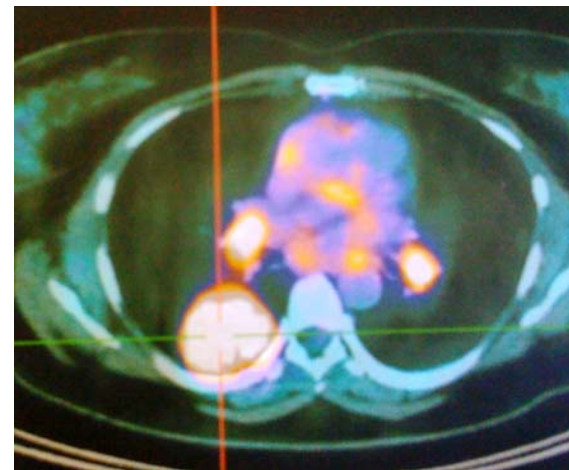


- Mme M, 53 ans
  
- **Antécédents :**
  - maladie de Recklinghausen
  - HTA
  - Tabagisme à 10 PA sévère
  
- PS 0



Juin 2009

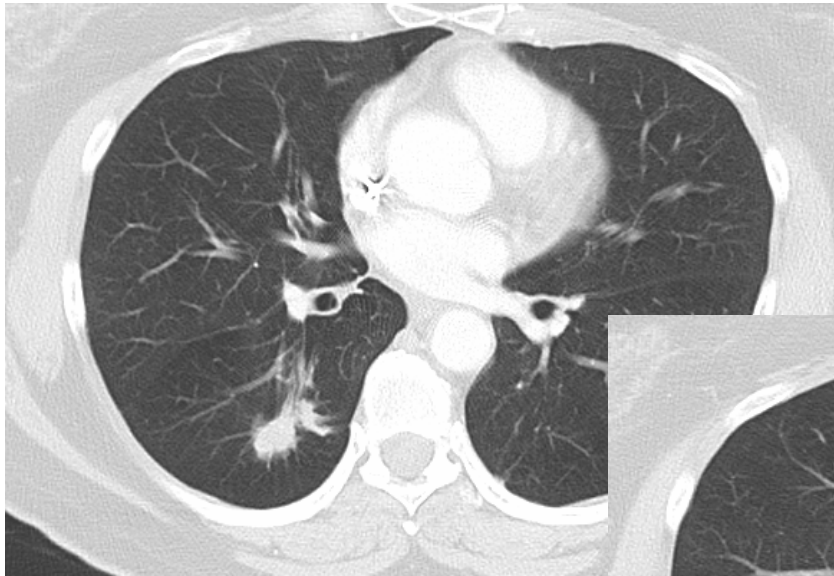
## ■ HDLM :

### ■ *juin 2009 :*

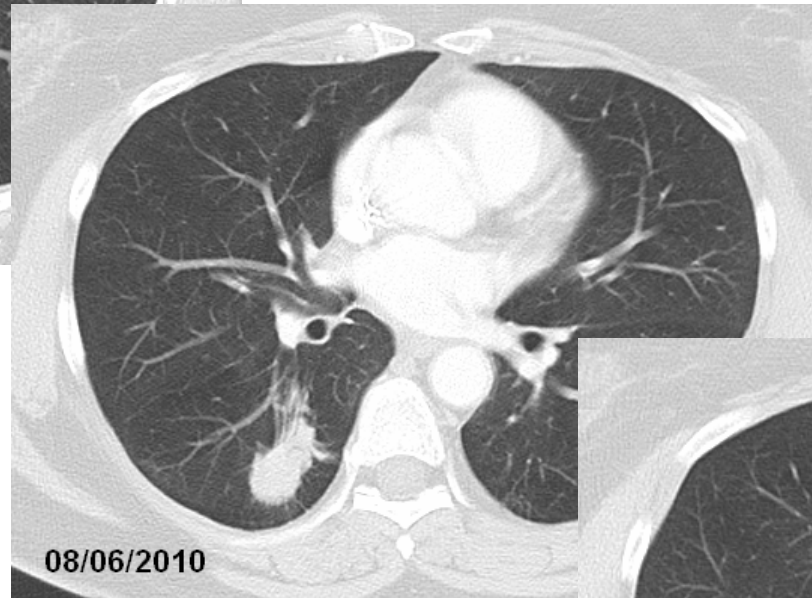
- diagnostic adénocarcinome d'origine broncho-pulmonaire TTF + à l'occasion d'une tamponnade (diagnostic cytologique, pas de recherche de mutation d'EGFR) + opacité apicale du lobe inférieur droit (non explorée en anatomopathologie)
- T4 N3 M1a
- drainage et fenêtre péricardique dans le péritoine
- Cisplatine + pemetrexed 6 cures et maintenance pemetrexed 14 cures (hors AMM devant la bonne réponse aux 6 cures),

### ■ *août 2010 :*

- scanner de réévaluation : opacité : 25 → 32 mm. RAS par ailleurs

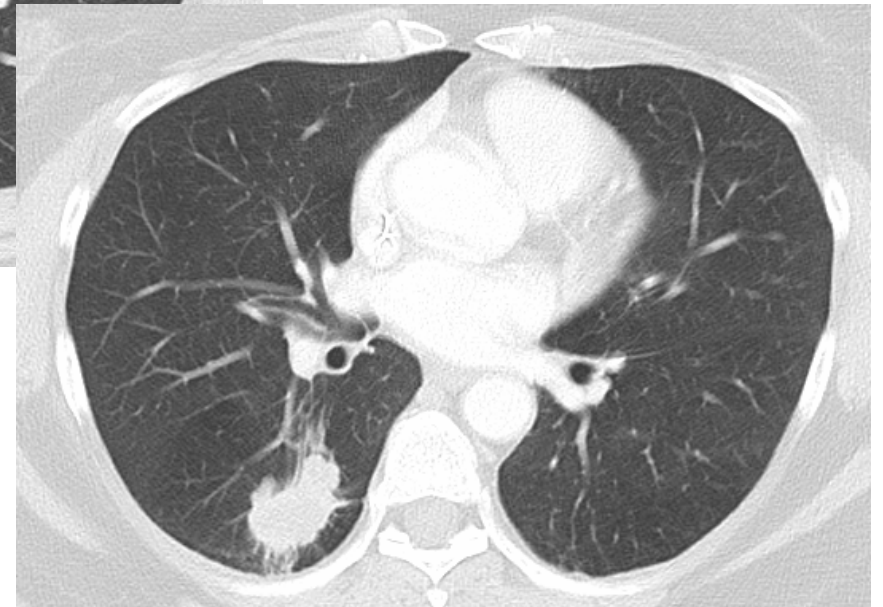


05/03/2010



08/06/2010

08/06/2010



31/08/2010

- 14/09/2010 : RCP châlonnaise :
  - PET scan
  - Pour discussion d'une éventuelle résection chirurgicale
  - Erlotinib si extension médiastinale ou a distance

- **QUESTIONS POSEES :**

- Confirmez-vous l'indication chirurgicale chez ce stade IV avec N3 et M1a ?
- quelle deuxième ligne ?
  - Erlotinib ?
  - taxotere ?

# Réponse WEB RCP :

## □ Casablanca :

- Diagnostic anatomopathologique sur opacité du LID (neurofibrome? Recherche de la mutation du récepteur de l'EGFR)
- Indication d'une lobectomie inférieure droite si PET scan négatif

## □ Bordeaux :

- Diagnostic anatomopathologique sur opacité du LID (Recherche de la mutation EGFR)
- Pas d'indication de chirurgie (car stade IV)
- Radiothérapie sur LID ? (prévention des complications pleurales...)
- Attendre rechute symptomatique pour une deuxième ligne (erlotinib si mutation du récepteur à l'EGFR positive ou chimiothérapie avec reprise des sels de platine)