

Date: 28.03.2017

**TRIBUNE
MÉDICALE**

Oncologie | Hématologie

Tribune médicale/ Oncologie-Hématologie
4002 Basel
058 958 96 00
www.medical-tribune.ch

Genre de média: Médias imprimés
Type de média: Presse spécialisée
Tirage: 1'600
Parution: 4x/année



Le diagnostic dans le myélome multiple

N° de thème: 729.006
N° d'abonnement: 729006
Page: 12
Surface: 76'793 mm²

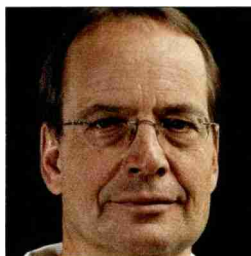
Carcinome bronchique Une survie qui stagne dans le cancer de tous les superlatifs

ZURICH – Malgré toutes les campagnes anti-tabac de grande envergure et la diffusion de messages alarmants, un superlatif chasse l'autre lorsqu'il est question de cancer pulmonaire. Il s'agit du cancer le plus fréquent chez l'homme, c'est le cancer qui conduit le plus souvent au décès et, surtout, le taux de survie à cinq ans stagne à seulement 20%. Lors de la manifestation « Médecine interne généraliste » organisée dans le cadre du Forum de formation continue médicale, Zurich, le Dr Thomas Rothe, médecin-chef, service de médecine interne de réhabilitation, Centre de réadaptation zurichois, Davos, a présenté la place du diagnostic ainsi que des traitements modernes, y compris ciblés, dans cette affection.



Le manque de succès du sevrage tabagique et le fait que les techniques radiologiques ne permettent pas un dépistage ou un diagnostic précoces ne sont que deux des obstacles auxquels se heurte la prise en charge efficace du carcinome bronchique

Photo: thinkstock


 Le Dr Thomas
 Rothe

 Médecin-chef, service
 de médecine interne
 de réhabilitation,
 Centre de réadaptation
 zurichois, Davos

Photo: Archives TM

En Suisse, on recense 3000 décès annuels par cancer pulmonaire. Bien que le tabagisme soit reconnu depuis 60 ans comme le facteur de risque de loin le plus important, impliqué dans près de 85 % des cas, le succès des programmes de sevrage tabagique restent plus que modestes. La *British Doctors Study*, une méga-étude épidémiologique prospective, qui a débuté en 1950 et s'est terminée en 2001, a balayé, si besoin en était, tous les doutes à propos de la causalité (cf. encadré).

Comme autres facteurs de risque de cancer pulmonaire, le Dr Rothe a cité le tabagisme passif (augmentation du risque d'un facteur 1,2 à 2), la BPCO en elle-même (y compris chez les non-fumeurs), les expositions professionnelles à d'autres substances cancérigènes que la fumée du tabac, la pollution atmosphérique, ainsi que le radon.

Aspects histologiques

Dans environ 20 % des cas, il s'agit d'un carcinome pulmonaire à petites cellules (*small cell lung cancer*, SCLC), connu pour son degré de malignité particulièrement élevé. En effet, une métastatisation est déjà présente au moment du diagnostic chez la majorité des patients. Le carcinome pulmonaire non à petites

cellules (NSCLC) est à l'origine de 80 % des cas, qui se répartissent en adénocarcinome (environ 40 %), carcinome épidermoïde (30 %) et carcinome à grandes cellules (10 %).

Dépistage et clinique

L'examen par radiographies thoraciques régulières ne permet pas de diminuer significativement la mortalité par cancer pulmonaire, même si elles sont combinées à une cytologie des expectorations, a précisé l'intervenant. Depuis leur publication en 2011, les résultats de l'étude américaine NLST (*National Lung Screening Trial*) sont sujets à controverse. Chez des patients à haut risque (fumeur et ex-fumeurs de 55 à 74 ans), cette étude a montré que le CT-scan à faible dose (à un intervalle d'un an sur trois ans) permet de réduire la mortalité du cancer pulmonaire de 20 % par rapport à la radiographie conventionnelle. Un problème majeur a été le très haut taux de résultats positifs (24 %), qui dans le cadre des examens complémentaires (ou d'une surveillance active) se sont révélés être de fausses alertes (95 % des résultats initialement classés comme anormaux). On espère une réponse à cette question restée ouverte d'autres études de dépistage encore en cours. C'est la raison pour laquelle le CT-scan à faible dose n'est jusqu'à présent pas recommandé pour le dépistage en Suisse.

Au stade débutant du carcinome pulmonaire, les symptômes sont absents, ou au mieux non spécifiques. Un carcinome pulmonaire n'est suspecté que lorsqu'il a une extension locale, des

métastases ou un syndrome paranéoplasique. La confirmation du diagnostic se fonde sur l'imagerie (radiographie thoracique, tomодensitométrie [CT-scan], tomographie à émission de positons), en association à une bronchoscopie (le cas échéant par échoendoscopie bronchique ou EBUS) et à l'examen des fonctions pulmonaires.

Stade tumoral et traitement

Nous restons confrontés au fait que de nombreux patients sont déjà inopérables au moment du diagnostic. Les chiffres de survie à cinq ans sont misérables en conséquence – même après une intervention chirurgicale. Le traitement standard dépend du stade tumoral:

- **Stade I:** chirurgie
- **Stade II:** chirurgie + chimiothérapie adjuvante
- **Stade IIIA:** chimiothérapie néoadjuvante/radio-chimiothérapie, chirurgie
- **Stade IIIB:** radio-chimiothérapie
- **Stade IV:** thérapie palliative individuelle.

En tant que traitements modernes du NSCLC, le Dr Rothe a finalement cité les anticorps monoclonaux (bévacizumab, nécitumumab, nivolumab), les inhibiteurs de la tyrosine kinase (afatinib, erlotinib, géfitinib, osimertinib), les inhibiteurs de l'ALK (crizotinib, céritinib) et l'inhibiteur multikinase (nintédanib). Ces médicaments innovants permettent une survie meilleure et de plus longue durée dans le carcinome bronchique.

RW

Date: 28.03.2017

TRIBUNE MÉDICALE

Oncologie | Hématologie



Tribune médicale/ Oncologie-Hématologie
4002 Basel
058 958 96 00
www.medical-tribune.ch

Genre de média: Médias imprimés
Type de média: Presse spécialisée
Tirage: 1'600
Parution: 4x/année

N° de thème: 729.006
N° d'abonnement: 729006
Page: 12
Surface: 76'793 mm²

British Doctors Study – 34 439 médecins interrogés

Cette étude à long terme (de 1951 à 2001) unique en son genre – portant sur les habitudes tabagiques, l'état de santé et la cause de décès de médecins britanniques – a fourni des preuves claires :

- déjà en 1956, l'étude a montré une relation statistiquement significative entre tabagisme et augmentation du risque de carcinome pulmonaire ;
- fumer plus de deux paquet par jour augmentait le risque de carcinome pulmonaire d'un facteur 20 ;
- 50 % de l'ensemble des fumeurs sont décédés d'une maladie associée au tabagisme – ce faisant, les décès d'origine cardiovasculaire et le décès suite à un carcinome pulmonaire dominaient ;
- 87 % des patients ayant un carcinome bronchique étaient de gros fumeurs ;
- le tabagisme réduisait l'espérance de vie moyenne dans une durée pouvant atteindre dix ans.