

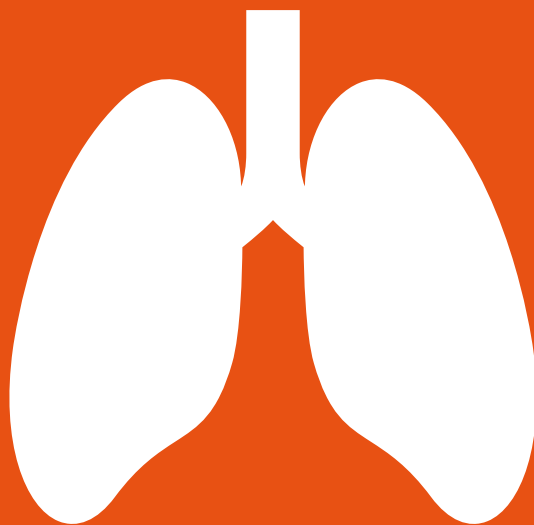
JUIN 2016



OUTILS POUR LA PRATIQUE

# CANCERS BRONCHO- PULMONAIRES

/Du diagnostic au suivi



[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)



L'Institut national du cancer est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.



Le Plan cancer 2014-2019 a pour ambitions de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement encore les innovations au service des malades.

Il comprend 17 objectifs regroupés autour de quatre grandes priorités de santé :

- Guérir plus de personnes malades
- Préserver la continuité et la qualité de vie
- Investir dans la prévention et la recherche
- Optimiser le pilotage et les organisations

Le Plan cancer s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ».

Ce guide répond à **l'action 2.22 :**

Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.

### **» Ce document fait partie de la collection « Outils pour la pratique » à destination des médecins généralistes.**

Il vise à vous aider dans votre pratique en cancérologie en présentant de façon synthétique le parcours de soins d'un patient adulte atteint de cancer bronchopulmonaire. Le contenu de cet outil a été élaboré à partir de recommandations de bonnes pratiques selon une méthode décrite sur le site Internet de l'INCa (lien) et a été relu par un groupe de travail pluridisciplinaire (liste des membres en page 21). En fin de document, des ressources pratiques (documents, sites Internet, plateformes téléphoniques) pour vous et vos patients sont répertoriées.

Les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie sont rassemblés dans un document : « Organisation des soins en cancérologie - Éléments clés » (1).

Ce document doit être cité comme suit : © *Cancers bronchopulmonaires /Du diagnostic au suivi*, INCa, novembre 2016.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur **e-cancer.fr**

# CANCERS BRONCHOPULMONAIRES

---

Les cancers bronchopulmonaires, dont l'incidence est en forte augmentation chez les femmes, sont le plus souvent diagnostiqués à un stade avancé de la maladie (40 à 55 % à un stade métastatique pour les cancers du poumon non à petites cellules, forme histologique dominante) et restent de mauvais pronostic. Comme il n'existe actuellement pas de recommandation de dépistage, les deux leviers d'action sont la prévention par l'arrêt du tabagisme et un diagnostic précoce permettant ainsi une chirurgie curatrice. Le médecin généraliste a donc un rôle majeur et central, tant dans l'accompagnement au sevrage tabagique que dans la vigilance devant une symptomatologie qui peut être banale et non spécifique. Il a également un rôle essentiel à tous les stades du parcours de soins, en lien avec l'équipe spécialisée.

## › Les chiffres des cancers bronchopulmonaires en France

- 45 222 nouveaux cas et 30 555 décès projetés en 2015
- 2<sup>e</sup> rang des cancers masculins et 3<sup>e</sup> rang des cancers féminins en termes de fréquence
- 1<sup>ère</sup> cause de décès (toutes causes confondues) chez l'homme entre 45 et 64 ans et 2<sup>e</sup> cause de décès par cancer chez la femme après le cancer du sein
- Survie nette à 5 ans estimée à 17 %

## › Facteurs de risque :

- Le tabagisme est le principal facteur de risque du cancer du poumon
- Plusieurs autres facteurs sont reconnus comme facteurs de risques environnementaux de cancer du poumon: amiante, radon, tabagisme passif, gaz d'échappement des moteurs au diesel, rayons X et gamma, pollution de l'air extérieur, ainsi que l'exposition professionnelle à différentes substances: silice cristalline, cadmium, chrome hexavalent, composés du nickel, arsenic, béryllium et benzo(a)pyrène.

**Il est indispensable d'encourager et d'accompagner le sevrage tabagique en prévention primaire, mais aussi après le cancer, car la poursuite du tabagisme majore notamment le risque de complications des traitements, de second cancer et a un impact sur la survie. Le médecin généraliste a un rôle à jouer pour accompagner l'arrêt du tabac de ses patients atteints de cancer bronchopulmonaire, quel qu'en soit le stade. Un fumeur aura 80 % plus de chance d'arrêter s'il reçoit de l'aide d'un professionnel de santé.**

# SOMMAIRE

---

<b>1</b>	<b>Démarche diagnostique et bilan initial</b>	<b>5</b>
	○ Circonstances de découverte	5
	○ Bilan initial devant une suspicion	5
<b>2</b>	<b>Bilans et soins spécialisés</b>	<b>7</b>
	○ Bilan	7
	○ Soins de support	8
	○ Résumé des traitements de 1 <sup>ère</sup> ligne pour un CBNPC	8
	○ Résumé des traitements de 1 <sup>ère</sup> ligne pour un CBPC	9
	○ Traitement des métastases	9
	○ Essais cliniques	9
<b>3</b>	<b>Soins et démarches partagés avec le médecin généraliste</b>	<b>10</b>
	○ Principaux effets indésirables précoces des traitements médicamenteux et conduite à tenir	10
	○ Principaux effets indésirables précoces de la radiothérapie et conduite à tenir	15
	○ Principaux effets indésirables précoces de la chirurgie	16
	○ Soins palliatifs	16
	○ Démarches administratives	16
<b>4</b>	<b>Suivi partagé du cancer bronchopulmonaire en rémission complète</b>	<b>17</b>
	○ Proposition de suivi minimal	17
	○ Principales complications tardives de la chirurgie et de la radiothérapie et détection	18
	○ Risque de second cancer et localisations	18
	○ Approche médicale globale	18
	<b>Ressources</b> (documents, sites internet, plateformes téléphoniques)	<b>19</b>
	<b>Liste des participants</b>	<b>21</b>
	<b>Références</b>	<b>22</b>

# 1

## DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET BILAN INITIAL

CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE D'UN CANCER BRONCHOPULMONAIRE	
Symptômes respiratoires	■ Toux, dyspnée, hémoptysie
Envahissement locorégional	■ Syndrome cave supérieur ■ Dysphonie ■ Douleur thoracique ■ Syndrome de Pancoast Tobias <sup>1</sup> ...
Extension métastatique	■ Cérébrale, osseuse, hépatique, cutanée...
Altération inexpiquée de l'état général	
Maladie thromboembolique sans circonstances favorisantes	
Syndromes paranéoplasiques	■ Syndrome de Pierre-Marie Bamberger <sup>2</sup> ■ Hyponatrémie par sécrétion inappropriée d'ADH ■ Fièvre isolée
Fortuite	■ Bilan d'imagerie



► Dans le cas du syndrome de Pancoast Tobias, les symptômes peuvent être à tort mis sur le compte d'une hernie discale cervicale ou d'une périarthrite scapulo-humérale.

**Il faut dans ce cas penser au diagnostic de tumeur de l'apex et demander un scanner thoracique plutôt qu'une simple radiographie qui peut être prise en défaut.**

► Toute hémoptysie ou autre symptomatologie thoracique persistante ou résistante au traitement, en particulier chez un patient fumeur ou ancien fumeur, doit faire rechercher un cancer bronchopulmonaire.

BILAN INITIAL DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER BRONCHOPULMONAIRE	
Biologie	■ Fonction rénale (avant la TDM avec injection de produit de contraste) ■ Bilan d'hémostase (TP, TCA, plaquettes) éventuellement (en vue des prélèvements à visée histologique) ■ Autres examens en fonction des symptômes
Imagerie	■ Radiographie de thorax (face et profil) ■ TDM thoracique avec injection de produit de contraste, avec coupes abdominales supérieures en cas de forte suspicion de cancer bronchopulmonaire

○ **Aucun dosage de marqueurs tumoraux sériques n'est indiqué** pour le diagnostic ou le pronostic du cancer bronchopulmonaire.

○ **La TEP-TDM et l'IRM ne sont pas indiquées comme examens d'imagerie de première intention.** Elles ne se conçoivent que dans un deuxième temps, chez un patient potentiellement éligible à un traitement curatif.

1. Associe une scapuloalgie puis une névralgie cervico-brachiale C8-D1 et un syndrome de Claude-Bernard Homer homolatéral (myosis, ptosis, enophtalmie).  
2. Hippocratisme digital avec arthralgies inflammatoires.



- ▶ En cas d'anomalie de la radiographie thoracique ou de forte suspicion clinique de cancer bronchopulmonaire malgré une radiographie négative, un scanner thoracique et une consultation spécialisée (pneumologue, oncologue, chirurgien thoracique) sont à organiser dans les plus brefs délais.

---

À ce stade, un avis spécialisé est requis.

---

# 2

## BILANS ET SOINS SPÉCIALISÉS EN ONCOLOGIE

Les différents bilans et les traitements sont organisés en lien avec le médecin généraliste.

Le diagnostic du cancer bronchopulmonaire repose sur l'examen anatomopathologique. Les prélèvements sont réalisés à partir de la tumeur (fibroscopie ou ponction sous scanner dans certains cas) et/ou des adénopathies associées (selon le contexte), d'un site métastatique accessible ou encore d'un épanchement pleural (ponction pleurale).

L'examen anatomopathologique permettra :

- de préciser le type histologique de la tumeur :
  - cancer bronchopulmonaire non à petites cellules (CBNPC), 85 % des cas ;

- cancer bronchopulmonaire à petites cellules (CBPC), 15 % des cas ;
- pour les CBNPC, de préciser le sous-type histologique chaque fois que c'est possible : adénocarcinome, carcinome épidermoïde et carcinome à grandes cellules sont les 3 plus fréquents ;
- pour certains CBNPC localement avancés ou métastatiques, de rechercher les mutations et translocations EGFR<sup>3</sup> et ALK<sup>4</sup>, dont la présence peut être une indication à une thérapie ciblée, ainsi que KRAS, BRAF et HER2.

BILAN D'UN CANCER BRONCHOPULMONAIRE	
Bilan d'extension locorégionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ TDM thoracique</li> <li>■ Fibroscopie bronchique</li> </ul>
Bilan d'extension pour les tumeurs a priori accessibles à un traitement locorégional à visée curative	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ IRM ou TDM cérébrale avec injection de produit de contraste</li> <li>■ TDM (ou échographie) abdominopelvienne (exploration hépatique et surrénalienne)</li> <li>■ TEP-TDM à la recherche de lésion extracérébrale viscérale ou ganglionnaire (excepté si tumeur M+ suite aux 2 examens précédents)</li> </ul>
Autres examens	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Scintigraphie osseuse si signes d'appels osseux et si la TEP-TDM n'est pas indiquée</li> <li>■ Autres examens discutés en fonction des possibilités d'inclusion dans un essai clinique</li> </ul>
Bilan préthérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation tabagique et accompagnement au sevrage tabagique (pour diminuer la morbi-mortalité postopératoire et améliorer le pronostic)</li> <li>■ +/- évaluation de la fonction respiratoire</li> <li>■ +/- évaluation du risque cardiovasculaire</li> <li>■ Évaluation gériatrique pour les patients de plus de 75 ans (2)</li> </ul>

La stratégie thérapeutique est définie en lien avec le médecin généraliste, et en accord avec le patient, sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis est présenté au patient au cours d'une consultation d'annonce. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient et adressé aux médecins qu'il aura désignés comme destinataires.

La **stratégie thérapeutique** d'un cancer bronchopulmonaire dépend de l'histologie, de l'extension de la maladie, de l'âge et des comorbidités du patient et des anomalies moléculaires éventuellement présentes.

Le pronostic de la maladie est corrélé à la résecabilité de la tumeur, au stade de la maladie, au type histo-

3. Epidermal Growth Factor Receptor  
4. Anaplastic lymphoma kinase

logique, à la rapidité du diagnostic et de la thérapeutique et à l'état général du patient.

La préservation de la qualité de vie du patient et de sa famille constitue un objectif permanent dès le début du parcours de soins et durant toute la durée de la maladie et du suivi. Elle doit être prise en compte pour déterminer les stratégies thérapeutiques.

### Soins de support

Le recours aux différentes ressources en soins oncologiques de support doit être suffisamment précoce. Le recours à des équipes spécialisées en soins de support, notamment en soins palliatifs, en coordination avec le médecin généraliste doit être anticipé. Ce souci d'anticipation doit être permanent pour le soulagement des symptômes physiques (douleurs (3)(4)(5) notamment liées à des métastases osseuses, déficits fonctionnels, nutrition, etc.) et la prise en compte des souffrances psychologiques, socio-familiales et existentielles.

## RÉSUMÉ DES TRAITEMENTS DE 1<sup>ÈRE</sup> LIGNE POUR UN CBNPC SELON SON STADE (6)

### Stades et principaux traitements

#### Stades localisés (I et II)

##### Stade I, patient opérable

- Chirurgie d'exérèse <sup>(1)</sup>
- Option : chimiothérapie conventionnelle <sup>(2)</sup> néoadjuvante et/ou adjuvante

##### Stade II, patient opérable

- Chirurgie d'exérèse
- Chimiothérapie conventionnelle généralement adjuvante, parfois néoadjuvante

##### Stade I ou II, patient inopérable

- Radiothérapie
- Options : chimiothérapie conventionnelle  
ablation thermique pour les tumeurs < 3 cm

#### Stades localement avancés (III)

##### Stade IIIA, patient opérable et tumeur résecable

- Chirurgie d'exérèse
- Chimiothérapie conventionnelle généralement adjuvante, parfois néoadjuvante
- Option : radiothérapie en cas de résection incomplète

##### Stade IIIA tumeur non résecable, stade IIIB, patient inopérable

- Chimioradiothérapie concomitante
- ou chimiothérapie-radiothérapie séquentielle
- Si la radiothérapie est contre-indiquée et si identification d'une mutation EGFR ou d'une translocation ALK : thérapie ciblée <sup>(3)</sup>

#### Stades métastatiques (IV)

- Si identification d'une mutation EGFR ou d'une translocation ALK : thérapie ciblée prescrite seule <sup>(3)</sup>
- Si absence de mutation EGFR ou d'une translocation ALK : chimiothérapie conventionnelle +/- antiangiogénique
- Si nombre limité de métastases : discussion d'un traitement par chirurgie ou radiothérapie +/- chimiothérapie conventionnelle

(1) Au minimum : lobectomie + curage ganglionnaire hilair et médiastinal.

(2) Généralement à base de sels de platine.

(3) En cas de mutation activatrice de l'EGFR => inhibiteurs de tyrosine kinase ciblant l'EGFR (gefitinib, erlotinib, afatinib)  
En cas de translocation ALK => inhibiteur de tyrosine kinase ciblant ALK (crizotinib)



## RÉSUMÉ DES TRAITEMENTS DE 1<sup>ÈRE</sup> LIGNE POUR UN CBPC SELON SON STADE (7)

### Stades et principaux traitements

Stades I à III	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Chimiothérapie conventionnelle <sup>(1)</sup></li> <li>■ Radiothérapie</li> <li>■ IPC <sup>(2)</sup> en cas de réponse complète après la chimiothérapie conventionnelle (optionnelle en cas de réponse partielle)</li> </ul>
Stades IV et III non irradiables	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Chimiothérapie conventionnelle <sup>(1)</sup></li> <li>■ IPC <sup>(2)</sup> en option en cas de réponse objective après la chimiothérapie conventionnelle</li> </ul>

(1) Sel de platine + étoposide

(2) Irradiation prophylactique crânienne

**Le CBPC représentant une urgence thérapeutique,** il ne doit pas y avoir de retard pour le traitement. La chirurgie est réservée à des cas très particuliers et exceptionnels.

#### » Traitement des métastases

- Cérébrales : le traitement de référence est la radiothérapie hypofractionnée, parfois précédée d'une chirurgie.
- Rachidiennes et osseuses : radiothérapie hypofractionnée, chirurgie, radiologie interventionnelle ainsi que biphosphonates et denosumab peuvent être indiqués.

#### » Essais cliniques

À la suite de la découverte de nombreuses mutations, il existe maintenant des essais cliniques d'un nouveau type, portant sur des molécules pouvant être efficaces sur des tumeurs de localisations différentes et partageant la même anomalie moléculaire.

# 3

## SOINS ET DÉMARCHES PARTAGÉS AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

La décision thérapeutique a été nécessairement précédée d'un échange avec le médecin généraliste, notamment sur les éléments de contexte médicaux, hygiéniques et sociaux. Le médecin généraliste participe au suivi et à la gestion des effets indésirables précoces, aux traitements symptomatiques et aux soins palliatifs, en lien avec l'équipe spécialisée.

Les effets indésirables des traitements médicamenteux sont mentionnés dans le résumé des caractéristiques du produit de l'AMM des molécules correspondantes (8)(9). Par ailleurs, l'Institut national du cancer élabore des recommandations sur la prévention et la gestion des effets indésirables des anticancéreux par voie orale. Ces recommandations s'adressent aux profes-

sionnels de santé. Elles proposent des mesures à mettre en oeuvre pour prévenir certains effets indésirables, les modalités de leur détection précoce et les conduites à tenir en cas de toxicité avérée. Celles portant sur les anticancéreux par voie orale utilisés dans le traitement des cancers bronchopulmonaires vous sont proposées dans le chapitre « ressources » page 19 (10)(11)(12).

En cas d'événement indésirable sévère (grave) qui pourrait être imputé au traitement anticancéreux, le traitement peut être suspendu et l'arrêt transitoire doit être confirmé par le cancérologue dans les 24 heures. D'une façon générale, l'interruption provisoire ou définitive d'un traitement anticancéreux ainsi que les modifications de dose relèvent du médecin cancérologue.



► **L'arrêt du tabac est très important pour le patient fumeur. Le médecin généraliste a un rôle majeur à jouer pour accompagner le sevrage tabagique dès le début du parcours de soins (13)(14)(15). Depuis juin 2015, les traitements par substituts nicotiques (patchs, gommes, etc.) sont remboursés à hauteur de 150 euros par an pour les patients atteints de cancer (condition : ordonnance consacrée exclusivement à ces produits, aucun autre traitement ne doit y figurer).**

### PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX (8)(9) ET CONDUITE À TENIR

#### Chimiothérapie conventionnelle \*

<b>Toxicité digestive</b> : nausées, vomissements, diarrhées	■ Antiémétiques et antidiarrhéiques lors des cures et des périodes d'inter-cures à domicile
<b>Toxicité hématologique</b> : neutropénie, anémie et thrombopénie	■ Si T° > 38,5°C : NFS et antibiothérapie jusqu'à la sortie d'agranulocytose. Hospitalisation si mauvaise tolérance ou signes de localisation
<b>Néphrotoxicité</b> (sels de platine), qui peut être majorée par la prescription d'autres néphrotoxiques tels que les aminosides par voie parentérale	■ Surveillance de la fonction rénale (créatininémie et clairance de la créatinine)
<b>Ototoxicité</b> (sels de platine) : bourdonnements d'oreille et perte auditive	■ Surveillance clinique, audiogramme si besoin
<b>Alopécie</b>	■ Prothèse capillaire

\* **Neurotoxicité** : risque de neuropathies périphériques, le plus souvent après des traitements prolongés (4 à 7 mois) et plus fréquemment chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Des troubles sensoriels, troubles de la vision, troubles du goût (dysgueusie) ont également été rapportés.

**PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX (8)(9)  
ET CONDUITE À TENIR**

**Thérapies ciblées**

**INHIBITEURS DE TYROSINE KINASE CIBLANT L'EGFR (gefitinib, erlotinib, afatinib) (10)**

**TROUBLES OPHTALMIQUES,**

notamment en cas d'allongement des cils, d'antécédent de sécheresse oculaire et de kératite, de port de lentilles de contact. Un avis spécialisé peut être nécessaire en cas de non-soulagement

Syndrome de l'oeil sec	■ Larmes artificielles
Blépharite	■ Utilisation d'un traitement mouillant et symptomatique ; Compresses chaudes, nettoyage de la paupière
Kératite	■ Réévaluation du traitement par ITK : une interruption, voire un arrêt définitif, est nécessaire en cas de kératite ulcéreuse.

**DYSFONCTION VENTRICULAIRE GAUCHE (afatinib)**

notamment si âge > 75 ans, maladie ou facteurs de risque cardio-vasculaire

Signes évocateurs d'une insuffisance cardiaque	■ Dosage du BNP (ou NT-proBNP) et adresser le patient à un cardiologue pour confirmer le diagnostic
--	---

**ÉRUPTIONS ET TROUBLES CUTANÉS,**

notamment dans les 15 premiers jours de traitement

Lésions bulleuses et exfoliatives, syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell	■ Arrêt immédiat du traitement par ITK et hospitalisation en urgence
Éruptions cutanées (folliculites) s'étendant sur moins de 10 % de la surface corporelle	■ Dermocorticoïde d'activité modérée (classe II) ou anti-acnéique local, cycline par voie orale
Éruptions cutanées (folliculites) s'étendant sur 10 à 30 % de la surface corporelle	■ Dermocorticoïde d'activité modérée à forte (classe II à III), cycline par voie orale ; interruption provisoire du traitement par ITK à envisager
Éruptions cutanées (folliculites) s'étendant sur plus de 30 % de la surface corporelle	■ Avis dermatologique ; interruption provisoire du traitement par ITK et/ou modification de dose à envisager
Prurit	■ Crème émolliente et compresses froides +/- antihistaminiques oraux
Sécheresse cutanée, xérose	■ Emollient ■ Avis dermatologique en cas d'eczématisation ou de prurit invalidant
Fissures	■ Bains antiseptiques ou émollients ou pansement occlusif ou colle cutanée cyanoacrylate ou application locale de nitrate d'argent en solution ou crème à base d'oxyde de zinc ; antibiotiques oraux si nécessaire

**PARONYCHIES ET AUTRES ANOMALIES DES PHANERES,**

notamment en cas d'onychotillomanie et onychophagie

Paronychies	■ Suppression des facteurs traumatisants ■ Antiseptiques locaux, corticoïdes locaux (d'activité très forte), nitrate d'argent en solution aqueuse ■ Port de chaussures adaptées et semelles orthopédiques modifiant les points d'appui ■ Traitement chirurgical non recommandé, sauf en dernier recours
Atteintes unguéales inhabituelles	■ Avis dermatologique
Hirsutisme	■ Si gênant, traitements symptomatiques tels que décoloration et épilation avec des moyens non agressifs
Trichomégalie des cils	■ Si allongement gênant, coupe prudente aux ciseaux

## PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX (8)(9) ET CONDUITE À TENIR

### Thérapies ciblées

#### INHIBITEURS DE TYROSINE KINASE CIBLANT L'EGFR (gefitinib, erlotinib, afatinib) (10)

##### **PNEUMOPATHIE INTERSTITIELLE,** notamment en cas d'atteinte interstitielle préexistante, de sujet d'origine asiatique, d'âge élevé

Apparition aiguë et/ou aggravation inexpliquée de symptômes pulmonaires : dyspnée, toux sèche, fièvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Interruption du traitement par ITK et avis spécialisé en pneumologie en urgence pour écarter une atteinte pulmonaire interstitielle</li> </ul>
---	---

##### **DIARRHÉES,** notamment en cas d'âge élevé

Nombre de selles quotidiennes < 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lopéramide ou racécadotril à débiter sans délai, associé à des mesures hygiéno-diététiques</li> <li>■ Pas d'interruption du traitement par ITK ni d'adaptation de dose</li> </ul>
Nombre de selles quotidiennes ≥ 7 ou épisode de diarrhées prolongé, mal toléré	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Interruption possible du traitement par ITK ; en cas de déshydratation, une réhydratation hydro-électrolytique intraveineuse peut être nécessaire et les facteurs de déshydratation associés (diurétiques, exposition à la chaleur) doivent être réduits autant que possible</li> </ul>

##### **DYSPEPSIE**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mesures hygiéno-diététiques (adaptation du régime) et modification de l'heure de prise du traitement par ITK</li> <li>■ <b>L'utilisation d'antiacides gastriques n'est pas recommandée en 1<sup>ère</sup> intention.</b> Si elle est nécessaire, elle doit tenir compte du risque d'interactions médicamenteuses avec le traitement par ITK</li> </ul>
--	---

##### **STOMATITES,** notamment en cas de malnutrition sous-jacente, d'âge élevé

Mucite peu symptomatique et régime alimentaire normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bains de bouche thérapeutiques</li> </ul>
Mucite symptomatique et alimentation possible	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bains de bouche thérapeutiques, traitement de la douleur, gel anesthésique avant alimentation (en tenant compte du risque de fausses routes)</li> </ul>
Mucite symptomatique et alimentation difficile	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Interruption du traitement par ITK ou modification de dose à considérer, traitement de la douleur et des éventuelles infections associées</li> </ul>

##### **ÉLÉVATION DES ENZYMES HÉPATIQUES,** notamment en début de traitement, favorisée par une maladie hépatique préexistante

Élévation des ASAT et/ou ALAT inférieure à 5 fois les LSN	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Surveillance plus rapprochée</li> </ul>
Élévation des ASAT et/ou ALAT supérieure à 5 fois les LSN	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Interruption sans délai du traitement par ITK et avis de l'oncologue</li> </ul>

##### **FATIGUE**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Poursuite du traitement par ITK à la même dose</li> <li>■ Traitement des autres causes possibles (anémie, hypothyroïdie...) Une activité physique adaptée peut être préconisée</li> </ul>
--	--

**PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX (8)(9)  
ET CONDUITE À TENIR**

**Thérapies ciblées**

**INHIBITEUR DE TYROSINE KINASE CIBLANT ALK (crizotinib) (11)**

<b>TROUBLES VISUELS</b>	
Troubles de la vision persistant ou s'aggravant	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une autre cause qu'un effet du crizotinib doit être envisagée</li> <li>■ Mesure de l'acuité visuelle et examen du champ visuel complété par un examen ophtalmologique à envisager</li> </ul>
<b>SYNCOPE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Réalisation rapide d'un ECG et, en l'absence d'anomalie, ne pas interrompre le crizotinib</li> <li>■ Consultation cardiologique</li> </ul>
<b>ALLONGEMENT DU QTc, notamment en cas de troubles ioniques ou de prescription concomitante d'un médicament allongeant le QTc</b>	
QTc > 500 ms sur au moins 2 tracés	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Interrompre le crizotinib jusqu'à résolution à un grade <math>\leq 1</math> (QTc <math>\leq 450</math> ms) ou à la valeur de base</li> </ul>
QTc > 500 ms et allongement > 60 ms par rapport à l'ECG de base et torsades de pointes ou tachycardie ventriculaire, ou arythmie sévère	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Arrêt définitif du crizotinib</li> </ul>
<b>BRADYCARDIE, notamment en cas de prescription concomitante d'un médicament bradycardisant</b>	
Bradycardie asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aucun ajustement de la posologie n'est nécessaire</li> </ul>
Bradycardie symptomatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Avis cardiologique ; le diagnostic d'une bradycardie doit être confirmé (holter ECG) et le crizotinib doit être interrompu</li> </ul>
<b>DYSFONCTION VENTRICULAIRE GAUCHE, notamment si âge &gt; 75 ans, facteurs de risque cardiovasculaire</b>	
Signes évocateurs d'une insuffisance cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dosage du BNP (ou NT-proBNP) et adresser le patient à un cardiologue pour confirmer le diagnostic</li> </ul>
<b>PNEUMOPATHIE INTERSTITIELLE, notamment en cas d'atteinte interstitielle préexistante et dans les 15 premiers jours de traitement</b>	
Apparition aiguë et/ou aggravation inexpliquée de symptômes pulmonaires : dyspnée, toux sèche, fièvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Interruption du crizotinib et avis spécialisé en pneumologie en urgence pour écarter une atteinte pulmonaire interstitielle</li> </ul>
<b>TROUBLES DIGESTIFS</b>	
Nausées et vomissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Traitement symptomatique : mesures hygiéno-diététiques, prescription de type métoclopramide ou métopimazine en première intention</li> <li>■ +/- surveillance de la kaliémie et de la calcémie corrigée</li> </ul>
Diarrhées	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rechercher une autre cause que le crizotinib (notamment infectieuse)</li> <li>■ Anti-diarrhéique de type anti-sécrétoire</li> <li>■ +/- surveillance de la kaliémie et de la calcémie corrigée</li> </ul>
Constipation	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Laxatif n'induisant pas d'hypokaliémie : PEG / macrogol en première intention</li> </ul>
Dyspepsie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mesures hygiéno-diététiques (adaptation du régime)</li> <li>■ L'utilisation d'antiacides gastriques n'est pas recommandée en première intention. Si elle est nécessaire, elle doit tenir compte du risque d'interactions médicamenteuses avec le crizotinib</li> </ul>

**PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX (8)(9)  
 ET CONDUITE À TENIR**
**Thérapies ciblées**
**INHIBITEUR DE TYROSINE KINASE CIBLANT ALK (crizotinib) (11)**
**ATTEINTES HÉPATIQUES**

Symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique	■ Bilan hépatique
Élévation isolée des ASAT et/ou ALAT inférieure à 5 fois les LSN	■ Surveillance plus rapprochée
Élévation isolée des ASAT et/ou ALAT supérieure à 5 fois les LSN	■ Interruption sans délai du crizotinib et avis de l'oncologue
Élévation concomitante des enzymes hépatiques et de la bilirubine	■ Interruption provisoire ou arrêt définitif du crizotinib à envisager

**PANCRÉATITE**

Douleurs abdominales	■ Dosage de la lipase sérique
----------------------	-------------------------------

**TROUBLES ELECTROLYTIQUES**

	■ Rechercher la cause (ils sont souvent liés aux épisodes de diarrhées)
--	---

**ANÉMIES, NEUTROPÉNIES, LEUCOPÉNIES**

Fièvre ou signes cliniques d'infection	■ Antibiothérapie probabiliste en attendant les résultats de l'hémogramme demandé en urgence
PNN $\leq$ 1,0 Giga/L (1 000/mm <sup>3</sup> )	■ Interruption immédiate du crizotinib et avis de l'oncologue
Hémoglobine $\leq$ 8 g/dL	■ Interruption immédiate du crizotinib et avis de l'oncologue

**HYPO-GONADISME**

Fatigue, baisse de la libido, voire dépression	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évoquer un hypogonadisme</li> <li>■ Un dosage matinal de la testostérone sérique peut être réalisé pour identifier les patients devant recevoir une supplémentation</li> </ul>
--	---

**OEDEMES, notamment chez les femmes et en cas de facteurs favorisants (dont hypo-albuminémie)**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Éliminer une origine cardiaque</li> <li>■ Mesures hygiéno-diététiques</li> <li>■ Les diurétiques ne sont pas recommandés en première intention en raison du risque associé de troubles ioniques et d'allongement du QTc</li> </ul>
--	---

**FATIGUE**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Poursuite du crizotinib à la même dose</li> <li>■ Traitement des autres causes possibles (anémie, hypothyroïdie...)</li> <li>■ Une activité physique adaptée peut être préconisée</li> </ul>
--	---

**PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX (8)(9)  
ET CONDUITE À TENIR**

**Thérapies ciblées**

**ANTIANGIOGÉNIQUE (bevacizumab)**

Hypertension artérielle	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Surveillance, parfois nécessité d'un avis spécialisé si HTA résistante</li> </ul>
Néphropathie avec protéinurie sévère	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bandelettes urinaires et/ou dosage de protéinurie avant les cures</li> <li>■ Parfois arrêt du traitement nécessaire</li> </ul>
Complication de la cicatrisation des plaies	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pas d'initiation du traitement pendant au moins 4 semaines après une chirurgie lourde</li> <li>■ En cas de chirurgie planifiée, suspension du traitement</li> </ul>
Risque thromboembolique artériel (AVC, AIT, IDM) et veineux (risque élevé chez les patients diabétiques)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Surveillance/observation</li> <li>■ En cas de survenue d'accident embolique, l'arrêt définitif du traitement est discuté par l'équipe spécialisée en fonction de sa nature (artériel ou veineux), du grade et du rapport bénéfique/risque</li> </ul>
Leuco-encéphalopathie postérieure (pouvant se révéler par un syndrome confusionnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Réversible à l'arrêt du traitement</li> </ul>
Risque hémorragique : épistaxis, hémorragies liées à la tumeur, hémorragies pulmonaires, hémoptysies graves	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'arrêt définitif du traitement est discuté par l'équipe spécialisée en fonction de la nature et de la sévérité de l'hémorragie et du rapport bénéfique/risque</li> </ul>
Fistules trachéo-oesophagiennes	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Arrêt du traitement</li> </ul>
Neutropénies sévères, neutropénies fébriles, infections avec ou sans neutropénie sévère	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Si T° &gt; 38,5°C : NFS et antibiothérapie jusqu'à la sortie d'agranulocytose. Hospitalisation si mauvaise tolérance ou signes de localisation</li> </ul>
Ostéonécrose de la mâchoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Soins dentaires <b>préventifs</b> avant le traitement</li> <li>■ Hygiène bucco-dentaire et consultation stomatologique</li> </ul>
Douleurs abdominales aiguës pouvant suggérer des perforations gastrointestinales Perforations gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hospitalisation en urgence</li> </ul>

**PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DE LA RADIOTHÉRAPIE (16) ET CONDUITE À TENIR**

Toxicité pulmonaire : toux, dyspnée, fièvre résistante à l'antibiothérapie durant la radiothérapie et jusqu'à 12 semaines environ après le traitement : suspecter une pneumopathie radique. Dans ce cas, la fièvre peut témoigner d'un processus inflammatoire et non pas infectieux	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Avis spécialisé</li> </ul>
Toxicité œsophagienne : dysphagie, d'autant plus sévère s'il s'agit d'une association chimiothérapie + radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alimentation liquide exclusive, voire parentérale</li> <li>■ Antalgiques (morphiniques) et pansements œsogastriques</li> <li>■ Traitement anticandidosique</li> </ul>
Toxicité cutanée : radio-épithélite	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Traitement local, application de crème hydratante <b>après</b> la séance de radiothérapie (pas d'application de crème avant la séance)</li> </ul>

<b>PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DE LA CHIRURGIE DU CANCER BRONCHOPULMONAIRE *</b>	<b>À ÉVOQUER DEVANT</b>
<b>Fistule bronchique</b>	■ Fièvre, toux, dyspnée s'aggravant ou détresse respiratoire, bronchorrhée abondante purulente et/ou sanglante revêtant parfois le caractère d'une vomique
<b>Embolie pulmonaire</b>	■ Douleur thoracique brutale, hémoptysie, majoration de la dyspnée, y compris en l'absence de TVP des MI
<b>Empyème, pneumopathie infectieuse</b>	■ Tableau septicémique associé à une polypnée
<b>Abcès de paroi</b>	■ Fièvre et signes inflammatoires au niveau de la cicatrice (acutisation de la douleur, voire désunion avec écoulement purulent)
<b>Paralysie récurrentielle</b>	■ Dysphonie et troubles de la déglutition

\*Pour ces situations, l'avis du chirurgien référent est demandé.

### » Soins palliatifs (17)(18)(19)(20)

Dans la phase avancée de cancer, quand des soins palliatifs viennent compléter les traitements spécifiques, puis les remplacer, la place du médecin généraliste est essentielle pour le suivi du patient et l'accompagnement de fin de vie. Durant cette phase palliative, des traitements anticancéreux peuvent encore être appliqués avec l'objectif d'une réponse temporaire et/ou partielle, d'une stabilisation de la maladie et/ou d'une amélioration de la qualité de vie.

Le médecin généraliste, repère médical du patient en dehors de l'hôpital, assure les soins en ambulatoire, en lien avec l'équipe spécialisée. Il coordonne l'action des soignants et des équipes mobiles auxquelles Il peut faire appel : réseau de soins palliatifs à domicile ou hospitalisation à domicile (HAD).

La place des aidants est déterminante. Des bénévoles formés à l'écoute et à l'accompagnement sont présents dans certaines structures de soins palliatifs ou peuvent se déplacer à domicile.

Un annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement est disponible sur le site Internet de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (voir le chapitre Ressources en page 19).

### » Démarches administratives

#### Déclaration de « maladie professionnelle » (21)(22)

La découverte d'un cancer bronchopulmonaire doit systématiquement faire rechercher une exposition professionnelle. Tout doute sur une exposition professionnelle doit faire l'objet d'un certificat médical initial établissant le lien possible entre la maladie et son origine professionnelle.

La liste actualisée des tableaux du régime général ou agricole des cancers professionnels bronchopulmonaires est consultable sur le site de l'INRS.

La déclaration de « maladie professionnelle » (délivrée par la caisse d'assurance maladie du patient ou disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr)) est ensuite réalisée par le patient lui-même et adressée avec le certificat médical initial à sa caisse d'assurance maladie pour faire la demande de reconnaissance de la pathologie en maladie professionnelle.

#### Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) (23)

L'existence même d'un cancer bronchopulmonaire avec exposition à l'amiante, d'origine professionnelle ou non, permet de solliciter une indemnisation auprès du FIVA. La demande d'indemnisation est faite par la victime ou ses ayants droit. La constatation de plaques pleurales au scanner doit faire discuter l'ouverture de droits relatifs à l'indemnisation d'exposition à l'amiante.



# 4

## SUIVI PARTAGÉ DU CANCER BRONCHOPULMONAIRE EN RÉMISSION COMPLÈTE

Les objectifs du suivi d'un cancer bronchopulmonaire en rémission complète sont les suivants :

- détecter les récurrences locales ou à distance;
- veiller à la qualité de vie et organiser les soins de support nécessaires;
- détecter les effets indésirables, notamment tardifs, liés aux traitements;
- lutter contre le tabagisme et détecter précocement un second cancer;
- permettre un accompagnement médico-social et une aide à la réinsertion professionnelle lorsque cela est pertinent;
- être vigilant au maintien du sevrage tabagique dans le temps.

**En pratique, le suivi est organisé par le(s) médecin(s) spécialiste(s) référent(s) (pneumologue, oncologue, chirurgien) en lien avec le médecin généraliste. Un échange d'informations dans les deux sens est indispensable.**

### PROPOSITION DE SUIVI MINIMAL D'UN CANCER BRONCHOPULMONAIRE EN RÉMISSION COMPLÈTE (AVIS D'EXPERTS<sup>6</sup>)

	1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>e</sup> années	À partir de la 3 <sup>e</sup> année et à vie
Examen clinique	Tous les 3 mois par le généraliste, tous les 6 mois par le spécialiste référent	Tous les ans par le spécialiste référent, en lien avec le généraliste
Scanner thoracique	Tous les 6 mois	Tous les ans



▶ La TEP-TDM et l'IRM cérébrale ne sont pas recommandées dans le suivi du cancer bronchopulmonaire en rémission complète.

Aucun dosage de marqueurs tumoraux sériques n'est indiqué dans le suivi.

Le médecin généraliste participe au suivi et à la gestion des effets indésirables tardifs, en lien avec l'équipe spécialisée. Les effets indésirables des traitements

médicamenteux sont mentionnés dans le résumé des caractéristiques du produit de l'AMM des molécules correspondantes (8)(9).



▶ Les professionnels de santé ont l'obligation de déclarer tout effet indésirable suspecté (9).

6. Il n'existe aucun consensus concernant les modalités et la fréquence de surveillance pour détecter une récurrence ou un second cancer, que le patient ait été traité par chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie. Voir guide du Parcours de soins HAS/INCa 2013 sur les cancers bronchopulmonaires en page 26.

<b>PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DE LA CHIRURGIE ET DE LA RADIOTHÉRAPIE* ET DÉTECTION</b>	
<b>Chirurgie</b>	
Douleurs chroniques	■ Évaluation clinique
Insuffisance respiratoire (la chirurgie est un facteur favorisant)	■ Signes cliniques ■ Spirométrie, Gaz du sang
Fistules bronchiques	■ Toux persistante ± expectorations, en particulier chez le pneumonectomisé ■ Apparition de niveaux hydro-aériques au niveau de la loge de pneumonectomie sur la radiographie du thorax
Surinfection de la cavité de pneumonectomie	■ Fièvre, altération de l'état général, distension de la loge au scanner
<b>Radiothérapie (suivi annuel par le radiothérapeute) (16)</b>	
<b>Toxicité pulmonaire</b>	
Pneumopathie radique (survient 3 à 6 mois après le traitement)	■ Toux, dyspnée, rarement fièvre ou douleur thoracique ■ Scanner thoracique
Fibrose pulmonaire cicatricielle	■ Généralement asymptomatique
Insuffisance respiratoire	■ Signes cliniques ■ Spirométrie, gaz du sang
<b>Toxicité oesophagienne</b>	
Sténose et/ou perte du péristaltisme	■ Dysphagie
<b>Toxicité cardiaque</b>	
Ischémie, insuffisance cardiaque	■ Signes cliniques ■ Examen clinique
<b>Toxicité du système nerveux central</b>	
Troubles cognitifs (post-radiothérapie cérébrale)	■ Évaluation clinique
* Pour ces situations, un avis spécialisé est demandé.	

<b>RISQUE DE SECOND CANCER APRÈS UN CANCER BRONCHOPULMONAIRE ET LOCALISATIONS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Supérieur à celui de la population générale</li> <li>■ Observé quel que soit le type histologique</li> <li>■ Plus élevé chez les patients :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnostiqués avant 50 ans</li> <li>- et/ou chez ceux qui continuent de fumer après le diagnostic (les seconds cancers les plus à risque ont une étiologie tabagique)</li> </ul> </li> </ul>	■ Poumon
	■ Vessie
	■ ORL (cavité buccale, pharynx, larynx)

<b>APPROCHE MÉDICALE GLOBALE APRÈS UN CANCER BRONCHOPULMONAIRE</b>	
Lutte contre les facteurs de risque de développer un second cancer ou des complications tardives	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aide au sevrage tabagique</li> <li>■ Lutte contre l'obésité</li> </ul>
Vaccinations	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ En cas d'insuffisance respiratoire et/ou de BPCO : vaccinations antigrippale et antipneumococcique</li> <li>■ Tous les vaccins vivants sont contre-indiqués pendant au moins 6 mois après la fin de la chimiothérapie</li> <li>■ Les vaccinations doivent être conformes aux recommandations vaccinales spécifiques chez les patients sous chimiothérapie préconisées par le HCSP (24)</li> </ul>
Dépistages organisés d'autres cancers	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cancer du sein et cancer colorectal chez les patients de 50 à 74 ans</li> <li>■ Cancer du col de l'utérus chez les patientes de 25 à 65 ans (en cours de généralisation)</li> </ul>

## RESSOURCES (DOCUMENTS, SITES INTERNET, PLATEFORMES TÉLÉPHONIQUES)

### Documents et sites Internet

#### Pour vous

- (1) Document « Organisation des soins en cancérologie – Éléments clés », INCa, disponible prochainement sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
- (2) Dossier Web sur l'oncogériatrie sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique professionnels de santé**
- (3) Fiche repère « La douleur en cancérologie » disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique catalogue des publications**
- (4) Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur: [www.cnrld.fr](http://www.cnrld.fr)
- (5) Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes: dossier sur les structures spécialisées douleur chroniques, avec annuaire national: <http://www.sante.gouv.fr/structures-douleurs.html>
- (6) Cancer bronchique non à petites cellules, référentiel national de RCP, INCa, mars 2015, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique catalogue des publications**
- (7) Cancer bronchique à petites cellules, référentiel national de RCP, INCa, mars 2015, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique catalogue des publications**
- (8) Base de données publique exhaustive et gratuite sur les médicaments disponibles en France qui donne toute information sur les AMM des molécules, leurs effets indésirables, les avis de la HAS, leurs prix et leurs conditions de prescription: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
- (9) Pour déclarer un effet indésirable médicamenteux sur le site Internet de l'ANSM: <http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/>
- (10) Recommandations de pratique clinique sur la prévention et la gestion des toxicités des médicaments ciblant EGFR: erlotinib, géfitinib, afatinib, INCa, avril 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique catalogue des publications**
- (11) Recommandations de pratique clinique sur la prévention et la gestion des toxicités des médicaments ciblant ALK: crizotinib, céritinib, INCa, avril 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique catalogue des publications**
- (12) Dossier Web sur la médecine de précision sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/](http://e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/)
- (13) Fiche pour la pratique « L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer », INCa, novembre 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer
- (14) Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer/Systématiser son accompagnement, INCa, mars 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique catalogue des publications**
- (15) Dossier Web sur l'aide au sevrage tabagique sur le site Internet de l'Institut national du cancer: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/>
- (16) Brochure « Médecin traitant et patient en radiothérapie: conseils pratiques » disponible sur le site internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique catalogue des publications**
- (17) Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), qui permet notamment de rechercher une structure de soins palliatifs et une association par localisation géographique sur tout le territoire: [www.sfap.org](http://www.sfap.org)
- (18) Fédération des réseaux de santé en soins palliatifs en Ile-de-France, qui permet de trouver les coordonnées des réseaux membres de la fédération: [www.respalif.com](http://www.respalif.com)
- (19) Union des associations pour le développement des soins palliatifs (UNASP), qui propose des définitions simples et claires pour expliquer les soins palliatifs, ainsi que les coordonnées des associations pour le développement des soins palliatifs (ASP) qui mettent à la disposition des

malades leurs accompagnants bénévoles pour les aider, ainsi que leurs familles, à l'occasion d'une phase critique ou au moment de la phase terminale: [www.soins-palliatifs.org](http://www.soins-palliatifs.org)

- (20) Conférence de consensus: « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches » HAS/SFAP: <http://www.has-sante.fr/>
- (21) Fiche repère « Cancers professionnels », INCa, janvier 2012, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), **rubrique catalogue des publications**
- (22) Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), avec le tableau sur les cancers du poumon d'origine professionnelle: <http://www.inrs-mp.fr>
- (23) Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA): <http://www.fiva.fr/>
- (24) Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales du Haut Conseil de la santé publique: <http://www.hcsp.fr>

### Pour vos patients

- Guides Cancer Info téléchargeables et disponibles à la commande gratuitement sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), dont en particulier:
  - Les traitements des cancers du poumon, avril 2010 (en cours d'actualisation)
  - Démarches sociales et cancer, mars 2012
  - Traitements du cancer et chute des cheveux, avril 2009
  - Participer à un essai clinique, février 2015
  - Douleur et cancer
  - Fatigue et cancer
  - Vivre pendant et après un cancer
- Dossier Web sur le cancer du poumon sur le site Internet de l'Institut national du cancer (en cours de mise à jour): [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), **rubrique patients et proches**
- Dossier Web sur les maladies professionnelles sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), **rubrique patients et proches**

- Dossier Web sur la médecine de précision sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), **rubrique patients et proches**
- Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA): <http://www.fiva.fr/>
- Tabac Info Service: <http://www.tabac-info-service.fr>

### Pour les proches de vos patients

- Guides Cancer Info, dont en particulier:
  - Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer
- Dossier Web dédié aux proches sur le site Internet de l'Institut national du cancer: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), **rubrique patients et proches**

### Plateformes téléphoniques

- **Centre national de ressources Soins Palliatif:** « Accompagner la fin de la vie; s'informer, en parler »: au **0811 020300** (prix d'un appel local, informations sur les structures d'accueil et l'offre de soins, les droits des malades et de leurs familles, orientation vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement (associations locales), écoute et espace de parole.
- **Ligne Cancer info** (service proposé par l'Institut National du Cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer) au **0805 123124** (service et appel gratuits): une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond aux questions d'ordre pratique, médical et social du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Un service d'écoute animé par des psychologues et une permanence juridique proposés par la Ligue nationale contre le cancer sont également disponibles du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures.
- **Tabac Info Service:** 39 89 (appel non surtaxé): un spécialiste répond aux questions. Possibilité de bénéficier d'un suivi personnalisé et gratuit par un tabacologue.

## LISTE DES PARTICIPANTS

### » Sociétés savantes

- Collège de la médecine générale (CMG)
- Intergroupe francophone de cancérologie thoracique (IFCT)
- Société française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (SFCTCV)
- Société de pneumologie de langue française (SPLF)
- Fédération française des oncologues médicaux (FFOM)
- Société française de radiologie (SFR)
- Société d'imagerie thoracique (SIT)
- Société française de radiothérapie oncologique (SFRO)

### » Groupe de travail

- **Dr Clément CHARRA**, médecin généraliste, Ladoix Serrigny
- **Dr Hugo DELUBAC**, médecin généraliste, Arles
- **Dr Pascale DUBRAY-LONGERAS**, oncologue médicale, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand
- **Dr Aurélie-Réjane FERRARA**, médecin généraliste, Hermonville
- **M. Pascal GRALL**, pharmacien d'officine, Ville d'Avray et St Cloud
- **Pr Françoise LE PIMPEC-BARTHES**, chirurgien thoracique, HEGP, Paris
- **Dr Béatrice LOGNOS**, médecin généraliste, St Georges d'Orques
- **Pr Jacques MARGERY**, pneumologue, HIA Percy, Clamart
- **Dr Mathieu MINSAT**, radiothérapeute, Institut Paoli-Calmettes, Marseille
- **Pr Marie-Pierre REVEL**, radiologue, Hôpital Cochin, Paris
- **Pr Pascal-Alexandre THOMAS**, chirurgien thoracique, Hôpital Nord, Marseille
- **Pr Jean TREDANIEL**, onco-pneumologue, Hôpital Saint-Joseph, Paris

### » Institut national du cancer

- **Dr Marie de MONTBEL**, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament
- **Marianne DUPERRAY**, responsable du département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament
- **Dr Muriel DAHAN**, pharmacien, directrice des Recommandations et du médicament (depuis octobre 2016)
- **Dr Chantal BELORGEY**, directrice des Recommandations et du médicament (jusqu'en juin 2016)
- **Dr Sophie NEGELLEN**, pharmacien, responsable du département Médicament, direction des Recommandations et du médicament

---

Chaque expert du groupe de travail a renseigné une déclaration d'intérêts, publiée sur le site de l'Institut national du cancer. L'analyse des liens d'intérêts réalisée par l'Institut n'a pas mis en évidence de risque de conflits d'intérêt.

---

## RÉFÉRENCES

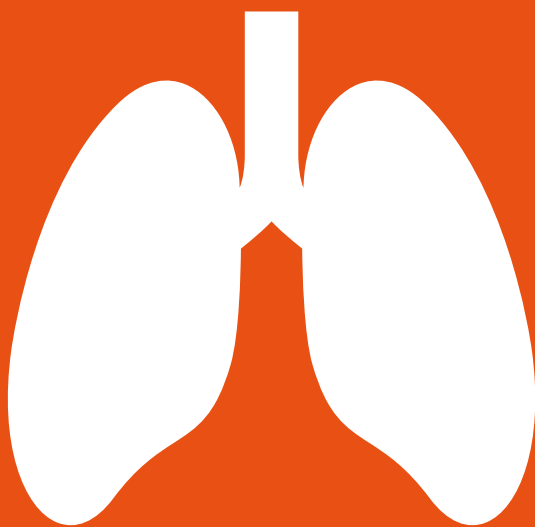
- **Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A et al. Institut de veille sanitaire (InVS), ed.** Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 / Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice: 2016. Collection États des lieux et des connaissances.
- **Haute Autorité de santé (HAS), Institut National du Cancer (INCa).** Guide du Parcours de soins - Cancers bronchopulmonaires [online]. Collection Outils pour la pratique. Octobre 2013. Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr) et [has-sante.fr](http://has-sante.fr) (Reprise notamment de l'avis d'experts pour une proposition de suivi minimal d'un cancer bronchopulmonaire en rémission complète)
- **Institut national du cancer (INCa).** La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer [online]. Collection États des lieux et des connaissances. Juin 2014. Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
- **Institut national du cancer (INCa).** Cancer bronchique à petites cellules - Référentiel national de RCP [online]. Collection Recommandations et référentiels. Mars 2015. Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
- **Institut national du cancer (INCa).** Cancer bronchique non à petites cellules - Référentiel national de RCP [online]. Collection Recommandations et référentiels. Mars 2015. Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
- **Institut national du cancer (INCa).** Recommandations de pratique clinique sur la prévention et la gestion des toxicités des médicaments ciblant EGFR: erlotinib, géfitinib, afatinib. Avril 2016. Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), [rubrique catalogue des publications](#)
- **Institut national du cancer (INCa).** Recommandations de pratique clinique sur la prévention et la gestion des toxicités des médicaments ciblant ALK: crizotinib, céritinib. Avril 2016. Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), [rubrique catalogue des publications](#)
- **Institut national du cancer (INCa).** Les cancers en France – Edition 2015 [online]. Collection Les Données. Avril 2016. Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
- **Institut national du cancer (INCa).** Identifier et prévenir les risques de second cancer primitif chez l'adulte, Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt. 2013. Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)



Édité par l'Institut national du cancer (INCa)  
Tous droits réservés - Siren 185 512 777  
Conception : INCa  
Réalisation : INCa  
Illustrations : INCa

ISBN 978-2-37219-218-7  
ISBN net 978-2-37219-219-4

DEPÔT LÉGAL NOVEMBRE 2016



Cette brochure décrit le parcours de soins d'un patient atteint de cancer bronchopulmonaire, dans laquelle le médecin généraliste a un rôle essentiel à tous les stades du parcours de soins, en lien avec l'équipe spécialisée.

Démarche diagnostique, bilan initial, résumés des traitements de première ligne et examens de suivi vous sont présentés de façon synthétique.

Vous trouverez également des informations sur la gestion des principaux effets indésirables des traitements et sur l'approche médicale globale, ainsi que des ressources pratiques pour vous et vos patients.

Ce document est consultable et téléchargeable en ligne ([e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)) en version interactive permettant un accès aux informations plus rapide.