

Avertissement: Notes prises au vol. Erreurs possibles. Prudence.

Mardi 18 octobre 2011

Hôpital cantonal de Genève

Le dépistage du cancer du poumon

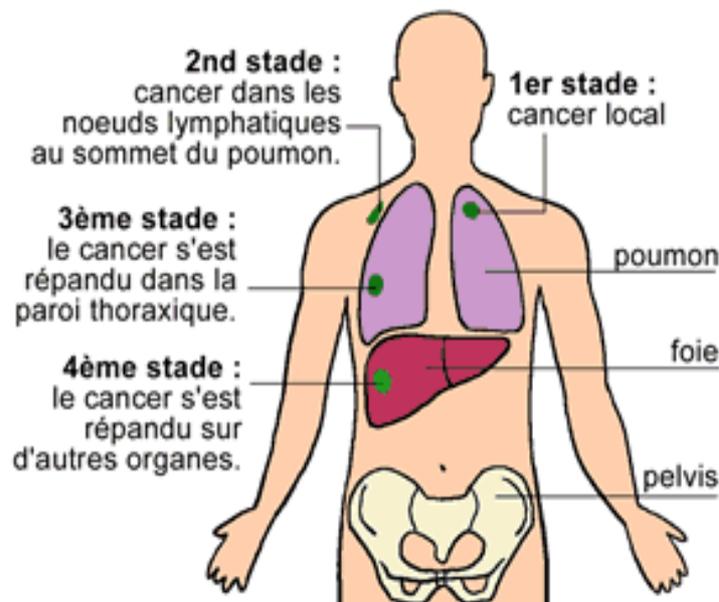
Prof. Th. Rochat

Le cancer du poumon est le cancer qui tue le plus.

- 80-90% sont associés au tabagisme.
- 80% ne sont pas à «petites cellules» on dira NSCLC pour «non small cell lung cancer»
- 65% sont inopérables au moment du diagnostic car trop avancés
- 15% ne sont pas opérés à cause de la présence d'une BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive).
- 20% seront opérés avec un espoir de guérison

les stades I ont 50% survie prolongée

les stades 3 et 4 ont une mortalité à 1 an de 90%



(L'image ne provient pas de Rochat...juste un pense bête pour les stagiaires... c'est simple mais clair à part les «nœuds» lymphatiques...)

Le but d'un dépistage réussi serait de diagnostiquer des stades 1, curables...

On sait depuis longtemps que le dépistage par la radiographie standard du thorax couplée même à des cytologies des expectorations n'a aucun effet sur la mortalité, bien que dans le Mayo Lung Project les cancers du groupe «dépisté» avaient une meilleure survie que les cancers du groupe «contrôle».

Ceci est dû à 2 biais statistiques, le «biais de durée» et le «biais de surdiagnostic».

Le 1^{er} biais équivaut à dire que dans le groupe «dépisté» on tend à sélectionner les tumeurs qui poussent lentement, à bon pronostic.

Le 2e biais indique que certaines tumeurs poussent tellement lentement que sans faire de dépistage elles ne se seraient même jamais manifestées et l'individu serait mort sans même connaître son existence. C'est l'extrême du «biais de durée».

Donc le dépistage par RX Thorax et cytologie n'apporte aucun bénéfice en ce qui concerne la mortalité. Le dépistage ne fait qu'augmenter la détection de tumeurs précoces à bon pronostic sans affecter la détection de tumeur à mauvais pronostic.

On a essayé comme il fallait s'y attendre de remplacer la RX du thorax par un CT scan spiralé ...ça c'était en 2007 (CT screening for Lung Cancer) dans le JAMA et le résultat était plus ou moins identique à ce qu'avait montré le dépistage radiographique simple. Les recommandations étaient donc de renoncer à dépister le cancer du poumon par CT tant qu'il n'y aurait pas de nouvelles preuves quand à son efficacité.

C'est en août de cette année qu'est paru l'article suivant dans le NEJM «Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening» (The National Lung Screening Trial Research Team N Engl J Med 2011; 365:395-409 August 4, 2011).

Un «machin» gigantesque avec 53000 patients réparti en 2 groupes de 26000 patients (et des poussières...), le 1^{er} «dépisté» par un CT low dose, le 2e dépisté par une simple radiographie thoracique.

Les dépistages sont répétés au temps zéro, après 1 an et après 2 ans. Il faut être fumeur ou ne pas avoir arrêté depuis plus de 15 ans.

On considère le dépistage positif si un nodule de plus de 4mm est découvert, ou une adénopathie équivalentes, ou un épanchement pleural suspect.

Ensuite les investigations ultérieures sont laissées au bon vouloir de chaque centre (pour info il y a 33 centres différents qui participent...).

L'objectif primaire c'est la diminution de la mortalité par cancer pulmonaire.

Au temps zéro, 27% des personnes dépistées ont été considérées comme positives. Après 1 an encore 27%, et après 2 ans seules 16% (on considère qu'un nodule qui n'a pas bougé pendant ce laps de temps est négatif, d'où cette baisse des positifs).

Donc 26000 dépistés.....et 7000 considérées comme positifs...6300 sont investigués (c'est pas très clair pourquoi il y en a 700 qui disparaissent?) soit 90% avec des CT répétés, des Pet CT, des Bronchoscopies des mediastino et des thoracoscopies..

A la fin 270 cancers pulmonaires sont identifiés soit 4% des positifs et 1% des dépistés. En d'autres termes 96% de faux positifs.

En comparaison avec l'autre groupe dépisté par radiographie thoracique on a 63% de stades 1 dans le groupe CT low dose contre 48% de stade 1 dans le groupe radiographie standard et 21% de stade IIIb-IV dans le 1^{er} groupe contre 49% dans le groupe 2.

Je ne vous donne pas tous les détails, mais à la fin...on trouve que la mortalité par cancer pulmonaire est de 247/100 000 personnes années dans le groupe CT low dose, contre 309/100 000 dans le groupe radiographie standard.

Donc a pu pour la 1^{ère} fois montrer une baisse de mortalité de 20% dans le groupe dépisté.

Maintenant, avant de généraliser la pratique, il faut se demander si ces résultats sont applicables à notre pratique...

Les gens qui participent à une étude de ce type sont connus pour être plus concernés par leur santé que la moyenne, donc plus sains (healthy participants effect).

Ensuite il faut savoir que la mortalité opératoire pendant l'étude a été inférieure à celle que l'on se serait attendue de voir dans un hôpital moyen des USA.

Dans l'étude: 1% de mortalité opératoire, dans les hôpitaux américains «normaux»: 4% de mortalité opératoire.

Il faut savoir comme on l'a déjà dit que le dépistage peut dans certains cas révéler un cancer qui serait resté occulte jusqu'à la fin de la vie du sujet.

En théorie, si on commence le dépistage il n'y a aucune raisons de l'arrêter. On a vu que chaque année on continue à dépister des nouveaux cas donc pas de raisons de ne pas continuer le dépistage toute la vie.

On aurait pu espérer que le fait d'entrer dans un programme de dépistage fasse arrêter les fumeurs. Seuls ceux chez qui on a trouvé un cancer ont baissé leur consommation.

Et last but not least...le coût...

Il faut dépister 320 individus pour trouver un cancer du poumon.

Pour ce qui est des 3 CT low dose sur 2 ans ça fait déjà 350'000 frs

Ensuite 39% va devoir être investiguer pour un résultat positif ce qui pourrait faire par exemple: 88 CT, 12 PET-CT, 6 Bronchoscopie, 3 ponction transthoraciques et 5 chirurgies diagnostiques ce qui mène à +- 150'000 frs supplémentaires.

Il faut donc 500'000 frs pour trouver 1 cancer, que l'on pourra dans le meilleur des cas guérir.

Ça fait cher...

En attendant que dire à nos patients fumeur qui demandent un dépistage par CT low dose?

Par honnêteté par rapport à la caisse maladie ils pourraient prendre le coût du CT à leur charge...c'est une option...

Une fois que «l'incidentalome» est identifié, la machine médicale se met en marche et on rentre dans le cadre de la LAMAL

On nous rappelle les recommandations de la Fleischner society (<http://www.fleischner.org/>), qui est une société médicale pluridisciplinaire qui se consacre à la radiologie pulmonaire, paru dans Radiology 2005, 237 , 395).

Si le nodule est **< 4mm** et que la patient a un risque faible: pas de suivi
Si le patient est à risque élevé, CT à 12 mois puis stop.

Si le nodule est **entre 5 et 6 mm**:
Risque faible: CT à 12 mois puis stop
Risque élevé: CT à 6-12 mois puis à 18-24 mois.

Si le nodule est **entre 7 et 8 mm**
Risque faible: CT à 6-12 mois puis à 18-24 mois
Risque élevé: CT à 3-6 mois, puis 9-12 mois, puis 24 mois.

Si le nodule est **> 8mm**, quel que soit le risque du patient, il faut investiguer...

On nous précise que c'est le volume qui est important et non pas seulement le diamètre du nodule.

Si le temps de doublement du nodule est **< à 400 jours** c'est suspect de malignité.

Si le temps de doublement du volume est **> 600 jours** ce n'est pas suspect de malignité.

Donc on conclura en disant que le dépistage du cancer pulmonaire par CT low dose diminue la mortalité spécifique du cancer du poumon, mais que son coût semble pour le moment prohibitif, sans compter le prix des dégâts collatéraux engendrés par des examens inutiles chez 96% des positifs qui sont des faux positifs.

Notre tâche semble être plutôt celle de gérer au mieux la découverte d'un incidentalome pulmonaires selon les directives ci dessus.

Fidèle à lui même, Th. Roachat nous fait progresser dans la problématique du dépistage avec l'art et la finesse qu'on lui connaît.

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch