

Mardi 16 avril 2013

Hôpital cantonal de Genève

Cancer du poumon : Stratégie 2013 aux HUGs

Dre P. Gasche, Dr N. Mach

Les cancers augmentent, c'est la 1^{ère} cause de mort avant 85 ans; la complexité de leur prise en charge aussi... il y a de plus en plus de disciplines engagées : médecin traitant, pathologue, radiologue, hématologue, oncologue, radio-oncologue, etc...

Le temps est à la planification et à la mise en place d'itinéraires cliniques adaptés aux pathologies concernées, respectant les directives de «good practice» et les guidelines internationales, ainsi que de «tumor boards», c'est-à-dire de colloques interdisciplinaires hebdomadaires où les cas sont présentés à tous les spécialistes concernés.

La mortalité des cancers diminue mais leur incidence augmente surtout chez les femmes.

¼ des cancers chez l'homme sont d'origine prostatique, et ¼ des cancers chez la femme sont des cancers du sein.

Pour le cancer du poumon il représente 14% des cancers aussi bien chez l'homme que chez la femme, mais avec une mortalité de 25% (c'est-à-dire à la mortalité des cancers du colon + prostate + pancréas réunis).

Le cancer du poumon diminue chez l'homme grâce à la diminution du tabagisme, mais plafonne chez la femme car le tabagisme plafonne lui aussi chez elles contrairement à ce qui se passe chez l'homme.

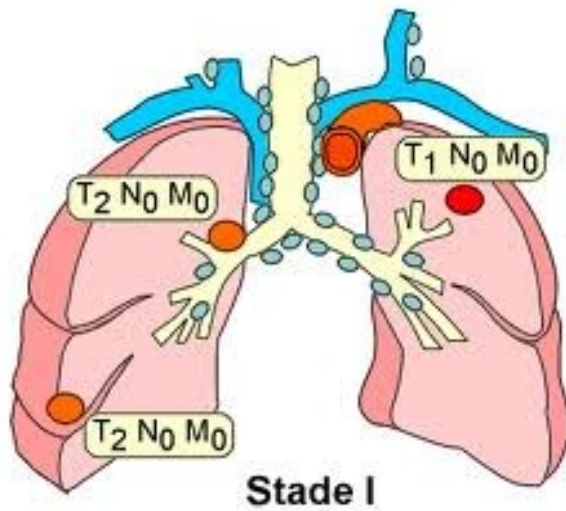
80% des cancers du poumons sont diagnostiqués à des stades avancés IIIB ou IV... avec une survie médiane de 1 an.

Le cancer n'est donc pas une maladie chronique...comme le diabète par exemple....

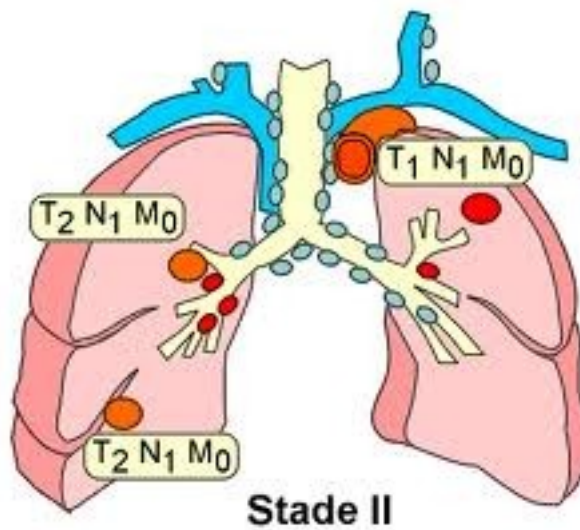
Pour mémoire...(grosso modo)

- Stade 1 : <3 cm par d'adp

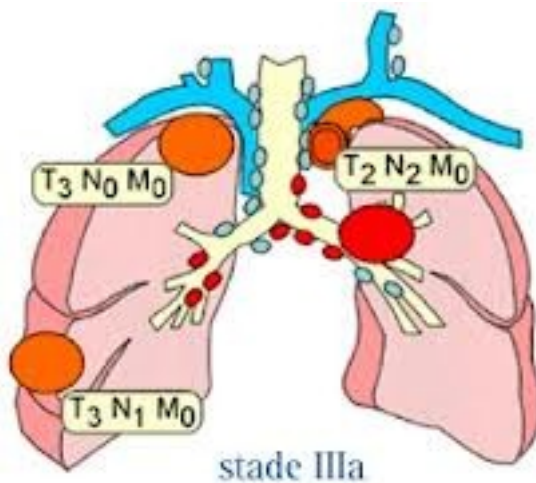
□



- Stade 2 : <3cm avec adp homolatérale, ou > 3cm + envahissement de contiguïté sans adp



- Stade 3 : > 3cm, + envahissement par contiguïté avec adp



□ - Stade 4 : avec métastases

Il y a 3 types de cancers pulmonaires....

L'adénocarcinome dont l'incidence tend à augmenter, le cancer à petites cellules lié au tabac, dont l'incidence diminue en tout cas chez les hommes, et le cancer épidermoïde qui lui aussi tend à diminuer.

L'adénocarcinome est souvent situé plus en périphérie et son accès à la biopsie est souvent plus difficile.

Donc en ce qui concerne l'itinéraire clinique des cancers pulmonaires aux HUGs...la clé de voûte est en quelques sortes le colloque interdisciplinaire du mardi à 16h où le patient est présenté afin que stratégie diagnostique puis thérapeutique soient définies.

Il est important que 48 heures auparavant le patient soit annoncé afin que radiologues, pathologues et médecin nucléaires puissent revoir leurs images le concernant ...

On profite de nous montrer en quoi consistent les nouvelles techniques de bronchoscopies avec guidage électromagnétique/ GPS où un scanner pulmonaire couplé au bronchoscope permet à l'examineur de savoir où il se trouve dans les bronches... Pratiquement l'examineur voit la cible sous la forme d'une boule verte sur un écran et la voie à suivre est signalée par un cercle jaune à l'intérieur duquel il doit se maintenir au cours de sa progression... Un vrai jeu vidéo...Très impressionnant...

D'autre part, lorsqu'il pense être arrivé à destination, l'examineur peut introduire une sonde d'échographe dans le bronchoscope afin de localiser le nodule malin par ultrasons et s'assurer que son aiguille de biopsie sera bien centrée. Ceci permet actuellement une sensibilité de plus de 90% avec ces 2 techniques couplées.

Finalement, le pathologue se trouve maintenant en salle aux côtés de l'examineur, c'est ce qu'on nomme ROSE pour «rapid on sight evaluation» et ça permet d'améliorer encore plus le diagnostic. Ceci afin d'éviter les ponctions transthoraciques avec risque de pneumo ou d'hémato thorax.

Parfois la biopsie se fait même par voie transoesophagienne.

L'ennui c'est qu'avec cette précision et cette finesse diagnostique les stades de la maladie au moment du diagnostic sont souvent plus avancés que l'on ne l'espérait.

L'histologie classique (petites cellules, épidermoïde, non-epidermoïde) reste importante c'est-à-dire, car ils ne réagissent pas de la même façon à la chimiothérapie.

Mais le gros progrès de ces dernières années réside dans la biologie moléculaire et dans l'identification des diverses mutations caractérisant la tumeur.

Aussi bien dans les non-épidermoïdes que dans les épidermoïdes, la liste des abréviations mystérieuses signalant la découverte d'une nouvelle mutation s'allonge chaque semaine, avec quelques mois plus tard le développement d'une molécule ciblant cette mutation et inactivant le potentiel «malin» des cellules concernées.

Par exemple la mutation du gène KRAS (prononcez «kérasse»), ou bien la mutation du gène EGFR (pour epidermal growth factor)... mais il y a aussi HER2, BRAF, MET, AKT1, MAP2K1, PI3KCA...etc....

Ce sont surtout les médicaments de la famille des inhibiteurs de la tyrosine kinase qui sont les traitements de choix, se prenant la plupart du temps per os, sous forme de comprimés.

Ainsi pour bon nombre de cancers pulmonaires actuellement on renonce à la chimiothérapie pour ce genre de traitements moins pénible (mais probablement passablement plus cher...).

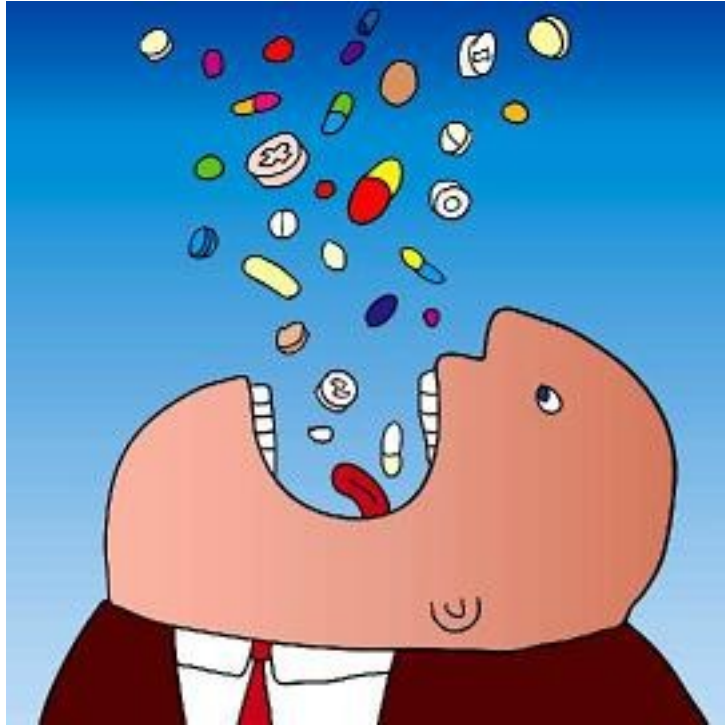
Ou alors on fait des traitements combinés, par ex. Selumetinib plus Docetaxel pour des tumeurs exprimant une mutation du gène KRAS (prononcez Kérasse...).

Pour les cancers épidermoïdes c'est la même chose... ça se complique de plus en plus...

On ne traite plus **le** cancer du poumon, mais **les multiples** cancers exprimant chacun une mutation différente.

Mais malheureusement il faut rester réaliste, tout ces traitements sont palliatifs, ils prolongent la survie sans progression de la maladie mais l'on n'obtient toujours pas de guérison.

Ndlr : La connaissance moléculaire, les progrès diagnostics et thérapeutiques, ainsi que le contrôle de qualité par l'itinéraire clinique sont impressionnants... L'investissement est énorme et les progrès en terme de survie reste assez maigres.... C'est l'image de notre médecine... Jusqu'à quand allons-nous pouvoir nous la payer ?



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

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch