

Cancer à petites cellules

Cas Clinique



Dr Hervé LENA
Service de Pneumologie
Hôpital Pontchaillou
CHU RENNES



CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
DE RENNES

Liens d'intérêt

- ▶ Réunions : Astra Zeneca, Bristol Myers Squibb, MSD, Pierre Fabre Oncologie, Boehringer Ingelheim, Roche
- ▶ Boards : Bristol Myers Squibb, MSD, Novartis, Pfizer, Lilly, Astra Zeneca, Takeda
- ▶ Déplacements : Lilly, Pfizer, Roche, Pierre Fabre Oncologie, Bristol Myers Squibb, Amgen



-
- ▶ Mr H, 65 ans consulte pour des troubles récents de la vision
 - ▶ Le diagnostic de CAR syndrome est porté, rétinopathie associée au cancer
 - ▶ L'imagerie thoracique confirme un syndrome de masse LID

 - ▶ Le patient est un ex fumeur, arrêt depuis 4 ans, 50 PA. Pas d'exposition professionnelle particulière
 - ▶ Il n'y a aucun autre symptôme, l'état général est excellent, il n'y a pas de comorbidités. L'examen physique est normal en dehors des troubles visuels.

 - ▶ L'endoscopie montre un infiltration de la lobaire inferieure gauche, les biopsies confirment le diagnostic de cancer neuro endocrine à petites cellules.

Quels examens demandez-vous?

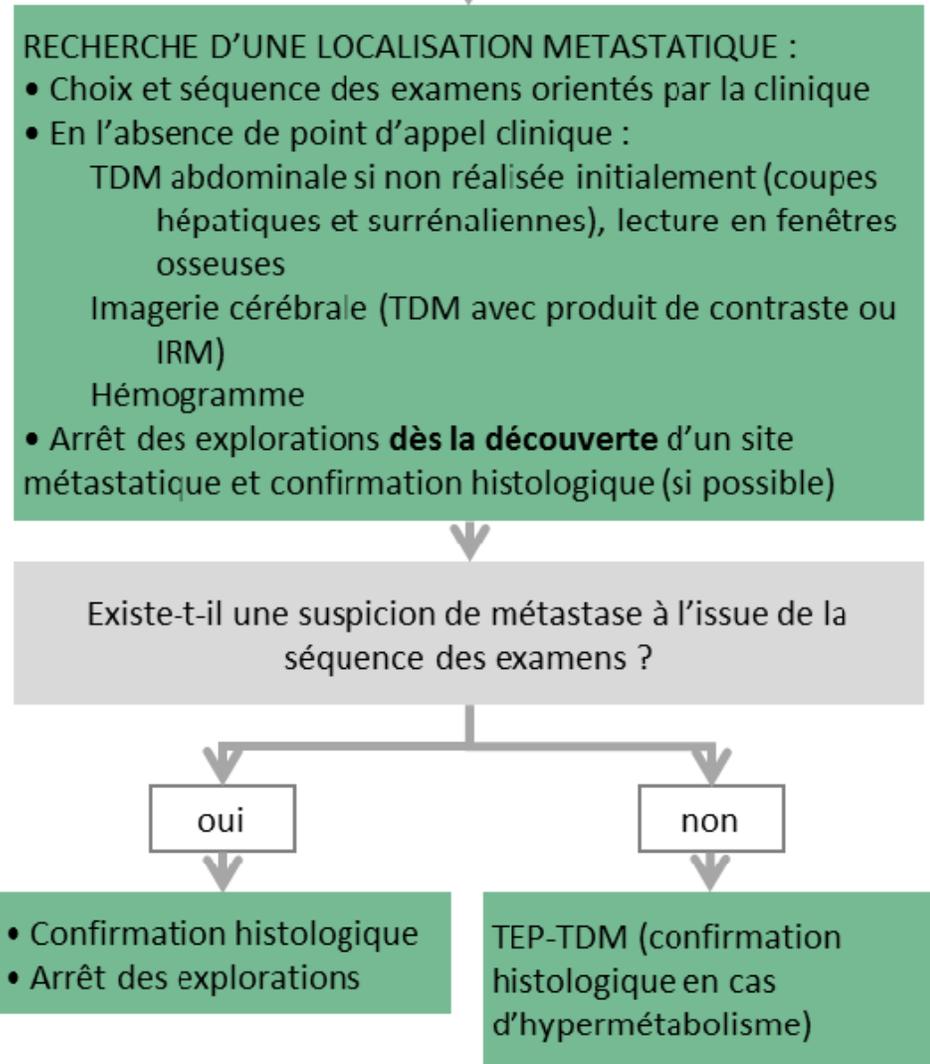
- ▶ Scanner thoraco abdominal
- ▶ IRM encéphalique
- ▶ Scanner encéphalique
- ▶ Scintigraphie osseuse
- ▶ Tomographie à émission de positon
- ▶ Dosage NSE

Quels examens sont indispensables?

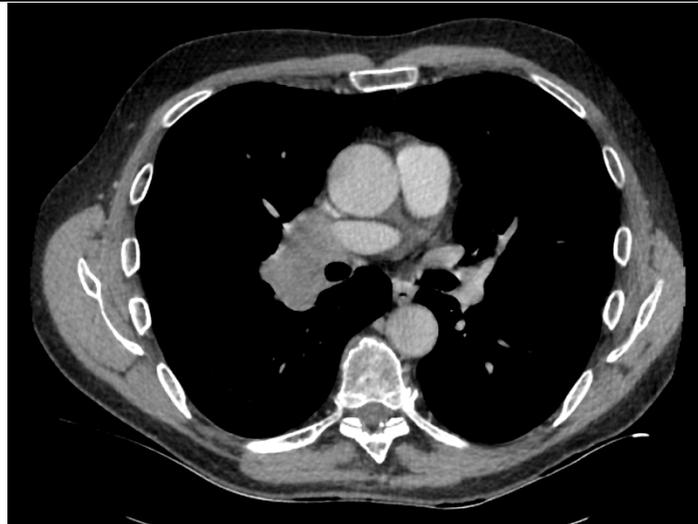
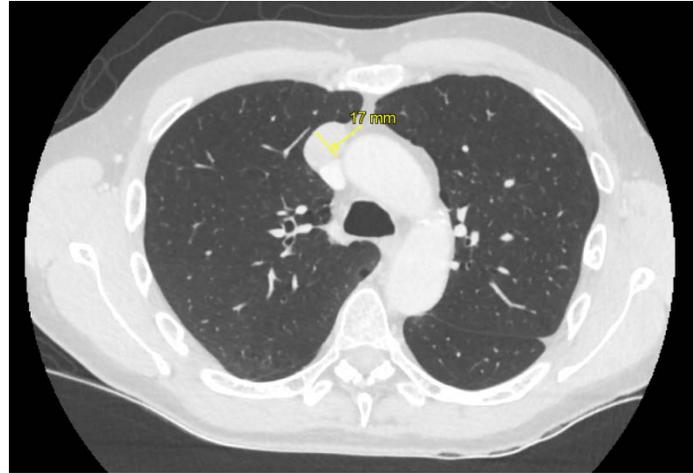
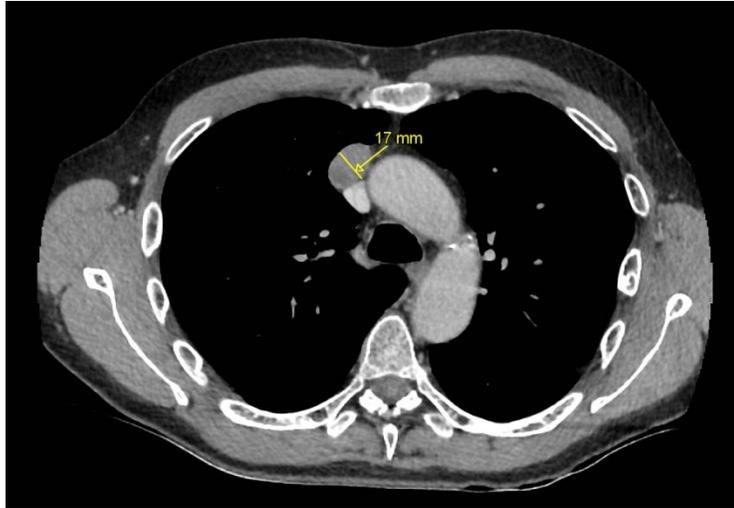
- ▶ Scanner thoraco abdominal
- ▶ IRM encéphalique
- ▶ Scanner encéphalique
- ▶ Scintigraphie osseuse
- ▶ Tomographie à émission de positon
- ▶ Dosage NSE

Quels examens demandez-vous?

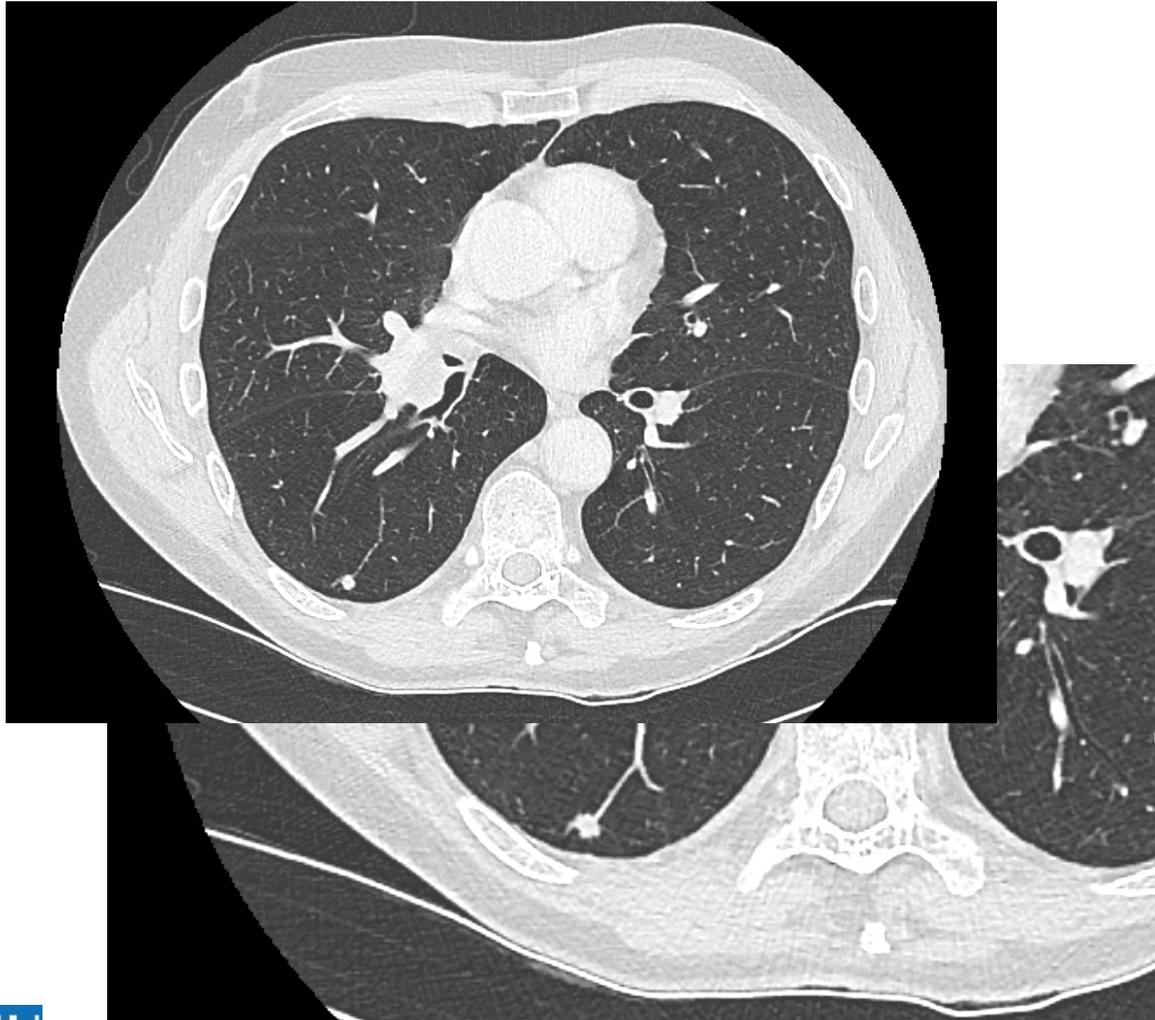
- ▶ Scanner thoraco abdominal
 - ▶ IRM encéphalique
 - ▶ Scanner encéphalique
 - ▶ Scintigraphie osseuse
 - ▶ Tomographie à émission de positon
 - ▶ Dosage NSE
- ▶ Oui
 - ▶ Oui
 - ▶ Oui
 - ▶ Oui
 - ▶ Si le reste est négatif ou à la place du bilan osseux
 - ▶ non



TDM initial



Les détails



Quelle est votre classification TNM

- ▶ T2N2M0
- ▶ T3N2M0
- ▶ T4N2M0
- ▶ T3N2M1a
- ▶ T4N2M1a

Quelles sont vos options thérapeutiques

- ▶ Chimiothérapie platine étoposide 6 cycles
- ▶ Chimiothérapie cisplatine etoposide endoxan épirubicine 6 cycles
- ▶ Radiochimiothérapie concomitante par cisplatine etoposide
- ▶ Chimiothérapie platine étoposide 4 cycles et réévaluation complète

- ▶ Nodules multiples considérés comme un obstacle à une radiothérapie curative
- ▶ 3 cycles carbo étoposide
- ▶ Tolérance bonne
- ▶ Excellente réponse

INDICATION : Carcinome à petites cellules. Réévaluation après trois cures de carbo-VP16.

TECHNIQUE : Scanographe GEMS Discovery HD 750(04/2011). Dose : DLP body = 420,06mGy.cm. Injection de 100ml de Xenetix 300 - 100 ml®.

RESULTAT :

Régression très nette de la masse hilo-pulmonaire droite dont le grand axe passe de 55 mm sur le scanner du 29 avril 2015 à 21 mm ce jour. Le nodule spiculé de 7 mm du segment de Fowler droit a pratiquement disparu aujourd'hui. Les autres lésions micronodulaires précédemment décrites sont stables et correspondent vraisemblablement à des ganglions intra-pulmonaires. Pas de nouvelle lésion parenchymateuse apparue dans l'intervalle entre les deux scanners.

Régression de l'adénomégalie pré-aortico-cave (loge 3A) qui mesure 4 mm de petit axe ce jour contre 17 mm précédemment. Pas d'image suspecte à l'étage abdominal (stabilité des images hypodenses intra-hépatiques qui correspondent probablement à des kystes biliaires simples).

Absence de lésion suspecte du squelette axial (stabilité d'une fracture-tassement ancienne de T8).

- ▶ Poursuite chimiothérapie jusqu'à 6 cycles et surveillance
- ▶ Poursuite jusqu'à 6 cycles et radiothérapie de cloture
- ▶ Mise en route radio chimiothérapie concomitante
- ▶ Irradiation cérébrale prophylactique

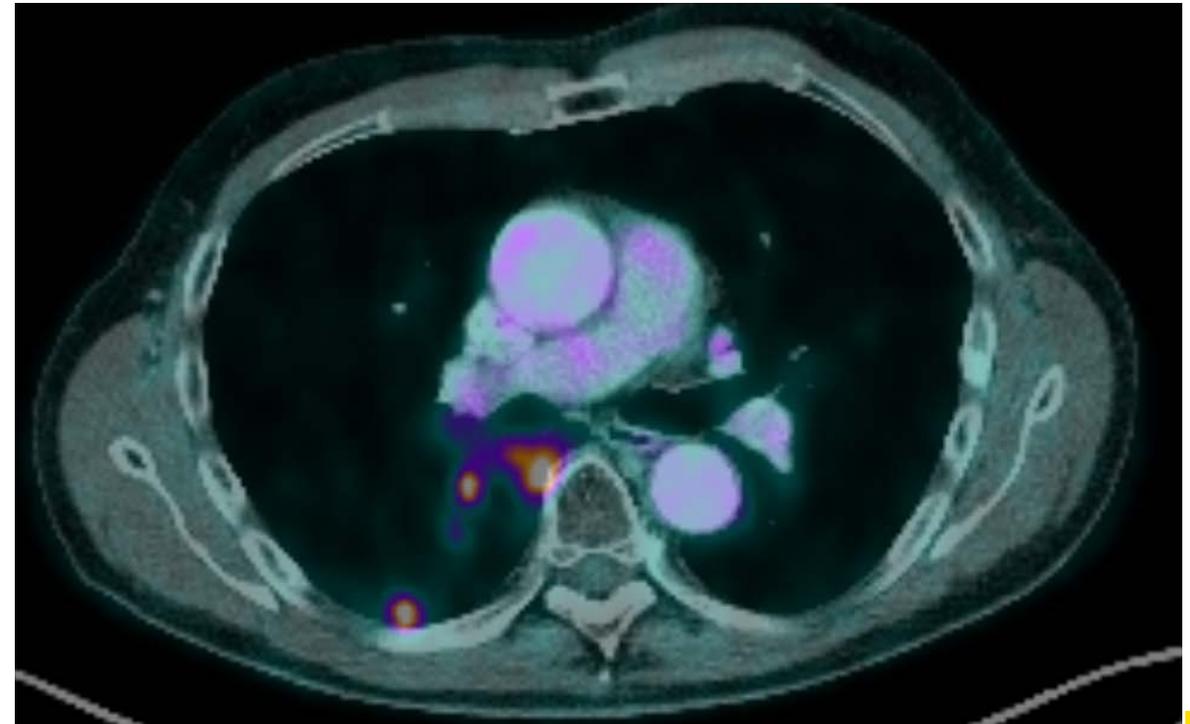
- ▶ Décision de poursuite de chimiothérapie
- ▶ Pas de radiothérapie ni d'IPC
- ▶ Décision de suivi
- ▶ Mise en œuvre d'une rééducation, la cécité est devenue totale
- ▶ Suivi à 12 mois : majoration nodule résiduel LID sans modification morphologique des autres cibles



Comment le caractériser?

- ▶ Sensible
- ▶ Hautement sensible
- ▶ Résistant
- ▶ Réfractaire

Tomographie émission positons



- ▶ Reprise carbo etoposide
- ▶ Changement de chimiothérapie par hycamtin
- ▶ Changement de chimiothérapie par CAV
- ▶ Radiothérapie conventionnelle
- ▶ Radiothérapie stéréotaxique

- ▶ Excellente réponse, Radiothérapie hile et stéré sur le nodule périphérique
- ▶ Nouvel intervalle libre de 9 mois
- ▶ Troisième séquence de carbo étoposide sur progression thoracique symptomatique, nouvelle réponse
- ▶ Progression encéphalique et thoracique à 3 mois
- ▶ Sous hycamtin

- ▶ En revoyant le dossier, la radiothérapie thoracique aurait dû être pensée plus tôt