

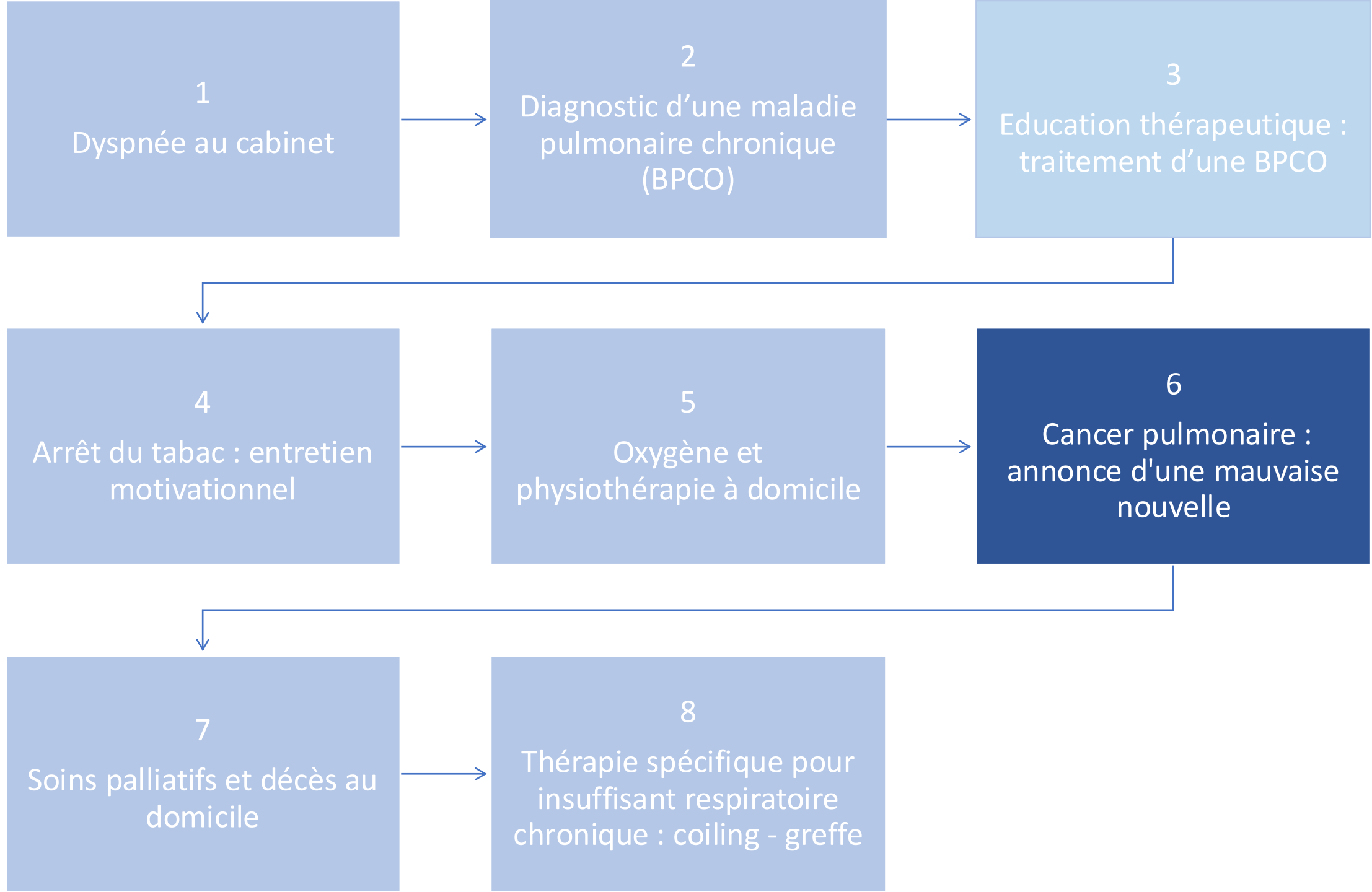
Cas de liaison : insuffisance respiratoire

6 : cancer, annonce de la mauvaise nouvelle,
coordination des soins oncologiques

Dr Gillabert Cédric

Merci à Dre Martine BIDEAU et Pre Johanna SOMMER,
de nous avoir permis d'utiliser une partie de leur
matériel de cours

Chargé d'enseignement IuMFE



Objectifs

- Prédire l'évolution possible de la BPCO vers un cancer avec la compréhension de la gestion de l'incertitude
- Analyser les démarches diagnostiques d'un cancer pulmonaire
- Reconnaître les outils de communication pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle
- Argumenter le rôle de coordination du MPR en cas de cancer

Cours
Médecine
de Famille
et de
l'Enfance:

Salle **SpeakUp**

Cours MFE 2025-2026



QCM - K'

Pour l'annonce du diagnostic de cancer à un patient BPCO, il est recommandé au généraliste de :

- A. L'envoyer chez l'oncologue
- B. Clarifier les représentations du patient avant de lui expliquer le diagnostic
- C. Respecter le rythme du patient en soutenant ses émotions
- D. Transmettre un maximum de données les plus récentes de la littérature sur le cancer impliqué

Vignette clinique

- Patiente de 60 ans avec emphysème non lié au tabac
- Dyspnée croissante et fatigue à l'effort chez une sportive
- Quelle valeur diagnostique donner aux symptômes ?
- Quels examens pratiquer ?

Sémiologie du cancer pulmonaire

Les symptômes d'un cancer broncho-pulmonaire ne sont

pas spécifiques à cette maladie :

- perte de poids, anorexie
- voix rauque (compression nerf laryngé récurrent)
- hémoptysie (crachat de sang), toux nouvelle ou différente
- infections pulmonaires à répétition

Risque oncologique chez le patient BPCO

- Cause de décès la plus fréquente = cancer
- ↑ risque de 40 % pour les cancers pulmonaires/extra-pulmonaires
- Inflammation chronique et tabagisme ↑ risque de dysplasie :
fumeur avec BPCO = RR de cancer 6 vs fumeur sans BPCO

Epidémiologie/facteurs de risque du cancer pulmonaire

- 1^{ère} cause de décès par cancer de l'adulte
- 80% liés au tabagisme (autres FR : radon, amiante)
- 85% "non à petites cellules", 15% "à petites cellules"
- 226'000 nouveaux cas/an et 160'000 morts/an USA

3'600 nouveaux cas/an 3'000 décès/an CH

Démarche diagnostique (1)

Elle permet de :

- Confirmer la présence d'un cancer... car on la suspecte sur la base de symptômes et de signes
- Identifier le type de cancer
- Trouver le lieu où le cancer a commencé (tumeur primitive)
- Avoir une idée de l'étendue/propagation du cancer (stade)

Démarche diagnostique (2)

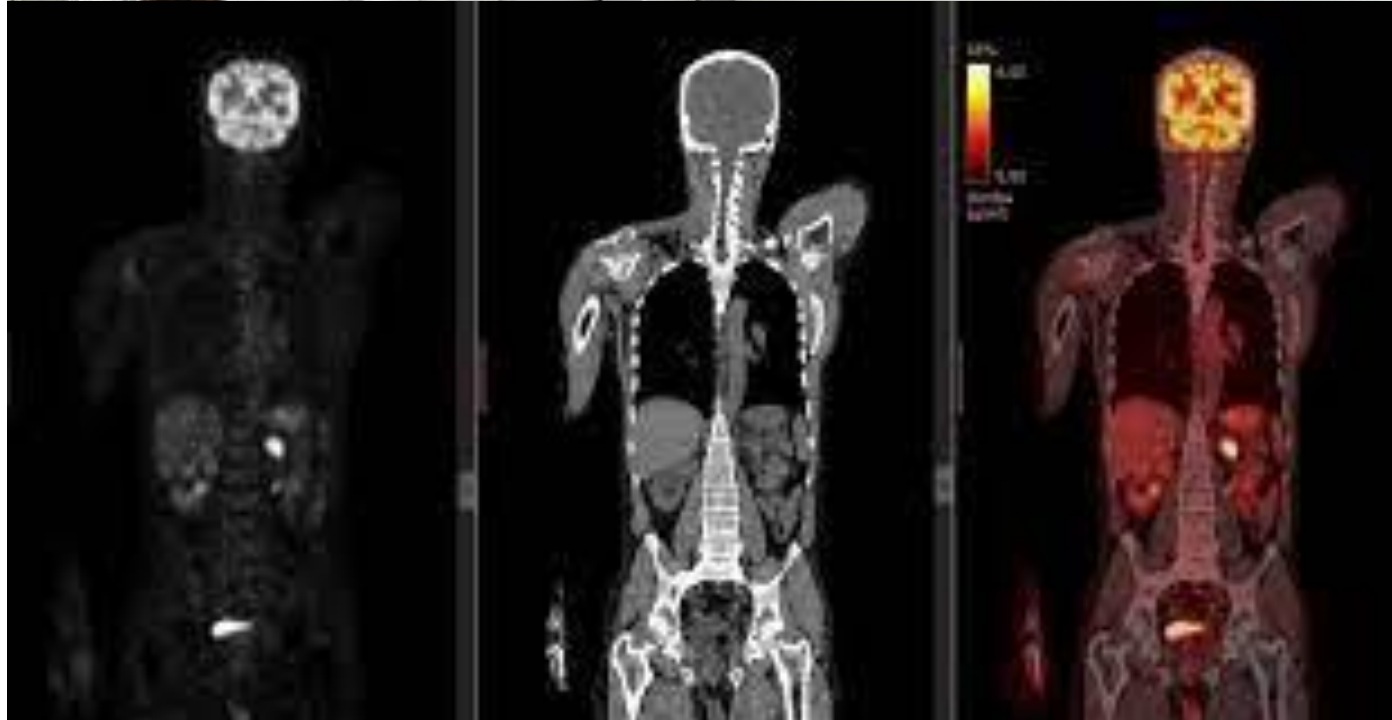
Permet d'élaborer un plan de traitement :

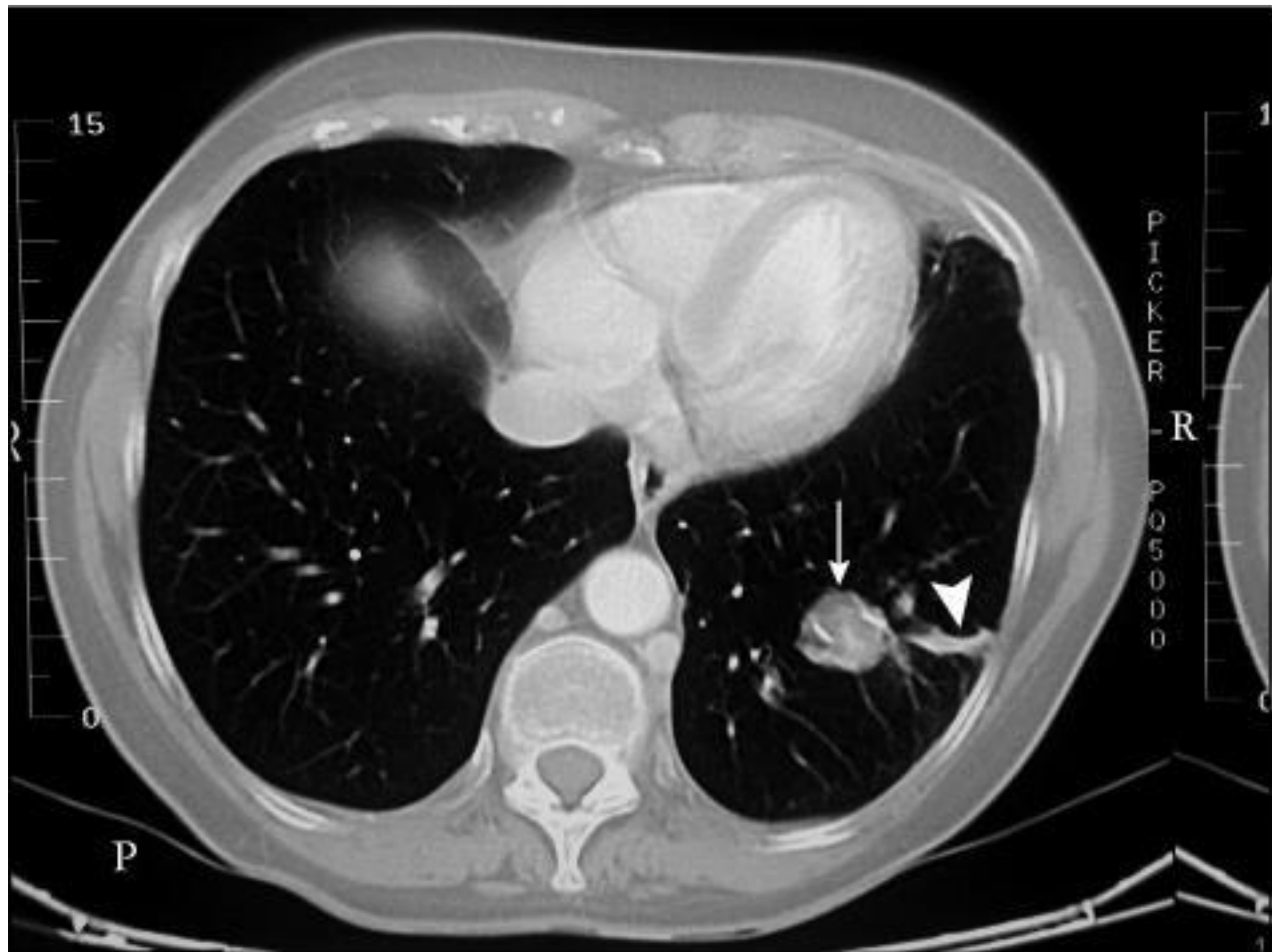
- Tumeur opérable ? (en fonction de l'extension de la maladie)
- Patient opérable ? (état de santé autorise-t-il l'intervention :
l'évaluation de sa fonction respiratoire)

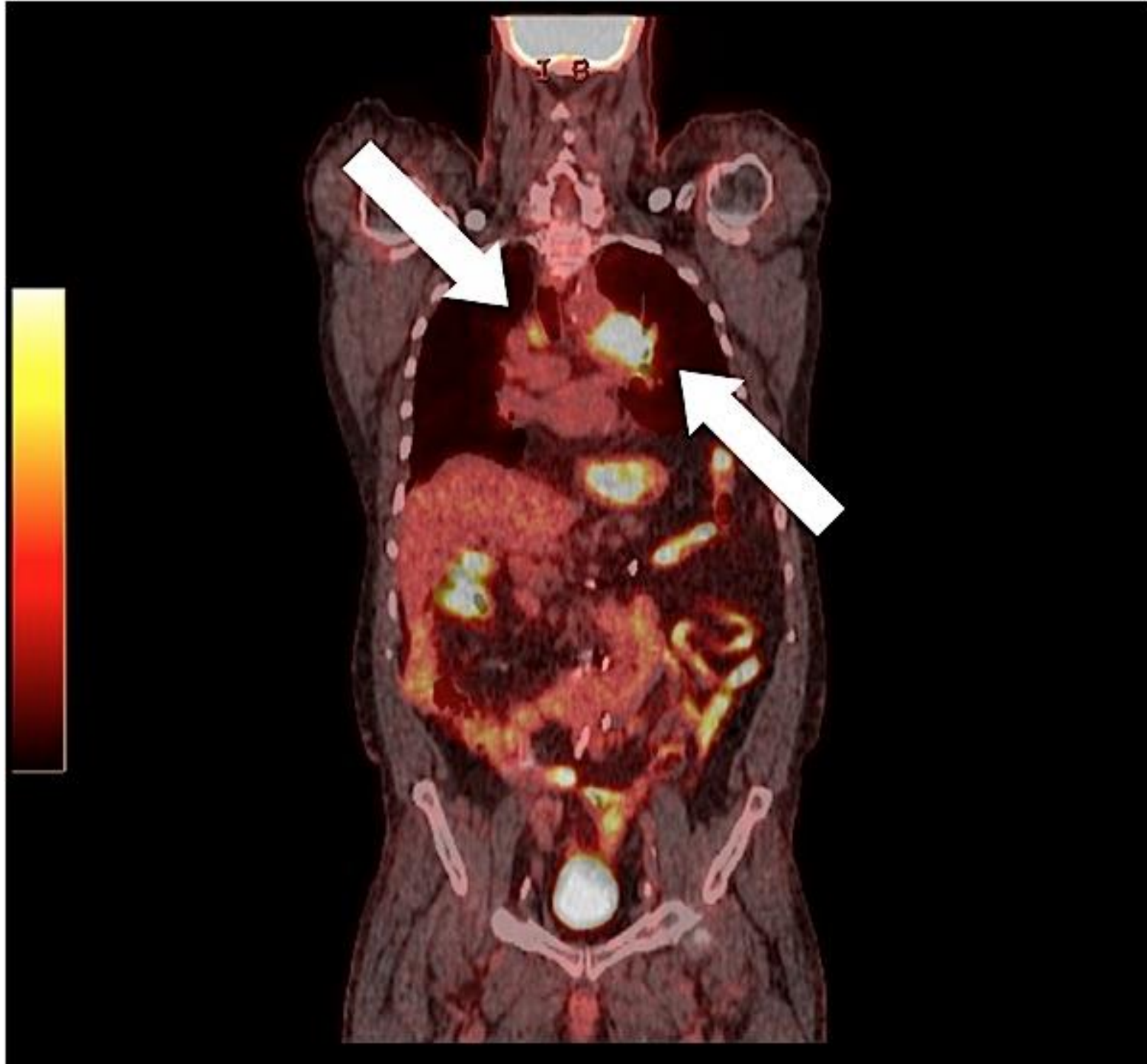
Démarche diagnostique (3)

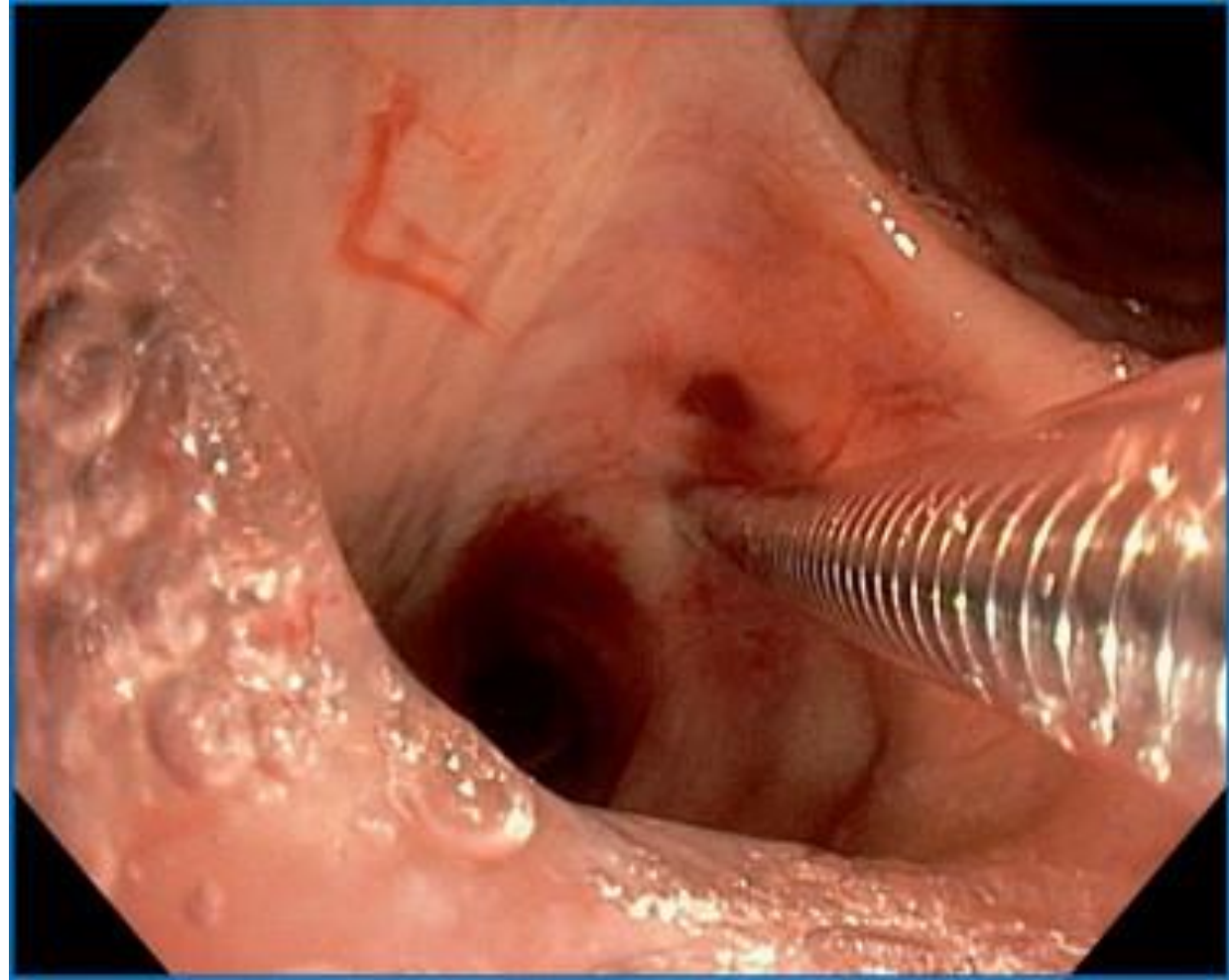
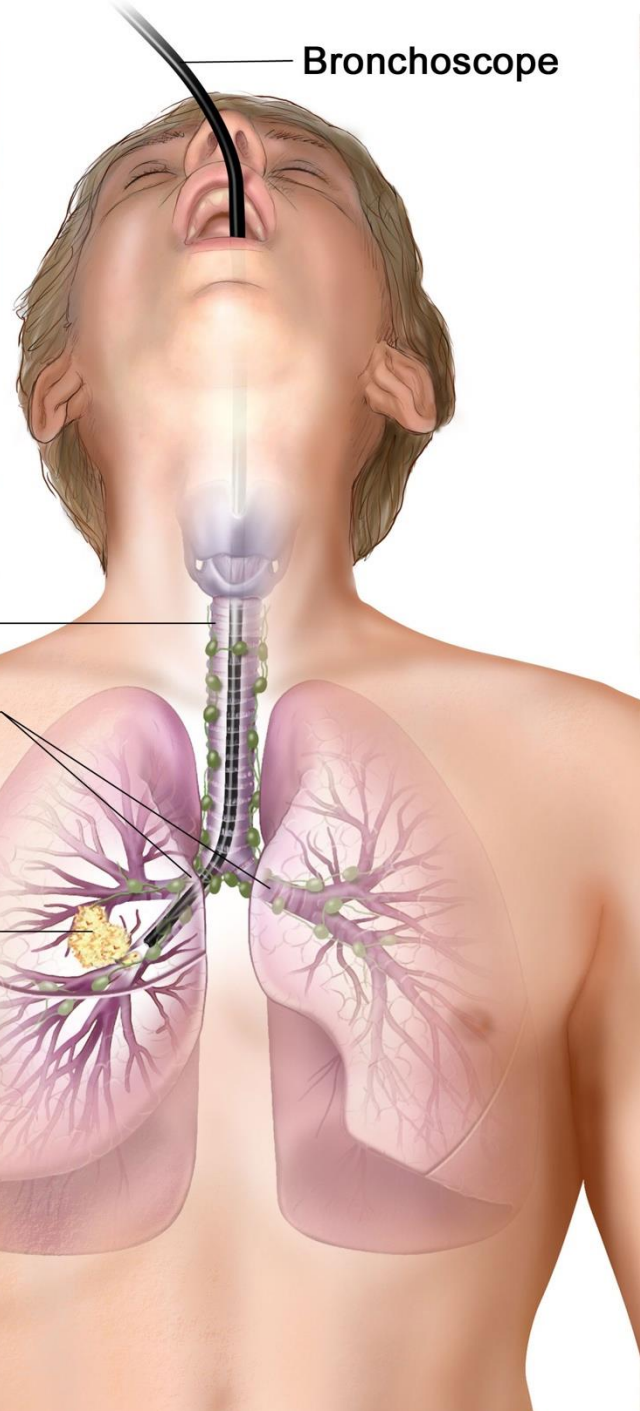
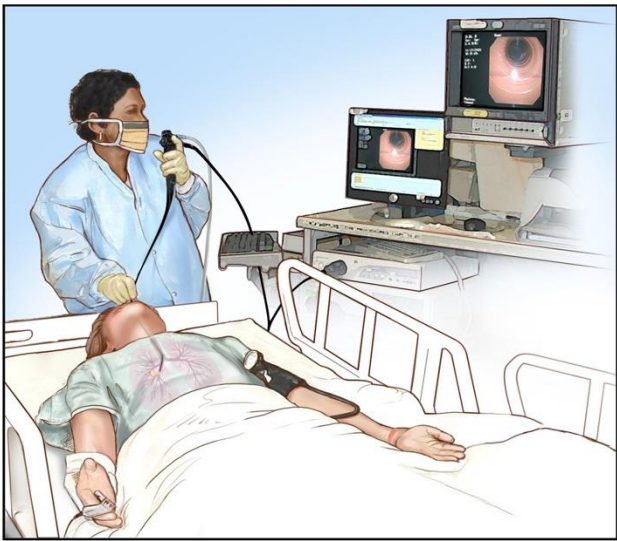
Suite aux symptômes évoqués :

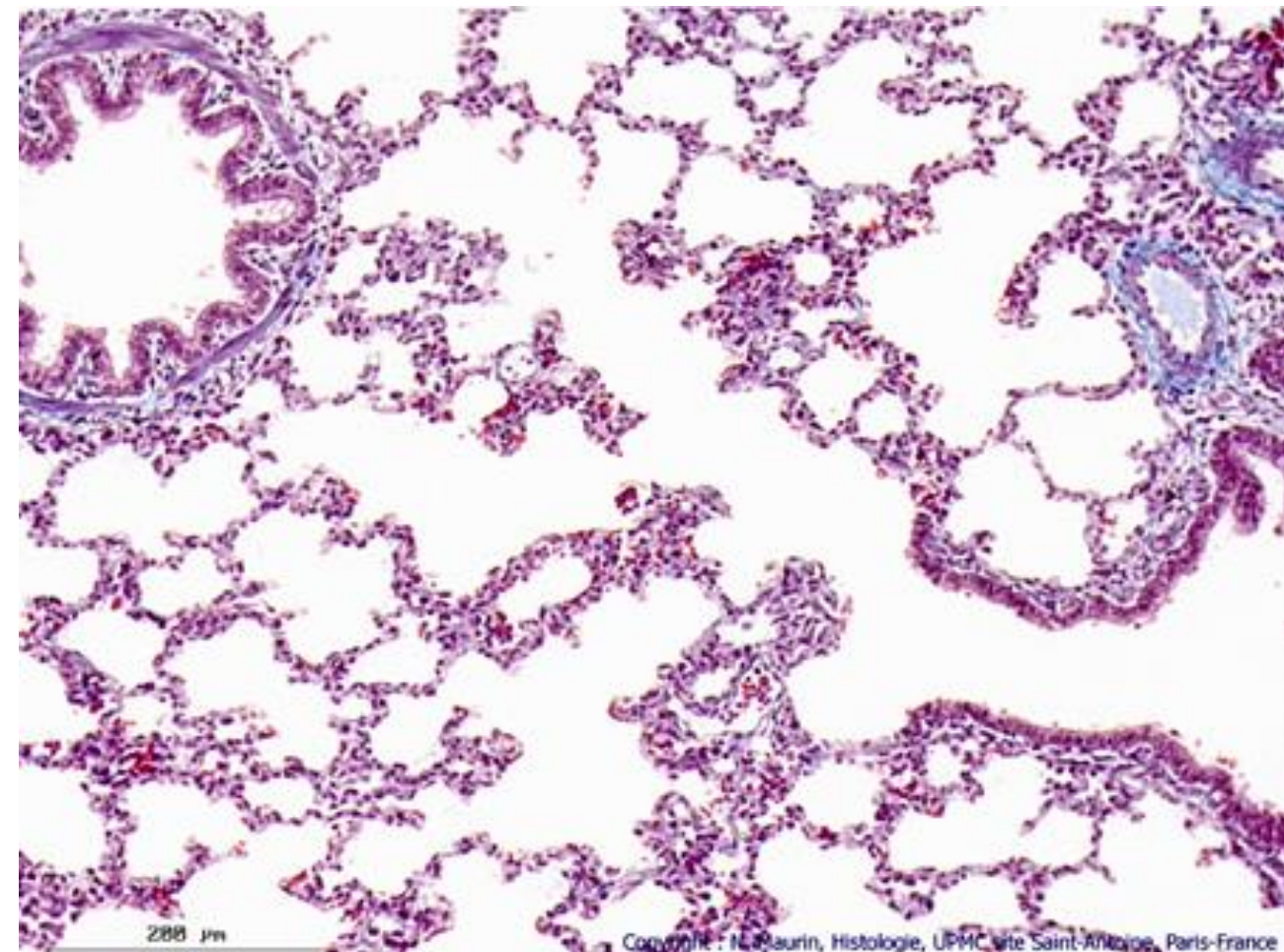
1. Rx thorax ou CT
2. PET-CT (Tomographie par Emission de Positrons couplée à un CT)
3. S'entourer de spécialistes ambulatoires :
 - Radiologue : biopsie trans-thoracique ?
 - Pneumologue : bronchoscopie et biopsie ?
 - Pathologue : interprétation biopsie



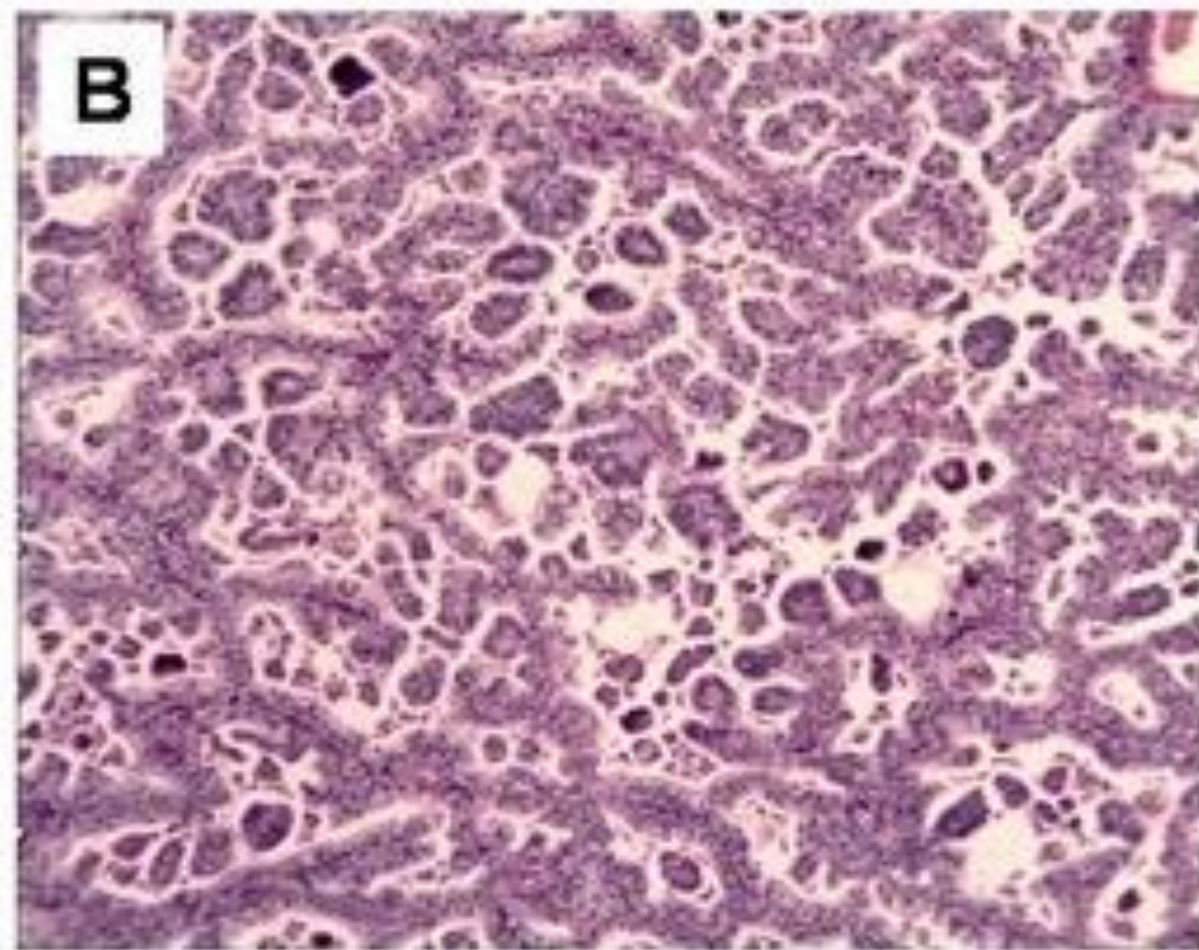




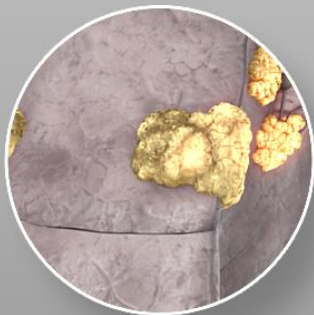




Poumon sain



Adénocarcinome (cellules glandulaires avec nombreuses atypies mitotiques)



Tumor size

- T1** – A tumor is less than 3 cm (1 ½ inches) in size
- T2** – The tumor is greater than 3 cm
- T3** – The tumor can be any size, but is near the airway or has spread to local areas such as the chest wall or diaphragm
- T4** – The tumor is any size, but is located in the airway, or has invaded local structures such as the heart or the esophagus.



Lymph Nodes

- N0** – No lymph nodes are affected
- N1** – The tumor has spread to nearby nodes on the same side of the body
- N2** – The tumor has spread to nodes further away but on the same side of the body
- N3** – Cancer cells are present in lymph nodes on the other side of the chest from the tumor, or in nodes near the collarbone or neck muscles



Metastases

- M0** – No metastases are present
- M1** – The tumor has spread (metastasized) to other regions of the body or the other lung

Du TNM découle un **stade** (I à IV) : ex T1 N1 Mo = Stade IIa
Du stade découle un **pronostic** et une **prise en charge**

Non-Small Cell Lung Cancer: Mean 5-Year Survival Following Resection

Stage	Clinical Staging	Surgical Staging
IA (T1N0M0)	60%	74%
IB (T2N0M0)	38%	61%
IIA (T1N1M0)	34%	55%
IIB (T2N1M0, T3N0M0)	23%	39%
IIIA	9-13%	22%
IIIB ¹	3-12%	
IV ¹	4%	

Small Cell Lung Cancer: Survival Following Chemotherapy

Stage	Mean 2-Year Survival	Median Survival
Limited	15-20%	14-20 months
Extensive	< 3%	8-13 months

Equipe de concertation interdisciplinaire hospitalière « tumorboard » :

- oncologue
- chirurgien thoracique
 - pneumologue
 - radiothérapeute

Et aussi : anesthésiste, physiothérapeute...

Comment se développe un cancer ?

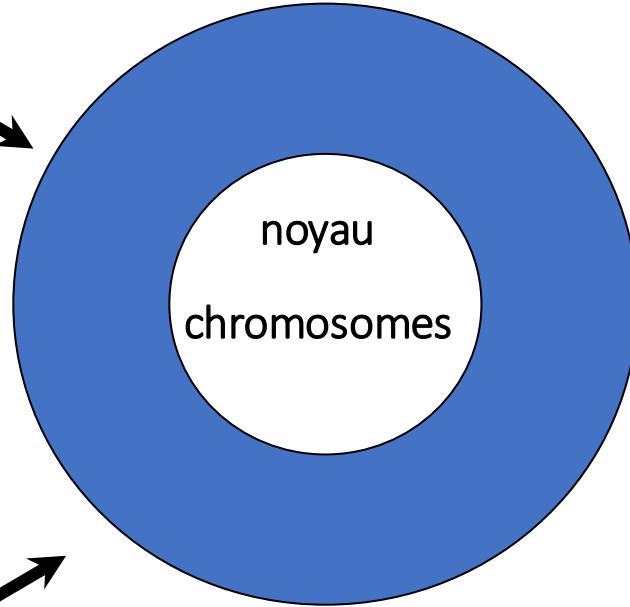


Proto-oncogènes

stimulent la croissance

Deviennent des oncogènes qui hyper stimulent la
croissance cellulaire de façon anarchique

Cellule normale:
équilibre
entre proto-
et anti-oncogènes



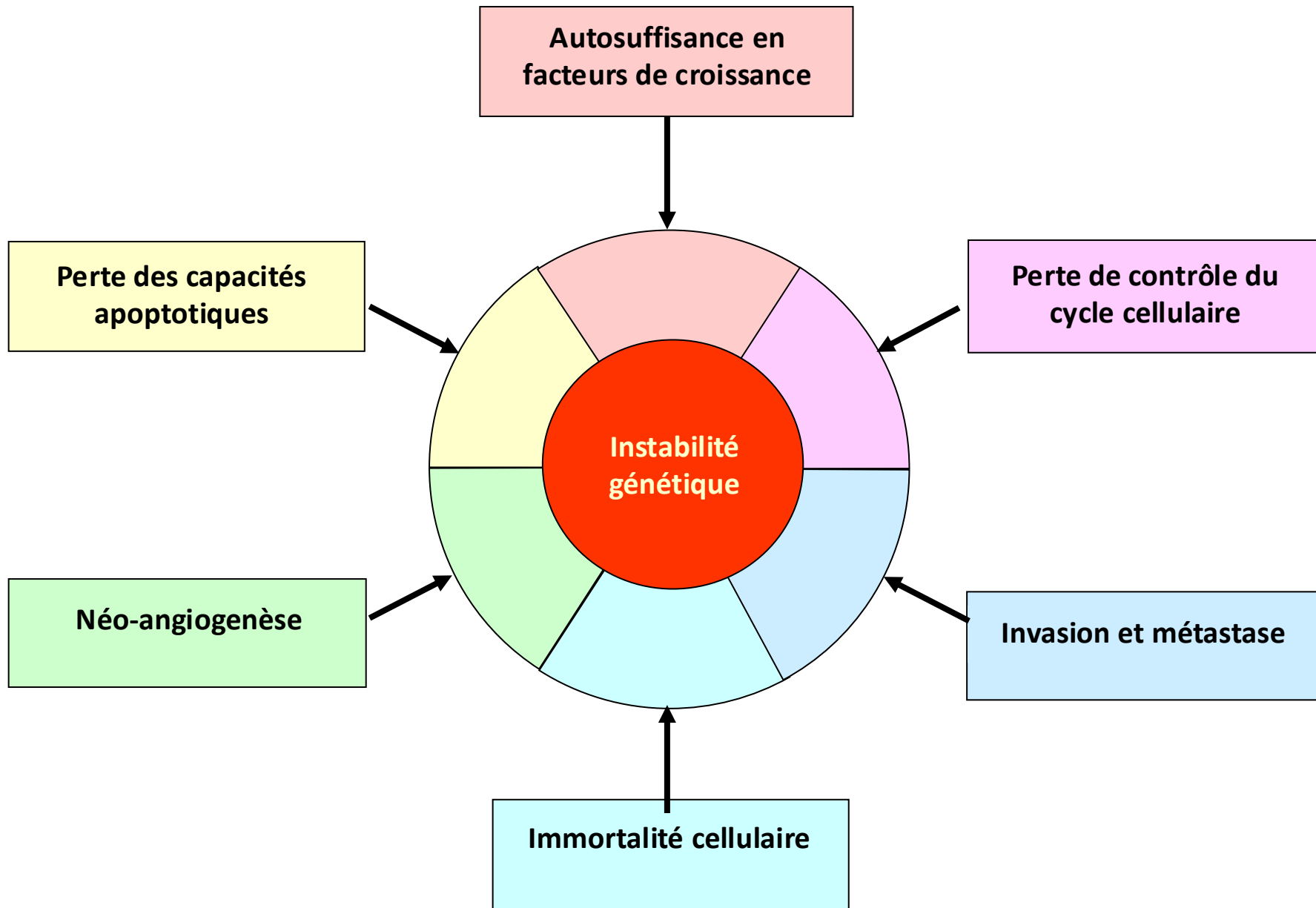
Cellule cancéreuse
Prolifération incontrôlée en clone
cellulaire

Anti-oncogènes :

stoppent la croissance

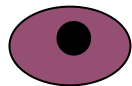
Ne stoppent plus les cellules qui deviennent
immortelles

Cancer du à des blessures/mutations des gènes perturbant l'équilibre entre stimulation et inhibition de la prolifération cellulaire. Facteurs provoquant ces altérations : inflammation, virus, rayons, fumée...



Propriétés des cellules cancéreuses (Hanahan & Weinberg, Cell 100 (2000) 57-70)

Cellule normale



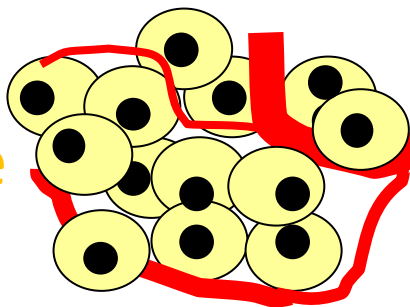
Accumulation d'altérations génétiques

Cellule tumorale

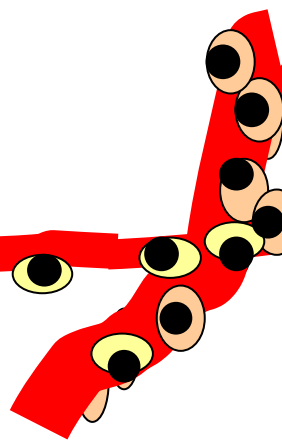


Prolifération

Tumeur primitive



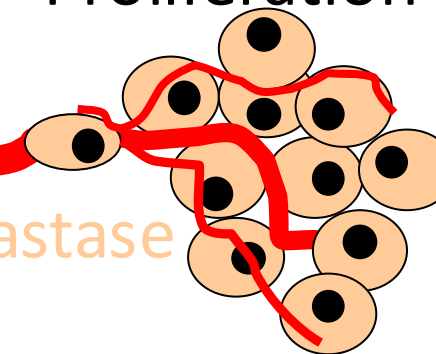
Invasion



Néoangiogénèse

Métastase

Prolifération



Annnonce d'une mauvaise nouvelle

- Générateur de stress pour le patient et le soignant
 - La façon de communiquer va influencer :
 - la compréhension du patient
 - sa capacité d'adaptation
 - la satisfaction du patient (et du médecin)

Ce qui est important aux yeux du patient :

- Compétence, honnêteté du soignant
- Intérêt du soignant pour le malade
- Temps disponible pour des questions
 - Diagnostic clair et franc
- Langage simple, compréhensible

7c⁺ Fonctions essentielles de la MF dans le système de santé



This work by Eva Pfarrwaller - Centre de médecine de premier recours, adapted from Bazemore & Grunert, is licensed under [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/). Version 2024.

Etapes de l'annonce de la mauvaise nouvelle : TRACES

- **T**errain, cadre
- **R**éprésentations du patient, craintes, attentes
- **A**vertir
- **C**onnaissances: favoriser réponses aux questions, simple
- **E**mpathie-émotions: nommer et soutenir les émotions
- **S**tratégie et suivi: résumé et vérifier compréhension

ANNONCE DE MAUVAISE NOUVELLE

**Le scénario est inspiré de la réalité clinique
et les rôles sont de composition**

**Faculté de médecine
Université de Genève**

Traitement du cancer du poumon non à petites cellules

- Chirurgie

 - curative uniquement pour les stades IA et IB

 - palliative pour stade II à IIIA

- Chimiothérapie

 - palliative, dès stade II

- Immunothérapie

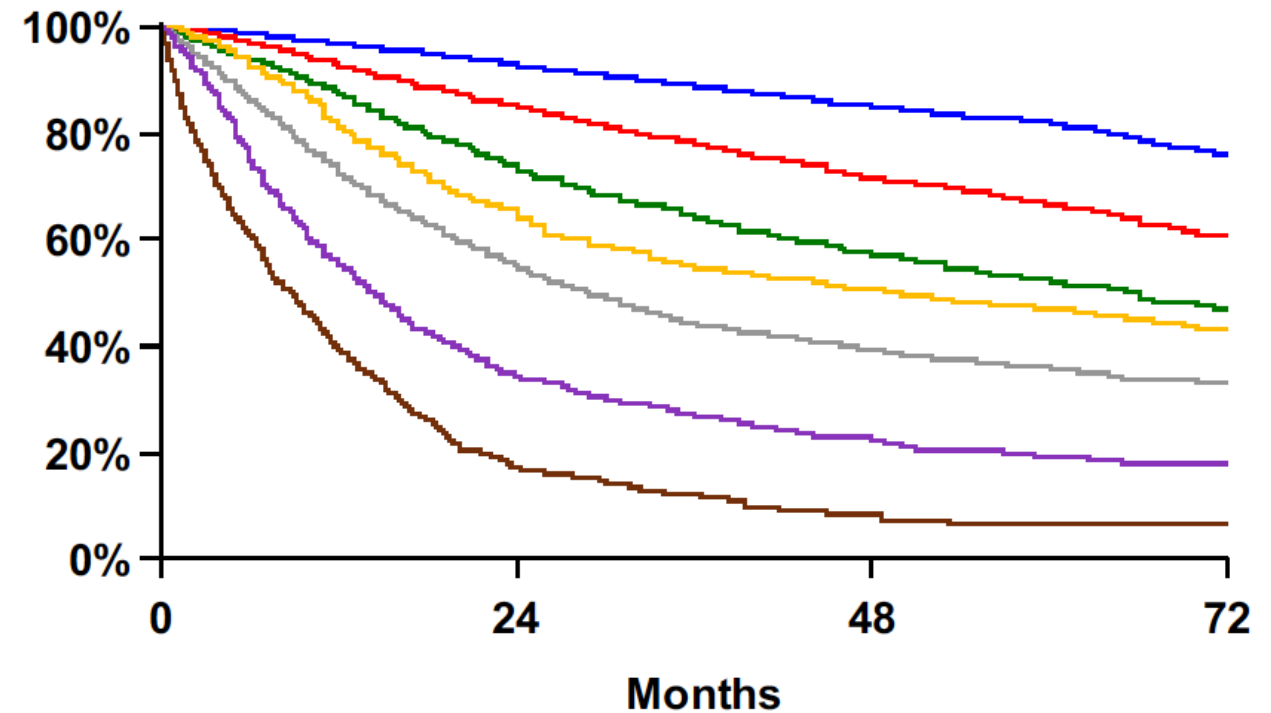
 - palliative : anticorps « bloqueur » dirigé contre récepteur muté

- Radiothérapie

 - palliative, seulement pour les patients inopérables, tous stades

Survie avec traitement optimal

7 th Ed.	Events / N	MST	24 Month	60 Month
IA	1119 / 6303	NR	93%	82%
IB	768 / 2492	NR	85%	66%
IIA	424 / 1008	66.0	74%	52%
IIB	382 / 824	49.0	64%	47%
IIIA	2139 / 3344	29.0	55%	36%
IIIB	2101 / 2624	14.1	34%	19%
IV	664 / 882	8.8	17%	6%



Coordination du traitement d'un patient atteint de cancer

- Oncologue = spécialiste au 1^{er} plan
- Quel est le rôle du généraliste ?

Refléchissez 2 par 2 durant 1 minute !

Généraliste reste au 2^{ème} plan pour :

- Garder le lien
- Aider le patient à comprendre le traitement, ses options
- Aider le patient à surmonter les effets secondaires
- Traiter les maladies intercurrentes et effets indésirables des traitements
(infections, problèmes dermatologiques, digestifs)
- Assurer l'alimentation et les vaccinations (influenza, COVID...)

Peut-on dépister le cancer du poumon chez un fumeur ?

- Diminution de mortalité de 20% si *dépistage annuel par scanner low dose* chez fumeur >20 UPA entre 50 et 80 ans fumant ou ayant arrêté dans les 15 dernières années, chez BPCO ou non
- Inconvénients : investigations rétrospectivement pas nécessaires (biopsie), anxiété, follow up pas complet
- Décision partagée !

QCM - K'

Pour l'annonce du diagnostic de cancer à un patient BPCO, il est recommandé au généraliste de :

- A. L'envoyer chez l'oncologue
- B. Clarifier les représentations du patient avant de lui expliquer le diagnostic
- C. Respecter le rythme du patient en soutenant ses émotions
- D. Transmettre un maximum de données les plus récentes de la littérature sur le cancer impliqué

Bibliographie

- Current Medical Diagnosis & Treatment 2015 Maxine A. Papadakis, MD, Stephen J. McPhee, MD, Michael W. Rabow, MD, Mc GrawHill Lange 2015
- SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient, Baile, Buckmann et al, The Oncologist 2000, 5:302-311
- P Goldstraw et al. *The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer, Journal of Thoracic Oncology, Volume 11, Issue 1, 2016, Pages 39-51*
- GOLD, rapport 2025 https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/11/GOLD-2025-Report-v1.0-15Nov2024_WMV.pdf
- <http://www.cancer.gov/types/lung>
- www.nccn.org