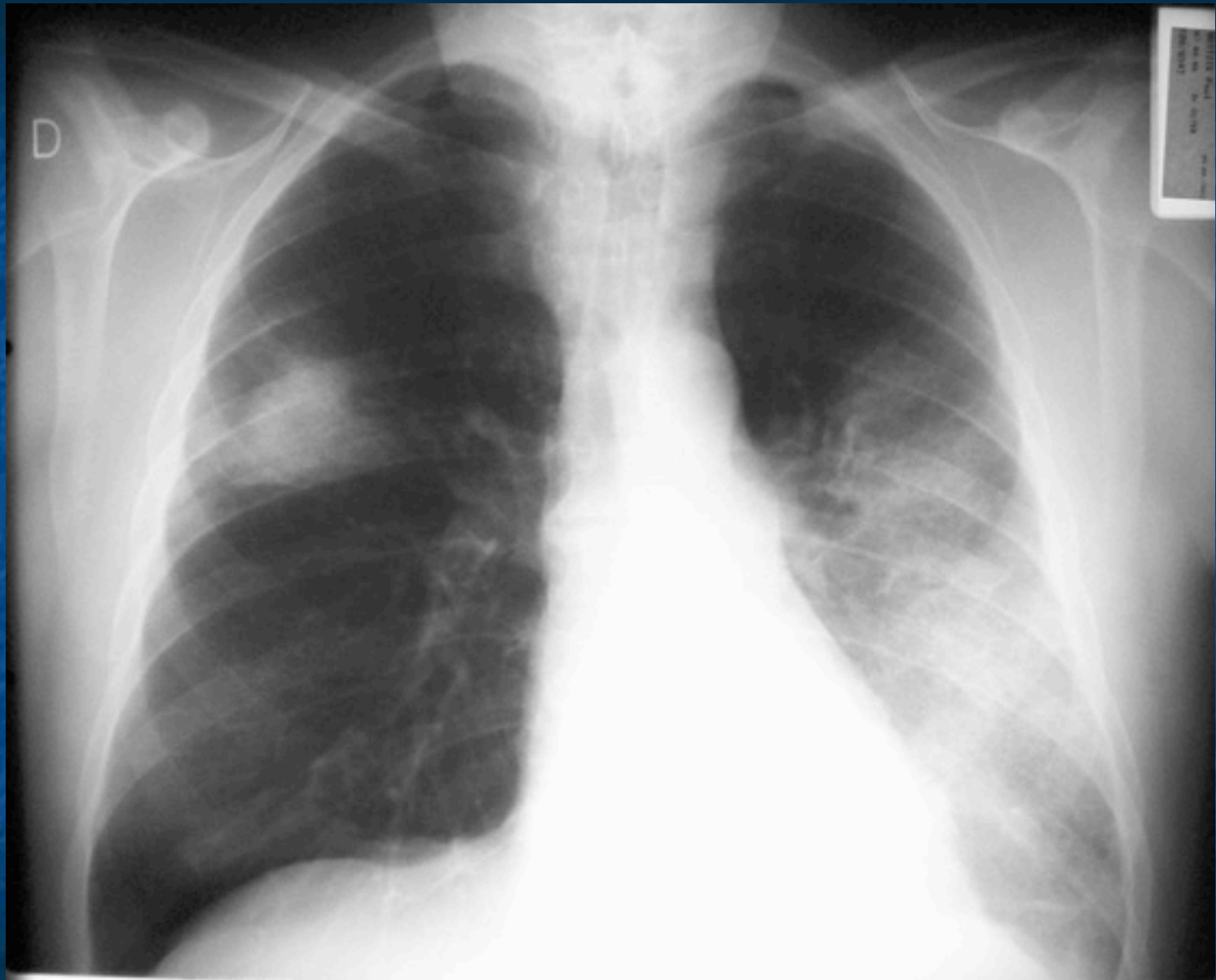


# CAS CLINIQUE

- Mr W. Paul né en 1942
- Ancien fumeur 25 PA sevré depuis 2 ans
- Ancien chauffeur routier
- ATCD : BPCO et flutter auriculaire
- Dyspnée d'effort 3/5 d'apparition progressive

# CAS CLINIQUE

- TDM thoracique : sd alvéolaire du lobe inf gauche et verre dépoli lobe sup droit et lobe sup gauche sans adénopathie médiastinale
- Bilan d'extension négatif an niveau abdominal , cérébral et osseux
- Fibroscopie bronchique normale





1631  
\*06/04/1942, M, 65Y  
02/04/2008  
15:02:00.71  
4 IMA 25  
SPI 2  
SP 172.0

Sensation 16  
CT 2006G  
F-SP-CR

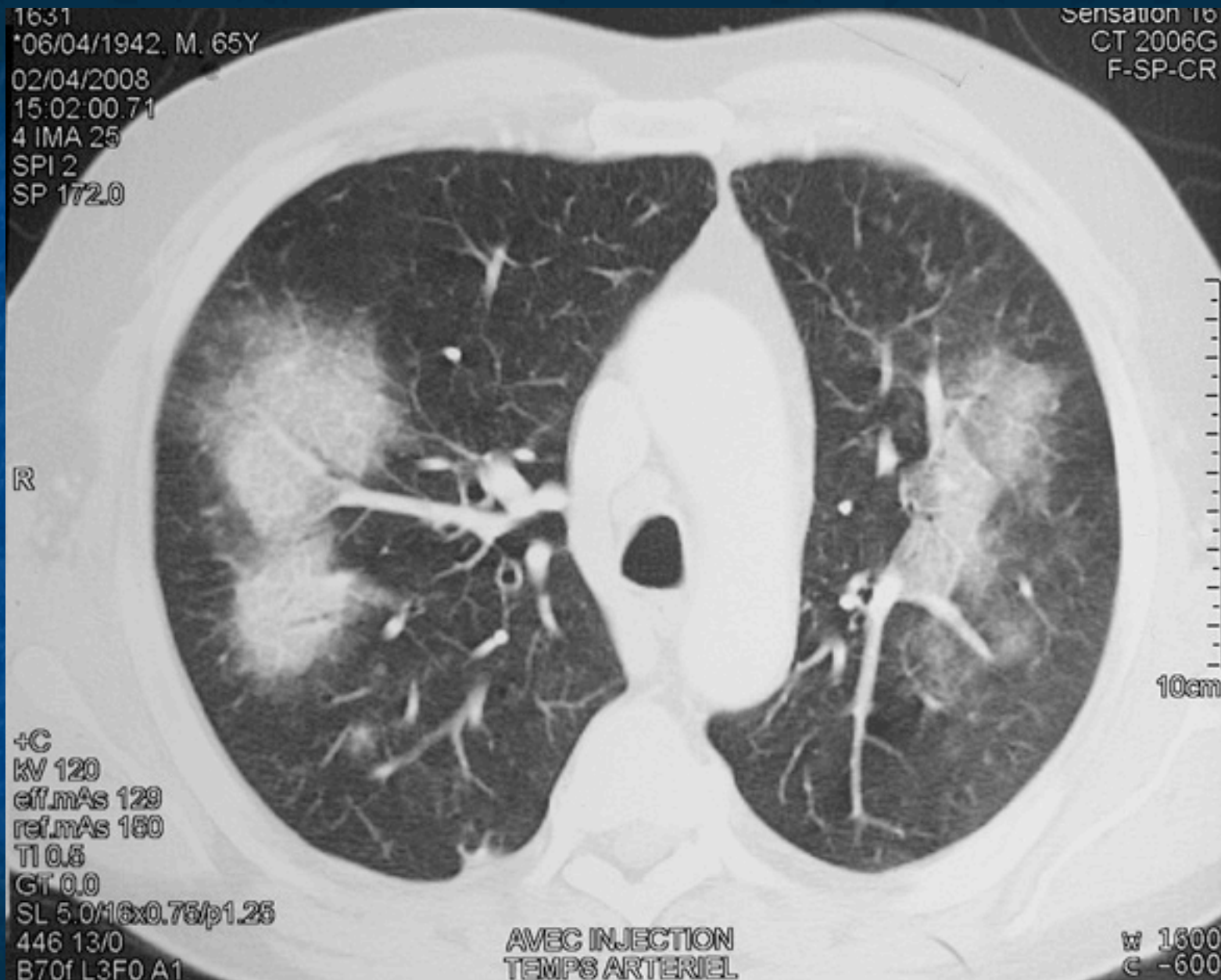
R

10cm

+C  
KV 120  
eff.mAs 129  
ref.mAs 160  
TI 0.5  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.75/p1.25  
446 13/0  
B70f L3F0 A1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

w 1600  
c -600



631  
06/04/1942 M 65Y

T 2006G  
F-SP-CR

2/04/2008  
5:02:02.54  
IMA 36  
PI 2  
P 227.0



C  
K 120  
f.mAs 76  
f.mAs 150  
T 0.5  
GT 0.0  
S 5.0/16x0.75/p1.25  
46 13/0  
70f L3F0 A1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

W 1600  
C -600



# CAS CLINIQUE

- Ponction sous TDM : adénocarcinome de type bronchiolo-alvéolaire
- Bilan fonctionnel:
  - VEMS 2700 (78%) , CV 4000 (90%)
  - PaO<sub>2</sub> 44 PaCO<sub>2</sub> 26 Ph 7,52 Sat 86%
  - SpO<sub>2</sub> à 78% et SpO<sub>2</sub> à 90 % SOUS 3L O<sub>2</sub>

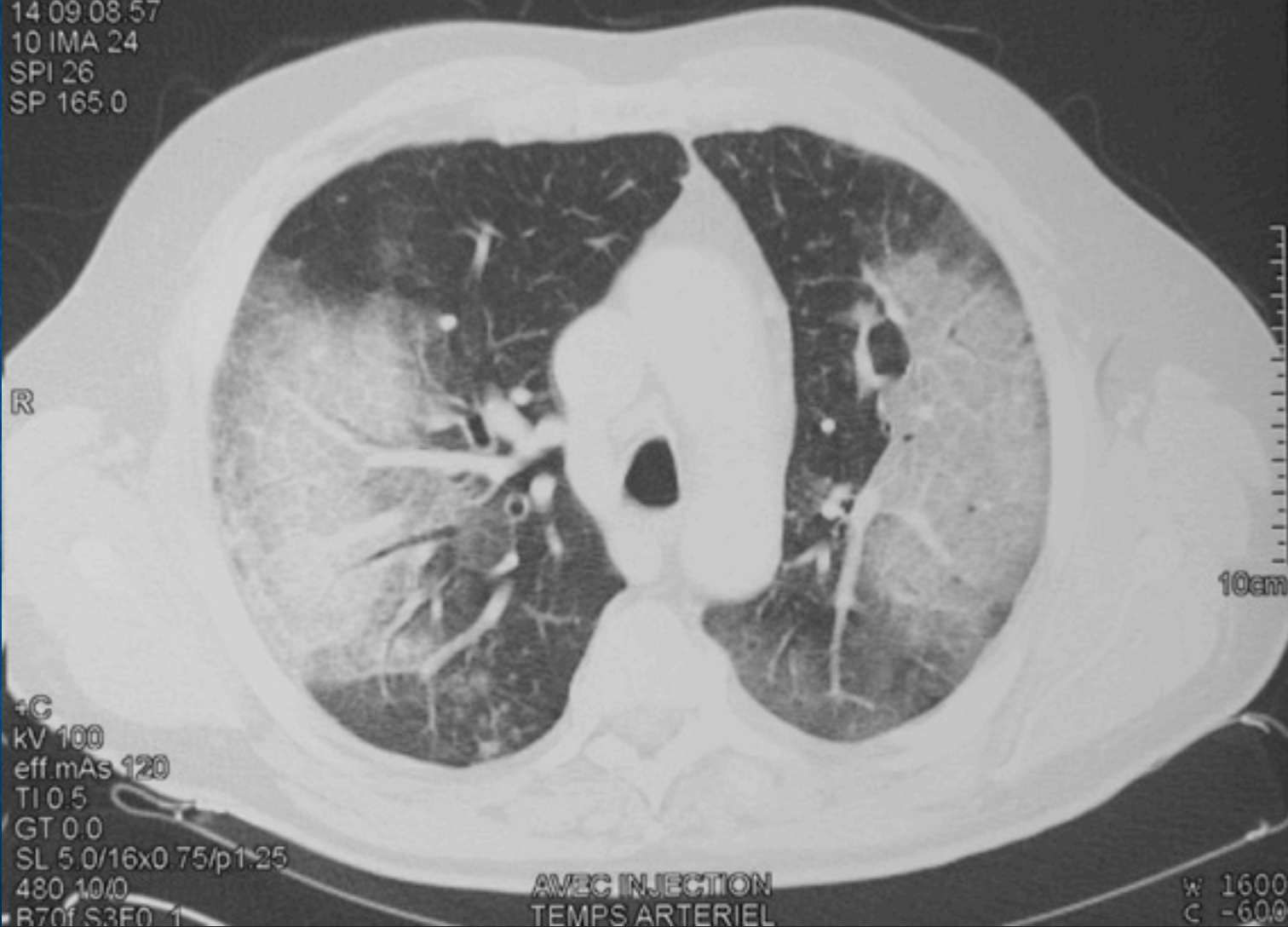
# CAS CLINIQUE

- Inclus dans IFCT 0504
- Bras Erlotinib 150 mg/jour le 08/04/2008
- Bonne tolérance clinique avec xérose cutanée grade 1
- Dyspnée 4/5 avec SpO<sub>2</sub> à 70% AL et 86% sou 100% O<sub>2</sub>
- Progression thoracique surtout lobe sup droit



2162  
\*06/04/1942. M. 66Y  
30/04/2008  
14 09.08.57  
10 IMA 24  
SPI 26  
SP 165.0

01 10  
CT 2006G  
F-SP-CR



R

10cm

+C  
KV 100  
eff.mAs 120  
TI 0.5  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.75/p1.25  
480 10/0  
R70f.S3E0.1

AMEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

W 1600  
C -600



2162  
\*06/04/1942, M, 66Y  
30/04/2008  
14 09 10 57  
10 IMA 36  
SPI 26  
SP 225.0

Sensation 10  
CT 2006G  
F-SP-CR



+C  
KV 100  
eff mAs 120  
TI 0.5  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.75/p1.25  
0 480 10/0  
2 8706 S350 1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

W 1600  
C -600

\*06/04/1942. M. 66Y  
30/04/2008  
14:09:13:07  
10 IMA 51  
SPI 26  
SP 300.0

Version 10  
CT 2006G  
F-SP-CR

R

10cm

+C  
kV 100  
eff.mAs 120  
TI 0.5  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.75/p1.25  
480 10/0  
B70f S3F0 1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

W 1600  
C -600



# CAS CLINIQUE

- Début chimiothérapie par carboplatine et paclitaxel le 05/05/2008
- Complication avec listériose
- Stabilité clinique avec SpO<sub>2</sub> 86% sous 100% O<sub>2</sub> et radiologique après 5 cycles
- Polynévrite des extrémités grade 2



3982  
\*06-avr -1942. M. 66Y  
23-juil -2008  
14:09:31.15  
4 IMA 23  
SPI 2  
SP 185.0

Version 10  
CT 2007S  
F-SP-CR



R

10cm

AC  
kV 100  
eff.mAs 168  
ref.mAs 160  
TI 0.6  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.75/p1.25  
420 -2/0  
3701 L3E0 A1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

w 1600  
c -600

NOITZIK. PAUL

A

HC COLMAR

3582

\*06-avr-1942. M. 66Y

23-juil-2008

14:09:33.48

4 IMA 37

SPI 2

SP 255.0

NO COLLIM

Sensation 16

CT 2007S

F-SP-CR

R

10cm

+C

kV 100

eff.mAs 62

ref.mAs 180

TI 0.5

GT 0.0

SL 5.0/16x0.75/p1.25

430 -2/0

B70FL3F0 A1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

w 1600

c -600



# CAS CLINIQUE

- 10/2008 : progression thoracique avec aggravation du sd alvéolaire lobe sup droit et gh , lobe inf gh et verre dépoli lobe inf droit
- Mise sous pemetrexed
- Amélioration clinique avec arrêt de l'O2 , SpO2 92% et nette régression du sd alvéolaire



5070  
\*06-avr.-1942. M. 66Y  
15-oct.-2008  
15:14:01.81  
6 IMA 25  
SPI 2  
SP 149.0

Sensation 16  
CT 2007S  
F-SP-CR

R

10cm

+C  
kV 100  
eff.mAs 169  
ref.mAs 150  
TI 0.5  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.75/p1.25  
407 5/0  
B70f L3F0 A1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

w 1600  
c -600



5070  
\*06-avr -1942, M, 66Y  
15-oct-2008  
15:14:08.31  
6 IMA 34  
SPI 2  
SP 194.0

HC COLMAR  
Sensation 16  
CT 2007S  
F-SP-CR

R

A

+C  
KV 100  
eff mAs 98  
ref mAs 150  
TI 0.5  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.75/p1.25  
407 5/0  
B70f L3F0 A1

10cm

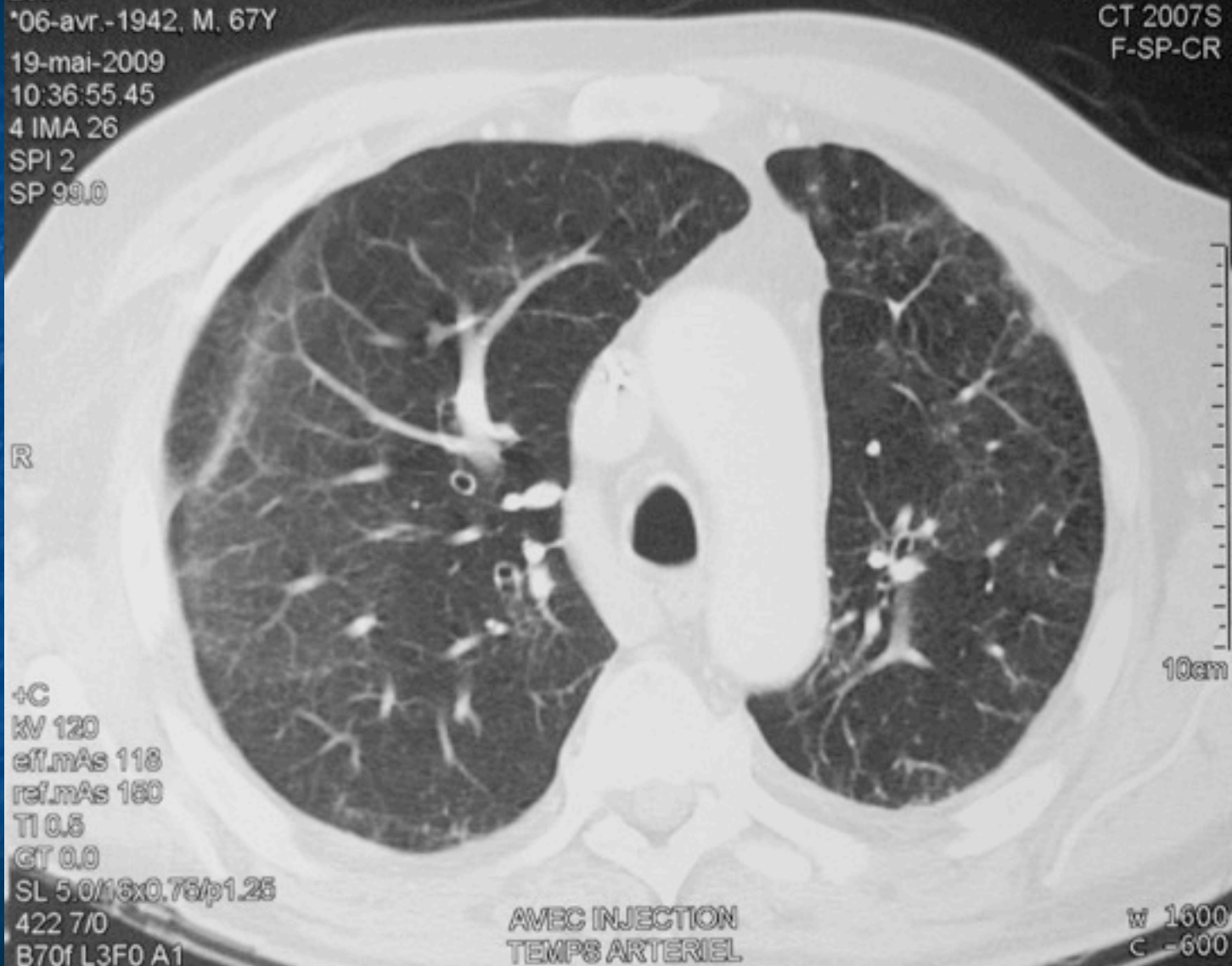
AMEG INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

w 1600  
c -600



2581  
\*06-avr.-1942, M. 67Y  
19-mai-2009  
10:36:55.45  
4 IMA 26  
SPI 2  
SP 99.0

Sensation 16  
CT 2007S  
F-SP-CR





2581  
\*06-avr.-1942, M, 67Y  
19-mai-2009  
10:36:57.11  
4 IMA 36  
SPI 2  
SP 149.0

HC COLMAR  
Sensation 16  
CT 2007S  
F-SP-CR

R

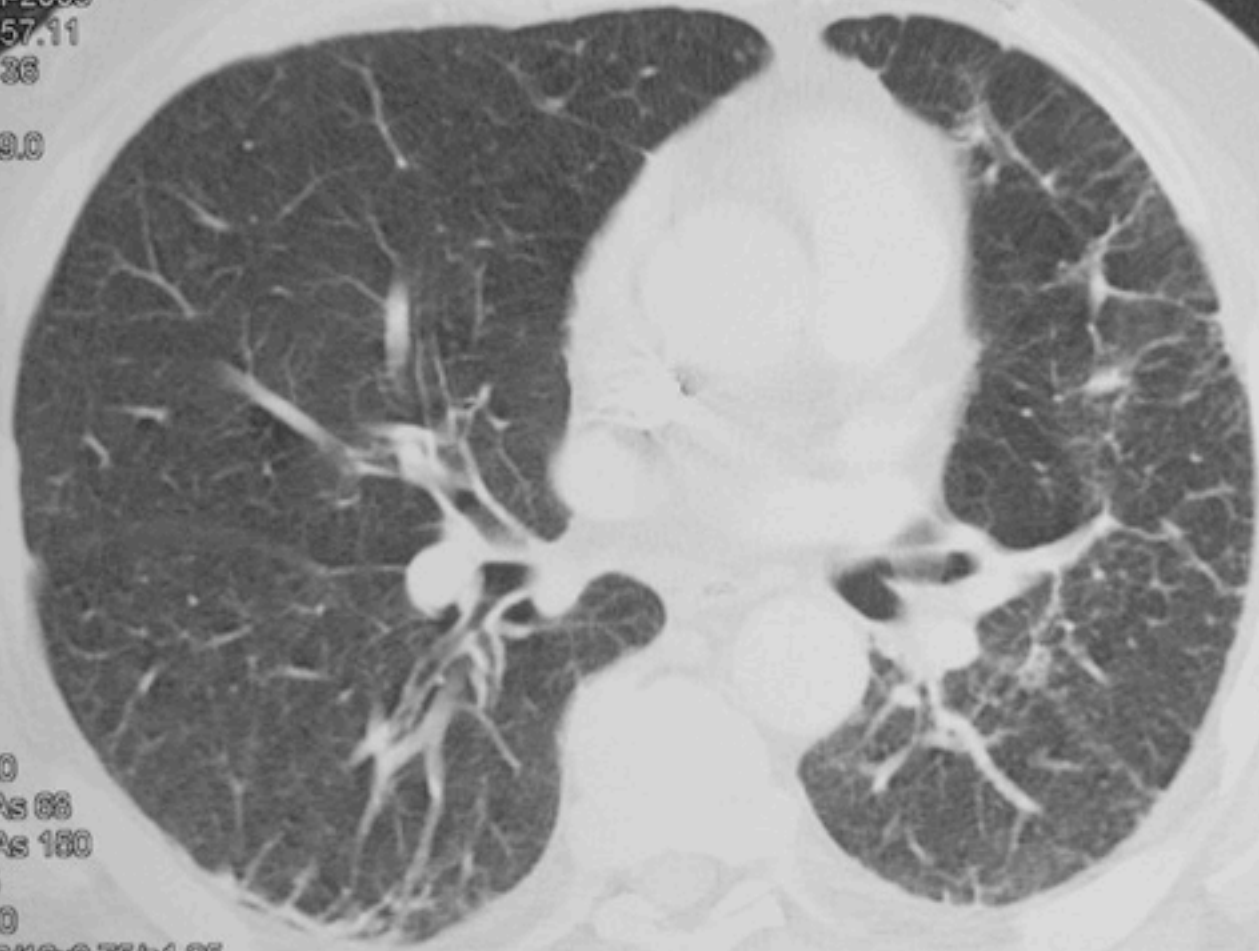
A

+C  
kV 120  
eff.mAs 66  
ref.mAs 160  
TI 0.6  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.75/p1.25  
422 7/0  
R70/L1350 A1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

w 1600  
c -600

10cm



# CAS CLINIQUE

- Après 9 cycles de pemetrexed 05/2009
- Apparition de douleurs invalidantes dorsolombaires avec impotence fonctionnelle des 4 membres prédominant en proximal en 1 semaine
- Hypoesthésie des 2 membres remontant au 1/3 inf des cuisses avec abolition des ROT sans signe pyramidaux



# CAS CLINIQUE

- IRM cérébrale et cervico-dorso-lombaire normal
- Protéinorachie à 1,11G/L isolée
- Pas de cellules néoplasiques à PL à 2 reprises
- AC anti-neurone négatif
- EMG : polyradiculonévrite aiguë démyélinisante diffuse et symétrique



# CAS CLINIQUE

- Amélioration clinique sous corticoïdes et perfusion unique d'immunoglobuline 0.4mg/kg/j 5jours
- Arrêt de la chimiothérapie malgré l'absence de cas rapporté
- Patient en rémission avec SpO2 94% AL

# CAS CLINIQUE

- Récidive neurologique en 08/2009 avec diagnostic de polyradiculonévrite chronique idiopathique
- Amélioration clinique sous perfusion d'Ig polyvalentes toutes les 4-6 semaines
- Récidive tumorale en 11/2009 avec SpO2 88% , mise sous 4l O2 et majoration du sd alvéolaire lobe sup droit et lobe inf gh



5748  
\*06-avr.-1942. M. 67Y  
04-nov.-2009  
15:27:10.74  
4 IMA 22  
SPI 2  
SP 24.5

Sensation 16  
CT 2007S  
F-SP-CR

R

+C  
kV 100  
eff.mAs 153  
ref.mAs 160  
TI 0.5  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.75/p1.25  
378 15/0  
B70f1.3F0 A1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

10cm

W 1600  
C -600





\*06-avr.-1942. M. 67Y  
04-nov.-2009  
15:27:12.40  
4 IMA 32  
SPI 2  
SP 74.5

Sensation 16  
CT 2007S  
F-SP-CR

R



10cm

+C  
kV 100  
eff.mAs 88  
ref.mAs 150  
TI 0.5  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.75/p1.25  
378 15/0  
B70f L3F0 A1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

w 1600  
c -600



5748  
\*06-avr.-1942. M. 67Y  
04-nov.-2009  
15:27:14.73  
4 IMA-46  
SPL 2  
SP 144.6

HC COLMAR  
Sensation 16  
CT 2007S  
F-SP-CR

+C  
KV 100  
eff.mAs 118  
ref.mAs 150  
TI 0.5  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.75/p1.25  
378 15/0  
R70/L3F0/A1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

w 1600  
c -600





# Cas clinique

- Reprise pemetrexed sans aggravation neurologique
- 1 épisode de détresse respiratoire aigue à priori infectieuse avec doute sur grippe A
- Après 5 cycles stabilité clinique et radiologique



10-fev.-2010  
15:40:49.64  
4 IMA 22  
SPI 2  
SP 117.0

R

+C  
kV 100  
eff.mAs 182  
ref.mAs 150  
TI 0.5  
GT 0.0  
SL 5.0/16x0.76/p1.25  
400 10/0  
B70f L3F0 A1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

w 1600  
c -600

10cm



\*06-avr.-1942. M. 67Y

10-févr.-2010

15:40:51.47

4 IMA 33

SPI 2

SP 172.0

Conservation TO

CT 2007S

F-SP-CR

R

+C

kV 100

eff.mAs 97

ref.mAs 160

TI 0.5

GT 0.0

SL 5.0/16x0.75/p1.25

400 10/0

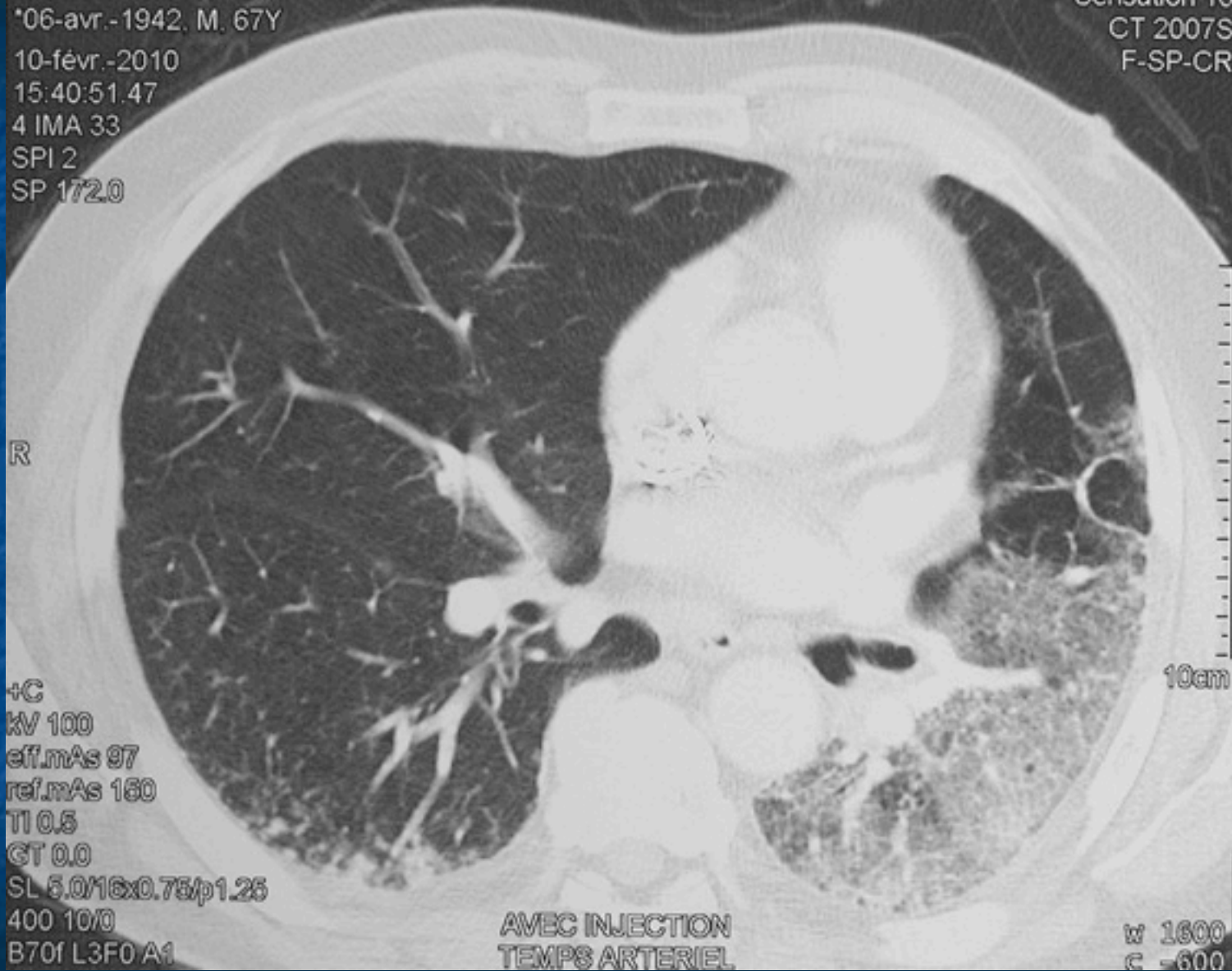
B70f L3F0 A1

AVEC INJECTION  
TEMPS ARTERIEL

10cm

w 1600

c -600



# ADK forme pneumonique

- ADK-CBA mixte fréquent
- Forme non mucineuse : TTF1+ , meilleur pronostic , plus souvent mutation EGFR+
- Forme mucineuse : TTF1- , souvent non fumeur , mutation K-ras plus fréquente
- Forme mixte avec composante papillaire



# ADK forme pneumonique

- Traitement par inhibiteur TKI-EGFR et paclitaxel avec résultat similaire
- RO 10-31% vs 9-14%
- Maladie stabilisée 17-31% vs 40-50%
- Survie à 1 an 50-71% vs 35-50%
- Recherche de mutation EGFR et K-ras
- Etude IFCT 0504 sur permutation précoce entre ces 2 traitements

# ADK forme pneumonique

- Efficacité du pemetrexed en 3ème ligne ?
- Plus efficace dans ADK
- Mécanisme d'action via thymidylate synthétase plus fréquente dans ADK
- Durée de la chimiothérapie avec maintenance ?



# COMPLICATION NEUROLOGIQUE

- Polyradiculonévrite démyélinisante : rare sd paraneoplasique
- Sd paranéoplasique neurologique le plus souvent associé aux cancer à petites cellules
- Pas d' AC anti-neurone spécifique
- Non décrit avec pemetrexed