

**Oncologie** La confirmation du diagnostic de malignité face à une image pulmonaire suspecte et l'évaluation de l'extension de la maladie obéissent à des critères précis. Repères issus des recommandations 2011 de l'Institut national du cancer et de la Société de pneumologie de langue française.

## CANCER DU POUMON : QUEL BILAN DIAGNOSTIQUE ?

Synthèse bibliographique du **Dr Pascale Naudin-Rousselle** (rédactrice, fmc@legeneraliste.fr).



La radioscopie du thorax reste l'examen initial.

Qu'il s'agisse d'une situation clinique évocatrice ou d'une découverte radiologique fortuite, toute suspicion de cancer du poumon nécessite un bilan diagnostique rapide.

### POUR POSER LE DIAGNOSTIC

→ Le bilan diagnostique initial comprend, si elle n'a pas déjà été réalisée, **une radiographie thoracique face et profil**. Un cliché normal n'élimine pas le diagnostic. **Toute image suspecte doit conduire à la réalisation d'un scanner thoracique avec injection de produit de contraste**. Celui-ci peut-être demandé par le médecin généraliste avant la consultation spécialisée pour ne pas retarder la prise en charge. Le scanner permet de localiser la tumeur et de mieux guider le choix de la voie d'abord pour l'analyse histocytologique. En cas de forte suspicion, des coupes abdominales supérieures entrant dans le cadre du bilan d'extension sont réalisées dans le même temps.

Un scanner normal n'élimine pas non plus le diagnostic, et si la suspicion clinique est forte (hémoptysie), il faut aller jusqu'à la bronchoscopie souple.

→ **C'est l'examen anatomopathologique qui confirme le diagnostic, la biopsie étant préférable à l'examen cytologique**. Les prélèvements sont réalisés soit au cours d'une bronchoscopie souple en cas de tumeur centrale, soit par ponction transpariétale réalisée sous anesthésie locale avec guidage par scanner en cas de tumeur périphérique non accessible à la bronchoscopie. Les techniques chirurgicales sont réservées à des cas particuliers. L'analyse anatomopathologique précise le type histologique de la tumeur : carcinome à petites cellules (CPC ; 15 % des cas) ou carcinome non à petites cellules (CNPC). S'il s'agit d'un CNPC, le sous-type histologique est identifié : carcinome épidermoïde, adénocarcinome, carcinome à grandes cellules...

Pour tout CNPC non épidermoïde localement avancé ou métastatique, du matériel tumoral doit être envoyé vers une plateforme de génétique moléculaire pour d'une part rechercher une mutation du gène EGFR (*epidermal growth factor receptor*) en cas de traitement prévu par un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'EGFR, d'autre part pour analyses complémentaires des biomarqueurs émergents (mutations KRAS, BRAF, HER2, PI3KCA, translocation EML4-ALK).

→ **Les marqueurs tumoraux sériques n'ont aucun intérêt** dans le diagnostic de cancer du poumon.

### QUEL BILAN D'EXTENSION ?

#### Pour les CNPC

→ Le bilan d'extension doit dater de moins de 6 semaines avant l'initiation du traitement.

→ S'il s'agit d'une tumeur accessible à un traitement locorégional, il y a lieu de poursuivre les explorations.

■ **L'évaluation du statut tumoral (T)** repose sur le scanner thoracique injecté et la bronchoscopie souple. Une IRM thoracique peut être demandée en cas de tumeur de l'apex.

■ **L'évaluation du statut ganglionnaire (N)** repose sur la TEP-TDM, plus performante que le scanner thoracique pour détecter les adénopathies médiastinales. En l'absence d'hypermétabolisme ganglionnaire médiastinal, l'évaluation de l'extension ganglionnaire s'arrête là. En cas d'hypermétabolisme, l'examen de référence pour obtenir la confirmation anatomopathologique est la médiastinoscopie cervicale, mais des techniques moins invasives peuvent être proposées : ponction-biopsie transbronchique, transœsophagienne ou transthoracique.

■ **Pour l'évaluation du statut métastatique**, on fait appel, pour la recherche de métastases cérébrales, au scanner injecté ou à l'IRM, et pour le bilan extra-cérébral, à la TEP-TDM (métastases surrenaliennes, hépatiques, osseuses et pulmonaires). En cas d'hypermétabolisme, une confirmation histologique est nécessaire.

→ Si la tumeur n'est pas accessible à un traitement locorégional, la TEP-TDM n'est pas indiquée, l'imagerie cérébrale est à discuter, les autres examens complémentaires devant être proposés au cas par cas.

#### Pour les CPC

Le bilan d'extension locorégionale repose sur le scanner thoracique et la bronchoscopie souple.

En ce qui concerne le bilan à distance, les examens sont réalisés séquentiellement, en s'orientant si possible grâce à la clinique : TDM abdominale avec coupes hépatiques et surrenaliennes (si non réalisée initialement), TDM ou IRM cérébrale. Dès qu'un site métastatique est découvert, le bilan s'arrête là. Un site métastatique unique doit si possible être confirmé histologiquement. ♦

#### BIBLIOGRAPHIE

1 - INCa, SPLF. Cancer du poumon, Bilan initial. Collection Recommandations et référentiels, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, juin 2011.

#### ♦ E1. EN CAS DE NODULE PULMONAIRE

- Près de la moitié des patients tabagiques ont au moins un nodule pulmonaire non calcifié. Les nodules sont « solides » (en imagerie) dans 80 % des cas ; moins de 10 % des nodules solides sont malins. Dans 20 % des cas, les nodules sont non solides et la malignité est proche de 100 % lorsqu'ils sont persistants et supracentimétriques.

- Lorsque le scanner thoracique en coupes fines visualise la présence d'un nodule pulmonaire solitaire, la démarche consiste à apprécier la probabilité de malignité à partir de critères cliniques (âge, exposition au tabac ou à un agent cancérigène, existence d'un antécédent de cancer) et d'imagerie. On distingue 3 situations.

- Si le nodule est d'apparence bénigne, le bilan s'arrête là.

- Si le nodule est suspect de malignité, une chirurgie diagnostique et thérapeutique est indiquée.

- S'il est indéterminé (> 75 % des cas), c'est le caractère « solide » ou non, ainsi que la taille du nodule (< ou > 10 mm) qui dicte la conduite à tenir : surveillance scannographique (nodule résolutif ou non), réalisation d'une TEP-TDM (seulement en cas de nodule solide > 10 mm) à la recherche d'un hypermétabolisme, examen histocytologique.