CANCER DU POUMON
(OU CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF)

Fiche d'information du
Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré

Mise à jour : octobre 2025 – selon Référentiel AURA 2025 et INCa 2024

Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré Hartmann

Groupe Hospitalier Privé Ambroise Paré - Hartmann

FICHE INFORMATION PATIENT

Madame, Monsieur,

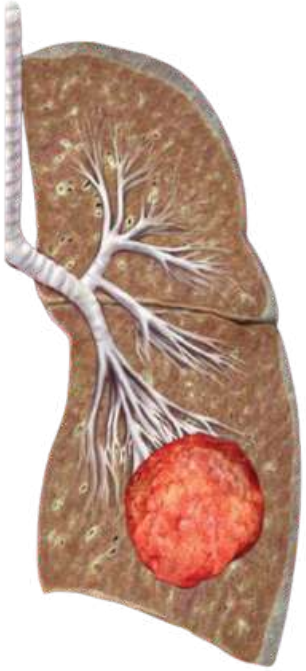
Ce document est destiné à vous informer et vous préparer à l'intervention chirurgicale proposée par votre chirurgien.

Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé(e) du déroulement de l'intervention, des suites normalement prévisibles mais aussi des risques encourus et notamment des principales complications qui pourraient survenir.

Prenez le temps de lire ce document, d'en parler avec vos proches, afin d'être soutenu(e) dans la préparation à l'intervention et d'anticiper le retour à la maison. N'hésitez pas à préparer vos questions, à lister vos préoccupations et vos doutes afin d'en parler à votre chirurgien ou à votre médecin traitant.

Ne vous faites pas opérer si vous gardez des doutes ou des interrogations.

Définition



Le terme *cancer* désigne une prolifération anormale de cellules. Les poumons font partie de l'appareil respiratoire, essentiel à l'oxygénation du sang.

Le **cancer du poumon** correspond à une tumeur prenant naissance dans le tissu pulmonaire ou les bronches. On parle alors de *cancer bronchique primitif*, par opposition aux métastases pulmonaires issues d'un autre organe.

On distingue deux grandes familles :

- Les cancers **non à petites cellules (CBNPC)**, représentant environ 85 % des cas (adénocarcinomes, carcinomes épidermoïdes et à grandes cellules).
- Les **cancers à petites cellules (CBPC)**, plus rares (15 %) mais à évolution souvent rapide.

Épidémiologie (France 2023–2025)

Le cancer du poumon est un problème majeur de santé publique.

- 52 777 nouveaux cas estimés en 2023 : 33 438 hommes et 19 339 femmes.
- Il s'agit du 2e cancer le plus fréquent chez l'homme, du 3e chez la femme, et de la 1re cause de décès par cancer tous sexes confondus.
- L'incidence diminue chez les hommes (-0,5 %/an) mais augmente chez les femmes (+4,3 %/an).
- L'âge médian au diagnostic est de 68 ans chez l'homme, 66 ans chez la femme.
- La survie nette à 5 ans reste faible : environ 20 % (18 % chez l'homme, 24 % chez la femme).
- Le tabac est responsable d'environ 80 % des cas.
- Autres facteurs : exposition au radon, à l'amiante, aux métaux lourds, à la pollution atmosphérique et prédispositions génétiques.
- En 2024, un programme pilote de dépistage organisé a été lancé en France pour les personnes à haut risque (fumeurs ou anciens fumeurs de plus de 50 ans).

(Sources : INCa 2024, Santé publique France 2024, Réseau AURA 2025)

Quels sont les facteurs de risque ?

Le **tabagisme actif ou passif** reste le principal facteur. Le risque augmente avec la durée d'exposition.

D'autres facteurs peuvent intervenir :

- Expositions professionnelles (amiante, arsenic, nickel, chrome, diesel).
- Exposition domestique au **radon**.
- Pollution atmosphérique chronique.
- Terrain génétique : certains cancers du poumon surviennent chez des **non-fumeurs** porteurs d'anomalies moléculaires (EGFR, ALK, ROS1…).

Mais dans certaines circonstances, des patients non-fumeurs et non soumis à un quelconque toxique développent un cancer du poumon.

Quels sont les symptômes ?

Le poumon ne contenant pas de fibres sensitives, le cancer peut **évoluer longtemps sans symptôme.**

Les signes d'alerte possibles :

- Toux persistante ou modification d'une toux ancienne ;
- Crachat de sang (hémoptysie) ;
- Essoufflement progressif, douleur thoracique ;
- Fatigue, perte de poids ou d'appétit inexpliquée.
- Infection pulmonaire (bronchite, pneumopathie)

Tout symptôme persistant doit conduire à la réalisation d'un **scanner thoracique injecté.**
Le plus souvent le cancer est découvert de manière « fortuite » à l'occasion d'un scanner réalisé pour une autre indication et met en évidence une lésion pulmonaire asymptomatique
Enfin chez des patients fumeurs, il peut être découvert au cours d'un examen réalisé dans le cadre d'un dépistage.

Comment fait-on le diagnostic ?

Le diagnostic repose sur l'analyse d'un fragment du tissu malade appelé « biopsie »

Celle-ci peut être obtenue par différents examens : fibroscopie bronchique, ponction-biopsie sous scanner, écho-endoscopie, mini-sonde ou navigation endobronchique robotisée;

- Une **analyse anatomopathologique et moléculaire** permettra d'identifier le type de tumeur et les anomalies génétiques (EGFR, ALK, ROS1, BRAF, KRAS, METex14, RET, NTRK, HER2) ;
- Une **étude de l'expression du PD-L1** sera également réalisée pour choisir si une immunothérapie peut s'avérer utile

Dans de rares cas, seule une intervention chirurgicale peut obtenir le diagnostic.

Quel est le bilan avant traitement ?

Deux volets sont indispensables :

1. Bilan de la tumeur et de son extension

- Scanner thoraco-abdomino-pelvien ;
- TEP-scan au 18-FDG ;
- IRM cérébrale (ou scanner cérébral injecté si contre-indication) ;
- Staging médiastinal invasif si adénopathies suspectes.

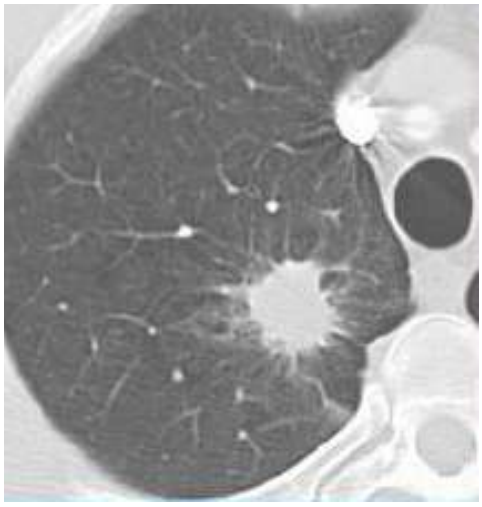
2. Bilan cardio-respiratoire et d'opérabilité

- Des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR DLCO) pour évaluer votre fonction respiratoire, éventuellement complétées par les examens suivants en cas d'anomalie :
  - Un test de marche de 6 minutes (évalue votre adaptabilité à l'effort)
  - Une étude de la VO2 max (mesure de votre consommation d'oxygène)
- Bilan cardiovasculaire selon le terrain (échographie cardiaque, écho doppler des TSA..)
- Évaluation cardiologique selon le profil du patient.

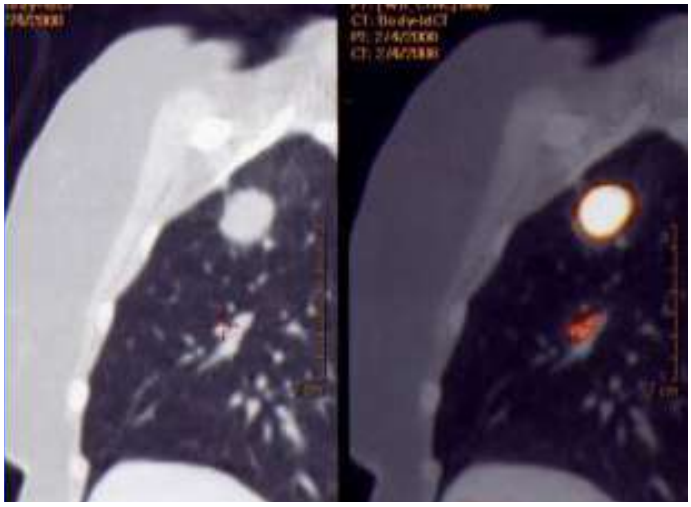
Les résultats permettent de classer la tumeur selon la classification TNM 9e édition (2024), déterminant le stade et le traitement.

Comment décide-t-on du traitement ?

Chaque dossier est discuté en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) regroupant : pneumologues, chirurgiens thoraciques, oncologues, radiothérapeutes, radiologues et anatomopathologistes.
Cette concertation définit le traitement le plus adapté à la tumeur, à son stade et à votre état général. Ce traitement vous sera proposé et choisi après vous avoir été expliqué et avoir obtenu votre accord



Scanner thoracique



TEP-Scan

Quels sont les traitements possibles ?

- **Stades précoces / localisés (opérables)**

Pour les tumeurs accessibles à la chirurgie, la prise en charge repose sur l'intervention chirurgicale (lobectomie ou segmentectomie avec curage ganglionnaire). Chez ces patients, un traitement adjuvant (chimiothérapie et/ou immunothérapie) est envisagé selon le risque de récidive, le stade exact et l'expression de PD-L1.

- **Stades localement avancés (atteinte ganglionnaire médiastinale, potentiellement résécable)**

Lorsque la maladie présente une extension ganglionnaire médiastinale ou un stade T/N plus élevé mais reste résécable, la stratégie combine traitements systémiques (chimiothérapie ± immunothérapie) parfois en néoadjuvant, suivis ou non de chirurgie, parfois complétés par radiothérapie. C'est-à-dire avant la chirurgie ou parfois en adjuvants (post opératoire).

- **Stades inopérables ou métastatiques**

Lorsque la chirurgie n'est pas envisageable ou en cas de métastases, la prise en charge repose sur des traitements systémiques :

- En l'absence d'anomalie moléculaire, l'immunothérapie (selon PD-L1) et la chimiothérapie constituent la base.
- En présence de mutation oncogénique (EGFR, ALK, ROS1, etc.), les thérapies ciblées sont privilégiées.
- Des soins de support sont associés pour améliorer la qualité de vie et gérer les complications.

- **Particularités**

Pour les patients **non opérables au stade I**, la radiothérapie stéréotaxique (SBRT) est une alternative à la chirurgie et en deuxième recours les techniques d'ablation.
Les décisions thérapeutiques doivent toujours être discutées en RCP, en tenant compte de l'état général, des comorbidités, et des caractéristiques moléculaires de la tumeur.

Quel suivi après le traitement ?

Le suivi est assuré conjointement par les équipes de chirurgie, de pneumologie et d'oncologie :

- **Tous les 6 mois pendant 2 ans,** puis **annuel jusqu'à 5 ans ;**
- **Scanner thoracique systématique ;**
- Évaluation clinique et fonctionnelle régulière.

Tableau synthétique — Traitements selon le stade (Référentiel AURA 2025 / INCa 2024)

Stade / Situation clinique	Objectif thérapeutique	Traitement principal	Options complémentaires / remarques
Stade I (IA–IB) → Maladie localisée, opérable	Curatif	**Chirurgie** (lobectomie ou segmentectomie avec curage ganglionnaire systématique)	Chimiothérapie adjuvante discutée si IB (> 4 cm) ; SBRT si non opérable.
Stade II (IIA–IIB)	Curatif	**Chirurgie** (lobectomie ou pneumonectomie selon localisation)	**Chimiothérapie adjuvante (cisplatine) ; immunothérapie adjuvante** (nivolumab ou pembrolizumab selon PD-L1).
Stade IIIA (résécable / potentiellement résécable)	Curatif ou combiné	**Chimiothérapie ± immunothérapie néoadjuvante** suivie de chirurgie	Radiothérapie postopératoire discutée ; Approche personnalisée selon réponse au traitement néoadjuvant.
Stade IIIB–IIIC (non résécable)	Contrôle local et systémique	**Radiochimiothérapie concomitante** (cisplatine-étoposide)	**Immunothérapie d'entretien** (durvalumab 1 an si PD-L1 ≥ 1%).
Stade IV (métastatique)	Palliatif / prolongation de survie	**Thérapie ciblée** si mutation (EGFR, ALK, ROS1, BRAF, METex14, RET, HER2, NTRK).	En absence de mutation : **immunothérapie ± chimiothérapie** selon PD-L1 ; soins de support intégrés.
Cancer à petites cellules (CBPC)	Systémique	**Chimiothérapie ± immunothérapie (carboplatine-etoposide + atezolizumab / durvalumab)**	**Radiothérapie cérébrale prophylactique** ou curative selon extension.
Patients non opérables stade I (CBNPC)	Curatif (alternatif à la chirurgie)	**Radiothérapie stéréotaxique (SBRT)**	En cas de contre-indication à la SBRT : **radiofréquence ou ablation thermique.**

(Sources : Référentiel AURA 2025 – INCa 2024 – IASLC TNM 9e édition 2024)