

DEPISTAGE DU CANCER DU POUUMON

POINT DE VUE DU PNEUMOLOGUE

Dr Celine Tossier

EPIDEMIOLOGIE

PREVALENCE DU CANCER DU POUUMON en France:

46 363 nouveaux cas estimés en 2018 (31 231 hommes et 15 132 femmes), sur 382 000 nouveaux cancers au total en 2018

En augmentation chez la FEMME

2e cancer chez l'homme (derrière la prostate), **3e chez la femme** (derrière sein et colorectal)

MORTALITE DU CANCER DU POUUMON :

33 117 décès par cancer du poumon estimés en 2018 (22 761 hommes et 10 356 femmes), sur 157 400 décès de cancer en France au total en 2018

Cancer le plus mortel chez l'homme, 2e chez la femme (après le sein)

FACTEURS DE RISQUE DE CANCER DU POUMON

TABAC responsable de **8 cancers du poumon sur 10**

SEVRAGE TABAGIQUE TOUJOURS UTILE

Equipe de tabacologie CH Pau 05 59 72 67 56

Equipe de tabacologie de la clinique Aressy 05 59 82 25 00 ou sur Doctolib (Dr Ballet-Méchain)

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET PROFESSIONNELS :

Amiante X5 le risque de cancer du poumon si NON fumeur, **x50 si FUMEUR**

Cannabis

gaz d'échappement des moteurs diesel, radon, hydrocarbures polycycliques aromatiques, certains rayonnements ionisants, silice, cadmium

DEPISTAGE DU CANCER DU POUMON

- RECOMMANDATIONS HAS 2016 (mises à jour en 2019) :

« Dans son rapport, la HAS considère que, chez les personnes qui fument beaucoup ou qui ont beaucoup fumé, les conditions de qualité, d'efficacité et de sécurité nécessaires à la réalisation du dépistage du CBP par tomodensitométrie thoracique à dose de rayons X qualifiée de faible ne sont pas réunies en France en 2016. » Cancer du poumon : pertinence du dépistage chez les fumeurs ? ARTICLE HAS - Mis en ligne le 13 oct. 2016 - Mis à jour le 12 juin 2019

- ETUDE NLST essai randomisé USA :

53 545 participants, de 2002 à 2004 ; 55-74ans, 30PA au moins, tabac actif ou arrêté < 15 ans, sans ATCD de cancer du poumon; 2 groupes : scanner LOW dose annuel pendant 3 ans ou RP annuelle pendant 3 ans

24,2% de dépistage + par scanner, contre 6,9% par RP

247 morts / 100 000 pers/ an dans le groupe scanner, contre 309 dans le groupe RP, soit une **réduction de la mortalité du cancer du poumon de 20%** ($p=0,004$)

Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, Gareen IF, Gatsonis C, Marcus PM, Sicks JD. N Engl J Med. 2011 Aug 4;365(5):395-409. doi: 10.1056/NEJMoa1102873. Epub 2011 Jun 29.

DEPISTAGE DU CANCER DU POUMON

- **ESSAI NELSON** randomisé, publié en 2020, européen (Pays Bas et Belgique) :

15 000 participants (hommes majoritaires, à haut risque de cancer du poumon)

2 groupes : scanners low dose à an 1, 3e année et 5,5e année, ou pas de scanner

À 10 ans de suivi : incidence du cancer de 5,58/1 000 pers/an dans le groupe dépistage, contre 4,91 dans le groupe contrôle ; mortalité de 2,5 /1000 pers/an contre 3,3 (p=0,01)

- **REVUE DE LA LITTERATURE 2014** Lung cancer screening: advantages, controversies, and applications. Nanavaty P, Alvarez MS, Alberts WM. Cancer Control. 2014 Jan;21(1):9-14. Doi: 10.1177/107327481402100102.

« *Lung cancer screening is controversial, but the NLST has demonstrated that such testing may **reduce lung cancer deaths in high-risk individuals** when performed with **low-dose CT** rather than chest radiography. **Guidelines should be established to not only help identify an appropriate screening population, but also develop standards for radiological testing.** »*

Problèmes de coût, de standardisation des techniques de scanner « low dose », de durée de dépistage, choix des patients ...

EN PRATIQUE ACTUELLEMENT

PROPOSITION DE **SCANNER THORACIQUE LOW DOSE** :

CHEZ TOUT PATIENT **FUMEUR AVEC NOUVEAU SYMPTOME** (toux qui apparaît ou se modifie, crachats, hémoptysies, amaigrissement, douleur...)

et

Au choix du praticien, en accord avec le patient, **CHEZ PATIENT > 50 ANS, EX FUMEUR SEVRE DEPUIS < 10 ANS OU FUMEUR ACTIF QUI SOUHAITE ARRETER DE FUMER**, avec une consommation > ou = **30 PA**,

avec alors proposition de faire un **SCANNER THORACIQUE LOW DOSE** annuel ou tous les 2 ans jusqu'à atteindre 10 à 15 ans de sevrage tabagique.

QUAND ON CHERCHE, ON TROUVE ...

TOUT μ NODULE OU NODULE PULMONAIRE N' EST PAS UN CANCER

TAILLE :

μ nodule : < 10 mm ; Nodule : de 1 cm à 3 cm ; Masse : > 3 cm

ASPECT : spiculé, mixte (contingent solide et VD), calcifié...

NOMBRE et DISTRIBUTION : rôle du radiologue

CONTEXTE :

Facteurs de risque de cancer du poumon

ATCDs (autre cancer, maladie pouvant donner des nodules pulm
comme la PR...)

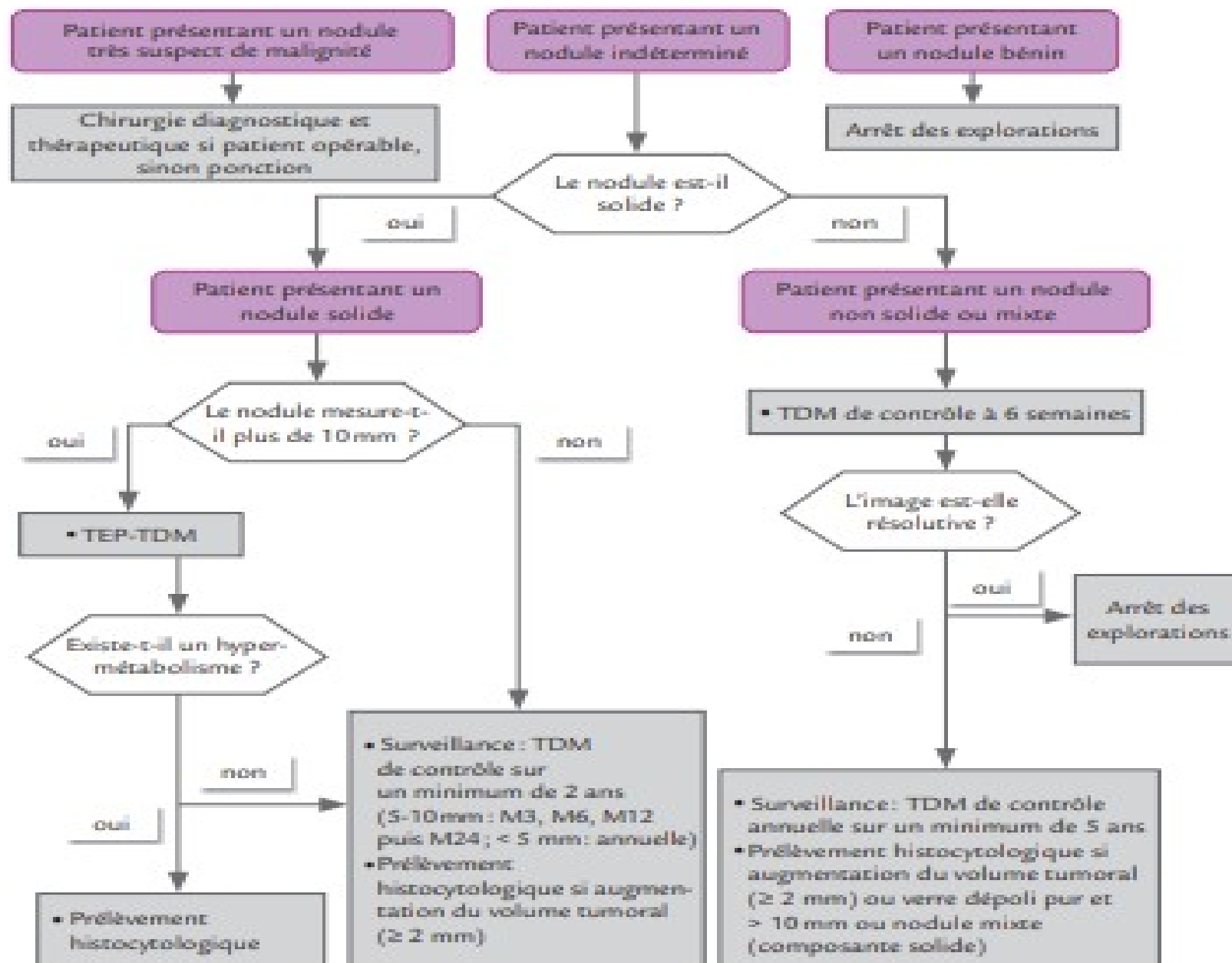
Comorbidités, âge

Conduite à tenir devant un nodule pulmonaire

Les critères cliniques et d'imagerie permettent d'orienter la démarche diagnostique en définissant 3 situations:

- > nodule bénin;
- > nodule très suspect de malignité;
- > nodule indéterminé.

EXAMEN	CRITÈRES DE MALIGNITÉ	CRITÈRES DE BÉNIGNITÉ
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Tabac, exposition à un agent cancérogène • Antécédent de cancer 	-
TDM en coupes fines	<ul style="list-style-type: none"> • Diamètre élevé • Contours irréguliers • Bronchogramme aérien ou bronche dilatée dans l'environnement du nodule • Cavitation avec paroi épaisse • Image persistante en verre dépoli de plus de 10 mm ou avec composante solide 	<ul style="list-style-type: none"> • Foyer de densité graisseuse (-40 à -80 UH, déviation standard comprise) • Calcifications diffuses, lamellaires ou centrales ou en «pop corn» • Aspect compatible avec un ganglion intrapulmonaire : nodule < 10 mm, distant de moins de 10 mm de la plèvre, au-dessous du niveau de la carène, forme angulaire
TEP-TDM	-	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'hypermétabolisme (si nodule solide) et diamètre ≥ 10 mm



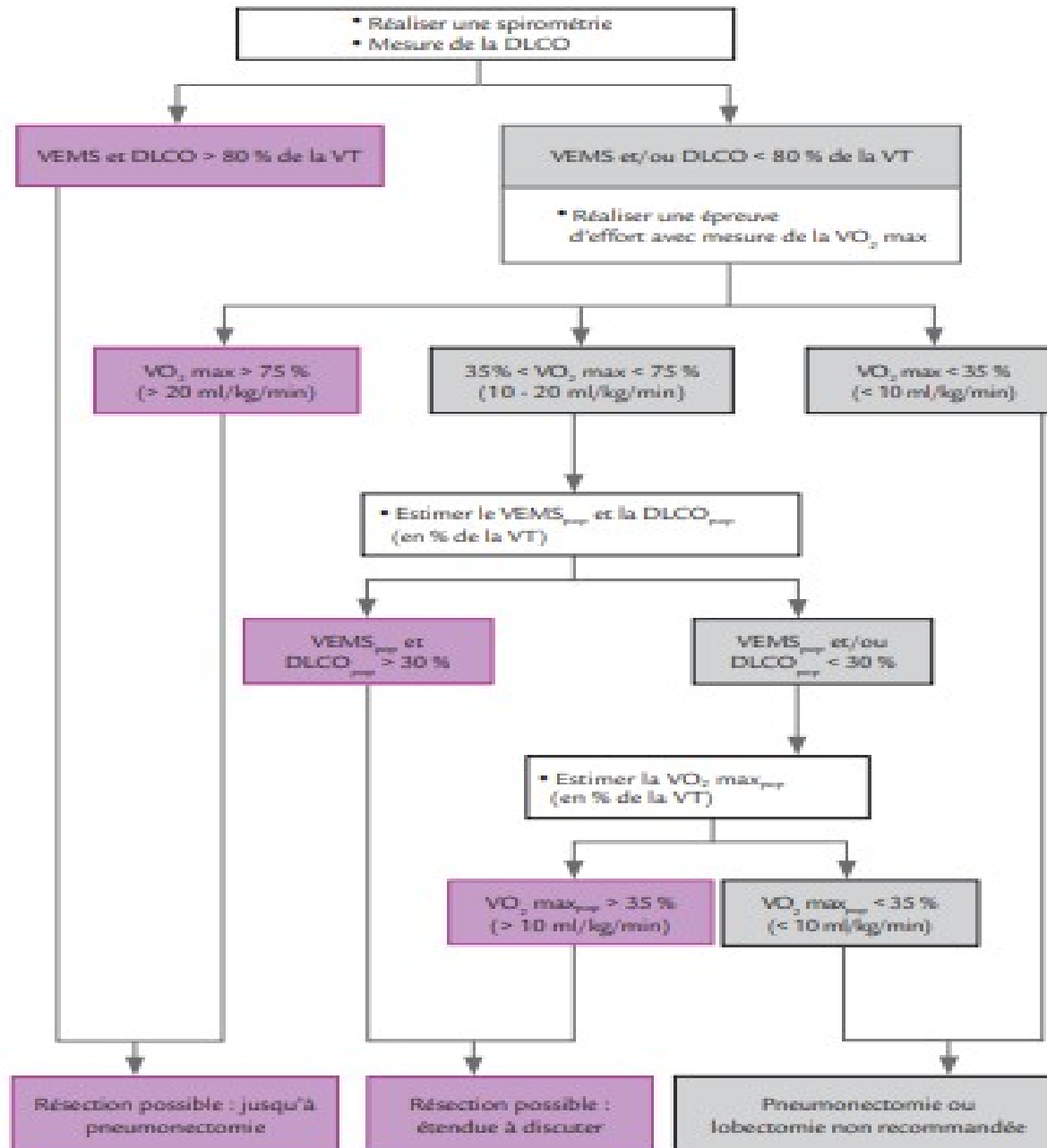
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

UNE BONNE RAISON DE VOIR LE PNEUMOLOGUE

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE : VEMS < 50% THEO

CONDITIONNEMENT DE LA PRISE EN CHARGE
ULTERIEURE (biopsie, chirurgie...)

Évaluation de la fonction respiratoire : recommandations ERS/ESTS⁽¹⁾



CONCLUSION

CANCER DU POUMON = LE PLUS MORTEL CHEZ L'HOMME, 2E PLUS MORTEL CHEZ LA FEMME (en augmentation chez la femme)

TABAC = 1ER FACTEUR DE RISQUE DU CANCER DU POUMON (8/10)

LUTTE CONTRE LE TABAGISME : diminuer la prévalence des cancers, améliorer leur prise en charge (meilleure efficacité des traitements, diminution des comorbidités)

DEPISTAGE CIBLE DU CANCER DU POUMON → REDUCTION DE 20% DE LA MORTALITE DANS UNE POPULATION CIBLEE (50ans, 30PA)

SCANNER LOW DOSE = SEUL EXAMEN UTILE pour ce dépistage
STANDARDISATION DES PRATIQUES (scanners) : HAS ?