

Cancer bronchique à petites cellules

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été mis à jour à partir du RNRCP Cancers thoraciques de 2015 par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels des réseaux régionaux de cancérologie d'Alsace (CAROL), de Bourgogne (ONCOBOURGOGNE), de Champagne-Ardenne (ONCOCHA), de Franche-Comté (ONCOLIE), de Lorraine (ONCOLOR) en tenant compte des recommandations et des réglementations nationales, et conformément aux données acquises de la science au **3 octobre 2016**.

- [Accès à la version interactive de l'INCa \(mars 2015\)](#).

1. Cible du référentiel

- Professionnels de santé intervenant dans la prise en charge d'un patient atteint de cancer bronchique à petites cellules.

2. Généralités

- Ce référentiel a pour objectif d'aider les professionnels :
 - à connaître les principaux éléments indispensables à une prise en charge de qualité
 - à préparer le dossier du patient en vue soit d'une validation soit d'une discussion de la stratégie de prise en charge en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)
 - à informer le patient des modalités de prise en charge qui peuvent lui être proposées.
- Le cancer bronchique à petites cellules représente actuellement 15 à 20 % des tumeurs bronchiques primitives.

3. Exigences de qualité dans la prise en charge des cancers bronchiques

- Les modalités de prise en charge du patient font l'objet d'une discussion en **RCP**, tenant compte de son âge, du Performance Status, de ses comorbidités, du stade TNM et de la situation sociale. Les informations sont transmises dans les meilleurs délais au médecin traitant.
- Les différents aspects de la maladie et des traitements sont **expliqués** au patient et à ses proches.
- Des **documents** d'information sur les différents aspects de la maladie et des thérapeutiques sont disponibles et remis au patient, ainsi qu'un document traçant le **Programme Personnalisé de Soins**.
- Les **protocoles** et schémas thérapeutiques sont écrits, disponibles, connus et régulièrement actualisés. Il existe des protocoles relatifs à la prise en charge des effets indésirables.
- Le patient doit pouvoir bénéficier d'une aide à l'**arrêt du tabagisme** qui sera systématiquement proposée : (recommandations 2014 de la HAS [1] et celles de l'INCa de 2016 [2]).
- Le patient doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge de la **douleur**.
- Le patient doit bénéficier de **soins de support** (diététique, réhabilitation...) tout au long de la prise en charge. Le patient peut bénéficier de soins palliatifs par une équipe et/ou une

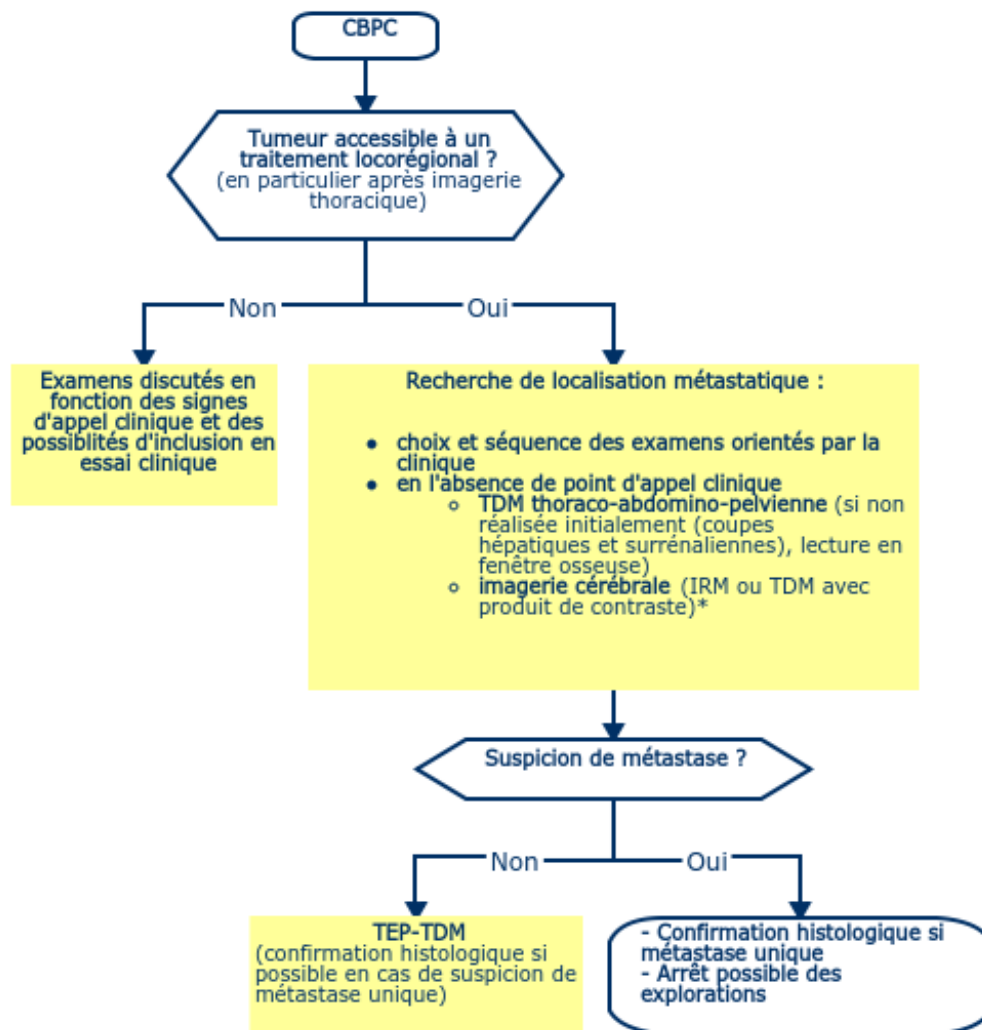
structure spécialisée, fixe ou mobile.

- Le patient et sa famille peuvent bénéficier d'une prise en charge **psychologique**.
- Le patient et sa famille peuvent bénéficier d'une prise en charge **sociale**.
- Une recherche d'**exposition professionnelle**, en vue d'une éventuelle déclaration et réparation, doit être systématique (questionnaire de repérage de la Société de pneumologie de Langue Française [3]) et document de l'INCa sur la reconnaissance d'un cancer en maladie professionnelle [4].
- En cas de constatation de plusieurs cas de cancers dans la famille du patient, une consultation d'**oncogénétique** peut être proposée (Dispositif national relatif aux consultations d'oncogénétique sur le site de l'INCa [5]).
- Il ne doit pas y avoir de **retard** à la prise en charge.
- La participation à un protocole de **recherche clinique** doit être envisagée à toutes les étapes de la maladie (Registre des essais cliniques de l'INCa [6]).
- Une **évaluation gériatrique** peut être proposée pour aider la prise en charge médicale.
 - La détermination du score G8 chez les patients de plus de 75 ans est recommandée même si aucun score gériatrique n'est actuellement validé en cancérologie thoracique. La généralisation de son utilisation est inscrite dans l'action 23.4 du Plan Cancer 2009-2013.
 - [Score G8 \(Cf. annexe : INCa, Oncodage, Septembre 2012\)](#)

4. Bilan initial

- Ce référentiel est basé sur les recommandations pour le bilan diagnostique initial d'un cancer bronchique (adapté de [INCa, 2011](#)) :
 - examen clinique
 - fibroscopie bronchique ou toute autre procédure permettant d'obtenir un diagnostic histologique
 - scanner thoraco-abdominal
 - toute anomalie sous-diaphragmatique doit nécessiter un examen d'imagerie approprié
 - IRM ou scanner cérébral injecté
 - TEP-TDM : à réaliser si un traitement à visée curative est envisagé
 - une scintigraphie osseuse peut être réalisée en cas de points d'appels osseux et quand la TEP-TDM n'est pas réalisée
 - lorsqu'une radiothérapie thoracique est envisagée, un bilan respiratoire associant EFR et DLCO est réalisé
 - l'arrêt du bilan d'extension est possible dès l'identification d'un premier site métastatique. La séquence des examens sera orientée en fonction de la clinique, des performances, de la pénibilité et de l'accessibilité des examens complémentaires
 - il n'est pas nécessaire de doser un marqueur tumoral pour le diagnostic, le pronostic et le suivi du patient.

4.1. Bilan pré-thérapeutique d'un CBPC

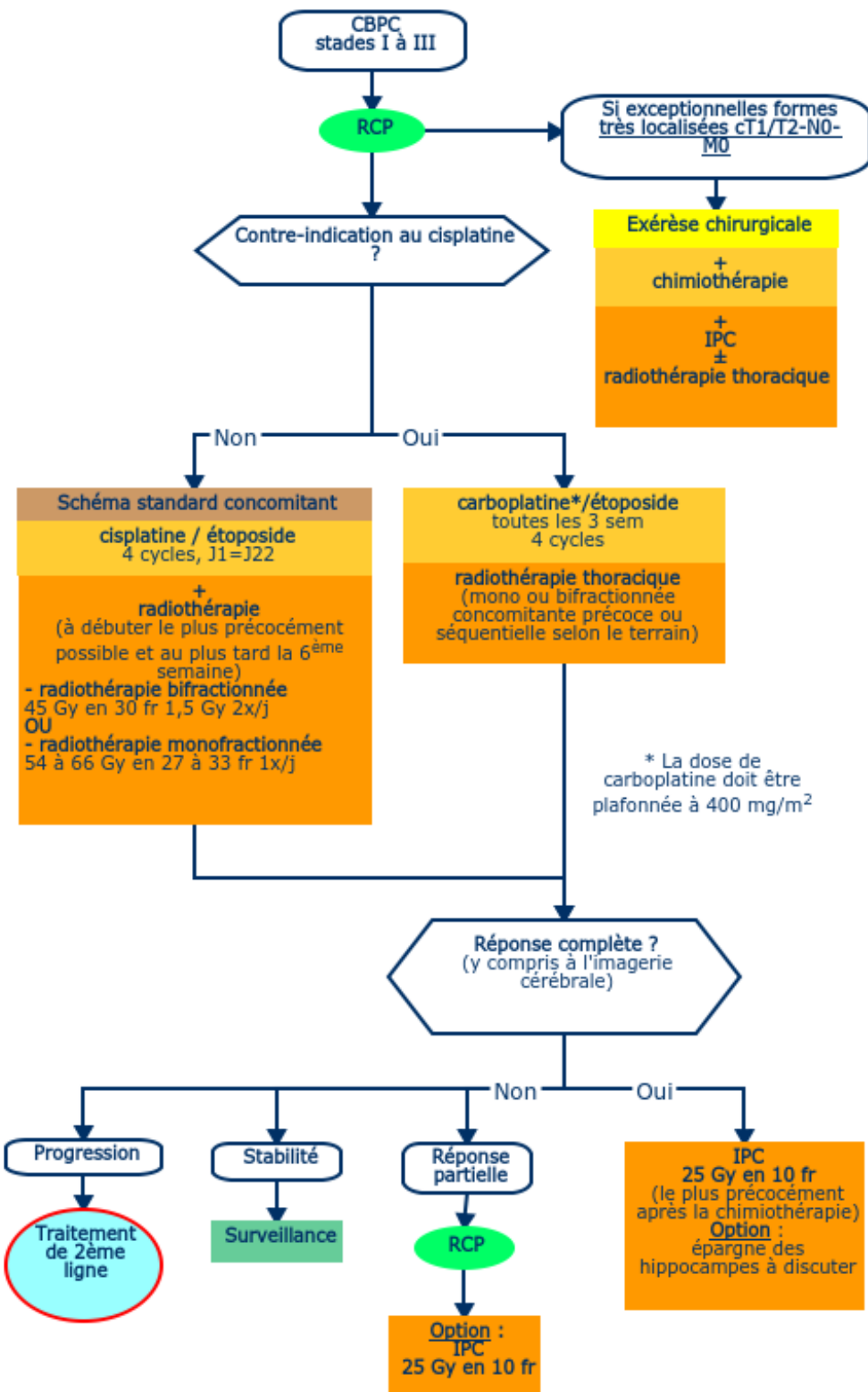


5. Classifications

Cf. annexes

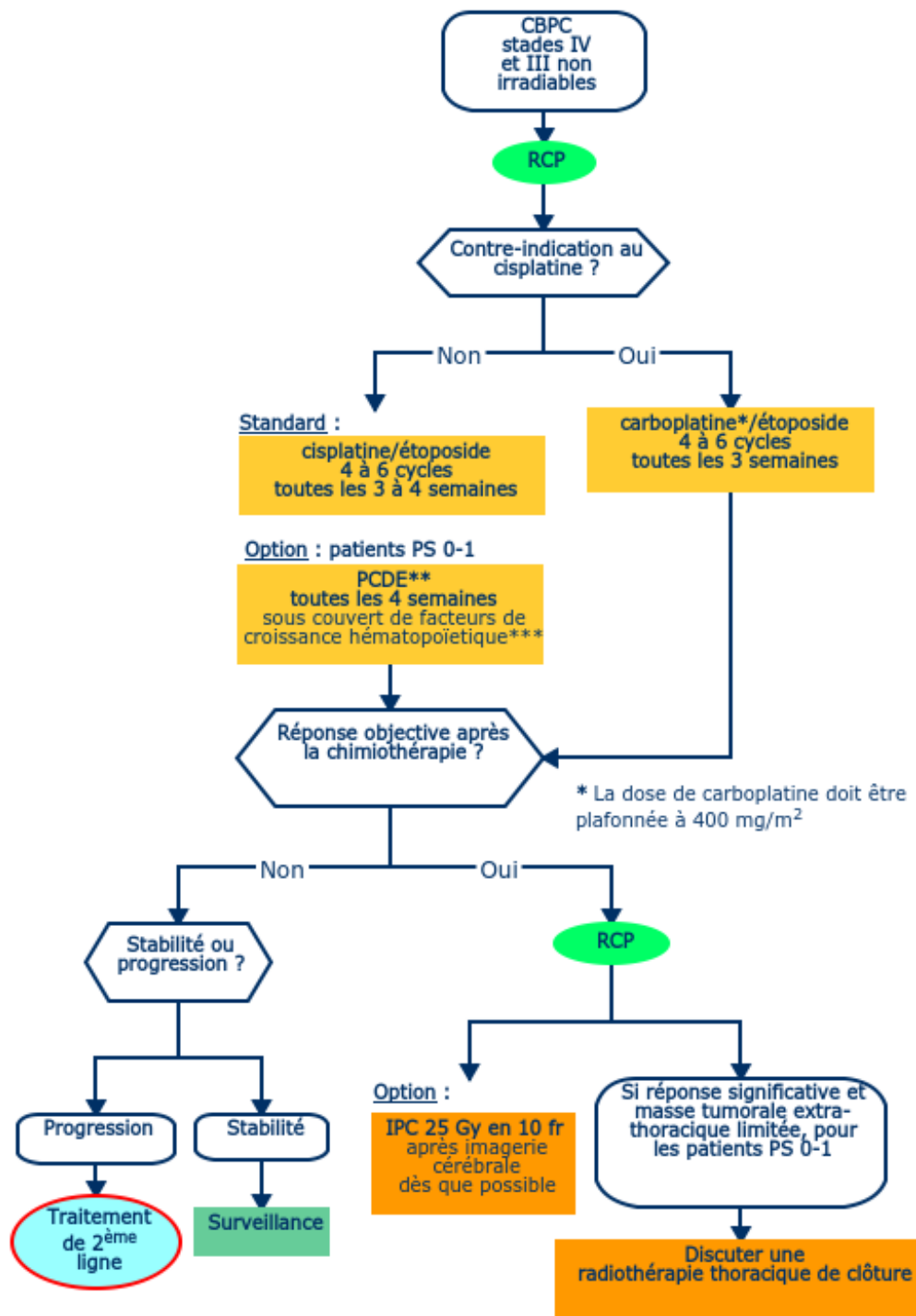
6. Traitement des CBPC stades I à III

6.1. Traitement de première ligne des CBPC des stades I à III



7. Traitement des CBPC stades IV

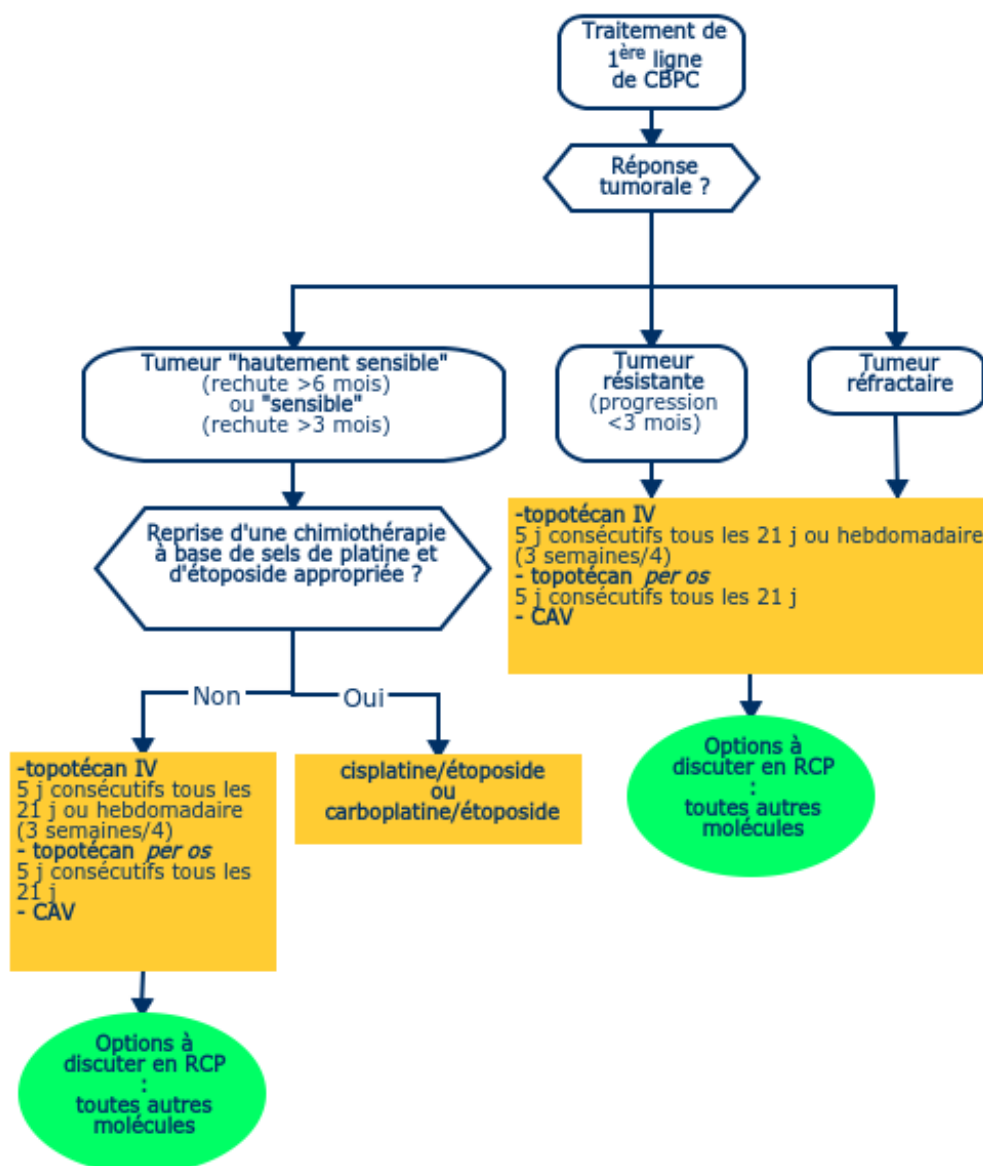
7.1. Traitement de première ligne des CBPC stades IV et III non irradiables



** PCDE : cisplatine/étoposide/cyclophosphamide/épirubicine

***: Cf. référentiel AFSOS : prophylaxie de la neutropénie fébrile (2014).

8. Traitements de deuxième ligne et ultérieurs quel que soit le stade



9. Surveillance

- Aucun consensus n'existe concernant les modalités et la fréquence de surveillance, que le patient ait été traité par chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie.
- L'arrêt du tabac est impératif (Recommandations 2014 de la HAS [7] et SFT-INCa de 2016 [8]).
- Une surveillance clinique et une imagerie thoracique régulières doivent être proposées.

10. Annexes

10.1. Classification

10.1.1. Tumeur primitive (T)

TX	Tumeur qui ne peut être évaluée ou tumeur démontrée par la présence de cellules malignes dans les expectorations ou un lavage broncho-alvéolaire sans visualisation de la tumeur par des examens endoscopiques ou d'imagerie
T0	Pas d'évidence de tumeur primitive
Tis	Carcinome <i>in situ</i>

T1	Tumeur ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension, entourée par le poumon ou la plèvre viscérale, sans évidence bronchoscopique d'invasion de la bronche souche
T1a	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T1b	Tumeur de plus de 2 cm sans dépasser 3 cm dans sa plus grande dimension
T2	Tumeur de plus de 3 cm sans dépasser 7 cm dans sa plus grande dimension ou présentant une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • atteinte de la bronche souche à 2 cm ou plus de la carène • invasion de la plèvre viscérale • présence d'une atélectasie ou d'une pneumopathie obstructive s'étendant à la région hilare sans atteindre le poumon complet
T2a	Tumeur de plus de 3 cm sans dépasser 5 cm dans sa plus grande dimension
T2b	Tumeur de plus de 5 cm sans dépasser 7 cm dans sa plus grande dimension
T3	Tumeur de plus de 7 cm ; ou envahissant directement une des structures suivantes : la paroi thoracique (y compris tumeur de l'apex), le diaphragme, le nerf phrénique, la plèvre médiastinale, pariétale ou le péricarde pariétal ; ou une tumeur dans la bronche souche à moins de 2 cm de la carène sans l'envahir ; ou associée à une atélectasie ou une pneumopathie obstructive du poumon entier ; ou présence d'un ou plusieurs nodules distincts dans le même lobe
T4	Tumeur de toute taille envahissant directement une des structures suivantes : médiastin, cœur, gros vaisseaux, trachée, nerf laryngé récurrent, sophage, corps vertébral, carène ; ou présence d'un nodule tumoral distinct dans un autre lobe du poumon atteint.

10.1.2. Adénopathies régionales (N)

NX	Les ganglions régionaux ne peuvent être évalués
N0	Pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale
N1	Métastase(s) dans les ganglions lymphatiques intrapulmonaires, péribronchiques et/ou hilaires homolatéraux, y compris par envahissement direct
N2	Métastase(s) dans les ganglions lymphatiques médiastinaux homolatéraux et/ou sous carénaux
N3	Métastase(s) dans les ganglions lymphatiques médiastinaux controlatéraux, hilaires controlatéraux, scalènes ou sus-claviculaires homo- ou controlatéraux.

10.1.3. Métastases à distance (M)

MX	La présence de métastase(s) à distance ne peut être évaluée
M0	Absence de métastase à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance
	Nodule(s) tumoral(aux) distinct(s) dans un lobe controlatéral ;

M1a	tumeur avec nodules pleuraux ou épanchement pleural (ou péricardique) malin
M1b	Métastase(s) à distance.

10.1.4. Classification par stades

Carcinome <i>in situ</i>	Tx	N0	M0
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade IA	T1a, T1b	N0	M0
Stade IB	T2a	N0	M0
Stade IIA	T2b	N0	M0
	T1a, T1b	N1	M0
	T2a	N1	M0
Stade IIB	T2b	N1	M0
	T3	N0	M0
Stade IIIA	T1a, T1b, T2a, T2b	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
	T4	N0, N1	M0
Stade IIIB	T4	N2	M0
	Quelque soit T	N3	M0
Stade IV	Quelque soit T	Quelque soit N	M1

10.2. Score G8

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	<ul style="list-style-type: none"> • 0 : anorexie sévère • 1 : anorexie modérée • 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (<3 mois)	<ul style="list-style-type: none"> • 0 : perte de poids >3 kilos • 1 : ne sait pas • 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos • 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	<ul style="list-style-type: none"> • 0 : du lit au fauteuil • 1 : autonome à l'intérieur • 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	<ul style="list-style-type: none"> • 0 : démence ou dépression sévère • 1 : démence ou dépression modérée • 2 : pas de problème psychologique

F	Indice de masse corporelle	<ul style="list-style-type: none"> • 0 : IMC <19 • 1 : IMC = 19 à IMC <21 • 2 : IMC = 21 à IMC <23 • 3 : IMC = 23 et >23
H	Prends plus de 3 médicaments ?	<ul style="list-style-type: none"> • 0 : oui • 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	<ul style="list-style-type: none"> • 0 : moins bonne • 0,5 : ne sait pas • 1 : aussi bonne • 2 : meilleure
	Age	<ul style="list-style-type: none"> • 0 : >85 • 1 : 80-85 • 2 : <80
	Score total	0-17

Si score ≤ 14, une consultation d'oncogériatrie peut être discutée

10.3. Bibliographie

- Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support.
Prophylaxie de la neutropénie fébrile. Juillet 2014
[Prophylaxie neutropénie fébrile](#)
- De Ruyscher D, Pijls-Johannesma M, Bentzen SM *et al.*
Time between the first day of chemotherapy and the last day of chest radiation is the most important predictor of survival in limited-disease small-cell lung cancer.
[J Clin Oncol. 2006 1;24:1057-63.](#)
- De Ruyscher D, Vansteenkiste J.
Chest radiotherapy in limited-stage small cell lung cancer: facts, questions, prospects.
[Radiother Oncol. 2000;55:1-9](#)
- Giraud P, Lacornerie T, Mornex F.
Radiotherapy for primary lung carcinoma.
[Cancer Radiother. 2016 ;20 Suppl:S147-56.](#)
- Goldstraw P, Crowley J, Chansky K *et al.*
The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM Classification of malignant tumours.
[J Thorac Oncol. 2007 ;2\(8\):694-705.](#)

- Haute Autorité de Santé.
Méthode Recommandations pour la pratique clinique.
Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours.
- Institut National du Cancer.
Cancer du poumon, Bilan initial, collection Recommandations et référentiels, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, juin 2011
Cancer du poumon, bilan initial.
- Institut National du Cancer.
Outils pour la pratique des autres professionnels de santé / Sevrage tabagique
Argumentaire - Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer - Systématiser son accompagnement
- Institut National du Cancer.
La reconnaissance d'un cancer en maladie professionnelle
- Jett JR, Schild SE, Kesler KA *et al.*
Treatment of small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines.
Chest. 2013 May;143(5 Suppl):e400S-19S.
- Pignon JP, Arriagada R, Ihde DC *et al.*
A meta-analysis of thoracic radiotherapy for small-cell lung cancer.
N Engl J Med. 1992 3;327:1618-24.
- Pujol JL, Daurès JP, Rivière A *et al.*
Etoposide plus cisplatine avec ou sans la combinaison de 4'-épidoxorubicine plus cyclophosphamide dans le traitement du cancer bronchique à petites cellules : une étude multicentrique randomisée de phase III de la Fédération Française des Instituts de Cancer.
J Natl Cancer Inst. 2001 21;93:300-8.
- Pujol JL, Carestia L, Daurès JP.
Is there a case for cisplatin in the treatment of small-cell lung cancer? A meta-analysis of randomized trials of a cisplatin-containing regimen versus a regimen without this alkylating agent.
Br J Cancer. 2000 ;83:8-15.
- Rossi A, Di Maio M, Chiodini P *et al.*
Carboplatin- or cisplatin-based chemotherapy in first-line treatment of small-cell lung cancer: the COCIS meta-analysis of individual patient data.
J Clin Oncol. 2012;30:1692-8.

- Prophylactic Cranial Irradiation Overview Collaborative Group
Cranial irradiation for preventing brain metastases of small cell lung cancer in patients in complete remission
[Cochrane Database Syst Rev. 2000;\(4\):CD002805.](#)
- Slotman BJ, van Tinteren H, Praaq JO *et al.*
Use of thoracic radiotherapy for extensive stage small-cell lung cancer: a phase 3 randomised controlled trial.
[Lancet. 2015;385:36-42.](#)
- Société Française de radiothérapie Oncologique.
Giraud P, Lacornerie T, Mornex F.
Radiothérapie des cancers primitifs du poumon.
[Cancer Radiother. 2016 Sep;20 Suppl:S147-56.](#)
- Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) et Société Française de Médecine du Travail (SFMT).
[Questionnaire de repérage des expositions professionnelles chez les sujets atteints de cancer bronchique primitif](#)
- Turrisi AT, Kim K, Blum R *et al.*
Twice-daily compared with once-daily thoracic radiotherapy in limited small-cell lung cancer treated concurrently with cisplatin and etoposide.
[N Engl J Med. 1999 28;340:265-71.](#)
- von Pawel J, Gatzemeier U, Pujol JL *et al.*
Phase II comparator study of oral versus intravenous topotecan in patients with chemosensitive small-cell lung cancer.
[J Clin Oncol. 2001 15;19:1743-9.](#)