

Mardi 21 février 2017

Hôpital cantonal de Genève

Dépistage du cancer pulmonaire

Dr D. Adler

1/3 des décès par cancer sont dus à des cancers pulmonaires.

Seuls, 15% des patients diagnostiqués avec un cancer pulmonaire sont vivants après 5 ans.

15-20% sont opérables au moment du diagnostic.

Il y a un décalage dans le temps entre l'arrêt du tabac et la baisse de l'incidence du cancer pulmonaire.

L'intérêt du dépistage du cancer pulmonaire c'est que les cancers sont découverts à un stade plus précoce que la mortalité globale et la mortalité par cancer pulmonaire serait abaissée...mais il y a un prix à payer...ce sont les multitudes de faux positifs, l'irradiation suite aux CT répétés, le surdiagnostic et le surtraitement, et l'absence de protocole clair sur la marche à suivre lors de découverte d'un nodule suspect.

L'étude NLST parue en 2011 « Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. National Lung Screening Trial Research Team, N Engl J Med. 2011 Aug 4;365(5):395-409 » a comparé 2 groupes de patients, le 1^{er} (26722 patients) avec un dépistage annuel par CT lowdose et le 2^{ème} (26732 patients) avec une RX thorax AP standard à 0.1 an et 2 ans.

24.2% des CT montraient une anomalie, mais 96.4% de ces anomalies s'avéraient être des faux positifs.

Bizarrement, le taux de cancers pulmonaires était de 645/100'000 dans le groupe CT contre 572/100'000 dans le groupe RX...alors qu'il devrait être le même (si la randomisation est bien faite).

Le Dr Adler pense que cette différence est due au suivi trop court et au surdiagnostic dans le groupe CT...en effet...on en reparlera plus tard...mais des cancers à évolution très lente sont décelés dans le groupe CT, alors qu'ils passent inaperçu dans le groupe RX, sans causer de symptômes ni influencer la mortalité.

Pour ce qui est de la mortalité, on a 247 décès par 100'000 patients dans le groupe CT contre 309 par 100'000 dans le groupe RX. On pourrait donc dire que le dépistage fait baisser la mortalité...et c'est la conclusion des auteurs...

D'autres études sont en cours et, pour le moment, une étude danoise n'a pas confirmé les données américaines, tout comme l'étude italienne DANTE qui n'observe pas de différence de mortalité. On attend les résultats pour 2018-19 des études Nelson (Pays-Bas + Belgique) et UKLS (Britannique).

Ne nous précipitons donc pas car le prix à payer est plutôt cher (pour les patients)...

Pour 1000 patients dépistés par CT lowdose, 40% vont avoir un CT anormal (soit 400 patients)...21 vont avoir un cancer pulmonaire dont 18 vont en mourir...seuls 3 patients vont bénéficier du dépistage et avoir leur vie prolongée...

Cependant 96% des 400 patients, soit 384 patients, vont nécessiter un suivi qui va d'abord les angoisser et empoisonner leur existence et ensuite, ils vont devoir subir des investigations parfois invasives (biopsie, excision...) susceptibles d'entraîner une morbi/mortalité...

Alors que si on ne fait rien...les 21 patients avec un cancer pulmonaire vont en mourir...y compris les 3 qu'on aurait pu sauver...

5.25% de mortalité sans dépistage contre 4.5% de mortalité avec dépistage...

On pourrait diminuer le nombre de faux positifs, soit en modifiant le seuil de suspicion du nodule...par exemple de passer de 4 mm à 6 mm de diamètre, ou bien en changeant la population cible dépistée...ne prendre que des patients avec un risque substantiel d'avoir un cancer pulmonaire.

C'est à quoi s'est attaché l'étude Nelson...il faut que le nodule ait plus de 5 mm, et si le CT est anormal, on refait un CT après 3 mois pour analyser le temps de doublement par volumétrie.

Un temps de doublement < à 400 jours entraîne la présentation au « tumor board »

Un temps de doublement > 400 jours entraîne la répétition du CT à 1 an.

Un temps de doublement > 600 jours entraîne l'arrêt du suivi.

Pour ce qui est de mieux cibler la population à risque, les Anglais ont développé un score comprenant ...

- Antécédents de pneumonie
- Antécédents de cancer
- Antécédents familiaux de cancer pulmonaire
- BPCO
- Exposition à l'amiante

Lorsque le score trouve un risque supérieur à 5% par an, le sujet est considéré à haut risque.

En modifiant le seuil de positivité du CT et en changeant la population cible on baisse le taux de faux positifs à 12 %...ce qui est pas mal...(ou de 16 % ?...ce qui voudrait dire 84% de faux positifs quand même...désolé j'ai dû être distrait une seconde).

Qu'en est-il des surdiagnostics et des surtraitements... ??

On dit que jusqu'à 18.5% des cancers pulmonaires diagnostiqués dans l'étude NLST sont des surdiagnostics...c'est-à-dire que ce sont des cancers qui n'auraient créés

aucuns symptômes et que le patient serait mort d'autre chose... typiquement l'image en verre dépoli des cancers bronchiolo-alvéolaires par exemple.

Dans cette étude pour 1 vie sauvée, 1.38 patient est traité inutilement...

Ensuite il y a le risque lié à l'irradiation...

3 CT lowdose correspond à 8 mSV...(0.8 mSV c'est la dose reçue lors d'une traversée en avion Europe – San Francisco je crois).

1/2500 patient screené risquerait de développer un cancer suite à l'irradiation dans les 10 ans...

Si l'on veut mettre en place un dépistage du cancer pulmonaire il est essentiel d'établir une procédure, tenant compte du risque...

Si le risque est très élevé le patient est transmis directement au chirurgien...

Si le risque est < 10% on propose des CT suivis

Pour un risque intermédiaire, on peut proposer un PET Scan ou/et des biopsies transthoraciques ou endoscopiques.

Vous pouvez obtenir les divers calculateurs de risque mis à disposition par la Brock University (<https://brocku.ca/lung-cancer-risk-calculator>).

Il est fondamental de coupler le dépistage à l'arrêt du tabac...la mortalité d'un ex-fumeur étant inférieure à celle d'un fumeur actif...

Pour le moment, aucun dépistage du cancer pulmonaire n'est proposé en Suisse...

Il reste à établir s'il est mieux de proposer des centres de dépistages, de choisir un seuil d'anormalité pour le CT (5 mm...6 mm ou plus ?) et d'avoir une réflexion sur la population ciblée...

Une étude récente auprès des vétérans américains a montré un faible taux de participation (<60%), avec aussi 41% des CT anormaux et des faux positifs encore plus nombreux que dans l'étude NLST...avec en plus une prévalence faible du cancer pulmonaire...

Rappelons-nous donc que, pour le moment, le risque de mourir d'un cancer pulmonaire n'est pas diminué par le dépistage...et que chaque CT va découvrir une fois sur 4 une anomalie nécessitant un suivi...

C'est un peu comme le PSA...le CT lowdose...on sait quand on commence...mais une fois qu'on a mis le doigt dans l'engrenage on ne sait plus où s'arrêter...



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

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch