

## Fiche SFR- Evidence-Based Medicine (EBM)

### CANCER BRONCHIQUE

Rédacteur : Guillaume Chassagnon - [gchassagnon@gmail.com](mailto:gchassagnon@gmail.com)

Relecteur : Marie-Pierre Revel - [marie-pierre.revel@htd.aphp.fr](mailto:marie-pierre.revel@htd.aphp.fr)

D'après la Séance de cours organisée aux **JFR 2013**

**Thorax diagnostique et interventionnel - Cancer bronchique : actualités**

Dimanche 20 octobre – 8h30-10h00 – Salle 352

Responsable : Gilbert Ferretti, Société d'Imagerie Thoracique (SIT)

#### **Points essentiels et recommandations**

- De nouvelles recommandations pour la prise en charge diagnostique des nodules pulmonaires sont disponibles et incluent désormais les nodules en verre dépoli.
- L'entité carcinome bronchiolo-alvéolaire a disparu avec la nouvelle classification des adénocarcinomes bronchiques.
- L'étude Nord-américaine NLST sur le dépistage du cancer bronchique par scanner faible dose démontre une réduction de 20% de la mortalité spécifique mais la généralisation de ces résultats et la mise en place d'un dépistage de masse posent encore question.

En 2013, des sociétés savantes jugent licite de répondre positivement à une demande de dépistage individuel chez les patients répondant aux critères d'inclusion de l'étude NSLT.

#### **Résumé de la séance**

Cette séance organisée par la Société d'Imagerie Thoracique et modérée par G Ferretti a été l'occasion de faire le point sur les avancées de ces 3 dernières années concernant la prise en charge des adénocarcinomes broncho pulmonaires.

G Ferretti (Grenoble) a rappelé les résultats de l'étude Nord-américaine NLST, démontrant une diminution de 20% de la mortalité spécifique par cancer bronchique chez les patients dépistés annuellement pendant 3 ans par scanner thoracique, comparativement aux patients dépistés par simple radiographie thoracique [1]. Aucune des autres études en cours n'a pour l'instant confirmé ces résultats, possiblement du fait d'un manque de puissance. Par ailleurs, la méthodologie utilisée, mettant en jeu des experts dans chaque domaine, apparaît difficilement transposable à large échelle.

A ce jour, un dépistage organisé du cancer bronchique n'est pas d'actualité en France mais la Société d'Imagerie Thoracique (SIT), l'Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique (IFCT) et le Groupe d'Oncologie de Langue Française (GOLF) jugent licite de répondre positivement à une demande de dépistage individuel chez les sujets répondant aux critères d'inclusion de l'étude NLST [2]. Il s'agit de fumeurs actifs (ou anciens fumeurs ayant arrêté il y a moins de 15 ans) âgé de 55 à 74 ans, présentant une intoxication tabagique supérieure à 30 paquets-années. Ce dépistage doit être

effectué par scanner thoracique basse dose (PDL<150mGy.cm), non injecté, répété de façon annuelle pendant au moins 3 ans. Le patient doit être informé des risques de faux positif et de procédure inutile ainsi que de la nécessité d'une démarche de sevrage tabagique.

M Lederlin (Bordeaux) est revenu sur la nouvelle classification internationale des adénocarcinomes broncho-pulmonaires parue en 2011, qui résulte d'une approche multidisciplinaire incluant le point de vue radiologique [3]. Cette classification a entre autres abouti à la disparition du terme « carcinome bronchiolo-alvéolaire » jugé trop imprécis. Certains aspects radiologiques peuvent être corrélés aux différentes formes histologiques de la nouvelle classification.

Trois lésions pré-invasives sont désormais reconnues : l'hyperplasie adénomateuse atypique, l'adénocarcinome in situ et l'adénocarcinome mini-invasif. Ces 3 lésions ont comme caractéristiques communes une évolution lente, un très bon pronostic avec une survie à 5 ans proche de 100%. Leur aspect tomодensitométrique est différent de celui des lésions invasives. Elles se présentent soit sous la forme de nodules non solides (verre dépoli pur) soit sous la forme de nodules partiellement solides avec une composante solide de moins de 5mm. La présence de verre dépoli correspond à la composante lépidique (croissance des cellules néoplasiques le long des structures préexistantes sans invasion stromale, pleurale ou vasculaire), alors que l'aspect solide traduit généralement la présence d'une composante invasive. Une composante lépidique peut également être retrouvée dans certaines formes d'adénocarcinomes invasifs et sa proportion au sein de la lésion influe alors sur le pronostic.

La distinction entre nodule solide, partiellement ou non solide est donc un élément essentiel de la caractérisation en scanner des lésions du spectre lésionnel des adénocarcinomes. Elle permet d'orienter vers l'histologie des lésions et de différencier les formes pré-invasives des formes invasives. Une composante de verre dépoli doit également être recherchée dans les masses tumorales plus avancées car elle traduit généralement la présence d'un contingent lépidique de meilleur pronostic.

Enfin, MP Revel (Paris) est revenue sur la prise en charge des nodules pulmonaires au quotidien. Les critères de malignité doivent faire adresser le patient à une Réunion Concertée Pluridisciplinaire (RCP) thoracique. Les critères en faveur de la bénignité ont été rappelés, de même que les critères définissant une évolutivité nodulaire (croissance d'au moins 2 mm du diamètre ou d'au moins 25% du volume). La nécessité de contrôler les nodules pulmonaires, particulièrement les nodules pulmonaires partiellement ou non-solides, a été rappelée car leur régression spontanée est fréquente. Les recommandations récentes de la Fleischner Society pour la prise en charge des nodules non-solides (en verre dépoli ou mixtes) ont été exposées [4]. En ce qui concerne la prise en charge des nodules solides, les modalités adoptées dans l'étude Belge et Néerlandaise NELSON sur le dépistage ont été reprises dans les recommandations françaises [5]. Elles ont l'avantage de simplifier le suivi et de diminuer le nombre de contrôles évolutifs, grâce à l'utilisation des logiciels de volumétrie permettant de calculer le temps de doublement tumoral. Un temps de doublement inférieur à 400 jours lors du contrôle à 3 mois doit faire adresser le patient en RCP thoracique, tandis qu'un temps de doublement supérieur à 400 jours permet de repousser le contrôle à un an. L'ensemble des recommandations récentes (Figure 1) a été repris dans une mise au point du *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle* disponible en ligne [5].

	< 5 mm	5-10 mm	> 10 mm
<b>Verre dépoli pur</b>	Pas de surveillance  (sauf si nodules multiples : 1 TDM / an pendant 2-4 ans)	TDM à 3 mois (± après ATB) :  - si stable à 3 mois : 1 TDM / an pendant 3-5 ans - si croissance ≥ 2mm ou apparition d'une composante solide : RCP <sup>a</sup>	
<b>Semi-solide</b> <i>(mesurer le diamètre de la composante solide)</i>	TDM à 3 mois (± après ATB) :  - si stable à 3 mois et composante solide ≤ 5 mm : 1 TDM / an pendant 3-5 ans - si croissance ≥ 2mm ou composante solide > 5 mm : RCP		
<b>Solide</b> <i>(sans critère de bénignité<sup>b</sup>)</i>	- si taille < 3mm ou pas de FDR <sup>c</sup> : arrêt de la surveillance  - si taille = 3-5 mm et FDR <sup>c</sup> : TDM à 1 an	Contrôle à 3 mois et mesure de volume <sup>d</sup> à J <sub>0</sub> et J <sub>90</sub> :  - si TDD ≥ 400j : TDM à 1 an - si TDD < 400j : RCP	RCP

**Figure 1** : Tableau synoptique de prise en charge des nodules pulmonaires d'après Lederlin M, Revel MP, Khalil A et al. Management strategy of pulmonary nodule in 2013. Diagn Interv Imaging 2013 [5]

### Références

1. [Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med 2011; 365: 395-409](#)
2. [Couraud S, Cortot AB, Greillier L, Gounant V, Menecier B, Girard N, et al. French lung cancer screening statement taskforce; groupe d'Oncologie de langue française. From randomized trials to the clinic: is it time to implement individual lung-cancer screening in clinical practice? A multidisciplinary statement from French experts on behalf of the French intergroup \(IFCT\) and the groupe d'Oncologie de langue française \(GOLF\). Ann Oncol 2013; 24: 586-97](#)
3. [Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholson AG, Geisinger KR, Yatabe Y, et al. International association for the study of lung cancer/american thoracic society/european respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. J Thorac Oncol 2011; 6: 244-85](#)
4. [Naidich DP, Bankier AA, MacMahon H, Schaefer-Prokop CM, Pistolesi M, Goo JM, et al. Recommendations for the management of subsolid pulmonary nodules detected at CT: a statement from the Fleischner Society. Radiology 2013; 266: 304-17](#)
5. [Lederlin M, Revel MP, Khalil A, Ferretti G, Milleron B, Laurent F. Management strategy of pulmonary nodule in 2013. Diagn Interv Imaging 2013; 94: 1081-94](#)