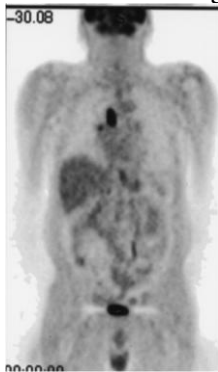


## VI Imagerie:

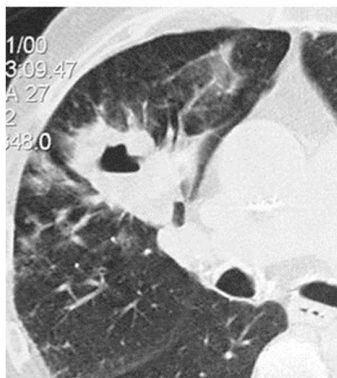
En imagerie une tumeur se représente comme:

Une **masse** (supérieur a 3 cm) ou nodule (moins de 3cm et plus de 3mm) avec un **contour irrégulier** (polylobé, spiculé→ extension de la tumeur le long des axes lymphatiques etc... →la plupart du temps un cancer sera irrégulier et spiculé), elle **grandit vite** (attention a l'effet d'optique : une petite boule qui pousse vite est moins évidente qu'une grosse qui pousse moins vite. Dans la vraie vie une petite boule qui pousse vite on la voit pas donc on la repère trop tard.) elle est **hyper métabolique** ( chaude sur un plan radioactif cad: si on met un marqueur d'activité (fluor) couplé au glucose et qu'on fait un PET-scan ( scanner par émission de positon).Il se met dans tous les organes qui le consomme ( on ne va pas regarder le cerveau car il consomme énormément de glucose donc sera toujours tout noir et on ne verra pas de différence en situation pathologique.) mais on verra les ganglion tumorale en noir ),



*On voit une hyper fixation au niveau du poumon droit ( pathologique) et au niveau de la vessie ( physiologique car on élimine le produit )*

**Phénomène de nécrose par thrombose:** quand un cancer pousse sa fabrique des vaisseaux mais les vaisseaux qui se trouve au centre sont comprimé vont se bouché et se nécrosé donc on va avoir un trou dans la boule (excavé) on verra donc une hyper clarté au seins de l'opacité. C'est un argument de malignité!



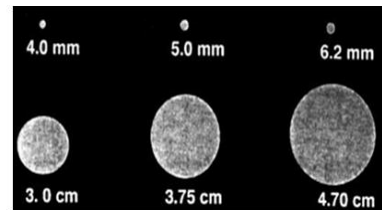
[www.cep-pneumo.org](http://www.cep-pneumo.org)

Pourquoi on ne fait pas du dépistage??

on a essayer mais la radio du thorax ne permet pas de dépisté les petites boules, après on a le scanner qui marche bien mais ils étaient très irradiant il y a encore peu de

temps ( donc on dépisté les cancers du poumons mais on avait de grande chance de provoquer un cancer du thorax et notamment du sein → pas utile ), on arrive maintenant faire des scanner low dose ( dose de rayon délivré est minime) ce qui autorise dans certaines limites a répéter les scanners.

Une étude américaine a montrer qu'un scanner annuel ( dans la population a risque ) permet non seulement de détecter un cancer a un stade précoce mais surtout de diminuer la mortalité.



Attention aux effets d'optique : évolution ?  
pourrait croire que c'est la grosse boule qui augmente le plus or si on fait un petit calcul de pourcentage on se rend compte que c'est la petite qui grandit le plus vite!!!

Attention: On peut avoir une boule dans le thorax sans que ce soit pathologique : nodule parenchymateux.

**Au terme de l'imagerie on va pouvoir dire si une lésion est probablement cancéreuse ou pas.**

En gros : plus c'est gros, plus sa pousse, plus sa fixe et se trouve dans un lobe sup chez un sujet a risque → c'est un cancer.

1<sup>er</sup> cas de figure:

homme de 50 ans qui a fumé plus de 30 paquets année avec une boule dans le lobe sup et aux contours irrégulier, le patient crache du sang. Sa croissance est rapide et il prend le contraste au pet scan → on opère.

A l'inverse 2eme cas:

jeune fille qui ne fume pas, elle a un petit nodule qui ne pousse pas, les bords sont net et régulier, il ne fixe pas au pet-scan donc on met en place une simple surveillance.

## VI Diagnostic histologique :

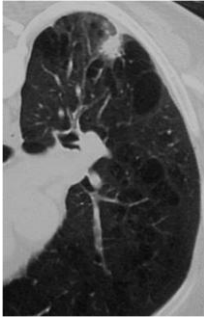
Une fois qu'on a déterminé une forte probabilité de cancer il va falloir l'enlever pour cela on va y aller par différente voie :

Si la lésion est **proximale** ( 1/3 centrale ) on utilise la bronchoscopie souple.

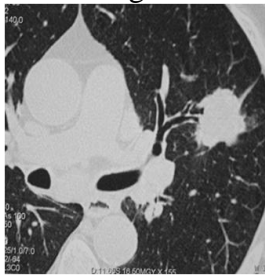


Si la lésion est **périphérique** ( bord externe du poumons ) on fait une ponction

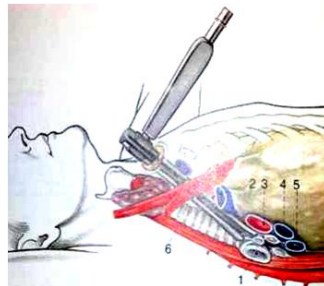
transthoracique sous contrôle scannographique.



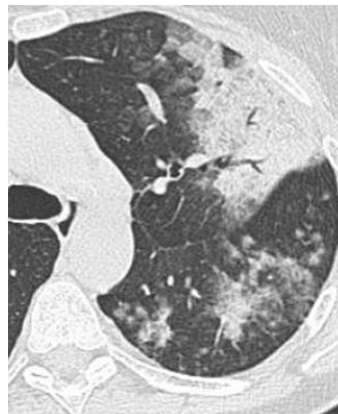
Si la lésion est **intermédiaire** ( entre centre et périphérie) on a la choix on commence par la bronchoscopie et on continue par la ponction transthoracique ou inversement si contre indication a la bronchoscopie et en ultime recours la chirurgie.



Si la lésion suspecte est associé a des ganglions dans le médiastin on niveau de la **trachée** ou la **carène** on y accède soit par médiastinoscopie par le chirurgien et descend le long de la trachée soit avec l'échoendoscope qu'on passe par la bouche et fait une ponction.



Cas particulier des carcinomes broncho-alvéolaire:

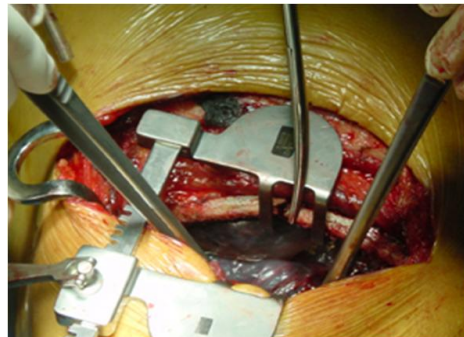


On va faire un lavage broncho alvéolaire en insérant une sonde jusqu'à la lésion et aspirant :



## VIII Option thérapeutique:

Cancer **localisé** : on a une boule qu'on opère → traitement locale.



Cancer **localement avancé** ( donc pas extiricable) on fait un traitement local ( radiothérapie) et un traitement systémique ( perfusion de



chimiothérapie).

**Pathologie métastatique**: on fait un traitement systémique seul ( chimiothérapie).

