



# Parcours de soins en oncologie thoracique

Le 19/11/2024, Beaune

Pierre MOUILLOT

Chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux, service de pneumologie CHU Dijon



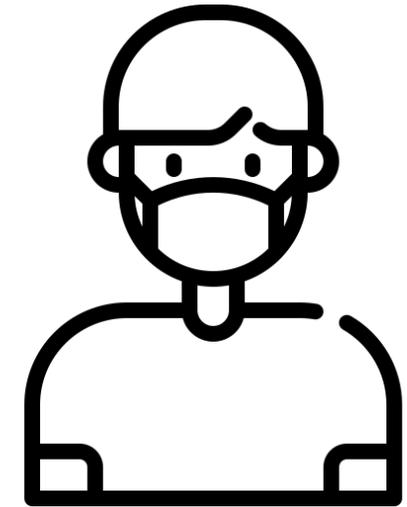
# Conflit d'intérêt

- Aucun en rapport avec cette présentation



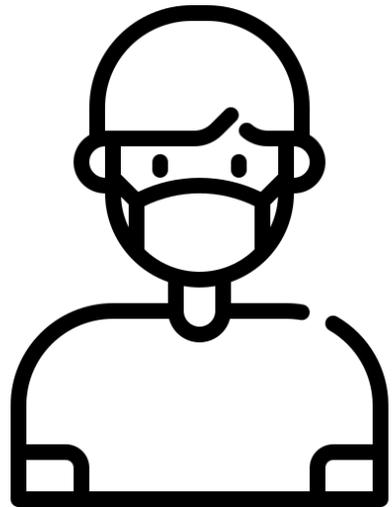
# Plan du parcours de soins

- **La plainte du patient**
- **L'orientation du patient**
- **le diagnostic de cancer**
- **Le dispositif d'annonce**
- **Le traitement du cancer**
- **Les soins de support**



Mr Florent P, 62 ans

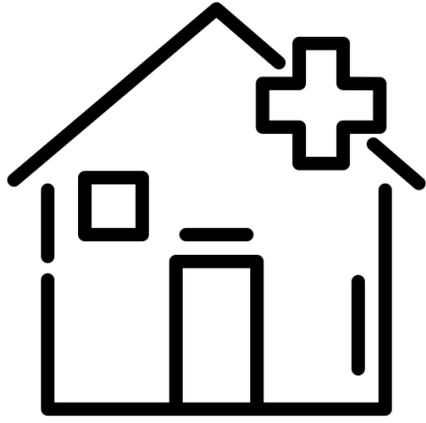
# Plan du parcours de soins



Mr Florent P, 62 ans



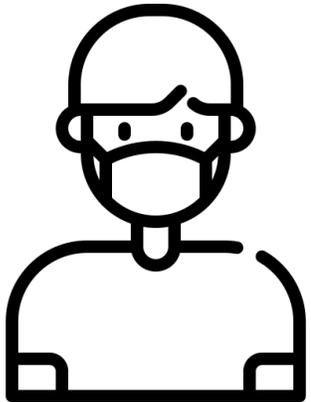
Nécessite une coordination entre  
**Patient – AMA – (Infirmier coordinateur) - Médecin**



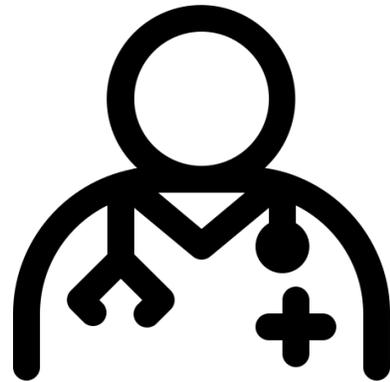
# La plainte du patient

Non spécifique ...

- Fatigue
- Perte poids
- Toux
- Essoufflement
- Crachats de sang (hémoptysie)
- Douleur (thoracique, osseuse, abdominale ... )
- Maux de tête



Mr Florent P, 62 ans

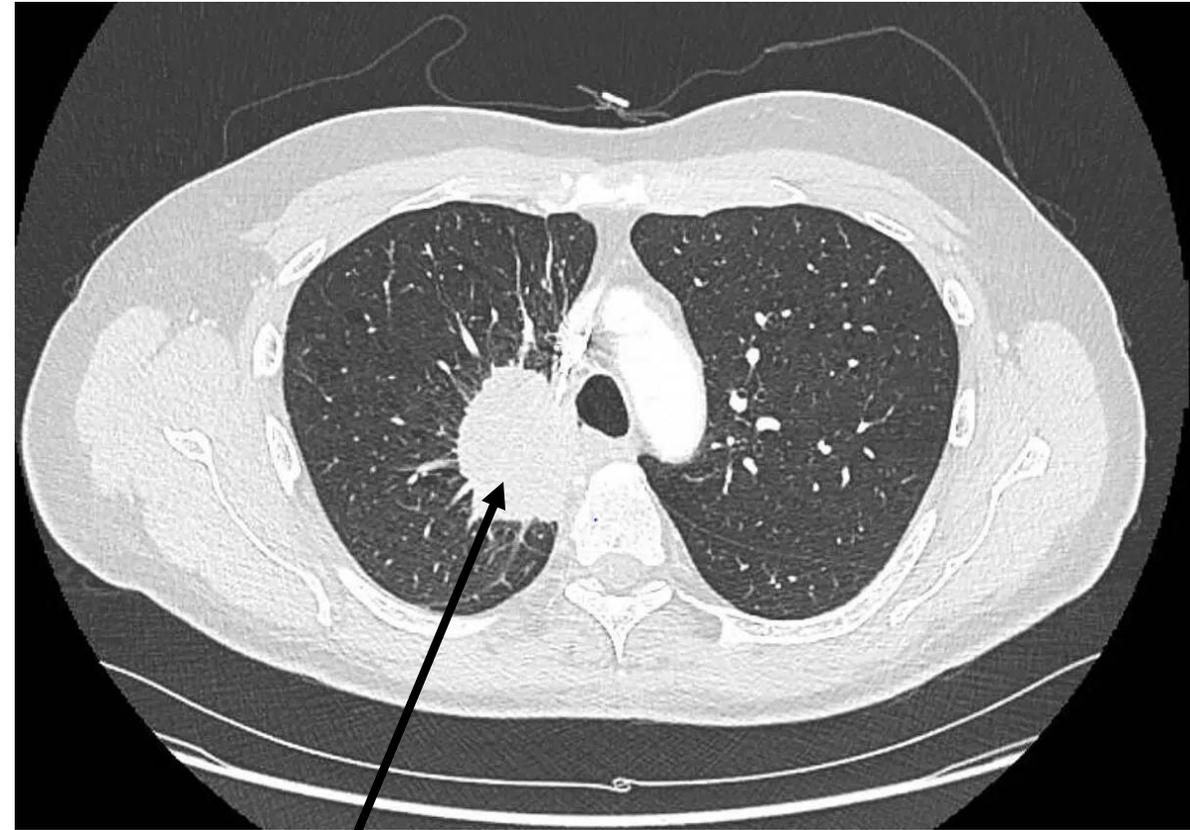


Médecin généraliste  
(Pneumologue)

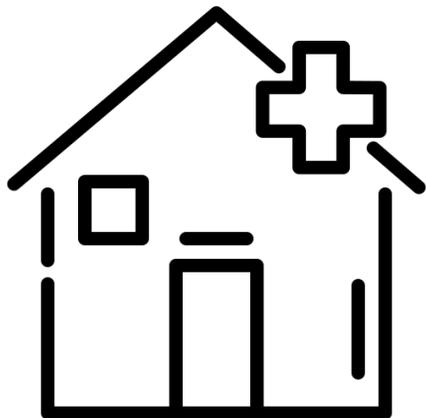
# Suspicion de cancer

Réalisation d'imagerie : radiographie thoracique, scanner thoracique

Scanner thoracique

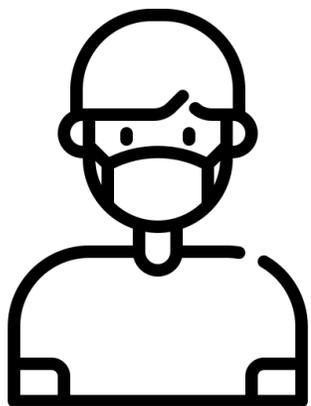


Suspicion de cancer bronchique

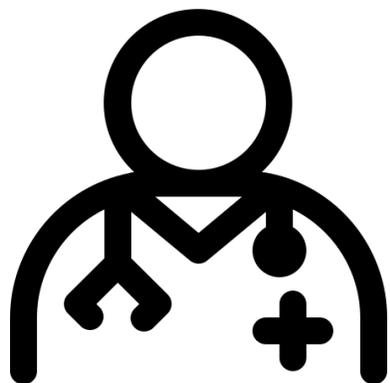


# Le temps d'annonce de la suspicion de cancer

Impact majeur pour la suite de la prise en charge



Mr Florent P, 62 ans



Médecin généraliste  
(Pneumologue)

**Anxiété importante pour le patient**

- Orientation du patient vers un spécialiste pour la suite de la prise en charge

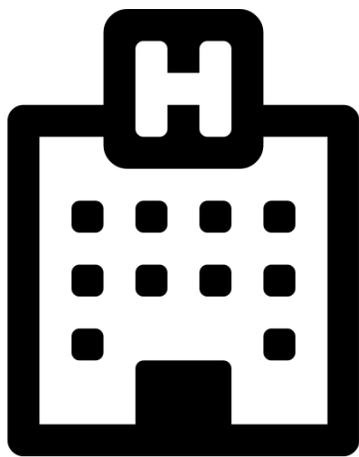
# L'orientation du patient

## **Intervenants :**

- **Vous**
- Pneumologue
- Oncologue médical
- Chirurgien thoracique

## **Structures :**

- Cabinet libéral/clinique libérale
- Centre hospitalier +/- universitaire
- Centre de lutte contre le cancer



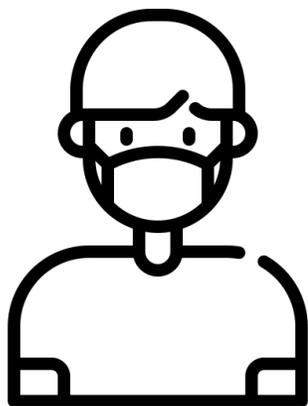
# Le temps d'annonce de la suspicion de cancer

1ère consultation entre le spécialiste et le patient

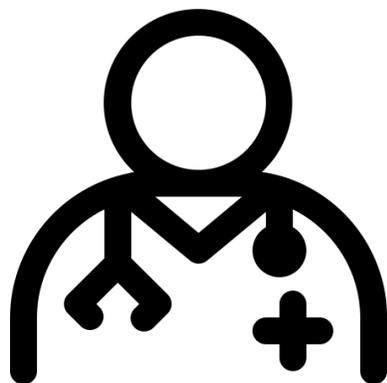
**Objectif** : expliquer le déroulement des examens qui vont être demandés et programmés pour confirmer (ou infirmer) le diagnostic de cancer.

Demander rapidement un bilan d'extension du cancer (scanner cérébral, TEP TDM, ... ) et un bilan d'opérabilité.

Prendre en charge le patient dans sa globalité pour pouvoir débuter des traitements rapidement.



Mr Florent P, 62 ans

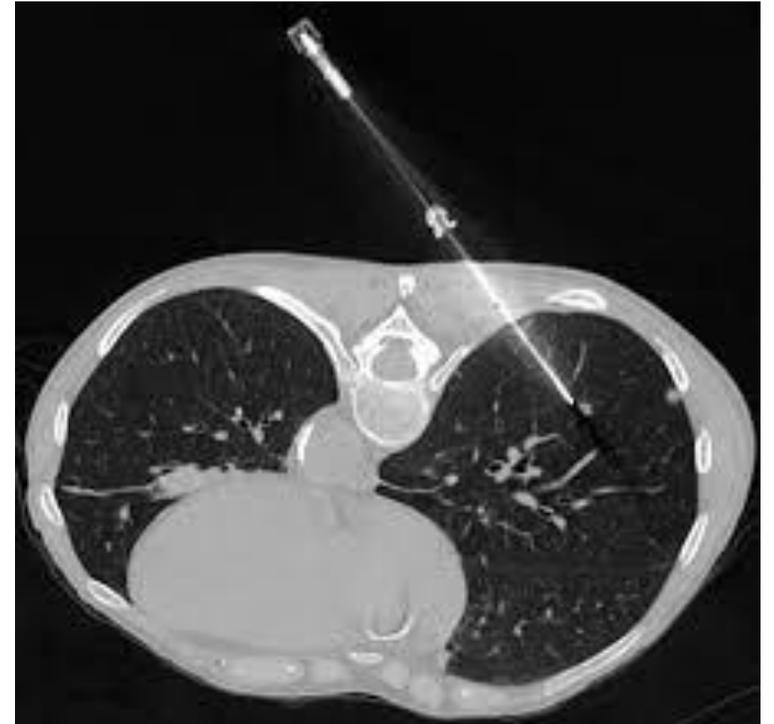


Spécialiste

# Le diagnostic de cancer

**Nécessite une preuve histologique = Biopsies**

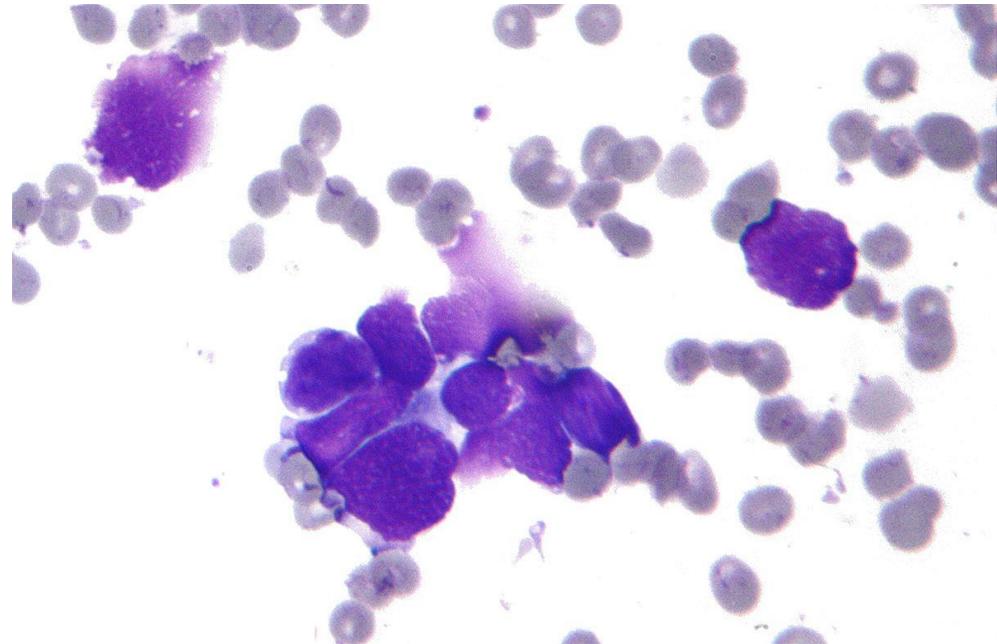
- Fibroscopie bronchique (en ambulatoire)
- Biopsie trans thoracique sous scanner (structure hospitalière)
- Biopsie hépatique, ganglionnaire ....



# Le diagnostic de cancer

**Nécessite une preuve histologique = Biopsies**

**Résultat obtenu après une analyse par l'anatomopathologiste**



# LES cancers bronchiques

## Les chiffres



Les cancers du poumon représentent la **1<sup>e</sup> cause de mortalité par cancer** en France et dans le monde



ON RECENSE

**37 000**

nouveaux cas  
chaque année  
en France

L'âge moyen au diagnostic est de :

66 ans



65 ans

Le pronostic est sombre  
avec une moyenne de

**15% DE SURVIE  
À 5 ANS**



**85%**

de ces cancers sont liés  
au fléau du tabac !  
& le tabagisme passif  
augmente le risque de **+26%**

# LES cancers bronchiques

TABAC\* : facteur *étiologique connu depuis 1950*

À l'origine de

95 % des cancers bronchiques chez l'homme

70 % chez la femme

Exposition professionnelle 10 % (amiante, arsenic, chrome, nickel, aluminium, hydrocarbures, radon, béryllium, cadmium, silice, radiations ionisantes, houille)

Autres facteurs : patho. pulm. préexistante , hérédité ?, ...

\*Tabac = 70 000 morts / an en France (plus de 7 / heure).



# LES cancers bronchiques

## TUMEURS EPITHELIALES

[...]

### Lésions glandulaires pré-invasives

Hyperplasie adénomateuse atypique	8250/0
Adénocarcinome <i>in situ</i>	
Non mucineux	8250/2
Mucineux	8253/2

### Adénocarcinome

Adénocarcinome minimalement invasif	
Non-mucineux	8256/3
Mucineux	8257/3
Adénocarcinome invasif non-mucineux	
Adénocarcinome lépidique	8250/3
Adénocarcinome acinaire	8551/3
Adénocarcinome papillaire	8260/3
Adénocarcinome micro papillaire	8265/3
Adénocarcinome solide	8230/3
Adénocarcinome Invasif mucineux	8253/3
Adénocarcinome invasif mixte mucineux et non-mucineux	8254/3
Adénocarcinome colloïde	8480/3
Adénocarcinome fœtal	8333/3
Adénocarcinome entérique	8144/3
Adénocarcinome NOS	8140/3

### Lésions épidermoïdes pré-invasives

Carcinome épidermoïde <i>in situ</i>	8070/2
Dysplasie malpighienne légère	8077/0
Dysplasie malpighienne modérée	8077/2
Dysplasie malpighienne sévère	8077/2

### Carcinome malpighien (ou épidermoïde)

Carcinome malpighien NOS	8070/3
Carcinome malpighien kératinisant	8071/3
Carcinome malpighien non kératinisant	8072/3
Carcinome malpighien basaloïde	8083/3
Carcinome lymphoépithélial	8082/3

### Carcinome à grandes cellules

Carcinome à grandes Cellules	8012/3
------------------------------	--------

### Carcinomes adénosquameux

Carcinome adénosquameux	8560/3
-------------------------	--------

### Carcinomes sarcomatoïdes

Carcinome pléomorphe	8022/3
Carcinome à cellules géantes	8031/3
Carcinome à cellules fusiformes	8032/3
Blastome pulmonaire	8972/3
Carcinosarcome	8980/3

### Autres tumeurs épithéliales

Carcinome NUT	8023/3
Tumeur thoracique indifférenciée SMARCA4 déficiente	8044/3

### Tumeurs de type glandes salivaires

Adénome pléomorphe	8940/0
Carcinome adénoïde kystique	8200/3
Carcinome épithélial-myoépithélial	8562/3
Carcinome mucoépidermoïde	8430/3
Carcinome à cellules claires hyalinisant	8310/3
Myoépithéliome	8982/0
Carcinome mucoépithélial	8982/3

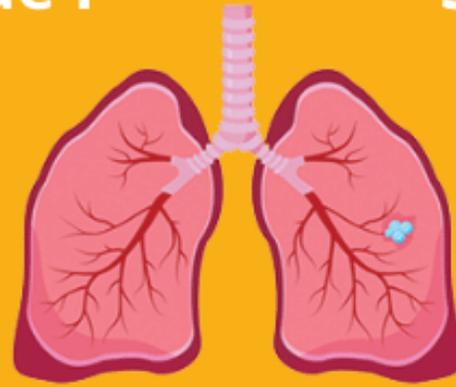
Histo les plus fréquents

# LES cancers bronchiques

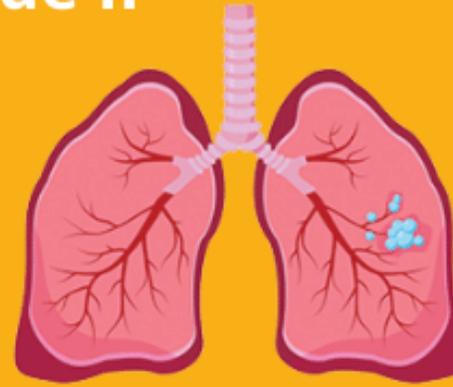


## Stade du cancer du poumon

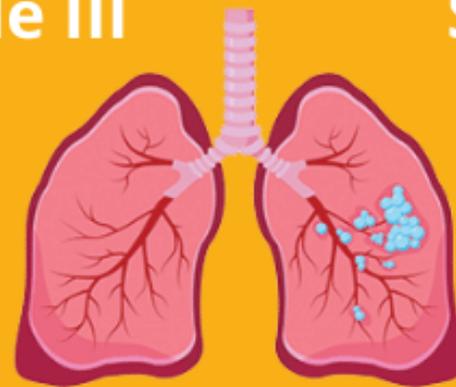
Stade I



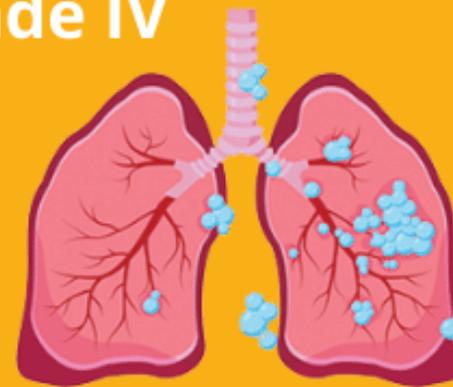
Stade II



Stade III



Stade IV



# Les RCP = Réunions de concertation pluridisciplinaire

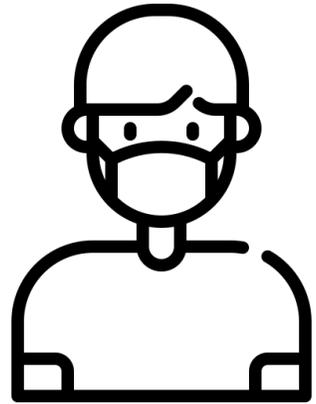


**Au moins 3 spécialistes différents lors d'une RCP.**

**Proposition de traitement le plus adapté à chaque patient.**

# Le dispositif d'annonce

## Le temps d'annonce de la confirmation du diagnostic



**Consultation avec l'ensemble des résultats :  
étape essentielle d'annonce.**

Cette étape fait suite aux examens complémentaires ayant permis l'obtention d'un diagnostic de certitude.

Au cours de cette consultation, le médecin confirme le diagnostic de cancer.

Mr Florent P, 62 ans

# Le temps dédié à la proposition thérapeutique

Proposition de la stratégie thérapeutique définie lors de la RCP.

Projet thérapeutique est présenté et expliqué au patient.

Décision thérapeutique remise sous forme d'un programme personnalisé de soins (PPS) lors de cette consultation.

Identifier certains besoins en soins de support du patient.

# Le temps dédié à la proposition thérapeutique

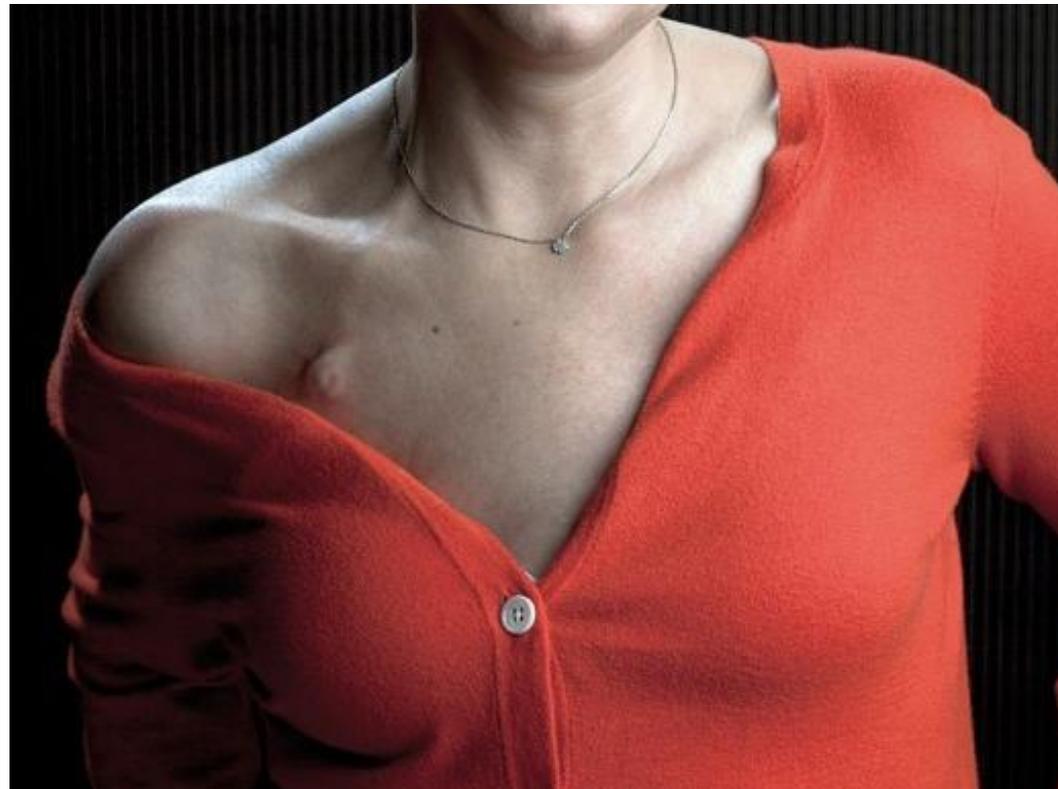
## Programme personnalisé de soins

Obligatoire dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour la pratique de la cancérologie.

Le PPS contient également la liste des contacts utiles pour le patient.

# Le traitement du cancer

La chimiothérapie nécessite la mise en place d'une **chambre implantable**.



# Le traitement du cancer bronchique



- Chimiothérapie
- Immunothérapie
- Thérapie ciblée (par voie orale)
- Chirurgie tumorale d'exérèse (lobectomie, pneumonectomie)
- Radiothérapie
- Endoscopie interventionnelle
  - cryothérapie, laser, thermocoagulation, prothèses, photothérapie ...

# Le traitement du cancer bronchique

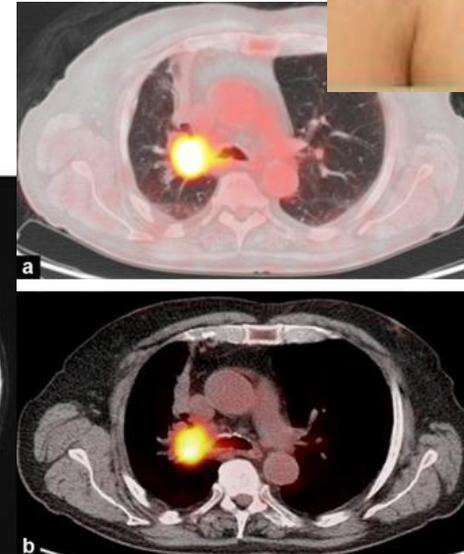
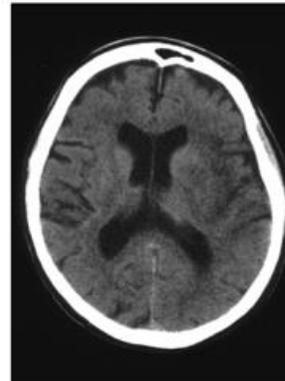
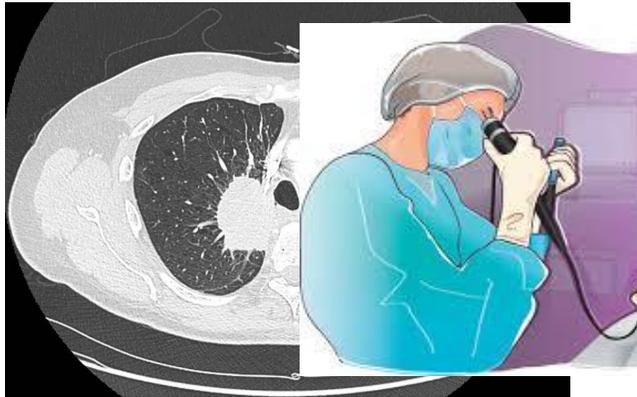
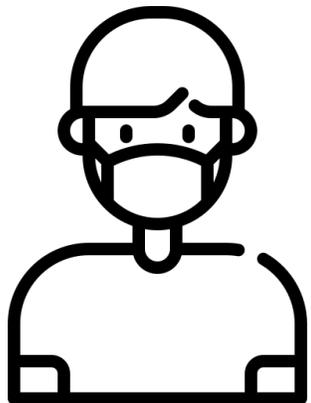
<b>Pour la pratique on retiendra 3 grandes situations</b>	<b>Traitement</b>
Cancer <b>localisé</b> (Stades I et II):	<b>Traitement local :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Chirurgie</b> ± chimiothérapie</li><li>▪ Radiothérapie si inopérable</li></ul>
Cancer <b>localement avancé</b> (Stades III)	<b>Traitement local</b> (chirurgie ou radiothérapie) + <b>traitement systémique</b>
Cancer <b>disséminé</b> (Stades IV)	<b>Traitement systémique</b>

# Le traitement du cancer

Pose de CIP



Apparition de symptômes



Mr Florent P, 62 ans

Biopsie

RCP

Orientation vers le spécialiste

Confirmation du diagnostic

Ensemble des examens effectués (scanner ... )

1 à 2 mois plus tard, début du traitement

# Les soins de support en oncologie thoracique

- En complément des traitements anticancéreux.
- Assurent une meilleure qualité de vie aux patients tout au long de la maladie, sur le plan physique, psychologique et social.
- Nécessitent d'être évalués tôt dans le parcours de soin afin de rapidement répondre à leurs besoins, voire d'anticiper les demandes.

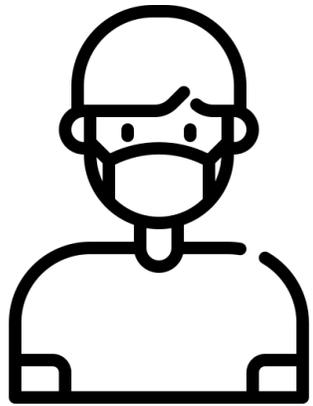
# Les soins de support en oncologie thoracique

Nombreux intervenants :

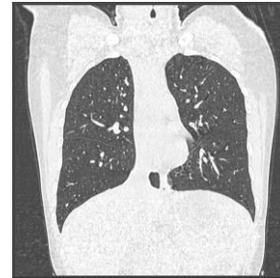
- IDE de coordination
- IDE de soins palliatifs
- Diététicienne
- Onco-psychologue
- Assistante sociale

**Le temps d'accompagnement  
soignant paramédical**

# Le suivi médical

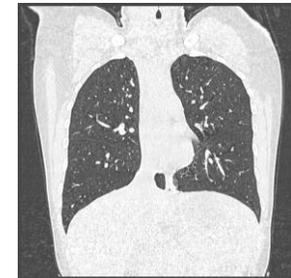


Mr Florent P, 62 ans

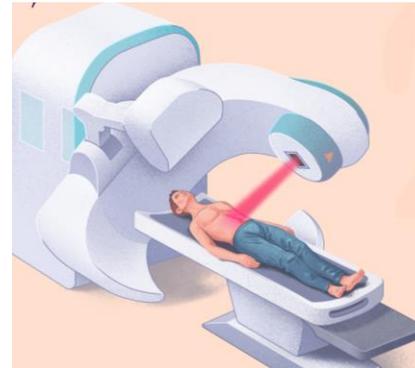


Consultation

3 – 6 – 12 mois



Consultation



# Urgences en oncologie thoracique

Symptômes mentionnés par le patient nécessitant obligatoirement une évaluation médicale rapide :

- Je crache du sang
- Je fais un malaise
- Je me sens très essoufflé
- J'ai une douleur dans la poitrine (ou ventre)
- J'ai de la fièvre
- Je vomis / j'ai la diarrhée
- J'ai très mal à la tête



# Merci de votre attention



**Chef de service** : Dr Pascal Foucher

**PH** : Dr Ayoub Zouak, Dr Fleur Marie Quilot, Dr Astrid Mercier, Dr Déborah Lamy, Dr Anne-Claire Guerin

**CCA** : Dr Pierre Mouillot

**DJ** : Dr Eleonore Laurens/Dr Anais Goussery

Cadre de santé : Céline Conceicao

AMA : Virginie Cordelier, Céline Pascal

IDE Soins palliatifs : Corinne Pitié

IDE coordonnatrices : Elodie Arnoux, Isabelle Boivin,  
Manon Gevrey

Equipe para médicale ++++